UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra psychologie a patopsychologie

# Bakalářská práce

Michaela Nováková

## Socializace osob s ADHD

Olomouc 2016

vedoucí práce: Doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Socializace osob s ADHD“ vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsem uvedla v seznamu použité literatury na konci práce.

V Olomouci dne 21. 6. 2016

_____

Michaela Nováková

## Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí bakalářské práce Doc. PhDr. Ireně Plevové, Ph.D. za odbornou a pedagogickou pomoc, trpělivost a věnovaný čas při řešení dané problematiky. Rovněž bych chtěla poděkovat PaedDr. Marcele Iliadisové ředitelce SPC při ZŠ a MŠ Schola Viva, o.p.s., Šumperk, za poskytnutí praktických, celoživotních rad a zkušeností, zapůjčení odborné literatury a výjimečný lidský přístup.

V Olomouci dne 21. 6. 2016 _____

Michaela Nováková

# Obsah

Úvod ... 5
1. Syndrom ADHD ... 6
1.1 Vymezení a vývoj pojmu ADHD ... 6
1.2 Výskyt ADHD ... 9
1.3 Příčiny ADHD ... 11
1.3.1 Vliv stravy na ADHD ... 12
1.4 Projevy chování osob s ADHD ... 14
1.4.1 Dospělý jedinec s ADHD ... 15
1.5 Diagnostika ADHD ... 17
1.6 Léčba a terapie ADHD ... 20
1.6.1 Farmakoterapie ... 22
1.6.2 Psychoterapie ... 24
1.6.3 Organizace zaměřené na pomoc osobám s ADHD ... 25
2. Socializace ... 26
2.1 Základní vymezení pojmu ... 26
2.2 Socializace osobnosti aneb vlastní pohled na „sebepojetí“ ... 28
2.3.1 Sebepojetí – vlastní úvaha (Nováková, 2015) ... 28
2.3 Socializace osob s ADHD ... 30
3. Diskuze ... 31
Závěr ... 35
Použitá literatura ... 36
Seznam internetových zdrojů ... 37
Anotace ... 38

# Úvod

*„ Je třeba znát sebe sama. I kdyby to poznání člověku nepomohlo najít pravdu, alespoň si tak uspořádá vlastní život, a to je nejlepší, co může udělat. “*

Blaise Pascal

Jak již citát naznačuje, poznání sebe sama je nezbytnou součástí našeho života. Čím rychleji člověk dokáže sám sebe pochopit, tím lépe a snadněji pochopí jak správně žít. Během života se neustále učíme, abychom se ve společnosti uplatnili na maximální možné úrovni.

Téma bakalářské práce „ Socializace osob s ADHD “ jsem si vybrala především proto, že jsem se od mala potýkala s problémem začlenit se do společnosti, ať už svých vrstevníků nebo různých jiných školních či sportovních kolektivů. Ve věku 7 let mi byla psycholožkou pedagogicko-psychologické poradny diagnostikována lehká mozková dysfunkce a speciálním pedagogem ještě i přidružené specifické vývojové poruchy učení, a tedy i z tohoto důvodu jsem se danou problematiku chtěla v této práci podrobněji zabývat, abych se o sobě dozvěděla více a tím správně porozuměla sobě samé.

Bakalářskou práci jsem zaměřila především na vysvětlení základních pojmů týkajících se integrace jedince s ADHD do společnosti, jeho následné společenské uplatnění a vysvětlení samotného syndromu ADHD, který jsem blíže specifikovala z hlediska nadefinování pojmu, epidemiologie, etiologie, symptomatologie, diagnostiky, možné léčby či případné vhodné formy terapie a nabídkou organizací, které se věnují pomoci lidem s ADHD.

# 1. Syndrom ADHD

Syndrom ADHD je od řady odborníků definován různými způsoby, společně se pouze shodují v překladu anglických slov **A**ttention **D**eficit **H**yperacitivity **D**isorder (jejichž počáteční písmena tvoří zkratku výše uvedeného syndromu) a znamenají: porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, což je např. uvedeno i v Psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2000, s. 17).

## 1.1 Vymezení a vývoj pojmu ADHD

V. Andreánska (in Lechta, 2010) uvádí zařazení syndromu ADHD dle MKN-10 mezi hyperkinetické poruchy pod kódem F90.0, které jsou nejenom svým vymezením, ale i projevy téměř totožné jako poruchy pozornosti s hyperaktivitou dle klasifikace DSM-V. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2009, s. 244) jsou hyperkinetické poruchy popsány jako skupina deficitů, která se obvykle objevuje v prvních pěti letech života jedince, a která se vyznačuje nedostatečnou vytrvalostí v různých činnostech s tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla alespoň jedna z nich dokončena. Dále je tato skupina poruch charakterizována nadměrnou a špatně regulovatelnou aktivitou. Jako u většiny nemocí či zdravotních obtíží může být samozřejmě doprovázena celou řadou dalších abnormalit.

Z medicínského hlediska se na syndrom ADHD nahlíží např. ve Velkém lékařském slovníku (Vokurka, Hugo, 2007, s. 13) jako na hyperkinetický syndrom, v němž se kombinuje deficit pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou v dětském věku, a jde zřejmě o poruchu na úrovni některých neurotransmiterů. Zřejmě největší roli na vzniku toho syndromu hraje dědičnost a vnější vliv působících různorodých faktorů. Autoři zde poukazují i na dřívější pojmenování syndromu a to: minimální mozková dysfunkce (MMD), kterou blíže specifikují jako: *„ Lehčí postižení mozku u dětí, obvykle jako následek nedostatku kyslíku během porodu. Postižené děti bývají neklidné, ruší při vyučování, jsou nezvladatelné, méně obratné při některých činnostech, ale jejich inteligence nebývá postižena. Vyžadují větší vychovatelskou péči.“* (Vokurka, Hugo, 2007, s. 604).

Terminologicky je označení ADHD převzato ze zahraničí a v posledních desetiletích se s ním setkáváme v naší odborné literatuře čím dál tím častěji, ale dalo by se říci, že v českém pojetí nahrazuje v určitém slova smyslu již zavedené pojmy, jako jsou např. lehká dětská encefalopatie (LDE) nebo také lehká mozková dysfunkce (LMD). Např. s označením lehká dětská encefalopatie přišli naši přední významní lékaři MUDr. Karel Macek a JUDr. et MUDr. Otakar Kučera již v polovině minulého století jak uvádí Z. Matějček (2005). Bližší specifikaci LDE popisuje J. Slowík (2007, s. 131), který tvrdí, že jde spíše o drobné organické poškození mozku, ale ve skutečnosti jsou patologické změny pouze minimální. Dochází totiž k narušení přenosu vzruchů a informací, což se projevuje formou určitých dysfunkcí.

Druhý zmiňovaný termín – lehká mozková dysfunkce (LMD) vstoupil v 60. letech minulého století, již velmi krátce po zavedení termínu lehké dětské encefalopatii, v modernizované a zjemnělé verzi do povědomí široké laické veřejnosti a užívá se dodnes. Dokonce se domnívám, že i častěji než novodobé označení ADHD, o čemž stejně smýšlí i autor T. Novák (2012) ve své publikaci, který výraz LMD využívá v celé knize: *„ Proč jsi stále tak neklidný?“* Možná i proto, že se více o LMD hovořilo i nadále hovoří, tak stále převažuje v odborné literatuře více dostupných definic LMD než ADHD. Proto bych ráda uvedla některé z nich, abych srovnala různé formy vyjádření dané či podobné problematiky LMD se současným vymezením syndromu ADHD.

V Pedagogickém slovníku (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 141) najdeme vysvětlení lehké mozkové dysfunkce, že jde o: *„Starší označení pro poruchy učení a chování u dětí s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, které trpí neurologickým poškozením.“* Oproti tomu Defektologický slovník (2000, s. 79-80) lehkou mozkovou dysfunkci definuje z jiného pohledu a to jako: *„Poruchy v oblasti psychomotorické, mentální i volní jako následek lehčího stupně perinatálního poškození centrální nervové soustavy. Projevuje se psychomotorickým neklidem, psychickou instabilitou, změnou nálad, impulzivním jednáním, pohybovou neobratností – dyskoordinací. Je to tzv. hyperkinetický typ anebo typ cerebrastenický, s přecitlivostí, zvýšenou únavností, ochablostí.“*

Dále jsem v odborné literatuře našla definici podle J. Slowíka (2007, s. 131), že u dětí lehkou mozkovou dysfunkci používá k označení pro celou řadu projevů, které se odchylují od běžné normy a jsou založeny na bázi strukturálních změn centrální nervové soustavy. Tyto nestandardní projevy se jeví v nezvyklé, nápadné, zvláštní podobě a jde např. o nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, příznaky hyperaktivity nebo hypoaktivity, nesoustředěnost,

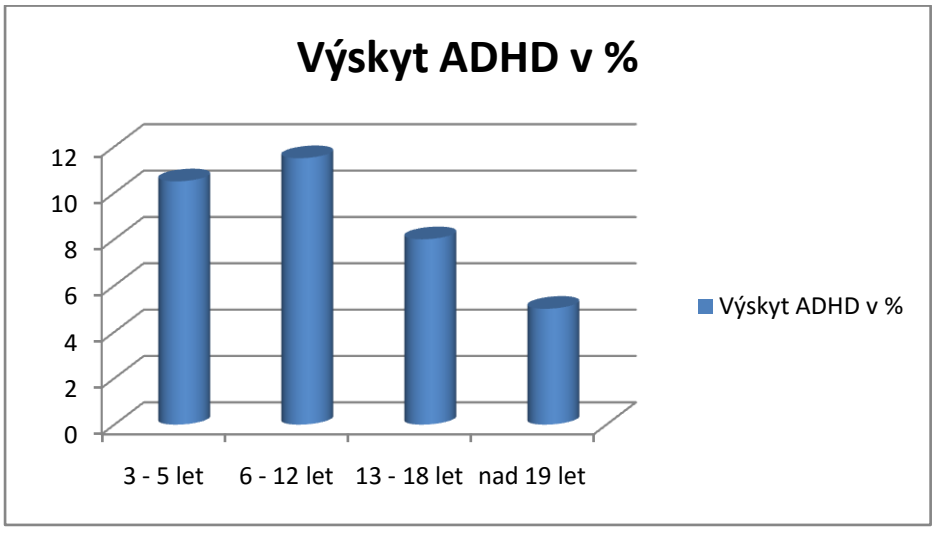
porucha v dynamice psychických procesů, malá vytrvalost, impulzivita, výkyvy nálad, nestálost duševní výkonnosti, překotnost, tělesná neobratnost, poruchy vnímání apod.

Na konec této kapitoly bych ráda využila závěrečných slov Z. Matějčka (2005, s. 108), který shrnuje vývojový posun v poznatcích od LDE, přes LMD až k dnešnímu syndromu ADHD a připomíná, že v pojmovém posunu došlo ke snížení původního důrazu na organickou etiologii, čímž myslí především drobná mozková poškození či další mozkové anomálie. Za to je dle něj kladen větší důraz na genetickou etiologii, jakož i na etiologii neurotickou, výchovnou apod. Zjednodušeně řečeno, badatelé se již neptají, z čeho tu diagnózu klient má stanovenou, ale jak se projevuje a jak vypadá.

## 1.2 Výskyt ADHD

Procentuální interval výskytu syndromu ADHD se opět liší podobně jako samotné názory na jeho přesné vymezení. Všichni odborníci a znalci se ale shodují, že převažuje výskyt ADHD u mužského pohlaví až trojnásobně než u ženského. Z různých zdrojů se dozvídáme odlišné informace o rozptylech v jakých se ADHD v populaci bez rozdílu pohlaví vyskytuje, např. V. Andreánska (in Lechta, 2010) uvádí poměrně větší rozsah mezi 2-15%, který ale vychází z poznatků amerických výzkumů, jak sama autorka uvádí. V rámci školní populace uvádí až 6% výskytu, oproti tomu J. Škvorová, D. Škvor (2003) udávají, že dětí bývá postiženo ve školním věku v rozmezí 3-10%.

Ze zahraničních internetových zdrojů jsem zpracovala formou grafického znázornění výzkum z roku 2012, který umožňuje si lépe představit výskyt ADHD v porovnání s různou věkovou hranicí pozorovaného vzorku celosvětové populace dle klasifikace DSM-V, která sloužila jako kritérium pro určení syndromu ADHD u vybraných jedinců. (Dostupné z: http://www.adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology/presentations-of-adhd/), (viz. Graf č. 1).




Graf č. 1

Odborný internetový článek z kategorie Zdravotnictví a medicíny pod záštitou Mladé fronty z 11. 6. 2014 zaměřuje svou pozornost nejen na samotný syndrom ADHD, ale i na jeho diagnostiku a léčbu v průběhu života. Úvodní část je ale věnována epidemiologii a hodnoty napovídají více o aktuálním stavu četnosti výskytu ADHD u školních dětí obvykle mezi 3-7% a u dospělých 4%. V mnoha studiích je potvrzeno, že v průběhu lidského vývoje se zjevné příznaky zmírňují, ale jisté je, že v dospělosti úplně nevymizí. Podle dalších výzkumů si při sebehodnocení přetrvávající potíže uvědomuje až 40% dospívajících s diagnostikovaným ADHD a až 66% rodičů dětí s touto diagnózou. Nejdéle přetrvávajícím symptomem je nepozornost, u které je potvrzeno, že má velmi silný dopad na vznik emočních problémů, na rozdíl od toho u na dále přetrvávajících příznaků hyperaktivity a impulzivity jsou prokázány negativní důsledky v sociální sféře. (Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-lecba-adhd-v-prubehu-zivota-475772).

## 1.3 Příčiny ADHD

Již v úvodu, kde jsem se zaměřila na vymezení pojmu ADHD, jsme se z řady definic dozvěděli o velkém množství příčin vzniku tohoto syndromu. Ale existuje samozřejmě mnoho dalších studií a výzkumů, které se přímo věnují souvisejícím etiologickým činitelům, jak popisuje V. Andreánska (in Lechta, 2010), která zdůrazňuje, že velký vliv hraje bezpochyby genetika, ale nezapomíná i na negenetické faktory, které jedince z vnějšku často ovlivňují. Oprávněně je znalost těchto vnějších příčin z hlediska prevence velkou výhodou, neboť jsou lépe ovlivnitelné na rozdíl od těch genetických. Autorka uvádí konkrétní negenetické faktory, které mohly zapříčinit vznik ADHD a vyjmenovává např. komplikace během těhotenství či přímo při porodu, následná nízká porodní váha, předčasný porod i poporodní hypoxie (dítě nemá dostatek kyslíku). Autorka dále zmiňuje i negativní dopad toxických látek působících na plod při těhotenství, když např. matka kouří nebo užívají drogy, ale i z potravin, které jsou doplněny o umělé přísady, aby vylepšily její vlastnosti (veřejností známá jako tzv.“éčka“).

Nedílnou součástí příčin ADHD je i vliv rodinného prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Většinou se totiž ADHD vyskytuje u osob pocházejících z neúplných rodin, kde je dítě při vývoji vystaveno většímu psychickému tlaku pramenícího např. z disharmonie rodičů a jejich případného následného rozchodu či rozvodu a další negativní dopady můžou být způsobeny např. střídavou péčí, kriminalitou rodičů, nízkým socioekonomickým statusem atd. (Andreánska in Lechta, 2010).

A. Train (1997, s. 43) zdůrazňuje vliv narušené funkce přenašečů signálu mezi neurony na vznik ADHD. Také tvrdí, že: *„ Pokud je narušena tvorba látek jako je dopamin, norepinefrin a serotonin, které ovlivňují náš způsob myšlení, cítění a mimo jiné i schopnost koncentrace pozornosti, dochází k vážnému porušení chování.“* Jako celá řada většiny odborníků i autor přisuzuje velký podíl genetice na výskytu syndromu ADHD u jedince. Z řady výzkumů vyplývá, že jde skutečně o dědičné onemocnění a větší pravděpodobností je, že dítě může syndrom zdědit spíše po otci než po matce.

Jiný pohled na celou problematiku vnáší J. Prekopová, Ch. Schweizerová (2008), které přisuzují vinu psychickému stresu, který vzniká nesplněním základních potřeb u dětí, což v danou chvíli vede k negativním dopadům na jejich mozek, který se teprve vyvíjí a je tedy nejvíce zranitelný. Je-li dítě ve stresu, objevuje se u něj neklid a následně se to promítne i do nežádoucího tělesného projevu. Ve srovnání u dospělého člověka se psychický stres zaměřuje

na nejslabší místa, což už není jako v případě dítěte mozek, ale např. žaludek, srdce, plíce atd. Autorky se nebrání i příčině, která je uvedena v mnoha odborných publikacích, že ADHD je způsobeno z důvodu poškození mozku např. při zánětu mozkových blan nebo po nehodě, kdy došlo k jeho poranění a posléze se pacient stává neklidným a těkavým. Bez včasného zásahu vhodné rehabilitace by mohlo dojít k nástupu trvalých následků.

G. Serfontein (1999) se shoduje s předchozími autory, že jde o poruchu přenosu informace mezi buňkami, neboť je pravděpodobně snížené množství buněčné tekutiny uvolněného do mezibuněčného prostoru. Jde o dědičné onemocnění, které se projevuje již v batolecím věku a kulminuje v prvních letech školní docházky. Autor zastává názor, že kolem čtrnáctého roku se dítě začne ve svém stavu zlepšovat, protože dozrávají mozkové buňky, které umožní lepší uvolňování neurotransmiterů, což bylo doposud problematické.

U dospělého jedince se můžeme setkat s pozůstatky syndromu, protože odeznění všech potíží není úplně možné. Na míře snížení následků závisí především přístup k dítěti během školní docházky, kdy je příznaky možné eliminovat vhodnými postupy. Z vlastní zkušenosti mohu souhlasit s názorem G. Serfonterina (1999, s. 28): „*Dětem, kterým nikdo nevěnoval náležitou péči, si zpravidla své emocionální a charakterové potíže odnesou do dospělého věku a problémy s učením i často negativně poznamenají i jejich pracovní kariéru.“*

### 1.3.1 Vliv stravy na ADHD

V dnešní době se neustále hovoří o vhodném stravování, o zdravém životním stylu, přírodních doplňcích stravy, ale i o řadě častěji si vyskytujících potravinových alergií, které se do povědomí dostávají skrz dostupná média, ale i s nabídkou zboží na pultech obchodů (např. bezlepkové potraviny, potraviny neobsahující laktózu, výrobky pro diabetiky aj.). Ale bohužel lidé si zatím stále neuvědomují, jak vážná otázka ohledně správných stravovacích návyků, to je. Kvůli hektické době je strava spíše opomíjena nebo není dostatečně plnohodnotná a vyvážená, aby splňovala kritéria pro zdravý život a vývoj člověka. Nejen u syndromu ADHD ale i u dalších onemocnění může mít strava značný vliv na průběh nemoci či poruchy.

*„ Vliv složení stravy a alergických reakcí na jídlo stále vyvolává mezi odborníky spory.“* Což tvrdí J. Škvorová, D. Škvor (2003, s. 13) a i když výzkumy tuto teorii nepodporují, většina odborníků tvrdí, že tam souvislost určitě je. Jen jde o velmi individuální stav dle samotného jedince. Odborníci se shodují určitě na tom, že původcem hyperaktivity mohou být umělá barviva, konzervační přípravky a salicyláty, které by se ve stravě u jedince trpícího syndromem ADHD neměly vyskytovat. Kromě omezení těchto látek ve stravě je naproti tomu dobré i zvýšit příjem vitamínů. (Train, 1997)

V aktuálním článku z webového portálu Medlicker (Vitvarová, 28. 2. 2016), který pojednává o vlivu stravy na ADHD, autorka potvrzuje výše uvedené stanovisku, že neexistuje jednoznačný důkaz, že by konkrétní typ potravin mohl ovlivnit syndrom ADHD, ale výzkumy potvrzují, že při změně stravovacích návyků se u pozorovaných pacientů zmirňují projevy. Bez ohledu na výskyt poruchy u jedince, je známo, že řada potravin ovlivňuje změnu chování. Autorka např. uvádí: *„kofein, který zvyšuje bdělost, čokoláda zlepšuje náladu, alkoholické nápoje vedou k pocitu uvolnění a rovněž ke zlepšení nálady.“* Studie ale dále potvrzují, že nedostatek základních nezbytných látek v těle nepříznivě přispívá k danému stavu a při doplnění látek jako vitamínů, minerálů a esenciálních mastných kyselin (omega-3 mastné kyseliny), bylo u pozorované skupiny lidí vidět zlepšení v jejich projevech chování ve společnosti. Výzkumem bylo tedy s jistotou potvrzeno, že vliv potravin na změnu chování existuje.

Z většiny studií, jak doktorka T. Vitvarová potvrzuje, má pozitivní vliv především doplnění omega-3 mastných kyselin do jídelníčku u osob s ADHD, které ovlivňují správnou činnost mozku. Omega-3 mastné kyseliny mají velmi příznivé účinky na zvýšení pozornosti, schopnosti dokončit zadaný úkol, snižují agresivitu, neklid, hyperaktivitu a impulzivitu, což jsou všechno projevy syndromu ADHD.

Výzkumy, ale zkoumaly i opak předchozí metody a to eliminování určitých potravin (látek) v potravě u jedince s ADHD. Autorka zaměřuje pozornost na studie omezení jednotlivých látek ve stravě pacienta, jako jsou např.: salicyláty, potravinové přídatné látky, konzervační látky, umělá barviva, cukr, umělá sladila, alergenní potraviny atd. Přiklání se k názoru, že každý pacient by měl dostat svůj individuální vyživovací plán, a že nejoptimálnější je z jídelníčku vynechat určité výše zmiňované látky, které mu vyvolávají zhoršení projevů, ale naopak přidat a obohatit stravu o látky prospěšné tělu a zmírňující nežádoucí projevy ADHD. (Dostupné z: http://cs.medlicker.com/1064-strava-a-adhd).

## 1.4 Projevy chování osob s ADHD

Nejvíce nápadné příznaky syndromu ADHD se projevují v období začátku školní docházky. Dítě selhává nejen ve škole, ale i při plnění zadaných úkolů, které pro něj nejsou příliš zajímavé. Proto ztrácí rychle pozornost, zadanou práci nedokončuje a věnuje se jiným činnostem. Vzhled a náplň školních či domácích úkolů je nedbalého charakteru a obsahuje plno zbytečných chyb, které nepramení z nevědomosti, ale z nepozornosti. (Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-lecba-adhd-v-prubehu-zivota-475772).

V článku se dále uvádí, že ve třídě působí takovéto dítě spíš rušivě, vykřikuje a odpovídá dříve, než bylo učitelem vyvoláno. Má problém sedět v klidu, ale oproti tomu, pokud je usazeno k počítači, je schopno „nehnutě" sedět i celé hodiny. Dítě s ADHD ostatní děti kolem sebe ruší rozmlouváním s nimi, pak je často napomínáno a svým okolím nebývá přijímáno mezi sebe a dostává od nich nálepku, že je „divné" (jiné, zvláštní, nehodící se).

Dalšími velmi častými projevy u dětí s ADHD, které článek zmiňuje, jsou spánkové obtíže. Statistiky uvádí, že jimi trpí až 50-60% dětí s diagnostikovaným ADHD. Problémy se projevují např. při usínání, které jim činí potíže a trvá jim daleko déle než intaktním dětem. Dále se tyto děti v noci častěji budí a ranní vstávání jim pak následně činní větší námahu. Výzkumy prokázaly, že při pozorování těchto dětí při spánku, se objevuje zvýšený neklid v oblasti nohou a při usínání nekonečné převalování a hledání správné polohy k usnutí.

Projevy definované dle MKN-10 (2009, s. 244) u hyperaktivních dětí jsou následující: *„děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně nekontrolovatelný pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém, jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení."*

Z. Matějček (2005, s. 118-9) vyjmenovává jednotlivé příznaky dle četnosti výskytu ze svých celoživotních a praktických zkušeností. Na první místo řadí: *„nápadně nerovnoměrný vývoj jednotlivých duševních funkcí"*, čímž myslí, že se jedinec projevuje bystře a vyspěle, ale

v něčem jiném nápadně zaostává. Mezi další častý projev ADHD zmiňuje: *„nápadně zvýšenou pohyblivost čili nadměrnou živost a neklid“*, což vysvětluje na reakcích dítěte, které chvilku neposedí – že vstává, kleká si, dokáže si lehnout i pod lavici, nejlépe pořád něco musí držet v rukou, atd. Dále uvádí: *„nápadnou roztěkanost a obtíže v soustředění, impulzivitu jinak řečeno zbrklost, tělesnou neobratnost, vyskytují se i obtíže v jemné motorice, ve vnímání, v představách, v myšlení a artikulační neobratnosti.“* Na závěr autor dodává, že je důležité uvědomit si, že jedinec s ADHD nemusí mít všechny tyto příznaky, protože u každého z nich se mohou objevit v různé míře či intenzitě, nebo můžou úplně absentovat.

### 1.4.1 Dospělý jedinec s ADHD

Mnoho dospělých s ADHD popírá, že nějaký problém vůbec má. (Train, 1997, s. 158) Všichni takoví by si ale měli uvědomit, jak je důležité syndromu ADHD nejprve porozumět, následně ho správně vnímat jako druh onemocnění, a ne jako známku slabosti charakteru.

V. Andreánska (in Lechta, 2010) u dospělých jedinců poukazuje na problémy vzniklé vlivem ADHD a to především na poruchy vývoje jedince v oblastech osobnostních, emociálních, sociálních, což vede v dospělosti k vážným problémům např. v zaměstnání, v partnerských ale i obecně v mezilidských vztazích, apod.

G. Serfontein (1999) zastává názor, že přetrvávání příznaků u dospělého jedince je způsobeno dvěma faktory, první je naučený vzorec chování, který nebyl v dětství odbourán, stal se součástí jeho osobnosti a za druhé, že nedojde ke zlepšení neurochemických pochodů v mozku a tím dysfunkce přetrvávají až do dospělosti. Dospělý člověk však dokáže řadu slabostí a nedostatků různými způsoby vykompenzovat. Autor popisuje, že dospělí s ADHD, kteří vyrostli z hyperaktivních dětí, jsou nesmírně výkonní a činorodí, tak že dosahují dobrých výsledků někdy až nadprůměrných. Nedokážou odpočívat a jen tak „vypnout“, mají díky tomu zvýšené svalové napětí, což vede k silným projevům únavy. Trpí poruchou sebepřijetí, ale i přesto díky své touze jít stále vpřed nakonec bývají velice úspěšní v zaměstnání, ale neustále o svých kvalitách a výsledcích pochybují.

Další přesnou specifikaci dospělé osoby s ADHD, kterou G. Serfontein (1999, s. 126) zmiňuje: *„Přetrvávají potíže s vnímáním slyšených informací, což kompenzují výbornými pozorovacími schopnostmi. Při seznamování s novými lidmi mají problém si zapamatovat*

*jejich jména. Nikdy se nestanou vášnivými čtenáři, rozhodně si nebudou číst pro potěšení, ale pouze pro zjištění nových informací. Čtení pro zábavu omezí zpravidla na noviny a časopisy zaměřené na oblast jejich zájmu. Neradi píší dopisy, protože písemné vyjadřování jim činí potíže.“*

Mezi negativní vlastnosti G. Serfontein (1999) uvádí nepoddajnost a impulzivitu, které v jednání s lidmi vedou ke komplikacím a neshodám, s čím jsem se setkala nesčetněkrát. Mezi další projevy, ve kterých se ADHD projevuje, jsou neklid při obyčejném sezení na židli, přehazování nohy přes nohu, houpání nohou, poklepávání atd., jelikož takový jedinec nedokáže všechen ten pohyb ovlivnit a i schopnost relaxovat mu chybí, pak jeho tělo končí vyčerpáním všech sil. Což má samozřejmě značný vliv na špatný spánek, který je zapříčiněn zvýšeným nervovým napětím a emocionálními poruchami.

Jelikož v každodenním pracovním životě řešíme řadu věcí současně, mít diagnostikované ADHD přináší i svá nečekaná pozitiva, což je potvrzeno v odborném článku (dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-lecba-adhd-v-prubehu-zivota-475772), který hovoří o současném výzkumu ADHD, že nedílnou součástí syndromu ADHD je spíše narušení exekutivních funkcí, což jedinci umožňuje zvládat více úkolů dohromady a to: běžných každodenních, jejich organizaci, koncentrovat se na určitou činnost, udržet tempo a vytrvat v úsilí, regulovat pozornost, zvládat frustraci, užívat pracovní paměť, sledovat a spravovat vlastní aktivity.

## 1.5 Diagnostika ADHD

Diagnostikou klienta rozumíme proces zjištění jeho diagnózy, o kterou si sám zažádal nebo v případě dítěte jeho zákonní zástupci (rodiče) s podezřením na možný výskyt syndromu ADHD. Jak upozorňuje Z. Matějček (2005, s. 114), pozorovaný jedinec musí být se vším seznámen, aby přijal veškeré okolnosti vyšetření případného potvrzení diagnózy. Každý z nás je tvořen osobnostní strukturou, která funguje jako celek a podléhá složitému vývoji. Cesta k pochopení prvotních příčin a jeho obtíží je náročná a měla by směřovat od nejvyšších etáží až k samotným základním kamenům psychiky jedince.

Z. Matějček navrhuje, že při diagnostikování ADHD se má postupovat zcela organicky a začít: *„rozborem a hodnocením projevů klienta pokud možno ve volných životních situacích, přes pozorování jeho projevů ve standardních situacích zkouškových až po zkoumání základních psychických funkcí, na které jsou přímo a specificky zaměřeny zkoušky a laboratorní metody. Dále pak na to navazují vyšetření řeči a motoriky.“* Podle jeho zkušeností je vysoká pravděpodobnost získání kvalitních výsledků diagnózy klienta.

Pokud zaměříme pozornost na diagnostikování ADHD u dětí, u kterých vzniká podezření na ADHD, je další postup jasný, jak popisuje A. Train (1997). Matka je poslána k dětskému lékaři, kterému mu bude sdělovat podrobné informace, které potřebuje pediatr znát, jako jsou např. průběh těhotenství, porodu a dalšího vývoje, jaké úrazy či onemocnění již dítě prodělalo, jaké léky užívá a jestli dítě nepřebírá výchovné projevy z domova, kde jsou mu rodiče vzorem. Důležitý je i zjistit názor učitelů na chování dítěte ve škole i v mimoškolních aktivitách a jeho vztahu k ostatním dětem. Nezbytné jsou informaci i o prospěchu, o jeho silných a slabých stránkách. Aby šetření mohl dětský lékař uzavřít, následuje přímý kontakt se samotným dětským klientem a je potřeba mu zadat vhodné dostupné testy k zjištění ADHD.

A. Train (1997) vyzdvihuje důležitost spolupráce nejen mezi rodiči, lékařem, učiteli, ale s dalšími odborníky, jako jsou psycholog, případně dětský psychiatr a neurolog, od kterých se snaží pediatr získat podklady k potvrzení diagnózy ADHD. Lékař dětského klienta by měl také kooperovat s výchovným poradcem ze školy, kam dítě dochází, aby bylo dohlédnuto na průběh celého výchovně léčebného plánu. Mnoho rodičů si nechce připustit, že by jejich dítě mohlo nějakou poruchou trpět a ne vždy vyhledají odbornou pomoc zavčas. Zbytečně pak dítě vystavují velkým psychickým a emocionálním výkyvům v chování, se kterými si dítě neumí samo poradit.

Podle G. Serfonteina (1999) je ideální poruchu odhalit již v raném dětství, kdy se dítě chová živěji než jeho vrstevníci, je u něj možno pozorovat opožděný nástup řeči, problematicky se učí poznat barvy, v herních dovednostech je spíš takové dítě nemotorné, trpí poruchou spánku, ať už při uspávání nebo když spí a je neklidné i se častokrát budí. Autor při diagnostikování doporučuje postupně začít u lékaře, který dítě vyšetří a provede s ním soubor testů. Důležitá je i rodinná anamnéze, která by mohla napomoci při odhalení příznaků nezralosti nervového systému. K získání úplného psychologicko-vzdělávacího profilu se využívá test IQ a vyhodnocení výsledků základních školních dovedností – čtení, psaní, počítání a schopnost písemného a slovního vyjadřování. Ke komplexnímu vyšetření může přispět i vyšetření pomocí speciálních přístrojů na zachycování elektrických vln v mozku, Takovým to přístrojem je např. EEG (elektroencefalogramu), který díky modernizaci dokáže rozeznat jak moc ADHD zasáhla oblast postižení.

G. Serfontein (1999, s. 87) shrnul průběh diagnostikování do bodů:

1. *Pediatrické vyšetření.*
2. *Vyhodnocení znalostí.*
3. *Neurofyziologické testy.*
4. *V případě potřeby hodnocení logopeda nebo specialisty na pracovní terapii.*

Diagnostikování ADHD díky svým různorodým množstvím projevů a jejich proměnlivostí má velmi problematický průběh, který je ideální podložit spoluprací psychologa, lékaře, učitele, speciálního pedagoga a především samotných rodičů, kteří jsou první, kdo si problému většinou všimne u svých dětí. (Andreánska in Lechta, 2010). Na důležitosti získání více názorů od řady odborníků se shoduje většina všech zkušených autorů, kteří diagnostické postupy popisují.

Dále autorka zdůrazňuje, že hlavním cílem diagnostiky by nemělo být pouze najít konkrétní symptomy, ale i v jakých oblastech a činnostech by se klient mohl postupně zlepšovat. Blíže ve svém díle specifikuje rozdělení ADHD na tři možné typy:

A. *Typ s dominující poruchou pozornosti (označovaný jako ADD).*
B. *Typ impulzivně hyperaktivní.*
C. *Smíšený typ.*

Syndrom ADHD se pravděpodobně vyskytuje u různých lidí v různých stupních závažnosti, není proto jednoduché, určit do jaké míry je jedinec poruchou zasažen a ovlivněn. Celkové vyšetření při diagnostice zabere hodně času a zahrnuje pečlivé zkoumání symptomů, ale také zdravotní, psychiatrické, studijní, psychologické, osobní i rodinné anamnézy. Tento druh nezbytných informací se získává z lékařských zpráv, z klinických pozorování, vyšetření a z rozhovorů, který vedl někdo jiný z důvodu objektivnosti. (Munden, Arcelus, 2002).

Defektologický slovník (2000, s. 80) popisuje speciálně-pedagogickou diagnostiku, která je založena na příznakovém systému a tvrdí, že je nutné sledovat:

1. *Instabilitu, postihující buď oblast motorickou, a to jako patologické zvýšení nebo snížení funkcí (patologická přecitlivělost, citová tupost, motorický neklid či neobratnost buď celková, nebo dílčí).*
2. *Vývojové jevy – nedostatky některých poznávacích činností, např. smyslu orientačního, smyslu hudebního, schopnosti čtení, psaní, apod. bez ohledu na stupeň rozumového vývoje.*

## 1.6 Léčba a terapie ADHD

Po absolvování diagnostického procesu a při určení diagnózy syndromu ADHD je klient s výsledkem seznámen a jeho diagnostická zpráva mu je předána do vlastních rukou. Existuje celá řada možností, jak s potvrzeným ADHD naložit dál. Samozřejmě záleží nejen na věku klienta, na jeho dostupných možnostech, ale i na samotném přístupu klienta, jestli chce změnit svůj přístup k sobě samému a v neposlední řadě k samotnému onemocnění.

V případě dětí, kterým syndrom ADHD byl potvrzen jejich rodičům, navrhuje Z. Matějček (2005, s. 120-122) desatero vhodného výchovného postupu, jak takovým dětem usnadnit práci a přirozený vývoj. Důležité je pochopit potřeby dítěte, uvědomit si, že samo o sobě žije ve zvláštních a ztížených podmínkách. Chce-li mu rodič opravdu pomoci, je potřeba upravit životní a pracovní prostředí vhodně tak, aby se dítě cítilo pozitivně a mohlo pracovat s plným nasazením. Autor upozorňuje, že desatero je užitečné nejen pro děti s ADHD, ale i pro děti, které jsou zdravé.

**1)** *Trpělivost, klid a optimistický výhled do budoucna!*
**2)** *Povzbuzení, pochvala, ocenění!*
**3)** *Nedopustit, aby se dítě naučilo něčemu špatně!*
**4)** *Ne úkol, ale spolupráce!*
**5)** *Málo a často!*
**6)** *Hodně pohybu!*
**7)** *Využít zájmu!*
**8)** *Zabránit pocitům méněcennosti!*
**9)** *Příznivé ovzduší v celém rodinném prostředí!*
**10)** *Spolupráce rodiny a školy!*

Pro všechny zúčastněné je nutné připravit se na zdlouhavý proces, který není snadný, nutná je i velká míra trpělivosti a vytrvalosti, ale výsledek stojí za to. Dítě bude procházet zdravých vývojem, aby se z něj stal užitečný člen společnosti.

Jak potvrzuje G. Serfontein (1999, s. 89) důležité je, zajistit dítěti odpovídající vývoj v oblasti učení a chování. Úspěšná terapie podle něj spočívá ve spojení úsilí vhodných odborníků z různých odvětví.

G. Serfontein (1999, s. 89-99) poskytuje možnosti výběru z pestré škály terapií, které se mohou při léčbě ADHD využívat, např.:

- ⇨ *Výchovná (behaviorální) terapie,* která využívá systém odměn za úspěšně provedený úkol, který mu terapeut zadal, ale také spočívá na nahrazování negativních vzorců chování za společensky přijatelné.
- ⇨ *Doučování – rodičovský přístup* je založen na převzetí rodičovské role pedagogem či jiným odborníkem, ale musí vždy zachovat citový odstup od dítěte, jinak by nemohl objektivně hodnotit jeho vývojový posun. Princip doučovací metody spočívá ve využívání silných stránek dítěte, kterými pak překonává svoje nedostatky a těžkosti. Ideálním prostředím je pokud možno škola, ale dítě nesmí být unavené, jinak není doučování efektivní.
- ⇨ *Logopedická a jazyková terapie* je vhodná pro děti s problematickou výslovností, artikulací a s celkovým verbálním projevem a měla by odstranit nejen vady řeči, ale i problémy se samotným vyjadřováním. Možnost těchto terapií je umožněna u logopedů např. v pedagogicko-psychologických poradnách či speciálně pedagogických centrech, atd.
- ⇨ *Pracovní terapie* řeší celou řadu problémů s pohybovou koordinací jako je např.: koordinace jemné a hrubé motoriky, zručnost, senzomotorickou koordinaci oko-ruka, vizuálně-prostorové problémy a zpevnění pohybu zleva doprava. Vhodnou péči poskytují ergoterapeuti a fyzioterapeuti, kteří využívají správné typy cvičení k podpoře nedostatečně vyvinutých funkcí.
- ⇨ *Úprava stravovacího režimu,* o které jsem již mluvila v kapitole 1.3.1.
- ⇨ *Léčba medikamenty* tzv. farmakoterapie, o které bude řeč v samostatné kapitole 1.6.1.

A. Munden a J. Arcelus (2002, s. 69, 73) opět připomínají nezbytnost spolupráce mnoha specialistů, jako jsou např.: „*vyšetřující či rodinný lékař, třídní učitel, školní či poradenský psycholog, školní zdravotnice, rodinní terapeuti, zájmové organizace, sociální služby aj.*“, při terapii, stejně jako u samotného sestavování diagnózy, což se pak pozitivně odráží na výsledku při odbourávání symptomů a obtíží, s nimiž se lidé trpící ADHD potýkají. Známe dnes několik známých a velmi úspěšných lidí se syndromem ADHD jako např.: Winston Churchill, J. F. Kennedy, T. A. Edison, Albert Einstein, Vincent van Gogh či W. A. Mozart, kteří museli najít vhodný způsob léčby, který by fungoval a pomohl jim vypořádat se s jejich obtížemi, které celá řada z nich měla navíc v kombinaci s dalšími poruchami.

Terapie ADHD jak popisuje V. Andreánska (in Lechta, 2010, s. 347) obsahují postupy klasické medicíny, ale i různorodých léčebně-pedagogických, speciálně-pedagogických, pedagogických a psychoterapeutických intervencí. Terapie bývá zdlouhavým procesem a nemá vždy zcela jistý výsledek, ale vždy je vhodné ji alespoň vyzkoušet, aby se mohl eliminovat vznik případných sekundárních symptomů, jako jsou např. poruchy chování. Znalci v oboru mají stejný názor i na přístup k léčbě, který by měl být multifaktoriální, protože pak je podle nich teprve terapie nejefektivnější.

Autorka vyzdvihuje konkrétní činitele, kteří dokážou výrazně ovlivnit léčebný postup, patří sem především: *„psychoterapie i rehabilitace, trénink učení, výchovné působení, úprava prostředí a v těžších případech farmakoterapie.“*

### 1.6.1 Farmakoterapie

V. Andreánska (in Lechta, 2010, s. 347-8) tvrdí, že terapie formou léků je nejvíce využívána hlavně v klasické medicíně, kdy lékař předepíše určitý typ psychofarmak, což jsou nejčastěji přípravky, které zlepšují pozornost, snižují hyperaktivitu a impulzivitu a přitom jejich velkou výhodou je, že nevedou k útlumu. Drobná nevýhoda pramení z dodržování dávkování, tento typ léčiva se musí užívat 2-3x denně, protože dochází k výkyvům hladiny preparátů. Za to pozitivní účinnost se uvádí mezi 70-80%, na čemž se shoduje většina autorů. I A. Train (1997, s. 47) potvrzuje, že více než 70% reaguje na podávaný lék velmi příznivě.

U klientů se středně těžkou až těžkou poruchou ADHD je farmakoterapie důležitým způsobem, jak ovlivnit chování, myšlení a schopnosti vzdělávání, jde i o vztah k ostatním lidem v jeho okolí. Vždy musí předepisování léků probíhat ve spolupráci s lékařem, pokud léčba nezabírá, je potřeba konzultovat a hledat jinou variantu ke zmírnění obtíží (Munden, Arcelus, 2002).

Historické počátky léčby pomocí léků se v literatuře datuje k roku 1937, kdy dr. Bradley objevil lék na tišení bolestí - Dexamfetamin (Dextrin), který se v současnosti používá méně obvykle. O dvacet let později se na medicínském trhu dostal do povědomí veřejnosti nový preparát - Methylfenidát (Ritalin), což byl vylepšený předchozí typ léku s menšími vedlejšími účinky. V padesátých letech minulého století byl Ritalin na základě klinických zkoušek uznán za nejlepší variantu pro léčbu hyperaktivních pacientů (G. Serfontein, 1999).

A. Munden a J. Arcelus (2002) popisují různé typy dostupných léčiv ke snížení projevů ADHD, např.:

I. *Psychostimulancia* – nejúčinnější přípravky již zmíněné Dexadrin a Ritalin, což jsou deriváty amfetaminu, které jsou při správném používání bezpečné.
   a. *Ritalin zvyšuje množství chemických přenašečů (neurotransmiterů), zejména dopaminu a noradrenalin, v nepatrných mezírkách mezi mozkovými buňkami.* Pokud je lék správně užíván, není návykový, co se týče nežádoucích účinků, hovoří se o nespavosti, nechutenství, nevolnost, bolesti hlavy, atd.
   b. *Dexadrin se používá k léčbě nejvíce v Austrálii* – finančně nákladná léčba. Není příliš rozdílný svým působením od Ritalinu, ale pokud je klient rezistentní právě vůči Ritalinu je ideální alternativou, neboť déle přetrvává v krvi a v mozku, tedy jde snížit dávkování. Vedlejší účinky podobné jako u Ritalinu.

II. *Tricyklická antidepresiva* – tento typ léků se předepisují od roku 1970 klientům, kterým Ritalin nezabírá nebo se u nich projevují silné nežádoucí účinky. Tito klienti mohou mít pocit sníženého sebevědomí a trpí depresemi. Preparáty mají nevýhodu, že trvá jeho nástup účinku na jedince. Mezi vedlejší účinky patří: *„zácpa, sucho v ústech, zvýšený krevní tlak, dezorientace, výjimečně i záchvaty“* jak uvádí A. Train (1997, s. 49). Autor vyjmenovává mezi tricyklická antidepresiva: *Impramin (Tofranil), Noraprimin, Elavil*.

III. *Antipsychotická léčba* – jsou to méně účinné látky než stimulancia, ale především mají závažné a těžce léčitelné pohybové následky, proto se běžně k léčbě nevyužívají. Čím je pacient starší, pravděpodobnost vzniku vedlejších účinku se minimalizuje.

IV. *Antihypertenziva* – patří sem Clonidin (Catapress), který se využívá k léčbě těžké poruchy ADHD spojené např. s tiky či Tourettovým syndromem, a Propranolol, který se využívá pouze u dospělých klientů trpících úzkostí a výkyvy nálad.

V. *Kombinace léků*

### 1.6.2 Psychoterapie

Jinou variantou léčby syndromu ADHD je možnost využití psychologických přístupů za pomoci terapeutických prostředků, které jsou většinou zkombinovány na základě rozhodnutí zkušeného odborníka (lékaře či psychiatra atd.), ale i s ohledem na osobnost klienta, jeho životní situaci a individuální potřeby.

V. Andreánska (in Lechta, 2010, s. 348) se zmiňuje o možnostech léčby poruchy ADHD formou psychoterapeutických intervencí, mezi které nejčastěji řadí různé tréninkové, kognitivně-behaviorální techniky, čímž myslí např. pozitivní trénink, jehož podstata spočívá v nácviku vhodného chování s následným odměňováním a dosažením vyšší sebekontroly. Snahou terapeuta je naučit klienta nejprve se soustředit a myslet před samotným jednáním.

Autorka přidává mezi vhodný výběr léčby syndromu různé typy terapií s potvrzenými kladnými výsledky např.:

a) *Hipoterapii* – vysvětluje O. Müller (2014) jako rehabilitační metodu, která využívá přirozeného pohybu koně při chůzi, což působí na klienta jako stimul při přirozeném balančním procesu v sedle koně. Hipoterapie má vliv na funkci centrálního nervového systému a dokáže ovlivnit samotnou osobnost klienta např.: *„zlepšení sebevědomí a sebedůvěry; úprava emotivity; odbourání nedůvěry, úzkosti a strachu; tlumení hyperaktivity, antipatie a agresivity; zlepšování kooperace a komunikace; vytváření pocitu zodpovědnosti, užitečnosti, vztahu k pořádku a vytrvalosti; podpora kreativity a soutěživosti; podpora intelektových funkcí a úprava poruch učení; rozvoj správného sebehodnocení; rozvoj pocitu samostatnosti a kolektivnosti.“*

b) *Canisterapii* – autor předchozí definované terapie uvádí, že v tomto případě jde o druh psychoterapie, při níž pes působí pozitivně na člověka a na jeho zdraví a napomáhá mu odbourávat strach, zlepšuje empatické vnímání, rozvíjí neverbální komunikaci, snižuje agresivitu, rozvíjí jemnou a hrubou motoriku a koordinaci pohybu, navozuje pocit psychického, fyzického i sociálního klidu a pohody. Může být využívána i jako podpůrná psychoterapeutická metoda při řešení složitých situací a může být prováděna jak individuální tak i skupinovou formou.

c) *Arteterapii – „léčebný postup, při němž se využívá výtvarný projev člověka k diagnostikování a léčení jeho psychiky a jeho mezilidských vztahů. Používá se u lidí, kteří mají psychické nebo psychosomatické obtíže“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 20).*

d) *Muzikoterapii* – popisuje J. Zeleiová (2007) jako psychoterapeutickou metodu, která je založena na použití hudby v jejich nejrozličnějších podobách k dosažení terapeutického cíle, čímže je znovuobnovení, udržení a zlepšení fyzického, emocionálního a mentálního zdraví. Hudba může být v rámci terapie poslouchána, reprodukována nebo i vytvářena. Klient může díky muzikoterapii dospět k souladu se sebou samým a i se svým okolím a lépe pochopí, že lze využít schopnosti, které do té doby nevěděl, že má a že je může ovládat.

### 1.6.3 Organizace zaměřené na pomoc osobám s ADHD

A. Munden a J. Arcelus (2002) poukazují na další možnosti jak přijmout diagnózu, která jedinci potvrzuje syndrom ADHD. Nejen nejbližší okolí – rodina a kamarádi mohou pomoci, ale i různé komunity, sociální služby či dobrovolné organizace, které dokážou najít nové přátele a zájmové skupiny pro klienty s tímto druhem onemocnění. *„Zapojení do nějakého kroužku, provozování nového sportu nebo to, že sami dělají nějakou dobrovolnou práci, může mladým lidem zvednout sebevědomí, zlepšit jejich sociální dovednosti a zvýšit sebehodnocení“ (Munden, Arcelus, 2002, s. 102).*

V České republice existuje celá řada organizací, které se věnují pomoci osobám s ADHD, např. na webovém portálu – Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, kde je na úvodní stránce dostupná interaktivní mapa, která je rozdělená podle jednotlivých krajů, nám umožňuje rychle najít nejbližší vhodná centra pomoci. (Dostupné z: http://www.adehade.cz/). Např. v Olomouckém kraji dle tohoto portálu jsou čtyři města (Olomouc, Prostějov, Šternberk a Šumperk), která nabízí 9 konkrétních míst s přesným popisem činnosti dané organizace, kontaktními údaji a jejich webovými stránkami.

Existuje mnoho internetový odkazů, které popisují nejen samotný syndrom, ale i případné rady od stejně postižených jedinců, které se zapojují do různých diskuzí a využívají svých vlastních zkušeností, o které se s ostatními snaží podělit (viz. Seznam internetových zdrojů).

# 2. Socializace

V předchozí části této závěrečné práce jsem svou pozornost zaměřila především na vysvětlení syndromu ADHD z různých úhlů pohledu. Jelikož mi jde i o vyjádření pocitů, jak se člověk s diagnostikovaným ADHD cítí ve společnosti a jaké mu činí potíže v ní existovat, proto jsem svou druhou část cesty za sebepoznáním v rámci tohoto výtvoru zaměřila na pochopení pojmu a významu samotné socializace.

## 2.1 Základní vymezení pojmu

Opět existuje celá řada názorů a dostupných definic socializace. Dovolím si zde uvést některé z nich, které mě nejvíce oslovily. V rámci sociální psychologii a sociologie Z. Helus (2007, s. 67) chápe odborné pojetí socializace (nebo i zespolečenšťování) jako proces postupné přeměny organizmu z výchozího biopsychického novorozence na organizmus, který prošel společenskou a kulturní transformací (přetvoření), aby se dokázal společensky začlenit a stát se prožívajícím a samostatně jednajícím dospělým jedincem s vybudovanou osobností. Podle Z. Heluse nejde jen o pouhé přizpůsobení se, ale o skutečnou změnu od původní přirozenosti k druhotně, sociokulturně podmíněné přirozenosti.

V Pedagogickém slovníku (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 267) je socializace vysvětlena jako: *„celoživotní proces, v jehož průběhu si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování a jednání, jazyk, poznatky, hodnoty, kulturu a začleňuje se tak do společnosti.“* Realizace probíhá prostřednictvím sociálního učení, komunikace a interakce, ale i nátlakem. Nedostatky v socializačním procesu, které mohou být způsobeny vrozenými dispozicemi, nebo negativním vlivem prostředí, se u jedince odrážejí vznikem deviantního chování, které je pak nutno pomocí resocializace napravit a začlenit jedince zpět do společnosti. Resocializací mají autoři na mysli např.: *„výchovné a vzdělávací programy, individuální péče či vězení.“*

Defektologický slovník (2000, s. 324) definuje socializaci v sociálně psychologickém kontextu takto: *„zapojení individua do lidského společenství po stránce pracovní (výchovné a vzdělávací), společenské a subjektivní (ve smyslu sebeuplatnění a sebeuspokojení). Socializace se dovršuje pasivní nebo aktivní účastí na kulturním životě společnosti.“* Dále jsou zde popsány stupně socializace podle míry možnosti začlenění osob postižených různým typem vady či poruchy do společnosti. Vždy velmi záleží na úspěšném zvládnutí a přijetí defektivity samotným jedincem.

Mezi základní stupně socializace patří (Defektologický slovník, 2000):

1) *Integrace* → jde o nejvyšší stupeň socializace, kdy se jedinec plně zapojuje do společenského procesu i přes důsledky své vady, které dokázal překonat.
2) *Adaptace* → další stupeň socializace, u které se osoba stižená vadou může do společnosti začlenit po všech stránkách, ale musí mu být zajištěny pomocná opatření.
3) *Utilita* → vyjadřuje předposlední stupeň socializace, kdy člověk s postižením bohužel nedokázal defektivitu zdolat a zapojení do společností probíhá pouze za pomoci a dohledu druhých lidí, což mu přináší do jisté míry společenské a osobní uspokojení a uplatnění.
4) *Inferiorita* → nejnižší stupeň socializace, kdy už není možné začlenění do společnosti a spíš hovoříme o oddělení od ostatních.

V Psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2000, s. 548) se objevuje vymezení socializace jako: „*postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace, zprvu v nukleární rodině, dále v malých společenských skupinách, jako je školní třída, zájmový klub, sportovní družstvo, až po zapojení se do nejširších, celospolečenských vztahů; součástí socializace je přijetí základních estetických a právních norem dané společnosti.“*

Z řady výše uvedených definic tedy vyplývá, že socializace je proces začlenění se do společnosti, který je ovlivněný řadou faktorů a je nezbytnou součástí vývoje každého člověka, neboť se z něj utváří osobnost, která má naplnit svůj úkol ve společnosti. J. Řezáč (1998) při vysvětlování socializace klade velký důraz na nutnost neustálého navazování, rozšiřování a prohlubování sociálních kontaktů jedince v rámci společnosti, což mu následně pak zajišťuje možnosti změn svého charakteru osobnosti a i jeho vztahů s okolím.

Autor dále uvádí, že existují v socializaci čtyři samostatné děje, které u jedince ovlivňují všechny stránky duševní činnosti (poznávání, city, vůle, atd.). Patří sem:

**1)** *Personalizace* – člověk se během vývoje stává osobností, utváří si své „Já“, rozšíření mezilidských vztahů, rozvoj psychiky.
**2)** *Kulturace* – osvojení své kultury a vytvoření si svého životního stylu.
**3)** *Profesionalizace* – výběr profesní role a pochopení dělby úloh ve společnosti.
**4)** *Socializace v užším slova smyslu* – přijmutí své sociálně občanské role („My“).

## 2.2 Socializace osobnosti aneb vlastní pohled na „sebepojetí“

Socializační proces na jedince působí ve smyslu utváření vlastního „já“, ale také uvědomění si okolního světa („Ne-já“). Díky neustálému kontaktu s lidmi, společností a kulturou dochází u člověka k posuzování sebe sama – sebehodnocení a vytváření si představy o sobě samém – sebepojetí, určení vlastní hodnoty – sebeúcta, dále si postupně stanovuje životní cíle, záměry – seberealizace. Je schopen si díky socializaci utvářet představy o svých možnostech – aspirace a dokáže srovnávat na základě poznatků ze svého okolí kritéria, kterých by měl dodržovat – svědomí (Řezáč, 1998).

Socializace osobnosti vysvětluje Z. Helus (2007) „*jako proces utváření a vývoje člověka působením sociálních vliv a jeho vlastních aktivit, kterými na tyto sociální vlivy odpovídá: vyrovnává se s nimi, podléhá jim, či je tvořivě zvládá*.“ Vše se děje při začleňování jedince do interpersonálních vztahů, kde nachází své místo a postavení a může se rozvíjet a uplatňovat, dále i při zapojování člověka do činností, které probíhají společně a zejména při vytváření společných výtvorů a v neposlední řadě jde o integraci jedince do společensko-kulturních poměrů, což autor popisuje ve smyslu přijetí určitých norem, hodnot a konvencí.

V rámci socializace osobnosti jde o zásadní působení na oblasti psychiky a chování jedince, na utváření jeho vlastností a jeho životní cesty, rozhodujícím způsobem ovlivňuje seberealizaci a sebepojetí. Nyní bych ráda uvedla můj subjektivní názor na otázku sebepojetí.

### 2.3.1 Sebepojetí – vlastní úvaha (Nováková, 2015)

*„Zjednodušeně můžeme chápat tento pojem jako představu o sobě samém a jsme ovlivněny svými pocity, poznáním i smysly. Člověk sám sebe neustále objevuje, každý den vstupuje do nových a nových sociálních interakcí, kde je neustále hodnocen svým okolím. Získané poznatky z těchto hodnocení ukládá do paměti, kde je rozumově zpracovává.*

*Sebepojetí je obrazem našeho vědomí, že něco umíme a dokážeme. Uvědomujeme si vlastní cenu a své místo ve společnosti, které jsme si za dobu naší existence vybudovali. Jeden z nejkomplikovanějších stavů, ve kterém se jedinec nachází, je schopnost naučit se pochopit sám sebe a své potřeby. Každý z nás má základní životní potřeby, které napomáhají k vlastnímu uspokojení a sebepoznání.*

*Nejlépe znázorňuje potřeby: Maslowova pyramida lidských potřeb. (viz. obr. 1)*

*Obr. 1*

*Ve spodní části pyramidy jsou uvedeny základní potřeby naše organismu, který by měl být v rovnováze, tedy že nám nic nechybí ani nám nic nepřebývá. Patří sem např. dýchání, vylučování, potrava, atd.*

*Jsou-li naplněny fyziologické potřeby, začíná se v nás probouzet další potřeba bezpečí a pocitu jistoty. Snažíme se být klidní a vyrovnání, vyhýbáme se situacím, které by mohli toto vše narušit. Jsou-li věci nové, jsme velmi opatrní. Každý z nás chce mít věci pod kontrolou, pak má totiž pod kontrolou i sám sebe. Toužíme po stabilitě ve všech směrech.*

*Další potřebou je sociální potřeba, která má naplnit citovou stránku jedince a zahrnuje potřebu lásky, sounáležitosti, přátelství, intimity, atd. Chceme být okolím přijímáni takoví, jací jsme a toužíme po společenské interakci, neboť člověk je tvor společenský. Nejsou-li naplněny tyto potřeby, člověk může upadat do depresí a pocitů osamělosti.*

*Předposlední potřebou z této pyramidy je potřeba uznání, úcty a respektu. Přejeme si být uznávání, pozitivně oceňováni, přijímaní okolím a chceme si připadat užiteční nejen v osobním ale i pracovním životě. Toužíme i po úspěchu ve svých zájmových činnostech a pocitu uznání od svého okolí. Nejdůležitější je, ale vážit si především sám sebe, což řada lidí neumí a vede to k nízkému sebevědomí a nepopularitě ve společnosti.*

*Nejvýše se v pyramidě lidských potřeb umístila potřeba seberealizace, která souvisí s růstem osobnosti, která na rozdíl od předchozích potřeb nemá pomyslnou konečnou hranici úplného naplnění. Matematicky bych to vyjádřila jako nekonečnou množinu, která nikdy nebude plně naplněna. Může obsahovat potřeby kognitivní (vzdělání, poznání, cestování, ...), dále potřeby estetické (umění, atd.) a především potřebu stát se tím, kým toužíme být.“*

## 2.3 Socializace osob s ADHD

Začlenění jedince do společnosti má vliv na vývoj celé jeho osobnostní struktury, což pokud je z jakéhokoliv důvodu narušeno, jeho kvalitativní proměna neproběhne dle správných běžných postupů. Pokud jedinci byla např. potvrzena diagnóza syndromu ADHD, pak je i z největší pravděpodobností ohrožená jeho samotná socializace. Jak již bylo dříve zmíněno, osoba s ADHD zažívá složitý proces navazování vztahů díky své emoční nevyrovnanosti, nízkému sebevědomí, neustálému pocitu neklidu a v některých případech i z důvodu vyskytujících se projevů impulzivity, agrese, atd.

Ale i takoví to lidé, mají právo na život ve společnosti, i přesto, že jí nejsou přijímáni. Většinu života každý z nás i přes různé druhy postižení či poruchy patří do nějaké organizace a je ovlivněn nejen jí samotnou, ale i vtahy, které se v rámci ní odehrávají. Mezi životní momentky, které většinou nikoho neminou, jak uvádí M. Rymeš (in Slaměník, Výrost, 1998), řadíme narození, úmrtí, výchovu, vzdělávání a mnoho osobních aktivit, které jsou řízeny pravidly, které jedinec musí dodržovat.

Zralá osobnost, která prošla socializačním procesem, by měla disponovat těmito atributy:

- **a.** *adekvátní percepce reality,*
- **b.** *schopnost správného sebehodnocení a sebepoznání,*
- **c.** *cit identity,*
- **d.** *schopnost sebeovládání a seberegulace,*
- **e.** *sebeúcta a sebeakceptace,*
- **f.** *schopnost seberealizace,*
- **g.** *autonomie,*
- **h.** *integrace,*
- **i.** *odolnost vůči stresu,*
- **j.** *aktivní přizpůsobení a činorodost,*

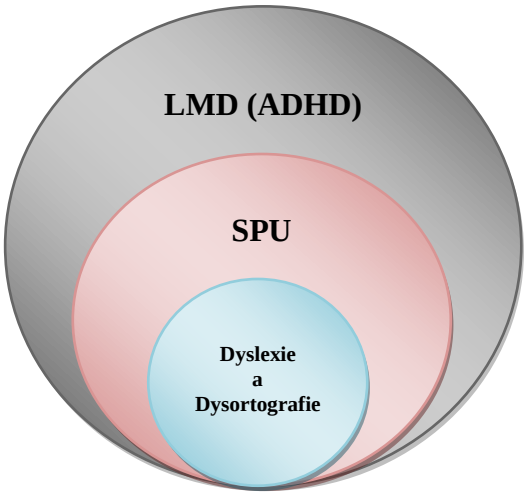
(Řezáč, 1998, s. 70). Pokud jedinec s ADHD dosáhne těchto bodů, má šanci na zlepšení jeho života a i na přijetí své poruchy, kterou může díky pochopení sama sebe lépe překonat. L. Novosad (2009) upozorňuje na možný problém výskytu sociální izolace při začleňování jedinců s handicapem do společnosti, který lze dle něj překonat *tzv. multikulturní výchovou,* která má napomáhat ke zlepšení porozumění, komunikace a vzájemnému akceptování lidí jako takových, jejich hodnot, kultury, postojů i jejich případných poruch či postižení.

# 3. Diskuze

Při výběru tématu mé bakalářské práce jsem zvolila toto téma především proto, abych mohla využít své osobní zkušenosti a porovnat je s názory autorů odborných publikací, které uvádím v úvodní teoretické části. Každý z nich totiž syndrom ADHD popisuje svým osobitým způsobem a přidává řadu praktických zkušeností z dlouholetých životních praxí.

Chtěla bych se k nim přidat a věnovat tuto část svým poznatkům z mého života s ADHD (LMD). Jak už jsem na začátku zmínila, v sedmi letech mi byla psycholožkou na základě různých testů diagnostikovaná porucha LMD (lehká mozková dysfunkce) a následně poté SPU (Specifické poruchy učení) a konkrétní dílčí vady – dyslexie a dysortografie.

Pro lepší vyjádření postavení LMD vůči ostatním mým diagnózám jsem využila schéma (viz. Graf č. 2), které jsem objevila v knize Z. Matějčka (2005, s. 113) a nechala se inspirovat k zakreslení sebe sama.




Graf č. 2

Vrátit se ve vzpomínkách do nepříliš šťastného dětství nebylo vůbec snadné, někdy až příliš bolestivé, ale řada zážitků, které se mi jako malé staly, jsou dnes nejen součástí mé osobnosti, ale i mého životního vývoje, který byl syndromem značně poznamenán. Popravdě, dokud jsem tuto práci nezačala tvořit, ani jsem netušila, jak moc mě a můj život ADHD (LMD) ovlivnilo.

„Neklid“ – slovo nejčastěji využívané při popisování projevů syndromu ADHD, většina odborníků se shoduje, že je to nejběžnější znak této poruchy a projevuje se ve všech oblastech života jedince s ADHD. Sama u sebe pozoruji neklid především v případě obyčejného sezení či ležení. Nevydržím dlouhodobě „jen“ sedět a „nic nedělat“, ale i při usínání a samotném spánku vím, že můj vnitřní neklid je projevem neustálé aktivity v mozkových buňkách, které nejdou „unavit“.

Pokud zavzpomínám na dětství, jako dítě jsme trpěla náměsíčností, kdy se mi podařilo chodit po bytě a jednou dokonce vyjít i před vchodové dveře. Ovšem daleko častěji se mi objevoval jev, při kterém jsem během spánku opírala své nohy o zeď sousedící s postelí. Docela dlouho mi trvalo i samotné usínání a pamatuji si, že povinné spaní po obědě v mateřské škole jsem jako jediná nebyla schopna dodržet a paní učitelky mě musely od dětí oddělovat, abych je nevyrušovala svým neustálým mluvením při povinném spánkovém režimu.

Autoři často ve svých knihách uvádějí, že být dítětem s ADHD a být zároveň i součástí nějakého kolektivu bývá zcela nemyslitelné, neboť bývá vždy z jejich středu vylučováno, což ze svých zkušeností mohu jen potvrdit. Bohužel sama si jako dnes vybavuji, že jsem přesně tyto stavy vyčleněnosti zažívala a byla kolektivem šikanována psychicky i fyzicky (např. mokrý toaletní papír za oblečení, připínáček nachystaný na židličce, apod.)

Jelikož jsem nikdy do žádného kolektivu pořádně nezapadla a vrstevníci mě mezi sebe nepřijali, mělo to na mě negativní dopad v mém sebehodnocení. Tento scénář se opakoval na většině škol, kam jsem nastoupila, což se mi projevilo ve formě velmi nízkého sebevědomí a můj život mi to poměrně značně zkomplikovalo.

Pamatuji si, že mezi spolužáky někdy ani nešlo zapadnout, i kdybych se snažila sebevíc, jako např. ve 4. třídě základní školy, kdy mě učitelka vyvolala ke čtení nahlas před celou třídou, i přesto, že věděla, že mi to nejde a činí mi to oproti všem značné potíže. Pohledy spolužáků, jejich posměšky a pocit totální selhání a neschopnosti cítím, jako by to bylo včera.

Právě otázku čtení autoři rozebírají nespočetněkrát a jak opravdu problematické se pro osoby s ADHD stává. Číst jsem se dlouhou dobu nemohla naučit a v dospělosti se opravdu čtení snažím vyhýbat a spíše ho omezit pouze na nutné získání potřebných informací. Dodnes mi dělá čtení nahlas a před posluchači velké psychické problémy („trémou se mi klepe hlas“).

V případě písemného projevu mám opačné zkušenosti. Převažuje u mě totiž pozitivní pocit, když můžu pouze psát, jelikož při psaní již od dětství shledávám vnitřní uklidnění např. při psaní dopisů, deníčků apod. Kompenzovala jsem si nepříjemný pocit samoty a snažila jsem se ze svých negativní pocity tímto způsobem „vypsat“ a snížit tak emoční nerovnováhu a fyzický nepokoj.

Nejhorší ze všech je však můj řečový projev: je velmi charakteristický znakem ADHD a projevuje se překotným způsobem vyjadřování, kdy se snažím za krátký časový úsek říci mnoho slov i přes následnou špatnou výslovnost, narušenou artikulaci a nedokončení některých slov, či jejich úplného vynechání. Vždy je pro mě hodně těžké tok myšlenek zastavit, uvědomit si, že posluchač nemůže takové tempo řeči vnímat a pochopit. V tuto chvíli jedinou mou snahou je začít hovořit pomaleji, ale jde o velkém překonávání a zaměření pozornosti na rychlost mluveného místo než na obsah sdělovaného, což mi činí značné obtíže.

Autoři dále popisují dospělého jedince již zařazeného do pracovního procesu, a neboť popisují i „moje“ životní cesty, nedá mi to než uvést jejich poznatky, se kterými se ztotožňuji, jako např. jedinec s ADHD má vyvinuté manažerské schopnosti, což sama využívám při své práci při řízení firemní pobočky. Při stanovení si konkrétního cíle svým nezdolným elánem, umíněností a tvrdohlavostí tito jedinci nakonec dosahují svého. Za což mě mé okolí již mnohokrát rychle odsoudilo.

Jelikož moje pracovní pozice je velmi různorodá a má široký záběr činností, využívám syndrom ADHD velmi pozitivně, protože řada odborných článků potvrzuje, že řešení více věcí současně jde osobám s ADHD lépe než intaktním jedincům. Což se mi beze sporu v mojí profesi a postavení velmi hodí a má to pozitivní účinek na můj pracovní výkon.

Z důvodu velmi nízkého sebevědomí, což patří také mezi časté projevy ADHD, a jde o můj celoživotní problém, mi z tohoto důvodu činí i velkou nesnáz přijmout případnou pochvala a odvádět zadanou práci bez pocitu, že je vždy nekvalitně odvedená.

Neustále a ve všem se až přehnaně podceňuji a jsem přesvědčena, že můj výkon nebyl splněn na 100%. Mou snahou je o to více pracovat pečlivěji a mít vše až perfekcionisticky dokonalé, ale problém je, že si pak myslím, že tak stejně bude fungovat i mé okolí. Čímž vzniká v mém okolí řada vztahových konfliktů, protože já nechápu své okolí, tak jako okolí nechápe mě.

Při tvoření této bakalářské práce se učím, jak ADHD přijmout bez pocitu viny. A umět si přiznat, že tento typ poruchy se mě týká, že ovlivňuje celý můj život při každodenním rozhodování, uvažování, prožívání i cítění. Bohužel už dlouhou dobu se ve mně všechny tyto uvedené projevy odehrávají bez pochopení a vysvětlení, že nejde o chybu osobnostního charakteru, ale že jde o vývojovou poruchu.

Ale každý jsme jedinečný a musíme se naučit přijmout sebe samé, takoví jací jsme, protože pak přijde velký pocit úlevy, že se nemusíme cítit provinile, protože za tuto poruchu prostě nemůžeme a že je potřeba se sní především naučit žít.

# Závěr

*„Tolerance ve vztazích znamená projevovat a odpovídat s porozuměním a souhlasem s chováním v daných souvislostech, a to společensky vhodným způsobem.“ (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2008, s. 170).*

Tolerance je jedním z předpokladů přijetí osob s ADHD do společnosti, pokud kolem nás budou lidé více o problematice syndromu obeznámeni, pak existuje větší šance nás lépe pochopit i naše jednání a chování, které ne vždy dokážeme ovlivnit. Pokud by společnost dokázala přijmout odlišnosti s větším pochopením a tolerancí, každému z nás, který je nějakým způsobem jiný, by se lépe žilo.

Mou snahou a hlavním cílem této práce bylo objasnění problematiky zabývající se onemocnění ADHD, popsání jejich příčin a projevů nejen z pohledu odborníků, ale i ze svých vlastních zkušeností, vzpomínek a vnitřních pocitů. Dále jsem chtěla svou pozornost zaměřit na diagnostický přístup i na možnosti případné léčby a terapie, pokud je klientovi potvrzena diagnóza a sám pak projeví zájem svůj problém řešit nebo alespoň zmírnit následky, aby věděl jak dále postupovat.

Svůj záměr jsem soustředila i na běžné začlenění jedince do společnosti, které bývá nesnadným úkolem všech osob s ADHD, neboť se potýkáme s odmítnutím ze strany našeho okolí především z důvodu neporozumění a netolerance našich nepřiměřených projevů. Samozřejmě shledávám největší problém s nevědomostí o dané tématice a jejich zkratovitém rozhodnutí, že jde jen o naši výmluvu na poruchu ADHD.

Zpracováním tohoto tématu a prostudováním řady odborných publikací spojených s touto problematikou jsem i sama pro sebe udělala značný pozitivní posun v pochopení sama sebe a svých problémů, které jsem myslela, že mám spíše z důvodu charakterových a osobnostních vlastností, než kvůli syndromu ADHD. Uvědomění, že řada vzpomínek je sice negativních a velmi těžko připustitelných, ale člověka dokážou posílit a připravit na nové životní situace, aby lépe dokázal splnit svůj vytyčený cíl, i když s řadou nesnadných překážek.

Věřím, že nejen mě tato práce dokázala vnitřně obohatit, ale i čtenářům jsem lépe vyjádřila jak se osoby s ADHD cítí a snaží se naplnit plnohodnotný život, stejně tak jako jejich intaktní rodinní příslušníci, jejich kamarádi, známí, kolegové, spolupracovníci, atd. Nejde nám o výmluvy na nemoc, jde nám o život, který nám dává smysl, i když trochu v jiných rozměrech.

# Použitá literatura


1. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
2. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
3. HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1168-3.
4. LECHTA, Viktor (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
5. MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
6. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.
7. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.
8. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: [přehled současných poznatků a přístupu pro rodiče a odborníky]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.
9. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
10. NOVÁK, Tomáš. *Proč jsi stále tak neklidný?!*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4226-7.
11. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
12. PREKOPOVÁ, Jiřina a Christel SCHWEIZER. *Neklidné dítě*. Vyd. 2. Překlad Alžběta Sirovátková. Praha: Portál, 2008. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-351-2.
13. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 6.,aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
14. ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-48-6.
15. SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál, 1999. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-315-3.

16. SLAMĚNÍK, Ivan a Jozef VÝROST (eds.). *Aplikovaná sociální psychologie: [člověk a sociální instituce]*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-6.
17. SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
18. ŠKVOROVÁ, Jaroslava a David ŠKVOR. *Proč zlobím?: lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. V Praze: Triton, 2003. ISBN 80-7254-407-1.
19. TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál, 1997. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-131-2.
20. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 7., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-130-1.
21. ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

## Seznam internetových zdrojů

1. ADHD. *Asociace dospělých pro hyperaktivní děti.* [online]. © 2009 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: http://www.adehade.cz/
2. ADHD. *Centrum pro rodinu a sociální péči.* [online]. © 2015-2016 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: http://www.neklidne-deti.cz/
3. ADHD INSTITUTE. *Shire.* [online]. © 2016 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: http://www.adhd-institute.com
4. MUDr. Tereza Vitvarová. Medlicker. *Medlicker.* [online]. © 2016 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: http://cs.medlicker.com/
5. Nepozorní.cz. *SAPPP – Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy.* [online]. © 2013 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: http://www.nepozornidospeli.cz/
6. Porucha pozornosti. *Porucha pozornosti.* [online]. © 2013 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: http://www.poruchapozornosti.cz/
7. Projekt Fénix. *Centrum volnočasových aktivit dětí ADHD.* [online]. © 2016 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: http://projektfenix.cz/
8. Zdraví Euro. *Mladá fronta a.s.: Postgarduální medicína.* [online]. © 2016 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/archiv/postgradualni-medicina/

# Anotace

| | |
|---|---|
| **Jméno a příjmení:** | Michaela Nováková |
| **Katedra:** | Katedra psychologie a patopsychologie |
| **Vedoucí práce:** | Doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D. |
| **Rok obhajoby:** | 2016 |

| | |
|---|---|
| **Název práce:** | Socializace osob s ADHD |
| **Název v angličtině:** | The socialization of people with ADHD |
| **Anotace práce:** | Shrnutí základních poznatků o syndromu ADHD z různých hledisek a definování pojmu socializace. |
| **Klíčová slova:** | Syndrom ADHD, socializace. |
| **Anotace v angličtině:** | Summary of basic knowledge about syndrome ADHD of different viewpoints and defining the concept of socialization. |
| **Klíčová slova v angličtině:** | Syndrome of ADHD, socialization. |
| **Rozsah práce:** | 37 stran |
| **Jazyk práce:** | čeština |