UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Alžběta Jonáková

HYPERAKTIVITA

Olomouc 2014

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářkou práci na téma „Hyperaktivita“ zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Staré Město pod Sněžníkem 17.04.2014 …….

Alžběta Jonáková

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Janě Kvintové, Ph.D. za cenné připomínky, podněty a rady. Velmi si vážím jejího vstřícného přístupu a času, který mi věnovala.

Dále rodině za trpělivost a podporu během celého mého studia.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Alžběta Jonáková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Hyperaktivita
Název v angličtině:	Hyperactivity
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá problematikou poruchy hyperaktivity. Cílem této práce je zmapovat problematiku hyperaktivních dětí tzn. popsat danou poruchu a její projevy, zmapovat možné příčiny, zjistit možnosti ovlivnění a také doporučit rodičům či učitelům možné výchovné postupy. Text práce je doplněn kazuistikami.
Klíčová slova:	ADHD, hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti, dítě, kasuistika, škola, rodina
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis deals with the issue of hyperactivity. The aim of the work is to map the issue of hyperactive children, i.e. to describe this particular disorder and its manifestation, to map its possible causes, to find out the potential influences, and also to recommend to parents and teachers some practicable educational methods. The thesis is enriched by case histories.
Klíčová slova v angličtině:	ADHD, hyperactivity, impulsiveness, attention deficit disorder, child, case history, school, parents
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – ADHD a rasy Příloha č. 2 – ADHD v jednotlivých zemích
Rozsah práce:	60 stran
Jazyk práce:	čeština

OBSAH

ANOTACE **4**
ÚVOD **6**
1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE **8**
2 HYPERKINETICKÝ SYNDROM **9**
2.1 Vysvětlení pojmu 9
2.2 Terminologie 9
2.3 Komparace rozdílů mezi MKN-10 a DSM-IV 10
2.4 Diagnostika 13
3 POPIS ZÁKLADNÍCH PROJEVŮ ADHD **17**
3.1 Projevy v jednotlivých vývojových fázích 17
3.2 Porucha pozornosti 22
3.3 Hyperaktivita 23
3.4 Impulzivita 24
3.5 Hyperexcitabilita 25
3.6 Přidružené příznaky 25
4 PŘÍČINY ADHD **29**
4.1 Genetické příčiny 30
4.2 Negenetické příčiny 32
5 FORMY OVLIVNĚNÍ **35**
5.1 Farmakoterapie 35
5.2 Kognitivně behaviorální terapie 37
5.3 EEG - Biofeedback (EBF) 39
5.4 Relaxační techniky 40
6 DÍTĚ S ADHD DOMA A VE ŠKOLE **42**
6.1 Výchova dítěte s ADHD-komparace teorie s kazuistikou 42
6.2 Vzdělávání žáků s ADHD 44
6.3 Legislativa 47
DISKUZE **50**
ZÁVĚR **52**
SOUHRN **53**
POUŽITÁ LITERATURA **54**
SEZNAM PŘÍLOH **59**

ÚVOD

"ADHD je porucha, v jejímž pozadí leží biologická příčina. Nejde o výsledek špatného rodičovského přístupu nebo nepříjemně a rozčilující dispozice ze strany dítěte. V jistých ohledech se podobá ostatním dětským nemocím tím, že může mít při nesprávně vedené léčbě vážné následky" (Munden a Arcelus, 2008, s. 11).

Výše uvedenou definici jsme si zvolili, protože nám připadá velice výstižná a jasně definuje poruchu ADHD, která je v dnešní době velice aktuální. Mnoho z nás si myslí, že tato porucha je způsobená špatnou výchovou ze strany rodičů či učitelů nebo je to tím, že dítě se tak chová schválně.

Nejvíce informovaní o této poruše by měli být učitele v MŠ a ZŠ, protože právě v těchto institucích se dítě musí podřizovat určitým pravidlům a tím pádem se i daná porucha projeví v celé své kráse. A právě učitel, by měl upozornit rodiče na problémové dítě a doporučit mu návštěvu příslušného odborníka. Avšak mnoho rodičů si nechce připustit, že jejich dítě je jiné a svalují vinu na učitele a jeho styl výchovy.

A z tohoto důvodu je velice důležité, aby měla široká veřejnost aspoň trochu ponětí, co tato porucha skutečně obnáší. Někteří rodiče, kteří si všimli, že s jejich dítětem není něco v pořádku, se snaží rozlišit projevy vrozeného temperamentu od hyperkinetické poruchy, zejména když je dítě ještě malé. Pokud se to rodičům nepodaří, je vhodné poradit se s učitelem dítěte anebo navštívit odborného lékaře, který buď diagnózu ADHD potvrdí či nepotvrdí. Pokud se tato diagnóza skutečně potvrdí, otevírají se rodičům různé možnosti nápravy této poruchy. Rodičům se nežádoucí projevy chování stanou pochopitelnější a speciální výchovný přístup jak v rodině, tak ve škole je může usměrnit. A je proto velice důležité, aby se na tuto poruchu přišlo co nejdříve, protože často přetrvává do adolescence a do dospělosti a mohla by velice znepříjemnit budoucnost daného jedince.

Pokud se rozhlédneme kolem sebe, zjistíme, že se v našem okolí objevuje sousta dětí, u kterých se objevují příznaky ADHD a kteří potřebují odbornou pomoc a to byl také důvod, proč bylo téma zvoleno.

Teoretická práce je rozdělena do šesti kapitol a poskytuje jednak základní poznatky o této problematice a jednak se snaží o komplexní přístup zpracování základních informací týkající se této problematiky. Předložená práce se zabývá pojmem hyperkinetická porucha, konkrétními projevy této poruchy, příčinami, možnostmi

zvládnutí této poruchy a doporučeními ohledně výchovy a vzdělávání těchto jedinců. Předkládáme také legislativní ukotvení vzdělávání žáků s ADHD. Každá kapitola je doplněna kazuistikou, prakticky doplňující teoretické poznatky. Celkem se jedná o osm kazuistik, z toho sedm je převzato a modifikováno z odborné literatury, poslední je z autorčina okolí.

1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem práce je zmapovat problematiku hyperaktivních dětí. Snažili jsme se o syntézu dosavadního poznání problematiky hyperaktivity reprezentované například v publikacích Jucovičová, D.; Žáčková, H., 2010; Drlíková, I,; Šerý, O., et. al. 2007; Pokorná, V., 2010; Munden, A.; Arcelus, J., 2008; Paclt, I., a kol. 2007.

Dílčí cíle:

- Předložit základní charakteristiku hyperaktivity a vysvětlit pojmy s ní související
- Porovnat hyperkinetické poruchy dle MKN-10 a DMS-IV
- Zmapovat možnosti ovlivnění hyperkinetické poruchy
- Popsat možné příčiny hyperkinetické poruchy
- Zjistit jaké možnosti nabízí stát v rámci vzdělávání hyperaktivních žáků
- Doplnit text práce případovými kazuistikami

2 HYPERKINETICKÝ SYNDROM

2.1 Vysvětlení pojmu

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (2006) je to skupina poruch, která je charakterizovaná ranným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, hůře ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností se trvale se soustředit na úkol. Tento typ chování se objevuje ve všech situacích a je trvalý.

Hyperkinetické poruchy vznikají vždy v ranném stádiu vývoje dítěte, obvykle v prvních pěti letech života. Hlavními rysy jsou chybění vytrvalosti při aktivitě, která vyžaduje kognitivní funkce, sklon daného jedince přecházet od jedné činnosti ke druhé, aniž by jednu z nich dokončil, společně se špatně organizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Tyto nedostatky většinou trvají po celá školní léta a přetrvávají do dospělého života, avšak mnoho postižených jedinců se postupně lepší v činnosti a pozornosti.

Hyperkinetické děti bývají obvykle nedbalé a impulzivní, mají velký sklon k úrazům a poměrně často se dostávají do disciplinárních nesnází, spíše kvůli neúmyslným přestupkům než pro úmyslné porušování pravidel. V jejich vztahu s dospělými chybí společenské zábrany, normální obezřetnost a ukázněnost, u jiných dětí nejsou oblíbené a tím pádem se mohou dostat do izolace. Kognitivní narušení je běžné, taktéž se vyskytuje specifické zpoždění ve vývoji motoriky a řeči. Hyperkinetická porucha se častěji objevuje u chlapců. Běžné jsou i přidružené problémy se čtením a nebo jiné školní potíže.

2.2 Terminologie

Ross a Ross; Taylor (In Barkley a Mash) uvádí, že už kolem roku 1800 byly popsány děti, které vykazovaly značné problémy s pozorností, hyperaktivitou a impulzivitou v návaznosti s nemocemi či poraněními centrální nervové soustavy.

"Již v roce 1890 referoval o symptomech poruch pozornosti a chování William James ve svých Principles of Psychology. Georg Still, britský pediatr, popsal začátkem minulého století dvacet dětí ze své praxe, které byly "temperamentní, vzpurné, potměšilé, s nedostatečnými volními zábranami" (Pokorná, 2010, s. 129).

Předpokládal, že důvodem chování není špatné vedení ze strany rodičů, ale poranění mozku. Tento názor získal další příznivce z řad odborníků, jakmile se prokázalo, že některé děti trpí po virové encefalitidě, která se masivně vyskytovala na konci první světové války, sníženou pozorností, pamětí a nutkavým chováním. Dalším potvrzením byly následky úrazu hlavy u vojáků za druhé světové války. Tenkrát se začalo hovořit o lehké mozkové dysfunkci"(Pokorná, 2010).

V roce 1930 byl poprvé použit termín minimální mozková dysfunkce (MBD), podle kterého byl i u nás používán termín malá mozková dysfunkce (MMD). Od padesátých let dvacátého století byl u nás používán termín lehká dětská encefalopatie (LDE), v šedesátých letech se zase používal termín lehká mozková dysfunkce (LMD). Tento termín byl používán více než třicet let, nová terminologie se u nás začala postupně prosazovat od druhé poloviny devadesátých let dvacátého století a prosadila se až po roce 2000.

Výše uvedené termíny vycházely z etiologie syndromu, od devadesátých let se po světě začala prosazovat terminologie zaměřená na popis projevů syndromu (Jucovičová, Žáčková, 2010): porucha pozornosti ADD, porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD a hyperkinetická porucha.

2.3 Komparace rozdílů mezi MKN-10 a DSM-IV

V následující kapitole budeme hovořit o dvou nejčastěji používaných klasifikačních systémech MKN-10 a DSM-IV. Ale nejdříve si je musíme charakterizovat:

Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace, neboli **ICD-10**, v ČR známí jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli **MKN-10**, která rozděluje hyperkinetické poruchy (HKP) na poruchu pozornosti s hyperaktivitou a hyperkinetickou poruchu chování.

Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace neboli **DSM-IV**, nazývá hyperkinetické poruchy pojmem ADHD (attention deficit hyperaktivity disorder) a poruchy jsou rozděleny do tří následujících skupin:

- typ s poruchou pozornosti
- hyperaktivně impulzivní typ
- kombinovaný typ

(Munden, Arcelus, 2008)

Mezinárodní klasifikace nemocí dělá rozdíl mezi poruchou aktivity a pozornosti, poruchou hyperkinetickou, poruchou chování. Vyžaduje klinicky vylíčené poruchy pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. **Všechny tyto příznaky se musí vyskytovat v domácím prostředí dítěte i ve škole.** Pakliže jedna z uvedených složek chybí, není stanovena diagnóza hyperkinetická porucha. Pokud se zároveň vyskytují poruchy chování (opozičnictví a agresivita event. další poruchy chování), **mluvíme o hyperkinetické poruše chování.** ADHD diagnostikujeme vždy, pokud se vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou (porucha pozornosti nebo hyperaktivita a/nebo impulzivita). Stačí, aby se porucha vyskytovala buď ve škole a nebo v domácím prostředí. Diagnóza ADHD nezahrnuje příznaky poruch chování.

Z výše uvedeného vyplívá, že diagnostická kritéria DSM-IV a MKN-10 se překrývají jen částečně a diagnóza hyperkinetické poruchy zachycuje závažnější příznaky než diagnóza ADHD podle DSM-IV (Paclt a kol, 2007).

Podle Drlíkové (2007) jsou mírnější kritéria pro ADHD příčinou uváděného vyššího počtu dětí s touto diagnózou - v porovnání s přísnějšími kritérii pro hyperkinetickou poruchu. Je jisté, že mnoho dětí, které by dle amerických kritérií DMS-IV splnily podmínky pro diagnózu ADHD a měly prospěch z léčby, nejsou v České republice (podle přísných kritérií pro hyperkinetické poruchy) podchyceny a léčeny.

Nyní si uvedeme **kritéria poruchy podle MKN-10** (zkrácenou verzi), podle které můžeme diagnostikovat hyperkinetickou poruchu. Symptomy musí vzniknout před 7 věkem života a trvat nejméně 6 měsíců.

Porucha pozornosti (přítomno 6 příznaků ze 9):

- obtížně koncentruje pozornost;
- nedokáže udržet pozornost;
- neposlouchá;
- nedokončuje úkoly;

- vyhýbá se úkolům vyžadující mentální úsilí;
- nepořádný, dezorientovaný;
- neustále ztrácí věci;
- roztržitý;
- zapomětlivý.

Hyperaktivita (přítomny 3 příznaky z 5):

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

Impulzivita (přítomen 1 příznak ze 4):

- nezdrženlivě mnohomluvný;
- vykřikne odpověď bez přemýšlení;
- nedokáže čekat;
- přerušuje ostatní.

(Drlíková, Šerý et.al. 2007. s. 24)

Drtílková (2007) uvádí, že **ADHD klasifikuje podle DSM-IV** na dvě kritéria a to **kritérium A I**. a **kritérium A II**. Některé z příznaků hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti se objevují již před 7. rokem věku dítěte a objevují se na více místech např.: doma, ve škole...

Podle Kritéria A I musí šest nebo více symptomů trvat minimálně půl roku.

Porucha pozornosti:

- nepozornost při školních úkolech, zapomíná na detaily, chyby z nepozornosti;
- neudrží pozornost při hraní;
- zdá se, že neposlouchá během hovoru;
- neposlouchá pokyny a nedokončuje úkoly;
- má problémy s organizací svých úloh;

- nemá rád úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim;
- ztrácí věci (hračky, školní potřeby....);
- často ho vyruší vnější podněty;
- zapomětlivý v každodenních aktivitách.

Dle Kritéria A II musí šest nebo více symptomů hyperaktivity - impulzivity trvat minimálně 6 měsíců, nepřiměřeně vývojovému stupni.

Hyperaktivita:

- často bezděčně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli;
- často opouští lavici ve třídě;
- často pobíhá nebo přelézá v nevhodných situacích (adolescenti a dospělí mají subjektivní pocit neklidu);
- obtížné při hrách zachovává klid a ticho;
- stále v pohybu - "jako by měl v sobě motor";
- nadměrně upovídaný.

Impulzivita:

- často vykřikne odpověď před dokončením otázky;
- dělá mu problémy čekat v pořadí;
- často přerušuje ostatní nebo jim skáče do rozhovoru (při hrách,...).

2.4 Diagnostika

"Jednotliví autoři udávají různý výskyt hyperaktivních obtíží. Podle Holowenka (1999, s. 11) se nejběžněji udává 3-6% z populace, přičemž poměr mezi chlapci a dívkami je přibližně 3 : 1 (Pokorná, 2010, s.130) V české odborné literatuře můžeme vycházet z dat, která zmiňuje Malá (2000, s. 308*): "Prevalence je udávána v rozmezí od 2 do 12 %, u konzervativnějších pedopsychiatrů od 3 do 5 % dětí školního věku. Výskyt je častější u chlapců než u dívek, nejčastěji se udává poměr 6:2 (rozmezí až 8:1)."* (Pokorná, 2010, s. 130) Poměr 6:2 se tedy shoduje s Holowenkovým údajem 3:1. "

Diagnóza ADHD se určuje velice těžko, neexistují pro ni žádné **absolutně**

správné diagnostické testy, symptomy se různí dle věku, situace a podmínek. Existence jiných poruch může symptomy ADHD **překrýt**, a některé symptomy ADHD se mohou objevit i u jiných poruch. A proto, jakmile si rodiče všimnou, že něco není v pořádku, měli by ve škole, kterou dítě navštěvuje, vyhledat pomoc. Aby se u jedinců, kteří mohou mít ADHD, dala stanovit přesná diagnóza, je nutné získat vyšetření kvalifikovaného a zkušeného odborníka. ADHD je diagnóza, kterou by se měl zabývat lékař, obvykle psychiatr pro děti a mládež, psycholog nebo pediatr (Munden, Arcelus, 2008).

Goetz a Uhlíková (2009) radí, kdy je vhodné vyhledání odborníka. O jeho pomoci **bychom měli přemýšlet, když na dítěti pozorujeme jednu z následujících skutečností**:

je-li dítě po dobu 6 měsíců neklidné, nepozorné, impulzivní v porovnání se stejně starými dětmi; jestliže rodiče jiných dětí často upozorňují na horší sebekontrolu, impulzivitu a nepozorné chování dítěte než u vrstevníků; uhlídání dítěte zabírá více času a námahy; jiné děti se straní dítěte, protože je dráždivější a agresivnější; často nemáme s dítětem trpělivost, používáme fyzické tresty; nechceme dítě nechávat samo, protože to považujeme za nebezpečné; pokud si učitelé na dítě častěji stěžují.

Drtílková a Šerý (2007) uvádí, že diagnostika hyperkinetické poruchy se skládá z **různých vyšetření, rozhovorů a pozorovaní daného jedince:**

- **Rozhovor s blízkou osobou (rodiči)_**- je nezbytně nutné, aby při vyšetření byla přítomna osoba, která je dobře obeznáme s vývojem dítěte a která dokáže podat řádné anamnestické údaje a popsat chování dítěte.
- **Klinické vyšetření dítěte -** Podle Paclta (2007) je velmi důležité klinické vyšetření dítěte z důvodu otevřeného a důvěrného vztahu rodiče s dítětem. Nejdůležitějšími fázemi tohoto vyšetření podle něho jsou:
  - klinický rozhovor s rodiči a dítětem
  - zaznamenání pozorování dítěte
  - zhodnocení školního výkonu od mateřské školy až po současnost
- **Hodnocení pedagoga_**- učitel, je v tomto případě velmi cenný diagnostik. Ideální varianta je rozhovor učitele s dítětem. Druhá a možná i lepší varianta je dotazník pro učitele, jež představuje pro vyšetřujícího úsporu času a přináší kvalitní výsledky. Rodiče však musí dát souhlas se sdělením diagnózy vyučujícím.

- **Dotazníky a škály** - jsou velmi důležitou diagnostickou pomůckou
- **Vyšetřovací metody (tělesné, laboratorní a elektorfyziologické)** - tyto metody se spíše používají k vyloučení hyperkinetické poruchy. Na druhé straně je však podrobnější a objektivnější vyšetření psychických funkcí - pozornost, impulzivita, čas reakce, paměť, inteligence apod.
- **Psychologické vyšetření** - psychologické testy může dělat jen kvalifikovaný a zkušený psycholog. Vyšetření psychologem přináší v diagnostice velmi cenné poznatky o dítěti. Psycholog však lékařskou diagnózu nestanovuje a psychologické vyšetření je jedním - velmi důležitým zdrojem informací o vyšetřovaném jedinci.

Pro představu zde uvádím několik příkladů posuzovacích škál, které se nejčastěji používají. Je to např.: **dotazník pro rodiče** (Parent Symptom Questionaire - PSQ), který vytovřila C.K. Connersová a nebo také **dotazník pro učitele** (Conners Teacher Questionaire - CTQ), který vytvořila rovněž ona. Dotazník pro rodiče obsahuje 90 položek a zkoumá poruchy chování, anxietu, impulzivitu, hyperaktivitu, problémy s učením, psychosomatické problémy atd. Dotazník pro učitele obsahuje 39 položek v oblastech chování ve třídě, chování ve skupině, postoj k autoritám, zkoumá rovněž poruchy chování, nepozornost, tenzi, anxietu a hyperaktivitu (Drtílková, Šerý, 2007).

Mohu zde uvést i tyto diagnostické nástroje – Du Paulův dotazník, Gordonův diagnostický systém, Škála Wenderova, strukturované vyšetření ADHD pro dospělé.

Kazuistika

Tomáš (10 let) byl většinu svého dětství nemocný. Od kojence trpěl alergiemi, záněty průdušek, záněty středního ucha a později se přidalo astma. Ale nejhorší byl rozsáhlý a svědivý atopický ekzém, který mu nedovoloval spát ani si hrát. Bylo to hodně náročné období nejen pro Tomáška, ale i pro ostatní zůčastněné. Opoždění ve vývoji jsme přisuzovali atopickému ekzému a dělali jsme všechno proto, aby se vyléčil. Ve čtyřech letech ekzém téměř zmizel a Tomáš začal dělat velké pokroky.

Přesto jsem si všímala, že ostatním dětem nestačí. Byl nemotorný, nevydržel u žádné aktivity, většinu dne byl pasivní a zahleděný. V pěti letech jej kožní doktorka doporučila pro podezření na vzácné neurologické onemocnění ke specialistovi, který nemoc vyloučil, ale zato odhalil epilepsii a poruchy pozornosti. Tomáš začal brát

antiepileptika a zase se posunul o kus dopředu. To už byl ale opožděný vývoj zcela viditelný. Navštívili jsme tedy psycholožku a ta nám po vyšetření oznámila, že je Tomáš zřejmě lehce mentálně retardovaný a jeho schopnosti nejsou bohužel na takové úrovni, aby mohl chodit do normální školy. Vyrovnali jsme se se skutečností a zapsali Tomáše do alternativní zvláštní školy.

Zkraje šlo všechno dobře, Tomáš se velmi snažil, škola se mu líbila, ale postupem času si paní učitelka stěžovala na častější výpadky pozornosti, na neschopnost déle se soustředit a na únavu, která během dne značně kolísala. Tomáš už nebyl schopný se téměř ničemu naučit. Poprosila jsem proto neurologa, aby Tomášovi předepsal Nootropil. A znovu nastalo zlepšení. Navíc jsem si opakovaně ověřila, že na Tomáše má velice dobrý vliv pobyt se zdravými dětmi. Motivovali ho k lepším výkonům. A tak jsme po poradě s psycholožkou Tomáše zkušebně integrovali do běžné školy s asistentem. Zpočátku se syn opět vypnul k maximálnímu výkonu, ale asi po měsíci se nastala stejná situace. Stále častěji trpěl nepozorností, napadal spolužáky a přemáhala ho únava. Střídala se horší a lepší období. Tomáš byl doma stále agresivnější a plačtivější, často byl úplně "mimo".

Bylo to pro nás velmi těžké období. Po doporučení neurologa kvůli podezření na ADHD jsme navštívili pedopsychiatra, pod jehož vedením jsme začali léčbu Stratterou. Tomáš se postupem mění, zlepšili se jeho školní výkony, ubylo agrese. A protože sám cítí, že se mu vše daří lépe, učí se i hraje si s viditelným elánem. Máme z toho všichni neuvěřitelnou radost, výrazně ubylo horších období a přibylo těch lepších. Už nepropadáme beznaději a zoufalství, ale spíše se snažíme přecházet možným konfliktním situacím (Goetz, Uhlíková, 2009).

3 POPIS ZÁKLADNÍCH PROJEVŮ ADHD

3.1 Projevy v jednotlivých vývojových fázích

Vývojové období kojence

Podle Jucovičové a Žáčkové (2010) v tomto období není snadné hyperaktivitu rozpoznat. Děti někdy bývají neklidnější než ostatní děti, mají poruchy biorytmu, tj. poruchy spánku a bdění (ve dne spí a v noci bdí), a to v mnohem větším rozsahu než ostatní děti a tyto obtíže přetrvávají déle. U dětí bez poruchy biorytmu dochází k vyrovnání výkyvů v rytmu bdění a spánku ve většině případů několik týdnů po narození. Hyperaktivní děti mívají tyto poruchy mnohem déle, často i několik let - velmi špatně usínají, v noci se mnohokrát budí. Rovněž někteří kojenci poměrně záhy odmítají odpolední spánek, což narušuje v budoucnosti adaptaci dítěte v mateřské škole.

Hyperaktivní kojenci někdy také hůře sají, často a zdánlivě bez důvodu pláčou. Tito kojenci způsobují matkám již v tomto ranném období mnoho obtíží - jsou neklidní, podráždění, křičí, jsou plačtiví, i když byly všechny jejich potřeby uspokojeny.

Matky se cítí unavené, frustrované tím, že nedokážou uspokojit potřeby svého dítěte, nerozumí mu, a tak může od této doby být vztah matky a dítěte ohrožen. Narušením stability psychického zdraví matky může nakonec vyústit v nepřijímání, odmítání dítěte anebo vést k partnerským či mezigeneračním krizím.

Ve **vývojovém období batolete** mívají děti zvýšenou pohyblivost, jakoby bez zábran, trpí častěji než jiné děti různými úrazy. Vydrží velmi dlouho beze spánku, ale nejsou schopné se déle soustředit na hru. Již v tomto období můžeme zpozorovat zvýšenou neobratnost a neohrabanost. Začínají se projevovat první afektivní výbuchy - děti na své "neúspěchy" a omezení, která jim z důvodu jejich vlastní bezpečnosti kladou rodiče, začínají reagovat zlostí až agresí. Nepřiměřeně silně reagují na menší podněty – tento jev nazýváme nízkou frustrační tolerancí. Dochází ke konfliktním situacím se sociálním okolím, dítě je vnímáno jako "nadměrně živé", ale rovněž jako "zlobivé" nebo "hůře zvladatelné", a to jak rodiči a prarodiči, tak i rodiči svých vrstevníků. U těchto dětí je často pozorován opožděný vývoj řeči i celkové opožděný nebo nerovnoměrný vývoj (některé projevy odpovídají věku dítěte nebo ho i předbíhají, jiné jsou zase výrazně opožděny) (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Předškolní období

Nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita, zvýšená afektivita a emocionalita, to jsou příčiny problémů při vstupu dítěte do předškolního zařízení. Občas se stává, že je docházka do mateřské školy z důvodu horší adaptace omezena jen na dopoledne nebo jen na určité dny. Někdy se mohou vyskytnout i problémy se sebeobsluhou (dítě je neobratné, těžkopádné, neustále si obléká oblečení převráceně). Dále přetrvávají potíže s delším soustředěním na jednu činnost tzv. děti, buď u jedné činnosti nevydrží vůbec, nebo pouze částečně, pak ji opouštějí a pak už se k ní nevracejí. Časté bývá také to, že děti některé činnosti odmítají vykonávat (např.:děti, které mají problémy v grafomotorice, nerady kreslí atd.). I nadále mívají tyto děti častěji úrazy, příčinou těchto úrazů jsou poruchy motoriky, ale i jejich impulzivní jednání (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Podle Traina (1997) se mnoho rodičů snaží být k projevům dítěte tolerantní, protože si myslí, že hyperaktivita je znakem nadání a zvídavosti. Dělají proto maximum, aby vyhověli rostoucím požadavkům jejich dítěte, rovněž se snaží zajistit dostatek podnětů, aby rozšířili jejich obzor a využili jejich potenciál.

Jucovičová a Žáčková (2010) uvádějí, že z důvodů výše uvedených, bývá realizováno odložení školní docházky o jeden nebo více roků z důvodu nerovnoměrného zrání centrální nervové soustavy (případně i z důvodů závažných poruch řeči, zdravotních důvodů, sociální nezralosti atd.) V praxi se může stát, že odklad školní docházky není realizován, ačkoliv by měl. Důvodem je to, že tyto děti jsou často pro provoz mateřské školy velmi zatěžující a tudiž vzniká tendence dítě, co nejdříve vřadit do základní školy. Tímto je ale vývoj dítěte a jeho problematiky stížen, pokud dítě není ve všech složkách tvz. školní zralosti zralé, připravené na povinnou školní docházku. Hrozí zde např. eskalace problematiky plynoucí z ADHD, ale i vznik přidružených specifických poruch učení. U všech dětí s ADHD není nutný odklad školní docházky, proto je velmi důležité situaci posuzovat individuálně (Jucovičová, Žáčková, 2010).

V **období povinné školní docházky** obvykle problémy hyperaktivních dětí narůstají při vstupu do školy. Tyto děti se nedovedou chovat způsobem, který je po nich požadován a ani jejich výkony nemají očekávanou úroveň. Postoj učitelů k takovému dítěti ovlivňuje jejich přesvědčení, že žák by měl být schopen svoje chování ovládat a akceptovat základní povinnosti. Proto bývá takovéto dítě ve škole často posuzované

jako viník, který se nechce lépe chovat. Výkyvy ve výkonu práce i chyby z nepozornosti učitele popuzují, protože je považují za zbytečné. Nerozumí rozporu mezi předpokládanou úrovní schopností dítěte a jim neodpovídajícími výkony. Napětí mezi žákem a učitelem zvyšuje i to, že žák nereaguje na výtky učitele standardním způsobem a chová se stále stejným způsobem. Neschopnost přizpůsobit se požadavkům učitele, bývá chápána jako ignorace. Hyperaktivní děti jsou velice labilní a jejich nálada se mění jako "počasí"(Svoboda, 2001).

Reifová (2007) zdůrazňuje, že je potřeba citlivý přístup učitele, který problémové děti neztrapňuje a neponižuje před ostatními spolužáky. Sebedůvěra je velmi křehká věc a pro žáky s ADHD je příznačné, že sami sebe považují za neschopné. K tomu, aby tyto děti uspěly v běžném životě, je primárně důležité, aby si zachovali sebedůvěru.

V **období dospívání** podle Drtílkové (2007) se u menší části dětí hyperkinetické projevy opravdu zmírní nebo vymizí. Více než u poloviny dětí porucha přetrvává i během dospívání až do dospělosti. Svoboda (2001) uvádí, že hyperaktivní děti nejsou školsky úspěšní, mívají špatný prospěch a zažívají více kritiky, což velmi ovlivňuje jejich postoj a motivaci ke vzdělávání. Ke škole mívají velmi negativní vztah a nemají proto vůbec žádný důvod ve vzdělávání pokračovat. Jejich hlavním motivem často bývá zbavit se školy a proto je výsledkem nižší úroveň vzdělanosti.

Naproti tomu Jucovičová a Žáčková (2010) dávají velký význam kariérovému poradenství na základních školách. Podle nich mají dovést děti a rodiče k reálnému náhledu na schopnosti a studijní předpoklady dětí. Toto poradenství pak co nejvíce individualizovat tak, aby se vyvarovali nebo co nejvíce zmírnili možnost vyúkového selhání těchto dětí na střední škole nebo učilišti. Je to dlouhodobý proces, který se prolíná celým druhým stupněm ZŠ. Kariérové poradenství má i preventivní úlohu, a to je prevence proti vyúkovému selhání, tzn. získání reálného náhledu, pomoc při budování studijních návyků dítěte aj.).

Svoboda (2001) uvádí, že Matějček a kol. (1996) prosazují názor, že impulzivita, problémy se sebeovládáním, nízká zátěžová tolerance a neschopnost pracovat systematicky zvyšují pravděpodobnost selhání v jakékoliv pracovní roli. K tomu zároveň přispívá i negativní očekávání těchto osob, ovlivněné jejich špatnou zkušeností z dětství.

Jak už bylo řečeno, hyperaktivní děti mívají problémy v mezilidských vztazích.

Tento problém přetrvává i v období adolescence. Některé nežádoucí projevy mohou být i více nápadné jako např.: jejich impulzivita, prudkost, neuváženost, zbrklost. Od adolescenta se očekává zralejší chování, a proto toto chování více vynikne.

Bývá rovněž časté, že ostatním dětem vadí jejich nevyzpytatelnost, nestálost a nepředvídatelné chování. Vlivem problémů v sociální komunikaci dochází k častým nedorozuměním a zbytečným konfliktům mezi dětmi a dospělými. Tyto děti se pak ocitají v emočně náročných situacích, což nezpůsobuje dobrý vliv na jejich psychické zdraví. Mohou je pak řešit nevhodnými obrannými reakcemi (agrese, autoagrese, útěky, krádeže, party, kouření, alkohol, gamblerství, promiskuitní chování atd..)

Jestliže těmto dětem nepodáme pomocnou ruku, může dojít až ke změně struktury jejich osobnostních vlastností, svým způsobem až k patologickým změnám (psychopatický vývoj osobnosti) (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Kazuistika

Petr byl ve svých 14 letech už dvakrát hospitalizován pro nezvladatelnou slovní agresivitu a konflikty se spolužáky i s matkou. Pobyt na psychiatrickém oddělení jeho chování nijak výrazně nezměnil, po druhé hospitalizaci byl odeslán k dlouhodobé psychoterapeutické péči. V té době byl žákem 8. třídy a propadal z několika předmětů.

Na prvním stupni základní školy byl krátce v péči pedagogicko-psychologické poradny pro poruchy učení a lehkou mozkovou dysfunkci. Při nedobrovolném pobytu na psychiatrickém oddělení s lékaři vůbec nespolupracoval, ale režimu zařízení se pasivně podrobil, pravidla oddělení neporušoval. V chráněném prostředí také bez problémů vycházel s vrstevníky.

Psychologické vyšetření prokázalo závažnou poruchu pozornosti, vyšší míru agresivity a intelektové schopnosti měl Petr v rámci lepšího průměru, což bylo v rozporu s údaji ze školy, která Petra hodnotila jako rozumově podprůměrného. Toto tvrzení je spíše odrazem výrazné vyúkové zanedbanosti, vlivem které Petr na školní práci zcela rezignoval. A o plnění úkolů se vůbec nesnažil, protože ze zkušenosti věděl, že výsledek bude špatný i bez ohledu na jeho snaživost. Škola proto vzhledem k výsledkům trvala na přechodu chlapce do speciální třídy. Petrovi studium ve speciální třídě prospělo, umožnilo mu to zažít úspěch ve škole, protože měl samé jedničky. Při jeho intelektu stačilo, že byl vlivem přiměřené léčby schopen dávat ve škole pozor, i když neměl vůbec vypěstované studijní návyky.

Jeho léčba byla zaměřena na hlavní příznaky, tj. poruchu pozornosti a vyšší

impulzivitu. Petr dostal kombinaci stimulancií a neuroleptik, která vedla k výraznému zlepšení pozornosti ve škole a chování mezi lidmi, a společně i s matkou a školou jsme vypracovali systém odměn a trestů za plnění nebo porušení domluvených pravidel.

Petr se s tímto postupem spokojil a byl schopen v individuálních pohovorech s terapeutem rozlišit, že důvodem agresivity v minulosti pocit napětí a bezmoci, když se o něco snažil. Z neznámých důvodů nebyl schopen své úsilí dotáhnout do konce, často zažíval selhání,

neúspěch či posměch vrstevníků. K úspěchu léčby také hodně přispěla matka chlapce, která se pravidelně účastnila společných pohovorů a domluvená pravidla sama důkladně dodržovala (Goetz, Uhlíková, 2009).

Dospělost

Munden a Arcelus (2008) uvádějí, že Denckl et. al. (1976) vypracoval studii, z níž můžeme vyčíst, že u 33 - 66 % dospělých,kteří měli ADHD v dětství, se příznaky této poruchy objevují i nadále. Z toho vyplívá, že 1-2% dospělé populace splňuje diagnostická kritéria pro ADHD.

Příznaky u dospělých bývají na první pohled méně nápadné, mohou být přehlédnuty, nebo považovány za povahové rysy. Hyperaktivita se v tomto období projevuje jako pocity neklidu, problémy setrvat u sedavých aktivit nebo překotná řeč a může připomínat nervozitu. V důsledku poruchy pozornosti dělá dospělým problémy se soustředit konverzaci, ztrácejí a neustále hledají běžné předměty, zapomínají na schůzky, termíny, nezvládají úlohy, které jsou náročné na soustředění a systematičnost.

Impulzivita se často projevuje netrpělivostí, ukvapenými rozhodnutími a nákupy, přerušováním ostatních při rozhovoru, mají problémy oddálit akci a rozhodnutí. Rovněž nejsou schopni potlačit náhle popudy a jejich potřeby vytváří terén pro projevy asociálního chování nebo pro zneužívání alkoholu a drog.

Impulzivní styl chování a roztěkanost u dospělých s hyperkinetickou poruchou je nejspíše příčinou zvýšeného počtu dopravních nehod, podobně jako u dětí zvýšený počet úrazů.

Dále podle některých studií je také uváděna menší stabilita v partnerských vztazích, v manželství a v zaměstnání, skon k promiskuitě, vyšší rozvodovost, sociální nestabilita (neúspěchy v zaměstnání), profesionální úspěch je často nižší, než odpovídá intelektovým možnostem daného jedince (Drtílková, 2007). V řadě případů se hyperaktivita transformuje do společensky přijatelnější podoby, do workoholismu. Tito

lidé mají minimální potřebu spánku, jsou pořád v pohybu, stále něco organizují, jako by v sobě měli "motor". Bohužel, ani dospělí, ani děti tento "motor" nemají a zvýšená aktivita si vybírá svou daň v oblasti zdraví, v oblasti pozornosti, zvýšeně přecitlivělosti, emocionálních výbuchů a někdy i zvýšenou agresí (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012).

3.2 Porucha pozornosti

Ve své publikaci Michalová (2007) uvádí, že porucha pozornosti je klíčovým symptomem ADHD. Rozděluje se takto:

- dítě je přecitlivělé na podněty, není schopné oddělit se od rušivých vlivů svého okolí
- dítě nedokáže zaměřit a udržet pozornost, soustředit se

Většina dětí s ADHD trpí oběma typy poruchy pozornosti, může se však vyskytovat i jen jedna z těchto forem.

Problém se zaměřením a udržením pozornosti je způsobena zvýšenou unavitelností CNS, která se projevuje zvýšenou unavitelností pozornosti. Pozornost se při záměrné činnosti (např.: učení) rychle unaví a klesá. Dalším problémem spojeným s pozorností je její kolísání. Tyto děti mají velké výkyvy ve výkonech, a to bez jakékoliv příčiny. Je nutné dítěti poskytnout možnost odpočinku, aby bylo schopno pracovat kratší dobu několikrát po sobě. V souvislosti s pozorností existuje i jev perseverace, tzn. ulpívání. Dítě nedokáže reagovat dostatečně pružně a pohotově na nutnost přesunout pozornost na jinou skutečnost. Např. když učitelka položí novou otázku, dítě stále přemýšlí o dřívější otázce a na tuto otázku také odpovídá.

Podle Svobody (2001) poruchy pozornosti značně ovlivňují paměť a učení. Takovéto děti si méně pamatují, obtížně si vybavují informace a často zapomínají. Mezi projevy patří např.: ztrácení věcí, zapomínání školních pomůcek a plnění povinností a úkolů. Tyto děti nejsou schopné odlišit podstatné věci od nepodstatných. Pro tyto děti je typické, že se vyhýbají činnostem, které vyžadují dlouhodobou soustředěnost a vytrvalost. V tomto případě nejde o projev lajdáctví, jak si často mýlí rodiče a učitelé,

ale o obrannou reakci v situaci nadměrné zátěže. Jucovičová a Žáčková (2010) kladou důraz na motivaci a adekvátní stimulaci, která hraje velkou roli ve schopnosti koncentrovat pozornost u dítěte s ADHD.

Ukázka krátké kazuistiky

Při psychologickém vyšetření kladl psycholog otázky z verbální části testu intelektových schopností. Dítě sice odpovídalo, ale při každé příležitosti se vracelo k tomu, co ho zaujalo: " Večer slunce zapadá na západě. A támhle ten obraz, co máte na zdi, ten má naše

babička, je na něm Karluv most a ten se mi moc líbí..." Při jedné z dalších otázek: " To je, když někdo volá o pomoc. A pan školník kropí dvůr. To je dobře, už byl hodně zaprášený...." (Jucovičová, Žáčková, 2010).

3.3 Hyperaktivita

"Hyperaktivita se projevuje jako puzení k neustálému pohybu, k neúčelné činnosti, děti mají potíže zůstat v klidu, relaxovat, vykonávají různé neúčelné pohyby, při nucené inaktivitě se objevuje dysforie." (Drtílková, Šerý, 2007, s. 74).

Je obvyklé, že se nám malé děti zdají být hyperaktivní. Úroveň pohybové aktivity u všech dětí se vyvíjí do tří let jejich věku. Po tomto roce se pohybová aktivita začíná snižovat. Jsou známy záznamy, které poukazují na to, že děti s ADHD byly neobyčejně aktivní již v děloze před narozením. Jsou to někdy dosti únavné děti, které hodně pláčou a špatně spí.

Většina dětí naštěstí neprožívá časné období tak špatně. Okolí dítěte si jistě všimlo, že jsou aktivnější a že mají problémy udržet pozornost stejně dlouho, jako ostatní děti stejného věku. Jejich problémy se začnou projevovat ve chvíli, kdy nastoupí do školy.

Poprvé ve svém životě zažijí, že po nich někdo chce, aby seděli tiše, aby se zapojovali do různých aktivit a dokončili je. Začínají se od ostatních dětí odlišovat. Bývají to děti, které mají tendenci neustále povídat, vykřikovat, šťourat do spolužáků a rušit je od zadané práce. Mají sklon chovat se roztržitě a velmi často zapomínají nebo ztrácejí školní pomůcky (Munden, Arcelus, 2008).

Ukázka krátké kazuistiky

Psycholožka nacvičovala v rámci KBT s dospívajícím chlapcem chování u přijímacího pohovoru na střední školu formou hrané scénky. Chlapec zaklepal, vstoupil, slušně pozdravil, představil se a počkal, až bude vyzván, a teprve pak se posadil. Chlapec se snažil sedět klidně a vyrovnaně mluvit, ale jak byl zvyklý, okamžitě popadl na stole ležící propisku a začal si s ní hrát. Po upozornění psycholožky, se nakonec nácvik podařil a úskalí přijímacího pohovoru zvládl chlapec na výbornou a byl přijat na střední školu (Jucovičová, Žáčková, 2010).

3.4 Impulzivita

Podle Michalové (2007) problém impulzivity spočívá v tom, že útlumové mechanismy jsou nedostatečné. Dítě se jeví okolí jako neschopné sebekontroly. *"Impulzivita znamená, že dítě reaguje na přicházející podněty zcela bezprostředně, překotně a zbrkle. Jedná ukvapeně, nedomyslí možná rizika či důsledky, reaguje prudce a nepřiměřeně. Charakteristické pro impulsivní děti také je, že žije zcela přítomností: všechno chce mít hned, nedokáže čekat, vlastně ho to vůbec nenapadne." (Michalová, 2007, s. 49).*

Impulzivita či jednání bez přemýšlení, o tom, co by mohlo následovat, působí dětem s ADHD a jejich rodinám značné problémy.

Rodiče musí být velmi ostražití, aby své děti uhlídali před nehodami např.: bezpečnost na silnici. Dítě např. uvidí něco zajímavého, může bez rozmyslu vstoupit do rušné vozovky, aniž by se předem rozhlédlo a způsobit nehodu. Impulzivita může přinést také problémy v sociálních situacích a může ztížit navázání či udržení přátelství. Např. když děti s ADHD skáčou druhým lidem do řeči, říkají bez rozmyšlení nevhodné věci, provokují jiné děti, mohou způsobit ve společnosti pohromu. A tak se většinou stává, že tyto děti bývají odmítány, i když zoufale touží po kamarádech (Munden, Arcelus, 2008).

Ukázka krátké kazuistiky

Renata je dvouleté dítě, které je podle matky velmi neklidné. Matka uvádí, že všechno musí mít teď hned, neustále vypíná a zapíná všechny přístroje, co mají doma.

Vůbec neposlouchá, když ji něco zakazujeme. Neslyší, když ji voláme, je divoká a panovačná.

Při psychologickém vyšetření Renata začala zkoumat zařízení v ordinaci. Matka okamžitě reagovala, avšak dosáhla jen toho, že Renata pustila zásuvku psacího stolu a chystala se vyšplhat na okno (Prekopová, Schweizerová, 1994).

3.5 Hyperexcitabilita

Vágnerová (1999) jako jediný autor uvádí i 4. příznak ADHD a to je hyperexcitabilita. To znamená zvýšenou emoční dráždivost, se sklonem k výkyvům v emočním ladění a sníženou tolerancí k zátěži. Hyperaktivní děti mají sklon k extrémním citovým reakcím, ke kolísání z euforie a nadšení do „protivné“ nálady a odmítání čehokoli.

Nadměrná pohotovost k bezprostředním reakcím většinou zahrnuje i emotivitu. Podněty, které vyvolávají citové požitky, mohou vycházet z organismu i z vnějšího prostředí. Některé změny v oblasti citového prožívání mohou být spíše sekundárního charakteru. Souvisejí se zvýšenou unavitelností a signalizují nižší toleranci k zátěži, která se projevuje typickými poruchami sebeovládání, afektivními a někdy až agresivními reakcemi. Ty můžeme často nazývat jako obrannou reakci v situaci subjektivně nadměrné zátěže. A. Train (1997, s. 52) hodnotí chování takového dítěte jako *"projev zvýšené senzitivity a vrozené zranitelnosti"*.

3.6 Přidružené příznaky

V následující kapitole se bude zabývat souvislostmi mezi ADHD a dalšími onemocněními. U dětí s ADHD nacházíme přítomnost další poruchy v **60 - 70 % případů**. Jejich zastoupení se u ADHD mění s věkem a podle studií víme, že stoupá jejich závažnost. Tak, jak jedinec s ADHD během dospívání získává větší samostatnost, klesají i možnosti rodičů některým věcem zabránit a tak zmírnit rizika, která ze základní poruchy (ADHD) nebo přidružené diagnózy (poruchy chování, zneužívání návykových látek) plynou. Včasná léčba ADHD může snížit riziko, že se objeví další porucha (Goetz, Uhlíková, 2009). Jedná se například o:

Poruchy školních dovedností (viz. obr. č.1), jsou známé jako dys-poruchy (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie) trpí asi 30 % dětí s ADHD (Goetz, Uhlíková, 2009).

Podle Mundena a Arceluse (2008) výzkum v USA dokazuje, že děti s ADHD mají sklon k následujícím poruchám učení:

- 90% dětí s ADHD není ve školních pracech dostatečně výkonných;
- 90 % dětí s ADHD nepodává ve škole výkon dle svých schopností;
- 20% dětí s ADHD má obtíže se čtením;
- 60% dětí s ADHD má vážné obtíže se psaním;
- 30% dětí s ADHD v USA nedodělá školní docházku;
- 5% osob s ADHD v USA dodělá čtyřleté akademické studium na college či na univerzitě v porovnání s 25% z celkové populace.

Zdravotní problémy

Jucovičová a Žáčková (2010) uvádí, že u těchto dětí se objevují potíže v **jemné nebo i hrubé motorice** (pohybech). Jejich pohyby bývají málo koordinované, nepřesné, zvláště souhra pohybů horních a dolních končetin. Vyskytuje se i zvýšené svalové napětí, pohyby jsou křečovité.

V jemné motorice mívají tyto děti problémy v **sebeobsluze:** při zavazování tkaniček atd. Často rozbíjejí věci, jak při domácích pracech, tak i při hraní. Jsou také zaznamenávány problémy s písmem, které bývá pomalé, neúhledné, nečitelné.

Hartsough a kol. a Szatmari a kol (In Paclt a kol.,2007), zjistili, že u hyperaktivních dětí bylo zjištěno, že se u nich častěji vyskytují **opakované infekce horních cest dýchacích**, **alergií a astmatu**, a to ve 44 % v porovnání s 25 % u normálních dětí. Dále **enuréza** neboli pomočování, především noční, se objevila u 43 % dětí, které mají ADHD. Dále Munden a Arcelus (2008) uvádí, že děti s ADHD mohou rovněž trpět např. těmito poruchami: **poruchy zraku a sluchu, epileptické záchvaty, poruchy, které jsou způsobeny poraněním hlavy, akutní chronické nebo somatické onemocnění** atd.

Goetz a Uhlíková (2009) dále uvádějí, že děti s ADHD často trpí **poruchami spánku** jako jsou noční běsy, náměsíčnictví, mluvení ze spánku nebo noční můry. Pokud se ADHD spojí s depresí nebo s úzkostnými poruchami, jsou poruchy spánku ještě častější.

Dále Paclt a kol. uvádí, že starším dětem déle trvá, než usnou, což je patrné u 56

56 % dětí s ADHD ve srovnání s 23 % zdravých dětí.

U 39 % dětí s ADHD se mohou objevit problémy s častým nočním probouzením a 55 % dětí s ADHD se cítí po probuzení unaveni. Tento vysoký výskyt poruch spánku se může objevit už u kojenců, a to u 52 % dětí s ADHD v porovnání s 21 % zdravých dětí.

Psychické problémy

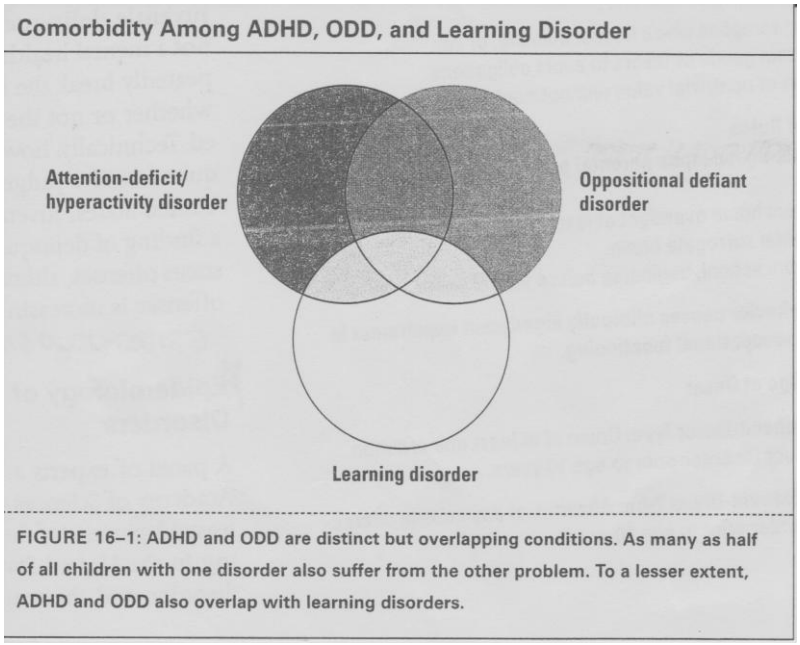
Barkley (In Paclt a kol., 2007) uvádí, že děti s ADHD mívají často více symptomů úzkosti, deprese a nižší sebehodnocení než zdravé děti nebo děti s poruchami učení. Také Munden a Arcelus (2008) uvádějí, že 33 % dětí s ADHD mívají **deprese** (špatná nálada, plačtivost, sociální izolace, atd...) a dále také uvádějí, že u 30 % dětí s ADHD pozorujeme **úzkostné poruchy** tj. strach a vyhýbání se určitým situacím nebo setkáním, které mají podobnost s úzkostí nebo fobií a různé somatické symptomy (bolení břicha,...). Dále Barkley (In Paclt a kol. 2007) říká, **že u dětí s ADHD pozorujeme více poruch chování, opozičního a vzdorovitého chování, agresivity, včetně delikventních činů než u zdravých dětí.**

Munden a Arcelus (2008) uvádějí tyto čísla: u 60 % dětí s ADHD sledujeme **poruchu opozičního vzdoru –** viz.obr.č.1, (děti se hádají, rozčilují se, nespolupracují a jsou protivné), dále pak u 45 % dětí s ADHD sledujeme **poruchu chování** (agrese, destruktivní chování, lhaní, krádeže, porušování pravidel...) a u 25 % dětí s ADHD sledujeme **asociální nebo delikventní chování** (tj. kriminální) chování. Dále více než u poloviny dětí s ADHD byly diagnostikovány emoční problémy a **problémy v oblasti sociálních dovedností.**

"Všechny tyto problémy mohou ADHD zakrývat, což někdy mívá za následek nedostatečnou nebo nepřesnou diagnózu a stanovení nepatřičného terapeutického postupu." (Munden, Arcelus, 2008, s. 27).

Jako ukázku, že ADHD se může překrývat i s dalšími poruchami, jsem zde uvedla tento obrázek, na kterém jasně vidíme spojitost ADHD s poruchou opozičního vzdoru (Oppositional defiant disorder) a poruchami učení (Learning disorder).

Obr. č. 1



OLTMANNS, Thomas F. - EMERY, Robert E. *Abnormal psychology*, 2004, str.557

ADHD a ODD jsou odlišné poruchy, ale v určitých částech se překrývají. Jak už jsem výše uvedla, až 30% dětí s ADHD má poruchy učení a až 60% dětí s ADHD má rovněž poruchu opozičního vzdoru, která se vyznačuje např. hádavostí, vznětlivostí – těmito rysy se rovněž vyznačuje i ADHD, a tak zde můžeme vidět určitou podobnost. Až polovina všech dětí s jednou poruchou často trpí i druhou poruchou. Většina dětí s ADHD či ODD mají poruchy učení a naopak.

Do této kapitoly můžeme také uvést problematiku **zneužívání návykových látek** jako například Goetz, Uhlíková (2009) nebo Drtílková a Šerý (2007). Je opakovaně potvrzováno, že adolescenti s ADHD mají vyšší tendenci k experimentům a zneužívání návykových látek. Riziko proto roste, když jsou kromě ADHD přítomny ještě poruchy chování. Pacienti s ADHD získávají první zkušenosti s kouřením a s alkoholem v nižším věku než jedinci bez této poruchy. Potom se následně objevují i experimenty s marihuanou a dalšími drogami. U postižených jedinců je velmi častá automedikace abúzem alkoholu, marihuany a kokainu. Protože efekty abúzu drogy mají vlastnost maskovat přítomnost ADHD, může se stát, že hlavní diagnóza zůstává neodkrytá.

4 PŘÍČINY ADHD

Jasné příčiny ADHD nejsou v současné době známé. Lékaři a další pověření odborníci získávají stále více informací o tom, jak funguje mozek a co ovlivňuje pozornost a učení. V současné době se ADHD připisuje **dědičnosti** nebo jiným **negenetickým faktorům** (Riefová, 2007).

Paclt (2007) uvádí i další etiologické modely: **kognitivní**, kdy převyšují problémy s útlumem činnosti (dítě trpí pomalými útlumovými reakcemi), **neurobiologický**, který zdůrazňuje vzájemné funkční souvislosti CNS, **biochemický,** který odhaluje neurotrasmiterové poruchy (přenašečů informací mezi mozkovými buňkami), tj. domapinu, noradrenalinu a serotoninu. Drtílková (2007) doplňuje Paclta o tyto informace o dopaminu a noradrenalinu. Dopamin je odpovědný za kontrolu pohybové aktivity a její koordinaci, aktivaci organismu, reakcí na nové podněty, podílí se rovněž na ovlivňování pozornosti a chování. Noradrenalin je důležitý v procesech spánku a bdění, v udržování koncentrace pozornosti, učení a paměti. Důležitou roli dopaminu a noradrenalinu u ADHD potvrzuje léčebný účinek psychostimulancií tj. látkek, které stimulují tyto dva neurotrasmiterové systémy.

Podle Goetze a Uhlíkové (2009, s. 65) *" je za ADHD zodpovědná nedostatečná funkce těch řídících systému mozku, které nám umožňují tlumit tendenci neustále reagovat na nové podněty a impulzy a nechávat se jinmi unést. Této funkci říkáme v odborné literatuře behaviorální inhibice. Její dobrá funkce je hlavním předpokladem sebekontroly jedince.*

Mohli bychom říci, že ADHD je vývojovou poruchou sebekontroly."

U dětí, které mají ADHD, dozrává mozek opožděně a nerovnoměrně. Stejně i tak se dostatečně nerozvíjí jejich sebekontrola. Sebekontrola je jedním z požadavků dospělosti, vyplívá z ní spolehlivost, předvídatelnost chování a vytrvalost. U ADHD je sebekontrola a "pevná vůle" narušena od narození. A právě zažité názory o síle či slabosti vůle jsou hlavní příčinou, proč má společnost problémy přijmout ADHD jako biologicky podmíněnou vývojovou poruchu a zařadit ji k onemocněním, jejichž projevy nelze posuzovat jako morální selhání. Avšak nemůžeme pacientům s ADHD odejmout jakoukoliv zodpovědnost za jejich chování. Jsou schopni si sami uvědomit důsledky za své chování, ale ne včas Goetz, Uhlíková (2009).

Podle Riefové (2007) k možným příčinám patří:

- genetické příčiny
- biologické/fyziologické příčiny
- komplikace nebo poranění v těhotenství nebo při porodu
- otrava olovem např. ze znečištěného životního prostředí
- reakce na stravu
- užívání drog a alkoholu v těhotenství

4.1 Genetické příčiny

Levy a kol.(In Oltmanns, Emery 2004) říkají, že se genetické faktory výrazně podílejí na ADHD. Například studie provedená na 4000 australských dvojčatech, objevila shodu pro ADHD u jednovaječných dvojčat zhruba 80 %, zatímco u dvojvaječných dvojčat byla 40 %. Safera a kol (In Paclt a kol.2007) uvádí, že pokud byl srovnáván výskyt hyperkinetické poruchy u biologicky příbuzných a nepříbuzných-adoptivních sourozenců ADHD pacientů, byly zísány tyto údaje: hyperaktivita a poruchy chování byl shledány u 47 - 53 % biologicky příbuzných a u 9-13% biologicky nepříbuzných-adoptivních dětí.

Tyto studie dodaly váhu tvrzení, že symptomy ADHD jsou často geneticky dědičné a že ve většině případů není příčinou přítomnosti symptomů výchova ani životní prostředí dítěte. (Munden, Arcelus, 2008).

"Srovnáme-li celkový výskyt této poruchy mezi potomky pacientů a ADHD s výskytem v populaci, zjistíme, že u dětí rodiče s ADHD je výskyt této poruchy pětkrát vyšší. Je-li výskyt ADHD podle souhrnu studií průměrně 5%, pak mezi potomky pacientů, kteří trpěli ADHD v dětství, je to25%. Pokud přetrvávají u rodiče příznaky ADHD i do dospělosti, je pravděpodobnost přenosu poruchy na potomka ještě vyšší" (Goetz, Uhlíková, 2009, s.69).

Rutter a kol. (In Oltmanns, Emery 2004) říkají, že výzkumy behaviorální genetiky ukazují vliv genů na chování, ale poskytují velmi málo informací o specifických genetických mechanismech. Jiní vědci hledají geny, které ovlivňují ADHD. Existují například důkazy, které ukázali souvislost ADHD s odděleným dopaminovým receptorem (DRD4) a přenašečem (DAT1) genů. Avšak je také

pravděpodobné, že ostatní geny (a neuropřenašeče/neuromediátory) souvisí s ADHD.

Výsledky mnoha molekulárně genetických studií za poslední léta, ukazují, že u jedinců s hyperkinetickou poruchou se častěji vyskytují specifické alely některých genů, které mohou být zodpovědné za poruchy neurotransmise, popřípadě za některé neurovývojové odchylky mozkových struktur a funkcí. Je také možné, že specifické polymorfismy genů a jejich kombinace mohou podmínit vznik určitých subtypů hyperkinetické poruchy se specifickou symptomatologií, možná i s různou prognózou a různou reaktivitou na léky. (Drtílková, Šerý, 2007).

Kazuistika

Honzík má 8 let a navštěvuje 2. třídu. Je to dítě z druhé rizikové gravidity, porod byl fyziologický bez komplikací v 38 týdnu. Psychomotorický vývoj je nerovnoměrný v oblasti řeči, chlapec je doposud v logopedické péči pro dyslalii. Jeho otec byl léčen na psychotické onemocnění v psychiatrické léčebně. Matka zdravá. Honza vyrůstá v úplné rodině s matkou, otcem, babičkou a starší sestrou, v prostředí, které se jeví jako zátěžové z důvodu psychotického onemocnění otce a následné insuficientní výchovy.

Lékaři mu diagnostikovali Turnerův syndrom, ADHD, emoční deprivaci a neorganickou enurézu. Vůči ostatním lidem uplatňuje problémové chování, je agresivní vůči vrstevníkům, plivá po spolužácích, nerespektuje autority. Nemá upevněny hygienické návyky – dává si prsty do nosu, hýždí, osahává spolužačky, má sexistické chování, trhá nožičky broukům, pavoukům, hmyzu, což mu činí radost. Většinou se o děti stará babička. Rodiče přes týden nebývají doma. Má starší sestru (11 let), nemá ji rád. Sestra má z Honzy traumata, protože na ni neustále obrací svou agresi a opakovaně ji ubližuje.

V MŠ Honzovi hrozilo vyloučení pro projevy ADHD, agresivitu namířenou vůči spolužákům, pomočování a znečišťování se stolicí. Pro tyto projevy měl odklad školní docházky. Po absolvování 1. třídy, kdy ředitelství školy opakovaně řešilo Honzovu agresivitu, konfliktní situace s třídní učitelkou a neupevněné hygienické návyky, byl následně přeřazen na jinou školu. V nové škole měli spolužáci z Honzy zpočátku strach pro jeho agresivitu, slovní napadání, urážení a zvířecí skřeky, které vydává v afektu. Mezi spolužáky není oblíben vzhledem k jeho agresivitě.

Školní výkon Honzy je vynikající, má samé jedničky. Čte nejlépe z celé třídy, má rychlé pracovní tempo, pracuje bezchybně, během vyučování dostává úkoly navíc,

které vypracovává sám. Při psaní se musí více snažit, pokud je ve špatném rozpoložení, píše kostrbatě, má diagnostikovanou dysgrafii. V případě, že Honza během výuky něčemu nerozumí, požaduje ihned vysvětlení. Pokud se mu vysvětlení ihned nedostane, začne křičet. Úkoly a přípravy do školy provádí doma s babičkou. Je vždy připraven, nosí vypracované domácí úkoly i pomůcky. Byli mu nasazeny tyto léky: Apo Risper 1, Risper, Ritalin. Po té přešel na terapii hudbou, při které se relativně zlepšil (www.muzikoterapie.name).

4.2 Negenetické příčiny

Kromě genetických příčin se při vzniku ADHD potvrdil i význam některých vnějších faktorů. V porovnání s genetikou hrají menší roli, ale protože řadu z nich lze dopředu ovlivnit, je důležité, abychom o nich věděli Goetz a Uhlíková (2009).

Drtílková a Šerý (2007) uvádí, že k rizikových biologickým negenetickým faktorům řadíme:

- požívání alkoholu a kouření matky během gravidity,
- nízká porodní váha dítěte,
- předčasný porod,
- traumata spojená s hypoxií (nedostatek kyslíku při porodu),
- úrazy prefrontálních a frontalních regionů,
- otrava olovem.

Rutter (In Oltmanns, Emery 2004) zastává názor, že poškození mozku může způsobit nadměrnou aktivitu a nepozornost, ale vážně příznaky poškození mozku, jako je neobvyklý CT snímek, nalezneme u méně než 5 % případů s ADHD. Podle Goetze a Uhlíkové (2009) závisí zdárný vývoj mozku od gravidity až po dospělost na dostatečném přísunu kyslíku. Některé části mozku jsou citlivé na nedostatek kyslíku, a proto utrpí větší poškození. Mezi nejcitlivější patří bazální ganglia, jejichž poškození se podílí na rozvoji ADHD. Studie potvrdily, že faktory, které během těhotenství způsobí zhoršené okysličení mozku, mají podstatný vztah k pozdějšímu ADHD. V minulých letech se uvádělo, že na ADHD mají vliv jednorázové příhody, jako např. komplikovaný porod. Ale v dnešní době se ukazuje, že větší vliv mají nejspíše události,

které přísun kyslíku snižují dlouhodobě, jako například závažná infekce matky během gravidity. Barkley (In Oltmanns, Emery 2004) uvádí toto tvrzení, že drobné anomálie ve fyzickém vzhledu, zpoždění ve vývoji a zaznamenané komplikace během matčiny gravidity a při porodu se často objevují u dětí s ADHD než u zdravých dětí. Proto několik výsledků uvádí, že neuropsychologické problémy souvisí s ADHD, ale nebyl zjištěn zřejmý znak biologické náchylnosti. Jednou možnou příčinou je poškození prefrontální kortikální pruhované sítě, oblasti mozku, která může být základním kamenem pozornostní, inhibiční a emoční regulace.

Průzkumy, které byly cílené na děti s ADHD a jejich rodiny ukazují, že porucha se s větší pravděpodobností projeví u dětí, které žijí v nepříznivých psychosociálních podmínkách a zejména, jestliže dochází k jejich kumulování. Mohou to být tyto příčiny: dysharmonické, dlouhodobě konfliktní prostředí, menší sounáležitost rodiny a psychopatologie u rodiče, zejména u matky (Drtílková, Šerý, 2007).

Mash a Johnson (In Oltmans a Emery 2004) uvádí, že vědci zjistili, že matky dětí s ADHD *jsou kritičtější, náročnější a více kontrolují* ve srovnání s matkami zdravých dětí. Dále Danforth, Barkley a Stokes (In Oltmans a Emery 2004) uvádí, že u několika experimentů děti dostávaly buď psychostimulující léky (léky, které zlepšují symptomy ADHD) anebo placebo. Dítě, matka a ani výzkumníci nevěděli, kdo dostal opravdové léky a následovně pozorovali interakce mezi dítětem a matkou. Protože psychostimulanty přímo upravují hyperaktivní chování dětí, kterékoliv rozdíly v interakci matky s dítětem při těchto dvou podmínkách musí být způsobené změnami v chování dítěte. V realitě se děti s ADHD chovají pozorněji a jsou ochotny se podřídit, když jsou na lécích. A chování jejich matek se rovněž zlepší - jsou méně negativní a méně všechno kontrolují.

Conners (In Oltmanss a Emery 2004) uvádí, že si mnoho lidí myslelo, že strava a potravinové přísady mohou způsobit ADHD. Kromě otravy olovem nenalezly vědci žádný vztah mezi stravou a ADHD. V 70. letech 20 století se psalo, že ADHD je způsobeno přijímáním potravinových přísad, především salicylátů, které se vyskytují ve zpracovaných potravinách. Došlo to tak daleko, že Kongres zvažoval zákaz salicylátů. Vědci nakonec dokázali, že tato myšlenka je mylná. Dále Bennett a Sherman (In Oltmanns a Emery 2004) dále ukazují na to, že rodiče a učitelé dávali vinu rafinovanému cukru a lékaři často doporučovali pro děti s ADHD diety s omezením cukru.

Milich, Wolreich a Lingren (In Oltmanns a Emery 2004) uvádí, že nynější studie ukazují, že cukr nezpůsobuje hyperaktivitu a ani omezení cukru nevede ke zlepšení chování dětí.

Podle O´ Dellové a Cookové (2000) ne zcela vyvinutý STŠR (symetrický tonický šíjový reflex) může způsobit, že se dítě chová jako hyperaktivní a ovlivňuje tak výkon dítěte ve škole. Děti mohou často vstávat a sedat si, aby uvolnily napětí, které reflex způsobuje. Obvykle také mají špatný krasopis. Dokončení vývoje STŠR pomocí terapeutických cvičení umožní dítěti, aby začalo zcela normálně fungovat.

5 FORMY OVLIVNĚNÍ

5.1 Farmakoterapie

Léčení dětí s ADHD medikamenty patří k nejúspěšnějším a také zároveň nejkontroverznějším metodám léčby. Počátky této léčby se datují k roku 1937, kdy vědec dr. Bradley objevil lék dexamphetamin, který měl tišit bolest hlavy u dětí při vyšetření pneumoencefalografu. Prokázal se jeho účinek u dětí s poruchami učení a zejména poruchami způsobené LMD. Tento lék byl zanedlouho oficiálně schválen. O dvacet let později se na trhu objevil nový lék methylphenidate (obchodní název Ritalin). Koncem 50. let byl Ritalin na základě klinických zkoušek všeobecně uznán jako špičkový lék při léčení hyperaktivity (Serfontein, 1999).

Safer, Zito a Fine (In Oltmans a Emery, 2004) uvádí, že psychostimulanty jako je Ritalin, jsou léky, které zvyšují aktivitu CNS a při vhodném dávkování léčiv zvýši bdělost, vigilitu a pozornost. Psychostimulanty jsou nejčastěji podávaná léčiva u ADHD. Odhaduje se, že každý rok 1,5 milionu dětí v USA jsou léčeny psychostimulanty na ADHD. Podle Antala (2013) je USA, co se týče diagnózy ADHD, prediagnostikovaná. Školy za dítě, které má ADHD dostanou peníze z federálního rozpočtu, a proto nutí rodiče, aby dítěti "našli" ADHD. Rodiče to rádi udělají, protože rovněž získají od státu podporu.

Oltmans a Emery (2004) říkají, že psychostimulanty způsobí okamžité a pozorované zlepšení v chování u 75 % dětí, které mají ADHD. Také uvádějí, že psychostimulanty mají stejný účinek jak u dětí, tak i u dospělých, když se užívány ve srovnatelně malých dávkách.

Dále Rapport a kol. (In Oltmans a Emery 2004) uvádí, že odborníci zjistili, že psychostimulanty ovlivňují normální děti stejně jako děti s ADHD. Farmaka zlepšily pozornost a snížili motorickou aktivitu. Campbell, Green a Deutsh (In Oltmans a Emery 2004) uvádí, že některé vedlejší účinky jsou relativně mírné, jako například snížená chuť k jídlu, nižší pulz či špatný spánek. Ostatní mohou být závažnější, jako je třeba zvýšení motorických tiků nebo zpomalení fyzického růstu. Děti, které užívají psychostimulanta zůstavají pozadu, co se týče výšky a váhy. Ale při vysazení těchto léků, ostatní děti brzy doženou.

Podle Paclta (2007) terapie stimulancii je vysoce účinná u 70-80% pacientů,

kteří mají ADHD, v ostatních případech je možné užít další léky nebo užít kombinovanou léčbu. Nejčastějšími léky, které jsou indikovány v případě malé účinnost stimulancií nebo v případě nežádoucích účinků je Stratera (atomoxetin), dále antidepresiva Imipramin, Nortriptylin, Velbutrin a dále léky skupiny Alfa 2 agonisté. Léky skupiny Alfa 2 agonisté jsou v ČR užívány velmi zřídka, kvůli možným nežádoucím účinkům, v zahraničí jsou užívány často, zejména u pacientů s dominující impulzivitou. Je velice pravděpodobné, že lék atomoxetin bude v budoucí době užíván častěji jako lék první volby v České republice.

Antal (2013) říká, že potřeba medikace záleží na intenzitě problémů. Léčba je podle něj vhodná tehdy, když se k ADHD přidruží depresivní stavy nebo bipolární porucha, poruchy spánku, záchvaty panického strachu nebo obsedantně-kompulzivní porucha, ale v takovém případě jde o jejich léčbu, ne o léčbu ADHD. Drtílková a Šerý (2007) uvádějí, že u čistě hyperkinetické poruchy byla nejúčinější léčba farmaky. Dále výsledky prokázali, že při využití kombinovaného typu (farmakoterapie a behaviorální léčba - viz.obr.č.2) bylo zjištěno, že byla účinější než samotná behaviorální terapie. Což potvrzuje velký význam farmakologické léčby.

Kasuistika

Šestiletý Daniel byl od rizikového porodu sledován na neurologii pro abnormální nález na EEG a poruchy spánku. V posledním roce docházky do MŠ byly viditelné známky hyperaktivity a neklidu, byly zjištěny nedostatky ve zvládání úkolů, které měly být nácvikem pro školní práci, tréninkem pozornosti, vytrvalosti a samostatné práce. Z tohoto důvodu byl odeslán na psychiatrické a psychologické vyšetření, kde byla zjištěna porucha pozornosti, hyperaktivita a normální intelekt. Všechny zjištěné příznaky, včetně poruchy spánku a abnormity na EEG, zapadají do obrazu ADHD, proto byla rodině navržena farmakologická a psychoterapeutická péče, kterou rodiče po malém váhání přijali.

Matka chlapce, která je zdravotní sestra, důvěřuje farmakologické léčbě a dokázala motivovat i otce a prarodiče pacienta, aby k léčbě přistoupili a pochopili podstatu onemocnění. Daniel začal s léčbou Ritalinem ještě v posledním roce docházky do mateřské školky. Matka se rozhodla začít s podáváním léků, aniž by informovala personál školky, což může být z mnoha důvodů rizikové, v tomto případě se to ale osvědčilo.

Třídní učitelka opakovaně chlapce chválila za velké a nevysvětlitelné pozitivní

změny v chování. Tato reakce definitivně přesvědčila ostatní členy rodiny o vhodnosti podávání léků. Pochvala byla také velkou motivací pro Daniela, protože dosud málokdy zažil pochvalu za něco, co se mu opravdu podařilo. Mnohem častěji byl terčem kritiky téměř za všechno, co se ve školce přihodilo, od rozházených hraček po ztracené papuče. Na zlepšení se podílela také paní učitelka, která byla schopná vidět a především veřejně pochvalou ocenit změnu v chování k lepšímu, což je někdy v početné třídě velmi těžké (Goetz, Uhlíková, 2009).

5.2 Kognitivně behaviorální terapie

Jucovičová a Žáčková (2010) uvádí, že kognitivně behaviorální terapie (KBT) se používá na děti i adolescenty s ADHD, jejich rodiče a učitele, popřípadě i na dospělé osoby s ADHD a jejich partnery. Behaviorální přístup se zaměřuje na zjevné chování a snaží se je pro pacienta změnit vhodným směrem. Kognitivní přístup pracuje s myšlenkami, postoji k sobě samému, k druhým lidem a k okolnímu světu (Drtílková, Šerý, 2007).

KBT je metoda, která učí rozpoznávat zažité a opakující se způsoby myšlení (cognitive) a jednání (behaviour) a na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit výhodnější a přijatelnější postup. Pacienti se učí řídit své chování a jejich rodiče se dozvídají, jak se k dítěti chovat a pomoci mu zvládnout běžné životní situace (Goetz, Uhlíková, 2009).

"KBT u hyperkinetické poruchy si neklade za cíl poruchu "vyléčit", ale zaměřuje se na konkrétní, definovatelné problémy. Před samotnou terapií probíhá podrobné vyšetření, analýza a definice problému. Ta musí být co nejkonkrétnější a popsat chování včetně jeho frekvence, intenzity a trvání" (Drtílková, Šerý, 2007, s. 178).

Za optimální je považována individuální terapie dítěte v kombinaci s rodinnou terapií či s terapeutickým vedením rodičů, která vede k používání režimových a výchovných změn a která se zaměřuje i na přijetí hyperaktivního dítěte. Na prvním místě tedy jsou režimové změny a změny výchovného vedení tj. práce s rodinou a také i s učiteli či vychovateli dítěte. Na tuto práci jsou zaměření pracovníci v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP), speciálně pedagogických centrech (SPC) a také ve střediscích výchovné péče (SVP) (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Pro lepší pochopení kognitivně behaviorální terapie, zde uvedu příklad základního schématu od rozboru problému ke změně chování. Goetz a Uhlíková (2009) například uvádí tento příklad:

KBT - rozbor problému

V první fázi je potřeba nežádoucí chování popsat, popsat ho a přijít na to, které myšlenky, situace či pocity neboli spouštěče k němu vedou. Musíme si dále uvědomit, jaké má toto chování pozitivní a negativní následky (zisky). Ty mohou mít podobu nějakého pocitu či sebehodnocení a mohli by spouštět nežádoucí chování, kterému chceme předejít.

Dítě např. opakovaně lže (nežádoucí chování), že zapomnělo ve třídě žákovskou knížku, protože dostalo špatnou známku a bojí se (spouštěč) trestu. Krátkodobým ziskem je oddálení nepříjemné situace, kdy se rodiče asi budou zlobit. Když se pak rodiče dozví, že dítě lže, trest (důsledek) bývá horší a je pro dítě důkazem, že jeho strach byl reálný - rodičové se opravdu zlobí. To v dítěti umocňuje strach (spouštěč), aniž by popřemýšlelo o tom, proč se rodiče zlobí. Nepřijde na to, že přiznání by mohlo přinést menší trest nebo i zisk v podobě pomoci s učením. Analýza situace ukáže souvislosti, které si dítě často vůbec neuvědomí.

KBT - změna chování

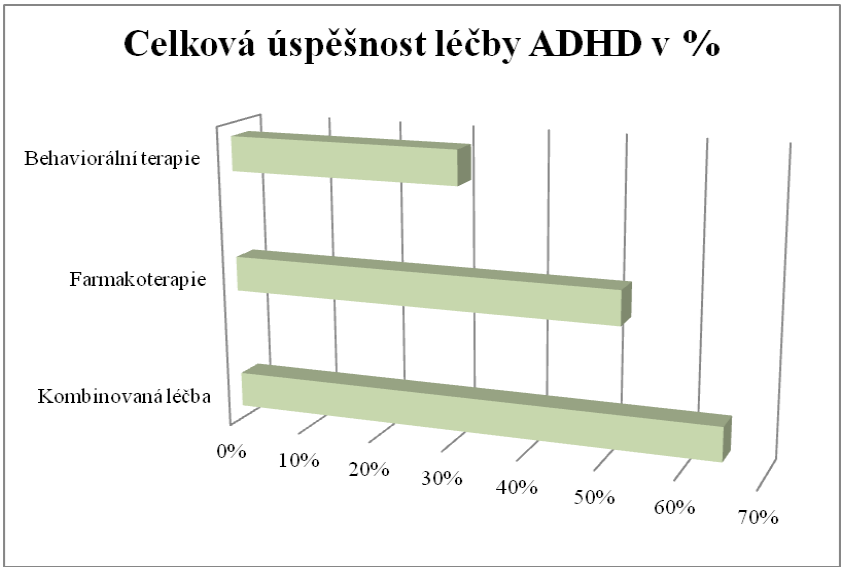
S terapeutem si rodič může objasnit, jak souvisí jeho reakce na zlobení dítěte s tím, co potřebuje rodič v jeho chování změnit. Pak je možné hledat alternativy vzájemných reakcí rodiče a dítěte. V rámci této terapie je nutné přijmout, že *všichni zúčastnění*, tedy i rodiče a učitelé, jsou *nuceni ke změnám vlastního chování.* Cílem terapie není ukázat, že rodiče v roli vychovatele dělají chyby, ale že jejich výchovná strategie na dítě s ADHD nefunguje a je tedy nutné ji účinně a cíleně změnit.

Ronenová (2000) říká, že když se dítě naučí kognitivním metodám a metodám sebeovládání, dá se u většiny dětí předejít rozvoji poruchy a u těch dětí, které již projevují hyperaktivitu a impulzivitu, se jejich chování zlepší a jsou schopni se lépe přizpůsobit svému okolí. A lze u nich také postupně snižovat dávky léčiv.

Z následujícího grafu můžeme vyčíst procentuální úspěšnost léčby ADHD pomocí farmakoterapie, behaviorální terapie a kombinací těchto dvou metod. Jak

vidíme, nejlepší úspěch v léčbě má kombinovaná léčba. Přidáním behaviorální léčby k farmakoterapii se úspěšnost léčby velice zvýší.

Obr. č. 2



Graf byl modifikován dle publikace: OLTMANNS, Thomas F. - EMERY, Robert E. *Abnormal psychology*, 2004, str.568

5.3 EEG - Biofeedback (EBF)

Farmakoterapie jako léčba ADHD se pokládá za jedinou efektivní léčbu hlavních symptomů tohoto onemocnění. Přibližně 25 % pacientů s ADHD na farmakologickou léčbu nereaguje. Je tedy potřeba pacientům nabídnout jiné možnosti terapie, protože poruchu nelze zvládnout pouze pedagogicko-psychologickými přístupy. Výzkumy také potvrzují nepříznivé vedlejší účinky a nedostatečnou odpověď na medikanety. Jen malá část pacientů s ADHD prokazuje po farmakologické léčbě natolik dostatečné zlepšení, aby mohli být považovány za normalizované. Lidský mozek vykazuje určitou elektrickou aktivitu, kterou dokážeme změřit elektroencefalografem a graficky zazanamenat jako EEG záznam. EEG biofeedback se zakládá na principu zpětné vazby. Snímaná EEG aktivita je během sezení převáděna na obrazovku do podoby videohry, jejíž průběh je možné ovládat změnami psychického stavu, spojené s výskyten žádoucí nebo nežádoucí mozkové aktivity. Žádoucí aktivita je odměněna úspěchem ve videohře nebo jiným signálem. Častým tréninkem se mozek teoreticky učí fungovat v žádaném frekvenčním pásmu, které je spojeno se zlepšením výkonu v

kognitivní nebo jiné oblasti (Drtílková, Šerý, 2007; Novotný, 2009).

U poruchy ADHD se jedná u utlumení funkce jak levé, tak i pravé hemisféry - nemají na jednu stranu dostatečnou aktivaci v pozornosti, za což je zodpovědná levá hemisféra. Pravá hemisféra na druhé straně nemá dostatečně aktivní regulační centra, která by je zklidnila a umožnila jim na něčem udržet delší dobu pozornost. Při tréninku EEG biofeedbackem se u těchto dětí soustředíme na potlačení pomalých theta a delta vln a na posílení alfa vln, které zodpovídají za bdělou pozornost. Podíl pomalých vln se postupem tréninku zmenšuje a naopak se více objevují rychlejší alfa vlny. U dětí s ADHD je potřebný počet sezení asi 40, protože je potřeba trénovat obě mozkové hemisféry najednou. Toto číslo je jen orientační, vždy záleží na rozsahu poruchy, a také na tom, jestli se jedná pouze o tuto poruchu, nebo se kombinuje ještě s další poruchou (www.eegbiofeedback.cz).

Biofeedback je bezpečná, neinvazivní a alternativní možnost léčby ADHD.V listopadu roku 2012 schválila American Academy of Pediatrics biofeedback jako jednu z možností léčby ADHD (www.psychcentral.com).

Novotný (2009) vidí unikátnost této metody v tom, že pacient nemůže být neúspěšný, neboť parametry tréninku mu vždy určuje terapeut podle jeho aktuálního stavu. Tím dochází k posilování sebedůvěry a facilitaci procesu učení. Vzhledem k tomu, že výsledky studií vypadají povzbudivě, jeví se tato metoda velice slibně, zvláště tam, kde nezabírají psychofarmaka.

5.4 Relaxační techniky

Děti s ADHD se kvůli projevům své poruchy dostávají častěji do nepříjemných a konfliktních situací. Jejich nervová soustava je vystavena většímu náporu vlivem jejich vlastní funkční poruchy a v důsledku prožívání zátěžových situací. A proto děti s ADHD díky své větší unavitelnosti potřebují relaxovat častěji (během dne, v odpoledních hodinách i během vyučování). Relaxační techniky mají u těchto dětí možnost alespoň částečně

ovlivnit vše, co je porušeno. Přispívají k **tlumení zvýšené aktivity** (relaxační

uvolňovací a odpočinková cvičení), působí na zmírnění **unavitelnosti** (relaxačně aktivační techniky). Na zlepšení **koncentrace pozornosti** a **ovlivňení urovně myšlení a paměti** velice dobře působí relaxační a dechová cvičení, ale také i jógová koncentrační cvičení.

Dalšími projevy, které trpí děti s ADHD jsou poruchy motorické neobratnosti, poruchy motorické koordinace, afektivita, agresivita, sklony k úskostnému prožívání, poruchy spánku a jiné. Na všechny tyto projevy působí relaxační techniky velice dobře.

"Celkově tedy relaxační techniky u dětí s ADHD přispívají k jejich zklidnění, zlepšení výkonnosti, sebeovládání a sebekontroly. Tím napomáhají i ke zlepšení jejich životního stylu, k umění zvládat zátěžové situace"(Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 135).

Do relaxačních technik můžeme zařadit **relaxační cvičení**, do nichž patří Jacobsonova progresivní svalová relaxace, kterou Kratochvíl (1997) vysvětluje jako svalové uvolňování, které cvičíme velmi důkladně a postupně v jednotlivých částech těla. Postup cvičení se rozděluje do 6 lekcí; rytmická relaxace-tj. psychofyzická relaxace; pasivní relaxace-fyziologická relaxace; Schultzův autogenní trénink, Kratochvíl (1997) ho definuje jako metodu krátkých, pravidelných a důsledně pokračujících systematických cvičení. Součástí cvičení je 6 postupně nacvičovaných úkolů, při nichž se dosahuje uvolnění v různých částech těla ve spojení s koncentrací na příslušné subjektivní pocity. Řadíme zde i **dechová cvičení,** kde pracujeme převážně se zadržením a prodlužováním dechu, také se střídáním nádechu a výdechu nosem a ústy atd. Patří zde i **jógová cvičení**, při kterých provádíme různé relaxační pozice a oční relaxace. A jako poslední zde uvádím **hudební relaxaci**, kde se většinou jedná o poslech relaxační hudby v relaxačních pozicích. U relaxačních technik můžeme využívat hudby jako hudební kulisy, např. při dechových nebo jógových cvičení, případně i k imaginacím. U dětí můžeme také využívat tzv. relaxační pohádky, které můžeme zakoupit a před spaním je dětem pouštět a rovněž můžeme používat hudební nástroje, které vydávají uklidňující zvuky (zvonečky, triangly...).

Některým dětem s ADHD trvá delší dobu, než se naučí uvolnit se. A proto musíme mít velkou trpělivost a nevzdávat se, když se nám nebude dařit (Jucovičová, Žáčková, 2010).

6 DÍTĚ S ADHD DOMA A VE ŠKOLE

6.1 Výchova dítěte s ADHD-komparace teorie s kazuistikou

Diagnóza hyperkinetické poruchy by se před dítětem neměla tajit. Dítě by mělo být seznámeno s jejími příznaky způsobem přiměřeným jeho věku. Správně podaná informace by měla omezit rozvoj pocitů méněcennosti, které u těchto dětí často vzniknou při srovnávání vlastních nedostatků s úspěšnějšími vrstevníky. Je současně potřeba zabránit tomu, aby se dítě naučilo používat svou diagnózu pro omluvu všech svých přestupků a vyhýbalo se svým povinnostem.

Pro dítě je také důležité, aby vědělo, že **rodiče se ve výchovných cílech shodují**. Dítěti by rozhodně neprospěla ta skutečnost, že se zmítá mezi dvěma "rodičovskými názory" a nemůže brát vážně ani otce, ani matku. Tím pádem je vhodné uvést v soulad rodičovský výchovný postoj. Druhým krokem je to, že se rodiče musí vzájemně podporovat v tom, aby dítě mohlo vnímat rodičovskou jednotu. To je pro dítě velmi důležité (Drtílková 2007; Prekopová, Schweizerová 1994).

Matějček (2011) radí rodičům, aby byly **trpělivý a měli optimistický náhled do budoucna**. Je totiž v povaze této poruchy, že s postupující zralostí nervového systému obtíží spíše ubývá a při vhodném léčení a výchovném vedení jsou v pozdějším věku už sotva patrné. Je velmi vhodné také **nešetřit povzbuzením, pochvalou, oceněním a to nejen za dobrý výkon, ale především za projevenou snahu.** Nečekat tedy, až se dítěti něco povede, to bychom se nemuseli ničeho dočkat. Zlaté vychovatelské pravidlo zní: Zařídit věci tak, aby je dítě udělalo dobře a my je za to pak mohli pochválit. Nesmíme však připustit, aby něco udělalo špatně a my je za to museli potrestat.

Goetz a Uhlíková (2009) radí, abychom dítěti **poskytli bezprostředně zpětnou vazbu.** Označuje ji hodnocení druhé osoby, které vychází z našich pocitů. Měla by např. začínat těmito slovy: *nelíbí se mi že, ...vadí mi, když*….Znamená to, že nehodnotíme (a neodsuzujeme) druhého, ale vyjadřujeme svůj pocit. Doporučuje se, aby **úkoly**, které dítě dostává, **byly jednoduché, splnitelné a krátké.** Jestli je potřeba, rozdělíme úkol na jednotlivé úseky a zadáváme je postupně. Dále je vhodné **nediskutovat o vhodnosti chování.** Rodič musí jednoznačně stanovit určité mantinely, které dítě musí dodržovat. Jednoznačně vytyčená pravidla velmi přispívají k pocitu bezpečí, který je nutný pro

další vývoj dítěte. Dítě musí mít neustále pocit, že mu dospělí chtějí jen pomoci, že mu rozumějí. Pokud ho káráme, musí vědět, že náš vztah k němu se vůbec nezměnil. Pouze se nám nelíbí to, co právě provedl. Je také velmi důležité, abychom **nedopustili, aby se dítě něčemu naučilo špatně.** Na tom co už si jednou osvojilo, ulpívá totiž velmi houževnatě a velmi těžko se přeorientuje na nový pracovní postup nebo na nový směr myšlení. Nesmíme spoléhat na jeho samostatnost, ale musíme mu taktně poskytnout své vedení (Zelinková 2009; Matějček 2011).

Dále se rodičům radí, aby vedli dítě k tomu, aby si uvědomovalo své chování, hodnotilo je, snažilo se dříve přemýšlet a potom jednat. Tím se děti učí **sebekontrole a vzroste jejich sebehodnocení.** Těmto dětem se doporučuje **hodně pohybu.** Pohyb, volná hra a radostná aktivita totiž pro dítě znamená odpočinek a odpočinek také pro nervový systém. Dítě, které má ADHD je mnohem více závislé na **pevném rodinném zázemí** a potřebuje mít jistotu, že je milováno jak rodiči, tak i sourozenci (Serfontain, 1999; Matějček 2011; Zelinková 2009).

Kasuistika dvou dětí - sourozenců

Maminka v prvním těhotenství v 28 letech (Tomáš) dostala v 7 měsíci léky proti kontrakcím, aby neporodila předčasně. Léky nezabírali a tak musela být převezena do nemocnice, kde si nějakou dobu pobyla - maminka musela mít nohy nahoře, aby zabránila otokům a předčasnému porodu. Matka po celou dobu těhotenství trpěla bolestmi a problémy s děložním čípkem. Porod museli nakonec uměle vyvolat. Tomášek bylo dítě, které velmi špatně spalo. Přes den spalo půl hodiny a v noci jen 3 hodiny. Dítě velice aktivní, matka popisuje, že ho nemohla udržet ani v kočárku. Tomášek se naučil brzo chodit i mluvit. Sám se naučil i brzo jíst, podržet si lžíci. Tomášovi bylo diagnostikovaná porucha ADHD již v mateřské škole.

Ve druhém těhotenství v 29 letech (Kristýna) dostala léky na udržení těhotenství již v 5. měsíci, matka na sebe musela dávat velký pozor. Matka byla během těhotenství ve stresu a měla jakoby "splasklé" břicho. Matce léky opět nepomohli, porodila předčasně. Porod nebyl těžký, byl samovolný, dítě bylo podle matky "za minutu venku". Dítě vážilo pouze 1, 5 Kg, ovšem placenta vážila skoro 3 Kg a byli na ní tzv. cisticky. Po porodu zjistili, že bylo dítě špatně vyživované, ovšem během těhotenství lékař nezjistil špatný vývoj dítěte, i když byla maminka na prenatálním vyšetření v Olomouci. Matka pobývala s Kristýnou do jejich 3 měsíců v nemocnici, v té době ji krmila

přirozenou výživou (mateřským mlékem). Maminka musela s miminkem cvičit Vojtovu metodu jeden rok, protože dítě neudrželo rovnováhu - (jakoby neměla krk). Po roce Kristýna dohnala svého bratra Tomáše, i přesto, že ji hrozilo, že nebude chodit i mluvit. Kristýna podle její matky přeskočila batolení a hned lozila po kolenou. V jednom roce začala chodit i mluvit. Matka ji neučila jíst, sama si držela lahev s mlékem a později i lžíci. Kristýna do 4 let spala klidně. Teď naopak usne hned, ale mnohokrát se za noc vzbudí. Kristýně byla diagnostikovaná porucha ADHD již jako batoleti.

V rodině se hyperaktivita vyskytuje. Sestra od matky má hyperaktivního synka, a bratr od jejího manžela má dva hyperaktivní syny a jednu dceru, která hyperaktivní není. Do svého samostatného pokoje šli oba dva pozdě, Tomáš ve 4 letech a Kristýna ve 3 letech. Tomášovi trvá déle, než usne a sám říká, že má hodně myšlenek v hlavě. Když pak usne, nejde vzbudit. Má tvrdý spánek.

Kristýna má horší formu ADHD, je nervóznější, zničeho nic se začne hned vztekat. Tomáš je o trochu klidnější než Kristýna. Ani jednomu ze sourozenců nebyla doporučena léčba. Matka se oběma dětem hodně věnuje, vyrábí s nimi různé výrobky, jezdí s nimi na kole. Snaží se být dětem kamarádkou, vše jim v klidu vysvětlí. Když mají problém, jdou spíše za matkou než za otcem. Otec je přísnější, často na ně křičí. Babička se zapojuje do výchovy dle svého zdravotního stavu.

6.2 Vzdělávání žáků s ADHD

Děti s ADHD se nedovedou soustředit, pracují povrchně, s chybami a úlohu často vůbec nedokončí. Učitelé jejich selhání považují za důsledek nedostatečné snahy a úsilí. Dalším problémem je neschopnost dodržovat sociální normy, chovat se přiměřeně roli školáka. Tyto děti mají také poruchu v oblasti autoregulace, nedokážou odložit bezprostřední uspokojení jakékoliv aktuálně prožívané potřeby. Řada učitelů reaguje na výchovné problémy školáků s ADHD větší kontrolou a přísností. Zkušenosti ukazují, že **negativní vztah školák - učitel** dlouhodobě zhoršuje školní a sociální výkon těchto dětí, snižuje jejich motivaci připravovat se do školy a učit se, a klesá i sebedůvěra dítěte.

Naopak to platí dvojnásobně, že **pozitivní vztah školáka a učitele** může zlepšit akademické a sociální vzdělání dítěte, zejména z dlouhodobého hlediska. Nezáleží, zda je škola soukromá, běžná či státní, ale záleží především na **osobnosti učitele**, který v

prvních letech školní docházky bude velmi **silně ovlivňovat sebehodnocení** školáka. První a zásadní je **zkušenost učitele s ADHD** a ochota poskytovat zvláštní péči a porozumění potřebné k tomu, aby školák byl ve škole šťastný a úspěšný (Vágnerová 1999; Goetz, Uhlíková 2009).

Welsh a kol.,(In Zelinková 2009) uvádí i tzn. **trénink učitelů**, který se provádí v USA a Anglii. Je zaměřen na poznávání a chápání jedinečnosti dítěte, využívání nových metod a přístupů k dítěti, utváření dvojic (dítě s AHDH a pomocník) a spolupráci s rodiči. Změna postupů ve škole se týká způsobu výkladu, zařazení relaxačních chvilek, poskytování zpětné vazby v případě dobrých výsledků. Všechna opatření mají za cíl zmírnit projevy poruchy.

Základní pedagogické postupy pro práci s žákem, který má ADHD lze shrnout do následujících bodů:

- *Spolupráce mezi rodiči a školou* - Pokud mají mít učitelé se žáky s ADHD úspěch, pak potřebují podporu a spolupráci jejich rodičů a otevřenou komunikaci s nimi. Rodiče a učitelé a školáci by měli společně vytvořit tzv. jednotný a srozumitelný systém motivování a hodnocení školní práce a navzájem si podávat informace o zlepšení či zhoršení prospěchu či chování školáka (Reifová 2007; Goetz, Uhlíková 2009).

- *Pozitivní posilování a mírné tresty* - představuje základní část v intervenci zaměřené na poruchy chování. Ukazuje, že právě provedená činnost byla žádoucí či byla nesprávná. Musí následovat hned po splnění úkolu, aby dítě hned vědělo, co udělalo dobře, a co špatně (Zelinková 2009).

- *Vhodné studijní prostředí* - žákům s ADHD je potřeba poskytnout řád a strukturu prostřednictvím srozumitelné komunikace, přesného určení toho, co se od nich požaduje, jasných pravidel a promyšlených reakcí na určité projevy chování. Školák s ADHD by měl sedět v předních lavicích a to nejen kvůli rozptylování pozornosti spolužáky, ale také k vytvoření snadnějších podmínek pro sledování dítěte učitelem a poskytování zpětné vazby dítěti (Goetz, Uhlíková 2009; Reifová 2007).

- *Častá zpětná vazba* - může vést ke změně chování dítěte. Zpětná vazba by

neměla rušit dítě v právě prováděných úkonech a měla by být stručná a probíhat v klidu a v prostředí vzájemné důvěry (Zelinková 2009).

- *Respektování stylu učení* - to co trvá, průměrnému dítěti 10 minut, zabere dítěti s ADHD celé hodiny. Učitelé musí žákovi umožnit zvládnout rozumnější množství např.: každou druhou úlohu...Můžou i zapojit do výuky alternativní metody prověřování znalostí. Pro dítě s ADHD je charakteristický **globální styl učení.** Úkoly a informace by se tedy měli podávat jako celek (Reifová 2007; Zelinková 2009).

- *Nácvik metakognitivních strategií* - je v podstatě učení se o vlastním stylu učení. Školákovi pomáhá získat zpětnou vazbu a poznávat následky svých aktivit (Zelinková 2007).

- *Instrukce a pokyny* - by měli být jasně a stručně definovány. Dítěti by se měli instrukce zopakovat, aby bylo zřejmé, že ví, co má dělat. Na kvalitní plnění a dokončování úkolů klademe větší důraz, než na chování (Zelinková 2009).

Pokračování kasuistiky dvou dětí – sourozenců

U obou byl nástup do školky v pořádku. Tomášek byl moc "chytrý" na školku, byl v předstihu oproti ostatním dětem. Kristýna má ráda děti, je to srandistka, u ní bylo také všechno v pořádku. O kamarády nemají nouzi, ovšem při hře tzv. neposedí. Na jednom místě vydrží 2 minuty. Oba dva si neumí samostatně hrát, potřebují mít vedení. Ostatní děti jejich přílišnou aktivitu snášejí relativně dobře.

Tomáš chodí do 2. třídy a podle paní učitelky je ve třídě velice hodný, ale méně aktivní. Doma zlobí a při učení se kroutí a poskakuje. Kristýna chodí do 1. třídy, podle paní učitelky je hodná a je na rozdíl od svého bratra "přeaktviní" a školu "moc žere". Když se doma učí, tak se u toho kroutí, tím se prý uklidňuje, ale přitom se dokáže soustředit na učení. Oba dva se během domácí přípravy vyptávají na všelijaké věci, jen ne na učení.

Matka obě dvě děti na radu lékařky, zapsala do několika sportovních kroužků. Říkala, že sport se u těchto dětí doporučuje, mají si, kde vybít energii a doma sice zlobí, ale už méně.

Tomášek tedy chodí do těchto kroužků: do výtvarné a hudební výchovy, kde hraje na flétnu, na florbal, fotbal a v létě se chystá na tenis. Krista má rovněž mnoho

kroužků, chodí do výtvarné výchovy (ráda maluje), chodí také do tzv. veselého cvičení (pohybový kroužek), od léta bude chodit na tenis.

6.3 Legislativa

Rodiče a jejich hyperaktivní dítě často narážejí i přes velkou snahu ve škole na nepochopení, kritiku až odsuzování a trestání za typické projevy ADHD, za které školák nemůže. Jaké možnosti mají rodiče s takovým dítětem? *Školský zákon č. 561/2004* se zabývá postavením dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole, kam školák s ADHD určitě patří. Dále je zde i třeba zmínit *vyhlášku č. 73/2005 Sb. ze dne 9.2.2005*, která pojednává o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (Jucovičová, Žáčková 2010).

Česká republika nabízí hyperaktivním dětem a dětem s dalšími poruchami chování a učení vzdělávání na následujících institucích:

a) **Základní škola** - děti, které trpí poruchou hyperaktivity či poruchou pozornosti lze umístit mezi integrované žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

b) **Specializované třídy** - určené dětem se specifickými poruchami učení a chování (ADHD, ADD...), které se zřizují při běžných školách.

c) **Speciální školy pro žáky se specifickými poruchami učení a chování** - např.: ZŠ praktická a MŠ speciální Zlín, ZŠ Domino v Praze, ZŠ a MŠ speciální Uherské Hradiště, Soukromá speciální MŠ, ZŠ a SPC J. A. Komenského v Šumperku.....) (Reifová, 2007).

Školský zákon č. 561/2004 Sb., říká, že proces vzdělávání je založen na zásadách zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce. Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami jsou osoby se zdravotním postižením, zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, do nichž řadíme **specifické poruchy učení nebo chování.** Zdravotním znevýhodněním rozumíme lehčí formu zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků zjišťuje školské poradenské zařízení. Rovněž mají tyto děti právo na **vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem**, dále mají i **právo na vytvoření nezbytných podmínek, které jim toto vzdělávání umožní a také na poradenskou pomoc školy**.

Při přijímání či k ukončování vzdělávání musí dané zařízení stanovit **vhodné podmínky** odpovídající potřebám žáka a dále při hodnocení daného dítě se musí **přihlížet k povaze postižení nebo znevýhodnění.** Tyto děti mají nárok na využití speciálních učebnic, didaktických a kompenzačních učebních pomůcek. Dle tohoto zákona, vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zřizují se souhlasem krajského úřadu v rámci školy pro děti se zdravotním postižením **jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny** s upravenými vzdělávacími programy. Na základě písemného vyjádření školského poradenského zařízení, může ředitel daného zařízení zřídit místo **asistenta pedagoga** ve třídě, ve které se vzdělává žák se speciálními vzdělávacími potřebami.

Jucovičová a Žáčková (2010) uvádí, že je-li dítě přeřazeno mezi žáky se zdravotním postižením, opravňuje to školu k čerpání navýšených finančních prostředků určených např. na nákup pomůcek. Pro dítě je vypracován vzdělávací plán, o který požádají rodiče dítěte a kteří by se na něm měli také podílet. Školské poradenské pracoviště (PPP, SPC) by mělo sledovat a dvakrát za rok vyhodnotit dodržování postupů a opatření stanovených v individuálním vzdělávacím plánu.

Dále je zde i potřeba zmínit **odklad povinné školní docházky**, ke které běžně dochází u dětí s ADHD a kterou rovněž řídí zákon **č. 561/2004 Sb. § 37**a ten říká: Jestliže není dítě po dovršení šestého roku věku tělesně či duševně přiměřeně vyspělé, může jeho zákonný

zástupce podat písemnou žádost o odklad povinné školní docházky. Ředitel školy může začátek povinné školní docházky odložit o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře. Začátek povinné školní docházky je možné odložit nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku.

Velmi důležitou vyhláškou je **vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných**, která se vztahuje na problematiku vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Tato vyhláška se například zabývá formami a

organizací speciálního vzdělávání, formami integrace, individuálním vzdělávacím plánem, asistentem pedagoga nebo počtem žáků ve třídách. Další důležitou vyhláškou je **vyhláška č.72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních,** a která řeší poradenství, které poskytuje dětem, rodičům, školám a školským zařízením.

DISKUZE

Mnoho lidí a vědců si dlouhou dobu myslelo, že strava a potravinové přísady mohou způsobit ADHD. V 70. letech 20. století se tvrdilo, že tato porucha je způsobená přijímáním potravinových přísad, zejména salicylátů, které se běžně vyskytují v potravinách. Došlo to až tak daleko, že přirozené stravování založené na tomto tvrzení se stalo tak populární, že Kongres uvažoval o zákazu salicylátů. Vědci však nedokázali potvrdit souvislost mezi potravinovými přísadami a ADHD.

Další mylná teorie tvrdila, že cukr má výrazný vliv na ADHD. A proto lékaři často doporučovali dětem s touto poruchou dietu s omezením cukru. Studie však jasně dokazují, že cukr nemá vliv na hyperaktivitu a ani omezení cukru nevede ke zlepšení chování či školního prospěchu. Rovněž se neprokázala účinnost dalších postupů léčby ADHD jako např. léčba vysokými dávkami vitamínů, hypnózou či akupunkturou.

Mnoho lidí si také myslí, že hyperaktivita se týká pouze bíle rasy a střední ekonomické třídy. Vědecký výzkum však dokazuje, že rasa, etnický původ či sociální status rodiny nemá vliv na tuto poruchu (viz. příloha č.1). Někteří afroameričtí a hispánští rodiče uvedli bariéry, které jim brání řádně diagnostikovat jejich dítě. Je to např. "strach z označení" ADHD, strach, že léčba bude prováděna na základě rasy či etnického původu, z důvodů jazykové bariéry, nedůvěra v lékaře či vysoké náklady na léčbu. Každé dítě má právo na léčbu a na pomoc a vůbec nezáleží na tom jaké je rasy nebo jestli je chudé nebo ne.

Ovšem je tu i otázka dostupnosti kvalitní zdravotní péče, v mnoha zemích nemají lidé možnost využít zdravotní péči, jak už z výše uvedených vysokých nákladů na léčbu, tak i z důvodu chybějícího zdravotního pojištění. Problémem je i nedostatečné zastoupení menšin v lékařské komunitě.

Jak už jsme uvedli v této práci, existují dva klasifikační systémy, podle nichž charakterizujeme hyperkinetickou poruchu. V evropských zemích je většinou používán klasifikační systém MKN-10, který vyžaduje klinicky vylíčené poruchy pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Všechny tyto příznaky se musí objevovat v domácím prostředí dítěte i ve škole**,** jestliže ale jedna z uvedených složek chybí, nemůže být stanovená diagnóza hyperkinetická porucha. Tento klasifikační systém je velice přísný a málokteré dítě projde touto diagnózou. Zachycuje rovněž vážnější příznaky než klasifikační systém Americké psychiatrické asociace neboli DSM-IV. Tento klasifikační

systém je v porovnání s MKN-10 velice "hodný".

DMS-IV charakterizuje hyperkinetickou poruchu jako ADHD a můžeme ji diagnostikovat v případě, pokud se vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou - porucha pozornosti nebo hyperaktivita a/nebo impulzivita. Stačí, aby se porucha vyskytovala buď ve škole anebo doma. Již podle této definice můžeme poznat, že ADHD je dle svých mírnějších kritérií, častěji diagnostikovaná. Každá země používá jiná diagnostická kritéria pro posuzování hyperaktivity a proto jsou ve výsledcích tak markantní rozdíly (viz. příloha č. 2).

I Drtílková (2007) uvádí, že mnoho dětí, které by dle amerických kritérií DMS-IV splnily podmínky pro diagnózu ADHD a měly prospěch z léčby, nejsou v České republice (podle přísných kritérií pro hyperkinetické poruchy) podchyceny a léčeny.

Zároveň se diagnóza stala populární u dětí, které doma hodně zlobili. Pro rodiče je snadnější říci, že jejich dítě má ADHD než si přiznat výchovný nedostatek. Nevychovanost byla/je často zaměňovaná za ADHD a proto je asi tato porucha tak hodně diagnostikovaná. V průběhu několika let to dokonce vypadalo na epidemii této poruchy. Avšak studie dokázali, že pouze u 1 ze 7 % dětí se rozvíjí ADHD.

Odlišný přístup k problematice ADHD má E. Goldberg. Ten popírá existenci tohoto onemocnění a poukazuje na to, že jde o sociální jev, který je vyvolán pocity viny rodičů ze selhání dítěte či sebe samých. Avšak, jak již víme, z použitých materiálů, rodiče za tuto poruchu nemohou.

Dále je tato diagnóza vyhledávána také proto, že zejména v Americe je velmi "populární" pilulka Ritalin, po které problémy s chováním zázračně mizí. Proto by měli odborníci na duševní zdraví v Americe zvýšit hranici této diagnózy. Pilulky mohou být nadměrně užívány, pro svou rychlou účinnost problémovými dětmi i problémovými školáky. V České republice se k léčbě ADHD přistupuje jinak a jsou spíše voleny terapeutické a reedukační postupy nápravy této poruchy.

ZÁVĚR

V rámci bakalářské práce jsme se zaměřili na problematiku hyperaktivity. Stručně jsme popsali její projevy a možné příčiny jejího vzniku. Rozepsali jsme se také o možnostech jejího ovlivnění, dále jsme se zabývali tím, jak přistupovat k hyperaktivním dětem, jak v rámci domácího prostředí, tak i v rámci školního prostředí. Dále jsme probrali legislativu, která upravuje vzdělávání těchto žáků, a doplnili každou kapitolu kazuistikou. Poslední kazuistika se zabývá dvěma dětmi, z autorčina okolí.

Po shrnutí teoretických hledisek a dostupných faktů o dané poruše, zde můžeme vyvodit následující výstupy naší práce:

- Zjistili jsme, že hyperkinetická porucha, je porucha vývojová, která je charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.

- Porovnali jsme hyperkinetickou poruchu dle klasifikačního systému Světové zdravotnické organizace neboli MKN-10 a dle klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace neboli DSM-IV a zjistili jsme, že mezi těmito dvěma kritérii existují značné rozdíly.

- Zmapovali jsme možnosti ovlivnění hyperaktivity a zjistili jsme, že mezi nejčastější metody ovlivnění patří farmakoterapie, kognitivně behaviorální terapie a z alternativní léčby to jest EEG Biofeedback a relaxační techniky.

- V této práci jsme popsali, že za tuto vývojovou poruchu můžou jak genetické, tak i negenetické příčiny.

- Vzdělávání hyperaktivních dětí je ukotveno ve školském zákoně č. 561/2004 Sb. a v dalších vyhláškách s ním souvisejících.

- Aby všichni lépe porozuměli této poruše, doplnili jsme text práce případovými kazuistikami a kazuistikou z autorčina okolí.

SOUHRN

Tato bakalářská práce se zabývá teoretickými poznatky o hyperkinetické poruše. Je strukturovaná do šesti kapitol, v nichž jsme se pokusili zmapovat problematiku hyperkinetické poruchy a rovněž doplnili případovými kazuistikami a kazuistikou z autorčina okolí.

V první kapitole vytyčujeme cíle bakalářské práce a ve druhé kapitole vysvětlujeme pojem hyperkinetická porucha, nastiňujeme její terminologii, zabýváme se rozdíly mezi klasifikačními kritérii MKN-10 a DSM-IV a také se věnujeme její diagnostice.

V další kapitole popisujeme projevy hyperkinetické poruchy v jednotlivých vývojových fázích a také se věnujeme základním příznakům této poruchy, jimiž jsou: porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Dále se zabýváme přidruženými problémy, které mohou souviset s hyperkinetickou poruchou.

Ve čtvrté kapitole se zaměřujeme na důležité téma, a to jsou příčiny hyperkinetické poruchy. Mezi příčiny této poruchy se nejčastěji zahrnují genetické faktory a v neposlední řadě velmi důležité negenetické faktory.

Pátá kapitola prezentuje možnosti ovlivnění hyperkinetické poruchy. Forem ovlivnění je mnoho, avšak do této kapitoly jsme zahrnuli nejčastější formy, kterými jsou farmakoterapie, kognitivně behaviorální terapie, stále oblíbenější EEG Biofeedback a relaxační techniky.

Poslední kapitola je věnovaná výchově dítěte s hyperkinetickou poruchou. Uvádíme zde možná doporučení, kterými by se měli rodiče těchto dětí řídit. Dále jsme se v této kapitole zaměřili na vzdělávání těchto žáků a i zde uvádíme možné postupy, jak pracovat s těmito dětmi ve třídě. Jako poslední v této kapitole uvádíme legislativu, podle níž je upraveno vzdělávání těchto žáků.

POUŽITÁ LITERATURA

1. ANTAL, M. *To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem: ADHD očima ADHD*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 294 s. ISBN 978-80-204-2898-1.

2. BARKLEY, R. A., ed. a MASH, E. J., ed. *Treatment of Childhood Disorders*. New York: The Guilford Press, 1989. 8, 568 s. ISBN 0-89862-743-5.

3. DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. 2. vyd., V nakl. Galén 1. Praha: Galén, 2007. 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.

4. DRTÍLKOVÁ, I. et al. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.

5. GOETZ, M., a UHLÍKOVÁ, P. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2009. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.

6. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

7. JUCOVIČOVÁ, D., a ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 238 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2697-7.

8. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 392 s. ISBN 80-7178-179-7

9. MATĚJČEK, Z., a KLÉGROVÁ, J. *Praxe dětského psychologického poradenství*. vyd. 2., aktualiz. a upr., V Portálu 1. Praha: Portál, 2011. 342 s. ISBN 978-80-262-0000-0.

10. MICHALOVÁ, Z. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7311-075-8.

11. MUNDEN, A., a ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. 119 s. Speciální pedagogika. ISBN 978-80-7367-430-4.

12. NOLEN-HOEKSEMA, S. *Abnormal psychology*. Boston: McGraw-Hill, 1997. xxv, 646 s. ISBN 0697231186.

13. NOVOTNÝ, M., aj. Využití EEG biofeedbacku v psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, vol. 10, n. 5, s. 223-225.

14. O'DELL, N. E. a COOK, P. A. *Neposedné dítě: jak pomoci hyperaktivním dětem*. 1. vyd. Praha : Grada, 2000. 140 s. ISBN 80-7169-899-7

15. OLTMANNS, T. F. - EMERY, R. E. *Abnormal psychology*. 4th ed. Upper Saddle River, N.J. : Prentice-Hall, c2004. xxii, 729 s. ISBN 0130488909.

16. PACLT, I., a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 234 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1426-4.

17. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování.* Vyd. 4. Praha : Portál, 2010. 333 s. ISBN 978-80-7367-817-3.

18. RIEF, S. F. Nesoustředěné *a neklidné dítě ve škole : praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Vyd. 3. Praha : Portál, 2007. 251 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-257-7.

19. RONEN, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích : kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-370-6.

20. SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. 149 s. ISBN 8071783153.

21. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., a VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.

22. SCHWEIZER, Ch. - PREKOP, J. *Neklidné dítě: rádce pro zneklidněné rodiče*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 143 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 8071780197.

23. ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. *Speciální pedagogika v praxi: komplexní péče o děti se SPUCH.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 248 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4369-1.

24. TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997. 164 s. ISBN 80-7178-131-2.

25. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky.* 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.

26. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 11. vyd. Praha: Portál, 2009. 263 s. ISBN 978-80-7367-514-1.

INTERNETOVÉ ZDROJE

27. ADHD and Adults: A Look at Cultural Differences. [online]. [cit. 2014-04-08]. Dostupné z:

http://www.nami.org/Template.cfm?Section=ADHD&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=106391

28. Attention deficit/hyperactivity disorder and ethnicity. [online]. [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: www.adc.bmj.com/content/90/suppl_1/i10.full

29. Attention deficit/hyperactivity disorder and ethnicity. [online]. [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: http://adc.bmj.com/content/90/suppl_1/i10/T2.expansion.html

30. BŘENKOVÁ, Lenka Mgr. et. Mgr.. Celostní muzikoterapie: Sekce celostní muzikoterapie CZMTA. [online]. [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: http://www.muzikoterapie.name/Muzikoterapie-a-deti-s-ADHD---kazuistiky/c4312df6_5bfe_4c72_85fe_063b80a2ccc7.aspx?master_c73cda2f_ece9_4045_9520_9485c0f6fb52_newsid=f6436322_90f0_41e9_8c9b_b3b4a6d83006

31. DENAME, Kristy A. [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: http://psychcentral.com/blog/archives/2013/06/10/neurofeedback-therapy-an-effective-non-drug-treatment-for-adhd/

32. MATHEW, Mary. Cultural Considerations of ADHD. [online]. [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: http://www.insideadhd.org/Article.aspx?id=258

33. Poruchy pozornosti. [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: http://eegbiofeedback.cz/sluzby/poruchy-pozornosti/

34. Summary Health Statistics for U.S. Children: National Health Interview Survey, 2009. [online]. [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_247.pdf

POUŽITÉ ZÁKONY A VYHLÁŠKY

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

Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Vyhláška č.72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – ADHD a rasy

Příloha č. 2 – ADHD v jednotlivých zemích

Příloha č. 1

ADHD a rasy

Rasa	**Výskyt v %**
Běloši	8,7
Afroameričani	9,8
Asiati	0,8
Hispánci	5
Mexičani	4,3
Míšenci	
Afroameričan a běloch	15,5

Tato tabulka mapuje děti od 3-17 let v USA, které mají ADHD a byla vytvořena na základě informací podle Summary Health Statistics for U.S. Children: National Health Interview Survey, 2009 (http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_247.pdf).

Příloha č. 2

ADHD v jednotlivých zemích

Země	**Výskyt v %**
Japonsko	7.7
Itálie	6.9
Německo	8
UK	16.6
USA	11.4 - 16.1
Brazílie	5.8
Indie	7.5
Keňa	2.5
Čína	3
Kanada	5.8
Nový Zéland	15

Tato tabulka mapuje školní děti s výskytem poruchy ADHD v jednotlivých zemích. Každá země používá jiné diagnostická kritéria, proto jsou v jednotlivých zemích různá procenta výskytu (www.adc.bmj.com).