



Názov:

**Štandardný diagnostický, preventívny a
terapeutický postup pre psychologický manažment
dospelého pacienta s poruchou pozornosti
s hyperaktivitou (ADHD - Attention Deficit/Hyperactivity disorder)**

Autori:

**Mgr. Beáta Magurová
Mgr. Jana Štefániková, PhD.**

Špecializačný odbor:

**Klinická psychológia
Odborná pracovná skupina:
Klinická psychológia pre dospelých**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Štandardný diagnostický, preventívny a terapeutický postup pre psychologický manažment dospelého pacienta s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (F90.0) (ADHD - Attention Deficit/Hyperactivity disorder)

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0202	22. september 2021	schválený	1. október 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

Mgr. Beáta Magurová; Mgr. Jana Štefániková, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II.; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Helena Glasová, PhD.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

Porucha pozornosti s hyperaktivitou, ADHD, prevencia, diagnostika, manažment, liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)
APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia) American Psychiatric Association (Americká psychiatrická asociácia)
CPČ	Certifikovaná pracovná činnosť
CPPPaP	Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie
CŠPP	Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva
DSM-V.	5. verzia Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EBM	Evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)
KBT	Kognitívno - behaviorálna terapia
NF	Neurofeedback
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
RCT	Randomized controlled trial (Randomizovaná kontrolovaná štúdia založená na náhodnom výbere)
ŠDTP	Štandardný diagnostický a terapeutický postup
ŠPI	Špecifické psychoterapeutické intervencie

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia, psychoterapia. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. ADHD - špecifická psychoterapia, supervízia.

Po absolvovaní vzdelávania v CPČ psychoterapia v inej ako špecifickej psychoterapii pre dg. ADHD, v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. HP/ADHD k dispozícii - psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, pod supervíziou tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre HP/ADHD - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom v psychoterapii.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v CPČ psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. ADHD - špecifická psychoterapia, supervízia.

Po absolvovaní vzdelávania v CPČ psychoterapia v inej ako špecifickej psychoterapii pre dg. ADHD, v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. HP/ADHD k dispozícii - psychoterapia.

Psychológ v zdravotníctve špecialista – psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Po absolvovaní vzdelávania v CPČ psychoterapia v inej ako špecifickej psychoterapii pre dg. ADHD, v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. ADHD k dispozícii - psychoterapia.

Sestra so špecializáciou - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Psychoedukácia a podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre HP/ADHD - prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti dorast - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu.

Poradenský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia, depistáž.

Liečebný pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia; liečebno-pedagogická diagnostika a terapia vrátane využitia rôznych druhov terapií. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg špecialista - po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom pre CPČ psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre HP/ADHD- diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Špeciálny pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia; depistáž, špeciálnopedagogická diagnostika a špeciálnopedagogická korekcia, reedukácia.

Úvod

Tento ŠDTP je určený pre diagnostiku, prevenciu a liečbu dospelých osôb (od 18 rokov a viac), ktorí trpia na ADHD. Jeho účelom je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti u

pacientov trpiacich na ADHD v Slovenskej republike. Je určený všeobecným lekárom, klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a ďalším odborníkom pôsobiacim v oblasti duševného zdravia. Cieľom ŠDTP je tiež zlepšiť prevenciu, diagnostiku a liečbu tejto poruchy podľa EBM, a zlepšiť kvalitu života postihnutých jedincov osôb. Taktiež má zvýšiť povedomie o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a zlepšiť koordináciu liečby.

Súčasná situácia v prevencii, diagnostike a liečbe ADHD nie je vyhovujúca. Zlyháva hlavne v oblasti prevencie (sekundárnej prevencie), ktorej cieľom je skorá detekcia osôb s ADHD prostredníctvom skríningu tak, aby sa im poskytla včasná a efektívna liečba. Problematická sa tiež javí oblasť terapie, kedy sa nedostatočne uplatňujú metódy a postupy, ktoré sú preukázateľne účinné a založené na dôkazoch (evidence-base). K aktuálnej nepriaznivej situácii v starostlivosti o pacientov s ADHD tiež prispieva fakt, že nie sú jasne vymedzené kompetencie jednotlivých odborníkov pôsobiacich v oblasti duševného zdravia, ich vzájomná informovanosť, kooperácia, koordinácia.

ADHD je najčastejšie sa vyskytujúcou poruchou psychického vývinu v detskom veku, má chronický priebeh, neliečená vo viac ako 50% prechádza do dospelosti (Šuba, 2009). Je charakterizovaná skorým začiatkom (objavuje sa v prvých siedmych rokoch života dieťaťa), neprimeraným stupňom pozornosti, hyperaktivity a impulzivity, pričom tieto ťažkosti sa nedajú vysvetliť na základe neurologických, senzorických alebo motorických postihnutí, mentálnej retardácie alebo závažných emočných problémov (Barkley, Zelinková, 2003). Symptómy poruchy negatívne ovplyvňujú kognitívne, akademické, behaviorálne, emocionálne a sociálne fungovanie postihnutého jedinca. Dôsledkom je školské zlyhávanie, nízke dosiahnuté vzdelanie, sociálna maladaptácia, v dospelosti emočné, vzťahové a sociálne problémy.

Prevencia

Výskum zaoberajúci sa etiológiou ADHD preukázal, že pri vzniku poruchy existuje dynamická súhra medzi génmi, prenatálnymi a postnatálnymi faktormi. Z tohto hľadiska bola ADHD definovaná prostredníctvom epigenetického modelu, v ktorom tieto tri faktory interagujú a ovplyvňujú vývin mozgu (Nigg - Nicolas, 2010). Štúdie dvojčiat naznačujú odhad indexu dedičnosti 0,76 (Faraone a kol., 2004). Hoci gény, ktoré vedú k zvýšenému riziku ADHD, nie sú stále jednoznačne určené, v mnohých štúdiách genetických markerov sa nedávno identifikovali tie, ktoré majú najviac empirickú podporu [DAT1, DRD4, DRD5, 5HTT, DBH, ADRA2A, TPH2, MAOA a SNAP25] (Gizer a kol., 2009). Riziko vzniku ADHD, okrem génov, zvyšuje vystavenie určitým faktorom v prenatálnom období, ide napr. o abúzus tabaku, alkoholu, kofeínu a psychotropných látok (Linnet a kol., 2003). Svoj podiel má tiež zlá výživa matiek - napr. obezita, nízka hladina železa a mastných kyselín (Schlotz a kol., 2010), stres u matky v priebehu tehotenstva (Martini a kol., 2010), vystavenie chemickým látkam a ťažkým kovom (Linnet a kol., 2003). Z postnatálnych environmentálnych rizikových faktorov, ktoré môžu ovplyvniť závažnosť a/alebo zhoršenie poruchy, sa najčastejšie zmieňujú nevhodné výchovné prostredie, nízky socio-ekonomický status, inštitucionalizovaná starostlivosť, vystavenie násilium a traume ((Nigg - Nicolas, 2010).

V rámci primárnej prevencie ADHD je nevyhnutné uplatňovať programy na podporu zdravia

materiek počas tehotenstva, ako sú varovanie pred požívaním alkoholu, cigariet, psychoaktívnych látok, dodržiavanie zdravej výživy a životosprávy. Tieto môžu byť realizované všeobecnými aj odbornými lekármi, napr. gynekológmi, zdravotnými sestrami pracujúcimi v ambulanciách všeobecných lekárov, v gynekologických ambulanciách a pod.

Cieľom sekundárnej prevencie je zistenie prítomnosti poruchy v jej najskorších štádiách a snaha ovplyvniť jej symptómy tak, aby spomalili progresiu, prípadne sa minimalizovali neskoršie komplikácie. K sekundárnej prevencii môžeme zahrnúť včasnú detekciu dieťaťa s ADHD prostredníctvom skríningu realizovaného detským lekárom, identifikáciu rizikových detí v materských škôlkach prostredníctvom depistážnych vyšetrení odbornými pracovníkmi (psychológovia, špeciálni pedagógovia, liečební pedagógovia) poradenských zariadení fungujúcich v rámci rezortu školstva. Medzi sekundárne preventívne programy môžeme zahrnúť stimulačné programy rozvíjajúce perцепčné, kognitívne a motorické funkcie, ktorých vývin býva u detí s ADHD oneskorený.

Epidemiológia

Pri použití konzervatívnych hodnotiacich kritérií sa výskyt poruchy odhaduje na úrovni 3 – 5% detí školského veku. Prevalencia ADHD je však vyššia a výsledky novších štúdií ju odhadujú na úrovni 10 - 12% (Šuba, 2009). Častejšie sa vyskytuje u chlapcov - pomer pohlaví 2–5 : 1. Nie všetky deti sú však diagnostikované, závisí to od toho, aký sociálny dopad má porucha na konkrétneho jedinca, ako ovplyvňuje jeho sociálne fungovanie, a či sú prítomné komorbídne poruchy (Stárková, 2018).

Pokiaľ ide o prevalenciu ADHD u dospelých, Karlsdotter a kol. (2016) zistili v štúdií z roku 1986, ktorá zahŕňala 2 284 pacientov, že prevalencia ADHD bola 17,4% osôb, z ktorých 46,0% mali predtým diagnózu ADHD (Ignjatovičová, 2017).

Medzinárodná štúdia WHO u 11 422 osôb vo veku od 18 - 44 rokov z 10 krajín sveta s rozdielnou socioekonomickou úrovňou zaznamenala priemernú prevalenciu ADHD 3,4%. Malé observačné štúdie poukazujú na prítomnosť, dosah a liečbu ADHD v dospelosti vo veku nad 50 rokov, a dlhodobejšie epidemiologické štúdie preukázali, že ADHD symptómy existujú aj v staršej dospelosti (Ignjatovičová, 2017).

Patofyziológia

ADHD je komplexná polygenetická porucha s vysokou hereditárnou záťažou a multifaktoriálnou etiológiou. Adopčné, rodinné štúdie a štúdie dvojčiek podporujú silný predpoklad hereditability ADHD v rozpätí 60-90%. Molekulárne genetické štúdie prispeli k zisteniu výskytu viac ako 40 génov dopamínového, noradrenergného, serotonínového a GABA-ergného systému. (DRD4, DRD5, DAT1, DRD1, Taq1), ktoré môžu byť spolu zodpovedné, resp. zvyšovať riziko vzniku ADHD. Prítomné sú štrukturálne a funkčné zmeny vo frontostriálnej oblasti (laterálny prefrontálny kortex, nucleus caudatus, putamen, dorso - anteriórny cingulárny kortex) u pacientov s ADHD. Pomocou funkčných zobrazovacích metód sa zistil menší objem v prefrontálnom kortexe, v bazálnych gangliách (striatum), dorso - anteriórnom cingulárnom kortexe, v corpus callosum a v cerebelle. Štúdie zaoberajúce sa vývinom neuronálnych dráh, zistili, že pacienti s ADHD vykazujú oneskorenie kortikálnej

maturácie, ktoré je dominantné v prefrontálnej oblasti, ktorá je zodpovedná za kognitívne procesy zahrňajúce pozornosť. Z neurobiochemického hľadiska sa u detí s ADHD zistila katecholamínová dysregulácia v dopaminergnej, noradrenergnej a serotonergnej transmisii a abnormality v ich metabolizme. Dokázal sa presvedčivý vzťah medzi ADHD a hladinou katecholamínov a zložením konzumovaných esenciálnych mastných kyselín, ako aj prijímaním základných potravinových aditív a konzervantov (Trebatická - Škodáček, 2016).

Negenetické rizikové faktory, ktoré sa uplatňujú pri vzniku poruchy, predstavujú asi 20 - 30% (Malá, Pokorná, 2001). Tieto môžu pôsobiť v priebehu perinatálneho, perinatálneho a postnatálneho obdobia. Goetz - Uhlíková (2009) upozorňujú hlavne na inzulty, ktoré spôsobujú dlhodobý nedostatočný prísun kyslíka do podkôrových štruktúr - bazálnych ganglií, ktoré sú veľmi citlivé na nedostatočné okysličenie. V perinatálnom období sú takými rizikovými faktormi konzumácia alkoholu, fajčenie, užívanie drog matkou v priebehu tehotenstva, vystavenie rôznym nebezpečným chemikáliám, liekom, RTG žiareniu, eklampsia u matky. V perinatálnom období to môže byť predčasný pôrod, spojený s nezrelosťou dieťaťa a s nízkou pôrodnou hmotnosťou, alebo naopak, pôrod po termíne, kedy často dochádza k rozkladu plodovej vody. Negatívny vplyv má tiež výskyt intrauterinnej hypoxie/asfyxie. Podľa Paclta a kol. (2007) vznik ADHD fenokópie je s veľkou pravdepodobnosťou možný a je spôsobený perinatálnou hypoxiou vedúcou k nezrelosti dopaminergnej a noradrenergnej transmisie.

Klasifikácia

Hoci sa u nás používa klasifikačný systém WHO MKCH-10, viacerí autori (Munden - Arcelus, 2002; Paclt a kol., 2007; Drtílková - Šerý a kol., 2007) odporúčajú používať diagnostický systém Americkej psychiatrickej asociácie (APA) DSM - V., ktorý je menej prísny, ako kritériá MKCH-10, a tak nehrozí nebezpečenstvo neposkytnutia včasnej a účinnej liečby u tých osôb, ktoré nespĺňajú prísnejšie kritériá MKCH-10. DSM - V. sa uplatňuje aj pri diagnostike dospelých osôb s ADHD.

Diagnostické kritériá podľa DSM – V. pre ADHD - Poruchu pozornosti s hyperaktivitou

A. Pretrvávajúca nepozornosť a/alebo hyperaktivita a impulzivita, ktoré narúšajú úroveň psychických funkcií alebo vývin tak, ako je to charakterizované v bode (1) alebo (2).

(1) Nepozornosť: najmenej 6 alebo viac príznakov musí pretrvávať najmenej 6 mesiacov a sú v takej miere, ktorá je problematická a nezodpovedá vývinovej úrovni jedinca, a majú priamy negatívny dopad na sociálne alebo školské/pracovné aktivity.

Tieto príznaky nie sú prejavom len opozičného správania, vzdoru, hostility alebo dôsledkom neschopnosti porozumieť úlohám a inštrukciám. U starších adolescentov a u dospelých (17 rokov a starších) sa požaduje prítomnosť najmenej 5 príznakov.

Príznaky nepozornosti:

- a) Postihnutý jedinec často nie je schopný venovať úplnú pozornosť detailom, alebo z nepozornosti robí chyby v školských úlohách, v zamestnaní alebo pri iných aktivitách (napr. prehliadne detaily alebo si ich nevšimne, práca nie je presná).
- b) Má často problémy s udržaním pozornosti pri plnení úloh alebo pri hre (napr. má problém udržať pozornosť počas vyučovacej hodiny, konverzácie alebo pri dlhšom čítaní).
- c) Keď sa mu priamo niečo hovorí, často sa zdá, že nepočúva (napr. je myšlienkami inde, dokonca aj keď nie sú prítomné jasné rušivé signály).
- d) Často nesleduje inštrukcie, nedodržiava pokyny a nedokáže dokončiť školské úlohy, domáce práce alebo úlohy v práci (napr. danú úlohu začne, ale rýchlo stráca pozornosť a ľahko sa rozptýli).
- e) Má často problémy s organizovaním úloh a činností (napr. ťažko zvláda na seba nadväzujúce úlohy, má problém udržať si veci v poriadku, práca je neporiadna, je zle zorganizovaná, nedokáže si dobre rozvrhnúť čas, nie je schopný dodržať termíny).
- f) Často sa vyhyba úlohám, ktoré si vyžadujú dlhodobé duševnú úsilie (napr. školské alebo domáce úlohy; u starších adolescentov a u dospelých je to napr. príprava referátov, vyplňanie formulárov, zaoberanie sa dlhými textami).
- g) Často stráca veci, ktoré sú nevyhnuté pre určité úlohy alebo aktivity (napr. školské pomôcky, ceruzky/perá, knihy, nástroje, zadania úloh, alebo peňaženku, kľúče, dokumenty, mobil, okuliare).
- h) Dá sa ľahko rozptýliť vonkajšími podnetmi (u adolescentov a dospelých tu môžeme zahrnúť aj prítomnosť vzájomne nesúvisiacich myšlienok).
- i) Počas denných aktivít je často zábudlivý (napr. zabúda na svoje úlohy, starší adolescenti a dospelí zabúdajú na telefonáty, platenie účtov, na dohodnuté schôdzky).

(2) Hyperaktivita a impulzivita: najmenej 6 príznakov musí pretrvávať najmenej 6 mesiacov; príznaky sú v takej miere, ktorá je problematická a nezodpovedá vývinovej úrovni jedinca, a majú priamy negatívny dopad na sociálne alebo školské/pracovné aktivity.

Tieto príznaky nie sú len prejavom opozičného správania, vzdoru, hostility alebo dôsledkom neschopnosti porozumieť úlohám a inštrukciám. U starších adolescentov a dospelých (17 rokov a starších) je požadovaná prítomnosť najmenej 5 príznakov.

Príznaky hyperaktivity - impulzivity:

Hyperaktivita

- a) Často sa nepokojne pohybuje alebo sa hrá s rukami alebo s nohami alebo sa vrtí na mieste (napr. na stoličke).
- b) Často odchádza z miesta v situáciách, pri ktorých sa očakáva, že by mal sedieť (neobsedí v triede, vstáva od stola, odchádza z kancelárie alebo z iného pracovného miesta, prípadne opúšťa miesto v situáciách, kedy sa predpokladá, že by tam mal zostať).
- c) Často pobehuje alebo nie je schopný pokojne sedieť v situáciách, kedy to nie je vhodné (pozn. u adolescentov alebo dospelých sa môže prejavovať len ako subjektívny pocit nepokoja).
- d) Často sa nedokáže pokojne hrať sa alebo sa pokojne zapojiť do voľnočasových aktivít.

- e) Je stále v pohybe, akoby bol „poháňaný motorom“ (napr. nedokáže byť v klude alebo sa necíti dobre, keď má dlhšie vydržať v klude, napr. v reštauráciách, na poradách; druhí ho môžu vnímať ako nepokojného, alebo sa s ním ťažko udrží krok).
 - f) Často nadmerne rozpráva.
 - g) Často vyhrkne odpoveď na otázku skôr, ako je otázka dokončená (napr. dokončuje vety ostatným, nie je schopný počkať, kým na neho v rozhovore príde rad).
 - h) Často nie je schopný počkať, až príde na rad (napr. pri čakaní v rade v obchode).
 - i) Často prerušuje alebo vyrušuje druhých (napr. skáče do reči, pletie sa iným do hry alebo do aktivít; môže si od druhých požičiavať veci bez toho, aby ich o to požiadal a dostal na to povolenie; starší adolescenti a dospelí môžu zasahovať druhým do činnosti alebo prevziať to, čo robia druhí).
- B.** Príznaky nepozornosti a/alebo hyperaktivity - impulzivity boli prítomné pred 12. rokom života.
- C.** Príznaky nepozornosti a/alebo hyperaktivity - impulzivity sa vyskytujú v najmenej dvoch rôznych prostrediach (napr. škola/práca, domov, v kontakte s priateľmi alebo príbuznými; pri iných aktivitách).
- D.** Musia byť prítomné jasné dôkazy, že tieto príznaky ovplyvňujú alebo znižujú úroveň života v sociálnej, školskej alebo pracovnej oblasti.
- E.** Vyšetrením bola vylúčená prítomnosť pervazívnej vývinovej poruchy, schizofrénie alebo iných psychotických porúch, príp. ďalších duševných ochorení (napr. afektívna porucha, úzkostná porucha, disociatívna porucha, porucha osobnosti, intoxikácia látkou alebo jej vysadenie).

Podtypy:

- ADHD, kombinovaný typ: sú splnené kritériá A1(nepozornosť) aj A2(hyperaktivita a impulzivita).
- ADHD, typ s prevahou nepozornosti: sú splnené len kritériá A(1)
- ADHD, typ s prevahou hyperaktivity - impulzivity: sú splnené len kritériá A(2).

Špecifikácia:

- **v čiastočnej remisii.** Pokiaľ boli kritériá v minulosti úplne naplnené, ale v priebehu predchádzajúcich 6 mesiacov boli naplnené v menšej miere, príznaky však ešte stále spôsobujú funkčné narušenie v sociálnej, školskej či pracovnej oblasti.

Špecifikácia aktuálnej závažnosti:

- A. Mierna.** Málo príznakov, pokiaľ sa vôbec nejaké objavujú, presahujú hranicu nutnú pre stanovenie diagnózy a príznaky spôsobujú len mierne funkčné narušenie v sociálnej alebo pracovnej oblasti.
- A. Stredne ťažká.** Príznaky alebo funkčné narušenie sa pohybujú medzi stupňom „mierna“ a „ťažká“.
- B. Ťažká.** Sú prítomné mnohé príznaky nad rámec vyžadovaný pre naplnenie diagnózy alebo sú niektoré príznaky zvlášť závažné a/alebo spôsobujú značné funkčné narušenie v sociálnej alebo pracovnej oblasti.

Klinický obraz

U dospelých osôb s ADHD sú prítomné symptómy nepozornosti, hyperaktivity, impulzivity, narušených exekutívnych funkcií, alebo emočnej dysregulácie. Tieto symptómy spoločne vedú k výrazným nedostatkom v bežnom fungovaní takto postihnutého jedinca (Kessler, 2006). Prevládajúce znaky ADHD u dospelých sa líšia od typických znakov ADHD u detí. Symptómy hyperaktivity alebo impulzivity sú u dospelých menej zjavné. Impulzivita sa môže prejavovať skôr vo verbalizácii ako pri fyzickom správaní, príznaky nepozornosti sú výraznejšie. Fungovanie v pracovnom i osobnom živote negatívne ovplyvňujú narušené exekutívne funkcie, ktoré sú potrebné na výber cieľov, vytvorenie, prijatie a udržanie opatrení na ich dosiahnutie. Medzi exekutívne funkcie patria: pracovná pamäť, kognitívna flexibilita, seba monitorovanie, seba inhibícia, organizovanie aktivít, stanovenie prioritných úloh, sledovanie a plnenie úloh, riadenie času (Barkley, 2012).

Dominantné symptómy nepozornosti ADHD u dospelých sa primárne prejavujú problémami s udržaním pozornosti na úlohách, ktoré si vyžadujú dlhší čas. Takíto dospelí majú často problémy s organizovaním činností, uprednostňovaním úloh, sledovaním a plnením úloh, zábudlivosťou. Dospelí s ADHD často uvádzajú, že úlohy často dokončujú neskoro, po stanovených termínoch, alebo dokonca vôbec. Zvýšené problémy súvisiace s riadením motorového vozidla sa týkajú porušovaním pravidiel premávky, prekračovaním rýchlosti, čo súvisí s nedostatočnou pozornosťou. (Barkley a kol., 2006).

Impulzivita u dospelých s ADHD je charakterizovaná nadmerným zapájaním sa do aktivít, ktoré majú často negatívne dôsledky. Impulzivita u dospelých má často vážnejšie dôsledky než v detstve, a môže sa prejavovať v predčasnom ukončení vzťahov alebo odchodom zo zamestnania bez premyslenej alternatívy. Dospelí s ADHD nie sú príliš hyperaktívni, skôr sa sťažujú na prežívanie vnútorného nepokoja. Hyperaktivita sa tiež prejavuje prílišným rozprávaním, prerušovaním iných pri rozhovore. (Barkley a kol., 2008).

U dospelých s ADHD sa často pozoruje emočná dysregulácia - labilita nálady, podráždenosť, výbuchy hnevu, nízka frustračná tolerancia, aj keď nie sú špecifickými symptómami pre túto poruchu (Barkley - Brown, 2008).

Dospelí s ADHD majú vyššiu mieru pracovných problémov, častejšie sa dopúšťajú trestnej činnosti, majú ťažkosti so zneužívaním návykových látok, je u nich vyššie riziko dopravných nehôd v porovnaní s dospelými bez ADHD (Hodgkins a kol., 2011).

Diagnostika

Potrebné je dôkladné zhodnotenie, aby sa potvrdila prítomnosť, perzistencia, všadeprítomnosť základných symptómov, aby sa vylúčilo iné vysvetlenie základných symptómov a identifikovali komorbídne poruchy (Wolraich a kol., 2019).

Vyšetrenie by malo pozostávať z odobratia zdravotnej, osobnej, školskej/pracovnej a rodinnej anamnézy, z rozhovoru s pacientom, príp. aj rodičom, partnerom. Potrebné informácie

sa získavajú niekoľkými spôsobmi - skúmaním zdravotnej dokumentácie, osobnými rozhovormi, dotazníkmi.

Komplexné vyšetrenie si môže vyžadovať v ambulancii aj niekoľko návštev. Opätovné vyšetrenie sa vyžaduje vždy, keď sa symptómy zhoršia, alebo keď sa objavia nové symptómy, pretože diferenciálna diagnostika ADHD je rozsiahla a komorbidita veľmi častá.

Vyšetrenie

* **Anamnéza** - k dôležitým aspektom anamnézy patrí expozícia látkam v prenatálnom období, ako sú napr. tabak, drogy, alkohol; prežívanie stresu matkou v priebehu tehotenstva, riziková gravidita, krvácanie, hroziaci predčasný pôrod, nutnosť udržiavania gravidity. Perinatálne komplikácie sú napr. predčasný pôrod, nízka pôrodná hmotnosť, prenášanie, zelená plodová voda, mozgová hypoxia/asfyxia, nízke Apgar skóre, sťažená popôrodná adaptácia, kriesenie dieťaťa, umiestnenie do inkubátora. Postnatálne môžu negatívne pôsobiť silný novorodenecký ikterus, infekcie centrálného nervového systému, trauma hlavy, opakujúce sa zápalý stredného ucha.

Rodinná anamnéza je veľmi dôležitá, nakoľko v etiológii ADHD sa silno uplatňuje genetická dispozícia (výskyt symptómov ADHD u rodičov).

Psycho-sociálna anamnéza by mala zahŕňať otázky o vystavení možným negatívnym vplyvom životného prostredia (napr. olovo, tabakový dym), stresu v rodine a problematickým vzťahom, ktoré môžu ovplyvniť celkové fungovanie jedinca.

Odporúča sa klásť nasledujúce otázky:

1. Ako sa vám darilo v škole?
2. Mali ste ťažkosti s učením, správaním, s rešpektovaním autorít, v rovesníckych vzťahoch?
3. Mali ste problémy so školskými úlohami v škole alebo doma?

* **Fyzické vyšetrenie** - pri fyzickom vyšetrení sa u väčšiny jedincov s ADHD nezistia žiadne ťažkosti. Vyšetrenie je však potrebné na vyhodnotenie ďalších možností v diferenciálnej diagnostike. Fyzické vyšetrenie je v kompetencii príslušného ošetrojúceho, najmä všeobecného lekára.

Dôležitými aspektmi vyšetrenia sú (Taylor a kol., 2004):

- meranie výšky, hmotnosti, obvodu hlavy a životných funkcií,
- posúdenie dysmorfnych znakov a neurokutánných abnormalít (napr. charakteristické znaky fetálneho alkoholového syndrómu alebo syndrómu fragilného X),
- neurologické zhodnotenie, vrátane posúdenia zraku a sluchu, hodnotenia koordinácie, pozorovania verbálnych alebo motorických tikov,
- pozorovanie správania v priebehu vyšetrenia (toto izolované hodnotenie správania by sa však malo interpretovať veľmi opatrne); symptómy ADHD sa nemusia prejavíť v štruktúrovanom prostredí návštevy v ambulancii, príp. nervozita/obavy môžu byť nesprávne interpretované ako symptómy ADHD.

* **Pozorovanie komunikačných schopností** jedinca, najmä neverbálnej a pragmatickej komunikácie (t.j. schopnosť úspešne používať jazyk v kontexte), ktoré sú narušené u ľudí s poruchou autistického spektra (PAS), čo je dôležité v rámci diferenciálnej diagnostiky.

* **Posudzovanie správania v rámci doterajšieho života:**

- konkrétne informácie o začiatku, priebehu a funkčnom vplyve symptómov ADHD,
- emocionálne, lekárske a vývinové udalosti, ktoré môžu poskytnúť iné vysvetlenie symptómov (pozri Diferenciálna diagnostika),
- psychomotorický vývin, aj vývin reči,
- psychosociálne stresory.

Hodnotenie správania sa zameriava na stanovenie veku nástupu základných symptómov ADHD, trvania symptómov, prostredia, v ktorom sa symptómy vyskytujú, a stupňa funkčného poškodenia (Wolraich a kol., 2019). Tieto informácie sú potrebné na stanovenie diagnózy ADHD.

Informácie o základných symptómoch je možné získať pomocou otázok s otvoreným koncom alebo hodnotiacich škál ADHD. Ak sa použijú otvorené otázky, mal by vyšetrujúci zdokumentovať prítomnosť behaviorálnych prejavov podľa relevantného klasifikačného systému.

Posudzovacie škály ADHD u dospelých - posudzovacie škály špecifické pre ADHD sa zameriavajú priamo na symptómy ADHD, a môžu sa použiť na stanovenie prítomnosti základných symptómov ADHD.

V prílohe uvádzame dve škály, ktoré sú určené pre dospelých - Posudzovacia škála WURS (skrátaná verzia) a ADHD seba-posudzovacia škála pre dospelých.

Diagnostika komorbídnych porúch - diagnostika ADHD by mala zahŕňať aj hodnotenie komorbídnych vývinových, kognitívnych, fyzických porúch, emočných porúch, ktoré sa u osôb s ADHD vyskytujú veľmi často a taktiež si vyžadujú liečbu (Wolraich a kol., 2019).

Komorbídne poruchy pri ADHD

Ako uvádzajú Paclt a kol. (2007) koexistencia ADHD s ďalšími psychickými poruchami je všeobecne známa.

Diagnostika u dospelých - primárnym cieľom diagnostiky u dospelých s ADHD je identifikovať symptómy ADHD vyhodnotiť funkčné poškodenie pacienta, ktoré je možné pripísať týmto symptómom, a vylúčiť ďalšie poruchy, ako napr. afektívne poruchy a úzkostné poruchy. Symptómy ADHD by mali byť tak trvalé a závažné, že vedú k závažnému psychosociálnemu poškodeniu. Veľa dospelých pacientov má ťažkosti si spomenúť, kedy sa u nich začali vyskytovať symptómy ADHD. Získanie anamnézy od iného dospelého informátora (napr. rodiča) je pri stanovovaní diagnózy ADHD veľmi užitočné. Najvhodnejším postupom pri diagnostike ADHD u dospelých je použitie kombinácie štruktúrovaného

alebo pološtruktúrovaného diagnostického rozhovoru spolu s použitím posudzovacích škál ADHD (Mannuzza a kol., 2002).

Podľa Haavik a kol. (2010) by sa mal v rámci rozhovoru vyšetrujúci pacienta pýtať na bežné prejavy ADHD u dospelých:

- *Symptómy hyperaktivity:*
 - nepokoj,
 - nadmerné rozprávanie,
 - nadmerná pohybová aktivita.
- *Symptómy impulzivity* (impulzivita môže mať v dospelosti závažnejšie dôsledky než v detstve):
 - rýchle ukončovanie vzťahov,
 - náhle ukončovanie pracovných pomerov, časté striedanie zamestnania,
 - prehnaná frustrácia,
 - časté dopúšťanie sa priestupkov pri šoférovaní.
- *Symptómy nepozornosti:*
 - prokrastinácia (odkladanie dôležitých úloh),
 - ťažkosti s prijímaním rozhodnutí,
 - zlý časový manažment,
 - problémy s organizovaním aktivít.

Psychometrické vyšetrenie u dospelých nemusí byť realizované pre potvrdenie diagnózy ADHD, ale môže byť užitočné pre zmapovanie kognitívnych funkcií pacienta.

WAIS-III. - *Wechslerova inteligenčná škála pre dospelých*, prípadne jej novšie verzie, zisťuje celkový inteligenčný kvocient, verbálny inteligenčný kvocient a performačný inteligenčný kvocient a tzv. indexové skóre (verbálne porozumenie, perцепčné usporiadanie, pracovnú pamäť a rýchlosť spracovania informácií). Dá sa použiť vo veku od 16 do 89 rokov.

WMS-III. a - *Wechslerova skrátená pamäťová škála* hodnotí sluchovú a zrakovú pamäť, bezprostredné a oddialené vybavenie. Využitie od 20 - 89 rokov.

Test pozornosti d2-R je štandardizovaný test zameraný na výkonnosť kognitívnych funkcií. Meria tempo a precíznosť pracovného výkonu pri rozlišovaní podobných vizuálnych podnetov pri diskriminácii detailov, a umožňuje tak posúdenie rôznych kvalít pozornosti. Vekové rozpätie od 9 rokov až po dospelosť.

Bourdonov test BOPR je test schopnosti koncentrácie a zaťažiteľnosti monotónnou činnosťou. Obsahuje normy pre dospelú populáciu.

Diferenciálna diagnostika u dospelých - zahŕňa poruchy, ktoré sa bežne vyskytujú spolu s ADHD, ako sú poruchy nálady, úzkostné poruchy a užívanie návykových látok. Psychotické poruchy, ako je schizofrénia, majú tiež podobné kognitívne symptómy.

Pri diagnostike ADHD u dospelých by mal vyšetrujúci pamätať aj na klinické symptómy poruchy, ktoré sa prekrývajú s nižšie uvedenými poruchami, ako aj na charakteristiky, ktoré tieto stavy odlišujú.

Depresívne poruchy - pri ADHD, rovnako ako pri depresívnych poruchách, sa vyskytuje znížená schopnosť myslieť alebo sa sústrediť, nedostatočná motivácia na vykonávanie

mnohých aktivít a nerozhodnosť. Depresiu možno od ADHD u dospelých odlíšiť typickým neskorším nástupom a epizodickým priebehom (Sobanski a kol., 2007).

Manická porucha - rovnako ako pri ADHD, aj pri mánii sa vyskytuje ľahká rozptýliteľnosť pozornosti, impulzivita a nadmerné rozprávanie. Mánia je typická neskorším nástupom a epizodickým priebehom. Preukázalo sa, že symptómy povznesenej nálady, rýchleho striedania nálad, pocity veľkoleposti a zvýšenej sexuality rozlišujú dospelých s bipolárnou poruchou v počiatočnom štádiu od dospelých s ADHD (Geller a kol., 1998).

Úzkostné poruchy - ADHD je často sprevádzaná úzkosťou. Nástup úzkostných porúch býva často neskorší ako nástup ADHD.

Poruchy psychiky a správania spôsobené užívaním psychoaktívnych látok - kognitívne a behaviorálne poruchy ako nedostatočná pozornosť, rozptýliteľnosť, hyperaktivita je možné pozorovať pri ADHD, ale aj u ľudí, ktorí užívajú psychoaktívne látky. Tieto symptómy sa však u nich vyskytujú len v dôsledku ich užitia (Sobanski a kol., 2007).

Liečba

Terapia ADHD u dospelých

Výskumy preukazujú, že u väčšiny ľudí s diagnostikovanou ADHD v detstve pretrvávajú symptómy poruchy aj v dospelosti (Barkely a kol., 2002; Faraone a kol., 2006). ADHD v dospelosti sa spája s výrazným narušením pracovného, akademického a sociálneho fungovania.

Z nefarmakologických postupov sa v terapii ADHD u dospelých používa kognitívno - behaviorálna terapia (KBT) (Drtilková - Šerý, 2007). KBT je metódou prvej voľby u pacientov, ktorí nechcú užívať lieky.

I. Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT)

Behaviorálna terapia - pri behaviorálnej terapii sa vychádza z toho, že pacient s využitím princípov učenia (napr. podmieňovania, napodobňovania) dokáže meniť vlastné nevhodné vzorce myslenia a správania - môže sa ich odnaučiť, a súčasne si môže osvojiť nové, prijateľnejšie, ktorými môže staré, nevhodné spôsoby nahradiť. Behaviorálna terapia sa sústreďuje na systematické pozorovanie, opis a analýzu pozorovateľného správania. Na základe analýzy terapeut vytvorí plán liečby, kde definuje, aké správanie by sa malo dosiahnuť, a vyberie techniky, pomocou ktorých sa pacient/klient naučí prijateľné spôsoby správania. Zmeny v správaní sa terapeut snaží dosiahnuť aj pomocou zámerného ovplyvňovania následkov, ku ktorým po príslušnom správaní dochádza, a ktoré nevhodné správanie často udržiavajú. Podľa Elliot - Place (2002) behaviorálne techniky sú založené na dvoch hlavných typoch učenia, a to klasického a operačného. Konkrétne operačné podmieňovanie zohráva dôležitú úlohu pri problematickom správaní, nakoľko na jeho vytváraní a udržiavaní sa podieľajú následky. Pokiaľ po výskyte určitého správania nasleduje odmena, je pravdepodobné, že sa takéto správanie bude v budúcnosti častejšie opakovať, naopak, trest vedie k oslabeniu a zníženiu výskytu takéhoto správania.

Kognitívna terapia - k technikám kognitívnej terapie patrí zmena automatických negatívnych myšlienok, týkajúcich sa toho, ako jedinec vidí seba; ako hodnotí to, čo robí, a aký je jeho pohľad na svet, na budúcnosť. Tieto negatívne myšlienky nepriaznivo ovplyvňujú jeho pocity a správanie. Pokiaľ dokáže nahradiť negatívne automatické myšlienky inými, prijateľnejšími, zmení sa i jeho pociťovanie a správanie.

Často využívanou *kognitívnu technikou* je **seba inštruktáž**. Prostredníctvom nej sa pacient učí ovládať svoje správanie oddialením okamžitého uspokojenia, a to pomocou rečovej kontroly, kedy si sám pre seba hovorí slovné pokyny, a súčasne vykonáva zadanú úlohu. Postupne prechádza od hlasných inštrukcií k vnútornej reči. Terapeut tu slúži ako vzor, keďže spočiatku sám predvádza správanie, ktoré potom pacient napodobňuje.

- U dospelých osôb s ADHD je tiež dôležitý **tréning sociálnych spôsobilostí**, nakoľko majú ťažkosti so sociálnou percepciou a s nadviazaním sociálnych vzťahov. Uskutočňuje sa skupinovou formou, v prirodzených podmienkach, kde v skupine má pacient možnosť na základe spätnej väzby od druhých získať korektívnu skúsenosť, a pomocou hrania rolí a modelovania situácií si osvojuje a trénuje sociálne zručnosti. Pacienti sa učia ako začať a udržať rozhovor, ako vybrať jeho námet, ako dávať a prijímať spätnú väzbu, pochváliť niekoho apod. (Kucharská, 1999).

Psychoterapia môže dospelým osobám s ADHD pomôcť:

- zlepšiť časový manažment,
- naučiť sa zvládnuť impulzívne správanie,
- rozvíjať zručnosti týkajúce sa riešenia problémov,
- vyrovnáť sa s akademickými, pracovnými alebo sociálnymi neúspechmi,
- zlepšiť sebaúctu, sebavedomie,
- zlepšiť vzťahy s rodinou, kolegami a priateľmi.

Cortese a kol. (2018) a Wilens a kol. (2011) uvádzajú dva štruktúrované KBT programy, pri ktorých sa realizoval výskum ich efektivity, a ktorý zistil, že oba zlepšujú exekutívne funkcie u dospelých s ADHD. Programy pozostávajú z tréningu zručností a stratégií, ktorých cieľom je kompenzácia deficitov exekutívnych funkcií. Medzi riešené oblasti patria:

- ťažkosti s plnením úloh a činností,
- prokrastinácia,
- problémy s určovaním priorít,
- dezorganizácia,
- zlé krátkodobé a dlhodobé plánovanie.

Terapeutické stratégie využívané v týchto programoch zahŕňajú:

- **Tréning v oblasti špecifických zručností:**
 - systematické používanie nástrojov ako sú organizér, diár, záznamník úloh,
 - rozdelenie zložitých úloh na zvládnuteľné časti,
 - stanovenie prioritných úloh,
 - časový manažment (napr. ako dlho to trvá; koľko času zostáva do termínu),
 - zriadenie a udržiavanie organizačných systémov (napr. pri zakladaní dokumentov),
 - posilňovanie snahy o dosiahnutie dlhodobých cieľov kladením dôrazu na dlhodobé výhody.

- **Sebamonitorovanie** - môže byť užitočným základom pre sebaopisovanie. K sebamonitorovaniu je možné využívať sledovacie záznamy správania.
- **Sebaučenie** - internalizácia nových mentálnych a behaviorálnych návykov je podporovaná použitím adaptívnej vnútornej reči, ktorá cieľi na požadované správanie.
- **Práca s negatívnymi myšlienkami, predpokladmi**, ktoré vyvolávajú úzkosť, perfekcionizmus, demoralizáciu a depresiu.

Efektivita KBT pri zlepšovaní exekutívnych funkcií u dospelých s ADHD sa preukázala vo dvoch randomizovaných štúdiách (Bukstein, 2006; Jasinski, 2009). U každého pacienta bola aktívna liečba porovnaná s podpornou alternatívou určenou na kontrolu nešpecifických účinkov liečby:

- 86 dospelých pacientov s ADHD, ktorí zostali symptomatickí napriek farmakoterapii, bolo náhodne pridelených na individuálnu KBT alebo relaxačnú terapiu spojenú so psychoedukáciou. U účastníkov, ktorí absolvovali KBT, došlo v porovnaní s kontrolnou skupinou k výraznejšej redukcii symptómov ADHD v posudzovacej škále vyplňanej terapeutom, rovnako ako v posudzovacej škále vyplňanej pacientom. Väčší podiel pacientov, ktorí absolvovali KBT, splnil kritériá pre reakciu na liečbu na hodnotiacej stupnici ADHD v porovnaní s kontrolnou skupinou - 67 oproti 33% (Bukstein, 2006).
- 88 dospelých pacientov s ADHD, niektorí liečení liekmi, boli náhodne zaradení do skupinovej KBT alebo do podpornej skupiny. Približne polovica pacientov v každej skupine v čase zaradenia súčasne dostávala lieky na ADHD. Účastníci skupinovej KBT zaznamenali výraznejšiu redukcii symptómov ADHD v posudzovacích škálach vyplňaných terapeutom, rovnako to bolo aj pri hodnotení samotnými pacientmi v porovnaní s účastníkmi v podpornej skupine. U väčšiny pacientov zaradených v skupinovej KBT došlo v porovnaní s pacientmi v podpornej skupine na hodnotiacej stupnici k redukcii symptómov ADHD na hodnotiacej škále, ktorú vyplňal pacient, 53 oproti 27%, pri štruktúrovanom rozhovore podľa DSM-IV. 53 oproti 27% (Jasinski, 2009).

Aj v prípade komorbídnych porúch, ako sú úzkostné a depresívne poruchy, môže mať psychoterapia symptómov ADHD pozitívny vplyv na zmiernenie symptómov komorbíd. (López - Leroux, 2013).

KBT zameraná na zlepšenie exekutívnych funkcií zvyčajne pozostáva z 12 až 15 stretnutí. Pacienti plnia medzi jednotlivými stretnutiami zadané domáce úlohy, ktorých cieľom je posilniť nové adaptívne správanie a zaradiť ho do každodenného života. KBT sa môže poskytovať formou individuálnej alebo skupinovej terapie.

Výhody skupinovej terapie:

- vzájomná podpora a povzbudenie,
- zníženie stigmy z diagnostikovaného ADHD,
- pozitívne modelovanie,
- pomocné posilnenie úspešných stratégií,
- efektivita nákladov.

Hlavnou výhodou individuálnej terapie je možnosť prispôbiť liečbu konkrétnemu pacientovi, napr.:

- výber len určitých terapeutických modulov a vynechanie ostatných,
- postupuje sa v tempe, aký vyhovuje pacientovi.

Iné KBT programy - vyvinuli sa ďalšie KBT programy na riešenie symptómov alebo deficitov vyplývajúcich z ADHD, ktoré zahŕňajú multimodálne intervencie. Snažili sa riešiť viaceré problémových oblastí:

- riadenie pozornosti, pamäti a plánovania:
 - schopnosť riešiť problémy
 - schopnosť kontrolovať emócie
 - prosociálne zručnosti

Účinnosť - 95 dospelých s ADHD liečených farmakami bolo náhodne vybraných, a bolo im odporúčané absolvovať tento KBT program, ktorý zahŕňal multimodálne intervencie. Na konci liečby mali pacienti, ktorí absolvovali KBT, zredukované symptómy ADHD v porovnaní so skupinou, ktorá dostávala len psychofarmaká, pričom sa tento rozdiel zachoval aj po trojmesačnom sledovaní. Veľkosť účinku (0,55) bola mierna v štúdiu, ktorá nekontrolovala nešpecifické účinky psychoterapie. Štúdia neposudzovala, či nastalo zlepšenie k zlepšeniu v každej zo štyroch vyššie uvedených problémových oblastí. Symptómy depresie, úzkostných porúch a kvalita života, ktoré sa nelíšili bezprostredne po liečbe, sa zlepšili po trojmesačnom sledovaní. Takmer polovica vzorky prerušila KBT program pred ukončením výskumu (López - Leroux, 2013).

Liečba komorbídnych porúch - je dôležité súčasne liečiť aj komorbídne poruchy, nakoľko to môže ovplyvniť liečbu ADHD (Wolraich a kol., 2019). Liečba ADHD a komorbídnych porúch je preto založená na interdisciplinárnej spolupráci viacerých odborníkov (napr. psychológa, špeciálneho pedagóga, neurológa, psychiatra, pedopsychiatra a ďalších).

II. Neurofeedback - patrí medzi psychofyziologické metódy, využívajúce princíp biologickej spätnej väzby na optimalizáciu aktivity mozgu. Je založený na tom, že prostredníctvom spätnej väzby, ktorú človek dostáva a ktorá ho informuje o jeho aktuálnej úrovni mozgovej aktivity, dokáže túto vedome meniť, regulovať žiaducim smerom. Prebiehajú tu procesy učenia, na základe operačného podmieňovania. Podľa Praško a kol. (2007) operačné podmieňovanie je formou učenia, kedy sa, ak po určitom správaní nasleduje odmena, zvýši sa pravdepodobnosť výskytu takéhoto správania v budúcnosti. Pravidelným NF tréningom dochádza k automatizácii procesu autoregulácie mozgovej aktivity. Pri NF u pacientov s ADHD sa vychádza z početných štúdií realizovaných pomocou EEG a kvantitatívneho EEG (QEEG), ktoré o. i. preukázali u ľudí s ADHD zvýšenú Theta aktivitu v pásme 4-8 Hz v prefrontálnom, frontálnom a senzomotorickom kortexe, (ktorá je, paradoxne, často vyššia pri riešení úloh, a významnú redukciu normálnej 12-20 Hz aktivity v senzomotorickom kortexe. (Serman in Thompson - Thompson, 2003). Prvé použitie SMR tréningu pri liečbe ADHD publikovali Lubar a Shouse. Ich prvá demonštrácia klinickej odpovede hyperaktívneho jedinca vyvolala značný záujem o SMR tréning ako o potencionálne úspešnú liečbu tejto poruchy. Postupne SMR (12-15 Hz) tréning obohatili o snahu zvýšiť produkciu EEG aktivity v rýchlejšom frekvenčnom pásme

Beta (16-20 Hz), súčasne s potlačením aktivity pomalšej rýchlosti Theta (4-8 Hz). (Šlepecký, Novotný, 2010).

Výhodou NF je, že ide o neinvazívnu metódu, pomocou ktorej trénovaný získava vôľovú kontrolu nad svojou mozgovou aktivitou a vytváraním žiaducej EEG krivky dochádza k zlepšeniu fungovania jeho mozgu.

Prognóza

Väčšina informácií o prognóze ľudí s ADHD pochádza z malých kohortových štúdií u mužov, ktorí boli diagnostikovaní a liečení pre symptómy ADHD na psychiatrických klinikách. Nepriaznivá prognóza spojená s perzistentnou formou ADHD sa dáva do súvislosti s výskytom agresivity a porúch správania v ranom veku, s nízkym IQ, vzdorovitým správaním voči autoritám a slabými vzťahmi s vrstovníkmi (Drtilková - Šerý, 2007). Včasná diagnostika a terapia môžu výrazne zlepšiť prognózu u dospelých.

- **Šoférovanie** - osoby s ADHD spôsobujú častejšie dopravné nehody (s relatívnym rizikom 1,9, 95% CI 1,4-2,5 v metaanalýze piatich observačných štúdií). Je tiež vyššia pravdepodobnosť, že budú mať zadržané alebo odobraté vodičské preukazy (Jerome a kol., 2006).
- **Vzdelávanie** - viaceré štúdie preukazujú zhoršené akademické fungovanie u osôb s ADHD (napr. nízke dosiahnuté vzdelanie, slabé školské výsledky) v porovnaní s kontrolnou skupinou (Hinshaw a kol., 2012). Ide najmä o jedincov s nepozorným alebo kombinovaným podtypom ADHD. V niekoľkých štúdiách, v ktorých boli osoby s ADHD sledované do dospelosti, problémy vo vzdelávaní pretrvávali (25 až 33% probandov oproti 1 - 9% z kontrolnej skupiny, ktorí strednú školu) (Klein a kol., 2012).

Abúzus návykových látok - u osôb s ADHD sa stretávame s vyšším rizikom zneužívania návykových látok v priebehu dospelovania a dospelosti, najmä ak sa u nich vyskytuje súčasne s ADHD aj porucha správania alebo porucha opozičného vzdoru. Aj keď jednotlivé dlhodobé štúdie mali nejednotné výsledky, systematickým skúmaním v roku 2011 a metaanalýzou 27 prospektívnych dlhodobých štúdií sa zistilo, že v porovnaní s deťmi bez ADHD ($n > 6800$) mali deti s ADHD ($n > 4100$) zvýšené riziko (Lee a kol., 2011):

- užívania nikotínu,
- užívania alkoholu,
- užívania marihuany,
- užívania kokaínu.

Mechanizmus spojenia ADHD s užívaním týchto látok nie je jasný (Harstad - Levy, 2014). Vysvetľujúce teórie zmiňujú impulzivitu, narušený úsudok a biologickú vulnerabilitu, ktorá pravdepodobne súvisí s nedostatkom dopamínu.

- **Pretrvávajúce príznaky ADHD** - z údajov o prevalencii vyplýva, že približne u 2/3 osôb s diagnostikovanou ADHD naďalej pretrvávajú symptómy ADHD aj v dospelosti. K faktorom spojených s pretrvávaním symptómov patrí závažnosť

počiatočných symptómov, komorbídne poruchy a duševné poruchy rodičov (Roy a kol., 2016).

- **Zamestnanosť** - vo výskumoch, ktoré sledovali osoby s ADHD od raného veku do dospelosti, sa miera zamestnanosti probandov s ADHD nelíšila od miery zamestnanosti v kontrolnej skupine (Mannuzza a kol., 1993). Avšak v prospektívnej kohortovej štúdií, ktorá sledovala mužov (priemerný vek 41 rokov), malo zamestnanie menej probandov ako v kontrolnej skupine (83 oproti 95 percentám). V zamestnaní mali tiež nižšie pracovné postavenie, a podľa hodnotenia zamestnávateľov aj nižšiu výkonnosť v porovnaní s kontrolnou skupinou (Klein a kol., 2012).
- **Antisociálna porucha osobnosti** - v štúdiách, ktoré sledovali deti s ADHD do dospelosti, sa prevalencia antisociálnej poruchy osobnosti pohybuje v rozmedzí od 12 - 23% u probandov s prevažne hyperaktívnym/impulzívnym podtypom ADHD, oproti 2 - 3% v kontrolnej skupine (Klein a kol., 2012). Zdá sa, že zvýšené riziko rozvoja antisociálnej poruchy osobnosti je nezávislé od komorbídnej poruchy správania v detstve, pretože deti s komorbídnymi poruchami boli vylúčené z niekoľkých kohortových štúdií. (Mannuzza a kol., 1993). V observačnej štúdií 54% zo skupiny 147 pacientov s ADHD uvádzalo, že do veku 21 rokov boli zatknutí aspoň raz (v porovnaní s 37% zo 73 participantov v kontrolnej skupine); 24% pacientov s ADHD bolo zatknutých pre priestupky (v porovnaní s 11% v kontrolnej skupine) a 27% za trestný čin (v porovnaní s 11% v kontrolnej skupine) (Barkley a kol., 2004).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)

ADHD je porucha, ktorá má chronický priebeh, často s komorbiditou s inými psychickými poruchami. Symptómy poruchy negatívne ovplyvňujú kognitívne, akademické, behaviorálne, emocionálne a sociálne fungovanie postihnutého jedinca. Dôsledkom je školské zlyhávanie, nízke dosiahnuté vzdelanie, sociálna maladaptácia, v dospelosti emočné, vzťahové a sociálne problémy.

Pre účely invalidity, v prípade potreby, posudzujú občanov posudkoví lekári sociálneho poistenia Sociálnej poisťovne podľa Prílohy č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. Duševný stav dospelých pacientov s ADHD môže podmieňovať invaliditu, keď je táto v komorbidite s inými duševnými ochoreniami - poruchy nálad, úzkostné poruchy, psychotické poruchy, poruchy správania spôsobené užívaním psychoaktívnych a iné. Percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa určí podľa závažnosti narušenia integrity psychických funkcií s dopadom na obmedzenie výkonnosti organizmu až po dezintegráciu.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Na to, aby bola terapia pacienta s ADHD efektívna, sa vyžaduje multidisciplinárny prístup. Farmakoterapia u dospelých pacientov s ADHD bude uvedená v ŠDTP z odboru psychiatria. Nevyhnutné však je, aby bola doplnená psychoterapiou zaradenou do komplexného klinického manažmentu pacienta. Typická je individuálna psychoterapia ambulantnou formou, i keď niektorí pacienti môžu profitovať aj z iných foriem psychoterapie (skupinová psychoterapia).

Forma, dĺžka a intenzita terapie závisí od klinického obrazu, komorbidít a ostatných špecifik pacienta.

Základný postup pri organizácii starostlivosti o dospelého pacienta s ADHD:

Ku klinickému psychológovi a k psychiatrovi môže byť pacient odoslaný alebo ho môže vyhľadať sám, pričom nie je potrebné odporúčanie od iného špecialistu.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

V súlade so zákonom č. 576/ 2004 Z. z. § 6 pri liečbe ADHD u dospelých sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Výber liečby má byť podľa preferencií pacienta, ktorému sú zdravotnícki pracovníci v rámci informovaného súhlasu povinní poskytnúť dostatočné informácie o podstate a priebehu liečebných postupov, aby sa mohol kvalifikovane rozhodnúť.

Literatúra

1. American Academy of pediatrics. 2010. *Dedicated to the health of all children*. [online]. Dostupné na <http://www.aap.org/mentalhealth/docs/CR%20Psychosocial%20Interventions.F.0503.pdf> [cit. 01/09/2010].
2. American Academy of Pediatrics. 2019. *Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. Supplemental information. Dostupné na <https://pediatrics.aappublications.org/content/suppl/2019/09/18/peds.2019-2528.DCSupplemental> (Accessed on October 09, 2019).
3. Applegate, B.; Lahey, B.B.; Hart, E.L. et al. *Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; 36:1211.
4. Barkley, R.A.; Murphy, K.R.; Fischer, M. *ADHD in Adults: What the Science Says*. Guilford Press, New York 2008.
5. Barkley, R.A.; Brown, T.E. *Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders*. CNS Spectrums. 2008; 13:977.
6. Barkley, R.A.; Fischer, M.; Smallish L.; Fletcher, K. *The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder*. Journal of Abnormal Psychology, 2002; 111:279.
7. Barkley, R.A.; Fischer, M.; Smallish, L.; Fletcher, K. *Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2004; 45:195.
8. Barkley, R.A.; Fischer, M.; Smallish, L.; Fletcher, K. *Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2006; 45:192.
9. Barkley, R.A. *Executive Functions: What They Are, How They Work, and Why They Evolved*. The Guilford Press, New York, 2012.
10. Brickenkamp, R.; Liepmann, D.; Schmidt-Atzert, L. *Test pozornosti d2-R*. Hogrefe-Testcentrum, Praha, 2014.
11. Bukstein, O.G. *Therapeutic challenges of attention-deficit hyperactivity disorder with substance use disorders*. Expert Review of Neurotherapeutics, 2006; 6:541.
12. Carlson, C.L.; Mann, M. *Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type*. Journal of Abnormal Psychology, 2002; 31:123.
13. Collett, B.R.; Ohan, J.L.; Myers, K.M. *Ten-year review of rating scales. V: scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder*. Journal of Abnormal Psychology, 2003; 42:1015.
14. Cortese, S.; Adamo, N.; Del Giovane, C. et al. *Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis*. Lancet Psychiatry, 2018; 5:727.
15. Černochová, J.; Goldman, P.; Král, P.; Soukupová, T.; Šnorek, V.; Havlů, V. *WAIS-III - Wechslerova inteligenčná škála pro dospelých*. Nové prepracované vydanie, Hogrefe-Testcentrum, Praha 2010.
16. Dočkal, V. et al. *WISC-III - Wechslerova inteligenčná škála pre deti, adaptované slovenské vydanie*. Testcentrum – Hogrefe, Praha, 2006.
17. Drtilková, I.; Šerý, O. et al. *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha : Galén, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.
18. Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch DSM-V. Hogrefe-Testcentrum, Praha. 2015, 1032 s. ISBN 9788086471525.
19. Elliott, J.; Place, M. *Dítě v nesnáziach – prevence, příčiny, terapie*. Grada, Praha. 2002. ISBN 80-247-0182-0.
20. Faraone, S.V.; Biederman, J.; Mick, E. *The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies*. Psychological Medicine, 2006; 36:159.
21. Faraone, S.V.; Perlis, R.H.; Doyle, A.E., et al. *Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Biological Psychiatry, 2005; 57:1313–1323. dostupné na: 10.1016/j.biopsych.2004.11.024. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
22. Geller, B.; Williams, M.; Zimmerman, B. et al. *Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling*. Journal of Affective Disorders, 1998; 51:81.
23. Gioia, G.A.; Isquith, P.K.; Guy, S.C.; Kenworthy, L. *BRIEF – Škála hodnotení exekutívnych funkcií u detí*. Hogrefe – Testcentrum, Praha. 2011.

24. Gizer, I.R.; Ficks, C.; Waldman, I.D. *Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review*. Human Genetics, 2009;126:51–90. dostupné na: 10.1007/s00439-009-0694-x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
25. Goetz, M.; Uhlíková, P. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Galén, Praha, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.
26. Grob A. et al. *IDS - Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5–10 let*, Hogrefe–Testcentrum, Praha, 2013.
27. Haavik, J.; Halmøy, A.; Lundervold, A.J.; Fasmer, O.B. *Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Expert Review of Neurotherapeutics, 2010; 10:1569.
28. Harstad, E.; Levy, S. *Committee on Substance Abuse. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse*. Pediatrics, 2014; 134:e293.
29. Hinshaw, S.P.; Owens, E.B.; Zalecki, C. et al. *Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury*. Journal Consulting Clinical Psychology, 2012; 80:1041.
30. Hodgkins, P.; Arnold, L.E.; Shaw, M. et al. *A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD*. Frontiers in Psychiatry, 2011; 2:84.
31. Holbrook, J.R.; Cuffe, S.P.; Cai, B. et al. *Persistence of Parent-Reported ADHD Symptoms From Childhood Through Adolescence in a Community Sample*. Journal of Attention Disorders, 2016; 20:11.
32. Horst, R.O.; Hendren, R. L. *Integrated pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Essent Psychopharmacology, 2005, 6:250.
33. Hoza, B. *Peer functioning in children with ADHD*. Ambulatory Pediatrics, 2007; 7:101.
34. Ignjatovičová, D. *ADHD v dospelosti – výmysel modernej psychiatrie, či realita 21. storočia?* Psychiatria pre prax, 2017, č. 8(3), s. 116–118.
35. Jasinski, D.R.; Krishnan, S. *Human pharmacology of intravenous lisdexamfetamine dimesylate: abuse liability in adult stimulant abusers*. Journal of Psychopharmacology, 2009; 23:410.
36. Jenčová, A.; Černochová. *WMS–IIIa - Wechslerova skrátená pamäťová škála*. 1. české vydání, Hogrefe – Testcentrum, Praha 2011
37. Jerome, L.; Segal, A.; Habinski, L. *What we know about ADHD and driving risk: a literature review, meta-analysis and critique*. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2006; 15:105.
38. Kaplan, A.; Adesman, A. *Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children*. Current Opinion in Pediatrics, 2011; 23: 684.
39. Kessler, R.C.; Adler, L.; Barkley, R. et al. *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. American Journal of Psychiatry, 2006; 163:716.
40. Klein, R.G.; Mannuzza, S.; Olazagasti, M.A. et al. *Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later*. Archives of General Psychiatry, 2012; 69:1295.
41. Kucharská, A. et al. *Specifické poruchy učení a chování, sborník*. Portál, Praha, 1999. ISBN 80-7178-294-7.
42. Law, E.C.; Sideridis, G.D.; Prock, L.A.; Sheridan, M.A. *Attention-deficit/hyperactivity disorder in young children: predictors of diagnostic stability*. Pediatrics, 2014; 133:659.
43. Lee, S.S.; Humphreys, K.L.; Flory, K. et al. *Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review*. Clinical Psychology Review, 2011; 31:328.
44. Linnert, K.M.; Dalsgaard, S.; Obel, C. et al. *Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence*. American Journal of Psychiatry, 2003;160:1028–1040. dostupné na: 10.1176/appi.ajp.160.6.1028. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
45. López, F.A.; Leroux, J.R. *Long-acting stimulants for treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a focus on extended-release formulations and the prodrug lisdexamfetamine dimesylate to address continuing clinical challenges*. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 2013; 5:249.
46. Mannuzza, S.; Klein, R.G.; Bessler, A. et al. *Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status*. Archives of General Psychiatry, 1993; 50:565.
47. Martini, J.; Knappe, S.; Beesdo-Baum, K.; Lieb, R.; Wittchen, H.U. *Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes*. Early Human Development, 2010; 86:305–310. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.04.004. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
48. Munden, A.; Arcelus, J. *Poruchy pozornosti a hyperkativita*. Portál, Praha, 2002. 119 s. ISBN 80-7178-625-X.
49. National Institute of Health and Excellence. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management*. NICE Guideline [NG87], March 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG87> (accessed 9 October 2019).
50. Nigg, J.; Nikolas, M.; Burt, S.A. *Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010;49:863–873. dostupné na: 10.1016/j.jaac.2010.01.025. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
51. Paclt, I. et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Grada, Praha, 2007. 234 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
52. Pliszka, S., AACAP working group on quality issues. *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with attention deficit / hyperactivity disorder*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; 46: 894.
53. Pokorná, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Portál, Praha, 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9.
54. Praško, J. et al. *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Triton, Praha, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
55. Preiss, M. *Pamäťový test učenia*. Psychodiagnostika, Bratislava 1999.
56. Ptáček, R. *Conners 3 posudzovacia škála pozornosti a správania*. Hogrefe-Testcentrum, Praha, 2018.
57. Ronenová, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnáziach – kognitivně – behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Portál, Praha, 2000. ISBN 8071783706.
58. Roy, A.; Hechtman, L.; Arnold, L.E. et al. *Childhood Factors Affecting Persistence and Desistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Adulthood: Results From the MTA*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016, 55:937.
59. Senka, J.; Kuruc, J.; Čečer, M. *Bourdonov test – BOPR*. Psychodiagnostika.
60. Stárková, L. *ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe*. In: *Pediatrica pre prax*, 2018, č. 3, s. 111-116.

61. Šlepecký, M.; Novotný, M. *Efektivita liečby ADHD neurofeedbackom*. Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika. 2010. s. 43 – 48.
62. Šuba, J.: *Nové možnosti liečby ADHD na Slovensku*. In: Psychiatria pre prax, 2009, č. 10 (3), s. 116-120.
63. Thompson, M.; Thompson, L. *The neurofeedback book*. Colorado, USA: The Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback, 2003. ISBN 1-887-11406-8.
64. Train, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
65. Trebatická, J., Škodáček I. *ADHD – možnosti alternatívnej terapie*. Psychiatrie pro praxi 2016; č. 17(2e): s. 11-17.
66. Van Doren, J. et al. *Sustained effects of neurofeedback in ADHD: a systematic review and metaanalysis* European Child & Adolescent Psychiatry volume 28, 293–305(2019), <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-018-1121-4>

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. októbra 2021 .

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva

Príloha

Posudzovacia škála WURS - skrátená verzia

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____ Dátum vyplnenia: _____

Odpovedzte prosím na nasledujúce otázky. Svoju odpoveď označte krížikom v príslušnom stĺpci.

Ako dieťa som bol/a (alebo mal/a):	Vôbec nie alebo veľmi málo	Mierne	Stredne	Dost' často	Veľmi často
1. problémy so sústredením, ľahko rozptýliteľný/á					
2. úzkostlivý/á, starostlivý/á					
3. nervózny/a, nekludný/á					
4. nepozorný/á, zasnený/á					
5. zlostný/á a popudlivý/á					
6. povahu výbušnú a hnevlivú					
7. ťažkosti vytrvať pri úlohe, neschopnosť dokončiť začaté úlohy					
8. tvrdohlavý/á, neústupný/á					
9. mrzutý/á alebo smutný/á, depresívny/a, nešťastný/á					
10. neposlúchal/a rodičov, bol/a som rebel					
11. nízke sebavedomie					
12. podráždený/á					
13. výkyvy nálad, náladový/á					
14. pocity hnevu					
15. bol/a impulzívny/a, konal/a bez rozmyslenia					
16. tendencie k veku neprimeranému správaniu					
17. pocity viny, ľútosť					
18. strácal/a kontrolu nad sebou					
19. tendencie správať sa iracionálne					
20. nepopulárny/a u druhých detí, neschopný/á udržať si priateľov, nevychádzal/a som s inými deťmi					
21. ťažkosti vidieť veci z pohľadu druhých					
22. ťažkosti s rešpektovaním autorít, ťažkosti v škole, návštevy v riaditeľni					
Ako dieťa v škole:					

23. som bol/a celkovo zlý/á žiak/čka, pomalý/á čitateľ/ka					
24. mal/a ťažkosti s matematikou alebo číslami					
25. neusiloval/a som sa realizovať svoj potenciál					

Interpretácia skrátenej verzie WURS:

Hodnotenie odpovedí:

0 = vôbec nie alebo veľmi málo,

1 = mierne,

2 = stredne občas,

3 = dosť často,

4 = veľmi často.

Dosiahnutý počet bodov 46 a viac predikuje prítomnosť ADHD.

ADHD sebapozudzovacia škála pre dospelých

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____ Dátum vyplnenia: _____

Odpovedzte prosím na nasledujúce otázky. Svoju odpoveď označte krížikom v príslušnom stĺpci. Ohodnoťte, ako to bolo v posledných 6 mesiacoch.

	Nikdy	Zriedka	Občas	Často	Veľmi často
1. Ako často mávate ťažkosti s dokončením posledných detailov projektu/práce/úlohy, keď hlavné časti sú už hotové?					
2. Keď máte pred sebou úlohu, ktorá si vyžaduje organizovanie, ako často mávate problémy zorganizovať si jednotlivé kroky?					
3. Ako často mávate problémy so zapamätávaním si stretnutí a povinností?					
4. Ako často sa snažíte vyhnúť sa úlohe, ktorá si vyžaduje premyslenie?					
5. Ako často sa Vám stáva, že vrtíte rukami alebo nohami, keď musíte dlhšiu dobu zostať na jednom mieste?					
6. Ako často cítite priveľa aktivity, ako by ste boli poháňaný nejakým motorom?					
ČASŤ A					
7. Ako často robíte chyby z nepozornosti, keď sa venujete nudnej alebo náročnej práci?					
8. Ako často mávate ťažkosti udržať pozornosť pri nudnej alebo stereotypnej práci?					
9. Ako často mávate ťažkosti so sústredením sa na to, čo ľudia rozprávajú, a to i v prípade, keď hovoria priamo s Vami?					
10. Ako často sa Vám stane, že doma alebo v práci odložíte niekam veci a máte ich problém potom nájsť?					
11. Ako často Vás rozptýlia činnosti iných osôb alebo hluk okolo Vás?					
12. Ako často vstávate z miesta počas nejakého stretnutia či v iných situáciách, v ktorých sa očakáva, že budete sedieť?					
13. Ako často sa cítite nekľudný alebo nesústredený?					
14. Ako často mávate ťažkosti odpočinúť si, relaxovať, keď máte čas iba pre seba?					

15. Ako často sa Vám stáva, že v spoločnosti rozprávate príliš veľa?					
16. Ako často sa počas konverzácií pristihnete, že dokončujete vety za druhých?					
17. Ako často mávate v situáciách, keď je to potrebné problémy počkať, kým na Vás príde rad?					
18. Ako často rušíte ostatných, keď majú veľa práce?					
ČASŤ B					

Pokyny pre vyhodnocovanie:

1. Pokiaľ sa v časti A v šedých políčkach objavia viac ako 4 krížiky, potom má pacient symptómy zodpovedajúce ADHD u dospelých a je potrebné ďalšie vyšetrenie.
2. Dosiahnuté skóre v časti B môže poskytnúť ďalšie podnety pre vyšetrenie. Venujte pozornosť krížikom uvedených v šedých políčkach. Časť B nemá kvantitatívne vyhodnotenie. Jedná sa predovšetkým o kvalitatívne doplnenie časti A. Časť A je dostatočne citlivá pre zhodnotenie aktuálnej symptomatológie ADHD u dospelých. Pri použití tejto metódy je nutné brať do úvahy, že ide len o screeningový nástroj.