

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Možnosti práce s dětmi s ADHD po stanovení diagnózy

Mgr. Bc. Magdaléna Zemanová

Diplomová práce

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: Dr. Jan Vyhnálek, Ph.D.

Praha 2021

Prague college of psychosocial studies



Possibilities of working with children with ADHD

Mgr. Bc. Magdaléna Zemanová

The Diploma Thesis Work

The Diploma Thesis Work Supervisor: Dr. Jan Vyhnálek, Ph.D.

Praha 2021

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Rakové dne

.....

Poděkování

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování vedoucímu práce Dr. Janu Vyhnálkovi, který mně poskytl cenné rady při psaní práce a svým trpělivým přístupem proces tvorby vedl.

Anotace

Diplomová práce je věnována dětem s poruchou pozornosti a aktivity a možnostem práce s dětmi s diagnózou ADHD po stanovení diagnózy. V práci je představen přehled možností, které se v České republice pro práci s dětmi nejen s ADHD využívají. V praktické části mapuje nabídnuté možnosti terapie na Plzeňsku.

Klíčová slova

ADHD, hyperkinetické poruchy, diagnostická kritéria, terapie, rodina, výchova, HANDLE přístup, biofeedback, ergoterapie, kognitivně-behaviorální terapie

Abstract

The diploma thesis is devoted to children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the possibilities of working with children diagnosed with ADHD after diagnosis. The thesis presents an overview of the possibilities that are used in the Czech Republic for work with children not only with ADHD. In the practical part it maps the offered possibilities of therapy in the Pilsen region.

Key words

ADHD, hyperkinetic disorders, diagnostic criteria, therapy, family, education, HANDLE, biofeedback, ergotherapy, cognitive-behavioral therapy

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část	10
1. ADHD, definice ADHD a jeho diagnostika	10
1.1. Typy ADHD	11
1.2. Etiologie ADHD	12
1.3. Symptomatologie ADHD, diagnostická kritéria MKN-10 a DSM-IV	15
1.4. Výchova dítěte s ADHD	19
1.5. Vzdělávání dítěte s ADHD	24
1.6. Farmakoterapie	27
2. Možnosti péče o děti s ADHD v ČR	29
2.1. Terapie objetím	29
2.2. Skupinová psychoterapie	30
2.3. Kognitivně-behaviorální terapie	34
2.4. Ergoterapie.....	39
2.5. Kids´skills.....	49
2.6. EEG – biofeedback – rehabilitace na neurofyziologickém základě.....	52
2.7. Terapie hrou, play terapie.....	54
2.8. HANDLE přístup	56
2.9. Další využívané možnosti podpory	61
2.10.1. KUMOT, KUPREV, KUPOZ, KUPUB	61
2.10.2. HYPO	62
2.10.3. Maxík.....	64
2.10.4. FIE – Feuersteinovo instrumentální obohacování	64
2.10.5. Relaxační metody.....	64
Praktická část	68
3. Cíl a předmět výzkumu, výzkumné otázky	68
3.1. Metodologie výzkumu	68
3.2. Závěry výzkumného šetření	70
4. Diskuze	88
Závěr	90
Použitá literatura a zdroje	92
Přílohy	97

Úvod

„On tygr, když se totiž probudí..., on mi nedá pokoj. Chce, abych něco dělal, vyváděl. Já pak ani nemůžu dodělat, co jsem začal. Musím se věnovat tygrovi a hrát jeho hry. Někdy bývá dost neodbytný. Pak vyvádíme oba dva. A to se na mne zlobí jak moje mamka, tak paní učitelka ve škole. Tygr se někdy rozdivočí a skočí do mne. Pak se dívá mýma očima, běhá po bytě a řve „uáá uáá!“.“ (Kops, P., Kopsová, K., 2014, s. 9)

Již v průběhu bakalářského studia jsem se začala více zajímat o děti s ADHD. Setkávala jsem se s nimi v rámci práce v pedagogicko-psychologické poradně a z toho, co jsem viděla, jsem upřímně byla nešťastná. Děti s poruchami učení měly možnost chodit na nápravy, měly ve škole čtecí okýnka, zkrácenou práci a jiné z vyrovnávacích opatření. Co měly v doporučení děti s ADHD? Navštívit neurologa, psychiatra, pokračovat v medikaci, případně zahájit biofeedback, u mladších dětí to byl kurz HYPO. Když jsem zkoušela navrhnout rodičovskou skupinu a paralelně s ní probíhající skupinku pro děti, selhalo to na personálních kapacitách. Ale aspoň v jiném okrese to realizovali (jeden rok, než došlo k personálním změnám). Na rodičovské dovolené se tento zájem „háďata“ zintenzivnil, protože se nám objevilo v rodině a u blízké kamarádky. Bylo pro mě smutné zjištění, že se za dobu mé rodičovské dovolené situace moc nezměnila. Snažila jsem se najít možnosti, jak se s touto diagnózou vypořádat tak, aby rodina mohla vést spokojený život, aby je to neovlivňovalo. I to bylo důvodem, proč jsem si vybrala téma ADHD jako svou diplomovou práci.

Cílem práce bylo shrnout teoretické poznatky o této diagnóze a především o tom, co se v naší republice dá s těmito dětmi dělat, jak jim můžeme jako odborníci pomoci se zvládnutím jejich problému. Práci jsem rozdělila na část teoretickou, kde jsem se snažila zmapovat možnosti terapie, které se u nás pro děti s ADHD využívají. Z předvýzkumu, který jsem si dělala ještě před zahájením psaní diplomové práce, jsem objevila možnosti, které jsem dosud neznala. Možnosti, které se u nás v republice objevují, ale nejsou to standardy nabízené v pedagogicko-psychologických poradnách, které dosud byly mým největším zdrojem informací. Objevila jsem Handle přístup nebo Kid's skills, kterým jsem po teoretickém ochutnání podlehla a vím, že pokud bude možnost se v nich více vzdělávat, tak toho využiju. Zjistila jsem, že to, co jsem

považovala za klíčové při přístupu k dětem s poruchou pozornosti a zvýšeným neklidem, se dá zahrnout do principů ergoterapie a kognitivně behaviorální terapie. Potvrdila jsem si, že to je to, co chci opravdu využívat a nabídnout okolí. Rozhodla jsem se tedy zkusit vytvořit pilotní program, který využívá jednotlivé techniky z většiny uvedených přístupů. Domluvila jsem se s dětmi ve stejném věku, chtěla jsem s nimi tento program ozkoušet a rodinám nabídnout rodičovskou skupinu, kde by mohli všichni členové sdílet své příběhy. Jenomže jsme se ocitli v situaci, ve které přes rok fungujeme jinak, společnost byla poznamenána pandemií koronaviru a bylo omezené setkávání, cestování, práce se skupinou nebyla možná. Nechtěla jsem se svého cíle vzdát, a proto jsem se s rodinami spojila prostřednictvím moderních technologií, plánovaný program uložila do šuplíku a s rodinami si povídala, poskytl mi k nahlédnutí zprávy z vyšetření a na základě rozhovorů s nimi jsem vytvořila kazuistiky, které se staly základem praktické části této práce. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké možnosti následné péče byly v Plzeňském kraji těmto rodinám nabídnuty, na cesty, kterými získávají informace o ADHD a v neposlední řadě o tom, jak se diagnóza ADHD projevuje ve fungování celé rodiny.

Teoretická část

1. ADHD, definice ADHD a jeho diagnostika

ADHD je zkratka pro poruchu pozornosti a aktivity (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder). Za posledních 60 let proběhlo u této poruchy k nejedné změně nejednomu pojmenování. Nejprve se mluvilo o lehké dětské encefalopatii (LDE), následně minimální mozkové dysfunkci (MME), lehké mozkové dysfunkci (LMD), ADD (porucha pozornosti), ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou). V současnosti se v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí porucha aktivity a pozornosti (F 90.0) a hyperkinetická porucha chování (F 90.1). *„Porucha pozornosti a aktivity je sociálně-psychiatricko-školní problém, který je charakterizován poruchou systému motorického, percepčního, kognitivního a behaviorálního narušujícího školní výkonnost dětí s normálním intelektovým potenciálem.“* (Malá, E., 2001, s. 121)

Když se řekne, že má dítě ADHD, představí si většina lidí neposedné dítě, které nedokončuje úkoly, nevydrží v klidu sedět u učení ani pohádek. Často si lidé představí dítě zlobivé, neposlušné, zbrklé. ADHD je velmi častá porucha, která nejčastěji narušuje exekutivní funkce. Dříve se tvrdilo, že z ADHD člověk vyroste, ale dnes už se mluví o opaku. *„Naopak, u 80% z nich se s touto diagnózou setkáme i v adolescenci a až 60% jedinců z této skupiny může vykazovat některé příznaky ADHD i v dospělosti.“* (Goetz, M., Uhlíková, P., 2009, s. 43)

Nejvíce prozkoumaná je problematika ADHD v dětském věku, ale porucha pozornosti a aktivity může být diagnostikována v jakémkoliv věku. V každém věkovém období se projevuje svými specifickými znaky a výrazně ovlivňuje kvalitu života jedince v celém jeho průběhu. ADHD se vyvíjí spolu s dítětem. U kojenců jsou nejpatrnější obtíže v oblasti základních biorytmů (děti mají časté problémy se spánkem, denním režimem), v batolecím a předškolním věku je charakteristické neadekvátní chování dětí (desinhibice), ve školním věku jsou výrazné kognitivní obtíže. Adolescenti se projevují poruchami chování, které v rané dospělosti mohou přecházet do kriminální činnosti, sociální maladaptace a zneužívání návykových látek. (Goetz, M., Uhlíková, P., 2009)

1.1. Typy ADHD

Každé dítě se projevuje jinak. Stejně tak ADHD se může projevovat řadou obtíží. U některých dětí převládá hyperaktivita, jiné mají potíže s pozorností, ale nejsou hyperaktivní. V průběhu vývoje se však jednotlivé převažující příznaky mohou měnit.

Diagnostický manuál nemocí DSM – IV uvádí tři subtypy AD/HD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder):

- a) AD/HD s převládající poruchou pozornosti (inattentive type, ADHD-I) – Goetz (2009) uvádí, že tento typ je zastoupen zhruba z 25-35%. Jak již název napovídá, objevují se nejčastěji problémy s pozorností, děti nejsou výrazněji hyperaktivní ani impulzivní, proto se často odhalí tento typ ADHD po zahájení školní docházky.
- b) AD/HD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou (hyperactivity/impulsivity type, ADHD-H) – asi 10% pacientů s ADHD je impulzivních a hyperaktivních, pozornost u nich je na průměrné úrovni. U těchto dětí rodiče a učitelé už od školky mají podezření, že se vyvíjejí jinak,
- c) AD/HD smíšený typ – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou (combined type, ADHD-C) je nejčastějším typem ADHD, až 50% dětí vykazuje problémy v oblasti pozornosti spojené s hyperaktivitou a impulzivitou.

Drtílková a Fiala v článku, který vyšel v roce 2016 v časopise Česká a slovenská psychiatrie, navazují na DSM-IV a DSM-V, který v českém vydání vyšel poprvé v roce 2015 a ve většině publikací o ADHD není používán. Ve školní populaci je ADHD-I považován za nejčastější subtyp. Tento subtyp je klinicky méně nápadný, snadno může dojít k jejich přehlédnutí, případně mohou být mylně diagnostikovány a následně mylně léčeny. Rozdíly mezi subtypy ADHD jsou v posledních letech zkoumány prostřednictvím řady studií. Nejméně rozdílů se nachází mezi typy ADHD-I a ADHD-C. U subtypu H vyplývá ze studií, že je tento subtyp spojen s odmítnutím vrstevníky, agresivitou a slabými v prosociálním chování. Subtyp I, nepozorný typ, je zastoupen převážně stydlivým a pasivním sociálním chováním, plachými a méně sebevědomými dětmi s maladaptivním chováním (Drtílková, I., Fiala, A., 2016).

Barkley (2006) odlišuje navíc:

- a) ADHD bez agresivity
- b) ADHD s agresivitou, pro které je typická nesnášenlivost, hádavost, antisociální chování, dysfunkční rodinné prostředí, obtíže v sebeovládání
- c) ODD (oppositional defiant disorders) – opoziční chování, jehož charakteristickým znakem je výrazná fyzická agresivita, významná je ztráta přizpůsobivosti, nesnášenlivost je nadměrná, jedinci jsou hádavější, mají oslabenou sebekontrolu a opakovaně odmítají požadavky autority.

1.2. Etiologie ADHD

Přesné příčiny vzniku ADHD u dětí jsou v současné době neznámé. Nedá se jednoznačně určit jedna příčina, která by ADHD způsobila a ovlivnila tím celý vývoj dítěte. Každé dítě se vyvíjí individuálně, u každého dítěte může být příčina ADHD jiná. Nikdy to není jen jediná příčina, mluvíme o multifaktoriální etiologii. Nejčastěji se jedná o kombinaci faktorů genetických, neurologických, biochemických, sociálních. „ADHD je klasickým příkladem bio-psycho-sociální poruchy“ (Munden, A., Arcelus, J., 2006, s. 47). Dříve se podle Třesohlavé (1993) za prvotní uváděly faktory psychogenní, postupně byla potvrzena teorie organického poškození.

Genetické příčiny

O genetických vlivech na vznik ADHD existuje řada důkazů. Ve výzkumu Biedermana se mluví pravděpodobnosti až 50%, že se rodičům s ADHD narodí dítě se stejnou diagnózou (Zelinková, 2001). Goetz (2009) uvádí, že ADHD má až z 80% genetický základ. Nejčastěji se dědí v mužské linii (Jucovičová, D., Žáčková, H. 2010). Munden a Arcelus k tomuto dodávají, že je větší riziko v mužské dědičné linii. Genetický přenos ADHD má na svědomí podle řady studií několik konkrétních genů. Comings (in Munden, A., Arcelus, J., 2006) ve výzkumu provedeném v Kalifornii poukazuje na podobnosti v genetických anomáliích u poruch jako je ADHD, Tourettův syndrom, porucha opozičního vzdoru či poruchy chování.

Fyziologické/Neurobiologické příčiny

Biologické, neurologické, či fyziologické příčiny jsou jedny z nejčastěji uváděných příčin vzniku ADHD. Zejména pak drobné poškození mozku v různých obdobích vývoje způsobené nedostatkem kyslíku nebo drobným krvácením do mozku v prenatálním, perinatálním či raném postnatálním vývoji (Jucovičová, D., Žáčková, H., 2010). Významnou roli hraje průběh porodu – předčasný porod, porod vyvolávaný, protahovaný, přiškrcení u porodu, silnější novorozenecká žloutenka. Do 1 roku věku dítěte mohou ADHD způsobit úrazy hlavy, vrozené metabolické vady, infekce.

Mezi biologické faktory, které vznik ADHD ovlivňují, se řadí též rizikové chování matky v těhotenství. Patří sem kouření, užívání drog a alkoholu matkou v těhotenství (Drtílková, I., Šerý, O., 2007).

Pomocí magnetické rezonance se podařilo neurobiologům propočítat objem různých mozkových struktur, například *nucleus caudatus* zodpovědný za zahájení a provedení uvědomělého pohybu. Pro výzkum ADHD bylo významný výzkum Hynda a kolektivu provedený na univerzitě v Georgii. Podle něj „*je pravostranné nucleus caudatus u lidí s ADHD větší než levé a menší než nucleus caudatus normálních dětí*“ (Munden, A., Arcelus, J., 2006, s. 53). Uvědomělý pohyb není řízen pouze pomocí *nuclea caudata*, ale jednou z mozkových struktur, která se o jeho řízení stará, je striatum, které je důležité pro inhibici chování a koncentraci pozornosti, zároveň má vliv na limbický systém, který se podílí například na řízení emocí, motivace, paměti. Podle novějších studií bylo zjištěno, že děti s ADHD mají menší frontální lalok, který se podílí na plánování, organizování činnosti. Frontální laloky opět ovlivňují limbický systém. Dále Hynd a kolektiv zkoumali corpus callosum spojující pravou a levou mozkovou hemisféru. U dětí s ADHD je corpus callosum menší než u dětí bez ADHD. Corpus callosum se podílí na interhemisférové integraci (Munden, A., Arcelus, J., 2006). Magnetická rezonance není standardní metodou, kterou by lékaři pro stanovení diagnózy ADHD využívali, bývá používána tam, kde lékaři potřebují potvrzení v případě nejisté symptomatologie.

V současné době probíhá výzkum v oblasti chemického zásobení mozku. Vědci se domnívají, že ADHD je způsobeno nedostatečným zásobením dopaminu, norepinefrinu

a serotoninu. Když se soustředíme, uvolňuje náš mozek více neurotransmiterů mezi neurony, což má vliv na to, že se můžeme soustředit na jednu věc a ostatní podněty blokujeme. Jedinci s ADHD mají těchto neurotransmiterů (především dopaminu, který přenáší nervové signály) nedostatek a nedokáží účinně blokovat ostatní podněty.

Neurologové dokáží pomocí elektroencefalografu (EEG) odhalit abnormality elektrické aktivity mozku. Nervové buňky jsou polarizovány tak, že na povrchu a uvnitř každé buňky jsou opačné póly. Několikrát za vteřinu se póly každé buňky biochemickým působením mění a mozek vytváří elektrickou aktivitu. Frekvenci můžeme pomocí EEG změřit a pomocí toho pak určit různé mentální stavy. Pokud k povrchu hlavy připojíme EEG, můžeme neinvazivní a nebolestivou cestou zachytit elektrické impulzy a aktivitu mozku jedince změřit. U jedinců s ADHD ve školním věku EEG zaznamená aktivitu, která odpovídá věku předškolního dítěte. Elektroencefalogram (záznam EEG) ukazuje ve frontálních oblastech mozku pomalé frekvence, frekvence odpovídající útlumu či spánku (viz tabulka). Vystavíme-li mozek úkolu (čtení, inteligenční test), je u dětí s ADHD výraznější vzrůstání pomalé aktivity mozku. Na konci 60. let minulého století zjistil profesor Serman, že pomocí zpětné vazby lze EEG aktivitu trénovat, usměrňovat (Tyl, J. 2000). U nás je tato oblast zastoupena PhDr. Jiřím Tylem a metodou EEG Biofeedback, kterou podrobněji představíme v následující kapitole.

Tabulka 1 - Základní prozkoumaná pásma EEG

	Frekvenční pásmo	Mentální stav
Delta	1 – 3 Hz	Hluboký spánek
Theta	4 – 7 Hz	Povrchní spánek, útlum, denní snění, meditace, hypnóza
Alfa	8 – 12 Hz	Základní bdělost (zavřené oči, nicnedělání)
SMR	12 – 15 Hz	Uvolněná pozornost, autoregulace
Beta	15 – 20 Hz	Soustředěná pozornost, volní koncentrace
Beta2	21 – 30 Hz	Hyperexcitace – napětí, podráždění, úzkost
Gama	31 a více Hz	Špičkové výkony, vrcholné prožitky

(Tyl, J. 2000)

Psychologické příčiny

U některých autorů můžeme nalézt příčiny vzniku ADHD vycházející z teorie sociálního učení. Kromě vrozených dispozic se na vzniku ADHD podílí i způsob výchovy (Zelinková, O., 2000). V této oblasti se ovšem objevují neshody, Šlapal a někteří jiní autoři tvrdí, že psychosociální příčiny nezpůsobují ADHD, ale chování podobné syndromu ADHD. Některé chování a jednání dětí může připomínat projevy ADHD, ale jejich příčiny jsou jiné a s tím souvisí i jiný přístup k jejich nápravě. „*Psychosociální faktory prostředí se považují za relativně zanedbatelné, mohou vést spíše k ADHD-like (podobnému) chování*“ (Šlapal, R. 2007 s. 31).

1.3. Symptomatologie ADHD, diagnostická kritéria MKN-10 a DSM-IV

Stanovení diagnózy ADHD je vzhledem k pestrosti projevů a příčin vždy v rukách odborníků z řad lékařů (neurolog, pediatr, psychiatr), psychologů a speciálních pedagogů. Diagnózu by měl stanovit psychiatr ve spolupráci s dalšími specialisty. Diagnóza by měla být vystavena na základě komplexní diagnostiky, která se skládá z části medicínské a nemedicínské (Goetz, M., Uhlíková, P. 2009).

Medicínská diagnostika probíhá na základě vyšetření neurologa a psychiatra. Nejprve je nutné, aby byla vyloučena epilepsie, případné nádory či záněty mozku a jiná degenerativní onemocnění. **Neurologickému vyšetření** předchází anamnestický rozhovor s rodiči sledující důležité vývojové body v životě. Při klinické části vyšetření je pak hodnocen psychomotorický vývoj dítěte, jeho smyslové funkce a emoční labilita. K vyšetření neurologové využívají především baterii testů zaměřenou na koordinaci složitějších pohybů, pravolevou orientaci. Nezbytnou součástí je vyšetření na elektroencefalografu k vyloučení epileptické aktivity a k určení zralosti CNS. K těmto základním metodám je někdy využíváno dalších vyšetření mozku různými zobrazovacími metodami, např. SPECT (Single Photon Emission Computerized Tomography ke zjištění prokrvení mozku), test Evokovaných potenciálů k zjištění pohotovosti mozku na různé kognitivní, sluchové a zrakové podněty. V méně častých případech je využita PET (Pozitronová emisní tomografie), která je ovšem nejpřínosnější metodou umožňující zobrazit zásobení mozku kyslíkem. NMR

(Numerická magnetická rezonance) je diagnosticky přínosná u vážnějších poruch mozkové tkáně (Drtílková I., Šerý O., 2007). **Psychiatrické vyšetření** je založeno na rozhovoru lékaře s dítětem, rodiči, kteří zároveň vyplní dotazníky, které mohou pomoci posoudit závažnost onemocnění. Při pohovoru s rodiči je vhodné, aby se účastnili oba rodiče. Každý může danou situaci vnímat jinak, čímž poskytnou lékaři podrobnější informace. Čím více toho lékaři řeknou, tím pro všechny strany lépe. Rodiče jsou dotazováni na vývoj dítěte, žádné obtíže (například smyslové vady, problémy s pomočováním, samostatností atd.) by neměly být utajovány. Stejně tak jsou pro lékaře přínosné informace o příbuzných, výskytu obdobných obtíží u jiných členů rodiny. Při rozhovoru s dítětem lékař získává informace prostřednictvím pozorování dítěte. Lékař může požádat rodiče, aby dítě nechali volně se projevat v průběhu vyšetření (nechat dítě hrát si s hračkami, chodit po místnosti atd. (Goetz, M., Uhlíková, P., 2009).

V evropském prostředí se využívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) z roku 1993, která řadí projevy ADHD pod Hyperkinetické poruchy. Spojené státy pracují s Diagnostickým a statistickým manuálem duševních nemocí 4. revize (DSM-IV). Při stanovení jakékoliv diagnózy je potřeba, aby byla splněna předem stanovená kritéria, podle kterých je možné diagnózu určit. V evropském klasifikačním systému jsou kritéria užší, než je tomu v americkém diagnostickém systému. Goetz (2009) přiznává, že podle evropských kritérií by řada dětí nesplnila kritéria pro stanovení diagnózy hyperkinetické poruchy, čímž by neměly nárok na léčbu. Domnívá se, že pro pacienty je užitečnější využívat americká diagnostická kritéria. Rovněž většina světových výzkumů týkajících se problematiky ADHD je realizována v souvislosti s americkým diagnostickým manuálem.

Diagnostická kritéria MKN-10

Přestože jsme výše uvedli, že by bylo vhodnější využívat americký diagnostický model, pracuje odborná veřejnost s diagnostikou dle MKN-10, která pod Hyperkinetické poruchy řadí následující subtypy (Drtílková I., Šerý O., 2007):

- **Porucha aktivity a pozornosti F. 90.0**
- **Hyperkinetické poruchy chování F. 90.1**

- **Jiné hyperkinetické poruchy F. 90.8**
- **Hyperkinetická porucha nespecifická F. 90.9**

Pro diagnostiku ADHD dle MKN-10 je důležité objevení příznaků před 7. rokem a trvání příznaků po dobu nejméně 6 měsíců.

Porucha pozornosti (přítomno 6 příznaků)

- Obtížně koncentruje pozornost
- Nedokáže udržet pozornost
- Neposlouchá
- Nedokončuje úkoly
- Vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí
- Nepořádný, dezorganizovaný
- Ztrácí věci
- Roztržitý
- Zapomnětlivý

Hyperaktivita (přítomny 3 znaky z 6)

- Neposedný, vrtí se
- Nevydrží sedět na místě
- Pobíhá kolem
- Vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho
- Je v neustálém pohybu „on the go“

Impulzivita (přítomný 1 znak ze 4)

- Nezdrženlivě mnohomluvný
- Vyhrkne odpověď bez přemýšlení
- Přerušuje ostatní
- Nedokáže čekat

Diagnostická kritéria DSM-IV

Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace prochází pravidelnými revizemi. V roce 2015 byla vydána česká verze páté revize tohoto klasifikačního systému, přesto

je stále hojně využívána revize čtvrtá, DSM-IV. Většina velkých studií problematiky ADHD pracuje s definicemi dle DSM-IV, proto by měly být používány i v klinické praxi, aby výsledky těchto studií mohly být přeneseny na klinickou populaci (Munden, A, Arcelus, J., 2006).

Mezi oběma diagnostickými manuály jsou patrné rozdíly, kdy podobným syndromům byla přiřazena odlišná diagnostická označení. Dle DSM-IV pracujeme s ADHD, MKN-10 uvádí pro obdobné symptomy diagnózu Hyperkinetická porucha. Kromě názvu pracují též s odlišnými příznaky diagnózy a způsobu popisu chování. Jak můžeme vidět při porovnání obou systémů, DSM-IV přiřazuje vlastnost „často je nepřiměřeně upovídané“ jako příznak hyperaktivity, na rozdíl od toho MKN-10 podobné chování popisuje „mluví nadměrně bez ohledu na společenské zvyklosti a zábrany“ a je příznakem impulzivity. Významný rozdíl mezi oběma systémy se objevuje při posuzování hyperaktivity - impulzivity. Podle DSM-IV se šest nebo více symptomů nepozornosti objevuje po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu. Toto kritérium mohou splňovat i děti, které vykazují pouze příznaky hyperaktivity, nikoliv s nedostatečnou kontrolou impulzivity, která je dle současných výzkumů považována za základní příznak ADHD/Hyperkinetické poruchy (Munden, A, Arcelus, J., 2006).

Tabulka 2 - Diagnostická kritéria DSM-IV

A.	Minimálně buď 1. nebo 2.
A I.	<p>Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho výkonu.</p> <p>Nepozornost:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Často se mu nedaří se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách; - Často má potíže udržet pozornost při plnění úkolu nebo při hraní; - Často se zdá, že neposlouchá, když se na ně přímo hovoří; - Často nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoliv proto, že by se stavělo do opozice nebo nepochopilo zadání); - Často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti; - Často se vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se například dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (například školní nebo domácí úkoly); - Často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje); - Často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty; - Často zapomíná na každodenní povinnosti
A II.	<p>Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu.</p> <p>Hyperaktivita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli; - Často při vyučování nebo jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle; - Často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat; - Bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jakoby „jelo na motor“; - Často bývá nepřiměřeně upovídané. <p>Impulzivita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka; - Mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada; - Často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře).
B.	Některé příznaky hyperaktivity, impulzivity nebo nepozornosti či narušení funkčnosti byly přítomny ještě před 7 rokem věku.
C.	Některé zhoršení funkce vyplývající z příznaků se projevuje ve dvou nebo více oblastech života (např. škola/zaměstnání – doma).
D.	Musí být jasně patrné zhoršení v oblasti společenské, vzdělávací nebo v zaměstnání.
E.	Příznak nelze přičíst zároveň přítomné persvazivní vývojové poruše, schizofrenii či poruše nálady nebo je není možné lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (poruchou nálady, úzkostnou poruchou, disociativní poruchou, poruchou osobnosti).

(Goetz, M., Uhlíková, P., 2009, s. 60)

1.4. Výchova dítěte s ADHD

„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).

Výchova každého dítěte je jedinečná. Všechny děti by ale měly být vychovávané s respektem, měly by být milované a zažívat úspěch (Kopřiva, P. a kol., 2008). Při výchově dětí s ADHD by na to mělo být pamatováno. Ráda bych zmínila několik principů, na které by mělo při výchově dětí s ADHD být pamatováno.

- **Láskyplné a harmonické prostředí**

Děti s ADHD na základě výše zmíněných projevů v chování často slyší, že zlobí, jsou napomínány, kárány. I přesto by měly mít jistotu toho, že je máme rádi, že jsme jejich oporou a mělo by se v rodině cítit v bezpečí. Rodič (pečující osoba) či pedagog by měl jít dítěti příkladem, být trpělivý a klidný. Děti se potřebují utvrzovat v tom, že je lepší řešit problémy s klidem, protože vztek nepomáhá (Jucovičová, D., Žáčková, H., 2010).

- **Respekt a úcta**

Respektovat a být respektován je název knihy, která se v současné době objevuje v nejedné knihovně rodičů malých dětí. Vycházíme z toho, že se k druhým chováme tak, jak bychom chtěli, aby se oni chovali k nám. Neměli bychom si zároveň nechat vše líbit a podřizovat se všemu (Kopřiva, P. a kol., 2008).

- **Stanovení mantinelů, hranic**

Děti s ADHD mají problémy s dodržováním řádu. Neumí si ho vytvořit a následně jej dodržovat, z čehož plyne řada jejich obtíží. Když jim pomůžeme určitý řád nastavit, bude efektivnější i laskavý přístup k dětem. Dětem bychom měli vymezit hranice a pravidla soužití. Jasně a stručně. Bylo by naivní doufat v to, že po jejich stanovení bude vše hned lepší. Děti budou často hranice testovat, budou pokoušet překročit pomyslný

krok a budou si vymezovat vlastní prostor. Je na nás jako pečující osobě, abychom pravidla opakovali, připomínaly a dodržovali.

Děti s ADHD na své krkolomné cestě životem potřebují průvodce, kouče, který bude trpělivý, neochvějný. Nebude dítěti dávat za vinu jeho nemoc. Budou spolu jeden tým, který společnými silami zvládne najít řešení a problémy spojené s diagnózou vyřeší. Správný kouč je u dítěte **fyzicky přítomný, udělá si čas**. Času nemusí být hodně, ale musí to být čas kvalitní, věnovaný tréninku. A v neposlední řadě kouč musí znát sám sebe, svoje schopnosti, možnosti, limity. Je dobré si sestavit plán, ke kterému se v průběhu vrací, přehodnocuje ho, upravuje. Aby měl kouč dostatek sil na náročnou práci, neměl by zapomínat myslet sám na sebe, na vlastní psychohygienu, což bývá v mnoha rodinách s ADHD nereálné (Jenett, W., 2013).

Laskavý přístup k dítěti by nebyl efektivní, pokud by nebyl dodržován určitý řád. Pokud od dítěte něco očekáváme, měli bychom mu to jasně a přiměřeným, pro něj pochopitelným způsobem sdělit. Pravidla soužití a chování by měla být jasně stanovena a vysvětlena, do jaké míry je jeho chování přijatelné a kdy už není. Nepočítejte, že dítěti jednou nebo dvakrát něco řeknete a bude to pak dělat automaticky. Je nutné se obrnit trpělivostí, a pravidla opakovat, připomínat. Jsou to děti a ty mají ve zvyku nás dospělé testovat, naši důslednost a výdrž, díky čemu si sami vytyčují svůj vlastní prostor, svoji zodpovědnost, které jsou jasně stanovené našimi mantinely. Vytvořením stereotypního denního programu pomůžeme dětem v orientaci v průběhu dne. V pravidelnosti nacházejí oporu, jistotu, změny, které jsou pro ně nečekané, snášejí špatně (Jucovičová, D., Žáčková, H., 2010).

- **Zůstat důslední**

Když už si rodiče dají tu práci se stanovením pravidel, měli by být důslední v jejich dodržování, aby to dětem bylo přínosem. Pokud jednou pravidlo platí a následně ne, děti nemají jasno v tom, co mohou, co nemohou, jestli to je problém nebo není. Neměli bychom ale děti zesměšňovat, či ponižovat. Měli bychom dětem jasně dát najevo, že překročily hranice (Carter, Ch. R., 2014).

- **Sjednotit výchovné postupy**

Dítě nevychovává jen jedna osoba. Na výchovu mají vliv rodiče, pedagogové, prarodiče. Především mezi rodiči by měla být shoda ve výchovných postupech. Když jeden z rodičovského tandemu bude nedůsledný, dítě to velmi rychle zjistí a pravidla začne obcházet přes nedůsledného rodiče. Mezi rodiči pak mohou snadno vznikat neshody. O pravidlech výchovy a denním režimu by měli být informováni též prarodiče, pokud se výrazněji podílejí na výchově, stejně tak je důležité sjednotit výchovné postupy s pedagogy. Alespoň by měli být všichni pedagogové informováni o stavu dítěte. Nejednotnost může vést k prohloubení problémů (Jucovičová, D., Žáčková, H., 2010).

- **Pozitivní přístup**

Pozitivní přístup souvisí s harmonickým a láskyplným prostředím. Děti s ADHD málokdy zažívají úspěch a jsou demotivovány k dalším činnostem. Rodiče by měli najít jeho kladnou stránku, aby ho měli za co pochválit, kladnou stránku v něm podporovat. Může to být zpočátku jen část úkolu, snaha, proces. Můžeme chválit za to, že vydrží sedět v klidu, že neskáče do řeči. Pochvalou toho žádoucího dochází k posilování žádoucího chování (Jucovičová, D., Žáčková, H., 2010).

- **Zajistit dítěti přiměřenou aktivitu a podněty, aktivity, koníčky**

Děti s ADHD bývají aktivní, mají energie na rozdávání, mají problémy sedět na jednom místě. Rodiče pro ně často hledají zájmy, kde by mohly tuto energii vybit. U některých dětí to je sport, jinde hudba, kreslení, čtení. Podnětů ovšem musí být přiměřené množství. Nadměrné množství podnětů má naopak negativní následky. Děti jsou pak unavené, neorientují se v pravidlech, protože každá aktivita vyžaduje jiná pravidla (Jucovičová, D., Žáčková, H., 2010).

- **Dodržování racionální výživy a pitný režim**

Vliv stravy a jejího složení je v posledních letech hodně zmiňovaným tématem nejen v oblasti ADHD. V centru zájmu jsou především cukry a přidané látky, tzv. aditiva. Bylo zkoumáno, zda mají tyto látky vliv na nepozornost, hyperaktivitu či impulzivitu a děti s ADHD, či zda mohou ADHD u zdravých dětí způsobit. „*Dosud žádná studie*

neprokázala, že by ADHD mohlo vzniknout u zdravých dětí na základě konzumace cukru v potravě. Proběhla řada studií sledujících, zda cukr zhoršuje příznaky u dětí, které již ADHD mají.“ (Goetz, M., Uhlíková, P. 2009, s. 71)

Často se setkáme s tím, že rodiče dětí s ADHD uvádějí, že na ně má zvýšená konzumace cukru vliv, že jsou děti neklidnější a nepozornější. Ve studii z roku 1994 (in Goetz, M., Uhlíková, P., 2009) se ukázalo, že věří-li rodič tomu, že ADHD je zhoršováno zvýšenou konzumací cukru, sleduje dítě více kriticky a často mění i své chování k dítěti.

Potravinová aditiva byla též vystavena nejedné studii. Zde však byl vliv aditiv na projevy ADHD patrnější. Studie však měla chyby v metodologii a výsledky tak nemohly zakázat používání aditiv E 102, E 104, E 110, E 122, E 124, E 129. Výsledky se však ve zkreslené podobě začaly šířit po internetu a tvrdily, že ADHD je způsobeno právě těmito aditivy (Goetz, M., Uhlíková, P. 2009).

Byl prokázán vliv vitamínu B na podporu mozkové činnosti. Kromě zvýšené hladiny vitamínu B by měla být strava dítěte s ADHD obohacena o proteiny, minerály a tuky (Taylor, J. F., 2012). Díky zvýšenému příjmu bílkovin se děti lépe zvládnou soustředit, jsou klidnější, je podpořena práce mozku.

Děti s ADHD samy často požadují vyšší přísun tekutin. Ve výzkumu bylo prokázáno, že dostatečně zavodněný organismus se dokáže lépe soustředit, je klidnější. Není potřeba omezovat pitný režim dětí, jen by měl být omezený o přeslazené a energetické nápoje, které jsou u dětí často velmi oblíbené (Jucovičová, D., Žáčková, H., 2010).

- **Režim dne, spánek, klid**

Již dříve bylo zmíněno, že dětem pomáhá pravidelný denní režim. Ten by měl být klidný, propojený rituály, které pomohou dítěti v orientaci ve dni. Problémy se spánkem a usínáním, které jsou u dětí s ADHD časté, mohou být zmírněny klidnými činnostmi před spánkem, poslechem relaxační hudby, čtením klidných příběhů. Rozhodně by před spaním nemělo dítěti být vyčítáno, co ten den udělalo špatně. Pokud rodiče chtějí rekapitulovat den, měl by souhrn končit tím, co se dítěti povedlo, čím rodiči udělalo radost, v čem bylo úspěšné (Jucovičová, D., Žáčková, H., 2010).

- **Farmakoterapie**

Možnosti farmakoterapie budou shrnuty v samostatné kapitole, ovšem jejich místo je i zde. Výše uvedené principy se využívají u všech případů. Kde toto selhává, přichází na scénu farmakoterapie (Munden, A., Arcelus J., 1999).

1.5. Vzdělávání dítěte s ADHD

V České republice je zavedena povinná školní docházka. Podle Školského zákona (zákon 561/2004 Sb.) se povinná školní docházka týká všech občanů České republiky, členů jiných států Evropské Unie, kteří na území ČR pobývají déle než 90 dní, občanů jiných států, kteří mají na našem území povolen trvalý pobyt nebo pobyt na dobu delší 90 dnů a čekatelů na udělení mezinárodní ochrany. Od roku 2017 je u nás zavedena navíc povinná předškolní docházka. Problémy spojené s ADHD se nejvíce projevují právě po nástupu do školy, ve velké části případů je to právě zahájení školní docházky okamžikem, kdy prvně vyhledají odborníka a diagnóza je stanovena.

„Učitel musí vynaložit víc času, energie a úsilí na to, aby svůj způsob výuky přizpůsobil potřebám jednotlivých žáků s ADHD“ (Goetz, M., Uhlíková, P., 2009, s. 132). Stejně jako je nutné k dětem s ADHD přistupovat odlišně při domácí výchově, i učitelé musí takovému dítěti přizpůsobit výuku, uspořádání třídy, vlastní nastavení mysli. Učitelé si musí uvědomit, že dítě nedělá nic naschvál, že jsou jeho problémy spojené s diagnózou ADHD. Rodiče by tedy tuto skutečnost škole neměli tajit a měli by na výchově a vzdělávání pracovat společně. Dle vyhlášky č.27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků mimořádně nadaných je pro děti ADHD vhodné sestavit individuální vzdělávací plán. Děti a učitelé mohou využívat podpůrná a vyrovnávací opatření tak, aby byla výuka a vzdělávání co nejpřínosnější.

Upravení podmínek začíná mnohdy odkladem školní docházky. Po vyšetření školní zralosti na základě doporučení školského poradenského zařízení (PPP, SPC) a druhého odborníka (nejčastěji dětského lékaře nebo odborného lékaře) škola vydává rozhodnutí o odkladu školní docházky. V tomto druhém předškolním roce mohou děti docházet do

přípravného ročníku, který může být zřizován při některé základní škole, případně může pracovat na zlepšení obtíží doma, ve škole a v jiném zařízení. Nejvýrazněji se však musí pracovat po zahájení školní docházky.

- **Uspořádání třídy a místa pro žáka s ADHD**

Ve třídě je vhodné, aby bylo připravené přehledné prostředí bez rušivých okolních prvků. Dekorace ve třídě by měla být jednoduchá. Vhodnější je, aby lavice byly přizpůsobeny frontální výuce. Žáka s ADHD by měl mít učitel v předních lavicích, aby byl vystaven co nejmenšímu počtu rušivých podnětů (okno, vrtící se spolužák...). Rovněž by učitelé měli myslet na to, že není problém, že dítě mění během výuky několikrát polohu těla (vrtí se). Změna polohy pomáhá zmírňovat pohybový neklid (Jennet, W., 2013).

- **Komunikace s učitelem a spolužáky**

Aby bylo dítěti ve škole poskytnuto to, co nejvíce potřebuje, je nutné, aby rodiče a učitelé spolu pravidelně komunikovali, aby před učitelem neměli tajnosti ohledně pokroků dítěte, medikaci nebo změně terapie. Rovněž učitel by měl s rodiči mluvit o pokrocích ve výuce, problémech či vytvořených pravidlech. Učiteli by mělo být umožněno komunikovat s odborníky (psychologové, speciální pedagogové, etopedi), kteří mají své zkušenosti s ADHD.

Rozporuplná je otevřenost vůči spolužákům. Jedna strana rodičů se domnívá, že ostatním dětem a rodičům by nemělo být sděleno, že mají ve třídě někoho s diagnózou ADHD, jiní jsou názoru opačného. Dítě s ADHD (ale též děti se specifickými poruchami učení) může mít upravená zadání úkolů, učitel k němu přistupuje odlišně, odlišně jej může hodnotit. Spolužákům i rodičům by mělo být vysvětleno, z jakého důvodu tento odlišný přístup k dítěti učitel má (Goetz, M., Uhlíková, P., 2009). Žák s ADHD může být často označován za rušivý element ve třídě, třídního šaška. Je v rukách učitele, aby toto komediální předvádění s klidem a rozvahou řešil. Poskytnutím času na odpočinek, změnou činnosti či polohy tomu může předcházet (Jucovičová, D., Žáčková H., 2010). V ideálním případě vytvoří pedagog v zadní části třídy klidovou zónu, kam se může uchýlit nejen dítě s ADHD, ale i ostatní děti, když si potřebují krátkodobě odpočinout. Při uspořádávání výuky by měla být brána v potaz rostoucí nesoustředěnost

s postupující únavou. Především v prvních rocích školní docházky jsou děti neklidné. Je vhodné jim neklid umožnit vybit pohybem. Může jít o smazání tabule, rozdání pomůcek atd. (Riefová, S. F., 2007; Goetz, M., Uhlířová, P., 2009).

- **Stanovení pravidel**

Vzhledem k tomu, že má žák upravené podmínky výuky, je vhodné si stanovit, co se od něj očekává, jak bude vypadat zkoušení. Je dobré se vyvarovat dlouhým úkolům, větší efekt přináší ústní zkoušení, doplňovací či přiřazovací cvičení (Goetz, M., Uhlířová, P. 2009). S dítětem je možné se domluvit na dílčích cílech, které bude moci splnit postupně a jejichž splnění dítě motivuje k další práci.

Pro usměrňování pozornosti je vhodné se domluvit na neverbálním signálu, který dítě vrátí zpět do školní reality (zvednutí karty, dotek ruky). Nenápadně tak dítě učitel upozorní, že má svou pozornost usměrnit, ale neupozorní na to zbytek třídy. Měl by poskytnout pozitivní zpětnou vazbu žákovi. Místo kritiky hledat a všimnout si malých pozitiv, která u žáka najde a říkat je před celou třídou. Děti často reagují na názor druhých a špatná kritika od učitele se může promítnout i chování spolužáků k napomínanému dítěti (Jenett, W., 2013).

Stanovení pravidel a využití pozitivního přístupu je možné propojit s motivačním plánem, který dítě využívá s rodiči. Je přínosné se o tom informovat a plán plnit společně, případně může být ve škole využíván samostatný motivační plán.

Jasná pravidla by měla být stanovena nejen s ohledem na průběh výuky, ale i pro chování v průběhu přestávek. Tato pravidla jsou pro celou třídu a je vhodné, aby se třída na jejich vytváření podílela.

Pro práci s dětmi s ADHD ve škole i mimo ni jsou podle Michalové a Pešatové (2011) v odborných publikacích uváděna různá doporučení. Nejčastěji jsou to následující postupy:

- instrukce a pokyny jsou splnitelné, srozumitelně zadávané, při plnění úkolů dětem dopřáváme klid na práci.
- využíváme pozitivní posilování. V praxi to znamená ocenění i drobných pokroků. Díky pozitivnímu posilování je potlačované nežádoucí chování a posilováno

žádoucí. Pokud je potřeba žáka potrestat, mělo by to následovat bezprostředně po prohřešku, trest by měl být mírný a srozumitelný.

- Dítěti by měly být poskytována srozumitelná a pravidelná zpětná vazba
- Pro děti s ADHD je důležité dodržovat globální styl učení, kdy jsou informace sdělovány jako celek.
- Dítěti by mělo být umožněno poznat svou impulzivitu, protože díky poznání impulzivity s ní může pracovat, může ji ovlivňovat a může ovlivňovat celé své chování.

1.6. Farmakoterapie

Léčba ADHD prostřednictvím medikamentů je mezi rodiči dětí velice obávaná. Rodiče se často obávají, že dojde k utlumení dítěte, že ho nebudou poznávat, bude jiné, ospalé, apatické. Tyto obavy vznikají nedostatečnou informovaností veřejnosti (Drtílková, I., Šerý, O., 2006). Pro farmakologickou léčbu se používají dvě skupiny preparátů. První skupinou jsou stimulanty, která v mozku mají vliv na dopaminový systém. Druhé léky jsou nestimulační a působí na vstřebávání noradrenalinu (Goetz, M., Uhlíková, P., 2006). Léčba psychofarmaky může být zahájena po komplexním psychiatrickém vyšetření. Léky smí předepsat pouze psychiatr a používají se u středních a těžších forem poruchy pozornosti.

Léčba stimulanty patří mezi nejdéle používanou farmakoterapii u poruchy pozornosti. Pozitivních výsledků dosahují u 70 – 80% pacientů (Goetz, M., Uhlíková, P., 2006). V České republice jsou stimulanty zastoupeny lékem s názvem **Ritalin** s účinnou látkou methylfenidát. Léčba se obvykle zahajuje okolo 6 let věku dítěte, ve vážných případech může být započata dříve. Výhodou léku je rychlý nástup účinku (při dostatečné dávce již do hodiny od podání léku můžeme pozorovat zlepšení). Účinek však netrvá dlouho, po zhruba 3-4 hodinách účinek léku odezní a je potřebné jej znovu dítěti podat, pokud chceme jeho účinek využít v průběhu celého dopoledne, které pro dítě ve školním prostředí bývá nejobtížnější. Novější variantou léku s methylfenidátem je **Concentra**, jejíž účinek vydrží v rozmezí 8-12 hodin a není tedy nutné jej doplňovat

v průběhu vyučování. Léčba stimulací je pro jejich možné zneužití monitorována (Goetz, M., Uhlíková, P., 2006).

Mezi nestimulační léky řadíme lék **Atomexetin (Strattera)**, který byl na trh uveden v roce 2002. Od té doby je spolu s výše uvedeným Ritalinem používán jako lék první volby u ADHD. Atomexetin působí na organismus dítěte prostřednictvím změny noradrenalinového systému. Dítě neutlumuje, podílí se na změně aktivity mozkových center. Dávkování Atomexetinu se postupně navyšuje, vliv je patrný až po několika týdnech, ale stačí užít jednou denně. Účinek Atomexetinu je dlouhodobější, podílí se na zlepšení kvality spánku (Goetz, M., Uhlíková, P., 2006).

Kromě zmíněných léků se v určitých případech, kde nemohou být použity, může psychiatr k léčbě využít některá antidepresiva působící na dopaminový a noradrenalinový systém – například tricyklická antidepresiva Imipramin, který zlepšuje náladu, upravuje hyperaktivitu. Využívá se tedy především u dětí, které mají ADHD spojené s úzkostmi či depresemi. Indikována může být mimo jiné léčba antipsychotiky Haloperidol a chlorpromazin, antihypertenzivy Clonidinem nebo Propranololem nebo kombinací léků (Munden, A., Arcelus, J., 2006).

2. Možnosti péče o děti s ADHD v ČR

„Léčba ADHD není úkolem pro jednoho člověka“ (Goetz, M., Uhlíková, P., 2009, s. 81).

Jak jsme zmínili výše, postihuje ADHD mnoho oblastí života dítěte a rodiny. Na léčbě by se měli podílet všichni, kdo jsou těmito oblastmi zasaženi – tedy lékaři, psychologové, učitelé, rodiče, sourozenci. Všichni, kdo se na výchově podílejí, by měli spolupracovat, aby se jim společně povedlo vytvořit komplexní léčbu ADHD. Všichni členové takového léčebného týmu by měli být seznámeni se všemi podstatnými skutečnostmi. Úplná léčba v sobě zahrnuje psychoterapii, farmakoterapii, režimová a výchovná opatření. Děti s ADHD by měly s pomocí léčby lépe zvládat denní režim, měly by umět využít svůj potenciál, získat sebevědomí. Díky léčbě by mělo být předcházeno poruchám chování a nálad, které na ADHD často nasedají (Goetz, M., Uhlíková, P., 2009). Při komplexní terapii by mělo být cílem dosáhnout toho, aby diagnóza ADHD nebyla pro dítě stigmatem, aby kvůli tomu nebylo vyčleňováno z kolektivu.

2.1. Terapie objetím

Když se řekne „terapie pevným objetím“, řada lidí si vybaví Jiřinu Prekopovou, která se zasloužila o zpopularizování a využívání této metody. Metoda pevného objetí vychází od Marthy Welch, která pod pojmem Holding Therapy, představila terapii využívající pevného objetí. Především u primitivních národů si můžeme všimnout, že děti jsou v neustálém kontaktu s matkou. Když jsou tyto děti v napětí, nejsou v pohodě a křičí, brečí, vztekají se, nejsou odehnáni, ale jsou pevněji objaty. Terapie pevným objetím je zaměřena na vztah mezi dítětem a rodičem. Ve vztahu pomáhá budovat pocit důvěry a bezpečí, které jsou potřebné pro zvládnutí problematického chování. Objekt by mělo být pevné, láskyplné. Rodič i dítě by měly mít možnost vyjádřit všechny své pocity včetně těch negativních. Důležitá je upřímnost verbální i neverbální. Při terapii pevným objetím dochází k ventilaci nevyslovených problémů, k obnově bezpodmínečného vztahu, mělo by dojít ke zklidnění a vzájemnému usmíření (dostupné online na <http://www.prekopova-pevneobjeti.cz>). Dítě leží na zádech a matka (nebo pečující

osoba) leží na něm tváří tvář. U menších dětí jsou děti matkou pevně drženy na klíně. Toto znehybnění může trvat až hodinu. V posledních letech se vedou spory, zda je terapie pevným objetím účinná. Vzhledem k tomu, že následkem Holding Therapy došlo ke smrti desetileté holčičky, byla vytvořena mezinárodní pracovní skupina, která měla zabránit šíření této terapie mezi odborníky a laiky. Za Českou republiku byla zastoupena PhDr. Kateřinou Thorovou, Ph.D. Účelem Mezinárodní pracovní skupiny bylo rozšířit osvětu mezi laickou i odbornou veřejnost a omezit tím využívání Terapie pevným objetím. Tato terapie však není zakázána.

2.2. Skupinová psychoterapie

Při skupinové terapii dochází k nácviku sociálních a emočních dovedností v přirozeném prostředí. Tento výcvik probíhá ve skupinách dětí stejného věku (alespoň přibližně). Děti s terapeutem formou her pracují na nácviku zvládnání agresivity, uvolňování emocí. Učí se pracovat s pocity, dávat je najevo. Učí se být pozitivní. Formou simulačních her zažívají běžné denní situace. V ideálním případě souběžně s dětskou skupinou probíhá skupina rodičovská, kde se rodiče snaží prostřednictvím her poznat svět dětí s ADHD. Rodiče lépe pochopí, jak děti žijí, vcítí se do jejich prožívání, zlepší se jejich komunikace. Není to ale nezbytně nutné. V České republice tyto skupiny probíhají v různých formách například v Brně prostřednictvím Centra pro rodinu a sociální péči, další programy nabízí Markéta Dobiášová ve Vyškově u Brna nebo terapeutické centrum Modré dveře v Praze. Každý kurz má svou jedinečnou podobu. Představme si přibližnou podobu takového kurzu na představení kurzu, který vedla PhDr. Jana Veselá, Ph.D. spolu s Ludmilou Marčíšovou na ZŠ Křídlovická v Brně. V rámci tohoto kurzu proběhlo 6 lekcí každé dva týdny. Ve skupině bylo 12 dětí (10 chlapců a 2 dívky) s diagnózou ADHD z druhých a třetích tříd základní školy. Každá lekce byla zaměřena na nácvik některé z emočních nebo sociálních dovedností. Náplň lekce byla tvořena hrami a aktivitami z běžně dostupné literatury, ovšem při přípravě bylo dbáno na význam jednotlivých her a jejich provázanost s klíčovou dovedností dané lekce. Pro dobrou práci bylo nutné v průběhu první lekce vytvořit bezpečné a známé prostředí, děti se seznamovaly, což pro děti s ADHD je často problém. Při druhé lekci se pracovalo na rozvoji komunikačních dovedností, následoval první z nácviků zvládnání negativních

vlastností, empatie, druhý nácvik zvládnání negativních vlastností a na závěr bylo posilováno sebepojetí, sebezřetivost. Obě lektorky měly vymezené své role, daná pravidla. Záměrem jejich prvotního projektu bylo potvrdit, že výcvik sociálních a emočních dovedností může být použit jako vhodná forma terapie u dětí s ADHD (Vacková, J., 2006).

Rodičovské skupiny

Výchova dětí s ADHD je pro rodiče a jejich okolí náročná. Často mají mnoho otázek, cítí se ztraceni ve všech doporučeních, neví si rady se školní přípravou nebo se bojí medikace. Jsou unavení, často demotivovaní. V roce 2002 vznikl z iniciativy Petry Škrdlíkové při Centru pro rodinu a sociální péči v Brně Klub rodičů a přátel neklidných a hyperaktivních dětí. Klub je určen rodičům, kteří si nevědí rady, chtějí s někým sdílet výchovné obtíže jejich dětí. Ne vždy jde od dětí s diagnózou ADHD. Služba se zaměřuje především na podpůrné a vzdělávací činnosti oproti diagnostice a farmakoterapii. Centrum rodičům nabízí několik aktivit, které mohou rodiče dětí s výchovnými obtížemi využít. Základem jsou rodičovské skupiny a koordinace odborné pomoci (pracovníci Centra zprostředkují kontakty na neurology, psychiatry, terapeuty atd.). K těmto základům přidávají činnosti, které dříve byly brány jako doplňkové, nyní jsou rodinami hojně využívány. Jedná se o individuální poradenství pro rodiny dětí s ADHD, výchovnými obtížemi a projevy autismu, velký zájem o skupiny pro děti, kde probíhá nácvik sociálních a emočních dovedností. Tyto skupiny jsou rozdělené podle věku, mohou probíhat zároveň s rodičovskými skupinami. Přes prázdniny umožňují dětem zážitky z příměstských táborů, které jim pro diagnózu často jsou znemožněny. Rodičům též poskytují informace a nabízejí vzdělávání se prostřednictvím workshopů a kurzů (www.neklidne-deti.cz).

Přístup vychází ze systémové a systemické terapie (podrobněji viz níže), ale využívá metody a přístupy z různých směrů. Skupinová práce má funkci podpůrnou, vzdělávací, informační, osvětovou, ale i terapeutickou. Rodiče jsou ti, kdo vytvářejí dětem základní výchovné prostředí, proto práce s nimi tvoří významný podíl v možné terapii (Orr, Miller, & Polson, 2005; Paclt a kol., 2007; Adesida & Forman, 1999). Pokud bude rodič informovaný, bude mít dostatečně sebevědomí v oblasti zvládnání obtíží a neklidu, zvládnou nástrahy výchovných problémů úspěšněji. Skupiny probíhají 1x za 14 dní,

trvají cca 3 hodiny a celkem se rodiče potkají 7x. většinou se jedná o matky, přestože možnost zapojení je otevřená i otcům či oběma rodičům. Členem skupiny se nemohou stát prarodiče (pokud nejsou určeny pečující osobou), nikdy by neměl být druhý, nezúčastněný, rodič proti. Věkové spektrum dětí není nijak omezeno, bývá různorodé, což umožňuje řešit problémy, které se u dětí teprve mohou objevit, a tím jim předcházet. Složení skupiny se nemění, není možné se připojit v průběhu jejich konání. Jako u ostatních skupin, i zde platí pravidlo mlčenlivosti, diskrétnosti, možnost vyjádřit se i právo říct „stop“ nebo „ne“ (Lacinová, L., Škrdlíková, P., 2008). Rodiče by měli pamatovat na to, že se nejedná primárně o terapeutickou činnost, ale skupinová práce může mít terapeutický efekt. Rodičovské skupiny jsou formou sociálně-aktivizační služby poskytované rodinám s dětmi ohroženými sociální izolací způsobenou výchovnými obtížemi. Skupina je moderována psychologem a matkou hyperaktivního dítěte, která ostatním rodičům zprostředkovává osobní zážitky z výchovy, pocity, zkušenosti. Ostatní rodiče ve skupině snadněji porozumí pocitům, které matka má, snadněji se vytvoří bezpečné prostředí ve skupině. Psycholog nevystupuje jako autorita, ale jako expert, který přináší odborné informace a vzdělává tím rodiče (Lacinová, L., Škrdlíková, P., 2008).

Základním cílem rodičovských skupin je podpora a posílení rodičů, jimž dlouhodobá psychická zátěž a selhávání ve výchově, vyvolávají frustraci, únavu, nejistotu. Takový rodič zvládá projevy chování dítěte špatně. K hyperaktivitě se mnohdy přidávají poruchy učení, agresivita, opoziční vzdor. Rodiče ztrácejí motivaci pro práci, může se objevit ambivalentní vztah k dítěti, nejistota ve výchově, nejrůznější pokusy ve výchově („to zkusím, to jsme ještě nedělali“). Tím vším ale může dojít ke zhoršení projevů neklidu, agresivity a nepozornosti dítěte. Dílčí cíle skupin částečně vycházejí z cílů ostatních rodičovských skupin popsanych Langmeierem, Balcarem a Špitzem (2000) in Lacinová, L., Škrdlíková, P. (2008):

- poskytnutí informací, které umožní rozeznat příčiny neklidu u dítěte a v rodině, pochopení souvislostí a možných příčin neklidu v rodině;
- objevení a obnova zdrojů rodičovství (vzhledem k většinově se účastnícím matkám se
- jedná o mateřství);

- přijetí rodičovské role („rodič jako velký a zodpovědný, dítě jako malé a vedené“);
- přijetí vlastní nedokonalosti (koncept „dost dobrá matka“ nikoliv „dokonalá matka“);
- prohloubení sebereflexe a získání náhledu na neproduktivní vzorce interakcí v rodině a s dítětem;
- zmenšení rozporu mezi nerealistickými představami o mateřství a dítěti a skutečností;
- nabídka nových (produktivnějších) vzorů interakce v rodině – nejen informace, ale i na úrovni prožitku;
- vytvoření prostoru pro sdílení zkušeností a vzájemnou podporu rodičů s obdobnými potížemi s výchovou dětí, sekundárně pak vznik sociální podpůrné sítě;
- v neposlední řadě pak i vytvoření prostoru pro pravidelný odpočinek a relaxaci u čaje, kávy a sušenek v náročném životě s obtížně vychovatelným dítětem.

Postupným naplňování dílčích cílů by rodiče měli být schopni poskytovat dětem vhodnější podmínky pro život bez problémů, které ADHD způsobuje.

Průběh rodičovských skupin má vždy podobu, kterou mu dají členové skupiny. Ti si na úvodním setkání formulují zakázku, představí svá očekávání. Většinou jde o problémy z těchto kategorií:

- problémy v rodině – neposlušnost, agresivita, neklid, úzkostnost, depresivita, horší adaptace na nová prostředí
- problémy ve škole, v chování k vrstevníkům, učitelům
- návod na výchovu neklidného dítěte
- rodičovská nejistota.

Na jednotlivých setkáních jsou pak kromě aktuálních problémů, které přinášejí rodiče, předávány informace o tom, co je to ADHD, jaké jsou příčiny poruch chování, neklidu, co to pro děti znamená. V další „lekcích“ se pak pracuje s rodinou jako systémem (hierarchie rodiny, rodinné vazby, původní rodiny, partnerské a manželské problémy,

bezpodmínečným přijetím dítěte a stanovení hranic, důslednost ve výchově. V neposlední řadě je důležité se naučit vyjadřovat a regulovat emoce.

2.3. Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie vznikla v druhé polovině 20. století. Prostřednictvím kognitivní terapie je rozšiřována původní behaviorální terapie. Terapeut se soustřeďuje na proces učení. Předpokládá, že změnou chování můžeme navodit změnu myšlení. KBT je aktivně orientovaná terapie, která je založená na systematickém programu, kdy krok po kroku dochází k odstraňování příznaků. Terapeut se podrobně nezajímá o minulost, předpokládá, že vadnými myšlenkovými vzory vzniká chybné chování a negativní pocity. A s tímto chováním jsou spojené překážky každodenního života. Každá terapie je vytvořena dle konkrétního klienta, který si stanoví cíle, kam by se měla jeho terapie ubírat, čeho chce dosáhnout, jak budou na dosažení cílů pracovat. V rámci KBT existují 3 rozdílné přístupy. První přístup se zaměřuje více na ovlivnitelné chování a myšlení a postoje, které pomáhají k žádoucí změně chování (Wilson, 1989, Fishman a Franks, 1992). Druhý přístup jde spíše kognitivním směrem, změny myšlení dosahuje především experimenty s chováním (Crower, Casey, Dryden, 1988). Třetí přístup je zastoupen autory Mahoneyem (1988, 1991) a Meicheanbaumem (1992), kteří KBT staví na konstruktivistických základech. Podle tohoto modelu poznání neukazuje realitu, ale jen určité uspořádání světa. To je určeno naší zkušeností. Skutečnost vytváříme každý sám. Každý si utváříme vlastní skutečnosti, kterou jsou naší oporou. Klient si v tomto přístupu KBT utváří schémata, která mají sebepodryvající charakter a působí automaticky, naplňují negativní předpovědi. Klient s pomocí terapeuta tato schémata mění a utváří realitu, která bude pomáhat dosažení stanovených cílů. Terapeut spíše zkoumá, nepřesvědčuje, je pružný, není tolik direktivní.

KBT využívá tradiční racionalismus a logický pozitivismus. Pomáhá tak klientovi, aby si uvědomil způsob zkresleného myšlení a nefunkčního chování. U nás se setkáme nejčastěji s pracemi Praška, Možného nebo Šlepeckého. Praško (2013) uvádí tyto hlavní zásady KBT přístupu:

- Krátkost a časová omezenost – obvykle se realizuje do 20 sezení, výjimečně 30 a více
- Otevřená aktivní spolupráce jako základ vztahu mezi terapeutem a klientem
- Východisko v teoriích učení
- Zaměření na přítomnost
- Zaměření na konkrétní ohraničené problémy
- Zaměření na to, co je pozorovatelné a vědomé
- Stanovení konkrétních funkčních cílů
- Směřování k soběstačnosti klienta – procvičováním získává klient dovednosti, zvládá problémové situace, roste sebevědomí ve vztahu ke zvládnutí problémů
- Důkaz na vědeckost – KBT sbírá fakta, pracuje s měřitelnými daty, vytváří hypotézy a ty pak ověřuje

U dětí s ADHD se ověřily především techniky pozitivní podpory a ABC model, které si představíme níže.

ABC model

ABC model, někdy též analýza ABC je přístup z KBT, který spočívá v tom, že vzorce chování člověka jsou ovlivněny předcházejícími událostmi (activating events, antecedence) a následujícími událostmi consequences, konsekvence). Změníme-li antecedence nebo konsekvence nežádoucího chování, můžeme dosáhnout změny v četosti výskytu projevů nežádoucího chování (Munden, A., Arcelus, J., 2006). V tomto modelu *A* jsou události bezprostředně předcházející nežádoucímu chování zastupovaným písmenem *C*. Pod *B* (beliefs) se skrývá vnitřní vyhodnocení situace, nějaké připomínky, důvěra nebo nedůvěra, zkušenosti, přesvědčení o sobě, přesvědčení o druhých. Podoba nežádoucího chování je ovlivněna prostřednictvím *A* a *B*.

ABC MODEL



Rodiče si při využití tohoto modelu vedou deník situací, které předcházejí nežádoucímu chování. Spolu s terapeutem pak zkusí sestavit schéma nevhodného chování a jemu předcházejících událostí. Důležité je pro rodiče rozlišit místo výskytu nežádoucího chování, čas výskytu, přítomnost dalších osob atd. Popisem projevů chování a i jemu předcházejících událostí může terapeut lépe pochopit, co rodina prožívá.

Dalším krokem je zaznamenat si, co po projevu nežádoucího chování následovalo. Jak na to rodiče reagovali, jak reagovalo dítě, sourozenci. Toto zaznamenávání může pomoci v uvědomění si rodičovských reakcí, pro dítě důsledků, které může jeho chování mít. Můžeme tak zabránit tomu, aby naše reakce naopak nespustila další vlnu nevhodného chování. Jako příklad uvádí Munden (2006) situaci, kdy dítě nechce být s návštěvou v obývacím pokoji, radši by byl ve svém pokoji, kde rádo hraje na počítači. Nevhodným chováním přiměje rodiče k tomu, aby ho „za trest“ poslali do pokojíčku. To je pro dítě odměna, rodiče tak nevědomky posílili nevhodné chování. V budoucnosti je proto pravděpodobné, že se toto chování bude opakovat, aby zase mohlo dítě odejít do pokojíčku. Terapeut a rodiče se ve spolupráci snaží měnit některé předcházející události, ale i ty následující. Výskyt nežádoucího chování se tím může významně snížit. Rodiče ze začátku spolupracují velmi úzce, ale jakmile pochopí princip této techniky, tak ji mohou využívat i samostatně.

Tabulka 3 - stručný přehled analýzy ABC

Antecedence – předcházející události	Popis chování	Následné chování – konsekvence
Co se stalo před nežádoucím chováním?	Jak vypadá začátek takového chování?	Změny v požadavcích a očekáváních, které na dítě ostatní po jeho špatném chování mají.
Kdo byl tomuto chování přítomen?	Co dítě dělá, říká?	
Kde k němu došlo?	Jak často k podobnému chování dochází?	Změna míry pozornosti, které se dítěti po špatném chování dostává.
Ve které denní době se chování vyskytlo?	O jak vážný projev chování jde?	
	Jak dlouho toto nežádoucí chování trvá?	Úspěšnost dosažení okamžitých cílů a přání dítěte.

(Munden., A., Arcelus., J., 2006, s. 92)

Pozitivní posilování

Používanou metodou KBT je pozitivní posilování. V příkladu výše jsme si uvedli, že u dítěte došlo k posílení nežádoucího chování tím, že mu rodiče poskytli nevhodnou formu trestu. Při vhodně využitém oceňování (reakcí rodičů na nežádoucí chování) může být určité chování častější.

Pokud chceme využívat pozitivní podpory, posilování, musí rodiče dítěti **co nejpřesněji popsat chování**, které od něj očekávají. Rodiče by se měli zajímat, zda dítě pochopilo, jaké chování je přípustné a jaké ne. Často se mezi rodiči o dítěti řekne, že je to zlobivé dítě, hodné dítě. Ale co to konkrétně pro dítě znamená? Je to, že nechce dát bráškově hračku, to, co tím „zlobivý kluk“ myslíme? Pokud rodiče chtějí, aby dítě pochopilo, co je špatně, musí mu to říct co nejkonkrétněji. Například řeknou: „*líbí se mi, jak se sám oblékáš*“ nebo „*nelíbí se mi, že neuklízíš boty do botníku*“.

Rodiče musí dítěti **vysvětlit, jaké následky** bude jejich chování mít. Konkrétně nastavit podmínky. Například: „*když nebudeš uklízet boty do botníku, nebudeš se moct koukat na večerníček*“ nebo „*když se budeš takhle hezky oblékat každý den, budeš si moct v neděli vybrat nějakou pohádku navíc*“.

Správné chování pak rodiče musí **vždy odměnit**. Jen tak dítě pochopí, že se mu to podařilo, že bylo „hodné“, že splnilo to, na čem se domluvili.

Na nežádoucí chování by rodiče do určité míry **neměli reagovat**. Děti často slyší, že něco nedokázaly, že se nechovali tak, jak měly. Následkem toho děti ztrácí odvahu něco dělat, nevěří samy sobě.

Rodiče mohou dítěti pomoci zažít úspěch, dosáhnout žádoucího chování, pečlivým **plánováním situací**. Budou-li se snažit předcházet situacím, které u dítěte vyvolají nežádoucí chování, nebudou muset dítě „kázat“, dítě bude cítit větší podporu a sebedůvěru. Když víme, že dítě má problém s čekáním ve frontě, poskakuje tam, křičí, pokusíme se omezit návštěvy pošty v největším návalu.

U pozitivního posilování hraje velkou roli odměna. Každé dítě na ni může reagovat jinak, odměnou mu je něco jiného. Záleží to na věku, možnostech rodiny, přechozích zkušenostech. Některé dítě lze odměnit jídlem, jiné hrou na PC, další návštěvou herny, kina, atd. Dítě nejlépe znají rodiče, proto by ve spolupráci s ním měli vytvořit vhodný motivační plán. Motivační plán je dobré mít zkonkretizovaný a názorný. Nakreslený na nástěnce, na lednici. Dítě může sbírat konkrétní body, které následně vyměňuje za větší odměny. Je vhodné to ale mít předem domluvené a dodržovat to.

Tabulka 4 - ukázka motivačního plánu

Za každý den, kdy budeš mít boty uklizené v botníku, vybarví jedno políčko				
	První odměna	Druhá odměna	Třetí odměna	Čtvrtá odměna

Aby došlo ke správnému posilování žádoucího chování, pochvala a odměna by měly následovat bezprostředně po projevu žádoucího chování. Zůstaneme-li u příkladu s botami, tak když přijde maminka domů a dítě má boty uklizené, měla by mu to maminka hned dát najevo, že si toho všimla „*Jsem ráda, že vidím boty v botníku, pojd' si vybrat nálepku*“. Samozřejmě jsou situace, kdy splnění odměny není hned možné. Ale reakce rodiče, pochvala, uznání, jsou též potřebnou reakcí. Pokud půjde maminka s neklidným synkem na poštu pro balíček a chlapec ve frontě bude „klidný“, dle motivačního plánu za to má mít nálepku, tak je potřeba, aby mu maminka po odchodu

z pošty řekla: „Pájo, jsem ráda, že jsi to tak hezky zvládl a nemusela jsem tě okřikovat. Až přijdeme domů, vybereš si novou nálepku.“

Kromě pozitivního posilování odměnou mohou rodiče reagovat formou **trestu**, ale to by mělo být opatrně a zřídka využíváno. Opakované a přísné tresty jsou pro dítě demotivující.

Využívá se také tzv. **oddechový čas**, kdy dítěti vytvoříme bezpečné místo, kam se může schovat, když se u něj nežádoucí chování objeví. Přinutíme dítě, aby zde po domluvenou dobu setrvalo, oddechlo si, načež se vrátí a začne nanovo. Pokud se opět projeví nežádoucí chování, opakuje se i oddechový čas. Délka pobytu v oddechovém prostoru by neměla být dlouhá, měla by být přiměřená věku a chování.

2.4. Ergoterapie

Ergoterapie se pro práci s dětmi s ADHD používá především v Německu. V České republice pracují ergoterapeuti především v ambulantních a lůžkových lékařských zařízeních, v léčebnách, stacionářích, odlehčovacích službách. Odpovídající podporu u nás poskytují speciální pedagogové a psychologové v pedagogicko-psychologické poradně, speciálně-pedagogickém centru. Cílem ergoterapie je zlepšení kompetence jednat, zlepšit samostatnost a soběstačnost v praktickém životě. Tyto obtíže se objevují i u klientů s diagnózou ADHD, proto je na místě využít metody ergoterapie pro zlepšení praktického života dětí i dospělých. Ergoterapeuti sledují klienta v běžném životě, zjišťují, jaké každodenní činnosti dětem dělají potíže, zjišťují, proč jsou děti neúspěšné. Společně s rodiči, učiteli a hlavně s dítětem pak vymýšlejí strategie, jak překonat problém, jak se mohou zapojit do běžného života s co nejmenšími potížemi. Zapojení všech osob, které se zapojují do výchovy, je pro ergoterapii klíčovým bodem. Rodiče, učitelé a další vychovatelé obdrží pomůcky, podněty a možnosti, kterými dítě mohou v průběhu dne rozvíjet, podporovat. Dostanou náměty na úpravu prostoru ve škole i doma tak, aby příprava na vyučování byla co nejefektivnější (Winter, B., 2018).

Ergoterapeuti se specializují na tréninkové programy, které pomáhají dětem, rodičům a vychovatelům v každodenním životě. Níže bude zmíněno několik rad a triků, které

mohou v každodenním školním i domácím životě pomoci překonat pro mnohé zanedbatelné obtíže, které však dětem s ADHD a jejich okolí znepríjemňují práci. Vycházíme z práce Britty Winter z roku 2018, která jako ergoterapeut pracuje s dětmi od roku 1987. Postupem času se specializovala na děti s ADHD, publikovala ergoterapeutický program pro děti Wunstrorfský koncept a pracuje s dětmi i rodiči. V našem prostředí je mezi rodiči populární její kniha Jak na ADHD a problémy s pozorností, kde jsou uvedeny praktické tipy na každý den.

Dítě má potíže naučit se novým věcem

Učit se něco nového dětem přináší vedle radosti i mnoho stresových okamžiků. Děti s ADHD mají větší problémy se naučit něco nového, musí na naučení se každé nové dovednosti vynaložit větší úsilí, potřebují na to více času. Jsou neúspěšní a neúspěch je vede k menší motivaci. Jak zařídit, aby bylo učení se novým věcem pro všechny příjemné? Osvědčilo se držet se následujících rad.

- Předem si promyslete, zda je úkol pro dítě reálně zvládnutelný, jestli dítě má dostatečné dovednosti k tomu, aby úkol úspěšně splnilo.
- Mluvte s dítětem o tom, jak se má úkol splnit, konkrétně si ujasněte cíl.
- Společně plánujte provádění úkolu.
- Pomáhejte dítěti při realizaci úkolu tak, že připravíte vhodné prostředí, podpoříte optimální výkon dítěte, necháte dítě zopakovat postup, pozorujete a chválíte i při dílčím úspěchu. Když dítě udělá chybu, nekárejte ho za ní.
- Po splnění úkolu ho společně ohodnoťte, z chyb si vezměte ponaučení, vymyslete společně nový plán, jak to příště zvládnout lépe.
- Buďte dítěti vzorem. Ukažte mu, jak může úkol splnit (Winter, B., 2018).

Dítě je neorganizované/ nesamostatné

Děti s ADHD jsou velmi často nesamostatné, jejich práce působí neorganizovaně. Mnohdy je nepustíme k jednoduché činnosti, protože jim dlouho trvá, než se do práce pustí. Pak ztrátu času dohánějí chaotickým chováním. Aniž bychom podpořili a umožnili samostatné jednání, děti samostatnosti nenaučíme. S ohledem na věk by i

malé děti měly být zapojeny do praktického chodu domácnosti, měly by mít své povinnosti. Jak na nácvik samostatnosti?

- Zapojte děti do péče o domácnost.
- Úkoly, které má dítě plnit, vybírejte společně podle toho, na co si troufá, že zvládne splnit úspěšně.
- Ukažte dítěti, jak činnost provádíte vy, nechte si ukázat, jak bude ono plnit svůj úkol. Vysvětlete si přesně, co a jak děláte.
- Vytvořte si karty pracovních kroků. Například ranní rutinu v koupelně rozfázujte do jednotlivých kroků, které nakreslíte (nebo vytisknete z internetu). Karty si dítě umístí tak, aby je mělo ráno na očích. Zraková podpora vede k zautomatizování činností, umožní samostatnou kontrolu, zvyšuje možnost úspěchu a tím posiluje sebedůvěru.

Co pomáhá při organizaci činnosti? Když dítěti vysvětlíme následující triky, pomůže mu to s organizací činnosti. Je dobré si vytvořit kartu s vizuálním znázorněním, kterou bude mít na dobře dostupném místě.

- Nejprve dítě musí zjistit, jestli podává optimální výkon pro danou činnost. Dále by si dítě mělo připravit pracovní místo a vzpřímeně se usadit.
- Dítě by se mělo naučit zastavit a dávat pozor – tedy pořádně se dívat a poslouchat. Co je mým úkolem? Co pro splnění úkolu potřebuji?
- Dítě začne plnit úkol. Mělo by u plnění vydržet. Může si opakovat: „pracuji pečlivě, krok za krokem, správným tempem, nenechám se rušit.“
- Když si dítě úkol zkontroluje, může jej považovat za ukončený. Završí to úklidem pracovního místa (Winter, B., 2018).

Když si dítě málo věří

Dostatečná sebedůvěra je pro dítě přínosná ve zvládnání nových situací, navazování kontaktu s druhými, ke spokojenějšímu životu. Děti s poruchou pozornosti však často slýchají slova kritiky, zažívají neúspěch, jsou napomínány. Ztrácí chuť zkoušet nové věci, ve kterých si nejsou jisté, nevěří si, často používají spojení „to stejně nezvládnou,

jsem hloupý“. Přestože se hodně snaží, víc než vrstevníci, nedostane se jim dostatečné odměny.

Je na dospělých, aby dítěti pomáhali sebedůvěru vybudovat, poznat silné stránky dítěte, naučit ho vážit si sebe a věřit si. Rodič by dítěti měl ukazovat svou náklonnost, lásku, bezpodmínečné přijetí i v situacích, kdy se mu nedaří, kdy je neúspěšné. Mělo by být přijímáno takové, jaké je.

- Ukažte dítěti svou náklonnost, poskytněte mu bezpečnou láskyplnou náruč. Buďte na něj hrdí.
- Věnujte dítěti skutečný čas, kdy budete přítomni jen pro něj, budete mu věnovat plnou pozornost.
- Zajímejte se o to, co dítě dělá, co chce zkusit, co má rádo, co je pro něj důležité, aniž byste to kritizovali.
- Buďte konkrétní. Konkrétně mu řekněte, co se mu povedlo (i nepovedlo), co na něm máte rádi, na co jste pyšní.
- Chvalte za úspěch (i částečný), podporujte při neúspěchu. Dávejte mu možnost zažít úspěch tím, že bude dostávat splnitelné úkoly.
- Když se mu něco nepovede, připomeňte, že chyby jsou normální, chybami se člověk učí.
- Před kritikou ho alespoň třikrát pochvalte (Winter, B., 2018).

Když existuje mnoho napětí

Výchova dětí je náročná. Výchova náročných, neklidných a nepozorných dětí je ještě náročnější. Velice často roste napětí u dítěte i rodiče. Dětem déle trvá, než zareagují na pokyn dospělého, dospělý ztrácí trpělivost, napětí stoupá, až dospělý bouchne. A dítě na to reaguje napětím též. Je to jako začarovaný kruh, rodiče jsou unavení, vyčerpaní, podráždění. Mnohdy se to podepíše na vzájemném vztahu mezi rodičem a dítětem. Cílem rodičů by mělo být, aby dítě bylo vyrovnanější, klidnější, projevovalo se méně nevhodnými způsoby chování, aby vztah mezi rodičem a dítětem byl harmonický, klidný, vyrovnaný. Jak na to?

- **Triky se zájmy a silnými stránkami** - uvědomí-li si rodiče silné stránky svého dítěte, učiní důležitý krok ke zlepšení vzájemného vztahu. Souvisí s tím výše zmíněné rady na zlepšení sebevědomí. Pomoci mohou též „drahokamy“ nebo „aplaudující kartičky“, kdy s každým drahokamem nebo kartičkou dítěti popíše rodič jeho pozitivní vlastnost. Dítě si zkonkretizuje silnou stránku, úspěch. Spojí si ho s příjemným zážitkem. Ve škole je možné tyto silné stránky dětí sepsat na osobní plakáty.
- **Trik s rituály, s denním a týdenním plánem** – pokud dítě bude mít pravidelně se opakující situace, orientuje se díky nim lépe v průběhu dne. Dává mu to pocit bezpečí, jistotu, orientovanost. Klesá pak podrážděnost a nežádoucí chování. Společné pravidelné rituály (například společná večeře, sledování večerní pohádky) pomáhají zlepšovat vzájemné vztahy uvnitř rodiny. Tím, že bude mít dítě známou strukturu dne, mohou rodiče předejít řadě zbytečných stresových situací.
- **Trik z reklamy na tatranku aneb kvalitní čas** - každý rodič chce, aby čas strávený s dětmi, byl plný společných zážitků a zkušeností. Z vnějšího světa na rodiny působí často silný tlak, neklid, jsou kladené vysoké nároky na rodiče. Pro upevnění pozitivní vazby mezi dítětem a rodičem je důležité dát mu prostor a čas. Časem na tatranku bychom mohli rozumět společný čas, kdy jsme zcela spolu bez rušení telefonu, emaily. Čas, kdy dítě není kritizováno, má naši náklonnost.
- **Trik s humorem a fantazií** – humor přináší do vzájemného vztahu více klidu než neustálé kárání, kritizování, poroučení. Když má dítě večer problém s usnutím, je možné zapojit fantazii a zahrát si například na noční vlak, který má v danou dobu být připravený, proto se dítě rychle musí připravit do postele (samozřejmě se musí hra přizpůsobit věku a zájmu dítěte). U ranního oblékání můžou jednotlivé kusy oblečení soutěžit, který bude rychlejší, atd.
- **Trik s pochvalou** – pochvala potěší každého, ukáže nám, že jdeme správným směrem, poskytne zpětnou vazbu, motivuje nás k dalšímu konání. Mnohdy stačí pochvalné zamručení, pohled, pohlazení. Aby pochvala plnila svůj účel, měla by přijít hned po úspěchu. Pro rodiče dětí s ADHD je mnohdy těžké najít něco, za co mohou dítě pochválit. Chválí ho málo nebo na pochválení zapomenou.

Pomoci si můžou tím, že mají v jedné kapse ukryté drobné kamínky, korálky. Za každou udělenou pochvalu směrem k dítěti si přendá kamínek do druhé kapsy. Když se přendají všechny, může si rodič být jistý tím, že bylo dítě dostatečně pochválené (Winter, B., 2018).

Když je dítě neposedné nebo zasněné

Mozek dětí s poruchou pozornosti a aktivity neumí vytvořit optimální stav aktivace potřebný pro vykonávanou činnost. Nervová soustava dětí je nedostatečně nabuzená, výkonnost kolísá. Děti jsou zasněné, zpomalené, reagují opožděně, na všechno mají hodně času, jsou pracovně velmi pomalé, nestíhají úkoly dokončit. Zvýšeným motorickým neklidem se pokoušejí toto oslabení kompenzovat a regulovat tak svou bdělost. Děti neklidné, impulzivní a hlučné mají naopak nervovou soustavu silně nabuzenou. Neumí nabuzení ovládat, přizpůsobit se situaci. Je to velmi častý rys, který učitelům ukáže, že s dítětem „něco není v pořádku“.

- **Trik s motorem** – přináší dětem lepší poznání vlastního „motoru“. Každé dítě si snadno může představit, že jinou aktivaci potřebuje při usínání, jinou při sportu či plnění domácích úkolů. Pro lepší vizualizaci si rodič s dítětem vytvoří otáčkoměr, popisují jednotlivé denní činnosti a potřebné „otáčky“. Dítě se tak naučí znát samo sebe. Když bude příliš nabuzené, bude vědět, že se potřebuje uklidnit, aby mohlo splnit správně zadaný úkol. Uklidnění může mít spojené se snížením intenzity světla, klidnou hudbou, omezením pohybu, zklidnit může pití studeného nápoje, žvýkání žvýkačky. Mnoho dětí s ADHD se zklidňuje, aniž by to bylo vědomé, koušou si trička, tužky, propisky, atd. Naopak pro nabuzení potřebuje dítě jasnější světlo, čerstvý vzduch, rozpohybovat se, měnit polohy těla atd.
- **Trik se svalovým napětím a pohybem** – zvýšený neklid, neposednost, napětí v těle. Jeden z častých příznaků ADHD. Děti jsou myšlenkami jinde, unaví se rychleji, válí se po stole a vypadají vyčerpaně. Bdělost je řízena ve stejném mozkovém centru jako svalové napětí, proto spolu velmi úzce souvisí. Unavená centrální nervová soustava sebou nese unavené, ochablé svaly, držení těla ochablé. Bdělou centrální nervovou soustavu doprovází vzpřímené držení těla,

napjaté svaly. Neposedností se pokouší zvyšovat svou bdělost, aby mohlo lépe zpracovávat informace. Pokud se dítě zklidní (často na nátlak okolí), bdělost se opět sníží a vzroste únava. Aby dítě udrželo co nejstabilnější svalové napětí, je dobré ho nechat měnit polohy při práci (stání, sezení), podporovat dynamické sezení, při náročnějších úkolech dbát na vzpřímené sezení. Pravidelně by měl být zapojován sport i fyzicky náročné činnosti.

- **Trik s držení těla a se sezením** – jak bylo zmíněno výše, dobré svalové napětí se podílí na podpoře bdělosti nervové soustavy, pomáhá podávat lepší výkony. Při dynamickém sezení dochází k častým změnám polohy sedu. Dochází tím ke změnám v aktivaci jednotlivých svalových skupin. Neposednost je tedy považována za žádoucí, každá změna polohy dítě znovu aktivizuje. Sed na hraně židle je vhodný v situacích, kde potřebuje dítě dostat motor do optimálních otáček, potřebuje sedět vzpřímeně a soustředit se. Pomoci k tomu může posunutí se na okraj židle, sezení na klínovém polštáři v předklonu.
- **Trik s VCPC** – vzpřímení, centrování, přiměřené tempo, cílená přesnost. To jsou senzomotorické principy, které by měly být v průběhu dne naplněny, aby docházelo ke zlepšování bdělosti nervové soustavy. Dítě by tak mělo mít možnost plnit úkoly ve vzpřímené pozici, měly by být zapojovány aktivity, kdy se trénuje selektivní pozornost (například Kimovy hry), aktivity by měly probíhat v tempu přiměřeném dané aktivitě, je vhodné nabízet aktivity, které vyžadují cílený a přesný pohyb (Winter, B., 2018).

Když je dítě nepozorné

Děti s problémy s pozorností nejsou nepozorné, ale věnují pozornost všem podnětům, které jsou kolem nich. Neumí mezi nimi vybrat to, co je důležité a čemu by se měly věnovat. Pojí se s tím chyby, snadné rozptylování se, zaměření pozornosti na konkrétní úkol je obtížné. Pozornost je možné trénovat a tím omezit dané nepříjemnosti.

- **Trik s elementárními dovednostmi** – aby dítě mohlo úspěšně splnit úkol, musí pořádně poslouchat, co je zadáním, pořádně se dívat, co má dělat, a pořádně zkontrolovat splněný úkol. Rodiče mohou tento způsob práce podpořit při každodenních domácích činnostech zapojením her, vizualizací.

- Trik pro udržení pozornosti – každý den se kolem nás objevuje mnoho hluku, neklidu, který rozptýlí dětskou pozornost. Je vhodné děti učit odlišovat jednotlivé vjemy a rušivé vjemy nevnímat, nereagovat na ně. Například mohou být využity aktivity, kdy se rodič bude snažit dítě cíleně rozptylovat při práci. Za každé rozptýlení získá rodič bod. Za každou minutu, kdy se dítě soustředí, získá bod dítě.
- Trik s rozdělenou pozorností – při nejedné činnosti je vyžadováno rozdělování pozornosti. Například ve škole dítě musí dávat pozor na výklad učitele, na to, jak píše, jak klidně sedět na židli. Tato dovednost se dá s dětmi nabízením her, které vyžadují vykonávání více činností najednou, natrénovat (Winter, B., 2018).

Potíže s pravidly a úkoly

Děti s poruchou pozornosti mnohdy pravidla znají. Vědí, že jsou účinná, že mají své povinnosti. Ale přesto je nezvládají dodržovat, aniž by je to nestálo velké úsilí. Vzniká tak koloběh vysvětlování pravidel, roste napětí mezi rodičem a dítětem, někdy se můžou objevit výbuchy vzteku, bezradnost. Z tohoto začarovaného kruhu se dá vyklouznout několika možnostmi.

- **Trik s požadavky** – v průběhu dne po dětech rodiče často něco požadují. A požadavky sdělují rozkazovacím způsobem, což v dětech vzbuzuje odpor. Aby děti požadavkům lépe vycházelo vstříc, měly by pokyny být zadávány tak, aby si rodič byl jistý tím, co po dítěti chce. Zároveň požadavky musí odpovídat vývojovým schopnostem dítěte. Pomáhá pamatovat si, že pokyny mají být jasné, krátce formulované, při zadávání bychom měli dodržovat zrakový (a dle potřeby fyzický) kontakt. Necháme si od dítěte zopakovat zadání, abychom zkontrolovali, zda mu rozumí a pamatuje si ho.
- **Trik s pravidly** – každý tým funguje, pokud jeho členové dodržují nějaká pravidla, cítí se být členy týmu, tým je přijímá, respektuje, bere vážně, miluje. Rodina i třída jsou tým, u kterého je žádoucí, aby dobře fungoval. K dobrému chodu a harmonické souhře pomáhají jasně stanovená pravidla, která jsou závazná pro všechny členy týmu, které slouží k lepší orientaci v týmu a zajistí

pocit bezpečí v týmu. Díky pravidlům má den řád, jasnou strukturu. Lépe jsou členy týmu přijímána pravidla, která si sami vymyslí. Pravidla by měla být pozitivně formulovaná, popisují to, co je pro nás žádoucí. Když taková pravidla s dítětem rodina vytvoří, je vhodné je znázornit graficky či písemně, vyvěsit na viditelné místo a dodržovat. Dodržování pravidel by mělo být důsledně kontrolováno a dítěti by měl být znám seznam důsledků nedodržování těchto pravidel (Winter, B., 2018).

- **Trik s bodovacími plány** – děti jsou hravé, rády soutěží a získávají hmatatelnou, konkrétní odměnu. Pozitivní posilování ve formě pochvaly, uznání či pochopení mnohdy nefunguje, děti si pod ním nic nepředstaví. Zato když budou mít bodovací plán, budou získávat body za žádoucí chování, plnění toho, co je domluvené, body si smějí za odměnu, budou děti (zvláště ty menší) motivované k práci. Odměnu vybíráme podle zájmu dítěte, je pro dítě dosažitelná, ale vyžaduje dostatečné úsilí.
- **Trik s logickými důsledky** – když ani bodovací systém nefunguje, nezabírá pozitivní posilování, pravidla jsou stále porušována, mělo by nežádoucí chování mít jednoznačné důsledky. Takovým logickým důsledkem může být, že půjde dítě do školy v pyžamu, přijde do školy pozdě (protože mu ráno dlouho trvalo oblékání a vypravování se). Když dítě neplní domácí úkoly do školy, je logickým důsledkem, že je bude mít nesplněné a bude mít nepříjemnosti s učitelem. Když večer zlobí v posteli při čtení pohádky, tak rodič pohádku nečte, atd.
- **Trik se signálem STOP** – především u mladších dětí s velkým nabuzením bývá častým problémem, že neví, kdy mají přestat, kde jsou hranice a kdy už je na hranici. V tu chvíli rodič/učitel zvedne ruku, může zvednout kartičku, značku, dá dítěti znamení STOP, po kterém následuje oddechový čas, aby se dítě zklidnilo, zpomalilo, zastavilo.
- **Trik s dýcháním** – když se dostane rodič s dítětem do konfliktu, dělá dítě to, co vycítí z dospělého. Křičí-li dospělý, křičí i dítě. Východiskem je dýchání. Nadechnout se, vydechnout, zklidnit svůj dech. Pokud je konflikt vyostřený, dospělý by se nezvládl zklidnit, je lepší, když odejde na chvíli a dopřeje si oddechový čas. Stejně tak dítě. Když se bude vztekat, nebude poslouchat, nechte ho stranou v bezpečném místě vydýchat, zklidnit se (Winter, B., 2018).

Častý stres s ostatními dětmi

Žádný rodič nechce, aby jeho dítě bylo ostatními odmítané, izolované. Snaží se o integraci do společnosti, chce, aby mělo dostatek přátel. Děti s poruchou pozornosti však mají obtíže v sociálních kompetencích, projevují se nápadně, mohou se projevat impulzivně, nedodržují pravidla, neradi čekají, jsou netrpělivé, provokují, nebo jsou naopak bojácné, nejisté. Neumí navazovat přátelství, sociální vazby jsou slabé.

- **Trik se vzory** – děti se učí nápodobou, je tedy na rodiči, aby mu byl dobrým vzorem, aby mu pomohl s rozvojem sociálních kompetencí.
- **Trik s „nalezením přátel“ a „týmem“** – rodič není jediný, od koho se dítě nápodobou může učit. Značné dovednosti získávají od vrstevníků nejen ve škole, ale i mimo ni. Někdy je složitější takové skupiny najít, když je dítě „neoblíbené“. S rodičem pak mohou přemýšlet nad tím, co může dítě udělat pro to, aby si nějaké kamarády našlo. Chce za každou cenu vyhrát a vzteká se, když to tak není? Pak je to možné změnit. Rodič by měl zdůrazňovat, jaké má dítě kladné vlastnosti, na kterých mohou přátelské vazby stavět (Winter, B., 2018).

2.5. Kids' skills

Kids' Skills

1. Přetvořte problém na nové dovednosti, které se dítě může naučit.

2. Mluvte s dítětem o tom, jakou dovednost chcete, aby se naučilo.

3. Pomozte dítěti vidět přínosy nové dovednosti pro ostatní i pro dítě samotné.

4. Nechte dítě pojmenovat novou dovednost.

5. Požádejte dítě, aby si našlo kouzelného spojence, který mu pomůže naučit se danou dovednost.

6. Pomozte dítěti najít podporovatele.

7. Nechte podporovatele říci dítěti, proč věří, že se dovednost naučí.

8. Naplánujte s dítětem oslavu pro situaci, až se naučí novou dovednost.

9. Požádejte dítě, aby předvedlo, co bude dělat, až se novou dovednost naučí.

10. Pomozte dítěti sdělit ostatním, jakou dovednost se chce naučit.

11. Umožněte dítěti trénovat novou dovednost.

12. Nechte dítě navrhnout způsob připomenutí, když na novou dovednost zapomene.

13. Když nastane čas oslavovat, požádejte dítě, aby poděkovalo všem, kteří ho podporovali.

14. Dejte dítěti příležitost učit novou dovednost i další děti.

15. Prodiskutujte s dítětem další dovednost, kterou se může naučit.

Information: www.kidsskills.org Illustrations: Kai Kujasalo © Helsinki Brief Therapy Institute

Obrázek 2 - Principy Kids' skills <https://www.kidsskills.cz/o-kidsskills/>

Kids'skills je přístup při práci s dětmi, který je hravý a zaměřený na řešení. Autorem tohoto přístupu je Ben Furman M. D., který tento přístup představil po roce 2004. Původně vznikly Kids'skills v mateřské škole, kterou ve Finsku navštěvují děti ve věku od 4 do 7 let s vážnými problémy (objevovaly se zde diagnózy jako autismus, poruchy chování a jiné speciální potřeby). Postupem času ale začaly být uplatňovány i u dětí starších. Ve skutečnosti na věku nezáleží, protože podle Erica Berneho je v každém z nás kousek dítěte. Hlavní principy jsou naděje, spolupráce a tvořivost. Kids'skills je tedy možné s určitými úpravami využít i u dospělých. U nás je tento přístup využíván a vyučován společností Dalet v Olomouci. Není vyhrazen pouze pro děti s ADHD, ale velmi dobře se u nich dá využít. Jak je vidět v propagačním plakátku výše, je přístup Kids'skills založen na 15 principech, krocích. Nováček v tomto přístupu by měl využívat kroky tak, jak jsou uvedeny, ale později je může brát jako zdroj inspirace a může s nimi experimentovat a utvořit si vlastní Kids'skills. Jak říká přímo zakladatel Ben Furman: *„Když lidé chodí na lekce tancování, někdy se ptají svých učitelů, zda je lepší potom v tanečním sále improvizovat anebo raději dodržovat přesně ty kroky, které se naučili na kurzu. Učitelé tance obvykle odpovídají, že je užitečné začít při tanci přesně s těmi kroky, které se naučili, a s experimentováním počkat až do chvíle, kdy se budou během tance cítit dostatečně jistí a bezpeční a až se sladí s rytmem hudby. Tehdy je možné experimentovat – měnit pořadí kroků, vynechat některé kroky nebo naopak nějaké nové kroky k tanci přidat. Tento princip se hodí i pro Kids' skills. Když budete poprvé využívat tento model, měli byste jej vyzkoušet pokud možno tak, jak je popsáný. Jakmile si jednotlivé kroky osvojíte a osvojíte si i určitý „cit“ pro Kids' skills, můžete začít různě experimentovat a hledat si vlastní způsob využití principů Kids' skills.“* (Furman, B. 2004 in www.kidsskills.cz).

Základní myšlenkou přístupu je, že u dětí nejsou problémy, ale jen dovednosti, které se ještě nezvládly naučit. Získáním dovednosti problém zmizí. Rodiče pod vedením terapeuta musí nejprve z problému, který je vnímán negativně, vytvořit dovednost, kterou dítě problém překoná. Dítě pak nemá pocit, že se něčeho zbavuje, ale že se učí něco nového, zajímavého. Samozřejmě musí být dítě motivované k práci. Motivace se prohlubuje postupným plněním kroků Kids'skills (pojmenováním dovednosti, plánováním oslavy atd.) (Furman, B., 2004).

Kroky Kids'skills:

- 1) Přeměna problémů na dovednosti – je důležité zjistit, jakou dovednost dítě potřebuje k překonání problému nebo trápení
- 2) Dohoda o dovednosti, kterou se dítě bude učit – dojednáme s dítětem, jakou dovednost se bude teď učit
- 3) Zkoumání přínosů – dítě i okolí pečlivě prozkoumá, co dítěti nová dovednost přinese
- 4) Pojmenování – společně s dítětem vymyslíme nějaké zajímavé a osobité jméno pro novou dovednost
- 5) Výběr pomocníka – dítě si vymyslí postavu (například z oblíbené pohádky, superhrdinu, zvíře), která zastupuje novou dovednost
- 6) Hledání podpory – zjistěte, kdo by mohl dítě při získávání nové dovednosti podpořit
- 7) Posílení sebedůvěry – proč má dítě věřit tomu, že se dovednost zvládne naučit? Zkuste na to společně přijít.
- 8) Plánování oslavy – připravte si s dítětem plán na oslavu, až novou dovednost získá. Kino? Zahradní party? Zmrzlinový pohár?
- 9) Detailní popis dovednosti – dovednost by pro dítě měla být co nejkonkrétnější. Ať jí popíše, může to předvést, nakreslit, vymodelovat
- 10) Zveřejnění – necháme dítě vhodně zveřejnit, na jaké dovednosti právě pracuje
- 11) Trénování dovednosti – kdy, kde a jak bude novou dovednost trénovat?
- 12) Připomenutí – jak chce dítě připomínat novou dovednost, když na učení zapomene nebo se vrátí problémové chování?
- 13) Oslava – dítě se naučilo stanovenou dovednost, je čas na oslavu za přítomnosti všech podporovatelů. Splňte přání dítěte.
- 14) Učení dalších dětí – dítě by mělo dostat příležitost předat získanou dovednost dalším dětem.
- 15) Další dovednost – domluvte se s dítětem na nové dovednosti a při jejím získávání pracujte stejně (<https://www.kidsskills.cz/o-kidsskills/>)

2.6. EEG – biofeedback – rehabilitace na neurofyziologickém základě

Český propagátor Biofeedbacku PhDr. Jiří Tyl říká, že biofeedback je zrcadlo. „*Pro druhé, tedy ty, které zrcadlo vyjadřuje, se původně češeme, myjeme, malujeme, nejprve pro druhé upravujeme výraz své tváře, abychom se tvářili přijatelně, abychom dobře vypadali... A těmi “druhými”, jejich pohledem jsme nakonec, zprostředkovaně, i my sami. Chceme se cítit lépe, vypadat lépe posléze kvůli sobě – kvůli svému obrazu. Princip biofeedbacku je v jádru právě toto zrcadlení. Vidění prostřednictvím pomůcky, nástroje, přístroje, co bez ní není vidět. Využití nástrojů/přístrojů k získání informace o sobě, abychom věděli, co zrcadlí: abychom to upravit, vylepšit ... vyléčit. Ať již jde o to, jak se tváříme, o to, co nám říká váha, teploměr, o pravidelnost srdečního tepu, či obraz elektrických proudů vyráběným mozkiem. Biofeedback je jedinečný způsob, jak se změnit.*“ (Tyl, J., dostupné online www.biofeedback.cz)

EEG – biofeedback (stručněji neurofeedback) je metoda rehabilitace na neurofyziologickém základě. Poprvé byl představen v USA. U nás je využíván od roku 1996 a využívá se především k nácviku pozornosti, paměti, sebeovládání, zklidnění impulzivity a hyperaktivity, může být používán i pro zlepšení výkonnosti, u poruch učení a pro celkové uvolnění. Úspěšný bývá též při léčbě poruch spojených se spánkem a usínáním, nočním pomočováním.

Klienti se učí ovládat své mozkové vlny prostřednictvím biologické zpětné vazby, z čehož je utvořen i název metody. Když dítě dostane okamžitou, přesnou zpětnou vazbu (pozitivní i negativní) o činnosti svých mozkových vln, může na to reagovat a navrátit do souladu. EEG – biofeedback je prováděn odborníkem, nejsou známy žádné vedlejší účinky, je bezbolestný a hravý. Na temeno hlavy je přiložena snímací elektroda, dvě elektrody jsou umístěny na uši. Snímané mozkové vlny jsou přenášeny do počítače, který analyzuje signál a vyhodnocuje informace fungování mozkových vln v daném okamžiku – zpětnou vazbu. Dítěti (nebo dospělému) se mozkové vlny zobrazují v podobě videohry. K ovládání např. auta nepotřebuje klávesnici, myš ani žádný jiný ovladač, ovladačem je činnost jeho mozku. Pokud je činnost mozku v žádoucím pásmu mozkových vln, je hráč ve hře úspěšný. Pokud se činnost mozku pohybuje v nežádoucím pásmu, úspěch se ztrácí. Mozek to vnímá a sám rozvíjí proces učení a

dostává se do žádoucích pásem mozkové aktivity (Tyl, J. dostupné online www.biofeedback.cz).

Před začátkem terapie musí odborník provést:

1) vstupní vyšetření pro zjištění potřeb každého klienta, zda zlepšovat soustředění, paměť, sebeovládání atd. Prostřednictvím vyšetření EEG odborníci zjišťují, proč mozek není plně funkční, kde jsou slabiny a pokouší se odhalit, co toto oslabení způsobuje.

2) zkušebním EEG – biofeedback tréninkem se zjistí tzv. křivka učení. Dle toho se může odhadnout účinnost EEG biofeedbacku v budoucnosti.

Videofeedback (DVD neurofeedback)

Videofeedback je způsobem, jak využívat každodenní sledování televize nebo filmů. Klient si vybere film, který mu poskytuje zpětnou vazbu. Při sledování vidí výsledek momentálního stavu své pozornosti. Například pokud bude dítě při sledování neklidné, nebude se soustředit na film, obraz se rozpadne, ztratí se. Pokud bude v tenzi, objeví se v obrazu blesky. Navrátí-li mysl do žádoucího mentálního stavu, obraz se vrátí do původní podoby. Motivací je zde děj filmu. Videofeedback je rychlým, efektivním a automatickým učením nového spektra frekvencí mozkových vln. Je vhodný zejména pro předškolní a velmi neklidné děti, které při videofeedbacku posilují pozornost, disciplínu, aniž by si uvědomovali, že se učí, se připravují na školní povinnosti. Využití nachází též u dospělých osob po cévní mozkové příhodě, vážných úrazech atd.

Biofeedback je účinný především z toho důvodu, že využívá toho, že se náš mozek rád učí, jak usnadnit řešení problémů, zefektivňovat svou činnost či zpříjemnit si plnění úkolů, když mu ukážeme možnosti. Výsledky jsou zpravidla trvalé, protože se mozek naučí lépe ovládat sám sebe a pak to spontánně dělá dál. Uloží si do paměti žádané způsoby řešení situací a bude je používat.

Po prvním vstupním vyšetření se domlouvá počet sezení, tréninků. U mladších dětí se počítá s 20 sezeními k zaznamenání větších pokroků, u starších to bývá většinou po 10 tréninzích. Nejzávažnější případy mohou vyžadovat až 40 sezení. Zpočátku by bylo vhodné, aby se sezení uskutečnila 2x až 3 týdně, postupně se zařazuje 1 – 2 tréninky.

Úspěšnost léčby je prokázána výzkumnou i klinickou cestou, jsou zaznamenány změny elektrické aktivity na EEG, ale i na magnetické rezonanci se nachází změny v organické tkáni. Vzhledem k tomu, že se EEG biofeedback používá od roku 1958, jsou zaznamenány případy, kde jsou účinky patrné i po 30 letech. (Tyl, J., www.biofeedback.cz)

2.7. Terapie hrou, play terapie

„Terapie hrou Virginie Mae Axline vychází z přesvědčení, že každé dítě má vrozenou schopnost zkoumat a zpracovávat své pocity a prožitky, včetně těch negativních, prostřednictvím hry, protože hra je „řečí“ dítěte.“ (<http://www.attachment.cz/terapie-hrou/>)

Hra je pro dítě nejpřirozenější činnost, která naplňuje velkou část jeho dne. Je to pro dítě nejpřirozenější a nejspontánnější činností. Hru používá k učení, je to pro dítě zábava, ale i odpočinek. V pedagogice je hra považována za základní výchovný prostředek při výchově dětí i dospělých.

Hru lze cíleně využít mnoha způsoby. Můžeme pro hru využít loutky, hračky, hra může být skupinová i individuální. Můžeme hrou navázat kontakt s dítětem. Dítě se při hře může odreagovat, projevit úzkost, napětí, ale může nám ukázat i agresivitu. Hra také bývá využívána pro odreagování. Významnou funkcí hry je učení. Děti se mohou prostřednictvím hry učit ovládat sebe, respektovat pravidla, hranice. Hra slouží k rozvoji komunikace, sociálních dovedností. To, co dítě nedokáže říct přímo, umí dát najevo prostřednictvím hry.

Při terapii hrou je dítě sledováno v průběhu spontánního hraní. Terapeut sleduje dítě, s čím si hraje, jak si hraje, hledá příběhy, které se ve hře objevují. Terapeut zkusí dítě při hře kontaktovat, pokouší se do hry zapojit a přinášet žádoucí změny. Prostřednictvím příběhu z hry se terapeut dostává k přímému rozhovoru o obtížích, popisu příběhu. Od terapie hrou můžeme odlišit terapeutickou hru. Ta je postavena na společné hře a jejím cílem je vybudovat bezpečné pouto mezi rodiči, posilovat toto pouto, zvýšit sebedůvěru dítěte a důvěru v rodiče. Zapojuje se tedy do terapie celá

rodina, děti s rodiči během „hraní“ prožívají radost, příjemné okamžiky, jemnost, laskavé doteky a pohledy. Dítě se cítí důležitě, rodiče ho vidí v dobrém světle. Tyto pocity rodiny běžně nezažívají, jedná se o rodiny s problémy v komunikaci, výchovnými obtížemi u dětí, často jsou to rodiny s dětmi s ADHD. Pomocí terapeutické hry se terapeut snaží napravit narušenou komunikaci. Chce, aby i „zlobivé“ dítě zažívalo s rodičem pěkné okamžiky. Prostřednictvím bezpečného a blízkého vztahu můžou rodiče a děti dosáhnout žádoucí změny v chování dítěte. Děti z patologických rodin, které zažívaly rodiče pouze v negativistickém postoji, byly například týrané, vidí při hře dospělého veselého, milujícího, v bezpečném prostoru, nachází v něm důvěru, přestává se ho bát. V průběhu 50 minutového sezení jsou rodiče postupně zapojováni do dětské hry, do různých her, které vybírá terapeut. Učí rodiče hry využívat i doma.

Principy terapie hrou

Zrcadlení se využívá tak, jak název napovídá. Terapeut opakuje chování dítěte. Říká tím „Slyším tě, rozumím tomu, co říkáš“.

Stopováním říká terapeut „Vidím tě“. Popisujeme to, co vidíme, dítě a jeho činnost je středem pozornosti.

Přijetí v překladu znamená „Přijímám tě se vším, co k tobě patří.“ Terapeut popisuje chování dítěte, popisuje jeho příběh, vnímané emoce, nehodnotí, nekritizuje. Dítě tím poznává, že o pocitech může otevřeně mluvit.

Podpora sebevědomí směřuje k tomu, aby dítě zažívalo úspěchy, aby samo řešilo problémy s naší pomocí, ale neděláme to my, ale dítě. Dáváme mu tím najevo „Ty to zvládneš!“

Vytyčení limitů dodává dítěti pocit bezpečí, „Se mnou jsi v bezpečí!“. Hranice jsou jednoduché, dítě při hře nesmí ubližovat sobě ani terapeutovi, nesmí ničit hračky a po hře je uklidí a odchází. Vymezením hranic se děti ocitají v bezpečném prostoru a mohou být spontánní, aniž by hlídali, co mohou a nemohou udělat.

2.8. HANDLE přístup



Obrázek 3 - Handle přístup (fb Jemný přístup nejen pro děti)

HANDLE přístup (Holistic Approach Neuro-Development & Learning Efficiency) je neinvazivní možnost diagnostiky a terapie neurovývojových obtíží. Úspěšně se používá u poruch autistického spektra, ADHD, poruch učení, poruch vývoje řeči, paměti, chování, k léčbě DMO, Tourettova syndromu atd. HANDLE přístup je vhodný nejen pro děti/dospělé s neurovývojovými obtížemi. Je vhodný pro všechny, kteří chtějí, aby jejich mozek fungoval lépe. Ať už mají za cíl snadněji se učit cizím jazykům, řídit auto s jistotou, mít své emoce více pod kontrolou, zlepšit svou paměť, zdokonalit svou pohybovou koordinaci či být organizovanější v osobním i pracovním životě (Širmerová, Z., 2011).

Při použití HANDLE přístupu nezajímá odborníka stanovení diagnózy jako takové, klíčové pro něj je odhalení příčin daného chování. Specialista chce zjistit, proč se chová tak, jak se chová, co mu brání chovat se „žádoucím způsobem“. Pro volbu nejvhodnějších technik využívá pozorování dítěte, sbírá informace od pečující osoby.

Chování dítěte je pro specialistu signálem o tom, jaké dílčí systémy nervové soustavy, mohou být narušeny. Prostřednictvím nejrůznějších pohybových aktivit a pomůcek dochází k jejich posilování v každodenním životě (Širmerová, Z., 2011).

V HANDLE přístupu se považuje klient za celek, neodlišuje se vnější a vnitřní prostředí klienta, zajímáme se o celý vývoj od početí po současnost. Na základě individuálního vyšetření je pro klienta sestaven soubor jednoduchých pohybových aktivit, které nevyžadují speciální pomůcky a dají se provádět doma za přítomnosti rodiče. Pokud jsou potřeba nějaké pomůcky, jedná se o dostupné předměty nebo předměty denního použití využité jinak, řada pomůcek se dá svépomocí vyrobit. Kdybychom se na lidské chování podívali z neurobiologického hlediska, chování funguje na základě neurovývojových (senzomotorických) systémů, které mají hierarchickou organizaci. Všechny systémy jsou na sobě závislé a narušením jednoho dochází k ovlivnění ostatních. Nervový systém je pružný, je schopný se adaptovat na změnu, což nám umožní zotavit se z některých úrazů a chorob. HANDLE přístup se snaží oslabené systémy organizovat a zlepšit jejich funkci, čímž dojde k ovlivnění ostatních systémů a procesu učení. Kloubí tak v sobě poznatky z psychologie, rehabilitace, neurobiologie, speciální pedagogiky, medicíny, výživy atd. (The HANDLE® Institute, 2010).

Vyškolený specialista se při vyšetření zajímá o to, jak klient plní jednotlivé úkoly, pozorně ho sleduje, protože to může poskytnout cenné informace o fungování jeho nervového systému a smysl. Vytvoří se pak neurovývojový profil, mapa konkrétního klienta, který zaznamenává fungování nervového systému. Následně sestaví program aktivit. Většinou se pracuje s 6 až 13 cviky, celé cvičení vyžaduje denně 15 až 30 minut. Přestože se jedná o jednoduché úkoly, jsou neurologicky komplexní. Každý praktik HANDLE přístupu má vlastní baterii činností, ze kterých program sestavuje (Bluestone, 2008).

V ČR je HANDLE přístup znám 13 let, ale zatím zastoupen je velmi málo. V Komorní Lhotce pracují manželé Jana a Paul Baptie, kteří z mezinárodního hlediska patří mezi světovou špičku HANDLE přístupu. Jako HANDLE praktici mohou pracovat pomocí HANDLE přístupu se všemi lidmi bez rozdílu věku, rozsahu a hloubky obtíží a mohou pořádat vzdělávací akce pro specialisty i veřejnost. Na jednom takovém webináři, kde byl HANDLE přístup představován, jsem byla přítomná (ve virtuální podobě). V rámci

webináře byly představeny některé pomůcky a jednoduchá cvičení, ke kterým není potřeba žádné speciální vybavení.

První oblíbenou aktivitou u dětí je **bláznivá slámka**. Ač pití brčkem je zcela běžnou činností, je díky němu posilováno několik funkcí. Sáním jsou koordinovaným a rytmickým stimulovány obě mozkové hemisféry, což zlepšuje komunikace mezi oběma hemisférami. Pitím brčkem se procvičují obličejové svaly, což přináší zlepšení artikulace, okohybných svalů, reguluje svalové napětí při neverbální komunikaci, rozhýbává se jazyk a rty. Pití brčkem je doporučované i z řad logopedů, ale ovlivňuje i posílení svalů pánevního dna (Širmerová, Z., 2011).



Obrázek 4 - bláznivá slámka

Obejmi a zatáhni je další aktivita, kterou můžeme podporovat interhemisférickou integraci i artikulaci. Protože ke cvičení jsou potřeba pouze naše vlastní prsty, může dítě cvičení dělat i ve škole. Stačí obejmout prsty jedné ruky druhou a zatáhnout za ruce. U dítěte dochází k uvolnění svalového napětí, stimulaci reflexních bodů pro dutiny, ústa, čelisti, pomáhá rozvoji hmatového vnímání, přináší zklidnění a soustředění (Širmerová, Z., 2011).

K aktivitě **klapky na uši** potřebujeme taky pouze naše ruce, ze kterých si, jak název napovídá, uděláme klapky na uších. Toto cvičení ovlivňuje vestibulární systém, sluch a interhemisférickou integraci. Cvičení je možné opět vykonávat kdekoliv a kdykoliv, dojde k uvolnění napětí v obličeji, hlavě, krku, hrudi. Uvolněním hrtanu je regulováno

dýchání a řeč. U dětí s ADHD se používá k navození klidu, uzemnění a k udržení plynulého psychomotorického tempa (Širmerová, Z., 2011).

U dětí je oblíbená aktivita, ke které potřebujeme obruče na cvičení. Aktivita **průlezka obručí** má za cíl zvýšit schopnost reagovat automaticky, efektivně a organizovaně na dynamické změny ve vizuálních a proprioceptivních podnětech. Dítě prolézá přes gymnastickou obruč, kterou mu přemisťujeme na trase, dáváme do různé výšky. Zapojuje se tím především vestibulární systém a propriocepce. Využívá se zejména u nácviku koordinace, rovnováhy, orientace a prostor v davu, ke zpomalení dítěte (Širmerová, Z., 2011).

Pro nácvik jemné motoriky je využíván **přesun korálku**. Dítě jednou rukou přesouvá korálek, ale druhá ruka zůstává v klidu. Snažíme se tím omezit zbytečné pohyby ruky, která činnost nevykonává, zlepšovat jemné pohyby aktivní ruky, posilují se tím drobné svaly. Korálek zároveň aktivuje reflexní body na ruce a tím stimuluje mozek. Aktivita vyžaduje velkou míru soustředění se na zadaný úkol, plynulost práce (Širmerová, Z., 2011).

Tepání na hlavu rukou povzbuzuje naši bdělost, přivádí do mozku kyslík, krev, energii. Může být používáno při únavě v průběhu vyučování (Širmerová, Z., 2011).

Tepání na tvář, při kterém jemně prsty ťukáme do tváře, stimuluje trojklanný nerv. Stimulací tohoto nervu se snižuje tlak v obličeji ale i celém těle. Používá se ke zmírnění bolesti hlavy, při tikových projevech, podporuje řeč a artikulaci. Můžeme dosáhnout též zlepšení průchodnosti dutin, lepšího prokrvení obličeje, očí. Při zvýšeném neklidu se využívá k navození klidu před náročnou činností (Širmerová, Z., 2011).

Tleskání na židli je aktivita, která je vykonávána spolu s partnerem. Oba sedí nebo stojí. Vzájemně se dotýkají dlaněmi a zvedají dolní končetiny, postupně činnost zrychlují a vypadá to jako lezení. Podporujeme tím lateralizaci, diferenciaci, intershemisférovou integraci, zlepšujeme prostorovou orientaci a rytmus. Některým klientům může být nepříjemný zvýšený kontakt rukou, mohou si pak předávat hračku nebo míček. Ke správné realizaci této aktivity je důležitá kooperace obou partnerů. Jedná se zvláště pro děti o náročnější cvičení, proto je dobré s nimi pracovat krok po kroku a názorně jim cvičení ukázat (Širmerová, Z., 2011).

Točení lanem je aktivita, která opět pracuje na zlepšení interhemisférové integrace, propriocepci, synchronicitě. Při tomto cvičení je využíváno švihadlo a točí se pravidelně levou a pravou rukou. Klient se musí zklidnit, soustředit, u klientů s epilepsií může dojít ke snížení počtu záchvatů (Širmerová, Z., 2011).

Východ a západ slunce pro své provedení potřebuje malý míček, který umístí mezi paže tak, jak je vidět na obrázku. Při tomto cviku jsou kříženy obě paže, čímž se posiluje interhemisférová integrace. Dotykem se zvyšuje svalové napětí rukou a paží, posiluje hmatová citlivost, uvědomování si vlastního těla. Míček je při aktivitě sledován, pohyb míčku pomáhá plynulejším očním pohybům (Širmerová, Z., 2011).



Obrázek 5 - východ a západ slunce (Baptie, P., 2020).

Dalšími možnostmi, které jsou rodičům poskytnuty pro zklidnění neklidných dětí, jsou doma vyrobené pomůcky. Pro zaměstnání prstů jsou to například silikonové korálky, se kterými si mohou hrát, aniž by vydávaly rušivé zvuky, používat se může též fidget spinner, mohou si plosky nohou masírovat na ponožce naplněné jemným pískem, moukou, rýží. Dále mohou využít antistresové míčky, pěnové míčky na sport atd. Důležité je s dětmi domluvit pravidla využívání těchto pomůcek, využívání v době školního výkladu, kdy se dítě potřebuje soustředit na výklad, ale ne při psaní diktátu.

Pedagog i rodič by měl pamatovat na to, že bude-li dítě upozorňovat, aby v klidu sedělo, bude se soustředit na to, aby sedělo, ale ne na důležitý výklad (Baptie, P., 2020).

2.9. Další využívané možnosti podpory

Níže uvedené možnosti podpory u dětí s ADHD jsou hojně využívány v pedagogicko-psychologických poradnách a speciálně pedagogických centrech a bývají využívány jako doplňkové techniky.

2.10.1. KUMOT, KUPREV, KUPOZ, KUPUB

Všechny tyto programy pochází od PhDr. Pavly Kuncové (proto KU v názvu každého programu). Jsou využívány převážně v pedagogicko-psychologických poradnách, k jejich realizaci je potřeba mít ucelený kurz (možnost přihlášení na www.kuprog.cz).

KUMOT (KUncová MOTorika) je skupinový program pro děti od pěti do osmi let. Programu se účastní pouze děti bez rodičů, skupina dětí je stále stejná. Počet dětí ve skupině je doporučen mezi 6 a 8. V rámci deseti lekcí pod vedením speciálního pedagoga nebo psychologa děti pracují na rozvoji motoriky a sociálním začlenění dítěte. Kurz může probíhat například v PPP, ale mnohdy se kurz pořádá ve školce, kde se ho účastní vybraní žáci dané školky. Kurz je doprovázen písničkami a věnován jednomu zvířátku. Lekce trvá přibližně hodinu, v průběhu jsou využívány aktivity na rozvoj slovní zásoby, motoriky, sociální interakce, návazností lekcí se rozvíjí skupinová dynamika a trénují se sociální dovednosti. Po ukončení programu je rodičům poskytnuta zpětná vazba o průběhu kurzu (Budíková, J., Křapková, L., 2014).

KUPREV (KUncová PREVence) představuje individuální program pro děti ve věku 4 – 6 let (horní hranicí je zahájení školní docházky). Jedná se o program, který je založen na individuální práci dítěte s rodičem pod dohledem proškoleného psychologa či speciálního pedagoga jednou za dva týdny. Dítě má svůj pracovní sešit, rodič je veden metodickými pokyny. V pracovním sešitu se nachází několik témat, která provází dítě předškolní přípravou. Vhodný je kromě dětí s lehkým ADHD též pro děti z odlišného sociokulturního prostředí (Budíková, J., Křapková, L., 2014).

KUPOZ (KUncová POZornost) je program pro školní děti ve věku 8 až 12 let, kromě rozvoje pozornosti dochází ke zlepšování psychomotorického tempa. Program je individuální a trvá 15 týdnů, rodiče spolu s dítětem pod vedením psychologa/speciálního pedagoga plní úkoly v pracovním sešitě (Budíková, J., Křapková, L., 2014).

KUPUB (KUncová PUBerta) je skupinový program pro děti s ADHD v pubertě, bývá využíván i dětmi bez ADHD. V programu se seznamují děti s problémy puberty, ovlivňují se sociální vztahy, trénují se sociální dovednosti (Budíková, J., Křapková, L., 2014).

2.10.2. HYPO

HYPO neboli HYperaktivita/HYpoaktivita, Pozornost je tříměsíční intenzivní program pro děti s hyperkinetickou poruchou využívaný i dětí v předškolním věku či u raných školáků. Autorkou je PhDr. Zdeňka Michalová a je hojně využíván v pedagogicko-psychologických poradnách. Program vyžaduje spolupráci rodiče, dítěte a proškoleného odborníka, který má k dispozici sérii úkolů, ale může dílčí úkoly upravovat podle momentálních potřeb dítěte. Program může být realizován individuálně nebo v malé skupině maximálně 6 dětí stejného věku. Jednou týdně rodiče pracují s odborníkem, mají na týden zadané úkoly, které doma plní. Každá lekce trvá 1 týden, na každý den má dítě 6-7 úkolů, jejichž náročnost se postupně zvyšuje. Každou schopnost rozvíjí jiným typem úkolu. Rodiče obdrží materiál na 10. týdnů kurzu, v následujících dvou týdnech procvičují nebo doplňují úkoly dle potřeby (Budíková, J., Křapková, L., 2014). Práce na programu HYPO u dětí rozvíjí návyky, které jsou potřebné pro školní úspěšnost. Děti se hravou formou připravují na plnění zadaných úkolů, získávají pracovní návyky, které využívají později ve škole. Kromě toho mohou každodenní práci posilovat vzájemný vztah rodiče s dítětem, rozvíjí se spolupráce, dítě tráví čas s rodičem, který mu věnuje plnou pozornost (Michalová, Z., 2002).

Oblasti rozvíjené prostřednictvím kurzu HYPO:

Pozornost

Na rozvoj pozornosti je v programu HYPO kladen hlavní důraz. Většina úkolů se na rozvoji pozornosti různou mírou podílí, pro úspěšné zvládnutí předkládaného úkolu je potřeba pozorně vyslechnout instrukce, soustředit se na práci a nenechat se rozptýlit okolními jevy. V rámci programu HYPO je pozornost rozvíjena u úkolů zaměřených na rozvoj krátkodobé paměti, vizuomotorické koordinace, zrakového a sluchového vnímání. Oblast sluchové pozornosti je rozvíjena samostatně a je zapojena kromě lekce 7 a 9 do každé lekce (Michalová, Z., 2002).

Kognitivní funkce

Z kognitivních funkcí je v programu HYPO je zapojen rozvoj paměti, myšlení, řeči a matematických představ. Pro rozvoj sluchové paměti jsou využívána cvičení na opakování seznamu slyšeného, učení básniček, paměť na jména, atd. Zrakovou paměť cvičíme prostřednictvím pexesa, hledáním rozdílů.

HYPO pracuje na rozvoji zobecňování, konkretizaci, logického myšlení, pracuje s vytvářením analogií. Děti v úkolech pojmenovávají různé obrázky, přiřazují obrázky k pojmům, hledají souvislosti mezi pojmy, mají hledat logické chyby, nesmysly.

Při práci dochází k rozvoji řeči a vyjadřovacích schopností, upevňují si komunikační dovednosti, trénují rozhovor a práci se slovy.

Jednoduchým způsobem rozvíjí matematické představy a předpočetní pojmy – menší, větší, méně, více, před, pod, nad, počítání do 10, řazení podle velikosti atd.

Senzorické funkce

Spolu s rozvojem pozornosti je v programu kladen důraz na rozvoj zrakového, sluchového a prostorového vnímání a jsou rozvíjeny v každé z lekcí. Pro rozvoj sluchového vnímání se používá určování první a poslední hlásky ve slově (slovní fotbal), vytleskávání rytmu, rozlišování slov podobných, atd. Zrakové vnímání je

procvičováno prostřednictvím skládání obrázků, hledáním rozdílů, prostřednictvím bludišť nebo doplňování. Pravolevá a prostorová orientace se procvičuje například napodobováním, překreslováním.

Vizuomotorická koordinace

Vizuomotorická koordinace je rozvíjena alespoň v jednom z úkolů v každé lekci, ovšem je zároveň posilována ve všech úkolech, které pracují se zrakovým vnímáním, jemnou motorikou, pozorností (Michalová, Z., 2002).

2.10.3. Maxík

Maxík je další z oblíbených programů objevující se v nabídkách pedagogicko-psychologických poraden. Je určen pro děti předškolního věku a děti s odkladem školní docházky. V patnácti týdnech se prostřednictvím připravených úkolů pracuje na rozvoji motoriky, senzomotoriky a percepce (Budíková, J., Křapková, L., 2014).

2.10.4. FIE – Feuersteinovo instrumentální obohacování

Efektivní metoda, která vede ke zklidnění a zmírnění impulzivity je Instrumentální obohacování Ravena Feuersteina. Cílem této metody je osvojování vhodných strategií učení, řešení úkolů, děti se učí mít pozitivní vztah k učení, rozvíjí se jeho kognitivní funkce. Dle možností poradenského pracoviště se pracuje v pravidelných intervalech (většinou 1x týdně). Děti pod vedením rozvíjejí svůj potenciál do úrovně maximálních možností (Budíková, J., Křapková, L., 2014).

2.10.5. Relaxační metody

Děti s ADHD mají problém s uvolňováním nahromaděného napětí, s přebytkem energie, neumí vypnout. Člověk by si řekl, že když je někdo unavený, odpočine si. U dětí s ADHD to tak není. Ty neumí odpočívat, vypnout. Jsou jako uprostřed tržiště, kde z každé strany někdo volá. A ony se snaží vnímat všechno. Jejich hlava je pak snadno přehlcená podněty, jsou podráždění, snadno u nich vznikají afekty. Důležité proto je jim ukázat způsoby, jak mohou odpočívat, relaxovat, uvolnit se, zklidnit se. Aby byla relaxace účinná, vyžaduje přípravu. Dítě by mělo mít plnou pozornost rodiče, který ho podporuje, vede nebo vykonává aktivitu s ním. Je dobré myslet stejně jako při učení na

to, aby bylo kolem dítěte co nejméně rušivých předmětů (třeba zapnutá televize, rádio, rozestavěné lego...). Každému vyhovuje něco jiného, pokud to nejde hned, není dobré na dítě tlačit, ale spíše to zkusit hravou formou. Zde je malá ukázka toho, co je možné využít.

Práce s dechem je materiálně nenáročná. Dech máme pořád s sebou, můžeme ho využít doma, na hřišti i ve škole. Však také při rozrušení říkáme, že se jdeme vydýchat, že to musíme rozdýchat. Aby to mohlo využívat i dítě, měli bychom ho naučit dýchat zhluboka. Většinou dýchají mělce do plic, pro uklidnění je potřeba přesunout dech do břicha a prohloubit nádech i výdech. Hluboké dýchání okysličuje tělo, zlepšuje soustředění, pracovní schopnosti. Pro začátek je dobré, aby si dítě lehlo na zem, na břicho si dalo oblíbeného plyšáka, aby mohlo sledovat, jak se břicho nadzvedá, když správně dýcháme do břicha. Postupně může hračku nahradit ruka, aby si dítě dech „osahalo“. Když zvládne nádech nosem, hluboký výdech do břicha nosem, přechází se do nácviku vsedě a následně ve stoje. K dechovým cvičením můžeme využívat různé pomůcky z běžného života – brčkem foukat do vody, foukat bublifukem, vyrábět obrázky pomocí foukacích fixů atd. (Budílková, J., Křapková, L., 2014).

Jacobsonova progresivní relaxace pro děti pracuje pouze s tělem dítěte a je založena práci s napětím a uvolňováním svalů. Může se provádět vsedě, vleže, ve stoje. Dítě poslouchá pokyny rodiče, který cvičí s ním. Postupně stahuje a uvolňuje jednotlivé části těla. Po stažení přichází uvolnění a pauza před dalším stažením. Přizpůsobujeme se aktuálnímu stavu a potřebám dítěte. „*Napni ruce. Počítám 1, 2, 3, 4, 5. Povol ruce, ruce jsou uvolněné. Zamrač se, vyceň zuby. Počítám 1, 2, 3, 4, 5. Povol obličej, obličej je uvolněný...*“ (Budílková, J., Křapková, L., 2014, s. 9).

Schulzův autogenní trénink je jednou ze základních technik relaxace. Vyžaduje koncentraci pozornosti a uvolňování svalstva. Ležíme na zádech v poloze, která nám je příjemná, máme zavřené oči a posloucháme příjemný hlas dospělého, jak nám vypráví příběh a při tom navozuje pocit tíhy. Postupně se od dominantní ruky přenáší tíha na celé tělo. Další týden pak pracujeme s pocitem tepla, následně vnímáme tlukot srdce. Pro dítě je to poměrně složitá cesta, ale pod vedením zkušeného odborníka může

přinášet značnou změnu ve schopnosti koncentrace pozornosti a relaxaci (Budílková, J., Křapková, L., 2014).

Masáže prováděné milujícím rodičem jemným, lehkým a pomalým tempem můžeme vnímat jako způsob k odstraňování afektu, nepříjemné tenze v těle, ale také jako jakési „domazlení“ a projevy lásky ze strany rodičů, které v dítěti upevňují bezpečné pouto k rodiči. Můžeme je využívat jako prostředek ke zklidnění před spánkem, jako součást uspávacího rituálu. Uklidňující efekt doteku je patrný na příkladu, který uvádí Budílková a Křapková (2014, s. 11): *„Tereška dnes měla velmi špatný den. Po příchodu ze školky je její chování doma nesnesitelné, utrhává se na sourozence, vzteká se, válí se po zemi, tluče hračkami kolem sebe, mamince odsekává, nimrá se v jídle, obrázky cupuje na kousky a postupně se dostává do afektivního chování. Maminka se nevzdává, přivine Terešku do náruče a dává jí prostor, aby mohla v bezpečné mateřské náruči dát průchod všem negativním emocím. Terka ze sebe chrlí všechnu bolest dne, usedavě vzlyká. Vychází najevo, že ve své přecitlivosti měla pocit nepřijetí a cítila se nemilována.“* V matčině náruči došlo ke zklidnění, dosycení potřeby lásky, Tereška zažívala bezpodmínečné přijetí, které mnohdy dětem s ADHD chybí.

Míčkování pochází z dílny české fyzioterapeutky Zdeny Jebavé a zcela původně se používalo (a stále používá) jako doplňková léčba při dýchacích potížích. U dětí s ADHD se využívá jako nástroj k relaxaci, stimulaci svalstva a podpoře správných technik dýchání. K míčkování, které je u dětí oblíbené, jsou potřeba molitanové míčky různých velikostí. Koulením nebo tažením míčků po obličeji nebo těle dochází ke stimulaci těla, odstranění napětí. Při zvýšeném neklidu můžou míček mačkat. Podobně jako masáže dětem přináší bezpodmínečné přijetí rodičem, který v tu chvíli věnuje plnou pozornost dítěti. Míčkování může být součástí uspávacího rituálu (Budílková, J., Křapková, L., 2014).

Bubnování se využívá od nepaměti. Je součástí významných rituálů. Podněcuje k aktivitě, ale i k uvolnění. U dětí s ADHD se využívá k uvolnění stresu a napětí. Je-li dítě v tenzi, často kolem sebe kope, mlátí do všeho dostupného. Můžeme toho využít a energii a zlost nasměrovat do cílené aktivity, která mu pomůže překonat nepříjemné okamžiky. Využívat můžeme bubnů a bubínků, ale také misek, kyblíčků, polštářů,

krabic, můžeme pleskat do nohou, rukou, dupat, hrát lžícemi, využít doma vyrobená chrastidla atd. Skupinové bubnování umožňuje zažití společného zážitku, podporuje rodinné souznění, spolupráci. Přináší dětem uzemnění, abreakci, rozvíjí vztah k hudbě, zvukům (Budílková, J., Křapková, L., 2014).

Muzikoterapie, dramaterapie, arteterapie je využití umění pro terapeutické účinky. Všechny tyto prostředky terapie posilují pocit důvěry a bezpečí, přináší dítěti příjemné prožitky, radost z prožitku. Děti nejsou hodnoceny, jestli zvládnou zahrát stupnice nebo nakreslit dokonalé zátiší. V průběhu terapie ventilují napětí prostřednictvím zvuku, cákání barev či mačkání a trhání papíru. Při dramaterapii se prostřednictvím rolí můžou přenést do jiného světa, kde jsou sami sebou, učí se komunikovat s ostatními, chápat druhé a umožnit pochopení sebe u druhých (Budílková, J., Křapková, L., 2014).

Dětská jóga je nenápadným způsobem, jak zlepšit soustředění dětí a jak lépe zvládat náročnou situaci. Děti se prostřednictvím jógy učí zklidnit, odpočívat. Pomáhá též rozvoji fantazie, paměti, při skupinovém cvičení učí vzájemnému respektování osobního prostoru. Má řadu zdravotních benefitů (např. zpevnění svalstva, zlepšení koordinace těla, držení těla), pomáhá zlepšit kvalitu spánku. Pro děti je dobré propojit cvičení příběhem, říkankou, pohádkou. Můžeme ke cvičení využívat videa dostupná na internetu např. Still on the way, Jogínci, jógové pexeso atd., i když je vždy lepší cvičit pod vedením zkušeného lektora. K uvědomění si vlastního těla, uvolnění, zlepšení koncentrace pozornosti a soustředění můžeme využívat i jiný druh cvičení **tai-či**. Toto cvičení podporuje stabilitu těla, pevné držení těla, ale též psychickou pohodu, pomáhá zdravému rozvoji sebevědomí, uvědomění si svých možností. Prvky tai-či se mohou využívat k rozvoji grafomotoriky (metoda „Písmo jako vědomá stopa“) (Budílková, J., Křapková, L., 2014).

Bojová umění se mohou využívat jako doplňkové prostředky. Prostřednictvím karate, juda a dalších bojových sportů se u dětí zlepšuje sebekontrola, koncentrace, dodržování pravidel, respektování autority. Pravidelným tréninkem dochází ke zlepšení fyzické kondice, úspěchy jim dodávají sebedůvěru. Bojová umění sebou nesou riziko „zneužití síly“, dětem musí být připomenuto, že nejsou prostředkem násilí.

Praktická část

3. Cíl a předmět výzkumu, výzkumné otázky

Výzkum předkládané diplomové práce je zaměřen na zkušenosti rodičů předškoláků s ADHD s nabízenou formou podpory. Byl stanoven hlavní cíl a tři výzkumné otázky.

Hlavní cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké možnosti terapie byly nabídnuty rodinám dětí s ADHD v Plzeňském kraji.

Výzkumné otázky

1. Zjistit, jaké terapie byly rodinám poskytnuty.
2. Zjistit, kde rodina získává informace o ADHD a možnostech terapie.
3. Zjistit, jak je rodina ovlivněna přítomností ADHD.

3.1. Metodologie výzkumu

Výzkum byl realizován metodou kvalitativní vícepřípadové studie. Výzkumníkovi jde o zachycení složitosti případu, detailní prozkoumání jednoho nebo více podobných případů. Podrobným prozkoumáním jednoho případu by mělo být lépe porozuměno podobným případům (Mareš, J., 2015). Pro výzkum byly použity tyto výzkumné techniky:

- Analýza dokumentace odborníků (zprávy z PPP, neurologie, logopedie a jiných odborníků)
- Rozhovor s rodiči
- Pozorování
- Analýza spontánních výtvorů

Součástí výzkumu bylo vyhledávání a vytvoření seznamu možností, které jsou v rámci práce s dětmi s ADHD v Plzeňském kraji nabízeny. K tomuto shrnutí jsem použila možnosti popisované v teoretické části. Pomocí ankety v diskuzní skupině na Facebook, která je určena pro rodiče dětí s ADHD, jsem zjišťovala jejich zastoupení v rámci

Plzeňského kraje. V anketě jsem pokládala otázky, zda jim byla nabídnuta terapie pevným objetím, egroterapie, kognitivně-behaviorální terapie, EEG biofeedback, Handle přístup, skupinová terapie, HYPO, Maxík, Kid's skills, skupinové terapie. Tuto anketu jsem doplnila o vyhledávání na webových stránkách organizací Plzeňského kraje a soukromých terapeutů Plzeňského kraje pomocí názvů terapií a seznamu terapeutů.

Výběrový soubor

Do výběrového vzorku vícepřípadové studie bylo zařazeno 5 rodin s dětmi (konkrétně 3 chlapci a 2 dívky) v předškolním věku z Plzeňského kraje. Rodinné poměry jsou v rodinách různé. Věk matek je v rozmezí 26 – 40 let. Všechny děti v průběhu výzkumu navštěvovaly mateřskou školu, dvě děti v běžném předškolním roce, dvě děti s odkladem školní docházky, jedna dívka s dodatečným odkladem školní docházky. Jeden z chlapců je medikován, v průběhu výzkumu došlo ke změně diagnózy (rozhovor s matkou byl realizován před psychiatrickým vyšetřením, kterým byl diagnostikován Aspergerův syndrom). Ostatní děti jsou v současné době bez medikace, jeden chlapec krátce medikaci užíval, ale pro nežádoucí účinky byla ještě před rozhovorem ukončena.

Tabulka 5 - výběrový vzorek

	Martin	Aleš	Viktor	Petra	Markéta
Věk	6 let	6 let	6 let	5 let	7 let
OŠD	ano	nezvažují	ano	nezvažují	dodatečný
Diagnóza	ADHD, VD	ADHD, AS	ADHD, VD	ADHD	ADHD
Logopedie	ano	ano	ano	ne	ano
Rodina	úplná	úplná	úplná	úplná	neúplná
sourozenci	ano	ne	ne	ne	ano

Způsob získávání dat

Informace ke kazuistikám jsem získávala prostřednictvím rozhovorů přes aplikaci Zoom. Některé z dětí znám i osobně (konkrétně Aleš, Viktor, Markéta), mohla jsem využít pozorování spontánní hry s vrstevníky. Další děti jsem viděla v rámci video rozhovorů. Rodiče poskytly ukázky kresby dětí, fotografie z běžného života, lékařské zprávy.

Etika výzkumu

Rodiče byli v rozhovoru seznámeni s účelem výzkumu, podepsali informovaný souhlas se zpracováním citlivých informací a s nahráváním rozhovoru pro účely výzkumu. Zároveň byla jména dětí v kazuistikách změněna, aby nemohly být rodiny náhodným čtenářem identifikovány.

3.2. Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké možnosti práce s dětmi s poruchou pozornosti a aktivity jsou rodičům z Plzeňského kraje, ve kterém pracuji a pobývám, nabízeny.

Zastoupení uvedených možností terapie v Plzeňském kraji

V samostatném průzkumu nabídky v Plzeňském kraji jsem prostřednictvím ankety ve FB skupině a internetové nabídky služeb psychologů a organizací v Plzeňském kraji zjišťovala zastoupení terapií uvedených v teoretické části. V následující tabulce uvádím souhrnné zjištění. Výsledky jsou orientační, na některé dotazy jsem nedostala odpověď a byla jsem odkázána pouze na popis z webových stránek (například u KBT terapeutů jsem nezjistila, zda pracují přímo s dětmi s ADHD, stejně tak u ergoterapie jsem obdržela odpověď, že se mezi klienty objevují děti s ADHD, ale není to jejich primární důvod k vyhledávání ergoterapeuta).

Tabulka 6 - Shrnutí nabídky terapií Plzeňského kraje

Možnosti terapie	Zastoupení v anketě na FB	Zastoupení ve vyhledávání
Terapie objetím	0	2
Skupinová terapie, rodičovské skupiny	0	0
Kognitivně-behaviorální terapie	0	2
Ergoterapie	0	1
Kid's skills	0	0
EEF biofeedback	15	10
Terapie hrou	2	2
HANDLE přístup	0	0
KUMOT, KUPOZ, ...	6	2
HYPO	20	2
Maxík	15	2
FIE - Feuersteinovo instrumentální obohacování	0	3
Relaxační metody	0	15

Kazuistiky

Z nasbíraných dat byly vytvořeny kazuistiky 5 případů. Kazuistiky nám pomohly odpovědět na výzkumné otázky a zároveň ukazují podobnosti mezi zdánlivě odlišnými rodinami.

Na základě případových studií byly zjištěny následující okolnosti:

Případ č. 1 - Martin

Zdroje informací	Zpráva z neurologie, psychiatrie, PPP, SPC, rozhovor, obrázky, fotografie
Diagnóza	Psychomotorická dyskoordinace s poruchou pozornosti a aktivity, pomalejší pracovní tempo, opožděný vývoj řeči
Nabídnutá terapie	HYP0 – nedokončeno, biofeedback, logopedie, odklad školní docházky
Medikace	Doporučen Ritalin, odmítnut, léčba přírodními prostředky
Informace o ADHD	Internet, knihy, vzájemné sdílení s matkou podobného dítěte
Vliv na rodinu	Matka je unavená, postrádá sdílení zkušeností, vše podřizují dítěti (výlety, dovolená atd.)

Případ č. 2 - Aleš

Zdroje informací	Zpráva z neurologie, psychiatrie, logopedie, rozhovor, obrázky, pozorování při spontánní činnosti
Diagnóza	ADHD, porucha opozičního vzdoru, v průběhu výzkumu Aspergerův syndrom
Nabídnutá terapie	Individuální terapie, logopedie
Medikace	Medorisper
Informace o ADHD	Internet, kamarádky, diskuzní fóra
Vliv na rodinu	Při organizaci volného času se řídí potřebami dítěte, hledají možnosti, které jsou vzdálenější, rádi by více sdíleli zkušenosti

Případ č. 3 - Viktor

Zdroje informací	Zpráva z neurologie, psychiatrie, PPP, logopedie, rozhovor, obrázky, pozorování při spontánní činnosti
Diagnóza	ADHD, vývojová dysfázie, tiky
Nabídnutá terapie	Logopedie, odklad školní docházky
Medikace	Strattera zkoušena krátce
Informace o ADHD	knihy, logopedka, výjimečně internet
Vliv na rodinu	Rodina se přizpůsobuje potřebám dítěte

Případ č. 4 – Petra

Zdroje informací	Rozhovor s matkou, ústní sdělení výsledků psychologického vyšetření, obrázky, fotografie
Diagnóza	ADHD, nadprůměrné rozumové schopnosti
Nabídnutá terapie	Individuální terapie, HYPO (před zahájením)
Medikace	Zatím žádná, přírodní léčba
Informace o ADHD	Internet, knihy, diskuzní fóra na sociálních sítích
Vliv na rodinu	Rodiče jsou vyčerpaní náročnou péčí, podléhá tomu organizace volného času rodiny, hledají další možnosti péče v regionu

Případ č. 5 - Markéta

Zdroje informací	Zpráva z neurologie, psychiatrie, PPP, rozhovor, obrázky, pozorování spontánní činnosti
Diagnóza	Nerovnoměrný vývoj nervové soustavy, pracovní a sociální nezralost, psychomotorický neklid, ADHD, patlavost
Nabídnutá terapie	HYPO, biofeedback (čekají na zahájení), logopedie, dodatečný odklad školní docházky
Medikace	Strattera odmítnuta, využívaná léčba přírodními prostředky
Informace o ADHD	Internet, knihy, vzájemné sdílení s matkou podobného dítěte
Vliv na rodinu	Matka je na péči sama, diagnózu při organizaci rodinného života nevnímá, cítí se unavená

Odpovědi na výzkumné otázky:

1. Jaké terapie byly rodinám poskytnuty?

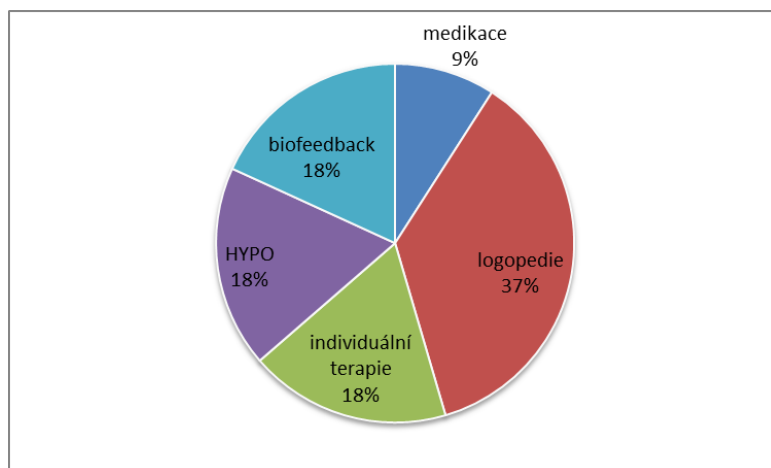
Z rozhovorů vyplynulo, že rodinám byla často nabízena medikace. Medikaci využívá pouze jedno z dětí (konkrétně v případě č. 2 je medikace realizována, rodiče vidí rozdíly). U jednoho dítěte (případ č. 3) byla medikace ozkoušena, pro zažívací problémy byla medikace Stratterou předčasně ukončena. Nabízenou medikaci antidepresivy odmítli. Rodiče dvou dětí (č. 1 a č. 5) medikaci odmítli bez předchozí zkušenosti. Kromě

rodiny z případu č. 3 využívají rodiny přírodní prostředky k léčbě ADHD (zvýšený přísun magnézia, rybího tuku, homeopatie).

Kromě dívky z případu č. 4 všechny děti navštěvují v různé intenzitě logopeda.

Dvě děti (č. 2 a č. 4) pracují s psychologem individuálním způsobem.

Dvě děti (č. 1 a č. 5) navštěvovaly kurz HYPO.



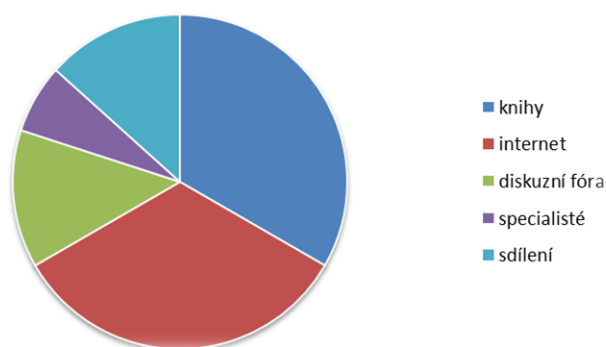
graf 1 - realizovaná terapie u výběrového souboru

2. Kde rodina získává informace o ADHD a možnostech terapie?

Rodiny si velkou část informací o ADHD a možnostech práce s dětmi s ADHD nacházejí sami, především prostřednictvím diskuzních skupin na sociálních sítích, v literatuře, na internetu. Učitelé ve školkách mnoho informací o poruše pozornosti nemají, s rodiči komunikují převážně o aktuálních problémech.

Dvě matky (případ č. 1 a č. 5) se osobně setkávají (dle možností) s matkou dítěte s podobnými problémy, dvě matky jsou v kontaktu s rodiči dětí s ADHD na Facebooku. Jedna matka (případ č. 3) komunikuje především s logopedkou, která se s ní podílí o zkušenosti s dětmi z logopedické praxe.

zdroje informací o ADHD



graf 2 - získávání informací o ADHD

3. Je rodina ovlivněna diagnózou ADHD?

Všechny rodiny se shodly na tom, že dítě s poruchou pozornosti vyžaduje práci celé rodiny. Rodiny přizpůsobují diagnóze a především potřebám dětí většinu svého plánování. Volný čas rodiny přizpůsobují potřebám dětí. Matky se shodly na tom, že je obtížná návštěva kaváren, restaurací. Dovolenou vybírají s ohledem na potřeby dětí, upozadují se.

Především matky se shodly na tom, že jsou z péče velmi vyčerpané, rády by osobně sdílely problémy s jinými rodiči ve stejné situaci.

Kazuistika 1 - Martin, 6 let

Osobní anamnéza:

Martin je ze 4. těhotenství matky, předchozí dvě těhotenství skončila samovolným potratem v průběhu jeho první poloviny, matka byla ve velkém psychickém stresu, aby i toto těhotenství neskončilo neúspěšně. Narodil se v řádném termínu. U porodu nebyly žádné komplikace, apgar skóre bylo 10 – 10 – 10, porodní váha 3030g, 51cm.

Raný psychomotorický vývoj byl srovnatelný s vrstevníky, pomaleji se dostavila fáze lezení, která netrvala dlouho, chodit začal ve 14. měsících.

Martin byl plně kojený, v 6. měsíci matka začala s příkrmováním, o jídlo nejevil zájem, aby dostatečně přibýval na váze, byl kojen do 24 měsíců, kdy jej matka odstavila pro další těhotenství.

Rodinná anamnéza:

Martin má jednoho staršího bratra a mladší sestru. Starší bratr (11 let) má vývojové poruchy učení (dyslexie a dysortografie), ale ve škole nemá výraznější obtíže, s podporou v IVP zvládá školu bez prospěchových obtíží, v chování se neobjevují žádné zvláštnosti, které by neodpovídaly věku. Se sourozenci Martin vychází dobře, především s mladší sestrou (4 roky).

Matka (40 let) je vyučená, pracuje jako prodavačka v menší samoobsluze, otec (42 let) je vyučený a pracuje většinu týdne mimo domov.

Rodina bydlí na menší vesnici v rodinném domě společně s matčinými rodiči. MŠ je v místě bydliště, ZŠ je ve vesnici vedlejší, děti dojíždějí společně. Rodinné vztahy popisuje matka jako bezproblémové, rodina má křesťanské základy, matka je silně věřící, pravidelně chodí do kostela i s dětmi. Rodina se nezapojuje do dění v okolí, děti nedochází na žádné kroužky, které jsou ve škole nebo ve vesnici nabízené, žijí velmi samotářsky.

Zdravotní anamnéza:

V dosavadním vývoji nebyla žádná vážnější léčba, Martin nebývá nemocný, nemusel být hospitalizovaný v nemocnici, žádné léky neužívá pravidelně. Dvakrát měl antibiotika kvůli angíně. Očkován povinnými očkováními dle očkovacího kalendáře.

Martin v průběhu předškolní docházky navštěvoval pravidelně logopedku, má stále problémy s výslovností řady hlásek, malou slovní zásobu, v komunikačních situacích je nejistý. Logopedkou byla naznačena vývojová dysfázie. Řeč pravidelně trénuje s matkou nebo babičkou, jednou týdně dochází na soukromé lekce k jiné logopedce.

V pedagogicko-psychologické poradně byl na základě psychologického vyšetření doporučen odklad školní docházky. Dle vyšetření je zřejmý nerovnoměrný vývoj v dozrávání nervové soustavy, nižší verbální schopnosti, slabá slovní zásoba, pracovní a sociální nezralost, nezralost zrakového a sluchového rozlišování, neobratná

grafomotorika, psychomotorický neklid a obtíže s udržením pozornosti. Na základě tohoto vyšetření navštěvuje v rámci PPP program HYPO.

Pro obtíže s řečí se matka obrátila též na Speciálně Pedagogické centrum pro žáky s vadami řeči v Plzni. Dle vyšetření zde dokáže navazovat sociální kontakt, projevuje se u něj psychomotorický neklid a snížená schopnost koncentrace pozornosti. Rychle se unaví, neudrží pozornost, střídá činnosti, nedokončuje činnosti a odchází z místa. Vývoj jemné motoriky a mluvidel byl označen jako opožděný. Mluvenému slovu a pokynům rozumí, ale ovlivňuje jej nepozornost a slabší sluchová paměť. Ze závěru vyšetření v SPC byl doporučen odklad školní docházky, individuální integrace v běžné MŠ, kterou dosud nenavštěvoval. Rodiče chtěli jít k zápisu do církevní školy, byla jim doporučena škola při SPC pro děti s vadami řeči. Pro podezření na syndrom ADHD bylo doporučeno neurologické vyšetření.

Na základě neurologického vyšetření bylo ADHD potvrzeno. Neurologické vyšetření uvádí pomalejší tempo, psychomotorická dyskoordinace s poruchou pozornosti a aktivity. Byla doporučena medikace Ritalinem.

Zkušenosti s terapií:

Martin navštěvoval kurz v rámci PPP HYPO, ale nedokončil jej. Podle matky ho to nebavilo, bylo to na něj těžké, nechtěl úkoly plnit. S průběhem vyšetření nebyla matka spokojená, PPP nedodržela stanovený čas vyšetření, Martin na vyšetření delší dobu čekal (nejprve čekali na konzultaci s matkou, následně strávil Martin další hodinu v čekárně se sociální pracovníci), byl v průběhu vyšetření už unavený a nechtěl spolupracovat. Proto matka požádala o nový termín a vyšetření. Kromě výše uvedených obtíží se objevily problémy s rozeznáváním barev, na základě kterého byl Martin vyšetřen očním lékařem, barvoslepost se nepotvrdila. Lékař Martinovi moc nerozuměl, Martin s ním moc nechtěl spolupracovat. Matka nebyla spokojená ani s vyšetřením u očního lékaře. Nedůvěřuje mu, dle jejích slov jí neposkytují dostačující informace, které si pak musí dohledávat.

Neurologickým vyšetřením bylo potvrzeno ADHD, na základě domluvy s psychiatrem byl zkušebně doporučen Ritalin. Matka jej nenasadila a místo něj zvolila homeopatika a přírodní produkty (rybí tuk, zvýšené dávky vitamínu B a C).

Pro zlepšení přípravy na základní školu dochází Martin pravidelně na biofeedback, se kterým má zkušenosti už u staršího bratra.

Jiné formy práce s dítětem s ADHD matce nebyly nabídnuty, na psychiatrii od doby doporučení Ritalinu nebyli, protože s medikací nesouhlasí, spolupráci s PPP ukončili, pravidelně dochází stále k logopedce, která s ním pracuje na zlepšení slovní zásoby. Při logopedii spolupracuje bez větších problémů, nechce pracovat na nácviku doma. Grafomotoriku rozvíjí v rámci logopedického doučování.

Matka si veškeré informace dohledávala na internetu nebo v knihách dostupných veřejnosti. Sama si našla v nejbližším velkém městě matku dítěte s obdobnými obtížemi, se kterou své problémy sdílela, od které získávala jiné informace a doporučení na činnosti v domácí přípravě.

Kazuistika 2 – Aleš 6 let

Osobní anamnéza:

Aleš se narodil z plánovaného bezproblémového těhotenství. Pro nevhodnou polohu byl porod zakončen císařským řezem v termínu, bez komplikací. Porodní váha byla 3050g, 50cm, apgar skóre 10-10-10.

Raný psychomotorický vývoj byl rychlejší, velmi brzy se přetáčel na břicho, neplazil se, neležel po 4, ale jednu nohu za sebou přitahoval, velmi brzo se dal do pohybu, v 11m chodil. Od 2m navštěvovali rehabilitaci Vojtovou metodou, prohýbal se do luku, byl ve velkém napětí, preferoval levou stranu. Do dvou let byl kojený. Jídlo byl vždy problém, z počátku bylo nutné upoutat jeho pozornost, aby jedl (sledováním pohádek na tv, tabletu...).

Vývoj řeči byl pomalejší, měl vlastní slovník, kterému rozuměla rodina, ve školce se řeč zlepšila, dochází na logopedii.

Rodinná anamnéza:

Aleš je jedináček, rodiče žijí společně v bezproblémovém vztahu. Matka (38 let) má střední odborné vzdělání, před těhotenstvím pracovala v jiném městě, po rodičovské dovolené se již k práci nevrátila a je v domácnosti. Otec (37 let) je podnikatel.

Prarodiče bydlí ve společném domě ve vlastní domácnosti, na výchově se příliš nepodílejí.

Rodiče bydlí v menším městě. Ve 2,5 letech nastoupil do soukromé anglické školky v jiném městě, protože v místě bydliště by jej nepřijali. Chodil na 2 dopoledne v týdnu, ve 3,5 letech začal docházet do státní školky v místě bydliště, v této školce má po celou dobu asistenta pedagoga.

Odklad školní docházky nezvažují. Základní školu vybírají v místě bydliště a dle dosavadních doporučení bude mít asistenta pedagoga.

Zdravotní anamnéza:

Aleš před nástupem do školky nebyl téměř nemocný, po nástupu do školky začal trpět častými rýmami, kašlem. V 5 letech prodělal odstranění nosních mandlí (bez celkové narkózy). Nebyl hospitalizován v nemocnici.

První vyšetření bylo realizováno ve 3,5 letech u dětského klinického psychologa. Vyšetření bylo požadováno mateřskou školkou, pro nástup chtěli pro Adama asistenta pedagoga. Psycholog jej na základě vyšetření doporučil a diagnostikoval poruchu pozornosti s hyperaktivitou. U stejného psychologa byli po 3 měsících na kontrolním vyšetření, ale dále již jejich spolupráce nepokračovala. Rodina si posléze našla novou psycholožku, ze závěrů vyšetření byla k ADHD přiřazena porucha opozičního vzdroru.

V listopadu bylo provedeno neurologické vyšetření, kde bylo ADHD potvrzeno. V lednu proběhlo psychiatrické vyšetření, byla zavedena medikace Medorisperem, ze závěru vyšetření vyplývá Aspergerův syndrom s lehčími projevy.

Od 4 let dochází na logopedii.

Zkušenosti s terapií:

První psycholog rodině žádnou terapii nenabídl, když ve školce nedocházelo ke zlepšení, našli si novou psycholožku, ke které dojíždějí pravidelně (1x za 1-2 týdny), psycholožka s Alešem pracuje na rozvoji grafomotoriky, zrakovém rozlišování, posilují pozornost, rozvíjí logopedii. Psycholožka pracuje pouze s Alešem.

Když se po prvním vyšetření obrátila matka na pedagogicko-psychologickou poradnu, byli odkázáni na svého klinického psychologa. Na doporučení chtěli v PPP v předškolním roce realizovat kurz HYPO, ale pro současnou situaci nebyl zahájen.

Veškeré informace k diagnóze rodina hledá na internetu, v knihách. Zkoušeli i alternativní přístupy, principy Nevýchovy, sledují pravidelně videa k problematice ADHD, v současné době hledají praktika Handle přístupu, který by rádi zkusili. Matka by byla ráda, kdyby byla možnost skupinových setkávání s jinými rodiči.

Kazuistika 3 – Viktor 6 let

Osobní anamnéza:

Viktor se narodil z plánovaného přirozeného těhotenství. Matka byla na rizikovém těhotenství, v prvním trimestru měla drobné zdravotní obtíže a užívala Utrogestan. Následně již byla bez obtíží. Pro přenášení byl po 2 týdnech porod vyvoláván. Porod probíhal rychle, bez obtíží na straně dítěte. Porodní váha byla 3150g, výška 52cm, apgar skóre 10-10-10. Novorozenecká žloutenka nevyžadovala fototerapii.

V raném psychomotorickém vývoji nepozorovali rodiče žádné odchylky, Viktor byl kojený do 9m, se zavedením příkrmů přestal o kojení projevovat zájem a postupně bylo zcela odmítáno. Jídlo nepovažuje za důležité, často se musí k jídlu nutit (především je-li zaujat hrou, nemá čas na jídlo). O sed se pokoušel od 7. měsíce, ve stejné době se objevilo lezení, samostatná chůze přišla mezi 13. a 14. měsícem.

Vývoj řeči byl v porovnání s vrstevníky pomalejší, mluvit začal až po nástupu do MŠ, před nástupem do MŠ opakoval jednoduchá slova, po nástupu do MŠ (smíšená třída) se vývoj výrazně zrychlil.

Rodinná anamnéza:

Rodina žije v rodinném domku na kraji menšího města. Matka (36 let) pracuje jako vedoucí oddělení v knihovně v sousedním městě, otec (38 let) je vyučený automechanik a pracuje v rodinném autoservisu. Viktor zatím nemá sourozence. Otec měl v dětství obdobné obtíže, ve školní docházce byl často neúspěšný, školu neměl rád.

Mateřskou školku navštěvuje nedaleko bydliště, jednou z učitelek je jeho babička, což se významně podílí na jeho oblibě školky, když byla ve školce jiná paní učitelka, byly ze školky častější stížnosti na chování. Celkově do školky chodí rád, vyhovuje mu pravidelný režim, který ve školce mají. Kolektiv ve školce je věkově smíšený, což se velmi dobře projevilo po nástupu do školky, kdy se díky starším dětem zlepšil ve vyjadřování.

V minulém roce měl doporučený a realizovaný odklad školní docházky, nyní vybírají školu, která by byla pro Vaška nejlepší s ohledem na jeho obtíže. Matka se nástupu do ZŠ obává.

Zdravotní anamnéza:

Viktor je od nástupu do MŠ v péči logopeda, má diagnostikovaný opožděný vývoj řeči. Nyní bylo doporučeno foniatrické vyšetření a návštěva SPC, kde jsou objednaní a čekají na termín vyšetření.

V 5 letech byli na psychologickém vyšetření, kde byla zjištěna porucha pozornosti a aktivity. Neurologické vyšetření jí potvrdilo, na psychiatrickém vyšetření byla doporučena medikace Stratterou. Tu po zhruba 3 měsících ukončili, protože bylo Viktorovi při jejím užívání špatně a nepozorovali žádný vliv.

V následujícím roce čeká Viktora operace očí, dochází pravidelně na cvičení okohybných svalů. Celkem by měl absolvovat dvě operace.

V batolecím věku byl pro zápal plic hospitalizován s matkou v nemocnici, trpí na častější infekce horních cest dýchacích, pro podezření na alergie čeká na vyšetření u alergologa.

V různě dlouhých intervalech se objevují tiky a zadržávání v řeči.

Zkušenosti s terapií:

Po prvním vyšetření u psychologa nebyla rodině doporučena žádná forma terapie, matka si informace dohledávala sama v odborné literatuře. Psychiatrickou medikaci po velkém zvažování zkusili, ale Viktorovi bylo špatně, objevila se nevolnost, nechutenství, po domluvě s lékařkou medikaci ukončili. Byla navrhována léčba lehkými antidepresivy (pro odstranění tiků a zadržávání), to rodiče odmítli.

Po OŠD matka žádala v PPP o program HYPO nebo jinou alternativu, ovšem z kapacitních důvodů a s ohledem na současnou situaci, nebyla žádná péče nabídnuta.

Jako nejpřínosnější vidí matka spolupráci s logopedkou a na cvičení očí, kde rozvíjejí koordinaci ruky a oka a plní úkoly vyžadující zvýšenou koncentraci pozornosti.

Nejvíce mu pomáhá pravidelný řád, který získal s nástupem do MŠ.

Kazuistika 4 – Petra 5 let

Osobní anamnéza:

Petra se narodila z umělého oplodnění. Byl to poslední pokus, který lékaři doporučili. Ze dvou embryí se uchytilo pouze jedno. Matka byla v době těhotenství ve velkém stresu, měla strach, aby dítě donosila, aby bylo vše v pořádku. Po prvním trimestru na rizikovém těhotenství se vrátila do práce, aby myslela na něco jiného také. Narodila se v termínu, porod byl vyvoláván. Porodní váha 2900g, 49 cm, apgar skóre 10-10-10. Měla slabou novorozeneckou žloutenku bez nutnosti fototerapie.

Raný psychomotorický vývoj byl o 2 měsíce opožděný v porovnání s vrstevníky. Měla hypotonii a reflux středního stupně. Pro zlepšení stavu byla doporučena rehabilitace Vojtovou metodou, ale pro nespolupráci dítěte byla po 2 týdnech ukončena. V raném dětství často plakala, z pláče vyčerpáním usnula a po probuzení následoval pláč (následky refluxu).

Petra byla kojená 2m, následně se začal projevovat reflux a na doporučení lékařky zkoušeli speciální kojenecká mléka (bez úspěchu). O jídlo nejevila zájem ani po zavedení příkrmů, v současné době u jídla musí vykonávat nějakou činnost, mít přehled o všem v okolí, jinak nejí.

Rodinná anamnéza:

Petra je jediné dítě rodičů. Rodina je úplná. Matka (39 let) pracuje jako dělnice, otec (38 let) je technik. Žijí v panelovém domě. Rodina otce je na Moravě, jsou spolu v kontaktu prostřednictvím sociálních sítí a o prázdninách. Babička z matčiny strany žije ve stejném městě a rodině pomáhá s péčí o Petru.

Petra navštěvuje malou mateřskou školu nedaleko místa bydliště. Na základní školu půjde na spádovou školu, která je v sousedství školky, zná její prostředí.

Ve školce je spokojená, vyžaduje pozornost učitelek, má i asistentku pedagoga (zajištěno školkou, bez doporučení z PPP nebo od klinické psychologyně).

Zdravotní anamnéza:

Petra měla od narození zdravotní potíže. Byla hypotonická a měla reflux, většina potravy se jí vracela a často zvracela. Způsobovalo to velký a dlouhotrvající pláč. Z pláče měla dvě kýly operované v červnu 2019.

Není v péči žádného jiného odborníka. V březnu 2019 podstoupila psychologické vyšetření u klinické psycholožky, zprávu nemáme k dispozici. Bylo diagnostikováno ADHD a nadprůměrné rozumové schopnosti, doporučené neurologické a psychiatrické vyšetření nebylo zatím realizováno. Péče logopeda nebyla nutná.

V září 2017 upadla ze skluzavky, dva dny byla v nemocnici na pozorování pro podezření na otřes mozku.

Zkušenosti s terapií:

Rodina navštívila klinickou psycholožku, se kterou byli domluveni na následnou terapii, ovšem odešla na rizikové těhotenství a jinou péči zatím nevyhledali. V současné době čekají na konzultaci v pedagogicko-psychologické poradně k zahájení programu HYPO a biofeedback, ale kvůli pandemii se vše odsouvá.

S psycholožkou komunikuje matka telefonicky. Zavedli pravidelný denní režim, snaží se pracovat s motivací, ale motivační plán, který měli vypracovaný, nezafungoval. Petra velmi rychle mění preference odměn.

Zkoušeli pracovat podle knížky *Tygr dělá uáá uáá*, ale Petra velmi rychle vše začala na svého tygra svádět, přestože to bylo znatelné, že šlo o úmysl.

Ke zklidnění využívají často meduňku a jiné bylinky, koupele v epsomské soli pro doplnění hořčíku. Zatím nevidí u žádných postupů zlepšení. Matka četla o skupinových programech pro děti a rodičovských skupinách, měla o ně zájem, bohužel se v místě bydliště žádné takové skupiny nekonají.

Kazuistika 5 - Markéta, 7 let

Osobní anamnéza:

Markéta se narodila z neplánovaného těhotenství, těhotenství probíhalo bez obtíží, porod byl v termínu v domácích podmínkách, při porodu se napila plodové vody, která byla zkalená. U porodu byla přítomná porodní asistentka, rodiče domácí porod chtěli. Váha 2850g, 48cm, apgar skóre neznáme.

Raný psychomotorický vývoj byl zrychlený, v 8m už chodila samostatně, nechtěla se zastavit. Měla ortopedické problémy, lékař doporučoval klidový režim a minimalizovat chůzi, ale to nebylo v silách rodiny, Markéta odmítala sedět v kočárku, nosit se, chtěla být v pohybu, když se nemohla hýbat, ječela.

Byla plně kojená, příkrmy byly realizovány formou BLW, s jídlem si spíše hrála a jedla méně. Hodně se kojila.

Rodinná anamnéza:

Markéta má jednu starší nevlastní sestru a mladší sestru. Starší sestra (11 let) má vývojové poruchy učení (dyslexie a dysortografie), ve škole nemá výraznější obtíže, s podporou v IVP zvládá školu bez prospěchových obtíží, s Markétou byla pouze o víkendech. Mladší sestra (4 roky) začala nyní docházet do mateřské školy a rodiče nevidí žádné obtíže. Se sourozenci Markéta vychází dobře, především s mladší sestrou (4 roky).

Rodiče se rozvádějí, starší sestra je z otcova předchozího vztahu, vídají se omezeně. Děti jsou v péči matky, s otcem se stýkají dle individuální domluvy.

Matka (26 let) je vyučená, pracuje jako průvodčí, otec (42 let) je vyučený a pracuje jako strojvedoucí. Otec odešel od rodiny k jiné ženě, matka je v současnosti bez partnera.

Rodina po rozchodu rodičů bydlí na menším městě v rodinném domě společně s matčinými rodiči. MŠ je v místě bydliště, ZŠ je na sídlišti nedaleko. Rodinné vztahy byly dle matky do rozchodu bezproblémové, rodina má křesťanské základy, matka je věřící, pravidelně chodí do kostela i s dětmi. Otec je nevěřící. Matka to považuje za jeden z problémů ve vztahu. Když byly Markétě 4 roky, narodila se doma mladší sestra,

krátce potom otec od rodiny odešel a matka se přestěhovala s dětmi k rodičům. Markéta krátce poté nastoupila do mateřské školy.

Po přestěhování se rodina začala více zapojovat do dění ve městě, matka začala docházet do rodinného centra, kde se stýkala s jinými rodinami.

Zdravotní anamnéza:

Markéta nebývá nemocná, nebyla dosud hospitalizovaná v nemocnici, neužívá pravidelně žádné léky. Rodina je proti očkování, Markéta má pouze povinná očkování s velkým odkladem, aby mohla chodit do školky.

Markéta v průběhu předškolní docházky navštěvovala pravidelně logopedku, v řeči je hodně zbrklá, po zklidnění hlásky vysloví správně, ale koptá, mluví nesrozumitelně. Řeč pravidelně trénuje s matkou nebo babičkou. Patlavost se snaží odstranit ve školce v rámci logopedické intervence.

V pedagogicko-psychologické poradně byl na základě psychologického vyšetření doporučen odklad školní docházky. Dle vyšetření je zřejmý nerovnoměrný vývoj v dozrávání nervové soustavy, pracovní a sociální nezralost, neobratná grafomotorika, psychomotorický neklid a obtíže s udržení pozornosti, patlavost. Na základě tohoto vyšetření byl doporučen program HYPO. Matka nechtěla odklad školní docházky, Markéta nastoupila do méněpočetné třídy na základní škole v místě bydliště, v říjnu byla pro velké problémy ve škole matka znovu v PPP a byl doporučený návrat do MŠ. Dodatečný odklad školní docházky tentokrát matka realizovala, následně bylo provedené neurologické a psychiatrické vyšetření.

Na základě neurologického vyšetření bylo potvrzeno ADHD, ve zprávě je uvedené zrychlené psychomotorické tempo, psychomotorický neklid s poruchou pozornosti a aktivity.

Psychiatrické vyšetření bylo realizováno před Vánoci, ADHD i zde bylo potvrzeno, byla doporučena léčba Stratterou. Matka medikaci zatím nechce.

Zkušenosti s terapií:

Markéta navštěvovala kurz v rámci PPP HYPO, ale nedokončila, pro vládní opatření v souvislosti s covidem přešla poradna na online kurz, ale to rodině nevyhovovalo. Podle matky ji to nebavilo ani naživo, u počítače nevydržela, s matkou na úkolech nechtěla pracovat. Úkoly jí „nudily“.

První vyšetření pro posouzení školní zralosti bylo provedeno v mateřské škole, matka nebyla spokojená s výsledkem. Druhé vyšetření již bylo provedeno v PPP, došlo k velkému zdržení, Markéta byla na vyšetření již unavená, nechtěla s psychologkou spolupracovat.

Na neurologii byl problém Markétu udržet v klidu pro provedení EEG, nechtěla s lékaři spolupracovat, matka jí musela přislíbit odměnu.

S psychiatrickou byla rodina nejprve v telefonickém kontaktu, na vyšetření přišla Markéta s úsměvem, spolupracovala. Byla doporučena léčba Stratterou. Matka to odmítla, chce zkusit alternativní způsoby léčby, aktuálně je v online kontaktu s brněnským Centrem pro rodinu (mají to do Centra daleko, ale v místě bydliště nenašli podobnou službu) a snaží se nastavit režim, který by jim pomohl situaci zvládat. Pracují na motivačním plánu, systém odměn chtějí zavést i ve školce. Na jaře budou začínat s Biofeedbackem.

Jiné formy práce s dítětem s ADHD matce nebyly nabídnuty, s psychiatrem je v kontaktu telefonicky, jsou domluvené na případném nasazení medikace, pokud by ostatní pokusy byly neúspěšné. Spolupráci s PPP rodina ukončila. Na logopedii již nedochází, spolupráci ukončili po společné domluvě s logopedkou.

Matka si veškeré informace dohledávala na internetu nebo v knihách dostupných veřejnosti. V rámci mateřského centra našla matku s podobným dítětem, která je odkázala na web brněnského Centra pro rodinu, účastnila se několika online webinářů o problematice ADHD. Snaží se se školkou domlouvat na postupech, které se osvědčují doma.

4. Diskuze

Výzkumem této diplomové práce bylo získat přehled o možnostech práce s dětmi s poruchou pozornosti po stanovení diagnózy v Plzeňském kraji. Zároveň mě zajímalo, kde získávají rodiny těchto dětí nejvíce informací a jakým způsobem ovlivňuje diagnóza rodinný život.

Výzkumné šetření bylo realizováno formou kvalitativního výzkumu s menším počtem respondentů, nemůžeme tedy zjištěné výsledky považovat za skutečnou realitu Plzeňského kraje. Smyslem výzkumu bylo poukázat na situaci, kterou ve svém okolí mám často zastoupenou, pokusit se najít podobnosti mezi jednotlivými případy. Přestože prací na téma ADHD a možnosti práce s dětmi s tímto onemocněním je velké množství, výzkum na zastoupení terapií v Plzeňském kraji dosud nebyl realizován.

Významný vliv na realizaci výzkumu, ale též jeho výsledky měl zajisté stav, ve kterém se na počátku realizace výzkumu, ocitla celá Česká republika. Vlivem pandemie Covid-19 byla v průběhu jara 2019 značně omezena psychologická péče, činnost pedagogicko-psychologických poraden. Při výběru tématu této diplomové práce jsem měla jinou představu o její praktické části. Původní záměr byl zcela praktický a chtěla jsem pracovat s dětmi s diagnózou ADHD na nácviku psychosociálních dovedností s využitím technik ergoterapie, HANDLE přístupu a jiných možností uvedených v teoretické části. Bohužel v situaci, kterou přinesla pandemie covid-19 jsem musela tento záměr opustit, protože nebylo možné sestavit skupinu dětí, se kterými by bylo pracováno, aniž bychom tím někoho neohrozili. S rodinami těchto dětí jsem však byla v kontaktu a na základě rozhovoru v online prostoru a s poskytnutím lékařských zpráv jsem vytvořila kazuistiku 5 dětí v předškolním věku. Jedná se o malou sondu do života rodin dětí s ADHD a jejich zkušenostmi s terapií. Všechny rodiny jsou ze stejného kraje. Mohly by být rozšířeny o poznatky rodin z jiných krajů, aby veřejnost laická i odborná získala přehled o možnostech terapií, kterými mohou procházet.

Vzhledem k předchozím zkušenostem s činností pedagogicko-psychologických poraden jsem nebyla překvapena, že byla rodinám nabídnuta účast na programu HYPO. Tento program byl po dobu mého tříletého působení v pedagogicko-psychologické poradně doporučován hojně, zhruba polovina dětí z vyšetření školní zralosti odcházela

s letákem k tomuto kurzu. Považuji to za nejjednodušší cestu, protože je to roky ověřený ucelený program, který pro vytížené zaměstnance pedagogicko-psychologických poraden není náročný na přípravu a nese své ovoce. Pro rodiče se nejedná o finančně náročnou terapii, úkoly jsou pro ně snadno pochopitelné a mohou sami vidět úspěchy dětí.

Přítomnost, nebo spíše nepřítomnost, rodičovských skupin v Plzeňském kraji pro mě nebyla překvapením, ale nepopírám, že to bylo menší zklamání, že rodinám žádná taková pomoc nabídnuta nebyla a ani ji sami nenašli. Považuji sdílení zkušeností ve svépomocných skupinách za přínosné a činnost Centra pro rodinu a sociální péči v Brně, které v „normální“ době tyto otevřené rodičovské skupiny realizuje, to jen potvrzuje.

Ohledně medikace dětí s ADHD panuje mezi rodiči velký nesoulad. Jsou rodiny, které to rovnou odmítají, aniž by to ozkoušeli. Mohli jsme je vidět i v kazuistikách. Bojí se, že jsou to léky nebezpečné, že se změní osobnost dítěte, nebudou ho poznávat. A třeba zkusí jiné cesty, které u nich budou dostačující. Pak jsou rodiny, kdy je pro ně pilulka to nejjednodušší, co mohou pro zlepšení stavu udělat, a tak toho využijí. Rodina, která v tomto výzkumu sáhla po medikaci, zároveň s medikací využívá individuální terapie u klinické psycholožky. Tento multidimenzionální přístup se v řadě publikací (například u dětského psychiatra Michala Goetze) doporučuje jako nejúčinnější. Jak jsem psala v teoretické části, tvrzení, že z ADHD dítě vyrostete, neplatí. Je to běh na dlouhou trať, jedinec si najde cesty, jak se zbavit největších obtíží, jak žít plnohodnotný život, a proto by mělo být využito všech možností, jak mu s tím pomoci.

Závěr

Porucha pozornosti a aktivity je v populaci již běžná. Pro řadu rodičů je to omluva pro nezvládnutou výchovu dětí, u jiných rodin se opravdu jedná o poruchu pozornosti a aktivity a přidělením diagnózy se jim dostane ujištění, že ve své výchově nepochybili. Ze stran učitelů přichází větší tlak na přidělení diagnózy ADHD, protože jsou s ní spojené finanční prostředky na úpravu vzdělávacích podmínek a asistenty pedagoga (Mertin, V., 2004).

Diplomová práce pojednává o poruše pozornosti a aktivity a možnostech terapie, které mohou a jsou rodinám poskytovány. Jedná se především o poruchu vrozenou, vznikající v raných vývojových fázích poškozením mozku. Včasně poskytnutá terapie může výrazně ovlivnit průběh poruchy v průběhu života daného jedince. Už je známo, že se nejedná o poruchu, ze které dítě vyrostě. Rodinám je často nabízena farmakologická léčba doplněná o podpůrná opatření ve vzdělávacím procesu. Tématem práce bylo zjistit, jaké jsou další možnosti, které by mohly pomoci dětem s ADHD být v kolektivu oblíbenější, úspěšnější, spokojenější. Které by rodinám pomohly vytvořit harmonické rodinné prostředí, kam se každý rád vrací, kde se cítí bezpečně a milovaně, přestože je „jiný“.

Z výzkumného šetření vyplývá, že by rodiny uvítaly větší možnosti práce s dětmi s ADHD. Rodinám byla nabízena medikace, účast na programu HYPO či biofeedback. U dvou rodin je realizována individuální terapie u psycholožky. Nabídka možností práce s dětmi s ADHD je lokálně odlišná, v Plzeňském kraji rodiny nenalezly žádané skupinové aktivity, podpůrné rodičovské skupiny. Rodiče nejčastěji získávají informace o nemoci a možnostech práce s dětmi v literatuře, na internetu, své příběhy a problémy sdílí ve skupinách na sociálních sítích, kde nacházejí částečnou podporu.

Od sběru rozhovorů uběhlo už několik měsíců. Nyní před sebou mám pět příběhů. Pět rodin, pět dětí, jednu společnou diagnózu – porucha pozornosti a aktivity. Mají toho tolik společného, a přesto jsou tak rozdílní. Díky psaní diplomové práce jsem se dostala k informacím, které běžně nikomu neříkají, a jsem za to velice vděčná. Jak si asi představí cizí člověk takové děti na základě informací ze zpráv z poraden či od

psychiatra? Každý si představí něco jiného. Jenže tyto děti za svoje chování mnohdy nemůžou, jenom to nemají napsané na čele. Nikdo na nich nepozná, že jsou tak trochu jiné. Je pravda, že se přístup k nim za poslední roky mění, ale přesto se ještě najdou tací, kteří diagnózu ADHD neuznávají. Budu společně s maminkami takových dětí doufat, aby se počet popíračů ADHD zmenšil. Ale zároveň bych byla nerada, kdyby děti byly přijímány s nálepkou ADHD a odsouzením, aniž by je okolí poznalo. Dalo jim šanci vyniknout, uspět, žít a volně dýchat. Každý má nárok na spokojený život, každý jsme nějaký. I děti s ADHD mají své silné stránky a mohou být spokojené a úspěšné. Stačí se podívat na olympijského šampiona v plavání Michaela Phelpse, který s ADHD vybojoval rekordních 28 olympijských medailí a žije spokojeným životem.

Největším přínosem diplomové práce je pro mě přehled různých přístupů k dětem s poruchou pozornosti, kterých v mém okolí přibývá. Doufám, že se v budoucnosti práce s dětmi s poruchou pozornosti právě o tyto přístupy obohatí. Možnosti práce s dětmi s ADHD se napříč republikou liší. Přála bych si, aby se děti s ADHD v mém okolí dočkaly pestřejší nabídky péče, aby nebyly řešeny jen aktuální problémy přes medikaci, ale aby se s tímto problémem pracovalo komplexně, proto si myslím, že je diagnostika ADHD důležitá, protože když známe nepřítele, můžeme s ním snadněji bojovat. Maminky se v rozhovorech shodly na tom, že potvrzení diagnózy pro ně bylo částečnou úlevou, že ve své těžké životní roli rodiče neudělali fatální chybu. Výchova dětí je náročná za každé situace, pokud je zkomplikovaná jakýmkoliv postižením, zaslouží si rodiče obdiv nikoliv opovržení.

Použitá literatura a zdroje

BARKLEY, R. A. (2006). *Deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. 3rd ed. New York: The Guilford Press.

BLUESTONE, J. (2005). *Fabric of Autism: Weaving The Treads Into A Cogent Tudory*. Seattle: The HANDLE Institute.

BLUESTONE, J., BRENNER, L. (2002). *Churkendoose Anthology: True Stories of Triumph over Neurological Dysfunction*. Seattle: The HANDLE Institute.

BRZÁKOVÁ, P. (2018). *Kryštof ÁDÉHÁDĚ*. Praha: Eminent.

BUDÍLKOVÁ, J. & KŘAPKOVÁ, L. (2014a). *Kuliferda a jeho svět 5. Pracujeme s předškolákem s ADHD. Relaxační metody*. Praha: Raabe.

BUDÍLKOVÁ, J. & KŘAPKOVÁ, L. (2014b). *Kuliferda a jeho svět 6. Pracujeme s předškolákem s ADHD. Vybrané možnosti podpory*. Praha: Raabe.

CARTER, CH. R. (2014). *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole*. Praha: Portál.

DRTÍLKOVÁ, I. & ŠERÝ, O. (2007). *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.

DRTÍLKOVÁ, I., & ŠERÝ, O. (2007). *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén.

FURMAN, B. (2004). *Kids' skills: Playful and practical solution-finding with children*. Bendigo: St. Luke's Innovative Resources.

GOETZ, M. & UHLÍKOVÁ, P. (2009). *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.

CHAPMAN G., & CAMPBELL R. (2005). *Děti a pět jazyků lásky*. Praha: Návrat domů

JENETT, W. (2013). *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou: 100 tipů pro rodiče a učitele*. Praha: Albatrosmedia.

JUCOVIČOVÁ, D. & ŽÁČKOVÁ, H. (2010). *Neklidné a nesoustředěné dítě*. Praha: Grada.

KOČÁRKOVÁ, I. & LACINOVÁ, L. (2008). *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Barrister & Principal.

KOPŘIVA, P. A KOL. (2008). *Respektovat a být respektován*. Praha: Spirála.

- KOPS, P., & KOPSOVÁ, K. (2014). *Tygr dělá uáá uáá*. Praha: Albatrosmedia.
- LACINOVÁ, L. (2002). *Proměny současné rodiny s malými dětmi*. In I. Plaňava & M. Pilát (Eds.): *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno: Barrister & Principal, 149-157.
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., & ŠPITZ, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. (Druhé, rozšířené a přepracované vydání). Praha: Portál.
- MATĚJČEK, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN.
- MATĚJČEK, Z. (2003). *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál.
- MUNDEN, A. & ARCELUS, J. (2006). *Porucha pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- NĚMEC, J. (2002). *Od prožívání k požitkářství: Výchovné funkce hry a její proměny v historických koncepcích pedagogiky*. Brno: Paido.
- O'DELL, N. E. – COOK, P. A. (1999): *Neposedné dítě - jak pomoci hyperaktivním dětem*. Praha: Grada Publishing s.r.o.
- PACLT, I. A KOL. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.
- PRAŠKO, J. (2013). *Kognitivně behaviorální terapie v praxi*. Praha: Portál.
- PREKOPOVÁ, J., & SCHWEIZEROVÁ, CH. (2008). *Neklidné dítě*. Praha: Portál.
- REIFOVÁ, S. F. (2007). *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole*. Praha: Portál.
- ŠLAPAL, R. (2007). *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido.
- TAYLOR, John F. (2012). *Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti: rádce pro děti s ADHD a ADD*. Praha: Portál.
- THOMAS, A., & CHESS, S. (EDS) (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner/Mazel Publications.
- TRAPKOVÁ, L., & CHVÁLA, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- TŘESOHLAVÁ, Z. (1993). *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum.
- WINTER, B. (2018). *Jak na ADHD a problémy s pozorností*. Praha: Albatrosmedia.

ZELINKOVÁ, O. (2000). *ADHD – terminologie, projevy, intervence in Specifické poruchy učení a chování. Sborník 2000*. Praha: Portál.

Odborné články, kvalifikační práce a internetové zdroje:

ADESIDA, O., & FOREMAN, D. (1999). *A Support Group for Parents of Children with Hyperkinetic Disorder: An Empowerment Model*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4, 567 – 578.

DOBIÁŠOVÁ, M., HÁJKOVÁ, M. & NEŠPOROVÁ, M. (2015). *Aktivity vhodné pro práci s dětmi s ADHD: Portfolio vytvořené v rámci projektu Prohlubování klíčových kompetencí pedagogů, jiných odborníků a rodičů jako podpora vzdělávání dětí se syndromem ADHD*. Brno: Centrum pro rodinu a sociální péči.

DRTÍLKOVÁ, I., & FIALA, A. (2016). *Rozdílné dimenze subtypů ADHD*. Dostupné online <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1097>

Kolektiv autorů (2013). *Stop terapii objetím*. Dostupné na <https://psychologie.cz/stop-terapii-pevnym-objetim/>

LACINOVÁ, L., & ŠKRDÍKOVÁ, P. (2008). *Koncepce a teoretická východiska práce s rodičovskou skupinou Klubu rodičů a přátel neklidných a hyperaktivních dětí. E-psychologie*. 47-57. Dostupný na https://e-psycholog.eu/pdf/lacinova_etal.pdf

MALÁ, E. (2001). *Hyperkinetické poruchy*. *Psychiatrie pro praxi*. Dostupné online. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/03/06.pdf>

MAREŠ, J. (2015). *Tvorba případových studií pro výzkumné účely*. *Pedagogika*, roč. 65, č. 2, 113 – 142. Dostupné online. [http://www2.tf.jcu.cz/~bauman/KPD_NUP_KUP/Vyzkumne_studie/Ped_2015_2_02_Mare%9A_113_142%20\(1\).pdf](http://www2.tf.jcu.cz/~bauman/KPD_NUP_KUP/Vyzkumne_studie/Ped_2015_2_02_Mare%9A_113_142%20(1).pdf)

MERTIN, V. (2004). *ADHD – pohled psychologa*. *Pediatric pro praxi*. Dostupné online. https://www.pediatricipropraxi.cz/artkey/ped-200402-0002_ADHD-pohled_psychologa.php

ORR, J. M., MILLER, R. B., & POLSON, D. M. (2005). *Toward Standard of Care for Child ADHD: Implications for Marriage and Family Therapists*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31,191 – 205.

PREKOPOVÁ, J. *Pevné objetí*. Dostupné na www.prekopova-pevneobjeti.cz

PTÁČEK R, PTÁČKOVÁ H, BRATEN E. (2020). *K historii diagnostické kategorie ADHD. Český a slovenský psychiatr*, Dostupné online <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1344>

SOUKUPOVÁ, J. (2005). *Důležitost včasného rozpoznání a stanovení diagnózy dětí s ADHD/ADD*. Brno: Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy Univerzity, katedra Sociální pedagogiky.

ŠERÝ O., ŠTAIF R., DIDDEN W. (2007). *Neurobiologie hyperkinetické poruchy*. Český a slovenský psychiatr. Dostupné online <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=315>

ŠIRMEROVÁ, Z. (2011). *HANDLE přístup jako prostředek rozvoje komunikačních schopností*. Brno: Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy Univerzity, katedra Speciální pedagogiky.

KOLEKTIV Terapie hrou. Cit. 3/2021. Dostupné online <http://www.attachment.cz/terapie-hrou/>

The HANDLE Institute. *About HANDLE*. Cit. 3/2021, dostupné online <https://handle.org/about-handle#OurMission>

TYL, J., PTÁČEK, R. & TYLOVÁ, V. (2000). *Lehké mozkové dysfunkce: nové metody nápravy. Komplexní příručka*. Cit.3/2021. Dostupné online www.eegbiofeedback.cz

VACKOVÁ, J. (2006). *2. Konference Škola a Zdraví*, Brno. Cit 2/2021. Dostupné online https://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik_2006/pdf/023.pdf).

Vyhláška č. 27/2016 Sb. Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Zákon č. 561/2004 Sb. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autora: Mgr. Bc. Magdaléna Zemanová

Studijní program: Psychologie magisterské

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Možnosti práce s dětmi s ADHD po stanovení diagnózy

Počet stran bez příloh: 83

Počet stran celkem: 95

Počet titulů české a literatury a pramenů: 47

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 8

Vedoucí práce: Dr. Jan Vyhnálek, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2021

Přílohy

Rozhovor s rodiči

(ukázka rozhovoru, který vzhledem k situaci proběhl online)

Rozhovor č. 1, Martin 6 let

Jaký je Martin?

Martin je... pomalejší, občas vztekle vybuchne, ale zase rychle se uklidní. Je to takový „tunťa“, který si nechá všechno líbit. Je spíš samotář a mazel.

Kdy jste si poprvé uvědomili, že je něco „jinak“?

Už brzo. Už jako miminko špatně spal, bojovali jsme s kojením a jídlem. Jídlo považoval za zbytečné, radši se kojil. Když si vzpomenu na stejné období u staršího, tak to bylo jiné hned. Ale říkala jsem si, že to je tím, že je druhý a musí se o mojí pozornost dělit s bratrem.

Jak se vyvíjel? Kdy seděl, lezl...?

Vyvíjel se tak nějak zrychleně, ale zase jsem si říkala, že to je starším bráchou, že se mu chce vyrovnat, dohnat ho. Takže velmi brzo začal obcházet nábytek. Skoro nelezl, až vlastně potom, co začal obcházet nábytek, ale jen krátce. Sedět začal brzo, kolem půl roku už seděl v jídelní židličce, když sedět nemohl, přitáhl se, aby seděl a lépe všechno viděl. Když jedl, tak u toho musel pořád něco dělat nohama nebo rukama, neuteklo mu nic, co se dělo kolem.

Velmi špatně spal, v noci byl pořád vzhůru, dlouho usínal, klidně dvě hodiny jsem ho uspávala, manžel nebyl schopný ho uspat vůbec, poprvé ho uspával až ve dvou letech, kdy už jsem nekojila. Do té doby jsem uspávala já, já jsem k němu v noci vstávala, byla s ním vzhůru než znova usnul, což bylo někdy i dvě hodiny. Bála jsem se, aby nevzbudil Lukáše, který spal ve vedlejším pokoji, takže jsem ho nosila, kojila, houpala, jen aby byl potichu. Ráno brzo vstával starší syn, jakmile ho Martin slyšel, tak byl vzhůru taky, aby náhodou o něco nepřišel. Přes den spal jen po obědě, když spal i Lukáš.

Mluvit moc nechtěl, na všechno ukazoval, nechtěl říkat básničky, nechtěl opakovat zvuky zvířátek. Jeho řeči jsem rozuměla já a Lukáš, občas něco pochytila babička, ale manžel nikdy nevěděl, co říká.

Jak proběhl nástup do školky?

Do školky nastoupil až jako předškolák. Nejdřív nebylo místo pro děti, ale protože jsem byla stejně doma, tak jsem to neřešila. Pak už by místo ve školce bylo, ale do školky nechtěl, neměla jsem v tu dobu moc práce, tak jsem si ho nechala doma. Jako předškolák už do školky musel, ale první dva měsíce plakal, že do školky nechce, chodil po obědě, aby nemusel spát. To úplně nesnášel. Přicházeli jsme do školky poslední a odcházeli první. Teď je od září znova předškolák.

Kdo navrhl navštívit odborníka?

Paní doktorka (dětská) nás poslala nejprve na logopedii. To jsem věděla sama, že budeme muset řešit, takže jsme hledali nějakého logopeda, který s ním bude moct častěji pracovat. Nakonec chodíme na logopedii a ještě na soukromá logopedická cvičení, která si platíme. Psychologa nám doporučila paní učitelka ve školce a logopedka to jen potvrdila. A tím se rozjel kolotoč odborníků.

Jaký byl výsledek vyšetření?

Tak na logopedii jsme se dozvěděli, že má opožděný vývoj řeči. Paní logopedka to nazvala jako vývojová dysfázie. Pak jsme šli do pedagogicko-psychologické poradny, protože to chtěla školka. Tam jsme přijeli a strašně dlouho jsme čekali, i když jsme přijeli v objednanou dobu. Paní psychologka nás tam nechala čekat, Martin tam lítal po chodbě, nebavilo ho čekat. Když jsem teda konečně šla dovnitř, měl čekat Martin se sociální pracovníci v čekárně, kde byly hračky. Dlouho mi nechtěl pustit, ale nakonec našel lego, které ho baví, takže si hrál s ním a já si šla povídat. Přes hodinu jsem vyprávěla vlastně všechno, co chcete teď vědět i vy. Pak měl jít dovnitř Martin. A měl tam být sám. No to jsem věděla, že nebude dobrý. Tak prý dlouho seděl a mlčel, nechtěl dělat nic. Nakonec tedy něco začal dělat, ale asi po půl hodině se rozplakal, že už je unavený a nechtěl dál pracovat. Šla jsem tedy za ním, seděla jsem vedle na gauči a úkoly dodělal, ale velmi rychle, aby mohl už pryč. Podle paní psychologky byl

opožděný ve vývoji kreslení, měl problémy s rozeznáváním barev a řečí. Pak říkala něco o neklidu a zhoršené pozornosti. Poslala nás na neurologii a na oční.

Oční bylo hodně rychlé, tam nenašli žádný problém s rozlišováním barev a pan doktor nechápal, proč nás tam vlastně posílají.

Nelíbilo se mi, jak to probíhalo v PPP, tak jsem ještě sháněla někoho jiného, kdo by nám pomohl víc a i školce. Paní logopedka nám doporučila Speciálně pedagogické centrum pro děti s vadami řeči. Tak tam to bylo lepší, protože Martá šel nejdřív pracovat s paní psycholožkou a já si zatím povídala vedle s jinou paní. A pak jsme si to vyměnili. No ale jejich závěr se moc nelišil od toho z poradny, když to přečtu přímo ze zprávy, tak tam uvádí psychomotorický neklid, selhávání pozornosti, vývojová dysfázie, neobratná grafomotorika, sociální nezralost, suspektně ADHD. Doporučili nám ještě neurologii a psychiatrii. A odklad školní docházky. Ten jsme teda stejně chtěli, na jaře to bylo takové divoké kvůli koruně, tak jsme nechtěla ani, aby do školy ještě šel.

Neurologie byla rychlá a bez problémů, protože jsem byla pořád s Martou. Potvrdili tam ADHD.

Na psychiatrii jsem vůbec nechtěla, manžel byl taky proti, ale chtěli jsme to mít všechno z krku. A paní doktorka potvrdila ADHD a doporučila nám léky Ritalin.

Jak jste se vyrovnali s diagnózou ADHD?

Já jsem to dlouho řešila, protože jsem s ním pořád. Furt jsem si říkala, kde jsem udělala chybu, proč je to tak, jak to je, jestli to nemůže být tím, že jsem se už v těhotenství o něj hodně bála, hodně jsem brečela, měla jsem strach a ten mám pořád. Jenže jsem si taky začala o ADHD číst a viděla v lecčem Martu a trochu se mi ulevilo, že to není moje chyba. Manžel doktorům nevěří. Podle něj je Martík normální.

Zlepšilo se pak chování ve školce?

Moc ne. V poradně i v SPC doporučili nějaký individuální plán a asistentku. No tu sice má, ale už tam byla a moc toho navíc s ním nedělají, pořád nechce do školky chodit. Má odklad školní docházky, tak je znovu předškolák. Vyšetření probíhala na jaře minulého roku, řada jich byla přeložených, kvůli covidu, pak byla školka zavřená. Teď v

září nastoupil zase jako předškolák a už aspoň nedělá ráno scény. Ale pořád chodí po obědě.

Jaký byl nástup do 1. třídy?

Má odklad, takže nás to teprve čeká a už teď se toho bojím.

Jak hodnotíte přístup učitelek?

Má ve školce dvě učitelky a asistentku. Ta nedělá vůbec nic, jen na procházkách jde s ním, ale jinak mi nepřijde, že by mu extra pomáhala, já s ní ani nejsem moc v kontaktu, přichází do školky až po nás, když Marťu vyzvedávám, tak to je v době chystání na spaní a asistentka je u dětí. S učitelkami se občas bavím, ale nepřijde mi, že by se nějak chtěly zajímat o to, co chceme my. Jedna je přísnější, co říká Marťa i co říkal Lukáš, který jí měl taky. Druhá je taková mladá paní učitelka, co je hned po škole, chce kolikrát něco udělat jinak a zkusit, ale ta starší jí nepodpoří. Ta se víc zajímala o to, jak jsme dopadli, co je nového.

Co konkrétně jste spolu řešily?

Nejvíc jsme řešili to, jak mu pomoci, aby neplakal ráno. Ta mladší paní učitelka navrhla nějaký korálek nebo knoflík do kapsy, který když bude smutný a bude se mu stýskat, tak zmáčkne, aby věděl, že tam s ním jsem. Se starší paní učitelkou jsme řešily, že jí neposlouchá, bourá dětem stavby, nechce se zapojovat. Vlastně si na něj jenom stěžuje.

Jaké projevy ADHD jsou u dítěte nejvýraznější?

Nejvíc asi ten neklid, nevydrží u ničeho sedět v klidu, na pohádky se kouká tak, že u toho pomalu skáče na gauči, všechno mu zároveň dlouho trvá, protože třeba při oblékání se zajímá o všechno a všechny kolem.

Jak probíhá komunikace s učitelkami?

Nejvíc spolu mluvíme ráno, když Marťu odvádím do školky, když něco potřebují, posílají mail. Když jsem s nimi chtěla udělat setkání, kde bychom si pověděly všechno z vyšetření a ze školky, tak jsme se dlouho domlouvaly emailem. Nakonec to bylo online kvůli všem těm opatřením.

Má kamarády?

Moc ne. My nejsme ta rodina, co děti vozí pořád na nějaké kroužky. Kamarádí se s jedním klukem ze školky, ostatní děti si moc ani nepamatuje jménem. Ve vesnici se s dětmi nestýká, největší kamarád je asi brácha Lukáš.

Co dělá ve volném čase?

Pořád něco. U ničeho nevydrží tak dlouho jako u lega, to staví pořád nějaké stavby, ale nikdy ne podle návodů, podle sebe. Jinak je hodně s bráchou na zahradě. Rád by hrál nějakou hru na tabletu, ale ten nemá.

Kde získáváte poznatky o ADHD?

Nejvíce na internetu, v diskusních skupinách na Facebooku, tam jsem našla kontakt na maminky z okolí, které mají zkušenosti se stejnými odborníky, sdílí tam svoje problémy. Bohužel se nám nedaří to sdílet osobně. Odborné informace jsem se dočetla v knížkách, které se snažím půjčovat z knihovny, ale tam toho moc není, tak jsem si jich několik koupila, aby si to mohl přečíst i manžel nebo učitelky. Od psychologičky jsem se toho moc nedozvěděla, psychiatr nám jen doporučil léky, ale co je to za léky, jsem zjišťovala opět na Facebooku.

Jaké terapie podstupujete? Kdy jste s nimi začali? Co jste od nich očekávali? Jaké účinky terapie měla?

Chodili jsme na Hypo do poradny, ale Marťu to nebavilo, takže jsme to nedokončili. Ty úkoly mu přišly moc složité, nechtěl na nich pracovat, bylo to často se slzami v poradně i v domácí přípravě. Hypo jsme začali po odkladu školní docházky, čekala jsem něco víc než jen kreslení úkolů.

S Lukym jsem chodila na biofeedback, tak chodíme i tam, to je docela fajn, to Martina baví.

Na psychiatrii nám doporučili ještě Ritalin, ten jsem sice vyzvedla, ale nechci mu ho dávat, nemám v léky důvěru. Našla jsem na Facebooku doporučené koupeli v epsomské soli, tak ty děláme tak jednou týdně, když je hodně unavený, tak před spaním tu vanu zkoušíme, prý to je fajn, no zatím moc nevím. Místo léků dáváme rybí

tuk, větší dávky vitamínu B a C. Zkoušela jsem taky homeopatika na zlepšení spánku, tuším Sedalia se to jmenovalo, to teda nepomáhalo vůbec.

Berete na zřetel diagnózu při organizaci volného času celé rodiny (výběr dovolené, návštěvy, restaurace, kavárny...?)

Myslíte jako jít si sednout do kavárny, aby si děti hrály v koutku? To jsme udělali asi dvakrát, stejně tak restauraci... Rychle se nají a jde vykramařit všechno do koutku, takže když tam máme jít na nějakou oslavu, tak jsem nervózní už týden předem. Když chceme jet na dovolenou, tak vybíráme ubytování tak, abychom tam byli sami, protože nechci, aby rušil ostatní. Ale my to tak máme rádi, my se moc nechceme družít. Máme jeden druhého, a to nám stačí.

Jste s manželem v postojích k nemoci ve shodě?

Moc ne. Manžel se moc nezapojuje do výchovy, je často pryč, takže když přijede, kolikrát mu dovolí to, co já jsem předtím zakázala. Já jsem ten policajt a manžel kamarád. Víc ve shodě jsme s maminkou, která bydlí s námi. Ta s Marťou dělala hlavně úkoly na Hypo. Manžel nevěří, že má ADHD, podle něj to je nějaký moderní nemoc, co se dává dětem, co jsou živější. Shodujeme se v tom, že mu zatím nechceme dávat léky, ale já už to trochu zvažuji, jestli by mu to mělo pomoci pak v nástupu do školy, aby mu tam bylo líp.

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely diplomové práce Možnosti práce s dětmi s ADHD po stanovení diagnózy

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu diplomové práce Magdalény Zemanové s názvem Možnosti práce s dětmi s ADHD po stanovení diagnózy
- Cílem výzkumu je zjištění poskytovaných služeb dětem s diagnózou ADHD a jejich rodinám. Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor trvat a jaký bude mít průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případně do 3 dnů odmítnout účast na výzkumu.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Přepis může být uveden v příloze diplomové práce.
- Na základě rozhovoru a poskytnutých odborných zpráv (nebudou zveřejňovány) bude vytvořena kazuistika.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno celé jméno moje či jiných zmíněných osob či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a. Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své diplomové práce.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Magdalena Zemanová

Obor studia: psychologie

Název práce: Možnosti práce s dětmi s ADHD po stanovení diagnózy

Vedoucí/oponent* práce: Jan Vyhnálek, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 83

Počet stránek příloh: 7

Počet titulů v seznamu literatury: 55

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

		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		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Pokuste se v několika větách vystihnout, jaké poznání Vám přineslo srovnání 5 případových studií rodin s dětmi s ADHD. Jak byste na základě Vaší zkušenosti i výsledků vícepřípadové studie hodnotila stav pomoci rodinám dětí s ADHD v ČR?

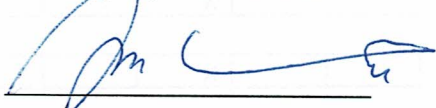
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

DP autorky je zamýšlena jako součást širšího projektu podpory rodin s dětmi s ADHD: tento aplikační záměr je v práci zřejmý a dává poněkud různorodému textu jeho jednotící strukturu. Protože původní výzkumný plán práce, ověření vybraného modelu práce s dětmi s ADHD, byl znemožněn pandemickými opatřeními, autorka předkládá zdařilý náhradní plán teoretické i praktické podoby práce: pojednání práce s dětmi s ADHD a to v podobě přehledu nejvýznamějších programů, vyhledání jejich dostupnost ve vybraném kraji a kazuistiky rodin s dětmi s ADHD ukazující příklady jejich reálného využití. Těžiště teoretické části je v přehledu hlavních metod práce s dětmi s ADHD, pojatém jako poměrně rozsáhlý přehled jejich hlavních principů a postupů. Předchází mu část zaměřená na samotnou poruchu pozornosti, v níž oceňují srovnání MKN-10 a DSM-IV. Rozsah a pojetí teoretické části, která je oproti empirické části až příliš rozsáhlá a do určité míry samostatná, je vysvětlen zmínkou autorky v Závěru, že vytvoření přehledu programů pomoci byl jejím hlavním osobním záměrem. Jádrem empirické části je kvalitativní vícepřípadová studie, postavená na zpracování 5 případů doplněné sondou o nabídce pomoci ve vybraném kraji. Tyto dvě části se doplňují a společně tvoří studii nabízející vhled do stavu nabídky a jejím využití rodinami. V empirické části oceňují zejména samotné syntetické kazuistiky, které jsou postavené na dobře vybraných datech artikulovaných výzkumnými otázkami a jsou hlavním výsledkem analýzy. Jsou někdy ponechány v podobě vedle sebe kladených dat, což odpovídá osobitému stylu autorky zdůrazňujícímu bezprostřední kontakt s prezentovanou realitou. Jeví se jako plod autentického výzkumného úsilí a umožňují čtenáři vhled do reality života rodin dětí s ADHD a ukazují mj. složitost okolností využití nabídky pomoci rodinami. Srovnání jednotlivých případů velmi vhodně napomáhají tabulky a grafy, které zároveň text oživují. Souhrnná a srovnávací prezentace a interpretace případových studií, jejíž vhodné místo by bylo v kapitole výsledků, je přítomna v Diskusi a Závěru.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 24. 5. 2021



Jan Vyhnálek, Ph.D.

* nehodící se, škrtněte

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Mgr. Bc. Magdaléna Zemanová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Možnosti práce s dětmi s ADHD po stanovení diagnózy

Vedoucí/oponent* práce: doc. PhDr. Alena Kajanová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 83

Počet stránek příloh: 12

Počet titulů v seznamu literatury: 55

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

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

	1			
--	---	--	--	--

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

			3	
--	--	--	---	--

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

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

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

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Prosím studentku k vyjádření se k otázkám v Celkovém hodnocení práce (rámeček níže).

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Pozitivně hodnotím volbu tématu, které je stále aktuální a potřebné. Kapitoly teoretické části jsou vhodně zvolené, navazují na sebe, nejsou nadbytečné. Drobnou výtku mám k práci s literaturou – jedním autorem za „odstavci“ jsou zde citovány poměrně dlouhé úseky textu, často celé strany. Bylo by vhodnější s literaturou pracovat tak, že jsou citovány kratší úseky textu.

Teoretická část je nepřiměřeně dlouhá proti části praktické.

Výzkumné otázky tak jak jsou postavené spíše v podobě dílčích cílů, než otázek. U výzkumného souboru mi chybí odůvodnění, proč se jednalo právě o pět případů a jakým způsobem byly vybírány/oslovovány? Absentují rovněž informace o zpracování/analýze dat. Jakým způsobem byly zpracovány rozhovory? A pozorování?

Celkové zpracování dat je přehledné a čtivé, nicméně na diplomovou práci postrádám hlubší analýzy, takto se jedná spíše o popisný charakter.

V diskusi mi absentuje diskuse výsledků s literaturou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: dobře

Datum, podpis: 27.4.2021



* nehodící se, škrtněte