

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Hekrova 805, 149 00, Praha 4



Diplomová práce

Téma: Problematika dětí s ADHD, metody práce s dětmi se specifickými poruchami chování

Zpracovala: Bc. Jitka Stoklasová

Ročník: V.

Akademický rok: 2012 - 2013

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Forma studia: kombinované

Prague college of psychosocial studies

Hekrova 805, 149 00, Praha 4



Topic:

Problems of children with Attention deficit hyperactivity disorder, methods of working with children who have this specific behaviour disorder.

Bc. Jitka Stoklasová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Eva Petráková

Praha 2013

Anotace:

Diplomová práce se zabývá problematikou dětí s ADHD, terminologickým vymezením pojmu ADHD, etiologií a historickými východisky zkoumané problematiky. Popisuje metody a přístupy k dětem se specifickými poruchami chování, jejich diagnostiku a možnosti nápravy.

Zaměřuje se na důležitost včasné diagnostiky poruch a jejich léčby. Ta zahrnuje odbornou pomoc jak pedagogů, psychologů, lékařů a terapeutů. Nastiňuje problémy rodičů a vychovatelů s těmito dětmi. I široká veřejnost si uvědomí, že se nejedná pouze o okrajový problém společnosti. Včasná diagnostika a léčba může zabránit nežádoucí změně osobnosti dítěte. Jedná se vlastně o předcházení kriminality mládeže a prevenci patologických jevů ve společnosti.

V praktické části mé práce porovnávám dvě kazuistiky dětí, u kterých se vyskytují poruchy chování a pozornosti. Následně jim byl diagnostikován syndrom ADHD. Zabývám se jejich zdravotním stavem, jejich rodinným prostředím a možnostmi, které využívají jejich rodiče k nápravě a zlepšení potíží dětí.

Klíčová slova:

ADHD - porucha s deficitem pozornosti s hyperaktivitou, ADD - porucha s deficitem pozornosti, DSM-IV - klasifikační systém Americké psychiatrické společnosti, symptomy, chování, pozornost, hyperaktivita, impulzivita.

Abstract:

This graduation thesis deals with the problems of children with Attention deficit hyperactivity disorder, with the terminological determination of the term Attention deficit hyperactivity disorder, with its etiology and with the historical base of the examined problem. It describes methods and approaches of dealing with children with specific behaviour disorders, their diagnostics and the possibilities of their remedy.

It focuses on the importance of a timely diagnosis of the disorders and their treatment. This includes the professional help of pedagogues as well as of psychologists, doctors and therapists. It sketches problems of parents and educators with such children. Even the general public realises that the issue is not only a marginal problem of our society. Timely diagnosis and rehabilitation can prevent an undesirable change in the personality of the child. The issue is actually the prevention of juvenile delinquency and prevention of pathological phenomena in society.

In the practical part of my thesis I compare two case reports of children, in whom disorders of their behaviour and their attention occur. Consequently they were diagnosed with Attention deficit hyperactivity disorder syndrome. I deal with their health condition, with their family environment und with the ways in which their parents support the remedy and cure of their childrens' troubles.

Key words:

Attencion Deficit Hyperaktivitiy Disorder, Attention Deficit Disorder, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Symptoms, Behavior, Attention, Hyperaktivitiy, Impulsivity.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k magisterské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Opavě dne 15. 7. 2013

.....

Obsah

ÚVOD.....	8
1 ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) Hyperaktivita s poruchou pozornosti.....	11
1.1 VZNIK, VÝVOJ A HISTORIE POJMU ADHD.....	11
1.2 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ POJMU ADHD.....	14
1.3 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PRO ADHD (MKN – 10, DSM – IV).....	15
2 ETIOLOGIE ADHD.....	21
2.1 PŘÍČINY VZNIKU ADHD/ADD.....	21
2.2 NEGENETICKÉ FAKTORY.....	22
2.3 GENETICKÉ FAKTORY ADHD, PORUCHY NEUROTRANSMISE.....	23
2.4 DIETETIKA.....	24
2.5 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY.....	25
2.6 ÚRAZY JAKO MOŽNÉ PŘÍČINY ADHD.....	25
3 TYPICKÉ PROJEVY CHOVÁNÍ DĚTÍ S PORUCHOU ADHD.....	27
3.1 PORUCHA SOUSTŘEDĚNÍ.....	27
3.2 PORUCHA POZORNOSTI.....	27
3.3 PORUCHA HYPERAKTIVITY.....	28
3.4 IMPULZIVITA.....	28
3.5 DALŠÍ SOUVISEJÍCÍ PROJEVY CHOVÁNÍ.....	29
4 VÝVOJOVÁ VARIABILITA OBRAZU ADHD.....	34
4.1 PROJEVY CHOVÁNÍ V ZÁVISLOSTI NA VĚKU.....	34
4.2 VÝVOJOVÉ ASPEKTY PORUCHY VE VZTAHU K VĚKU.....	38
4.3 SEKUNDÁRNÍ NÁSLEDKY ADHD/ADD.....	38
5 DIAGNOSTIKA DĚTÍ, VYŠETŘENÍ DĚTÍ S ADHD, PSYCHICKÉ PORUCHY. 40	
5.1 JINÉ PORUCHY SOUVISEJÍCÍ S ADHD.....	40
5.2 DIAGNOSTIKA ADHD.....	43
5.3 PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA.....	45
5.4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	47
5.5 PSYCHICKÉ PORUCHY.....	49
6 FORMY PÉČE, TERAPEUTICKÉ A INTERVENČNÍ TECHNIKY, ŠKOLSKÁ	

LEGISLATIVA.....	52
6.1 FORMY PÉČE A PRÁCE S DĚTMI S ADHD PODLE MICHALOVÉ.....	52
6.2 ŠKOLSKÁ LEGISLATIVA DĚTÍ S ADHD.....	53
6.3 INTERVENČNÍ POSTUPY U DĚTÍ S ADHD/ADD VE ŠKOLE.....	54
6.4 RODINA A ADHD.....	56
6.5 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	56
6.6 TERAPEUTICKÉ A INTERVENČNÍ TECHNIKY.....	58
7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	66
7.1 ZAMĚŘENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	66
7.2 VLASTNÍ PŘÍPAVA VÝZKUMU.....	67
7.3 KAZUISTIKY.....	67
7.4 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	72
ZÁVĚR.....	74
POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA.....	75
Použitá literatura.....	75
Internetové zdroje.....	77
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	78

ÚVOD

Motto

„Nejlepším způsobem, jak dětem, jež nám jsou svěřeny, můžeme pomoci je včasné diagnostikování poruchy a to, že co nejdříve provedeme různé zásahy, aby se předešlo začarovanému kruhu selhání, frustrace a klesajícího sebevědomí dítěte. Naší odpovědností je, abychom se ve školách v týmové spolupráci společně všemi prostředky zasadili o to, aby se účinně vycházelo vstříc potřebám těchto dětí. Musíme dětem vytvářet takové prostředí a vybavit je takovými dovednostmi a strategiemi, aby byly schopné se s dostatečným sebevědomím dále rozvíjet a aby prožívaly okamžiky uspokojení, ne pouze zklamání. Když děti podporujeme a odstraňujeme jim na cestě překážky, musíme být trpěliví, myslet pozitivně a snažit se dítě vnímat jako hodnotnou lidskou bytost, nikoli jako nositele některých specifických projevů chování“

S. F. RIEFOVÁ (2007, s. 15).

Za téma diplomové práce jsem si vybrala problematiku dětí s ADHD, zaměřila jsem se na specifické poruchy chování. Narůstající počet dětí s touto poruchou u nás i ve světě vede k zamyšlení nad příčinami tohoto stavu.

Setkáváme se s nevhodným chováním dětí, které se projevuje vzrůstající agresivitou a impulzivitou. Některé děti jsou nevychované, nerespektují autority, ubližují ostatním a dopouštějí se drobných podvodů, krádeží a záškoláctví. V pubertě se ztotožňují se svými vrstevníky a mohou vstupovat do různých part a páchat trestnou činnost. Rodiče dětí si často myslí, že výchova je věcí školy. Jen láskyplné prostředí, dobré zázemí rodiny a vstřípení pravidel, umožní dětem úspěšnou cestu životem.

Všechny projevy chování nejsou způsobeny hyperkinetickou poruchou. Ve své práci se zabývám diagnostikou poruch, odbornou pomocí a jejich léčbou. K lepšímu porozumění této problematice jsem navštívila mateřské i základní školy, které vychovávají tyto děti. Seznámila jsem se s činností, pedagogiko – psychologických poraden. Poskytují diagnostické, poradenské a terapeutické služby pro veřejnost i pedagogické pracovníky.

Rozvržení a členění práce:

V úvodu tato práce nastiňuje problematiku dětí s ADHD/ADD. Je rozdělena do sedmi kapitol:

První kapitola se zabývá terminologickým vymezením pojmu, historickými východisky dané problematiky a diagnostickými kritérii.

Druhá kapitola objasňuje etiologii (příčiny) syndromu ADHD/ADD. Rozebírá možné faktory mající vliv na tuto poruchu. Mohou to být faktory genetické, negenetické a psychosociální. Jednou z možných příčin jsou i úrazy dětí.

Ve třetí kapitole jsou uvedeny typické projevy dětí a další možný vývoj poruchy. Kapitola rozebírá, potíže a chování s poruchami pozornosti, soustředění, hyperaktivity, impulzivity a jejich důsledky v běžném životě.

Následující, pátá kapitola představuje vývojovou variantu ADHD vzhledem k věku a její sekundární následky v sociální oblasti.

Šestá kapitola informuje o formách péče, terapeutických a intervenčních technikách používaných při léčbě ADHD. Je zde zařazena i školská legislativa týkající se těchto dětí a jejich vzdělávání.

Sedmá část je praktická část mé práce. Kvalitativní výzkumné šetření jsem provedla rozborem dvou kazuistik dětí. Jedná se o velmi malý vzorek respondentů. Toto výzkumné šetření je jen skromnou sondou do této problematiky. Může posloužit jako předvýzkum pro sestavení hloubkových rozhovorů s respondenty v této oblasti. Ukazuje, s jakými problémy se děti, rodiče i pedagogičtí pracovníci potýkají.

V závěru shrnuji zjištěné skutečnosti.

PROBLEMATIKA DĚTÍ S ADHD

Mezi nejvíce probíraná témata ve společnosti ohledně výchovy dětí, se nepochybně stává agresivita, hyperaktivita a impulzivita dětí.

Část populace si myslí, že je problém zveličován, popírají existenci onemocnění ADHD s tím, že se jedná pouze o špatně vychované děti. Tento mýtus je dnes již vyvrácen výsledky vědeckých studií. Tyto dokazují fyziologickou a biologickou příčinu nemoci. Existují děti, které mají projevy chování podobné dětem s ADHD, ale jedná se o jiné důvody takového chování (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

Nejdůležitějším zůstává výchovné působení rodičů, citové vazby s dětmi a dobré rodinné zázemí. Vágnerová M. poukazuje na nezastupitelnost a důležitost výchovného působení rodičů na děti. Ty se učí poznávat jaké chování je žádoucí a co by neměly dělat. Takto získaná zkušenost pomáhá k osvojení pravidel platných v rodině, škole i celé společnosti. Pokud dítě tuto důležitou zkušenost nemá, nedokáže si tyto normy osvojit. Z dětí, kterým nikdo nenastavuje normy a zanedbává jejich výchovu, se stávají děti problematické. Chovají se podle svých momentálních potřeb, bez pochopení toho, co mohou dělat a co ne (VÁGNEROVÁ, 2008). E. Erikson poukazuje na to, že rodiče mají děti seznámit s tím, že normy jsou všeobecně platné a musí je dodržovat všichni. Řádná rodičovská výchova zamezuje pocitům dezorientace a úzkosti dětí (ERIKSON, 2002).

Dobře fungující rodina může být narušena disharmonickým vývojem nebo poruchou dítěte. Pak je nezbytné spolupracovat s odborníky, psychology, pedagogy a lékaři. Tuto pomoc je nezbytné vyhledat co nejdříve. Je často zapomínáno na možnosti poskytované moderní farmakologií a psychoterapií. Bez pomoci výchovu hyperaktivního dítěte nelze zvládnout (PACLT a kol., 2007).

1 ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder)

Hyperaktivita s poruchou pozornosti

1.1 VZNIK, VÝVOJ A HISTORIE POJMU ADHD

Z historického hlediska měla tato porucha mnoho názvů. Jak uvádí ve své publikaci (ČERNÁ, 2002) v r. 1938 belgický psychiatr J.Guislain vidí souvislost mezi poruchami myslí a poruchami chování dětí s poškozením mozku.

V roce 1845 popsal německý lékař H. Hoffmann hyperkinetický syndrom. Na počátku 20. století se poprvé začali lékaři zabývat příznaky hyperkinetické poruchy u dětí (DRTÍLKOVÁ, ŠERÝ, et al. 2007).

Lékař G. F. Still v roce 1902 vyšetřil skupinu dvaceti dětí s výrazně nežádoucím chováním. Tyto děti pocházely z rodin splňující kritéria „dobré výchovy“. Zachytil u nich projevy hyperaktivity, poruchy chování, špatnou pozornost, potíže s učením. To se týkalo převážně chlapců. Ve své studii předpokládal, že tyto projevy mají nejspíš biologické příčiny, nejednalo se o zanedbání výchovy ani špatný vliv prostředí. Jeho pojetí bylo velmi pokrokové. Počátkem 20. století byly poruchy chování všeobecně vnímány jako „morální defekt“, způsobený špatnou rodičovskou výchovou (DRTÍLKOVÁ, ŠERÝ, et al. 2007).

Tito autoři si ve své knize všímají zajímavého článku z britského lékařského časopisu Lancet z roku 1904. Ten v článku „Případ neposedného Filipa“, zábavnou formou ukazuje na narůstající frustraci chlapcových rodičů, kvůli jeho chování *„je neustále v pohybu, houpe se na židli, dokud se nepřevrátí, při pádu stáhne ubrus a s ním sklenice, talíře a příbor“* (DRTÍLKOVÁ, ŠERÝ, et al. 2007, s. 15).

ČERNÁ (2002), v další časové návaznosti je zmiňován francouzský psychiatr E. Dupré. Ten si všímá u normálně nadaných dětí jejich pohybové neobratnosti. V roce 1908 zavádí termín „motorická debilita“.

V roce 1917 německý pediatr H. T. von Scherckel popsal poprvé syndrom hypoaktivity na případu devítiletého chlapce, který byl chorobně pomalý, těžkopádný a k podnětům apatický (ČERNÁ, 2002).

Německý psychiatr A. Homburger v roce 1926 používá termín motorický infantilismus, Bahwin v r. 1958 tento termín přejmenoval na vývojovou neobratnost (ČERNÁ, 2002).

Název „hyperkinetický“ nejdříve uvedli v roce 1932 lékaři F. Kramer a H. Pollow (ČERNÁ, 2002). Po 1. světové válce hromadně postihl Evropu příliv nemoci von Economovy encefalidity. Nemoc postihla nervový systém dětí s dopadem na jejich chování. Po ukončení akutního stádia byly děti neklidné, dráždivé, impulsivní a odráželo se to na citové labilitě a výkyvech nálad.

V roce 1937 Later a Blau provádějí výzkumy, které prokazují vztah mezi poškozením mozku a změnami chování. Zdravé děti se po úrazu měnily v nezvladatelné a asociální. Byly neklidné, neposlušné, agresivní, se změnou osobnosti (ČERNÁ, 2002).

V roce 1961 byla vydána kniha psychiatra Otokara Kučery a jeho týmu. V této monografii publikoval jak zahraniční zkušenosti, tak i své výzkumy z oblasti drobných poškození mozku tzv. lehkých dětských encefalopatií (LDE). Příčiny nachází v drobném poranění mozkové tkáně, které bylo způsobeno v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním (MICHALOVÁ a PEŠATOVÁ, 2011).

Kučera k tomu ve své knize Psychopatologické projevy při dětských lehkých encefalopatiích říká: *„V našem pojetí rozumíme lehkými dětskými encefalopatiemi drobné difuzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu, vzniklé prenatálně, perinatálně nebo postnatálně, ovšem před dobou dospělosti. Poruchy jsou lehké jen v tom smyslu, že při nich není zřetelněji postižena motorika a že také rozumové schopnosti dítěte zůstávají v rámci průměru nebo jsou jen podprůměrné, nesestupují tedy na stupeň debility. Naproti tomu nalézáme u těchto dětí jiné výrazné poruchy vyšší nervové činnosti, a to v několika směrech: v motorice, v percepci, v jednání i myšlení. K postižení tkáně může dojít jakýmkoliv způsobem: poraněním, krvácením do tkáně, zánětem, postižením hypoxidózou, poruchou cirkulační, metabolickou nebo jakýmkoliv jiným poškozujícím mechanismem. Porucha je velmi pestré etiologie a jsou při ní*

nepochybně postiženy různé části mozku a různý je i sám mechanismus postižení.“(MICHALOVÁ, 2011, s. 32).

(MICHALOVÁ a PEŠATOVÁ, 2011) uvádějí, že na konci 60. a počátkem 70. let, z důvodu sjednocení terminologie, vznikl termín lehká mozková dysfunkce (LMD). Na tomto názvu se shodli odborníci v r. 1962 na mezinárodní konferenci v Oxfordu.

MATĚJÍČEK (1991) ve své knize k LMD píše, že příčiny nemoci jsou v organismu dítěte. Nejedná se o špatnou výchovu. Dobrá výchova pomáhá odstranit potíže, při nedostatečné se mohou problémy prohlubovat. Zastává dále názor, že poruchou nebývá většinou dotčena inteligence, její úroveň odpovídá běžné populaci dětí.

V roce 1966 se komise, pod vedením S. Clemense, shodla ohledně kritérií a diagnostiky LMD. Děti s tímto syndromem mají inteligenci většinou průměrnou nebo nadprůměrnou. Jsou postiženi různými poruchami učení, nebo chování. Různé formy nemoci se projevují ve stupni od mírných po těžké, v závislosti na odchylkách funkce centrálního nervového systému. Potíže mohou být v různých oblastech: vnímání pojmů a tvorbě pojmů, řeči, paměti, pozornosti a motorice (cit. dle ČERNÉ, 2002, s. 14-15).

HOUŠTĚK (1990) za hlavní příznaky LMD považuje hyperaktivní, nebo naopak hypoaktivní chování, nesoustředění a silnou labilitu. V chování dětí během jejich vývoje se projevují poruchy vnímání, smyslové potíže, špatná koordinace pohybů i nerovnoměrný vývoj psychiky.

Ve své publikaci ZELINKOVÁ (1994) připouští, že děti s ADHD mohou mít současně i poruchy učení. Též poruchy učení mohou vzniknout na podkladě LMD, nebo i z jiných důvodů. Předpokládá, že poruchy chování vznikají jako následek poruch učení.

V roce 1968 je uveden v klasifikačním systému Americké psychiatrické společnosti DSM-II uveden termín Hyperkinetická reakce v dětství (cit. dle SWIERKOSZOVÉ, 2006).

V roce 1980 klasifikační systém Americké psychiatrické společnosti DSM-III se používání termínu LMD nahrazuje termínem Attention Deficit Disorder (ADD). Od LMD se liší, vychází z popisu symptomů.

K další změně dochází v roce 1987, přidává se termín „hyperaktivity“. Zapsal se do povědomí jako Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADDH. „Na ADHD se začíná nahlížet jako na vývojové chronické postižení se silným biologickým a hereditárním zatížením, jehož důsledkem je zhoršený školní a sociální výkon“ (cit. dle MICHALOVÁ, 2011, s. 37). U dětí s ADD nepřevládá impulzivita ani hyperaktivita. Tyto děti mají problémy s pozorností a motorickými dovednostmi. Neumějí se soustředit, jsou pomalé, nenápadné.

Ve své deváté revizi mezinárodní klasifikace nemocí používá název „psychomotorická instabilita na terénu LMD“ pro uvedenou diagnostickou skupinu. V roce 1992 byl desátou revizí ustanoven nový termín hyperkinetické poruchy, který se používá i dnes (SWIERKOSZOVÁ, 2006).

1.2 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ POJMU ADHD

ADHD je anglickou zkratkou neurovývojové poruchy s názvem Attention Deficit Hyperaktivity Disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou).

Jde o neurovývojovou poruchu charakteristickou především třemi základními symptomy, poruchou pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou. Dříve se používaly názvy jako lehká mozková dysfunkce (LMD) označující minimální mozkové poškození a lehká dětská encefalopatie apod. V terminologii jsou zjevné nové poznatky ohledně výzkumu příčin nemoci, jejich projevu a léčby. V současnosti se ve většině zemí používá název ADHD.

Hyperkinetická porucha je poruchou pozornosti a aktivity a s pojmem ADHD není úplně totožná (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

Dále, I. Paclt uvádí, že děti, které mají hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) jsou nepozorné, impulzivní a velmi aktivní. Je jich v populaci přibližně 6 %, u chlapců je tato porucha častější (PACLT, 2007).

Podle A.Traina se s problémovými dětmi potýkají rodiče, jejichž děti již v předškolním věku mají průměrně závažné problémy v 7 % a 15 % dětí vykazuje

problémy mírné. Rodiče menších dětí často špatně zvládají jejich neklidné a rušivé chování a vyžadují neustálou pozornost (TRAIN, 2001).

V roce 1994 J. Drtílková a F. Koukolík poukazují na časté změny chování dětí s ADHD. V populaci se jedná přibližně o 1–5 % školních dětí, osmkrát častěji jsou postiženi chlapci než dívky (DRTILOVÁ a KOUKOLÍK, 1994).

Ve své knize (MUNDEN a ARCELUS, 2008) představují názvy, kterými byla tato porucha nazývána. Jedná se o názvy: Lehká mozková dysfunkce (LMD), poškození mozku, hyperkinetická reakce a hyperkineze. Dnes používáme termín ADHD (Attention Deficit Disorder) – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, jedná se o problémy se soustředěním, impulzivitou a hyperaktivitou. Někdy se uvádí název ADD (Attention Deficit Disorder) – porucha pozornosti. Nemocní touto poruchou se neumí dobře soustředit, jsou impulzivní, ale nejsou hyperaktivní. Oba druhy poruch se projevují příznaky, které jsou svou intenzitou abnormální a neodpovídají věku, ani intelektu daného jedince. Tyto poruchy s oběma druhy příznaků, jsou většinou v Evropě označovány názvem hyperkinetická porucha. Porucha ADHD má biologickou příčinu. Nejedná se o nemoc způsobenou špatnou péčí a výchovou rodičů, nebo jejich přístupem, ani vědomým zlobením dítěte. Tato nemoc je podobná jiným dětským nemocem, stejně tak nesprávnými postupy v léčbě, může mít vážné následky. ADHD není novou nemocí, provází lidstvo nejspíš od nepaměti.

1.3 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PRO ADHD (MKN – 10, DSM – IV)

Jedná se o hodnocení hyperkinetické poruchy dvěma podobnými diagnostickými systémy. MKN-10 je mezinárodní klasifikace nemoci, která rozlišuje klinické příznaky, které se vyskytují zároveň ve školním i domácím prostředí. Hodnotí mezi poruchami pozornosti, aktivity, poruchou hyperkinetickou a poruchou chování. Podle této klasifikace se nejedná o poruchu hyperkinetickou, pokud nějaká složka chybí. Jsou-li přítomny ještě jiné poruchy chování jako např. opoziční vzdor a agresivita, je stanovena hyperkinetická porucha chování.

Kritéria pro diagnostiku ADHD jsou v některých aspektech odlišná. Jedná se o ADHD, je-li přítomna alespoň jedna z poruch (impulzivita, hyperaktivita nebo

porucha pozornosti). Je dostačující, když se daná porucha vyskytuje v domácím prostředí, nebo ve škole. Nemusí se projevovat v obou prostředích současně. Osamocené poruchy chování nespádají do této diagnostiky. Diagnostika ADHD se liší od DSM-IV v těchto rysech, do ADHD patří mírnější poruchy mimo poruchy chování. Diagnostická kritéria MKN-10 a DSM-IV jsou totožná jen částečně. Hyperkinetická porucha obsahuje závažnější projevy, než symptomy ADHD dle DSM-IV (PACLT, 2007).

V SOUČASNÉ DOBĚ SE POUŽÍVAJÍ DVA KLASIFIKAČNÍ SYSTÉMY:

1. MKN-10, Mezinárodní klasifikace nemocí. Systém Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases, 10 th edition, ICD 10);
2. DSM-IV, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition. Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace.

Pojetí poruch tyto systémy nevnímají identicky.

„Hyperkinetické poruchy podle kritérií MKN-10 zahrnují:

- *subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F90.0);*
- *subtyp hyperkinetické poruchy chování (F 90.1).*
- *Pro diagnózu je nutné, aby byly přítomny společně všechny základní příznaky poruchy (poruchy pozornosti a hyperaktivita, případně impulzivita považována za přidružený příznak, který však pomáhá poruchu potvrdit).*

Diagnostický manuál DSM-IV definuje ADHD širěji a dělí ji do tří podtypů:

- *ADHD s převládající poruchou pozornosti;*
- *ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou;*
- *ADHD, smíšený typ“*

(cit. dle DRTÍLKOVÁ, ŠERÝ, et al. , 2007, s. 22).

V roce 1992 je v MKN-10 uvedeno, že „hyperkinetické poruchy jsou charakterizované raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného

chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování jsou trvalé, objevují se ve více situacích a jejich míra je nepřiměřená mentálnímu věku dítěte. Hyperkinetické poruchy začínají vždy v raném stádiu vývoje, obvykle v prvních pěti letech života. Jejich hlavními rysy jsou chybění vytrvalosti při činnosti, která vyžaduje kognitivní funkce, a sklon jedince přecházet od jedné aktivity k druhé, aniž by některou dokončil, spolu se špatně regulovanou, špatně organizovanou a nadměrnou činností“.

Vedle hlavních rysů bývá často přidružena impulzivita. Tyto děti mají sklon k úrazům, často se dostávají do disciplinárních nesnází, jejich vztah k dospělým postrádá společenské zábrany, chybí normální obezřetnost a ukázněnost, u ostatních dětí nejsou oblíbené a mohou se dostávat do izolace (tamtéž).

Specifické vývojové poruchy učení a motorické funkce, které provázejí hyperkinetické poruchy velmi často, nejsou považovány za součást diagnózy a mají být kódovány zvlášť, jako komorbidní diagnózy (DRTÍLKOVÁ, ŠERÝ, et al, 2007).

„Kritéria hyperkinetické poruchy (zkráceno):

- vznik před 7. rokem věku, trvání symptomů nejméně 6 měsíců;

porucha pozornosti (přítomno 6 příznaků z 9):

- obtížně koncentruje pozornost;
- nedokáže udržet pozornost;
- neposlouchá;
- nedokončuje úkoly;
- vyhýbá se úkolům vyžadující mentální úsilí;
- nepořádný, dezorganizovaný;
- ztrácí věci;
- roztržitý;
- zapomětlivý.

hyperaktivita (přítomny 3 příznaky z 5):

- *neposedný, vrtí se, pobíhá kolem;*
- *nevydrží sedět na místě;*
- *vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho;*
- *„on the go“ (v neustálém pohybu);*
- *mnohomluvný.*

impulzivita (přítomen 1 příznak ze 4):

- *nezdrženlivě mnohomluvný;*
- *vyhrkne odpověď bez přemýšlení;*
- *nedokáže čekat;*
- *přerušuje ostatní“*

(cit. dle DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007, s. 24).

Hyperkinetická porucha chování

V případě současného výskytu hyperkinetické poruchy (poruchy aktivity pozornosti) a poruchy chování je možné stanovit diagnózu hyperkinetické poruchy chování. U těchto dětí se ve zvýšené míře může objevovat agresivita, rvačky, opoziční chování, lhaní, krádeže, záškoláctví. U starších dětí mohou mít projevy závažnější asociální nebo delikventní charakter. Nedoporučuje se však stanovit tuto diagnózu, pokud poruchy chování netrvaly alespoň šest měsíců. Problémy s chováním začínají brzy, před věkem šest let, a mají dlouhé trvání. Kombinace hyperkinetických příznaků s poruchami chování je prognosticky méně příznivá, existuje větší riziko rozvoje budoucího násilného chování a delikvence (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007).

„Klasifikace ADHD podle DSM-IV (zkráceno):

Některé ze symptomů hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti se vyskytují již před 7. rokem věku. Některé z příznaků se objevují na dvou či více místech (doma, ve škole atp.). Musí být přítomna evidence vztahů sociálních.

Kritéria A I: Šest nebo více symptomů trvajících minimálně 6 měsíců.

porucha pozornosti:

- *nepozornost při školních úkolech, pomíjení detailů, chyby z nepozornosti;*
- *neudrží pozornost při hře;*
- *zdá se, že neposlouchá během rozhovoru;*
- *neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly;*
- *má organizační problémy;*
- *nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim;*
- *ztrácí věci;*
- *vnější stimuly snadno přeruší jeho soustředění;*
- *zapomnětlivý v denních aktivitách“*

(cit. dle DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007, s. 26).

„Kritéria A II: Šest nebo více symptomů hyperaktivity-impulzivity trvajících minimálně 6 měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni.

hyperaktivita:

- *často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli;*
- *často opouští lavici ve třídě;*
- *často pobíhá nebo přelézá v nepřiměřených situacích;*
- *obtížně při hrách zachová klid a ticho;*

- *stále v pohybu („jakoby měl v sobě motor“);*
- *nadměrně mnohomluvný.*

impulzivita:

- často vyhrkne odpověď před dokončením otázky;
- dělá mu obtíže čekat v pořadí;
- často přerušuje ostatní (při hrách, v hovoru atp.)“

(cit. dle DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. , 2007, s. 26).

„Subtypy ADHD:

- ADHD s převahou poruch pozornosti – kritéria A I alespoň 6 měsíců;
- ADHD typ hyperaktivně-impulzivní – kritéria A II alespoň 6 měsíců;
- ADHD typ kombinovaný – kritéria A I a A II alespoň 6 měsíců;
- ADHD typ nespecifický – prominentní symptomy nepozornosti, hyperaktivity-impulzivity, které však nesplňují kritéria ADHD;
- ADHD v částečné remisi – současné symptomy již nesplňují všechna kritéria“

(cit. dle DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007, s. 26).

MUNDEN a ARCELUS (2008) říkají, že kritéria DSM-IV jsou méně přísná a pokud by kliničtí pracovníci trvali na tom, že dříve než padne rozhodnutí terapeuticky pracovat s pacientem s ADHD, je nutné, aby splňoval „tvrdší“ kritéria podle MKN-10, hrozí nebezpečí, že část dětí nebude moci být léčena podle svých potřeb. Častěji se diagnostikuje podle DSM-IV, ta má výhodu před diagnostikou KMN-10. V zahraničí se provádějí výzkumy s pacienty dle DSM-IV. Je pravděpodobné, že pokud se budou dělat v Evropě srovnatelné výzkumy, tak podle stejných podmínek tedy DSM-IV.

2 ETIOLOGIE ADHD

2.1 PŘÍČINY VZNIKU ADHD/ADD

Podle Michalové (2011) nejsou vždy úplně objasněny. V současné době nedokážeme přesně určit jejich příčinu. Odborná veřejnost se nejvíce přiklání k příčinám na podkladě dědičnosti a biologicko-fyziologických. Mezi tyto důvody vzniku nemoci můžeme počítat například: neurologickou poruchu, rizikové těhotenství a porodní komplikace, špatné životní prostředí, poškození plodu pitím alkoholem a drogami v těhotenství. Tím vznikají jemné odchylky v mozku a jejich funkcích. Dochází k nerovnováze v činnosti neurotransmiterů. Ty pak správně nepřenášejí signály mezi jednotlivými oblastmi mozku.

Na vznik ADHD v důsledku neurologických a genetických faktorů spíše ukazují výzkumy v oblasti PET (pozitronové emisní tomografie) a MRI (magnetické rezonance) a DNA. Pro porovnání s jinými poruchami jsou nedostatky v behaviorální (závislost mezi podněty a reakcemi) inhibici (utlumení, snížení činnosti) důležitými rozeznávacími prvky. Tento nedostatek souvisí s významnou poruchou autoregulace.

Podle výzkumů mezi jednoznačně prokázané vlivy patří konzumace alkoholu, kouření matky v těhotenství, předčasné a komplikované porody (MICHALOVÁ, 2011).

Rozvoj podrobných znalostí o fungování lidského mozku paradoxně způsobuje, že se zdají být příčiny mnoha psychických poruch složitější než dříve (DRTÍLKOVÁ, ŠERÝ et al. 2007).

Jsou uplatňovány nové zobrazovací techniky lidského mozku, v oblasti psychiatrie umožňují sledovat změny některých mozkových funkcí, které provázejí emoce a myšlení. Tyto nové možnosti v diagnostice, na jedné straně poskytly odborníkům významný materiál. Laikům to na druhé straně znesnadnilo porozumění funkcím mozku a poruchám psychiky.

Nové poznatky zasáhly i do hyperkinetické poruchy, tato porucha přestala být známou lehkou mozkovou dysfunkcí, vzniklou nejčastěji v důsledku perinatálních

komplikací. Je nesnadné porozumět této poruše, která souvisí s dysfunkcemi neurotransmiterů a receptorů a dysfunkčními variantami různých genů.

Pro odborníky z jiných příbuzných oborů, kteří s dětmi s hyperkinetickými poruchami pracují, je nesnadné sledovat aktuální poznatky ve výzkumu a diagnostice. Pro psychology, pedagogy i pediatry je nesnadné porozumění všem zjištěným souvislostem.

„Podle současných názorů je příčina hyperkinetické poruchy pravděpodobně heterogenní, v etiologii se mohou uplatňovat genetické i negenetické faktory spojené s neuroanatomickými a neurochemickými inzulty, které zasahují převážně prenatálně“ (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007, s. 41).

2.2 NEGENETICKÉ FAKTORY

K možným příčinám vzniku ADHD patří biologické a fyziologické příčiny. Lékaři vidí ADHD jako neurologickou poruchu, která postihuje mozek v části řídící zpracování impulzů, zde probíhá třídění vjemů a koncentrace. Odborná veřejnost zde konstatuje souvislost s nedostatečným množstvím dopaminu. Tato chemická látka přenáší nervové signály. Během soustředění se uvolňuje více neurotransmiterů, to umožňuje cílené soustředění pozornosti a blokáci ostatních podnětů.

Za jednu z dalších příčin S. RIEFOVÁ (2007) považuje zdravotní potíže v těhotenství a při porodu.

Znečištěné životní prostředí může být další příčinou, nebezpečná je otrava olovem.

Je diskutován vliv složení stravy ve vztahu alergických reakcí. Určité výzkumy tuto možnost nepotvrdily. Tato teorie má své zastánce i odpůrce.

Konzumace alkoholu a užívání drog v těhotenství má velký dopad na těhotnou matku. Dochází k poškození plodu, neurologické problémy. U takových dětí bývají časté poruchy chování a příznaky ADD.

A. MUNDEN a J. ARCELUS (2008) informují o skutečnosti, že je prokázána u dětí s ADHD souvislost s průtokem krve v mozku. Tyto děti mají v některých oblastech

mozku redukovaný průtok krve. To může objasňovat řadu symptomů. Je to patrné v oblasti nukleus caudatus a frontálního laloku.

(DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007) k vážným rizikovým faktorům se řadí konzumace alkoholu a kouření během těhotenství, děti s nízkou porodní váhou, předčasné porody, perinatální traumata spojená s hypoxií a úrazy hlavy v nefrontální a frontální oblasti.

Po úrazech hlavy, se mohou vyvinout poruchy pozornosti s příznaky ADHD. Sporadicky se hovoří o vlivu jedovatých toxinů v prostředí, a to radioaktivitě, umělých příchutích a barvivech v potravinách. Tyto teorie byly velmi populární v 80. letech.

Byla provedena řada studií zaměřených na děti s ADHD a rodiny ve kterých žijí. Výsledky ukázaly souvislost mezi výskytem nemoci a nepříznivými psychosociálními podmínkami. Pokud se načítají negativní vlivy jako je konfliktní prostředí, špatná sounáležitost rodiny, psychopatologie rodičů tak je pravděpodobné, že se porucha u dětí projeví.

2.3 GENETICKÉ FAKTORY ADHD, PORUCHY NEUROTRANSMISE

A.TRAIN (1996), je přesvědčen o dědičnosti ADHD. Většina dětí zdělila tuto poruchu po otci. Porucha má příčinu v genech, není vyléčitelná. Je možné dětem pomoci a zmírnit jejich potíže.

V roce 1998 Barkley informuje o výzkumu v Massachuttské nemocnici, který proběhl v roce 1900. Výsledky ukázaly, že u dětí, které mají příbuzné s touto poruchou je 50% pravděpodobnost výskytu nemoci i u nich. Je-li nemocen rodič, pravděpodobnost onemocnění dětí se zvyšuje na 57 %.

Velmi zajímavý byl výzkum jednovaječných dvojčat. Tam se zjistilo, že když má ADHD jedno dvojče, tak v 80–90 % má tuto poruchu i druhé dítě. U dvojčat dvojvaječných je jejich genetický materiál totožný jen z 25 %. V tomto případě mělo ADHD jen 32 % dětí.

Podle současných studií syndrom ADHD postihuje převážně mužskou populaci (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 57). Geny, „které mají pravděpodobně rozhodující význam

pro změny dopaminergní transmise u ADHD, se označují jako geny tzv. kandidátské“ (MICHALOVÁ, 2011, s. 57).

Wender a kol. v roce 1971 v americkém časopise o psychiatrii označují chemické látky jako je dopamin, noradrenalin a částečně serotonin, za látky, které se nejvíce účastní nervových pochodů.

Již v 60. letech věřili, že neprobíhají správně nervové procesy a dochází k dysfunkcím. V dnešní době se předpokládá příliš rychlé odbourávání těchto chemických látek. Odborníci zastávají tzv. mono-amino-oxidační hypotézu (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 61).

P. Uhlíková v září 2001 na nepublikované přednášce v Praze předkládá tvrzení, že *„u výskytu ADHD se jedná především o polygenní dědičnost s adiktivním efektem genů. Mezi počtem zúčastněných genů a skóre ADHD byla potvrzena přímá úměrnost.*

V současnosti je známá existence více než třiceti genů rozličných neurotransmiterových systémů, které se mohou podílet na vzniku hyperkinetické poruchy, zároveň však také na rozvoji celé řady komorbidních psychiatrických onemocnění u dětí, dospívajících i dospělých“ (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 57).

V roce 1999, A.Thapar říká, že v dnešních molekulárně-genetických studiích vědci zvažují skutečnost, že může jít o poruchu genu pro dopaminový receptor DRD4 a dalšího genu pro dopaminový transport. Výzkumy ukazují, že děti s ADHD pocházejí často z velkých a ekonomicky slabších rodin. Mezi rodiči panují rozpory a častá je i trestná činnost (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 57).

2.4 DIETETIKA

Pokusy ovlivnit vznik symptomů ADHD popisuje (MUNDEN a ARCELUS, 2008, s. 57) ve snaze zavést speciální diety pro tyto děti. Nejznámější byla Feingoldova dieta. Zkoušely se tzv. vylučovací diety, neobsahovala jídla, u kterých se předpokládalo, že symptomy způsobují. Došlo tak k omezenému jídelníčku, který neodpovídal zdravé výživě.

Různé studie neprokázaly vliv diety na symptomy ADHD. Když rodiče zjistí, že sladkosti zhoršují u dětí symptomy, mohou je omezit, nebo se jim vyhnout. Současná odborná veřejnost ve změně stravování žádný velký efekt nespatřuje.

Dietní stravování podle autorek (KOLČÁRKOVÉ a LACINOVÉ, 2008) vede dítě v souladu s pravidly, dodržování řádu, napomáhá mu k seberegulaci a chrání ho před dráždivými látkami v jídle.

2.5 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Část společnosti je přesvědčena, že syndrom ADHD je jen mýtus, že nejde o nemocné děti, ale špatně vychované. Za příčinami je celá řada prokazatelných biologických mechanismů. I přesto je správná výchova dětí velmi důležitá. Zmíněné symptomy výchovu komplikují.

Rodiče dětí s ADHD trpí častou kritikou okolí, nejsou ve své rodičovské roli neschopní. Pokud rodiče využijí pomoc odborníků, příznaky vymizí, nebo se zmírní. Výchova těchto dětí je obtížná a rodina potřebuje odbornou pomoc. Někdy, potíže dětí přetrvávají i do dospělosti (MUNDEN a ARCELUS, 2008).

2.6 ÚRAZY JAKO MOŽNÉ PŘÍČINY ADHD

Je velké nebezpečí, že při poškození hlavy dojde k rozvoji ADHD. Může se to stát při dopravních nehodách, encefalitidě a porodním traumatu. Je předpoklad, že při špatném zásobení mozku kyslíkem při porodu, může docházet k narušení struktur mozku z následkem ADHD (MUNDEN a ARCELUS, 2008).

JAK ČASTO SE ADD/ADHD VYSKYTUJE

S. RIEFOVÁ (2007) upozorňuje na rozdílné názory odborníků různých studií. Předpokládá se, že poruchu ADHD v populaci školních dětí má 3–10 % dětí, v odborné literatuře je hodnota na 3–5 %. Skutečné údaje se mohou značně lišit, z důvodu, že ADD u děvčat nebývá často diagnostikována. ADHD bývají více postiženi chlapci a je nápadnější než ADD. Dívky mají častěji poruchu pozornosti bez hyperaktivity.

(MEDICAL NEWS TODAY, 2004): „Co způsobuje ADHD? Jak ukazují výsledky studií, je riziko rozvoje ADHD vyšší, pokud blízký příbuzný také trpí tímto syndromem. Procento chlapců s touto nemocí převyšuje množství dívek. Významní vědci jsou přesvědčeni, že ADHD je důsledkem chemické nerovnováhy v mozku“[vlastní překlad autorky této práce].

3 TYPICKÉ PROJEVY CHOVÁNÍ DĚTÍ S PORUCHOU ADHD

3.1 PORUCHA SOUSTŘEDĚNÍ

M. Goetz a P. Uhlíková dále ukazují na problémy, se kterými se tyto děti musejí ve svém životě potýkat (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

Děti s poruchou ADHD jsou nesoustředěné, zdá se, že vůbec neposlouchají, co jim právě říkáme, jako by byly ve snu a více vnímají vše ostatní, pracují jen pod dohledem. K hlavním projevům dále patří hyperaktivita. Místo chůze raději běží, jsou v neustálém pohybu. Hrají si alespoň s prsty, od činnosti odbíhá, nesedí ani u jídla. Impulzivní chování se projevuje okamžitou reakcí, unáhlenou, bez zábran, aniž by děti zvážily dopad, jednají zkratovitě. Na to, jak se dítě chová a projevuje, má vliv celá řada věcí. K základním příznakům nemoci se přidávají další psychické poruchy a vliv prostředí. Záleží na rodině, blízkých vztazích, spolužácích a učitelích. Projevy dětí v chování jsou nepředvídatelné a mívají časté výkyvy. Pak jsou děti obviňovány, že se tak chovají schválně a jsou vystaveny kritice (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

3.2 PORUCHA POZORNOSTI

Děti s ADHD nedokážou soustředěně udržet pozornost oproti svým vrstevníkům, jsou nadměrně těkavé, čilé a vzrušivé. Neumějí se soustředit na určitý úkol, tak jak normální děti. To se odráží při hře, kdy neustále mění hračky a u žádné dlouho nevydrží. Nejvíce jim to dělá problémy při nudných a těžkých úkolech ve škole, psaní domácích úkolů a činnostech, které je příliš nezajímají. Potřebují pozitivní reakci na svou práci, jinak nejsou vytrvalé a začne je přitahovat něco zajímavějšího (PACLT, 2007).

K poruchám pozornosti M. Goetz a P. Uhlíková dále uvádějí, že děti s touto poruchou nepochopí do detailů zadání práce, v diktátech vynechávají diakritická znaménka a v matematice z nepozornosti nezapiší nějaké číslo. Toto vede k horšímu prospěchu. Učitelé by je měli vést ke kontrole své práce a opravě chyb. Je známo, že se děti dovedou déle soustředit na hru, která je zajímá. Když se připravují do školy, udrží

pozornost jen s obtížemi a na krátkou dobu. Pro děti s ADHD je důležité vytvořit k učení klidné prostředí. Neměly by je zbytečně rozptylovat předměty, které nesouvisejí se školní přípravou. Jsou-li od probíhající činnosti vyrušeni, trvá jim mnohem déle, než se znovu soustředí a mohou pokračovat. Jsou-li děti ke školní přípravě nuceny, často se tvrdě brání a bouřlivě reagují. Vzhledem k jejich emoční labilitě se může stát psaní úkolů každodenní zátěžovou situací pro ně i jejich rodiče.

Nepozornost způsobuje časté úrazy při hrách a zvyšuje jejich nebezpečí v silničním provozu např. při přechodu přes ulici. Děti se často nepřesvědčí při odchodu z domu, že je vše v pořádku a že zamkly (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

3.3 PORUCHA HYPERAKTIVITY

Dle A. Traina porucha hyperaktivity způsobuje to, že si dítě nedokáže tiše hrát, při sezení se neustále vrtí, je neklidné. Vyjadřuje se hlasitě a je nabit vyčerpávající energií (TRAIN, 2001). Serfontein G. říká, že: *„Hyperaktivní děti se kvůli svému chování dostávají do konfliktů s okolím daleko častěji než jejich vrstevníci. Na odmítání či ubližování obvykle reagují násilnou snahou „převzít velení“, nebo se naopak stáhnou do ústraní. Častým jevem bývá nepřírozeně se vyvíjející sebedůvěra a problémy se sebe přijetím. U mnoha z nich se projevuje citová povrchnost a neschopnost se poučit z dřívějších zkušeností. V kolektivu vrstevníků bývají tyto děti nejisté a v krajním případě vede u nich nedostatek sebedůvěry k psychologickým úchylkám.“* (SERFONTEIN, 1999, s. 21).

3.4 IMPULZIVITA

Děti s ADHD jsou nadměru impulsivní, reagují v různých situacích nepředvídatelně. Bez dokončení předešlé činnosti se vrhají do dalších aktivit, skáčou do řeči, nevyčkají dalších pokynů, nedokážou zhodnotit, co se po nich vlastně chce. Nedomýšlejí následky svých činů, mívá to vliv na jejich zdraví a časté úrazy. Pouštějí se bezhlavě do rizikových činností. Nejsou schopny při hře počkat, dodržovat její pravidla a pořadí účasti. Stejně je to ve sportovních činnostech.

Dělá jim problémy dodržovat jakýkoliv řád. Při své činnosti chtějí být bezprostředně odměňováni. Pozdější slíbená odměna je nedostatečné motivuje, neumí si odložit potěšení, když by předtím musely vyvinout více úsilí. Vyhovuje jim činnost v krátkých úsecích s menším množstvím námahy. Toto rozvržení práce je nezbytné většinou při úkolech, které je nebaví a nemají je rády (PACLT a kol., 2007).

3.5 DALŠÍ SOUVISEJÍCÍ PROJEVY CHOVÁNÍ

NEPOŘÁDNOST

Dalším problémem dětí s ADHD, je udržení pořádku. Nedaří se jim to jak ve školních věcech, tak i doma. Nebývají upravené, často jsou ušpiněné jídlem, jejich oblečení ani boty nejsou v pořádku. I jejich knihy a sešity jsou pomačkané. Tyto nedostatky souvisí s neschopností dětí si udržet stálý systém a podle něj organizovat své věci (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

ZAPOMÍNÁNÍ A NOUZOVÁ IMPROVIZACE MÍSTO PLÁNOVÁNÍ

Děti s ADHD mají problémy si něco naplánovat a dodržet to. Musejí proto neustále improvizovat. Místo pravítka použije sešit, na cvičení papuče. Dovede se dobře vymlouvat. Nedodržují sjednané schůzky, nenosí si věci do školy a zapomínají i na úkoly. Okolí je přesvědčeno, že na ně není spolehnouti.

MENŠÍ PLYNULOST ŘEČI PŘI ODPOVĚDÍCH

Tyto děti dovedou velice plynule mluvit o tématech, která je zajímají. Potíže nastanou, když mají odpovědět. Dlouho uvažují o otázce, až neví, na jakou otázku mají odpovědět.

ZAOBÍRÁNÍ SE DETAILY A ZTRÁTA PŘEHLEDU O CELKU

Psaní úkolů jim trvá mnohem déle, neumějí uchopit celkový problém a zadrhnou se na detailech. Při sledování filmu nepochopí hlavní myšlenku příběhu a zaměří se jen na určitou epizodu.

NEDOKONČOVÁNÍ DLOUHODOBÝCH ČINNOSTÍ – MALÁ

VYTRVALOST

Děti s ADHD postrádají vytrvalost a cílevědomost. Často se pro něco nadchnou, pokud se jim nedaří, zájem zmizí. Neumějí si odložit odměnu, rozvrhnout si dlouhodobě své cíle. Dělá jim problémy si vytýčit postupné cíle, které musejí nejdříve dosáhnout. Jejich život se skládá s krátkých epizod s okamžitou odměnou. Nedokážou systematicky jít za něčím větším, co by je stálo dlouhodobé úsilí.

ZHORŠENÍ ODHADU ČASU

Děti vnímají čas odlišně, mají změněné vnímání času na časové ose. Dítě si myslí, že si hraje kratší čas, než skutečně uplynul. Nedovedou odhadnout činnosti, které chtějí vykonat. Chybí jim reálná představa toho, co stihnou za plánovaný časový úsek.

ZTRÁTA VĚCÍ

Děti často ztrácejí pomůcky i své osobní věci, rodiče jsou z toho nešťastní. Jsou přesvědčení, že to děti dělají schválně, nebo z lajdáctví. Může za to nepozornost a roztržitost dětí a malá schopnost to ovlivnit. Jsou z toho smutné, ale postupně se s tím smíří. Rodiče si myslí, že je jim to jedno.

NEPOSLUŠNOST – NEPOSTUPOVÁNÍ PODLE POKYŇŮ

Dospělí si často myslí, že děti jednají svévolně. i když pokyn slyší, udělají to jinak, než se od nich očekává. Děti s ADHD často nedovedou slovní příkaz zařadit do vnitřního programu a chovat se podle něj. Dospělí nerozumí jejich chování a myslí si, že je záměrně provokují.

OBTÍŽE SE ZAPOČETÍM ČINNOSTI

Děti s ADHD mají většinou problémy začít pracovat. Ztrácejí tím spoustu času. Tyto potíže souvisí s vývojem řeči a s tvorbou vnitřních instrukcí.

SAMOMLUVA

Tyto děti mají nedostatečnou tvorbu vnitřních instrukcí. Pomáhají si tím, že si polohlasně říkají, co mají udělat i co dělají. Nahrazují si méně rozvinutou vnitřní řeč a hlasitě si počítají na prstech, déle než ostatní.

NEPOSEDNOST, HYPERAKTIVITA

Chování dětí s ADHD je typické. Nepřiměřeně reagují na stávající situaci. Neustále si s něčím hrají doma i ve škole. Některé nedokážou sedět ani při vyučování, běhají po třídě a zlobí. Když mají v klidu stát, pohybují se aspoň na místě. Postupně s věkem se neklid, projevující se navenek, přemění. Pociťují nepříjemné pocity, když se nemohou volně pohybovat. Tyto děti neustále mluví, často si zpívají a ruší ostatní. Ráno jsou klidnější, ale během dne se jejich chování zhoršuje.

Dětem dělají potíže přechody mezi různými činnostmi, nemohou se pohotově zklidnit a trvá jim to mnohem déle. Své činnosti dělají zbrkle a mnohdy nemotorně. Pak dochází k polití, převrácení a rozbití věcí. Nepoužívají přiměřenou energii k danému úkolu (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

INFANTILNÍ CHOVÁNÍ

Infantilní chování bývá způsobeno nerovnoměrným vývojem dětí se specifickými poruchami chování. K tomuto chování též dochází, když dítě nezažívá úspěch a je nešťastné (PIPEKOVÁ, J. a kol., 1998).

JAK SE VYROVNAT SE ZKLAMÁNÍM

Problémové děti velmi těžce snášejí zklamání. Je to nepříjemná situace, kdy jsou zaplaveny silnými emocemi. Zažívají pocity, které neumějí zvládnout. Této situaci se dá předejít nácvikem hry možných událostí, které se mohou stát. Děti zažijí menší úzkost a učí se podobné situace řešit (SHEEDYOVÁ – KURCINKOVÁ, 1998).

PROBLÉMY SE SPÁNKEM

Již v raném věku mají děti s ADHD problémy s pravidelným spánkem a jídlem. Někdy v noci pláčou a jindy dlouho spí. V pozdějším věku jsou „neunavitelné“, je problematické je uložit do postele, neumějí usnout. Mají neklidný spánek, pořád sebou melou, buď vstávají brzy, nebo je nejde probudit. Pokud nedodrží pravidelný režim, jsou ráno unavené a nedaří se jim (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

NEDOČKAVOST

Projevem impulzivity u těchto dětí je nedočkavost. Projevuje se při hře, nákupu a v situacích, kdy je potřeba v klidu počkat. Ani při vyučování to není lepší. Vykřikují, i když nejsou vyvolány, nebo před dokončení otázky vyučujícím. Neumějí být ukázněné ani při běžných akcích, jako je nakupování.

ZBRKLOST

Projevuje se při přípravě do školy. Při písemných úkolech a pracích, se snaží rychle psát. Často si nepřečtou dobře zadání a špatně pochopí úkol, v matematice mohou škrtnout dobře vypočtený výsledek. Při kreslení a různých výtvarných činnostech si svou nedočkavostí a zbrklostí zkazí výrobek a výkres.

OBTÍŽE SE ZAŘAZENÍM DO KOLEKTIVU VRSTEVNÍKŮ

Dítě s ADHD si často znepřátelí spolužáky už ve školce. Neumí se vzdát hračky, která se mu zrovna líbí. Vezme si ji od někoho jiného. Nechtěně do někoho strčí v případě konfliktu. Nevhodně reaguje při rozčilení nadávkami, špatně tlumí své reakce na podněty. Při rozhovoru druhého přerušuje a snaží se upoutat pozornost. V kolektivu bývá dětmi odmítáno pro své chování.

UKVAPENÉ NAVAZOVÁNÍ A UKONČOVÁNÍ VZTAHŮ

K dalším potížím lidí s ADHD patří vztahy a jejich trvání. Nemají problém se rychle seznamovat, platí to i o vztazích intimních. Stejně tak rychle své vztahy s partnerem ukončují. Důvodem může být nuda, nebo nějaká drobná neshoda a nedostatek empatie. Stává se, že toho pak litují.

RISKANTNÍ CHOVÁNÍ

Mezi projevy impulzivity se řadí riskantní jednání. Děti s ADHD často nepřemýšlejí o následcích svého chování. Proto dochází k mnoha úrazům těchto dětí. Již malé děti mohou být příčinou dopravní nehody, náhlým vběhnutím na cestu, nedodržením dopravních předpisů při jízdě na kole. Později experimentováním v oblasti návykových látek a sexu. Neuvědomují si závažnost možných důsledků.

HOSPODAŘENÍ S PENĚZI

Adolescenti i dospělí s ADHD neumějí hospodařit s penězi, rozvrhnout si příjmy a nutné výdaje. Když dostanou peníze, rychle je utratí. Neumějí si udělat časový finanční plán a dodržet ho. Nakupují věci, které nutně nepotřebují, jen proto, že je to zrovna napadlo, nebo se jim něco líbí.

NEPOUČITELNOST A ČASTÉ ÚRAZY

Děti s ADHD často uskuteční svůj nápad bez přemýšlení. Jednají rychle a nedovedou se poučit z podobných pokusů, které nedopadly dobře. Nemají čas si vybavit předchozí skutečnost a přemýšlet o ní i s jejími dopady. Příčinou je špatná orientace v čase a neschopnost sledovat události v minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Následně si vše uvědomí. Ze strachu z potrestání se snaží svůj čin zahladit.

MENŠÍ ODOLNOST VŮČI NEÚSPĚCHU A KRITICE, URÁŽLIVOST

Tyto děti touží po úspěchu, nedovedou prohrávat. Výchovné problémy pramení z jejich citové nezralosti. Jsou vztahovačné, drobnou výtku vnímají jako označení své neschopnosti a pak si nevěří. Nepouštějí se do věcí, které se jim nedaří. Snaží se v něčem vyniknout a zahojit si své neúspěchy. Může je to přivést mezi rizikovou mládež. Jsou urážlivé, ale netrvá to dlouho.

SNADNÉ NADCHNUTÍ SE PRO NĚCO

Děti s ADHD mají i své skvělé vlastnosti. Jsou přátelští, umí být zapálení pro nějakou činnost, nebo osobu. Mají kreativní nápady, jak řešit nějaký problém. Jsou úspěšnější v tvůrčích profesích v obchodní činnosti a reklamě. Jak se rychle nadchnou pro něco, tak rychle je to často přestane bavit a zkoušejí zase něco jiného (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

4 VÝVOJOVÁ VARIABILITA OBRAZU ADHD

4.1 PROJEVY CHOVÁNÍ V ZÁVISLOSTI NA VĚKU

Projevy chování se mění s věkem dítěte. Dítě reaguje jinak než v předchozím období. Je nutné zařadit do výchovy jiné metody a postupy. Výchovné metody, které na dítě platily v mladším věku, musí být nahrazeny jinými.

Cílem výchovy je naučit dítě s ADHD umět spolupracovat s ostatními dětmi v kolektivu, dodržovat stanovené normy a plnit zadané úkoly. Když dítě roste, jeho symptomy poruchy se mění, tento vývoj má svá specifika (MICHALOVÁ, 2011).

Tak jako rostou děti, mění se příznaky tohoto onemocnění. Rodičům tato skutečnost způsobuje velké problémy, musejí neustále měnit své výchovné metody, osvědčené postupy nezabírají. Dříve se předpokládalo, že s přibývajícím věkem nemoc sama vymizí. M. Goetz a P. Uhlíková uvádějí, že v adolescenci trpí touto nemocí ještě 80 % původně nemocných a 60 % má některé potíže i v dospělosti (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

(NHS, 2012): „Ve Velké Británii je syndrom ADHD diagnostikován u 2,5 % dětí školního věku a mládeže. Řadí se k nejčastějším projevům poruch chování. Potíže přetrvávají i do dospělosti. Spekuluje se o možnosti, že se tato poruch může objevit až v dospělém věku“ [vlastní překlad autorky práce].

NOVOROZENCI A KOJENECKÉ OBDOBÍ

Zdravé děti dodržují pravidelnou dobu mezi jídlem, spánkem a bděním. U hyperaktivních dětí není pravidelný rytmus ve střídání činností. Některé dny jsou plačtivé, nemohou spát, jindy prospí více hodin. Maminky dětí jsou z toho nejisté. K rozvinutí ADHD většinou nedojde a projevy se samy upraví. (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

Pro novorozence s hyperaktivitou je typická nepravidelnost v denním režimu. Pořád mávají rukama i nohama, nejsou vůbec v klidu, pohybují se i po jídle a často potom

zvrací. Pijí pokaždé v jinou dobu. Někdy se hlasitě dožadují nakrmení, jindy čas zaspí. Děti jsou zvýšeně dráždivé, křičí a pláčou bez zjevného důvodu (MICHALOVÁ, 2011).

BATOLATA

Děti s ADHD nechtějí pravidelně jíst, jsou neklidné a velmi živé. Ve dne náhle usnou a v noci mají potíže se spaním. Malé děti zajímá vše, co se kolem děje, to u dětí předškolního věku bývá obvyklé. Později se ukáže, jak dlouho vydrží u jedné činnosti. Dítě se může vyvíjet nerovnoměrně v oblasti psychomotorického vývoje. Projevuje se to například tím, že dříve leze, než sedí. Může umět dříve mluvit než ostatní děti, ale oproti ostatním je nemotorné (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

V batolecím období přetrvává nepravidelnost v denním režimu. Během dne je batole živé a neklidné. I přes den usne a v noci má potíže se spaním (špatně usíná, neklidný spánek, menší potřeba spánku). V noci mívají strachy, rodiče jim musí nechat rozsvícené tlumené světlo. Žádná hra je nezaujme, velmi brzy přejdou k jiné činnosti. V tomto věku není možné určit, je li dítě více zvědavé, nebo hyperaktivní.

Mnohé děti procházejí nerovnoměrným psychomotorickým vývojem. Některými vývojovými fázemi neprojdou a pak se k nim později vrátí. Jiné dítě má problémy s motorikou, ale může celkem dobře na svůj věk mluvit. U batolat se rozvíjí samostatnost, ale jejich chování má i období vzdoru a negativismu.

Dítě se učí sebe obsluze a menší závislosti na dospělých. Některé děti s ADHD jsou nešikovné. Děti si rády hrají s řečí, u těch s poruchou bývá vývoj řeči opožděn. Rodiče to často považují za přechodné období. Netuší, že jejich dítě může mít k opoždění řeči sklony.

V tomto věku je až 40 % dětí zvýšeně aktivních a nepozorných, ale většinou se nejedná o ADHD. Někdy už můžeme rozeznávat potíže v kontaktech s ostatními dětmi (MICHALOVÁ, 2011).

Některé děti mezi 3. – 4. rokem svého věku na základě příznaků, mají už stanovenou diagnózu ADHD. Pokud se v této době objevují příznaky poruchy, nemusí to znamenat trvalé postižení i v příštích letech. Situace se často upraví.

Děti s přetrvávající poruchou jsou zvýšeně aktivní, vše je zajímavé, všude musí být, neobejdou se ani na chvíli bez pozornosti druhých lidí. V mateřské škole se chovají podrážděně, mrzutě, zlobí se, neposlouchají a často jsou agresivní (MICHALOVÁ, 2011).

PŘEDŠKOLNÍ DĚTI

U dětí do 4 let věku, se objevuje zvýšená aktivita a nepozornost. Příznaky většinou vymizí nebo se zlepší do 6měsíců. U nich pak nelze diagnostikovat ADHD. Děti s touto diagnózou, se do 1 roku věku, často výrazně zlepší. Je dobrým zjištěním, že porucha nemusí přetrvávat nadále, pokud se příznaky vyskytují mezi třetím a čtvrtým rokem věku (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

ŠKOLNÍ VĚK

Ve škole mají tyto děti velké obtíže dodržovat stanovená pravidla. Neumí během vyučovací hodiny sedět v klidu na svém místě. Často vykřikují, žduchají do ostatních a jsou agresivní, když se jim něco nelíbí. Jsou též nepořádní a neobratní. Nevydrží u zadaného úkolu a často svou práci nedokončí. Při své činnosti vše polohlasně komentuje. Z důvodu své impulzivity, reagují zkratovitě bez zvážení následků svého jednání. Nerozumí jim jejich spolužáci a často ani dospělí. Z důvodu své emoční nezralosti, se chovají na nižší sociální úrovni než jejich vrstevníci. Kvůli svému chování jsou neoblíbené a mohou být i obětí šikany (MICHALOVÁ, 2011).

Až 25 % dětí s ADHD současně trpí další poruchou. Jedná se o dyslexii, dysgrafii, dysortografii nebo dyspraxii. Když mají ještě další specifickou poruchu, jsou pro ně školní výuka a vztahy ve třídě ještě těžší. To vede ke ztrátě sebevědomí a sebehodnocení. Nejsou oblíbené a úspěšné, tak se aspoň snaží získat pozornost nevhodným chováním (MICHALOVÁ, 2011).

OBDOBÍ ADOLESCENCE

V období adolescence se hyperaktivita zmírňuje. Proto si lidé myslí, že během dospívání hyperaktivita ustupuje. Dospívání mladých lidí je často nápadné, závisí na osobnosti jedince, změnách organismu i sociálních vztazích a prostředí, ve kterém žije. Tento čas je charakteristický navazováním nových vztahů i sexuálních a snaha odpoutat

se od rodičů a být samostatný a nezávislý. Tento proces závisí na dobrých vztazích s rodiči, jistotě a stabilitě a citovém zázemí doma. Pak může lépe dojít k procesu osobního zrání dospívajícího dítěte.

Adolescenti se chtějí osamostatnit, touží po nezávislosti, ale potřebují současně jistotu a bezpečí. Chtějí mít výhody dospělých a zároveň potřebují ochranu a výhody dítěte.

V tomto období narůstá důležitost vztahů se svými vrstevníky. Vyhledávají i individuální přátelství. Tady získávají ocenění svých kvalit. Ve skupinách probíhá socializace, jsou ovlivňovány názory a zájmy mladých lidí. Jedinec se ztotožňuje se zájmy skupiny, napodobuje ostatní členy. Z této zkušenosti vychází při vlastním hodnocení.

„Jedinec s ADHD nebývá připravený zvládnout zodpovědnost za své chování. Pokud rodiče veškerou odpovědnost přenesou pouze na své dospívající dítě, ve většině případů tuto samostatnost a přemíru zodpovědnosti nezvládne“ (MICHALOVÁ, 2011, s. 49).

Dospívající jedinci s ADHD až v 30% nezvládají svůj život, zkoušejí užívat drogy, kouří a hrají hazardní hry. Někteří se chovají asociálně. V rodinách se vyhrocují vztahy mezi nimi a rodiči. Studenti s ADHD často opakují ročník, někteří odcházejí ze školy. Pro některé dosažení vzdělání a úspěch nejsou kýženou hodnotou. Museli by vynaložit velké úsilí k jejich zvládnutí. Proto volí neúspěch, nebojují a nenamáhají se (MICHALOVÁ, 2011).

V roce 1999 S. Riefová ve své knize říká: *„Nezanedbatelný podíl jedinců, kteří ve škole propadají, a kteří, když školu vyjdou, prožívají potíže v zaměstnání a krize v mezilidských vztazích, těch, kdo se dostanou do vězení, nebo dokonce spáchají sebevraždu, představují lidé, kteří v dětství trpěli touto poruchou a neměli to štěstí, že by u nich okolí tuto poruchu rozpoznalo a dokázalo pro ně zajistit odpovídající přístup a vhodnou odbornou péči. Mnoho adolescentů a dospělých se syndromem ADD/ADHD nerado vzpomíná na dětství, zvláště pak na bolestné zážitky a trvalou frustraci ve škole. Mnozí zažili léta neúspěchů a těžké deprese“* (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 55).

PROJEVY ADHD V DOSPĚLOSTI

(PACLT a kol., 2007, s. 123) popisují hyperkinetický syndrom v dospělosti. Porucha ADHD přetrvává přibližně u 40–45 % lidí z dětství a adolescence až do dospělosti. Nejvýznamnější setrvávající poruchou, je porucha pozornosti. „*ADHD (hyperkinetický syndrom) je definován jako porucha pozornosti, aktivity (hyperaktivita) a kontroly vnitřních impulzů (impulzivita)*“. Při stanovení diagnózy ADHD se posuzuje porucha pozornosti, hyperaktivita a sebe pojetí.

4.2 VÝVOJOVÉ ASPEKTY PORUCHY VE VZTAHU K VĚKU

Podoba symptomů v dospělosti se mění. Oproti příznakům v dětství, které se projevovaly jak ve škole, tak i doma, se nadále vyskytují poruchy: emoční nezralost, emoční labilita, impulzivita a zkratovitě jednání. Poruchy pozornosti dominují nad impulzivitou a hyperaktivitou. Tyto nevýraznější poruchy se mohou výrazněji objevovat, pokud lidé nadužívají alkohol a experimentují s drogami. Někteří jedinci se chovají asociálně, mohou mít deprese nebo úzkostnou poruchu. Tyto problémy pak překryjí základní symptomy ADHD (PACL a kol., 2007).

4.3 SEKUNDÁRNÍ NÁSLEDKY ADHD/ADD

V sociální oblasti se odrážejí následky poruch chování. Projevuje se to nepřátelskou reakcí jak v rodině, škole i mezi vrstevníky. Okolí nechápe příčiny chování těchto dětí. Výchovou se tyto projevy chování nesnadně ovlivňují. Dospělí se snaží přitvrdit, dochází k častému trestání a odmítání dětí. Za vzor jsou jim dávání zdraví bezproblémoví spolužáci a sourozenci. „*Dítě s ADHD získá nízký sociální status a roli nežádoucího jedince*“ (MICHALOVÁ, 2011, s. 77).

V roce 1995 Vágnerová míní, že dítě touží po přijetí a sociálních kontaktech s okolím. Z odmítavých reakcí zažívá deprivaci. Tito jedinci se snaží na sebe jakýmkoliv způsobem upoutat pozornost i nevhodným chováním a dotěrností. Je to jejich způsob obrany v zajištění nenaplněné potřeby přijetí.

Někteří volí náhradní způsoby uspokojování. Aby se rozvíjela vlastní identita, je důležité přijímat hodnocení a postoje ostatních lidí k danému jedinci. To se pak zrcadlí

ve vlastním sebehodnocení. Následkem negativního hodnocení je malé sebevědomí a špatné mínění o sobě. Z důvodů obrany své identity nepřijímá názory okolí. Takové chování způsobuje konflikty. S těmito potížemi se lidé se speciálními poruchami chování potýkají celý život. Za pomoci speciálních technik a terapie, je možné následky zmírnit (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 78).

Dle Berkleyho se spíše než o léčbu jedná o podporu jedinců s ADHD. Cílem je pomoci jim ve zvládnání běžného života v jejich vlastním prostředí s co nejmenšími problémy. Vychovatelé těchto postižených by měli být odborně terapeuticky vzdělávání (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 78).

5 DIAGNOSTIKA DĚTÍ, VYŠETŘENÍ DĚTÍ S ADHD, PSYCHICKÉ PORUCHY

5.1 JINÉ PORUCHY SOUVISEJÍCÍ S ADHD

Je nesnadné stanovit diagnózu ADHD. Určení této diagnózy závisí na symptomech, které se projevují v běžném životě. Provádí se fyzické i psychické vyšetření dítěte. Dále se zpracovávají informace od osob, které jsou s dítětem v častém kontaktu. Většinou jsou to učitelé a rodiče (MICHALOVÁ, 2011).

Pro spolehlivé stanovení diagnózy ADHD dle DSM – IV musí být vyloučeny tyto psychické poruchy:

„pervasivní vývojové poruchy

psychotické poruchy

poruchy nálad

poruchy úzkostné

poruchy asociální

poruchy osobnosti“(cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s.68-69).

V roce 2001 Uhlíková na přednášce v Praze seznamuje s tím, že v české republice při diagnostice psychiatři zkoumají, zda se nejedná o poruchu chování. Pak by se nejednalo o diagnózu ADHD. Jiné příčiny poruch chování:

„v důsledku mentální retardace

v důsledku bolestivého či jiným způsobem traumatizujícího onemocnění

způsobenou nedostatkem příležitosti ke vzdělání

způsobenou jazykovou bariérou klienta

z narušení sociálního prostředí klienta způsobenou např. změnou školy či bydliště

jako reakci na prožité trauma, např. úmrtí blízké osoby

jako reakci na zneužívání klienta, a to jak fyzické, tak psychické

v důsledku citové deprivace“ (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 69).

V roce 1998 Barkley upozorňuje na možnost záměny specifických poruch chování s jinými poruchami např.: poruchami opozičního vzdoru (ODD – Oppositional Defiant Disorders) a s poruchami chování (CD – Conduct Disorders). Tyto poruchy nejsou specifické, ve svém životě se tyto lidé chovají asociálně a antisociálně. Lékaři konstatují, že tyto poruchy mohou být přítomny u klientů současně s diagnózou ADHD (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 69).

V populaci s ADHD se udává výskyt poruchy opozičního chování v průměru u 35 %, v závislosti na území se vyskytuje porucha chování nespecifického charakteru zhruba u 20–56 %. Souběžně s ADHD se objevují somatická onemocnění, uvádí se ve 24–35 % a 25 % lidí trpí zároveň úzkostnými poruchami (MICHALOVÁ, 2011).

Podle Traina v roce 1997 (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 70) u 60 % dětí s ADHD je přítomna současně porucha opozičního vzdoru (ODD), porucha chování nespecifického charakteru se vyskytuje u 45 %, chování asociální a delikventní je přítomno u 24 %, diagnostikovanou depresí trpí 33 % dětí s ADHD. Tyto deprese se projevují poruchami nálad, lítostivostí, trpí sociální izolací, potížemi se spánkem, nemají chuť k jídlu, ztráta zájmu o cokoli, někteří mají sebevražedné myšlenky.

MICHALOVÁ (2011) upozorňuje na skutečnost, že je někdy obtížné zjistit, o jakou poruchu se jedná. To se podaří určit až při opakované rediagnostice. Obtížemi v sociálních dovednostech a emočními problémy trpí až 50 % populace s ADHD. Tím může dojít k chybnému posouzení poruch a jejich záměnou s poruchami autistického spektra, jedná se o poruchy pervazivní (vývojové poruchy měnící osobnost dítěte), (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 69).

Je-li zřejmé, že se jedná nejspíš o poruchu opozičního vzdoru (ODD), je stanovena tato diagnóza podle DSM-IV. Projevy klienta se musí shodovat s následujícími kritérii alespoň ve čtyřech z uvedených příznaků. Tyto projevy trvají minimálně 6 měsíců, jsou nepřiměřené věku dítěte a negativně zasahují do jeho života v prostředí školy, doma nebo v zaměstnání. Jsou to tato kritéria pro ODD:

„přestává se ovládat, vybuchuje

vyhledává hádky s dospělými

aktivně se brání či odmítá vyhovět žádostem a pravidlům dospělých

úmyslně obtěžuje a trápí ostatní

za své vlastní chyby či špatné chování viní ostatní (své chyby jim přičítá)

je urážlivý, nedůtklivý, lehce se rozzlobí

je příliš často rozzlobený

je zlomyslný, pomstychtivý nebo škodolibý“, (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 71).

Do povědomí se doslala skutečnost, že ADHD se často váže i s jinými psychickými poruchami, což v roce 1989 Szatmari a kol., (cit. dle PACLTA a kol., 2007, s. 20) k dané problematice uvádí:

„44% dětí s ADHD trpí nejméně ještě jednou další psychickou poruchou,

32% trpí dvěma dalšími poruchami,

11% dokonce třemi či více“.

Tuto problematiku (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007) představuje:

- za nejčastější komorbidní poruchu je porucha opozičního vzdoru, přibližně se vyskytuje u 33 % dětí,
- 25–50 % dětí má poruchy chování,
- u 25 % se vyskytují úzkostné poruchy,
- u 20 % dětí trpí depresí,
- u 20–40 % jsou zjištěny různé specifické poruchy řeči, spojené s poruchami školních dovedností a motoriky
- 60–70 % dětí s tikovou poruchou a Tourettovou poruchou, současně je přítomna psychopatologie ADHD,

- noční enuréza (pomočování),
- poruchy spánku v kojeneckém věku (přes den ospávají, v noci křičí),
- užívání drog a alkoholu v dospělosti (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007).

5.2 DIAGNOSTIKA ADHD

RIEFOVÁ (2007) zdůrazňuje včasnou diagnostiku dětí s poruchami pozornosti a hyperaktivity. Bez potřebné léčby a odborného vedení dochází k neustálému selhávání v životě a frustraci a nízkému sebehodnocení. Pokud je poskytnuta odpovídající pomoc a léčba, mohou s těchto dětí vyrůst úspěšní lidé. Kteří umějí rozvíjet svou tvořivost a své přednosti. Diagnostika je týmovou spoluprací učitelů, výchovných pracovníků, psychologů, pediatrů a psychiatrů.

(DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007), diagnostika hyperkinetické poruchy může být ztížena přítomností dalších poruch. Pak je psychopatologický obraz různý, má to vliv na následující terapeutický postup. Hyperkinetická porucha bývá doprovázena poruchami, které dříve patřily k LMD, ty ukazují na poškození nebo zpoždění vývoje funkcí v souvislosti s biologickým zráním CNS.

ZÁKLADNÍ PŘEDPOKLADY DOBRÉ DIAGNOSTIKY

Hyperkinetická porucha vzniká v dětství, obvykle do pěti let věku a často bývá v tomto věku také diagnostikována. Diagnostika je ucelený soubor, rozhovorů, pozorování a odborných vyšetření.

Rozhovor s matkou (blízkou osobou) je důležitý pro podrobné zmapování života dítěte, jeho chování, potíže a projevy. Rozhovor s dítětem probíhá po prostudování ostatních zpráv a vyšetření. Prověřují se příznaky poruchy a vliv na různé oblasti života. Zjišťuje se školní prospěch, schopnost soustředění a kvalita pozornosti a chování dítěte. Důležitá je i školní příprava a rodinné prostředí.

Sestavuje se osobní, rodinná a sociální anamnéza. Sledují se oblasti chování dítěte v rodině, škole, jeho záliby a kontakty s vrstevníky. Součástí je i vyšetření psychických funkcí. Zjišťuje se orientace v místě a čase. Prověřují se znalosti přiměřené věku dítěte.

Podrobným klinickým vyšetřením jsou získány velmi důležité diagnostické informace. Je dobré, když vyšetření probíhá ve známém prostředí dítěte, bez přítomnosti rodičů. Trvá obvykle 30-45 minut. Zkoumají se základní příznaky hyperkinetické poruchy, jako jsou nepozornost, impulzivita a hyperaktivita. Tyto symptomy vytrhávají dítě od soustředěného myšlení. To se odráží ve školním prostředí, kde se tyto problémy ukazují. Doma mohou být nezřetelné.

TĚLESNÉ A DALŠÍ VYŠETŘENÍ

U dětského lékaře jsou děti pravidelně kontrolovány. Vyšetření je důležité, aby se dala vyloučit případná somatická onemocnění a genetické vady. Na lékaře se většinou rodiče obrací z důvodu různých fyzických a psychických potíží svých dětí. ADHD není typická fyzickými příznaky. Součástí lékařského vyšetření je anamnéza dítěte. Zahrnuje vývoj a nemoci dítěte. Někdy se provádějí další specializovaná vyšetření. Jedná se o klinická vyšetření u pediatra a neurologa (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007, s. 79-94).

Pokud má být diagnostika kompletní DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. (2007, s. 88-89) doporučují další vyšetření zvláště, pokud je s dítětem plánována farmakoterapie:

- *„laboratorní vyšetření: krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů,*
- *laboratorní soubor; urea, kreatinin, iontogram, moč chemicky a fakultativně hormonální vyšetření;*
- *zobrazovací metody: (volíme je především při atypickém obraze a podezření na organicitu):*
- *CT (počítačová tomografie) mozku,*
- *MR (magnetická rezonance) mozku;*
- *elektrofyzilogické metody:*
- *EEG (elektroencefalografie),*
- *EKG (elektrokardiografie) - (především s plánovanou farmakoterapií).“*

DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. (2007) upozorňují na skutečnost, že zobrazování mozku pacientů s ADHD není běžnou metodou, provádí se až v poslední době převážně z důvodu výzkumu. V nemocnicích se dnes využívá metoda EEG. Tato metoda nemůže jednoznačně potvrdit ADHD. V návaznost na další klinické a laboratorní metody může pomoci tuto diagnózu potvrdit.

5.3 PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

V případě psychologické diagnostiky u dětí s hyperkinetickým syndromem se provádí systematické a komplexní vyšetření. Výsledky ukazují na dosaženou vývojovou úroveň dětí a jejich oslabené oblasti a následně pomáhají k sestavení nápravného plánu pro rozvoj dítěte.

PACLT a kol. (2007) zdůrazňují, že psychologické vyšetření dítěte mohou provádět jen zkušení odborníci s dobrou znalostí problematiky. Před použitím psychodiagnostických metod musí zvážit vliv projevů hyperkinetického syndromu na výsledky. Proto probíhají rozhovory s rodičem a pozorování a rozhovor s dítětem.

Psychologické vyšetření by mělo podle PACLTA a kol. (2007), obsahovat tyto dílčí kroky:

Klinická část zahrnuje rozhovor s dítětem a rodiči, navázání kontaktu, zjištění druhu obtíží dítěte, pozorování jak se dítě chová, průběh vzdělání a jeho výsledky od mateřské školy po současnost.

V testové části se používá Wechslerova škála inteligence, která je základní pomůckou diagnostiky hyperkinetického syndromu. Následují další typy testů zaměřené na výkon, percepci, pozornost. Mezi často používané testy zaměřené na výkon patří – subtesty Wechslerova testu inteligence například: Vědomosti, Podobnosti, Opakování čísel, Kostky nebo hledání symbolů (PACLT a kol. 2007).

Počítačové testy pozornosti jsou v zahraničí rozšířeny, jsou dobrý diagnostický nástroj. Používají se ve více oblastech než jen v diagnostice hyperkinetického syndromu. V České republice nejsou dosud běžně používány. Umějí rychle vyhodnotit

terapeutické změny. Jejich vysoká cena je překážkou k jejich hromadnému užívání (PACLT a kol. 2007).

Dotazníky slouží k soustředění důležitých informací od vyučujících. Ve školním prostředí jsou dobře patrné příznaky hyperkinetických dětí. K těmto účelům je dobrou pomůckou dotazník, který učitel vyplňuje s odstupem času opakovaně. Po jeho vyhodnocení jsou vidět pokroky, nebo zhoršení dítěte.

V dnešní době existuje více způsobů na diagnostiku ADHD. Hyperkinetická porucha se diagnostikuje za pomoci škály od C. K. Connersové. Jedná se o dotazník pro rodiče a dotazník pro učitele (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007).

MUNDEN a ARCELUS (2008), uvádějí starší diagnostické nástroje, které používají speciální pedagogové k diagnostice ADHD: Du Paulův dotazník z roku 1991, Barkleyův dotazník pro domácí i školní prostředí, škála symptomů podle DSM-IV z roku 1995, dotazníky Barkleye a Edelbrocka pro hodnocení situace doma a ve škole, nebo Goodmanův dotazník předností a slabostí z roku 1977.

K hodně používaným testům ve světě patří např.: ADHD Rating Scale IV – Home Version, ADHD Rating Scale IV – School Version, Child Attention Profile (CAP), Childhood ADHD Symptoms Scale Self – Report (PACLT a kol., 2007).

VÝKONOVÉ TESTY

Výkonové testy se provádějí písemnou formou, nebo na počítači. Hyperaktivitu je možno měřit i pomocí přístrojů. Pro konkrétní vyšetření se používají testovací baterie na počítači Neurobehavioral Evaluation Systém 2 (NES 2), nebo samostatné testy a kombinace obou možností. Impulzivita se zkoumá sledováním rychlosti a chybovosti.

TESTY POUŽÍVANÉ V ČR

Psychologové nejčastěji používají testy typu tužka-papír. Testy jsou členěny podle věku. V roce 2001 píše Vágnerová, že pro diagnostiku pozornosti a zátěže, se používá test Číselný čtverec (cit. dle DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007).

Dále může být použit Test koncentrace pozornosti, Test cesty (PACLT a kol., 2007).

Soustředění pozornosti, percepce a motorickou rychlost zkoumá Bourdonův test (pražská modifikace). Sleduje i souvztažnost mezi výkonem a časem, umožňuje rozpoznat vlastnosti zkoumaného. Zároveň se testuje stupeň únavy, výdrže a schopnost vykonávat jednotvárnou činnost (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007).

U dětí se používá Švancarův Test diskriminace tvarů, zkoumá narušenou pozornost. V 60. letech v Německu byl sestaven Test pozornosti d2, byl upraven K. Balcarem v r. 2000. Výsledkem testu je rozpoznání vzhledově příbuzných zrakových podnětů zachycených na křivce výkonu. Zkoumá se i rychlost a správnost (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007).

5.4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

MUNDEN a ARCELUS (2008) soudí, že dítě, které je hyperaktivní, neumí se soustředit a je nepozorné nutně nemusí trpět ADHD. Může se jednat o jiné psychické i fyzické onemocnění, které projevy ADHD jen připomínají. Prošetření jmenovaných příznaků pomůže stanovit správnou diagnózu.

- **porucha zraku a sluchu:** potíže se sluchem a správným viděním znesnadňují dětem rozumět tomu, co kdo říká, nechápou události ve svém okolí. Děti se nedovedou orientovat v běžných životních situacích a mají problémy ve škole. Špatně se učí, jsou nešťastné. Zoufalství těchto dětí se může projevat poruchami chování a emocí. Děti, které neslyší, jsou často neklidné a agresivní.
- **záchvaty:** epilepsie je nejzávažnější a nejčastější neurologickou poruchou. Je chronická a vyskytuje se asi u 4 z 1000 dětí. Většina obvyklých příznaků se symptomům ADHD nepodobá. Určitý druh epilepsie a léky k její léčbě však podobné projevy vykazují. Jedná se o potíže se soustředěním, poruchy chování a neklid, agrese a roztěkanost (MUNDEN a ARCELUS, 2008).
- **následky poranění hlavy:** některé děti mají sklon k častým úrazům hlavy. Následky poranění souvisí s druhem poranění a jeho závažností. Otevřená poranění (proražení lebky) mívají za následek epilepsii. Uzavřená poranění mohou mít za následek omezenou ztrátu paměti a zhoršení poznávacích funkcí. Nemusí dojít k úplnému uzdravení, hojení trvá dlouho. Méně závažná poranění

hlavy způsobují poruchy chování a emocí. Stává se, že příznaky a DHD jsou považovány za následek úrazu, ale jde o jeho příčinu. Zkušený lékař dovede dítěti a jeho rodině poradit a pomoci.

- **akutní nebo chronické somatické onemocnění:** může se stát, že určité symptomy ADHD se mohou ukázat v průběhu nemoci, nebo po jejím skončení. Skutečné příznaky ADHD od příznaků vzniklých nemocí lze odlišit podle toho, že ADHD jsou postiženy děti během svého vývoje. Podle toho by mělo dítě mít příznaky před onemocněním.
- **špatná výživa:** mozek dětí nejvíce roste v období vývoje plodu do 1 roku věku dítěte. Z toho je zřejmé, že špatná výživa dětí v tomto období má největší negativní důsledky. Podvýživa je příčinou zpožděného intelektuálního vývoje. V roce 1989 D. Skuse tvrdí, (cit. dle MUNDEN a ARCELUS, 2008, s. 37): „Děti, které v prvním roce života nerostou tak, jak by měly, bývají vývojově opožděnější a mívají problémy s učením, stejně jako problémy s emocemi a s chováním“.
- **spánkový deficit v důsledku poruchy spánku nebo nevhodného prostředí:** dítě se nemůže soustředit, pokud má trvalý nedostatek spánku. Špatně se učí, není motivované, trpí podrážděností a špatnými náladami. Dětský spánek ruší hlučné prostředí, nedostatek soukromí, nepohodlí a nevhodná teplota.
- **vedlejší účinky léků a drog:** symptomy ADHD mohou být zaměněny s vedlejšími účinky léků a drog např. antikonzulziva, užívaná k léčbě epilepsie. Nežádoucí účinky se projevují sníženou pozorností, popudlivostí a poruchami myšlení. Léky k léčbě astmatu mohou vyvolat pocity úzkosti. Bylo by špatné rozhodnutí rodičů, bez porady s lékařem, zastavit podávání léků na epilepsii a astma z důvodu vedlejších příznaků.
- Užívání marihuany se projevuje sníženou pozorností a potížemi s uvažováním. Konzumace alkoholu může též připomínat část symptomů ADHD. Když zjišťujeme příčinu příznaků, které se u postiženého projevují, zda se jedná o ADHD nebo vedlejší účinky léků a drog, musíme zkoumat časovou posloupnost daného jevu. Když se příznaky vyskytly v souvislosti s dobou

podávání léku, tak se nejspíš jedná o reakci na ně. Pokud byly patrné projevy symptomů již před začátkem užívání léků, jde nejspíš o ADHD (MUNDEN a ARCELUS, 2008).

5.5 PSYCHICKÉ PORUCHY

Některé psychické poruchy mají podobné projevy a lze je zaměnit s ADHD, řadíme mezi ně:

- **poruchy autistického spektra:** patří sem autismus u dětí a Aspergerův syndrom; jedná se o poruchy sociálních dovedností a další poruchy ve vztazích, v projevování citů a komunikaci. U těchto nemocných dochází ke stereotypnímu jednání. Autisté mají často nižší IQ a neovládají přiměřené sociální dovednosti. Tyto potíže obvykle začínají v dětství a jsou trvalé, někdy se rozvinou až později. Děti jsou často ponořeny do svého světa, jejich hry a komunikace jsou odlišné. Když jsou v napětí a stresu, stávají se hyperaktivními a agresivními. Nerozumí okolí a nedovedou to vyjádřit. Zprvu jejich chování vypadá jako projevy ADHD (MUNDEN a ARCELUS, 2008).
- **obsedantně kompulzivní porucha:** lidé s touto poruchou mají nutkavou potřebu vykonat nějakou činnost. Nemocný si uvědomuje, že realizace této představy je nevhodná, ale neumí se jí ubránit. Projevy se vážou na depresi. Nemocní jsou nuceni vykonávat zvláštní činnosti a rituály. To jim působí problémy v běžném životě.
- **Tourettův syndrom:** pacienti špatně ovládají projevy této nemoci, jedná se o opakované záškuby těla (obvykle jde o krk a hlavu). Když se pokouší tyto projevy potlačit, jsou ve velkém napětí. Současně mívají motorické a vokální tiky (vyráží zvuky z hrdla a drmolí slova). Tyto projevy začínají přibližně v osmi letech, někdy se projevují i v dospělosti. Nemocní mají potíže s udržením pozornosti, tento projev bývá zaměňován s příznaky ADHD. Někdy se ADHD vyskytuje současně s Tourettovým syndromem. O stanovení diagnózy rozhoduje psychiatr.

- **porucha chování:** pro tuto poruchu chování jsou typické trvalé a opakované projevy asociálního, agresivního a delikventního chování. Nejedná se o běžné dětské zlobení, nebo lumpárny dorůstající mládeže pro zábavu (MUNDEN a ARCELUS, 2008).

(cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 21-22). Desátá revize MKN-10 uvádí: „*F 91 Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem asociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takové chování u daného jedince extrémní, porušuje sociální očekávání přiměřené věku a je závažnější než obyčejná dětská nezbednost nebo rebelantství v adolescenci. Ojedinělé asociální nebo kriminální činy nejsou samy o sobě důvodem pro tuto diagnózu, která vyžaduje, aby charakter takového chování byl trvalý.*“

Mezinárodní klasifikace nemocí 10 sem řadí: „*poruchu chování ve vztahu k rodině, nesocializovanou poruchu chování, socializovanou poruchu chování, poruchu opozičního vzdoru, jiné poruchy chování a poruchu chování nespecifikovanou*“.

MUNDEN a ARCELUS (2008), zdůrazňují potíže s přesným odlišením poruchy chování od ADHD. Dále poukazují na skutečnost, že se tyto dvě poruchy často vyskytují současně. Proto je důležité vyšetření u psychiatra v návaznosti na práci školního psychologa a pedagogických pracovníků.

- **porucha přichylnosti:** touto poruchou trpí děti, které dlouhodobě nežijí se svými rodiči. Jejich vztahy byly v minulosti konfliktní a neharmonické, bývají i nezdravě důvěřivé k cizím osobám. Tyto děti se neumějí ovládat, jsou nepozorné.
- **deprese a jiné emoční poruchy:** mezi nejčastější emoce patří poruchy nálady, smutek, životní pesimismus, potíže se spánkem, nechutenství, nesoustředěnost, přílišná dráždivost, introvertní chování, tíseň a mnohdy sebevražedné představy. Depresivní lidé se neumějí soustředit na běžnou pracovní činnost. Projevy ADHD, deprese a poruchy přichylnosti mají velmi podobné symptomy.
- **úzkostné poruchy:** příčiny u dětí se mohou vyskytovat ve vztahu s rodinou, školou a v sociálních vztazích obecně. Při zvýšené úzkosti se děti nedovedou

soustředit na zrovna vykonávanou činnost. To se u nich projevuje zvýšeným neklidem (MUNDEN a ARCELUS, 2008).

- **psychotické poruchy:** takto nemocné děti se neumějí soustředit, ale jejich postižení je vážné, nežijí v realitě a často nevědí, co jsou představy a co je skutečnost. Mívají bludy a halucinace, často slyší hlasy, které je nutí k určitým skutkům. Mohou trpět například schizofrenií (MUNDEN a ARCELUS, 2008).
- **mentální retardace:** (jsou sníženy intelektové schopnosti), někdy se váže na hyperkinetickou poruchu, nebo s organickým poškozením mozku (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ et al. 2007).
- **specifické vývojové poruchy učení a motorické funkce čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie), počítání (dyskalkulie) aj.,** DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ (2007), souhlasí s dřívější definicí poruchy lehké mozkové dysfunkce (LMD). Děti se specifickými poruchami učení mají vzhledem k svým intelektovým schopnostem, zhoršené školní výsledky ve čtení, písemném projevu a v matematice. Jsou z toho nešťastné, často trpí poruchami nálad a úzkostí. Některé děti jsou neobratné, mají problémy s jemnou i hrubou motorikou. Jsou nešikovné při sportovní činnosti, mívají časté úrazy, zvláště jsou-li současně hyperaktivní a impulzivní. Děti trpící vývojovými poruchami musí být léčeny ve spolupráci s lékaři, psychology, pedagogy i rodiči (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, 2007).

6 FORMY PÉČE, TERAPEUTICKÉ A INTERVENČNÍ TECHNIKY, ŠKOLSKÁ LEGISLATIVA

6.1 FORMY PÉČE A PRÁCE S DĚTMI S ADHD PODLE MICHALOVÉ

S dětmi se speciálními poruchami chování (SPCH) je možno terapeuticky pracovat ve formě péče:

psychologické: s dětmi pracují terapeuticky střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny, klinické ambulance, školní psychologové,

speciálně pedagogické: jedná se o reedukční a kompenzační cvičení v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP), ve střediscích výchovné péče (SVP) i ve škole,

psychiatrické, lékařské péče: je poskytována formou péče ambulantní, hospitalizace v nemocnici a v psychiatrické léčebně,

školní: speciální pedagog působí na děti ve škole při vyučování, poskytuje dle potřeby žákům i individuální péči,

rodinné: rodiče jsou poučeni o způsobech výchovy, práce a vhodné terapie na pracovištích (PPP a SVP), pak se sami rodiče stávají poskytovateli odborné péče pro své děti se specifickými poruchami chování (SPCH).

V České republice se používá mnoho technik a terapií. Mezi nejužívanější z nich patří:

- kognitivně behaviorální terapie (KBT)
- multimodální přístup – používá se kombinace minimálně dvou druhů terapie
- rodinná terapie
- psychoanalytická terapie
- pracovní terapie
- komunitně orientovaná psychoterapie

- Nejlepší zkušenosti mají odborníci s kombinací KBT a rodinné terapie.

V Americe je velmi populární pro léčbu lidí s ADD/ADHD farmakologie, která probíhá pod vedením psychiatra. Mezi další zařazované druhy terapie patří KBT, kombinovaná současně s rodinnou terapií. Pro tyto současně užívané terapie se užívá zkratka PT (parental training). Je to výcvik rodičů a sourozenců dítěte s ADHD. Úkolem je, změnit chování dítěte a docílit jeho vnitřní změnu prostřednictvím působení na vnější prostředí (MICHALOVÁ, 2011).

6.2 ŠKOLSKÁ LEGISLATIVA DĚTÍ S ADHD

Školská legislativa zakotvuje vzdělání všech žáků a studentů v ČR. Jedná se o Zákon č. 561/2004 Sb. (dále jen školský zákon, ŠZ). V něm je zakotvena zákonná povinnost péče o tzv. děti se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP, kam dítě s ADHD patří), kterým má být poskytnuta speciálně pedagogická podpora. Tyto děti mohou používat služeb pedagogicko-psychologické poradny, pedagogických center a středisek výchovné péče (cit. dle MICHALOVÉ a PEŠATOVÉ, 2011, s. 13).

Podrobněji touto problematikou rozpracovává Vyhláška Ministerstva školství (MŠMT) č. 73/2005 Sb. ze dne 9. 2. 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (cit. dle MICHALOVÉ a PEŠATOVÉ, 2011, s. 13), novelizovanou k 1. 9. 2011 pod č. 116/2011 Sb.

Autorky dále uvádějí, že v případě závažných projevů, na základě odborného vyšetření, může být dítě zařazeno mezi žáky se zdravotním postižením (týká se to jak malých dětí v mateřské škole, tak žáků na základní škole i studentů na vysoké škole).

Škola má navýšené finanční prostředky na nákup potřebných pomůcek, jako jsou např.: speciální učebnice, rehabilitační a kompenzační pomůcky a zabezpečení odborné výuky. Děti se SVP, podle této vyhlášky mají nárok na vypracování individuálního vzdělávacího plánu podle potřeb dítěte, jeho vyhodnocování a případnou úpravu podle aktuálního stavu dítěte.

Děti se speciálními vzdělávacími potřebami podle školského zákona, mají právo na vzdělání, rozsah a způsob vzdělání odpovídající jejich potřebám a možnostem. Proto se jim musí být vytvořeny takové podmínky, aby jim bylo vzdělání umožněno (MICHALOVÁ a PEŠATOVÁ, 2011).

(ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ a kol., 2006), připomínají, že děti se specifickými vývojovými potřebami touží po společnosti ostatních dětí. Ve speciálních zařízeních jsou chráněny, ale odděleny od běžné populace vrstevníků. Je prospěšné, když mohou vyrůstat mezi zdravými dětmi. Nejsou izolovány a integrace prospívá všem zúčastněným dětem. Zdravé děti se učí pomáhat a přijímat postižené s jejich potřebami a umět jim pomoci. Nemocné děti se učí pomoc přijímat, lépe rozvíjejí své schopnosti, mají více kamarádů a podnětnější prostředí. Děti jsou pak lépe přijímány, při hrách, ve volnočasových aktivitách i v rodině.

(FLOWER, 2006, s. 122), se zabývá ve své knize i školním prostředím a konstatuje: „Ideálními žáky jsou ty děti, které jsou ukázněné, pozorně sledují výuku, dodržují školní pravidla a dobře se učí. Takovým předpokladům děti s ADHD neodpovídají. Jsou problémové, a proto se jim ve škole moc nedaří. Aby uspěly, potřebují pomoc a povzbuzení. Práce je bude bavit, pokud je výuka zajímavá a dostávají zpětnou vazbu. Jen v takovém případě jim může škola pomoci.“[vlastní překlad autorky této práce].

6.3 INTERVENČNÍ POSTUPY U DĚTÍ S ADHD/ADD VE ŠKOLE

Vzdělávání dětí s ADHD klade zvýšené nároky na práci učitelů a pedagogů, kteří musí respektovat a rozumět jejich potížím a být informovaní, aby jim mohli účinně pomoci. Dítě musí být vhodně motivováno ke školní práci vhodnými metodami a technikami. Jak uvádějí MICHALOVÁ a PEŠATOVÁ (2011), jsou v odborných publikacích zveřejněna různá doporučení pro práci s dětmi ve škole i mimo ni. Výsledkem úsilí je posílení vhodných vzorců chování, požívá se spíše odměňování dětí, než trestání. V praxi jsou často používány tyto postupy:

- **instrukce a pokyny:** jsou splnitelné, dětem je říkáme stručnou srozumitelnou formou. Při plnění úkolů jim zajistíme klid na práci.

- **pozitivní posilování:** spočívá v pedagogickém působení v podobě mírného potrestání, pokud to nejde s žáky jinak. Používá se k potlačení a minimalizování nevhodného chování dětí s ADHD. Žádoucí chování je hodnoceno pochvalou, tím dochází k pozitivnímu posilování. Potrestání by mělo být mírné, následující co nejdříve po prohřešku a srozumitelné.
- **zpětná vazba:** na jakékoliv projevy, by měla být poskytována častá a srozumitelná zpětná vazba. Reakce na ni může pozitivně měnit chování dětí.
- **respektování stylů učení:** pro děti s ADHD je důležité dodržovat jejich styl učení. Tento globální styl je charakteristický pro tyto děti. Pokyny a informace jsou jim sdělovány jako celek.
- **nácvik metakognitivních strategií:** je to poznání o vlastním způsobu učení. Dítě se učí získání zpětné vazby, aby se poučilo ze svých chyb a umělo odhadnout následky svého jednání.
- **sebekontrola a sebehodnocení:** jde o vědomé poznání vlastní impulzivity, možnosti ji ovlivnit, může postupně dojít k převládání žádoucích vzorců chování.

Autorky sdělují (MICHALOVÁ a PEŠATOVÁ, 2011, s. 52): „*Objektivní, systematický, strukturovaný a pozitivní přístup s předem jasně definovanými pravidly, je též základem ovlivnění nevhodného chování dítěte. Za základní považujeme:*

jasně sdělené požadavky na chování žáků,

dostatek času na vysvětlení žádoucího a nežádoucího chování,

jasná struktura časové jednotky,

předvídatelnost, jednání pedagoga a jeho důslednost,

nácvik žádoucího chování,

vedení k dokončení práce,

pedagogovo porozumění, pružnost a trpělivost,

pedagogova individuální pomoc žákovi.“

6.4 RODINA A ADHD

Výchova dětí s ADHD je velmi náročná pro celou rodinu. Chybou bývá trestání dětí za nepatrné prohřešky se zákazem pohybových aktivit. Tyto děti je dobré motivovat pochvalou, kterou potřebují více, než zdravé děti. Někteří rodiče děti přetěžují a neberou ohled na jejich možnosti. Je důležité z důvodu velké zátěže, aby se na výchově dětí podíleli oba rodiče. Dále Nešpor v roce 1994 poukazuje na časté snahy rodičů dosáhnout jakéhokoliv zlepšení chování svých dětí nejrůznějšími prostředky (cit. dle. BLAHUTKOVÁ aj., 2007, s. 15). Přes velké úsilí se vzájemné vztahy v rodinách vyhrocují. Jedním z problémů těchto dětí je menší potřeba spánku, rodiče si od nich neodpočinou a jsou vyčerpaní.

Rady pro rodiče:

- udržet si svůj vnitřní klid a nereagovat křikem,
- úkolovat děti podle jejich schopností zadání splnit,
- ocenit pochvalou jak splněný úkol, tak i snahu dítěte,
- trestat opatrně, přílišné tresty se minou účinkem, dítě si na ně zvykne,
- psát úkoly společně s dítětem, najít si čas, poskytnout pohlázení a podporu,
- méně a často
- podporovat dítě v činnostech, které se mu daří a vyhledávat je,
- spolupráce rodiny a školy, jednotné vedení (BLAHUTKOVÁ aj., 2007).

6.5 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

TRAIN (1997), ve své knize poukazuje na možnosti ovlivnit chování dětí, nejrůznějšími postupy a metodami, přes vytvoření dobrého rodinného zázemí, podpory školy a výuky podle individuálního plánu. Když tato pomoc nemá výsledky, je rozumné uvažovat o farmakoterapii, kterou dobře snáší více než 70 % dětí.

Ke zlepšení dochází v oblasti soustředění, jsou zmírněny projevy impulzivita a hyperaktivity. U nás nejpoužívanějším preparátem pro léčbu ADHD je stimulantium metylfenidát, s obchodním názvem Ritalin. Nástup účinku tohoto léku je rychlý a působí 3 až 5 hodin. Děti, které jej užívají, se lépe ovládají a soustředí, zmírňuje se i agresivní chování.

Tato zlepšení se projevují v domácím i školním prostředí. U některých dětí se objeví vedlejší účinky léku, většinou brzy zmizí. Mezi vedlejší účinky patří snížená chuť k jídlu, potíže se spánkem, zácpa, nevolnost a bolesti hlavy. Když potíže přetrvávají, léčba se musí ukončit. U depresivních pacientů psychiatr předepisuje Impramin, Noraprimin a Elavil. Děti silně hyperaktivní a agresivní užívají Catapress.

(DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007), připomínají, že se rodiče dětí farmakoterapii brání z důvodu špatné informovanosti. Také se obávají nálepky psychiatrického pacienta u svého dítěte a rodiny. Mívají různé předsudky.

„Mimo odborníky, je stále ještě málo známo, že u neléčené hyperkinetické poruchy v adolescenci vzniká vážné riziko rozvoje poruch chování, predelikventního jednání a zneužívání alkoholu a drog“(DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007, s. 132).

Při přetrvání poruchy znemožňuje dospívajícímu plně využít své intelektové možnosti a být přiměřeně úspěšný ve studiu a v sociální oblasti. Lidé s touto poruchou v dospělosti mají problémy ve stabilních partnerských vztazích, chovají se rizikově, zneužívají návykové látky a alkohol. Nemocní by se měli léčit nejen v dětství, ale léčba by měla pokračovat v adolescenci a v dospělosti. Léčba je často ukončena se školní docházkou (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007).

(PACLT a kol., 2007), vyzdvihují důležitost stimulantů v současné léčbě dětí i dospělých s ADHD v České republice. Kromě Ritalinu jsou v zahraničí předepisovány amfetaminy (Psychoton, Adderall a Dexedrin). Tato léčba je bezpečná, bez závislosti na léčbě. Jsou prokazatelné pozitivní výsledky psychostimulantů: způsobují pokles impulzivního chování, zlepšují paměť a pozornost, výkonnost, kladně ovlivňuje sociální vztahy a komunikaci.

Odborné studie prokázaly, že léčba má příznivé účinky na všechny věkové kategorie. Dětem i dospělým umožňuje vést úspěšnější život a zmírnit jejich potíže. Psychofarmakoterapie se stala důležitou součástí léčby hyperkinetické poruchy.

6.6 TERAPEUTICKÉ A INTERVENČNÍ TECHNIKY

LANGMEIER aj., (2000, s. 46), psychoterapii definuje: „*Psychoterapie ve vlastním smyslu zahrnuje vztah a proces, jehož cílem je v potřebné míře napravit porušený stav osobnosti, organismu nebo interpersonálních vztahů pacienta. Patří k ní uplatnění speciálních psychoterapeutických postupů*“.

V roce 1997 Gelfand et al., uvádí obvyklé postupy nápravy u dětí podle jejich věku (cit. dle LANGMEIERA aj., 2000, s. 46): Pro děti v kojeneckém a batolecím věku probíhá výcvik matek zaměřený na zlepšení rodičovské péče a dále terapie dětí ve skupinách batolat.

Pro rodiče předškolních dětí je organizován výcvik zaměřený na dosažení požadovaného dětského chování. Pro děti je vhodná terapie hrou a terapeutické skupinové programy zaměřené na předškolní výchovu.

Děti ve věku povinné školní docházky se nejčastěji účastní individuální, či skupinové behaviorální terapie. Vhodné jsou rodinné a elektické terapie. V zahraničí probíhají i terapie pěstounské a institucionální péče.

Psychoterapie je používána buď jako samostatná léčba, nebo souběžně s jinou léčbou. Zjišťuje se zdravotní stav dítěte a to jak fyzicky, tak duševní. Volí se druh terapie individuální, nebo skupinové. Zkoumá se, zda pracovat jen s dítětem, nebo s celou rodinou (LANGMEIER aj., 2000).

MUNDEN a ARCELUS (2008), představují výcvik rodičů v behaviorální terapii. Tato terapie pomůže rodičům v běžné výchově dětí a poradí jim, jak zvládat zlostné a náladové děti. Práce je zaměřena na rodiče. Terapeut podrobně zjistí druh a závažnost problémů a určí odpovídající nápravu. Nové prvky pomáhá rodině zavést do života. Děti se obvykle brání novým výchovným metodám, ale je potřeba vytrvat. Změny v chování se projeví postupně za delší čas.

Mnohé účinné techniky jsou inspirovány behaviorální terapií. Její podstatou je učení a nácvik nových vzorců chování a reakcí, které nahradí staré a nevhodné vzorce chování. Tyto upravené etniky jsou vhodné a úspěšné při léčbě dětí s ADHD. Používají se situace z běžného života. Dítě se učí, jak je může změnou svého chování lépe zvládnout. Analýza ABC a pozitivní podpora jsou techniky působící na nápravu nevhodného chování dětí s ADHD.

Analýza ABC

Je to technika, kdy se podrobně zkoumají události před nežádoucím projevem chování a události po daném projevu chování. Vyhodnocuje se situace a popis chování dítěte. Pod terapeutickým vedením rodiče rozpoznají události před i po nevhodném chování a budou tyto události měnit, nebo jim zabránit. Tím dojde ke změně chování dítěte (MUNDEN a ARCELUS, 2008).

Pozitivní posilování využívá technika „pozitivní podpora“.

Obecně platí, že na podněty spojené s odměnou je reakce silnější a častější. Toho využívá behaviorální terapie. V této technice pracují rodiče s dětmi. Vysvětlí jim, jaké chování od nich očekávají a zjistí, jestli tomu děti rozumí. Za vhodné chování bude následovat odměna, pochvala, nebo nějaká výhoda. Rodiče se učí na mírně nevhodné chování nereagovat a pochválit žádoucí chování. Děti se nemají neustále napomínat a okřikovat. Raději slyší pochvalu a více se snaží nezlobit. Umožnit dítěti, aby situaci zvládlo a například s ním nečekat v dlouhých řadách při nákupu. Odměna má následovat brzy po chvályhodném chování a jednání. Odměny je dobré měnit. Starší děti by se měly naučit se odměnit, když se jim něco podaří. Tyto techniky mohou úspěšně používat i učitelé ve škole.

Individuální práce (psychodynamická terapie)

Projevy ADHD jsou někdy způsobeny prožitky z raného dětství. Na odstranění těchto potíží se používá individuální terapie. Provádějí ji zkušení terapeuti. Po navázání kontaktu s dítětem dochází v bezpečném prostředí k vyjádření emocí a myšlenek. To působí léčivě. Když je dítě malé, používá se k uvolnění pocitů hra, dramatický projev, hrají se role. Dítě se s terapeutem spřátelí a zažije „pozitivní zkušenost“ s dospělým

člověkem. To se kladně odrazí do jeho dalšího života. Dochází k „symptomu úlevy“, lépe pak rozumí sobě a světu kolem sebe.

Rodinná terapie

Pracuje komplexně s celou rodinou. Jejím přínosem je zlepšení komunikace a vztahů mezi jednotlivými členy. Nezabývá se příčinami. Podporuje rodinu v hledání nových možností jak si řešit vlastní problémy. (MUNDEN a ARCELUS, 2008).

Anastopoulos, Smith a Wien program rodičovského výcviku, v roce 1998 Barkley (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 80), uvádí, že se s touto metodou může pracovat individuálně, ale i skupinově. Je rozdělena do 8-12 setkání, které jsou následující:

- *„Diagnostika dítěte a rodinného prostředí – poučení rodičů o příčinách problémového chování dítěte, rodiče vyhledávají ty příčiny problémového chování, které se vyskytují v jejich rodině.*
- *Naučit rodiče správnému výchovnému stylu a zsilení schopnosti ignorovat určité prvky chování dítěte.*
- *Posilování pozitivního výchovného stylu rodičů – zaměření na zvýšení poslušnosti dětí a nezávislou hru.*
- *Orientace na odměnu – existence jasné odměny zvyšuje u dítěte s ADD/ADHD vnější motivaci k očekávanému chování.*
- *Forma pozitivního oslabení v modifikaci chování, tzv. “time-out“ – naučit se používat formu trestu pouze v krajním případě hrubého porušení stanovených pravidel chování dítětem.*
- *Rozšířené “time-outu“ na další formy negativního chování.*
- *Nácvik zvládnání a řešení problémů v souvislosti s možným chováním dítěte na veřejnosti.*
- *Zlepšení chování dítěte ve škole pomocí písemných zpráv od učitelů.*
- *Zvládnání budoucích problémů v chování dítěte v době, kdy již rodiče nebudou v pravidelném kontaktu s terapeutem.*

- *Podpůrná schůzka rodiny s terapeutem zhruba po měsíci od ukončení výcviku.“*

Videotrénink interakcí (VTI)

Je to technika používaná v České republice, která pomáhá rodičům při výchově a komunikaci s dětmi. Michalová je přesvědčena, že jde o neúčinnější intervenční techniku používanou při práci s klienty s ADHD.

Videotrénink interakcí vznikl v 80. letech 20. století v Nizozemsku. Český název byl odvozen z termínu “video-home training“ a “video interaction guidance“. Tato metoda byla vyvinuta pracovníky ambulantní péče o děti s poruchami emocí. Jednalo se o navázání spolupráce s rodinami dětí a jejich reedukce. Pracovníci vycházeli z vlastních zkušeností, dále z výzkumů o komunikaci v dětství. Hlavní vliv měla práce Colwyna Trevarthena z Edinburgu týkající se vzájemného působení mezi matkou a dítětem. Autory této metody jsou Maria Aarts a Harrie Biemans. Za základ si vzali myšlenku dobré komunikace mezi rodiči a dětmi. Touto technikou se léčí děti se specifickými i nespecifickými poruchami. Může být použit při práci s rodiči a učiteli k vylepšení vzájemných vztahů.

Pokud v rodinách neprobíhají dobré vzájemné vztahy, členové rodiny špatně komunikují. Tím narůstá napětí a zvyšují se problémy v chování dětí. Terapie probíhá v intenzivní formě v domově rodiny. Formou nahrávek chování členů rodiny a jejich rozborem jsou objasněny negativní vzorce chování a komunikace. Rodina se za pomoci terapeuta zaměřuje na verbální i neverbální projevy chování svých členů v konkrétních situacích. Společně hledá řešení, která jsou ihned zkoušena v praxi. Tato technika využívá pozitivní zpětnou vazbu a pomáhá ke zlepšení atmosféry v rodinách. Vyřešení komunikačních problémů a radostnější nálada se kladně projeví v chování dětí a dospělých.

Metoda byla pro svou úspěšnost přizpůsobena i pro jiné oblasti sociálního prostředí a proto se používá i ve školství a zdravotnictví. Ve školách dochází k lepší komunikaci mezi žáky a učitelem. Učitelé si lépe zmapují chování problémových žáků a průběh výučování a vlastní styly učení. Žáci vidí, kde dělají chyby v kontaktech se spolužáky i učiteli (MICHALOVÁ, 2011).

Léčba pevným objetím

Tato metoda slouží k rychlému zklidnění dítěte. Je vhodné ji užívat u malých dětí a to jen po určitou dobu (GOETZ a UHLÍKOVÁ, 2009).

Program HYPO

V roce 2001 Z. Michalová sestavila program pro děti předškolního věku zaměřený na posílení pozornosti. Nejdříve byl vypracován jako skupinová forma a byl používán v pedagogicko-psychologické poradně k rozvoji dětí před zahájením školní docházky. Tento program pomáhá dětem k zmírnění, nebo odstranění dílčích oslabení, zmírnění hyperaktivity a zlepšení pozornosti. Název programu je odvozen následovně, HY znamená hyperaktivitu a PO je pozornost. Cílovou skupinou pro výuku tímto programem jsou děti ve věku od 5,5let do 6,5-8 let s odkladem školní docházky, nebo začínající žáky prvních tříd. Program se využívá i v mateřských školách. HYPO u dětí posiluje:

- *„pozornost dětí,*
- *komunikační dovednosti (jazyk, řeč),*
- *sociální zručnost (interakci s dospělou osobou),*
- *senzoricko-motorické dovednosti“ (MICHALOVÁ, 2011, s. 85).*

Při individuální práci je délka programu přibližně 12 týdnů. Rodiče dostávají materiály a úkoly pro práci s dítětem. Na následujících schůzkách jsou informováni terapeutem jak postupovat dál, a konzultují úspěchy dítěte. Při společných schůzkách se dítě seznamuje s novými úkoly a hrami. Terapeut učí rodiče za jeho výsledky chválit a dítě tak pocítí podporu a sounáležitost.

Program KUPOZ, KUMOT

Doktorka Kuncová je autorkou programu KUPOZ (KU– Kuncová, POZ – pozornost), je vhodný pro děti do 12 let. Děti plní různé úkoly, které jsou zadávány rodiči, prostřednictvím odborného pracovníka v psychologicko - pedagogické poradně. Denně dítě pod dohledem rodiče vypracovává 4 zadané úkoly, které mají vzrůstající obtížnost a určený čas k provedení. Tato práce pomáhá navázat s rodičem lepší vztah.

Plnění úkolů v časovém limitu odstraňuje pocity úzkosti dítěte a je porovnávána úspěšnost jeho práce.

Program KUMOT je vytvořen stejnou autorkou. Je sestaven pro skupinovou práci s dětmi, která je členěna do deseti výukových hodin. Těžiště programu spočívá v rozvoji jemné i hrubé motoriky a relaxačních cvičení.

Koncepce deficitu dílčích funkcí

Pokorná v roce 1999 doporučuje tyto koncepce pro nápravu dětí s SPU (častá porucha u dětí s ADHD/ADD). Nejpoužívanější metodou u nás, je metoda Sindelarové, která zkoumá percepční a kognitivní funkce dětí. Cílem je vytvořit pro dítě redukční individuální plán. V programu se pracuje s 28 sešity s úkoly zaměřených na zrakovou a sluchovou diferenciaci pozadí a figury, řeč, sluchovou paměť, aj. Jednotlivé úkoly mají vzrůstající náročnost (cit. dle. MICHALOVÉ, s. 88).

Relaxační techniky a EEG biofeedback

Tyto relaxační techniky pomáhají k uvolnění svalů a fyzického napětí, následkem toho je uvolnění psychické. Techniky jsou vhodné pro děti s SPCH, které jsou díky své poruše v neustálém napětí. Relaxace jim pomůže navodit pocity vyrovnanosti a přinese jim značnou úlevu a zklidnění. Používání těchto technik zlepši výkonnost, sebeovládání, děti pak lépe zvládají zátěžové situace.

Druhy relaxačních technik:

Psychofyzické – nacvičuje se svalové uvolnění s představou tíhy a tepla v končetinách a správné dýchání. Mezi tyto relaxační techniky patří jógové techniky a Schultzův autogenní trénink. Tyto techniky se provádějí dlouhodobě a pro děti bývají obtížné.

Fyziologické aktivní – techniky pracují se střídavým napínáním a uvolňováním svalů, cvičení se podobá strečingu nebo kalenetice. K těmto technikám patří i automasáže.

Fyziologické pasivní – dospělý (rodič) protřepává dítěti svaly a tím se uvolňuje napětí v celém těle.

Velmi oblíbené jsou terapie v bazénu, které zavedla Y. Heyrovská. Děti se učí orientaci, pozornosti, hravou formou vykonávají různé úkoly a relaxují na vodě s hudbou. Tato technika se doporučuje pro děti se speciálními poruchami chování k uvolnění a odbourání stresu a zlepšení pozornosti (MICHALOVÁ, 2011).

Relaxace – při relaxaci dochází k uvolnění napětí svalů. Když pravidelně dýcháme, nastane uvolnění psychického napětí (LOKŠOVÁ a LOKŠA, 1999).

EEG-biofeedback

V roce 1990 J. Tyl popisuje tuto metodu, která za pomoci počítače a speciálního softwaru posiluje správné fungování nervové soustavy „*umožňuje regulaci frekvencí elektrické aktivity mozku (mozkových vln). Jedná se o autoregulační učení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby. Když mozek dostává okamžitou, cílenou a přesnou informaci o ladění – v případě ADHD o „rozladění“ – svých mozkových vln, může se naučit, jak je uvést do souladu*“ (cit. dle MICHALOVÉ, 2011, s. 90-91).

Tato technika je vhodná pro děti i dospělé. Používá se ke zlepšení pozornosti, zklidnění, soustředění. Lze ji použít pro nemocné s ADHD, ADD, nočním pomočováním, chronické bolesti, emocionální problémy, deprese a únavu. Klient prochází vstupním vyšetřením, zde se diagnostikují funkce, které je vhodné posílit. To se ukáže ve zkušebním tréninku. Snímače EEG signálu jsou umístěny na hlavě a uších. Signál je snímán a veden do počítače, kde je rozložen na jednotlivá pásma. Tato pásma převede počítač na hru, kterou klient sleduje na monitoru a ovládá ji činností svého mozku. Pomocí zvolené hry přístroj ukáže aktuální mozkovou aktivitu a tréninkem se tato aktivita upraví k stabilnějšímu stavu. Když mozek pracuje ve vhodném naladění mozkových vln, získává např. body ve hře, nebo zvukový signál během hry signalizuje správnost aktivity mozku. Mozek se postupně naučí správnému naladění. Zlepšení je trvalé, nebyly zjištěny vedlejší účinky. Počet sezení závisí na potížích a věku. Viditelného zlepšení bývá dosaženo v průběhu deseti až dvaceti sezení.

Režimová terapie

Touto terapií se používá v dětské psychiatrické léčebně v Opařanech. Pacienty jsou děti a dospívající s hyperkinetickou poruchou. Za pomoci režimové léčby s prvky KBT a farmakoterapie, se pacienti učí ovládat své chování jeho nácvikem. Zažívají pocity

úspěchu, učí se stanovit si vlastní hranice, komunikovat s ostatními a posílit své sebevědomí. Cílem léčby je odstranění, nebo zmírnění symptomů nemoci (MICHALOVÁ, 2011).

Nestandardní postupy léčby

(DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007), předkládají přehled nestandardních léčebných postupů u dětí s ADHD. Vyzvedávají klasickou medikamentózní léčbu a behaviorální terapii. Tyto metody uznávají jako účinnou a ověřenou léčbu ADHD četnými studiemi. Zamýšlejí se nad skutečností, že účinnost některých terapií není podložena výzkumem. Tyto techniky jsou neustále propagovány na internetu, nebo v literatuře. Veřejnost je odrazována od užívání léků, s poukazem, na nežádoucí účinky. Tato situace negativně ovlivňuje názory rodičů nemocných dětí.

Mezi tyto nestandardní postupy léčby patří například:

„Léčba cílená na specifické případy ADHD indikovaná u malých podskupin s prokázanými deficity a poruchami - thyreoidální preparáty, detoxifikace, desenzitizace nebo imunoterapie, eliminační diety, nutriční doplňky při prokázání deficitu železa, zinku, magnezia, kalcia, vitaminů

Léčba nepodložená dostatečnými důkazy pro klasifikaci- EEG Biofeedbac, vestibulární stimulace, specifický percepční (kanálový) trénink, další experimentální metody (rostlinné přípravky, esenciální mastné kyseliny, akupunktura...).“
(DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, et al. 2007, s. 212-213).

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 ZAMĚŘENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Sedmá část je praktická část mé práce. Zabývá se problematikou dětí s ADHD. Výzkumné šetření jsem provedla formou dvou případových prací dětí se syndromem ADHD. Případová práce, nebo též kazuistika se používá jako obvyklá metoda kvalitativního výzkumu. Dříve byla opomíjena. Má své nezastupitelné místo v oblastech pracujících s lidmi. Zabývá se do hloubky zkoumaným problémem. Výsledky podobných studií není možno zobecňovat na celou populaci.

Jedná se o sondu do života takto postižených dětí, jejich vývoj a léčbu. Ukazuje na problémy rodičů i dětí, se kterými se potýkají. Rodiče se snaží pomoci svým dětem a porozumět jejich potřebám a projevům.

Jde o velmi malý vzorek respondentů. Závěry mého šetření mohou sloužit jako podklad, či předvýzkum pro hloubkové rozhovory dalšího kvalitativního výzkumu v této problematice. Tyto kazuistiky by mohly obohatit studenty sociální práce, nebo začínající sociální pracovníky. Jsou to skutečné příběhy dětí se závažnými obtížemi, se kterými se musejí vyrovnávat na začátku svého života. Tyto obtíže nejspíš přetrvávají v částečně pozměněné formě i do dospělosti.

Jednou z dalších možností využití teoretické části mé práce je použití zde sepsaných údajů k vytvoření informativní brožurky o syndromu ADHD. Ta by mohla sloužit jako informace pro rodiče dětí navštěvující MŠ, nebo zájmovou činnost, které se účastní rodiče s dětmi. Na základě nového poznání, by si rodiče mohli uvědomit původ obtíží svých dětí. Včasná diagnostika a následná léčba může výrazným způsobem pomoci řešit jejich těžkosti.

Motivace k výběru tématu

Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že v současné době pracuji s dospělým třicetiletým klientem. Tento mladý muž má od narození ochrnuté nohy a pohybuje se o dvou francouzských holích. V dětství mu byl diagnostikován syndrom ADHD. Je

velice impulzivní a agresivní. Mívá časté deprese. Své emoce a chování si uvědomuje. Pomocí nácviků, definováním žádoucího chování a hraní rolí, se velmi zlepšil. Našel si nové přátele a je spokojenější. Nedostává se tak často do konfliktu se svým okolím. Jsem ráda, že jsem se podrobně seznámila s problematikou ADHD a mohu mu profesionálněji pomoci.

7.2 VLASTNÍ PŘÍPAVA VÝZKUMU

Informace získávám formou rozhovoru s rodiči dětí a studiem písemných materiálů. Výběr výzkumného vzorku byl náhodný, při návštěvě psychologické poradny jsem se seznámila s rodiči dětí a požádala jsem je o rozhovor, který bych mohla zpracovat formou kazuistiky do mé diplomové práce. Následně jsem si domluvila schůzky s matkami dětí. Při našich setkáních jsem si opatřila tzv. informovaný souhlas s využitím získaných dat pro účely zpracování diplomové práce. Dohodly jsme se, že nebudou uváděna skutečná jména dětí a údaje o bydlišti rodiny. Maminky dětí byly velmi vstřícné a nevadilo jim zveřejnění i citlivých osobních údajů. Myslím, že by to nebylo vhodné s ohledem na jejich děti. Matky dětí mi přinesly k prostudování různé zprávy ze školy a výsledky vyšetření. Na jednom sezení jsem mluvila i s jejich dětmi.

7.3 KAZUISTIKY

Kazuistika č. 1, Martin, 6 let

Osobní anamnéza:

Jednalo se o 4. těhotenství matky, která prodělávala psychický stres v těhotenství. Porod byl v termínu bez komplikací, chlapec vážil 3025g a měřil 50cm. Byl kojen 24 měsíců. Raný psychomotorický vývoj byl v širší normě, chodit začal v 15. měsících.

Rodinná anamnéza:

Martin má tři starší bratry. Mladší z bratrů trpí koktavostí, starší má vývojové poruchy učení. Nejstarší bratr měl potíže s učením, po opakování ročníku úspěšně dokončil střední školu. Se sourozenci vychází dobře. Kamarády nemá, nejraději si hraje se starším bratrem. Matce je 41 let, je vyučená. Otec je též vyučen. Většinu týdne

pracuje mimo domov, rozváží zákazníkům objednané zboží. Oba rodiče se zabývají obchodní činností pro mezinárodní firmu. Rodina bydlí v domě na vesnici. Vzájemné vztahy v rodině matka hodnotí jako harmonické. Rodina je silně křesťansky založená, chlapec chodí ministrovat na mši. Babička pomáhá s výchovou dětí a vyučuje katechismus.

Sociální anamnéza:

Chlapec má rád domácí zvířata, o která rád pečuje. Mezi jeho záliby patří jízda na kole a hry na počítači. Pomáhá matce s jednoduchými pracemi na zahradě a v domácnosti. Dlouho nevydrží u žádné činnosti a je nesoustředěný. Při návštěvě mateřské školy (MŠ) se dlouho stranil kolektivu dětí a jen pozoroval jejich činnost. Postupně se zapojoval mezi ostatní děti, rád komunikoval s dospělými. Býval dobrosrdečný k ostatním dětem. Ze zprávy z MŠ vyplývá: Rozvoj hrubé motoriky pomalejší, grafické schopnosti se pomalu zlepšovaly. Měl potíže ve vizuálních a motorických cvičeních, rychle ztrácel pozornost a soustředění.

Zdravotní anamnéza:

V loňském roce byl chlapec na logopedickém vyšetření, má potíže s výslovností. Má malou slovní zásobu, selhává v běžných komunikačních situacích. Navštěvuje kurz HYPO, jednou týdně dochází na soukromé doučování. Denně s matkou procvičuje řeč, grafomotoriku, nácvik počítání a poznávání barev.

Z psychologického vyšetření v pedagogicko – psychologické poradně (PPP) je zřejmé, že má nerovnoměrný vývoj vyzrávání schopností, nižší verbální pohotovost, řečové obtíže, pracovní a sociální nezralost, nezralost percepčních a motorických funkcí. Byl mu doporučen odklad školní docházky.

Následně byl vyšetřen ve Speciálním Pedagogickém Centru pro žáky s vadami řeči při ZŠ Havlíčkova v Opavě. Z vyšetření je zřejmé: dokáže navázat sociální kontakt, má infantilní projevy (vzhledem k jeho věku). Má oslabenou schopnost koncentrace a projevuje se u něj psychomotorický neklid. Unaví se rychle i při častém střídání činností, neudrží pozornost, vstává z místa, jde se projít k oknu, komentuje hlasitě své pocity a nechut' z práce. Je nutné opakovat zadání, často neporozumí úkolu. Základní orientace: Zná své jméno i příjmení, věk a členy své rodiny. Neorientuje se v čase

a neví, kde bydlí. Určí pojmy „nahore, dole“. Doposud si plete barvy, tvary pojmenuje pouze částečně. Umí počítat do 10. Neumí určit na ploše prostorové vztahy. Puzzle z 5 dílů složí s dopomocí. Na obrázcích nerozezná detaily. Má nesprávný úchop při kreslení. Vývoj jemné motoriky a mluvidel je opožděný. Vyhoví jen jednoduchým úkolům, na kvalitu porozumění má vliv nepozornost. Doma rád poslouchá pohádky, ale děj si nepamatuje. Ze závěru vyšetření vyplývá, že je na úrovni 4 let ve věku 6,2 let. Jeho vývoj je opožděn v motorice, kresbě i percepci. Byl mu diagnostikován syndrom ADHD. Z důvodů svých obtíží, je Martin zařazen do režimu speciálního vzdělávání, formou individuální integrace v běžné MŠ a to do srpna 2013. Bude vzděláván podle individuálního výchovně-vzdělávacího plánu a bude mu poskytována speciální péče dle platných školských předpisů.

Z dalšího psychologického vyšetření vyplývá: že se jedná o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami a nadále se doporučuje pokračovat v logopedické péči. Dále je vhodné, aby dítě nastoupilo do menšího školního kolektivu. V letošním roce byl na zápis do 1. třídy. Rodiče chtějí dát dítě do církevní školy, byla mu doporučena speciální ZŠ Havlíčkova.

Neurologické vyšetření uvádí: Pomalejší tempo s motorickou dyskoordinací, s poruchou pozornosti a aktivity. Byla mu nasazena léčba Ritalinem.

Z rozhovoru s matkou jsem zjistila: Kurz HYPO už Martin nenavštěvuje, moc ho to nebavilo a zdálo se mu to těžké. Je nespokojená s průběhem diagnostiky v PPP, kdy museli hodinu čekat, další hodinu mluvili jen s ní. Syn pak nechtěl spolupracovat z důvodu únavy. Proto si vyžádala nový termín. Při vyšetření se zjistilo, že chlapec neovládá rozeznávání barev. Následně při návštěvě u očního lékaře se barvoslepost nepotvrdila. Lékař se s chlapcem nedovedl dorozumět. Maminka není spokojená s prací lékařů a odborníků a informacemi, které jí podávají. Příliš jim nedůvěřuje. Chlapci byl zkušebně nasazen preparát Ritalin. Matka mu ho nechce dávat. Místo toho mu sama ordinuje homeopatika a vitamíny. V současné době je chlapec přetěžován přípravou na vstup do školy. Matka chodí s Martinem na terapii biofeedbacku, společně se starším synem, který má problémy s učením. Do církevní školy ho chce dát z důvodu, že ji navštěvuje jeho bratr, který byl v běžné ZŠ šikanován. Matka se bojí, aby se situace neopakovala i u Martina.

Kazuistika č. 2, Pavel, 16 let

Osobní anamnéza:

Jedná se o druhé těhotenství matky, která má dceru z prvního manželství. Po rozvodu žila matka s přítelem. Nedařilo se jí přijít do jiného stavu a po neúspěšné léčbě neplodnosti se rozhodli pro umělé oplodnění. Matka očekávala narození dvojčat. Pavlova sestra umřela ve 20. týdnu, maminka odumřelé dvojče donosila do porodu. Pavel se narodil počátkem 37. týdne. Jeho porodní váha byla 2000g a měřil 46 cm. Po narození byl převezen na dětské oddělení. V nemocnici byl v inkubátoru do hmotnosti 2500g. Byl kojen 5 měsíců. Měl opožděnou osifikaci kyčelních kloubů, která byla řešena širokým balením. Od tří měsíců byl rehabilitován Vojtovou metodou. Byla zjištěna dětská mozková obrna, došlo k postižení levé strany těla. Od narození je v péči neurologické a ortopedické ambulance.

Rodinná anamnéza:

Pavel má starší 33letou sestru, která už s rodinou nebydlí. Jeho otec se od rodiny odstěhoval, když byly Pavlovi 2 roky. S otcem se nadále stýká. Chlapec žije se svou matkou ve dvoupokojovém bytě ve městě. Matce je 58 let a má vysokoškolské vzdělání. Od narození syna nepracuje a pečuje o něj. Otec jezdil jako řidič.

Sociální anamnéza:

Chlapec má rád společnost více lidí, touží po sociálních kontaktech. Má dva kamarády, se kterými občas tráví volný čas. S maminkou jezdívají na výlety, zajímá ho zeměpis, rád navštěvuje hrady a zámky. V letních měsících je s matkou často na koupališti. Mezi jeho koníčky patří počítač. Je velmi veselý, rád je středem pozornosti. Z důvodu problémů s výslovností, mu často není dobře rozumět. V domácnosti plní drobné úkoly. Velmi rád jí, v současné době hodně přibral a měl by dodržovat dietu a cvičit. Potřebuje stálý dohled. Když je bez mámy, tak jí volá mobilem a zjišťuje, kde je.

Zdravotní anamnéza:

Ve třech letech dostal hnisavou meningitidu s vysokými horečkami. Následovaly křeče pravé poloviny těla a měl poruchu vědomí. Následně byl diagnostikován epileptický syndrom.

Z psychologického vyšetření v jeho pěti letech vyplývá: Chlapec má opožděný psychomotorický vývoj, jeho výkonnost odpovídá střednímu pásmu podprůměru a má výkyvy v pozornosti. Dítě vyžaduje zvýšenou péči. Bylo doporučeno zařazení do MŠ. Ze zprávy z MŠ je zřejmé, že si velmi těžce zvykal na nové prostředí a byl plačtivý. Snažil se navázat kontakty s ostatními dětmi. Děti mu nerozumí z důvodu jeho poruchy řeči. Rád se pohybuje, pohyb je nekoordinovaný a živelný. Výtvarné projevy má na nižší úrovni, je levák. Aby dokončil úkol, musí být dostatečně motivován. Je milý, pozorný a citlivý. Rád pomáhá paní učitelce.

Speciálně pedagogické vyšetření ukázalo: Má opožděný vývoj řeči s mnohočetnou dyslálií. V oblasti hrubé motoriky má sníženou stabilitu a koordinaci. Při chůzi má špatný pohyb levé nohy a paže. Má problémy s jemnou motorikou. Nevládá stříhání a má špatný úchop pro psaní. Nedokáže přesně napodobit tvary.

Při následném psychologickém vyšetření vyplývá jeho nerovnoměrný vývoj, syndrom ADHD, vývojová dysfázie a porucha řeči. Je v evidenci dětského neurologa pro DMO a ve speciálním pedagogickém centru (SPC) Srdce v Opavě.

Následně nastoupil do speciální MŠ. Měl odklad školní docházky o 1 rok. Navštěvoval základní spec. Školu Havlíčkova v Opavě. Opakoval 1. ročník. Pavel nevládal učivo základní školy, po vyšetření bylo doporučeno jeho přeřazení do 3. ročníku školy praktické. Na základě zdravotního (pedagogického a psychologického) posudku byl zařazen do režimu speciálního vzdělávání formou individuální integrace. Závěr vyšetření: Lehká mentální retardace a balbuties (koptavost). Pro další vzdělání mu bude vypracován individuální plán. Byl zařazen do programu Cesta života – školní vzdělávací program pro žáky s lehkým mentálním postižením. V letošním školním roce dokončil základní školní docházku. Z následného speciálně pedagogického vyšetření, mu bylo doporučeno pokračovat ve vzdělávání v učebním oboru s upraveným vzdělávacím programem, o který měl zájem. V červnu letošního roku byl přijat do

učebního oboru „Stravovací a ubytovací služby“, jedná se o denní formu vzdělání. Je to tříletý učební obor s výučním listem. Bude vykonávat pomocné práce v kuchyni.

Pavel se zatím moc těší na práci v kuchyni, do školy už méně. Na ZŠ se naučil komunikovat se spolužáky a měl ve třídě kamarády.

Z rozhovoru s matkou jsem zjistila, že Pavel užívá Timonil, Letrox a Conectu. Tyto léky mu velmi pomáhají ke snížení obtíží a matka dohlíží na jejich užívání. Zajímala jsem se o to, jak je spokojená se spoluprací s lékaři, a pedagogicko - psychologickými poradnami. Sdělila mi, že v případě potřeby zdravotních obtíží syna mu byla vždy poskytnuta bezodkladná péče. Následně dostala potřebné informace. Pavel je sluníčko a umí si získat sympatie. Spolupráci se školou hodnotila také jako velmi dobrou. Ptala jsem se jí, zda zkoušela léčebné metody na zmírnění potíží syna. Myslí si, že farmakoterapie a občasné pobyty syna v lázních jsou dostačující. O jiných léčebných metodách neuvažovala. Matka si dělá starosti o budoucnost svého syna. Je ráda, že se dostal do učebního oboru. Není si jistá, jestli to chlapec zvládne.

7.4 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílem této práce bylo ukázat na těchto kazuistikách potíže dětí se specifickými poruchami a různorodými problémy, se kterými se děti potýkají. Příčiny syndromu ADHD jsou různé. Daná problematika je rozebírána v teoretické části této práce. Na kazuistice Martina, je zřejmé, že prvotní příčina vzniku specifických potíží a následně ADHD může být rodovou záležitostí. Jeho bratři trpí určitými obtížemi, jsou to vývojové poruchy učení, koktavostí, jeden z bratrů má potíže se soustředěním a dochází na terapii Biofeedbacku. Významnou roli pro zdravý vývoj plodu má i dobrý průběh těhotenství a pohoda matky. Jeho matka trpěla stresem. Kazuistika Pavla ukazuje na to, že příčiny pozdějších poruch jsou nejspíš způsobeny komplikovaným těhotenstvím, předčasným porodem a nízkou porodní váhou.

U obou dětí předškolním věku byl patrný nerovnoměrný vývoj vyžívání schopností, řečové obtíže sociální nezralost a nezralost percepčních a motorických funkcí. U Pavla byla zjištěna koktavost a lehká mentální retardace. Potýkal se též se záchvatem epilepsie, vyvolaném horečkou při zánětlivém onemocnění. Tyto zdravotní obtíže

vypovídají o častých přidružených poruchách u syndromu ADHD, který byl oběma chlapcům diagnostikován. Martin má potíže s výslovností a slovní zásobou a navštěvuje logopedickou poradnu.

Chlapci měli podobné problémy při docházce do MŠ. Těžce se odlučovali od matky, měli potíže se zapojením do kolektivu dětí, nedovedli se soustředit a vydržet u jedné činnosti. Jejich příprava na školní dovednosti se jim příliš nedařila, výtvarný projev, kreslení a střihání zvládali s obtížemi. Jemná i hrubá motorika nebyla na úrovni zdravých dětí jejich věku. Také intelektové schopnosti odpovídaly dětem nižšího věku. Oba chlapci měli odklad povinné školní docházky o jeden rok. Martin do školy teprve nastoupí. Byl shledán jako dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Je smutné, že matka nerespektuje doporučení odborníků a posílá ho do ZŠ pro děti, které jsou lépe připraveny na vstup do školy a netrpí potížemi jako Martin. Pavel na podzim nastoupí do učebního oboru, který je přizpůsoben dětem se zdravotním postižením se speciálním výukovým programem.

U obou chlapců byla lékařem nasazena farmakoterapie. Pavlova matka dodržuje podávání léků synovi. Martinova matka mu léky odmítá dávat, a léčí ho homeopatiky. Jsou to odlišné přístupy k nemoci dítěte. Je otázkou, jak bude Martin ve škole úspěšný bez potřebné podpory léků, aby se mohl lépe soustředit.

ZÁVĚR

Tato práce pojednává o problematice dětí s ADHD. Je zajímavé pochopit vznik a vývoj pojmu, který se v průběhu let měnil. Vědci, lékaři i pedagogové hledali důvody zvláštního chování dětí, které měly dobré zázemí vysoce postavených rodin, přesto se chovaly neovladatelně a agresivně. Byly postupně nalézány možné příčiny těchto poruch. Pozoruhodné bylo zkoušení různých diet, nebo naopak dodávání vitamínů a nerostných látek, které by příznivě ovlivnily zdraví dětí.

Postupně byly vyzorovány typické projevy chování dětí s ADHD jako je: porucha soustředění, pozornosti, hyperaktivita a další související projevy chování.

Obraz poruchy se s věkem mění. Jiný je u batolat, školních dětí a adolescentů. Poruchy přetrvávají do dospělosti a mají sekundární následky pro živo jedince.

Základem dobré léčby je včasná diagnostika. Dříve se tyto poruchy léčily převážně u neurologa a psychiatra. Dnes je součástí léčby práce pedagogů a učitelů, kteří jsou neustále vzdělávání a rozumí této problematice. Jedná se o komplexní léčbu. Svým pozorováním dětí odhalí jejich poruchy a ve spolupráci s lékaři může být dětem zavčas pomoheno. Umožní jim to lépe zvládat učivo ve škole, zlepšit komunikaci s vrstevníky a rodinou. Důležitou součástí léčby jsou individuální i skupinové terapie. Jejich základem bývá behaviorální terapie, která učí děti správným postojům a nacvičuje žádané chování dětí. Rodinu jako celek léčí rodinná terapie. Je celá řada intervenčních technik a postupů. Existují i netradiční způsoby léčby a relaxací.

Na zmírnění vážných symptomů nemoci je ordinována farmakoterapie. Tu předepisuje psychiatr, děti jsou pod jeho kontrolou. Někdy je potřebná i dočasná hospitalizace.

Dnešní společnost poskytuje všem dětem dobrou lékařskou péči a vzdělání podle jejich schopností. Zajišťuje tak i hendikepovaným dětem začlenění do společnosti, a prožívání lepšího a radostnějšího života.

POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA

Použitá literatura

BLAHUTKOVÁ, M., KLENKOVÁ, J. ZICHOVÁ, D., Psychomotorické hry. Brno: Tava Graphical, 2007. ISBN 978-80-210-3627-7.

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

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. et al. Hyperkinetická porucha: ADHD. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

DRTILOVÁ, J., KOUKOLÍK, F. Odlišné dítě. Praha: Vyšehrad, 1994. ISBN 80-7021-097-4.

ERIKSON, Erik H. Dětství a společnost. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-380-8.

FOWLER, M., 20 Questions to ask if your child has ADHD. Franklin Lakes: Career Press, 2006. ISBN 10; 1-56414-858-0.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.

HOUŠTĚK, J. a kol. Dětské lékařství: učebnice pro lékařské fakulty. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1990. SBN 80-201-0032-6.

KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L. Rodičovství očima matek neklidných dětí. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal, 2008. ISBN 978-80-87029-47-3.

LANGMEIER, J., ŠPITZ, J., BALCAR, K. Dětská psychoterapie. 2. rozš. a přepr. vyd., Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.

LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, J., Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-205-X.

MATĚJČEK, Z. Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN 80-04-24526-9.

MICHALOVÁ, Z. ADD/ADHD v kontextu poruch chování. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-733-8.

MICHALOVÁ, Z., PEŠATOVÁ, I. Specifické poruchy učení a chování v inkluzivním prostředí základní školy. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-815-1.

MUNDEN, A., ARCELUS, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.

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

PIPEKOVÁ, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

RIEFOVÁ, Sandra F. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-257-7.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 4. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

SERFONTEIN, G. Potíže dětí s učením a chováním. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-315-3.

SHEEDYOVÁ - KURCINKOVÁ, M. Problémové dítě v rodině a ve škole. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-174-6.

TRAIN, A. Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika - vychovatelství. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-306-4.

ZELINKOVÁ, O. Poruchy učení. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-038-3.

Internetové zdroje

MEDICAL NEWS TODAY. What is ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)? [online]. c2004 [cit 15-07-2013]
<http://www.medicalnewstoday.com/info/adhd/>

NHS. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). [online]. c2012 [cit 15-07-2013]
<http://www.nhs.uk/Conditions/Attention-deficit-hyperactivity-disorder/Pages/Introduction.aspx>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Bc. Jitka Stoklasová

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce a komunikace se zaměřením na aplikovanou psychoterapii

Název práce: Problematika dětí s ADHD, metody práce s dětmi se specifickými poruchami chování

Počet stran (bez příloh): 78

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů : 24

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů : 1

Počet zahraničních internetových odkazů : 2

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Rok dokončení práce : 2013

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení : Jitka Stoklasová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Problematika dětí s ADHD, metody práce s dětmi se specifickými poruchami chování

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 78

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 1

Počet internetových odkazů: 2

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

			x	
--	--	--	---	--

Originalita tématu a jeho zpracování

				x
--	--	--	--	---

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

				x
--	--	--	--	---

Využití výzkumných empirických metod

--	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

			x	
--	--	--	---	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

			x	
--	--	--	---	--

Naplnění cílů práce

--	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

				x
--	--	--	--	---

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

				x
--	--	--	--	---

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

				x
--	--	--	--	---

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Je časté, že děti s ADHD mají snížený intelekt, tak jako chlapci v prezentovaných kazuistikách?
Domníváte se, že je nutná farmakoterapie u dětí s ADHD? A za jakých podmínek?
Na straně 62, zmiňujete léčbu pevným objetím, domníváte se že je vhodná pro děti s ADHD, kdo je jejím velkým zastáncem a propagátorem?
Píšete také o rodinné terapii /str.60/, kdo a které psychoterapeutické školy se jí v Čechách nejvíce věnují? Jak pracují ?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Ve své diplomové práci se autorka zaměřila na problematiku dětí s ADHD a na metody práce s dětmi se specifickými poruchami chování.
V prvních kapitolách autorka předkládá nekriticky orientační přehled problematiky ADHD a specifických poruch chování, škoda že se nevěnovala jedné oblasti o to podrobněji.
Teoretická část diplomové práce je poměrně čtivá a až na občasné překlepy srozumitelná. Škoda že se autorka bojí prezentovat své vlastní názory a zkušenosti. Odborné texty neporovnává.
Praktickou část tvoří pouze dvě velmi krátké a poměrně zavádějící kazuistiky.
Po formální stránce je práce slabší, místy chybí citace / např. str. 21, 23, 29-30, 32-33, 59, 63/.
Nepoměr teoretické a praktické části je příliš velký 58 : 8 stranám. Také proto doporučuji dobře.
Škoda že studentka své dílo vůbec nekonzultovala s vedoucí práce !!!

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: dobře

Datum, podpis:

4.9.2013

Mgr. Eva Petráková

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Jitka Stoklasová**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Problematika dětí s ADHD, metody práce s dětmi se specifickými poruchami chování

Oponent práce: Mgr. Klecanda Antonín

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 78

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 25 a dále internetové zdroje

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

				X
--	--	--	--	---

Oborová příléhavost tématu

				X
--	--	--	--	---

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		X		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		X		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

X				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

				X
--	--	--	--	---

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			X	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak Vaše práce souvisí s oborem, který jste studovala?
Proč jste se nezaměřila např. na delikvenci lidí s ADHD, horší společenské uplatnění, obtíže se zařazením do kolektivu či problematiku navazování vztahů? Tato témata by alespoň částečně souvisela s oborem studia.
Co přinesla Vaše práce nového?
Myslíte si, že u ADHD je nutná medikace?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Na začátku práce autorka vymezuje pojmy a předkládá definice z nejrůznějších zdrojů, ve kterých dobře skloubila citace z oblasti psychologie, pedagogiky a medicíny. Tato úvodní část je kvalitní kombinací kompilace literatury na dané téma a znalostí autorky. Otázkou zůstává, zdali tento úvod není zbytečně rozsáhlý v porovnání s praktickou částí práce (cca 65 stran versus 8 stran).

Za negativum práce považuji její oborovou nepřiléhavost. Práci bych hodnotil jako velmi zdařilou, pakliže by autorka studovala například speciální pedagogiku. Celou práci se nese silný pedagogický duch, avšak k sociální práci má velmi daleko.

Přehled autorky v dané problematice je znát z teoretické části, o to je větší škoda, že v empirické části značně danou problematiku zjednodušuje. Kazuistiky jsou pouze dvě a z části zavádějící.

Stejně tak nesouhlasím se závěrem, kde autorka píše: „Dnešní společnost poskytuje všem dětem dobrou lékařskou péči a vzdělání podle jejich schopností. Zajišťuje tak i hendikepovaným dětem začlenění do společnosti, a prožívání lepšího a radostnějšího života.“ V létě jsem řešil minimálně dva případy integrace, které nemohli proběhnout, jelikož stát školám platí pouze 50% nákladů na plat asistenta. Pakliže nesežene někoho, kdo by tuto nelehkou práci za cca 6000,-Kč hrubého měsíčně vykonával, nemůže být dítě v běžné škole integrováno.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 2-3

Datum, podpis: 4. 9. 2013, Klecanda

