

SPECIFICKÉ POTŘEBY RODIN DĚTÍ S ADHD

THE SPECIFIC NEEDS OF FAMILIES WITH CHILDREN WITH ADHD (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDERS)

Radek Ptáček¹, Terezie Pemová², Libuše Čeledová³, Rostislav Čevela³¹Psychiatrická klinika, LF UK a VFN²Hyperaktivita – Institut pro studium a terapii hyperaktivity a poruch pozornosti³Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Vol. 4, no. 2, 193–199

Summary

Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD) is a relatively widespread diagnosis in childhood. Available studies estimate the occurrence of ADHD in the population to be around 5–10%. The disorder due to its nature affects not only all aspects of child's life, but also the life of whole family and wider social environment. Children with ADHD exhibit a whole range of specific needs, not only in the education but also in the health care. This puts significantly increased demands not only on parents, but also on teachers of these children. Inadequate care for children with ADHD can fairly negatively affect their professional career. The system of social security provides social benefits and social services for these families provided in connection with the care of children with disabilities (long-term adverse health status), especially in cases with severe forms of ADHD.

*Key words: ADHD – hyperactivity – social security***Souhrn**

ADHD představuje poměrně široce rozšířenou diagnózu v dětském věku. Dostupné studie uvádějí výskyt u 5 až 10 % populace. Porucha vzhledem ke svému charakteru zasahuje všechny aspekty života dítěte a zásadním způsobem ovlivňuje život rodiny i širšího sociálního okolí. Děti s ADHD vykazují celou řadu specifických potřeb nejen v oblasti výchovné a vzdělávací, ale také v oblasti zdravotní péče. To klade na rodiče, ale například i pedagogy těchto dětí významně zvýšené nároky. Nedostatečná péče o děti s ADHD může poměrně výrazným způsobem negativně ovlivnit jejich celoživotní kariéru. Systém sociálního zabezpečení umožňuje využívat sociálních dávek a sociálních služeb poskytovaných v souvislosti s péčí o dítě se zdravotním postižením (dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem), a to zejména v případech, kdy jde o těžší formy ADHD.

*Klíčová slova: ADHD – hyperaktivita – sociální zabezpečení***ÚVOD**

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders – porucha pozornosti s hyperaktivitou) je spolu se specifickými poruchami učení (dyslexie, dysortografie) v současnosti velmi běžnou diagnózou v dětském věku a vyskytuje se dle dostupných zdrojů až u 5–10 % dětí školního věku. U chlapců je výskyt poruchy

častější než u děvčat (udávaný poměr 6:2); u děvčat bývají zpravidla projevy poruchy méně nápadné (2). Hyperkinetický syndrom (dle MKN 10), také pod názvem hyperaktivita a poruchy pozornosti – ADHD (dle DSM IV) (6), představuje skupinu vývojových poruch, které jsou charakteristické nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivní

ty, projevující se v menší či větší míře ve všech oblastech života dítěte, ale i jeho okolí (13). V současné době se zjišťuje, že ADHD se projevuje nejen řadou specifických i nespecifických poruch v chování a kognici, ale také specifickými změnami v činnosti endokrinní soustavy, růstu apod. (16, 17).

Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě čistě neurologických, senzomotorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Obtíže jsou často spojeny s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony (5). Hyperaktivní děti jsou až do věku dospívání rovněž méně samostatné než jejich vrstevníci, což v mnoha praktických oblastech komplikuje jejich rodinám běžné fungování (3).

Mezi možné příčiny vzniku se řadí biologické/fyziologické příčiny (mezi nimi např. zdravotní komplikace v těhotenství matky nebo při porodu, užívání psychofarmak, drog, kofeinu a nikotinu v průběhu těhotenství, vliv se přisuzuje také stravě, znečištěnému životnímu prostředí) a dědičnost (14). Molekulární biologie prokázala řadu kandidátních genů podílejících se na vzniku hyperkinetické poruchy, které jsou v současné době podrobně studovány (10). Zvažovány jsou i některé další možné příčiny (1, 11).

Rodiče, jejichž dítě má stanovenou diagnózu ADHD, se musejí vyrovnat s odlišnostmi svého dítěte, všemi důsledky poruchy, ale také s reakcemi okolí. Jejich děti jsou často považovány za nevychované, neposlušné, drzé, zlé, hloupé apod. Rodiče zase bývají nařčeni z neschopnosti vychovávat své dítě, což s sebou nese konflikty nejen s okolím, ale mnohdy i v rámci rodiny (s partnery, prarodiči dítěte a ostatními příbuznými) (1, 11).

Nezbytné pro zdárný vývoj dítěte je především odpovídající výchovný přístup v rodině a pedagogický přístup ve škole. Výchova může další vývoj dítěte velmi významně ovlivnit – a to jak v pozitivním, tak v negativním směru (2, 3, 5, 6, 13).

Současné výzkumy (13) uvádějí, že výskyt ADHD v míře vyžadující odbornou pomoc je možno předpokládat až u 3–6 % dětské populace, jedná se tedy dle statistik proodnosti

přibližně o 38 000 až 65 000 dětí ve věku 3–16 let v České republice.

Péče o hyperaktivní dítě klade na rodiče vysoké fyzické i psychické nároky; nežádoucí projevy poruchy projevující se nevhodným chováním dítěte často vedou k sociální izolaci rodiny (2). ADHD dítěte v řadě případů s sebou nese i zvýšené nároky na uspokojování potřeb dítěte i rodiny (časové, lidské) a zhoršuje možnosti plnohodnotného začlenění dítěte jak v oblasti předškolních aktivit, tak i vzdělávání a volnočasových aktivit. Následně může mít ADHD dítěte také dopad na chod rodiny, osobní a pracovní život pečujících osob, zejména pak rodičů dítěte.

Potřeby dětí s ADHD

Dítě s ADHD vyžaduje jednak specifickou zdravotní péči a jednak specifickou a systematickou psychologickou péči, a to dle dostupných studií nejlépe na úrovni dítěte samotného, ale také rodiny a školy. Zdravotní péče je v současné době zajištěna především sítí dětských lékařů a psychiatrů a lze o ní v tomto smyslu uvažovat jako o přiměřeně systematicky zajištěné. ADHD představuje vývojovou poruchu, a proto je zapotřebí o specifických potřebách těchto dětí a jejich rodin uvažovat ve vývojovém kontextu.

Specifika předškolního věku

Předškolní věk je období, kdy se specifické projevy ADHD začínají projevovat tak, že rodiče obvykle začínají zvažovat profesionální pomoc (4). Nicméně vzhledem k faktu, že dítě může často zůstat s rodiči doma, problém není řešen. Tato skutečnost často představuje poměrně závažnou chybu, protože včasná diagnostika umožní časnou terapii a ta je dle aktuálních studií hlavním prediktorem úspěšné léčby (4, 8). V předškolním věku rodiče vyhledají pomoc nejčastěji až při vstupu dítěte do školky, kdy se projevy ADHD, nekorigované rodinným prostředím, začínají projevovat a dítěti i rodičům začínou působit první obtíže. Předškolní zařízení v současné době děti s ADHD či příbuznými poruchami (např. poruchy chování) odmítají nejen z důvodů kapacitních, ale především z důvodů, že personál není schopen tyto děti

zvládat. Rodiny tak v tomto kontextu narážejí na celou řadu obtíží, které se následně kumulují a při vstupu dítěte do školy i kulminují.

Specifické obtíže a potřeby dětí a rodin v předškolním věku:

- Nedostatečná kapacita předškolních zařízení schopných integrovat hyperaktivní děti a připravit je na školní docházku.
- V případě odmítnutí nebo vyloučení dítěte z předškolního zařízení zhoršení ekonomické a sociální situace rodin hyperaktivních dětí.
- Obtíže rodiče (nejčastěji matek) pečujícího o hyperaktivní dítě při návratu do zaměstnání (nedostupnost zkrácených úvazků, práce z domova, flexibilita pracovní doby a úvazku).
- Nedostatek informací v oblasti nároků na sociální služby a dávky, rovněž tak o právech a nárocích v oblasti předškolního vzdělávání, včetně možnosti využít individuálních vzdělávacích plánů a pedagogických asistentů umožňujících integraci hyperaktivních dětí do předškolních zařízení.
- Chybějící systém sociálních a podpůrných služeb (včetně svépomocných aktivit) pro rodiny hyperaktivních dětí, které vedou k sociální izolaci rodin.

Specifika školního věku

Vstup do školy je nejčastějším mezníkem, kdy dochází k plnému projevení symptomů ADHD, které mohly být doposud v rámci rodiny korigovány (9). V případě, že dítě dochází do školy, která není odborně připravena na výchovu a vzdělávání dětí s touto diagnózou, mohou být symptomy ADHD hodnoceny jako „nevychovanost“, „zlobivost“ a nepřízpůsobivost, za kterou je dítě trestáno, často i vyloučeno ze školy. Obdobný scénář se může odehrávat i v případě volnočasových aktivit apod. Školní příprava dítěte a organizace volného času může být v tomto ohledu pro rodiče mimořádně obtížná. Velice náročná je pro rodiče často i reakce širšího sociálního okolí, které při neznalosti problematiky může posuzovat rodiče jako za selhávající ve výchově (12, 15).

Specifické problémy související s ADHD ve školním věku:

- Časová náročnost péče o hyperaktivní dítě v čase mimo školní docházku (jak v oblasti domácí přípravy na školu, tak v případě volnočasových aktivit) mnohdy vyžaduje přizpůsobení nebo částečné omezení ekonomické aktivity rodiče.
- Nedostatek místně a finančně dostupných služeb poskytujících psychosociální služby a poradenství rodinám hyperaktivních dětí.
- Nedostatek informací v oblasti přístupů k potřebným sociálním službám, předškolnímu vzdělávání, včetně možnosti využít individuálních vzdělávacích plánů a pedagogických asistentů umožňujících integraci hyperaktivních dětí do předškolních zařízení.
- Nedostatek informací, dovedností a podpory rodičů při vzdělávání hyperaktivních dětí.
- V mnoha případech odborně nezpůsobilé školní prostředí, s nedostatkem kompetencí pro práci s projevy poruchy (nepozornost, zapomnětlivost, impulzivita), které jsou často hodnoceny jako selhání rodiny, jež může vést k oznámení orgánu sociálně-právní ochrany dětí s podezřením na zanedbávání dítěte rodiči.
- Nedostatek prostředků a nástrojů k systematické integraci hyperaktivních dětí do běžného vzdělávacího systému, což vede ke zhoršení jejich přístupu ke vzdělávání.

Specifika období dospívání

Konec základní školní docházky často představuje druhé kritické období v životě dítěte s ADHD. Specifické výchovné a v tomto věku především výukové požadavky často činí přechod dítěte na střední školu obtížným, v mnoha případech nemožným (7). Děti s ADHD při přestupu na vyšší typ školy často selhávají nikoliv v důsledku nedostatečných intelektových předpokladů, ale v důsledku potřeby individuálního studijního přístupu. Děti s ADHD tak často končí na nižších typech škol (učňovské obory) i přesto, že jejich studijní předpoklady jsou vyšší. Třetím kritickým obdobím mladistvého s ADHD je vstup

na trh práce. V této oblasti v současné době jakákoliv podpora chybí a mezi mladistvými nezaměstnanými je proto poměrně vysoké procento osob s anamnézou ADHD.

Základní specifické problémy dětí s ADHD v období dospívání:

- Nedostatečně kvalifikované kariérní poradenství při volbě sekundárního vzdělávání zohledňující případné přetrvávající obtíže spojené s ADHD.
- Neexistující systém usnadňující přechod dospívajících s ADHD ze základních škol na střední školy.
- Nedostatečná kvalifikace středoškolských pedagogů v oblasti vzdělávání a výchovné práce s dospívajícími s vývojovými poruchami.
- Neexistující systém prevence školního selhávání při studiu na středním typu škol, který by zabránil sociálnímu propadu dospívajících, kteří bez dosažené kvalifikace opouštějí vzdělávací systém (např. sociálně tréninkové skupiny pro dospívající s ADHD).

Zdravotní péče a sociální pomoc pro děti s ADHD

Na základě uvedených skutečností i současného stavu poznání lze konstatovat, že ADHD představuje vývojovou poruchu, která poměrně zásadním způsobem intervenuje do všech oblastí života dítěte, jeho rodiny i širšího sociálního prostředí (např. škola) (1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 18, 19). Přítomnost této poruchy v dětství je také silným a závažným prediktorem selhání v budoucím pracovním, ale i širším sociálním životě dítěte. Řada studií poukazuje na alarmující procento výskytu ADHD u osob sociálně nepřizpůsobivých, ale také např. recidivistů apod. (7). Jak jsme již ovšem uvedli, současný stav není vůči dětem s ADHD ani jejich rodinám nastaven optimálně, a to jak v důsledku malé informovanosti o problematice na straně rodičů, ošetřujících lékařů, pedagogů i veřejnosti, tak i v důsledku nedostatku nebo nedostatečného spektra podpůrných služeb, které by napomáhaly rodině i dítěti vyrovnat se se znevýhodněním. Současně je nutno konstatovat, že v mnoha případech samotní rodiče zatím preferují dávku

sociálního zabezpečení před službou a „izolací“ dítěte v domácím prostředí a péči rodiče. Přitom by nepochybně sdílená péče rodiny a služeb zajistila individuální potřeby dítěte s ADHD a vedla by k posílení jeho kompetencí a schopnosti plnohodnotného sociálního začlenění. Takový model by nepřerušil možnost pracovního začlenění pečujících osob, které jsou nyní v důsledku několikaleté pracovní inaktivity při péči o zdravotně postižené dítě znevýhodněny na trhu práce v oblasti pracovní kariéry, určité ztráty kvalifikace, pracovních návyků, výdělků. V seniorském věku pak uvedené skutečnosti mohou mít vliv i na vyšší starobního důchodu.

Systém sociálního zabezpečení v současné době umožňuje při splnění předepsaných podmínek (např. sociálních, věkových, zdravotních apod.) využívat sociálních dávek a sociálních služeb poskytovaných v souvislosti s péčí o dítě se zdravotním postižením (dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem), a to zejména v případech, kdy jde o těžší formy ADHD, provázené rušivými poruchami chování, poruchami kognice, ale také specifickými změnami v činnosti endokrinní soustavy, růstu. Jde zejména o rodičovský příspěvek a sociální příplatek v systému státní sociální podpory, příspěvek na péči, ranou péči nebo sociální rehabilitaci v systému sociálních služeb, eventuálně i mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany v systému sociální péče.

Z hlediska přístupů ke kompenzaci důsledků zdravotního postižení dítěte a z toho vyplývající zvýšené potřeby péče, pomoci a dohledu existují dva dávkové i posudkové systémy:

1. Státní sociální podpora

Státní sociální podpora poskytuje rodičovský příspěvek z důvodu, že jde o dítě dlouhodobě zdravotně postižené (se stupněm zdravotního postižení od 50 do 79 %) nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené (se stupněm zdravotního postižení od 80 do 100 %).

Účelem rodičovského příspěvku při péči o dítě se zdravotním postižením je zajištění osobní, celodenní a řádné péče o dítě.

2. Sociální služby

Zákon o sociálních službách a poskytování příspěvku na péči vychází ze zásady, že nárok

na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. Příspěvek na péči je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem poskytnutí potřebné pomoci (jinou fyzickou osobou nebo formou sociální služby). Hodnocení závislosti obsahuje všechny aspekty každodenního života – běžné denní aktivity a zaměřuje se i na problematiku ošetření a léčebného režimu.

V případě dětí se zdravotním postižením dochází k souběhu a překrývání potřeby péče, pomoci a dohledu v obou systémech tj. státní sociální podpoře a v sociálních službách – a to jak posudkově, tak i dávkově.

Posudkově medicínská kritéria jsou v obou systémech rozdílná.

V systému státní sociální podpory je akcentován rozsah a tíže zdravotního postižení (tedy diagnóza – vzhledem k době vzniku systému v r. 1995 a tehdy převažujícím zdravotním přístupům). Z uvedených veličin se predikuje stupeň omezení uspokojování běžných životních potřeb. Omezení uspokojování běžných životních potřeb u dítěte znamená, že dítě potřebuje větší péči, dohled nebo pomoc než stejně staré zdravé dítě; jde tedy nepřímo o určitou míru závislosti na péči, pomoci druhé osoby. Objektivně se ale rozsah omezení uspokojování běžných životních potřeb nezkoumá a nezkoumá se ani rozsah, intenzita a náročnost péče. Potřeba osobní, celodenní a řádné péče se při určitém rozsahu a tíži zdravotního postižení a věku dítěte automaticky předpokládá.

Systém státní sociální podpory a posuzování stupně zdravotního postižení tím, že nezkoumá blíže individuální sociální důsledky zdravotního postižení (tedy v čem spočívá omezení uspokojování běžných životních potřeb a do jaké míry je uspokojování běžných životních potřeb narušeno), vede k unifikovanému přístupu a dostupnosti dávky. Výrazem unifikace přístupů a kompenzace je skutečnost, že rodičovský příspěvek je poskytován ve stejné výši, a to jak při péči o dítě dlouhodobě zdravotně postižené (se stupněm zdravotního postižení od 50 do 79 %) nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené (se stupněm zdravotního postižení od 80 do 100 %), i když

je rozsah péče vyplývající ze zdravotního postižení rozdílný.

V systému sociálních služeb se potřeba pomoci a dohledu přesně identifikuje ve vztahu k běžným denním aktivitám, vyjádřenými úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti. Stupeň závislosti a následně příspěvek na péči se neposkytuje plošně na diagnózu, ale podle rozsahu potřebné pomoci a potřeby sociálních služeb.

V případě hodnocení závislosti dětí do 18 let věku platí, že se porovnává rozsah, intenzita a náročnost pomoci a dohledu, kterou je třeba věnovat dítěti se zdravotním postižením, s pomocí a dohledem, který je poskytován zdravé fyzické osobě téhož věku. Přitom se nepřihlíží k pomoci a dohledu, které vyplývají z věku dítěte a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje.

Potřeba pomoci se posuzuje v tříosém systému jako potřeba vlastní fyzické pomoci, potřeba dohledu a potřeba kontroly. Potřeba pomoci a dohledu se rozlišuje ve čtyřech stupních. Zákon přitom nestanoví, kdy rozsah pomoci jiné fyzické osoby naplňuje potřebu celodenní péče.

V případě přiznání určité „zdravotně sociální kategorie“ a příslušné dávky z oblasti sociálního zabezpečení se současně doba péče o dítě se zdravotním postižením považuje za náhradní dobu pro účely důchodového pojištění a stát je za pečující osobu plátcem zdravotního pojištění. V oblasti předškolního a školního vzdělávacího systému se zatím dostatečně nenahlíží na hyperaktivní děti jako na děti se specifickými potřebami, což může ztěžovat průběh a výsledky jejich vzdělávání.

Pro naplnění tohoto cíle je potřeba:

- Zlepšit informovanost rodičů v oblasti kvalifikovaného přístupu k dětem se specifickými vývojovými poruchami (děti s ADHD, hyperaktivní děti, děti se specifickými poruchami učení) k řešení jejich potřeb a přístupů k službám, vzdělávání a k přípravě pro pracovní uplatnění (využívání poradenství, rané péče, sociální nebo pracovní rehabilitace, psychosociálních služeb, řešení speciálních vzdělávacích potřeb, poradenství v oblasti přípravy pro pracovní uplatnění a v oblasti zaměstnanosti apod.).

- Zlepšit informovanost praktických lékařů pro děti a dorost a pediatriů v oblasti specifických vývojových poruch.
- Zlepšit profesní přípravu pedagogů všech vzdělávacích stupňů v oblasti integrace dětí se specifickými vývojovými poruchami do běžného vzdělávacího systému a poradenství pro pracovní uplatnění.
- Podpořit vznik a rozvoj místně dostupných služeb (psychosociálních, sociálních, pedagogických) pro rodiny dětí se specifickými vývojovými poruchami, včetně svépomocných aktivit.
- Vytvořit systém zachytu a sociální intervence dospívajících předčasně opouštějících vzdělávací systém.
- Podpořit flexibilitu pracovní doby a úvazků rodičů dětí se specifickými vývojovými poruchami.
- Zabránit sociální izolaci dětí se specifickými vývojovými poruchami a pečujících osob, vyrovnat jejich znevýhodnění a napomáhat jejich plnohodnotnému sociálnímu začlenění.

ZÁVĚR

Diagnóza ADHD představuje poruchu, která vzhledem ke svému charakteru zasahuje všechny aspekty života dítěte, ale také poměrně zásadním způsobem ovlivňuje život rodiny i širšího sociálního okolí. Děti s ADHD vykazují celou řadu specifických potřeb nejen v oblasti výchovné a vzdělávací, ale také v oblasti zdravotní péče. To klade na rodiče, ale například i na lékaře a pedagogy těchto dětí zvýšené nároky. Vzhledem k tomu, že nedostatečná péče o děti s ADHD může poměrně výrazným způsobem negativně ovlivnit jejich celoživotní kariéru, je zapotřebí, aby byla těmto dětem i jejich rodinám poskytnuta specifická podpora v rámci systému zdravotního, vzdělávacího, sociálního a zaměstnanosti. Pro posuzování zdravotního stavu dětí s ADHD lékařskou posudkovou službou vyplývá, že u dítěte se zdravotním postižením se jedná situace – zdravotní postižení – posuzuje ve dvou systémech rozdílným způsobem a s rozdílným výsledkem a s rozdílným nárokovým a dávkovým řešením. Ukazuje se, že stávající řešení potřeb dětí se zdravotním postižením a jejich rodin je po všech stránkách složité. Vzhledem

k odborné náročnosti problematiky péče o dítě se zdravotním postižením se jeví nezbytné pro případnou korekci či změnu věcného a právního řešení kompenzace důsledků zdravotního postižení dítěte získat odborné lékařské podklady, které by identifikovaly potřeby dětí se zdravotním postižením a potřeby péče o ně.

V občanské společnosti, která posiluje odpovědnost občanů na řešení jejich věcí, nelze spoléhat však jen na roli státu a jeho paternalistický a centralizovaný přístup promítnutý až k jedinci. Přednost při řešení specifických potřeb musí mít, tak jak je tomu ve vyspělých zemích Evropského společenství běžné, služba vyrovnávající znevýhodnění. Důležitou roli zastávají kraje, obce, komunity a neziskový sektor. Odpovědné a odborné komunitní plánování by mělo zajistit dostupnost služeb v souladu s potřebami regionu a jeho obyvatel.

LITERATURA

1. Antshel, K. M.: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the context of a high intellectual quotient/giftedness. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(4), 293–299, 2008.
2. Barkley, R. A., Macias, M.: Attention deficit hyperactivity disorder. In: R. David (ed.): *Child and adolescent neurology* (3rd ed.). New York: Blackwell, 2005.
3. Cormier, E.: Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update. *J Pediatr Nurs Oct*; 23(5):345–57, 2008.
4. Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., Thompson, M.: Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care, Health and Development*, 35(6), 754–766, 2009.
5. Dopheide, J. A., Pliszka, S. R.: Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update. *Pharmacotherapy*, 29(6), 656–679, 2009.
6. DSM IV. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
7. DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., O'Dell, S. M., Vairejao, M.: College students with ADHD: current status and future directions. *Journal of Attention Disorders*, 13(3), 234–250, 2009.
8. Hamilton, S. S., Armando, J.: Oppositional defiant disorder. *American Family Physician*, 78(7), 861–866, 2008.
9. Hofvander, B., Ossowski, D., Lundström, S., Ancarsäter, H.: Continuity of aggressive antisocial behavior from childhood to adulthood: The question of phenotype definition. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(4), 224–234, 2009.

10. Kuzelova, H., Ptacek, R., Macek, M.: The serotonin transporter gene (5-HTT) variant and psychiatric disorders: review of current literature. *Neuro Endocrinol Lett.*, 31(1), 4–10, 2010.
11. Matejcek Z.: Is ADHD adaptive or non-adaptive behavior? *Neuro Endocrinol Lett* 2003; 24(3-4): 148–150.
12. McBurnett, K., Pfiffner, L. J.: Treatment of aggressive ADHD in children and adolescents: conceptualization and treatment of comorbid behavior disorders. *Postgraduate Medicine*, 121(6), 158–165, 2009.
13. Paclt, I.: *Hyperkynetická porucha chování*. Praha: Grada, 2008.
14. Paclt, I., Uhlíková, P., Koudelová, J., Bauer, P., Vaněčková, M. et al.: Biological markers of the hyperkinetic syndrome in children of age 6 to 10 years. *European Psychiatry* 15, 2000, 2, 385.
15. Power, T. J., Tresco, K. E., Cassano, M. C.: School-based interventions for students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 11(5), 407–414, 2009.
16. Ptacek, R., Kuzelova, H., Paclt, I., Zukov, I., Fischer, S.: ADHD and growth: anthropometric changes in medicated and non-medicated ADHD boys. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 15(12), CR595–599, 2009.
17. Ptacek, R., Kuzelova, H., Paclt, I., Zukov, I., Fischer, S.: Anthropometric changes in non-medicated ADHD boys. *Neuro Endocrinology Letters*, 30(3), 377–381, 2009.
18. Retz, W., Rösler, M.: The relation of ADHD and violent aggression: What can we learn from epidemiological and genetic studies? *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(4), 235–243, 2009.
19. Wolf, L. E., Simkowitz, P., Carlson, H.: College students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 11(5), 415–421, 2009.

Radek Ptáček et al.
ptacek@neuro.cz