

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2011-2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Magdaléna Tomanová

Diagnostika a terapie ADHD u žáků mladšího školního věku

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Iva Duksová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDY

2011-2014

BACHELOR THESIS

Magdaléna Tomanová

**Diagnostics and therapy of ADHD in children of younger
pupilage**

Prague 2014

The Thesis Work Supervisor: Mgr. Iva Duksová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Magdaléna Tomanová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Ivě Duksové za pomoc při vypracování bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá diagnostikou a léčbou ADHD u dětí mladšího školního věku. Teoretická část se skládá z šesti kapitol. V první až třetí kapitole jsou základní informace o ADHD. Ve čtvrté a páté kapitole se už věnuji diagnostice a léčbě ADHD. Poslední kapitola teoretické části se zabývá vzděláváním dětí s ADHD.

V praktické části jsou tři kazuistiky dětí s ADHD, které jsem sledovala. V kazuistikách se zaměřuji hlavně na léčbu ADHD. První kazuistika je o chlapci s ADHD, který se neléčí, druhá kazuistika je o chlapci, který léčbu přerušil, a poslední kazuistika je o chlapci, který se léčí už několik let. Cílem praktické části je porovnat chování dětí s ADHD, které se léčí, a dětí, které se neléčí.

Klíčové pojmy

ADD, ADHD, diagnostika ADHD, hyperaktivita, impulzivita, léčba ADHD, specifické poruchy učení, vzdělávání dětí s ADHD

Annotation

This bachelor thesis concerns diagnostics and treatment of ADHD (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder) in children of younger pupilage. The theoretical part consists of six chapters. Basic information about ADHD is in the first to the third chapter. The fourth and the fifth chapter is devoted to the diagnostics and treatment. The last chapter of the theoretical part deals with the education of children diagnosed with ADHD.

The practical part consists of free case studies of children with ADHD which I observed. I focused mainly on the treatment of ADHD in these cases. The first case is about a boy with ADHD who has no treatment, the second case deals with a boy who discontinued his treatment and the last case is about a boy who has treatment for many years. The aim of this practical part of the thesis is to compare the behaviour of children who are treated and children who do not get treated.

Key words

ADD, ADHD, diagnostics of ADHD, education of children diagnosed with ADHD, hyperactivity, impulsivity treatment of ADHD, specific learning disabilities

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Historie a klasifikace ADHD	11
1.1 Pohled do historie ADHD	11
1.2 Klasifikace ADHD	12
2 Projevy ADHD	16
3 Příčiny vzniku ADHD	19
3.1 Vliv genetiky	19
3.2 Biologické/ fyziologické příčiny	19
3.3 Další rizikové faktory	20
4 Diagnostika a léčba ADHD	21
4.1 Farmakologická léčba	25
4.1.1 Stimulancia	25
4.1.2 Nestimulační léky	26
4.2 Alternativní léčba	27
4.3 Kognitivně behaviorální terapie	29
5 Vzdělávání dětí s ADHD	31
5.1 Dítě s ADHD ve škole	32

5.2 Asistent pedagoga.....	35
5.3 Individuální vzdělávací plán.....	36
5.4 Specifické poruchy učení.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST	
6 Metodologie.....	41
6.1 Cíl šetření.....	41
6.2 Charakteristika souboru.....	42
6.3 Případová studie č. 1.....	42
6.4 Případová studie č. 2.....	44
6.5 Případová studie č.3.....	46
6.6 Porovnání případových studií.....	47
ZÁVĚR.....	48
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	50
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	53

ÚVOD

ADHD je anglickou zkratkou názvu **Attention deficit hyperactivity disorder** (**porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou**). ADHD je onemocnění, které způsobuje obtíže se soustředěním, nepřiměřeně zvýšenou aktivitou a impulzivitou dítěte. Dříve se používaly diagnózy LDE (lehká dětská encefalopatie) nebo LMD (lehká mozková dysfunkce).

V současnosti jsou nejznámější tyto dva názvy: ADD - Attention Deficit Disorders – syndrom poruchy pozornosti a ADHD – Attention Hyperactivity Disorder – syndrom narušené pozornosti spojený s hyperaktivitou (Train, 2001).

ADHD je porucha, u které je častá biologická příčina. Nejde tak o výsledek špatné výchovy v rodině. Proto jde o to snížit projevy ADHD ve spolupráci se školou a rodinou. Při léčbě ADHD by měli dát rodiče na rady psychologů a doktorů. Už jen pravidelné návštěvy pedagogicko-psychologické poradny jsou základ pro úspěšnou terapii. V těžších případech se většinou musí přistoupit i k léčbě léky.

K celkovému vymizení příznaků v pubertálním období dochází jen u části dětí s ADHD, asi u 30-40% , větší část se ale potýká s příznaky ADHD během celého dalšího života.

Má bakalářská práce se zabývá diagnostikou a léčbou ADHD u dětí mladšího školního věku. Teoretická část se skládá z šesti kapitol. V první až třetí kapitole jsou základní informace o ADHD. Čtvrtá kapitola se již věnuje diagnostice a léčbě ADHD. Tato kapitola je zaměřena jak na farmakologickou léčbu, tak také na alternativní postupy nebo kognitivně-behaviorální terapii. Poslední kapitola teoretické části se zabývá vzděláváním dětí s ADHD. V praktické části jsou tři případové studie dětí, které mají diagnostikované ADHD. S těmito dětmi jsem strávila nějaký čas a mohla jsem je pozorovat jak ve škole, tak i doma. Povídala jsem si také s jejich rodiči nebo pedagogy ze školy. Jednotlivé případové studie se zaměřují na léčbu ADHD, proč a jakou léčbu dané dítě podstupuje. První případová studie je o chlapci s ADHD, který léčbu přerušil, druhá případová studie je o chlapci, který se léčí již dva roky, a třetí studie je o chlapci, který se neléčí. Cílem praktické části je porovnat chování dětí s ADHD, které se léčí, a dětí, které se neléčí.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož je mi velmi blízké. Již dříve mě tento problém zajímal. Poté, co jsem nastoupila jako pedagog do mateřské školy, kde byl chlapec, který má diagnostikované ADHD, začala jsem se o tento problém zajímat ještě více. Navštívila jsem semináře s tematikou ADHD a přečetla několik odborných článků a publikací. Bakalářská práce mi poskytuje příležitost, abych své vědomosti prohloubila a shrnula.

1. HISTORIE A KLASIFIKACE ADHD

1.1 Pohled do historie ADHD

„Příznaky poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) u dětí poprvé vzbudily pozornost lékařů na začátku 20. století. V roce 1902 doktor G. F. Still vyšetřil skupinu dvaceti neklidných dětí s výrazně nežádoucím chováním, přestože byly vychovávány v domácnostech splňující kritéria „dobré výchovy“. Popsal u nich projevy hyperaktivity, narušenou pozornost, problémy s učením a všiml si, že příznaky byly častější u chlapců. Ze studie vyvodil pravděpodobné biologické příčiny problémů, protože je nebylo možné vysvětlit zanedbáním výchovy. Tento teoretický předpoklad byl velmi pokrokový. Na začátku 20. století byly poruchy chování u dětí považovány za „morální defekt“. Běžně akceptovatelnou metodou léčby v té době bylo bití, s cílem dosáhnout u dětí poslušnosti“ (Drtílková, Šerý, a kol., 2007, s. 15).

Dříve užívali lékaři a odborníci k pojmenování poruchy se symptomy ADHD mnoho jiných názvů, například lehká mozková dysfunkce (LMD), hyperkineze nebo hyperkinetická reakce. Někteří lékaři a odborníci, hlavně z Evropy, ji označují pojmem hyperkinetická porucha (Černá, 2002).

„Termín lehká mozková dysfunkce (LMD) vznikl jako výsledek potřeby sjednotit a ohraničit diagnostická kritéria této poruchy v mezinárodním měřítku. Na termínu LMD se sjednotil v roce 1963 tým odborníků v Chicagu a pod vedením S. Clementse vypracoval definici tohoto syndromu. Jsou to děti vyšší, průměrné nebo podprůměrné inteligence s různými poruchami chování nebo učení“ (Drtílková, Šerý, a kol., 2007, s. 16). Dnes už se pojem LMD nepoužívá, protože heterogenní koncepce LMD neumožňuje dostatečnou diagnostickou selekci.

V současnosti jsou nejznámější tyto dva názvy: ADD - Attention Deficit Disorders – syndrom poruchy pozornosti a ADHD – Attention Hyperactivity Disorder – syndrom narušené pozornosti spojený s hyperaktivitou (Train, 2001).

V roce 1957 Laufer a Denhoff zavedli termín hyperkinetické impulzivní poruchy, kritéria této poruchy se opírala pouze o klinické příznaky hyperaktivity, bez ohledu na

etiologii. Pojetí zdůrazňující symptomatologii bez ohledu na etiologii přetrvává i v manuálu DSM-IV (od roku 1994 dosud) jako Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) a částečně též v poslední, 10. revizi MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) jako hyperkinetické poruchy (Drtílková, Šerý, a kol., 2007).

1.2 Klasifikace ADHD

Hyperkinetická porucha prošla velkým počtem terminologických variant, které se měnily podle psychopatologie, etiologie a patogeneze poruchy. V současné době se používají dva kvalifikační systémy MKN-10 a DSM-IV. Podle Amerických diagnostických manuálů psychiatrických poruch DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) a DSM-IV (1994) bylo zvoleno používání termínu porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). Od roku 1993 se používá termín hyperkinetická porucha, která zahrnuje dvě diagnózy: porucha aktivity a pozornosti (F 90.0), hyperkinetická porucha chování (F 90.1). Odborníci v České republice dávají při určování psychiatrických diagnóz přednost diagnostickým kritériím podle MKN-10 (Drtílková, Šerý, a kol., 2007).

Munden, Arcelus (2006) ve své publikaci vysvětlují rozdíly mezi oběma systémy v popisovaných příznacích a chování. Na první pohled nejsou rozdíly až tak patrné, avšak praxe ukazuje opak. MKN-10 používá označení hyperkinetická porucha a klasifikace DSM-IV termín ADHD. Když porovnáme systémy MKN-10 a DSM-IV, dojdeme k závěru, že MKN-10 má přísnější klasifikaci. Z praktického hlediska to znamená, že ne každé dítě diagnostikované na ADHD pomocí klasifikačního systému DSM-IV by muselo mít diagnostikováno stejnou poruchu při použití klasifikačního systému MKN-10.

„Kritéria hyperkinetické poruchy podle MKN-10 (zkráceno)

Vznik před 7. rokem věku, trvání symptomů nejméně 6 měsíců.

- ***Porucha pozornosti (přítomno 6 příznaků z 9):***
 - *obtížně koncentruje pozornost*
 - *nedokáže udržet pozornost*

- *neposlouchá*
 - *nedokončuje úkoly*
 - *vyhýbá se úkolům vyžadující mentální úsilí*
 - *nepořádný, dezorganizovaný*
 - *ztrácí věci*
 - *roztržitý*
 - *zapomnětlivý*
- **Hyperaktivita** (přítomny 3 příznaky z 5):
 - *neposedný, vrtí se*
 - *nevydrží sedět na místě*
 - *pobíhá kolem*
 - *vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho*
 - *„on to go“ (v neustálém pohybu)*
 - *mnohomluvný (excesivně)*
- **Impulzivita** (přítomen 1 příznak ze 4)
 - *nezdrženlivě mnohomluvný*
 - *vyhrkne odpověď bez přemýšlení*
 - *nedokáže čekat*
 - *přerušuje ostatní“ (Drtílková, 2007, str. 24)*

Hyperkinetická porucha chování

Podle diagnostických kritérií MKN-10 je v případě současného výskytu hyperkinetické poruchy (poruchy aktivity a pozornosti) a poruchy chování možné stanovit diagnózu hyperkinetické poruchy chování. Nedoporučuje se však stanovit tuto diagnózu, pokud poruchy chování netrvaly alespoň šest měsíců. Problémy s chováním by měly začínat brzy, před věkem 6 let, a měly by mít dlouhé trvání.

Klasifikace ADHD podle DSM-IV (zkráceno)

„Některé ze symptomů hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti se vyskytují již před 7. rokem věku. Některé z příznaků se objevují na dvou či více místech (doma, ve škole). Musí být přítomna evidence vztahů sociálních. Dochází ke zhoršení v oblasti společenské, vzdělávací nebo v zaměstnání. Příznaky není možno vysvětlit jinou psychickou poruchou.

Kritéria A I: *Šest nebo více symptomů přetrvávajících minimálně 6 měsíců v míře, která zhoršuje přizpůsobivost a výkon dítěte.*

- **Porucha pozornosti:**

- *nepozornost při školních úkolech, pomíjí detaily, chyby z nepozornosti*
- *neudrží pozornost při hře*
- *zdá se, že neposlouchá během rozhovoru*
- *neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly*
- *má organizační problémy*
- *nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim*
- *ztrácí věci (hračky, školní potřeby..)*
- *vnější stimuly snadno přeruší jeho soustředění*
- *zapomnětlivý v denních aktivitách*

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

- **Hyperaktivita:**

- *často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli*
- *často opouští lavici ve třídě*
- *často pobíhá nebo přelézá v nepřiměřených situacích (adolescenti a dospělí mají subjektivní pocit neklidu)*

- *obtížně při hrách zachovává klid a ticho*
- *stále v pohybu - „jako by měl v sobě motor“*
- *nadměrně mnohomluvný*
- ***Impulzivita***
 - *často vyhrkne odpověď před dokončením otázky*
 - *dělá mu obtíže čekat v pořadí*
 - *často přerušuje ostatní (při hrách, v hovoru...)*

Subtypy ADHD:

- *ADHD typ s převahou poruch pozornosti – kritéria A I alespoň 6 měsíců*
- *ADHD typ hyperkinetivně impulzivní – kritéria A II alespoň 6 měsíců*
- *ADHD typ kombinovaný – kritéria A I a II alespoň 6 měsíců*
- *ADHD typ nespecifický – prominentní symptomy nepozornosti, hyperaktivity, impulzivity, které však nesplňují kritéria ADHD*
- *ADHD v částečné remisi – současné symptomy již nesplňují všechna kritéria“*
(Drtilková, 2007, s. 24-25)

2. PROJEVY ADHD

V mnoha případech jsou tyto děti velmi neklidné a ukřižené už jako miminka, a také mají často problémy s usínáním. Ve školce bývají děti s hyperkinetickou poruchou nadměrně divoké, neukázněné, bouřlivě nebo agresivně reagují v situacích, když se musí něčemu podřídit. Rychle střídají hry nebo mohou ostatním kazit společné hry. Často také ničí hračky. I v cizím prostředí obvykle rychle ztrácejí zábrany, pobíhají po místnosti, lezou po nábytku, pokřikují. Dalším podstatným příznakem ADHD je narušení jemné i hrubé motoriky. Hyperkinetická porucha nejčastěji vystoupí do popředí, když dítě nastoupí do první třídy a musí se podřídit školnímu režimu, dodržovat pravidla, soustředit se při vlastní práci. V tomto období se výrazně projevují hlavní příznaky hyperkinetické poruchy: hyperaktivita, poruchy pozornosti a impulzivita (Drtílková, 2007).

Syndrom ADHD se ve většině případů nevyskytuje samostatně, ale přidružují se k němu další poruchy. Nejčastěji jsou to poruchy školních dovedností a poruchy motorické funkce (Škoda; Fischer, 2008).

Popis hlavních příznaků u dětí ve školním věku (Drtílková, 2007):

Hyperaktivita:

Školní děti bývají nápadně pohyblivé, živé a neklidné. Jen obtížně se nechají usměrnit. Nedokáží delší dobu sedět, pobíhají od jedné věci k druhé, u ničeho dlouho nevydrží. Ve vyučování mají nutkání vstávat z místa a procházet se po třídě. Bývají hlučné, upovídané, často ruší své spolužáky (Drtílková, 2007).

Porucha pozornosti:

Děti pracují povrchně, dělají mnoho chyb z nepozornosti (chyby v diktátech např. vynechávání písmenek, interpunkce). Celkově bývají známky horší, než odpovídá jejich inteligenci. Delší dobu jim trvá, než se soustředí na nějaký úkol. Ve svých věcech obvykle nemají pořádek, stále něco hledají a zapomínají, např. školní pomůcky (Drtílková, 2007).

„Deficit pozornosti je multidimenzionální a může se vztahovat k deficitu čilosti, vzrušivosti, výběrovosti podnětů, soustředěné pozornosti, k těkavosti, k nedostatečnému rozsahu chápání atd. Děti trpící ADHD mají největší potíže s udržením pozornosti či volního úsilí zaměřeného na plnění daných úloh.“ (Paclt, 2007, s. 13)

Vágnerová (2005) podrobněji charakterizuje dílčí poruchy pozornosti, jako je:

- **Slabá koncentrace:** reaguje na jakýkoli vnější i vnitřní podnět. Dítě má potíže soustředit se nejen při školní práci, ale také při činnosti, která dítě baví.
- **Délka soustředění:** dítě není schopno udržet pozornost po delší dobu. Rychle mění činnosti, u ničeho nevydrží, má problémy s dokončením práce.
- **Rozsah pozornosti:** děti pozornost zaměřují na náhodně vybrané podněty.
- **Pružnost pozornosti:** děti jsou zvyklé na určité podněty a neumí rychle reagovat na změnu.
- **Selektivita:** jedinci s ADHD si nedokáží vybrat podstatné informace pro splnění úkolu. Pozornost je věnovaná všem podnětům, které děti zachytí.

Impulzivita:

„Obecně se má za to, že klíčovým nedostatkem u ADHD je vlastně neschopnost zamezit reakci na impuls, a to jak vhodné, tak nevhodné“ (Munden, Arcelus, 2006, s. 22).

Děti dělají mnoho věcí nahodile, když je to právě napadne. Mají problémy se sebeovládáním, všechno chtějí a dělají „hned teď“. Pouštějí se bez rozmyšlení do nebezpečných aktivit a hrozí jim proto větší riziko úrazů. Často skáčou lidem do řeči (Drtilková, 2007).

Existují tři podskupiny ADHD:

- **Kombinovaná** – u dítěte se projevují příznaky nesoustředěnosti a příznaky hyperaktivity/impulzivity.
- **S převahou nepozornosti** – u dítěte se projevuje více příznaků souvisejících s nesoustředěností než s hyperaktivitou a impulzivitou
- **S převahou hyperaktivity/impulzivity** – více příznaků svědčí o hyperaktivitě a

impulzivitě než o nepozornosti. (Train, 2001)

ADHD patří mezi onemocnění, které se vyvíjí zároveň s růstem dítěte. Rodiče se tak musí stále přizpůsobovat reakcím dítěte a hledat správné výchovné postupy. „*Je dávno překonaným mýtem, že z ADHD děti ve většině případů vyrostou. Naopak u 80% z nich se s touto diagnózou setkáme i v adolescenci a až v 60% jedinců z této skupiny může vykazovat některé příznaky ADHD i v dospělosti.*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 43) Děti v období dospívání mají často sklony k asociálním formám chování, jako je lhaní, krádeže, záškoláctví, závislostní chování atd. (Janotová in Fischer, Škoda, 2008).

Příznaky hyperkinetické poruchy nejsou už všech dětí stejné, existují těžké případy hyperkinetické poruchy, kdy se prakticky matka od dítěte nemůže hnout, protože by si bouřlivou aktivitou způsobilo úraz nebo poškodilo cizí věci. Tyto děti obvykle nejsou schopné běžné školní docházky, protože svým chováním znemožňují učitelům výuku. Nejsou u ostatních dětí oblíbené a mohou se dostat do separace. Naopak v jiných případech jde jen o malou poruchu pozornosti, roztěkanost. Ve škole pak mají nevyrovnané výsledky, bývá jim vytýkaná lenost a nedbalost a začínají se objevovat specifické poruchy učení (Drtílková, 2007).

3. PŘÍČINY VZNIKU ADHD

3.1 Vliv genetiky

Rozhodující poznatky o příčinách hyperkinetické poruchy byly získány teprve v průběhu posledních patnácti let. Na vzniku onemocnění se podílí více faktorů, mezi nimiž převažují genetické příčiny. Genetické studie ukázaly, že u mužů s hyperkinetickou poruchou je pětikrát vyšší pravděpodobnost, že jejich děti budou trpět touto poruchou ve srovnání s „normálními“ kontrolními osobami. Dnes tedy vycházíme z toho, že děti přicházejí na svět s různě velkými předpoklady ke vzniku hyperkinetické poruchy, která je daná geneticky. Studie potvrdily genetickou složku hyperkinetické poruchy, biologičtí rodiče dětí s hyperkinetickou poruchou trpěli také touto poruchou v 7,5 % ve srovnání s adoptivními rodiči, kteří trpěli hyperkinetickou poruchou pouze v 2,1 % (Drtílková, 2007).

„Není vždy nutné dítěti sdělit, že poruchu „zdědilo“. Pokud ale v chování dítěte poznáváte vlastní problémy, můžete se mu svěřit s tím, jak jste se cítili a co jste dělali pro zlepšení vlastního chování. Dítě bude šťastné, že s ním jeho problémy dovedete sdílet a že ve vás má vzor, který si se stejnými obtížemi úspěšně poradil“ (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 70).

3.2. Biologické/ fyziologické příčiny

Děti s hyperkinetickou poruchou mají celkově menší objem mozku, drobné odchylky v asymetrii a snížený metabolismus některých částí mozku (např. čelních laloků), což může souviset s problémy, které mají tyto děti při řešení úkolů, plánování a také se schopností potlačit náhlé impulsy. Menší objem mozku u těchto dětí však neznamena automaticky sníženou inteligenci. U hyperkinetické poruchy dochází také k chybnému fungování některých neuronálních okruhů v mozku, které souvisejí s nerovnováhou neuropřenašečů. Neuropřenašeče jsou látky, které přenášejí impulsy a signály mezi různými oblastmi mozku a zajišťují tak správné fungování. U hyperkinetické poruchy byly zjištěny odchylky dvou neuropřenašečů, a to dopaminu a noradrenalinu. Dopamin je odpovědný za kontrolu pohybové části a její koordinaci, reakci na nové předměty a podílí se také na ovlivňování pozornosti a chování. Noradrenalin je odpovědný za spánek a za udržování a

koncentraci pozornosti, za učení a paměť (Drtílková, 2007).

3.3 Další rizikové faktory

Ke vzniku hyperkinetické poruchy mohou také přispět negenetické faktory, které negativně zasáhnou v časném stádiu vývoje dítěte. K rizikovým faktorům je řazena konzumace alkoholu a kouření matky v období těhotenství, nízká porodní váha nebo předčasné a komplikované porody spojené s nedostatkem kyslíku. Příznaky hyperkinetické poruchy může také posilovat například špatné rodinné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Negativně působí nespolehlivé vztahy v rodině, zanedbávání, nepřiměřené tresty, neuspořádaný režim dne. Děti mohou reagovat zhoršeným chováním na psychickou zátěž a stres, kterými mohou být např. rozvod rodičů, úmrtí v rodině, přestěhování nebo změna školy (Drtílková, 2007).

Objevily se také teorie o tom, že jídelníček dítěte má vliv na vznik symptomů ADHD, avšak prozatím se to výzkumem prokázat nepodařilo (Riefová, 1999). Tento názor má ale i tak mnoho zastánců, kteří tvrdí, že nadměrná konzumace výrobků obsahujících potravinářská barviva může způsobit hyperaktivitu. Byly proto vypracovány speciální dětské jídelníčky, ve kterých nebyly potraviny způsobující symptomy ADHD. Tím se ovšem staly dětské jídelníčky velmi omezenými, a nastala tak otázka, zda jsou výživová opatření pro děti prospěšná, nebo spíše škodlivá, jelikož tyto jídelníčky nesplňují předpoklad poskytování vyvážené a výživné stravy (Munden, Arcelus, 2006).

Drtílková, Šerý (2007) uvádějí, že se příznaky ADHD v dětském věku projevují jinak, než v dospělosti. Například hyperaktivita, která je v dětství velmi nápadná, se v dospělosti vykytuje v podobě neklidu, potíží při sedavé práci a rychlou řeči. Největším problémem je pozornost, která může zapříčinit, že je jedinec brán jako nespolehlivý, ztrácí se v konverzaci, zapomíná věci nebo domluvené schůzky. Často přetrvává „z dětství do dospělosti emoční nezralost, emoční labilita, impulzivita a relativně často také zkratkovité jednání“. (Paclt, 2007, s. 123-124)

4. DIAGNOSTIKA A LÉČBA ADHD

Tato kapitola se zabývá diagnostikou a léčbou ADHD. Je důležité vymezit pojem diagnostika a diagnóza. Diagnostika je proces, který pod dohledem odborníků vede k určení diagnózy. Diagnóza je tedy již výsledek, kterým je zjištěno onemocnění (Rádlová a kol., 2004).

Bohužel neexistuje žádné jednoduché speciální vyšetření, které by stačilo samo o sobě k diagnóze hyperkinetické poruchy. I když jsou v chování dítěte příznaky hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti zřejmé, je nutné vyloučit jejich jiné příčiny. Tyto příznaky se mohou objevit jako následek infekčních onemocnění mozku, po některých úrazech nebo u dětí s epilepsií. Diagnóza se proto skládá z několika výsledků různých vyšetření (Drtílková, 2007).

„V případě poruch chování dětí a mladistvých je kladen důraz na jejich prevenci nebo alespoň na včasné podchycení a nápravu v raných fázích jejich rozvoje. Jde o pedagogické, psychologické a sociální působení, které by eliminovalo či omezovalo vliv rizikových faktorů a přispívalo k pozitivnímu rozvoji dětské osobnosti. Podpůrný a ochranný vliv má především fungující rodina, ale může jej mít i škola či další instituce“ (Vágnerová, 2005 s. 171).

Podle Drtílkové (2007, s. 55-56) lze celkově shrnout, že pro diagnostiku hyperkinetické poruchy připadají v úvahu následující vyšetření:

„Odborní lékaři:

- *anamnéza zaměřená na tělesný a psychomotorický vývoj dítěte a anamnéza rodinná,*
- *speciální dotazníky cílené na projevy hyperkinetické poruchy (v rodině, ve škole atd.),*
- *pedopsychiatrické vyšetření,*
- *tělesné a neurologické vyšetření,*
- *elektroencefalogram (EEG),*
- *laboratorní vyšetření (krevní obraz, jaterní testy, hodnoty štítné žlázy, kreatinin aj.),*

- EKG před nasazením některých léků.

Dětský psycholog:

- *Psychodiagnostika*
 - *standardizovaný test určující inteligenci dítěte vzhledem k věku (IQ),*
 - *vyšetření dílčích funkcí (např. paměť, vnímání),*
 - *zkouška pozornosti,*
- *Další vyšetření podle potřeby zaměřené na:*
 - *zjištění dalších, přidružených poruch (např. dotazníkem),*
 - *zjištění emociálních podmínek (např. projektivní test),*
 - *diagnostiku s využitím videa.*

V odůvodněných případech může být provedeno sociální šetření v rodině“ (Drtílková, 2007, str. 55-56).

Diagnóza hyperkinetické poruchy není úplně snadná, protože nejdříve musí být vyloučeny jiné příčiny, které mohou u dítěte způsobovat podrážděnost, neklid nebo problémy s učením a kázní. U předškolních dětí obvykle matky žádají o radu pediatra, avšak definitivně může diagnózu potvrdit teprve dětský psychiatr. U školních dětí dává někdy podnět k vyšetření třídní učitel nebo školní psycholog. Diagnózu hyperkinetické poruchy by však měl stanovit dětský psychiatr ve spolupráci s dalšími specialisty, jako je dětský lékař, pedagogicko-psychologická poradna, psycholog, neurolog, učitel nebo sociální pracovník (Drtílková, 2007).

Lékařské vyšetření

„Jeho úkolem je vyloučit jiné příčiny ADHD. Těmito se rozumí např. somatické, případně psychické onemocnění. Je zejména nutné vyloučit schizofrenii, autismus, psychózy, poruchy osobnosti a emoční poruchy. Dalším důvodem lékařského vyšetření je stanovit, zda je vhodná medikace. Tato otázka by se měla řešit společně s hodnocením výsledků

psychologického vyšetření a stanovením podpůrných nebo psychoterapeutických opatření“ (Pokorná, 2001, str. 133).

U většiny dětí lze vyšetření provádět ambulantně, jen v komplikovaných případech je potřeba krátkodobá hospitalizace v psychiatrické léčebně na lůžkovém oddělení. Vyšetření u dětského psychiatra není pro dítě nijak nepříjemné, probíhá formou rozhovoru nebo hry. Dítě si většinou ani neuvědomuje, že jde o vyšetření. První vyšetření trvá přibližně dvě hodiny, protože zjištění nutných údajů o vývoji a problému dítěte, včetně jeho pozorování, je časově náročné. Musíme také počítat s tím, že chování dítěte na první návštěvě je ovlivněno novým prostředím, dítě může být zaražené a teprve po určité době se uvolní a projevuje se obvyklým způsobem. Při psychiatrickém vyšetření lékař sleduje chování dítěte během hry, hodnotí jeho úspěšnost a vytrvalost při plnění úkolů. Velmi důležitý je rozhovor s rodiči, zaměřený na dosavadní rozumový a citový vývoj dítěte. S rodiči je také probírán způsob výchovy, systém odměn a trestů a vztahy v rodině. U školních dětí může přinést velmi cenné informace hodnocení od třídního učitele, ke kterému musí dát rodiče předem souhlas (Drtílková, 2007).

Mnoho chorob se projevuje některými, nebo dokonce všemi klíčovými projevy jako ADHD. U dětí s ADHD nalzáme přítomnost další poruchy v 60-70% případů. Včasná léčba ADHD může snížit pravděpodobnost, že se objeví další duševní porucha (Goetz, Uhlíková, 2009).

Poruchy související s ADHD

- **dětský autismus**- autismus je jednou z nejznámějších a nejzávažnějších poruch mentálního vývoje u dětí. Je to vrozená porucha některých mozkových funkcí;
- **Aspergerův syndrom**- patří mezi poruchy autistického spektra. Vyznačuje se především potížemi v komunikaci. Děti s Aspergerovým syndromem mají problémy s navazováním vztahů s druhými lidmi. Při Aspergerově syndromu je postižení zpravidla mírnější než při ostatních poruchách autistického spektra;
- **porucha školních dovedností**- tzv. dys-poruchami trpí asi 30% dětí s ADHD.

V kombinaci s nesoustředěností a poruchami dalších funkcí důležitých pro výuku, které přináší ADHD, tak dys-poruchy dítěti ještě komplikují dosažení pozitivního ocenění ve škole;

- **specifické zpoždění ve vývoji motoriky a řeči-** u některých dětí s ADHD můžeme zpozorovat, že jsou méně obratné, mají neupravené písmo nebo vadu výslovnosti;
- **obsedantně-kompulzivní porucha-** patří k úzkostným poruchám, jde o poruchu chronickou;
- **Tourettův syndrom-** je to dědičná neuropsychologická porucha, která se projevuje nekontrolovatelnými zvukovými či motorickými tiky;
- **porucha opozičního vzdoru-** tuto poruchu můžeme zjistit až u 40% dětí s ADHD. U dětí s touto poruchou se často vyskytují stavy podrážděnosti a hádavosti;
- **poruchy chování-** vážnějšími poruchami chování trpí asi 14% dětí s ADHD. Poruchy chování se většinou stupňují s dospíváním. Děti s poruchami chování častěji někoho šikanují, zastrašují, vyvolávají rvačky, ničí cizí věci nebo lžou. Taky se můžeme setkat se záškoláctvím, útěky z domova a touláním;
- **úzkostné poruchy-** až 30% dětí s ADHD trpí nějakou úzkostnou poruchou. Dítě cítí napětí a strach v souvislosti s nějakou situací, např. odchod do školy nebo odchod rodiče. Tento stav je většinou doprovázen i tělesnými projevy, jako je bušení srdce, bolesti břicha, pocit knedlíku v krku nebo pocení;
- **poruchy nálady-** mezi poruchy nálad patří deprese, kterou trpí asi 4% školních dětí s ADHD, s dospíváním se ale většinou deprese zhoršují. Dále sem patří tzv. bipolární afektivní porucha, vyznačuje se střídáním epizod zhoršené nálady a období, kdy dítě naopak dobře a chová se až hyperaktivně. S touto poruchou se setkáváme spíše u dospívajících dětí;
- **tiková porucha-** tiky zjišťujeme asi u 10% dětí s ADHD. Obvykle se nevyskytují neustále, ale jen v určitých situacích;
- **poruchy spánku-** do těchto poruch patří noční děsy, náměsícnictví, mluvení ze spánku nebo noční můry;

- **zneužívání návykových látek**- děti s ADHD začínají kouřit a získávají první zkušenosti s alkoholem mnohem dříve než děti bez ADHD. Objevují se také experimenty s marihuanou a dalšími drogami (Goetz, Uhlíková, 2009).

4.1 Farmakologická léčba

K léčbě ADHD se používají medikamenty, které v mozku ovlivňují systém, neuropřenašečů dopaminu a noradrenalinu. V současné době máme pro léčbu této poruchy dvě hlavní skupiny léků. Stimulancia, což jsou léky, které ovlivňují dopaminový systém a léky nestimulační, které působí na metabolismus noradrenalinu. Rodiče se u farmakologické léčby bojí hlavně toho, že léky budou jejich děti tlumit. Tak to ale určitě není. Používají se léky ovlivňující oblasti mozku, ve kterých u dětí s ADHD dochází ke snížení funkce nebo deregulaci a jejichž aktivitu naopak posilujeme. Nejlepší doba pro začátek léčby je mezi 5. - 7. rokem, nejlépe před zahájením školní docházky. Díky tomu se rodiče vyhnou řadě problémů ve škole (Drtílková, Šerý et al, 2007).

4.1.1 Stimulancia

Stimulancia jsou nejčastěji předepisované léky při ADHD. Obecně blokují zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu na presynaptických neuronech a zvyšují jejich uvolňování do synaptické štěrbině. Konečným efektem je zvýšení dopaminu a noradrenalinu v mozku. Dopamin hraje významnou roli v ovlivňování psychomotoriky, pozornosti a typu chování souvisejícího s pocitem odměny, které jsou dysfunkční u ADHD. (Drtílková, Šerý et al., 2007). Ke jmenovaným lékům patří ritalin, concerta, dexedrin a cylert. V mozku tyto léky posilují přenašeče signálů mezi neurony, což vede k tomu, že se dítě lépe soustředí, mírní stupeň aktivity a impulzivní vzorce chování.

Ritalin je určen hlavně pro děti školního věku. Tento lék je potřeba podávat alespoň 2 krát denně. Po užití ranní dávky ritalinu dochází ke zlepšení pozornosti. Pozornost však během dopoledne odeznívá, a proto je důležitá druhá odpolední dávka, aby například dítě

zvládlo doma vypracovat domácí úkoly. Pokud nedojde při léčbě ritalinem ke zlepšení do jednoho měsíce, měla by se tato léčba ukončit (Goetz, Uhlíková, 2013).

Concerta je další nově dostupný lék, který má delší účinek než ritalin. Díky pomalému uvolňování účinné látky umožňuje jedinci brát pouze jednu dávku, a to ráno (Goetz, Uhlíková, 2013).

4.1.2 Nestimulační léky

Do této skupiny patří antidepresiva, neuroleptika (antipsychotika) a tricyklická antidepresiva. Antidepresiva jsou vhodná pro jedince, kterým nezabírají stimulantia, případně u dospělých osob s ADHD, u kterých je účinek stimulantů nižší než u dětí. Antidepresiva se používají u ADHD s tiky, epilepsií nebo psychotickými příznaky (Drtílková, Šerý at al., 2007). Antidepresiva nebyla speciálně vyvinuta a určena pro léčbu hyperkinetické poruchy, ale některá z nich mají schopnost zvyšovat koncentraci noradrenalinu. Neuroleptika tvoří skupinu léků určenou především k léčbě psychotických onemocnění (např. schizofrenie). Mimo to mají různé sedativní účinky, zklidňují a některá z nich výrazně tlumí agresivitu.

- **Tricyklická antidepresiva** posilují přenašeče signálů mezi neurony v mozku. Tyto léky se předepisují dětem, které stimulační prostředky užívat nemohou nebo jeví známky klinické deprese. Dále léky utlumují zpětné vychytávání noradrenalinu a serotoninu v různém poměru s následným zvýšením jejich koncentrace. Pro léčbu hyperkinetických poruch má význam jejich noradrenergický efekt (Drtílková, Šerý et al., 2007).
- **Neuroleptika** mají u dětí s ADHD sedativní efekt. Při vyšších dávkách, ale může dojít k poklesu školní výkonnosti. Neuroleptika se používají hlavně u hyperkinetické poruchy spojené s poruchami chování, agresivitou, autismem, a to v případě, pokud předchozí standardní léčba nebyla úspěšná. Do této skupiny patří risperidon. Je to jediný lék, který získal registraci pro léčbu poruch chování u dětí od 5 let (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Mezi nejpoužívanější léky ve skupině nestimulačních preparátů patří atomoxetin (strattera), risperidon, tofranil a norpramin.

Strattera je nový preparát schválený od dubna 2007 pro léčbu dětí s ADHD v České republice. Dosavadní výsledky studií potvrzují, že strattera je srovnatelně účinná s ritalinem. Působí především na noradrenalinový systém v mozku. Jedná se o první nonstimulans, určený pro léčbu ADHD u dětí i dospělých. Předností této látky je, že působí celých 24 hodin. Strattera byla shledána účinnou také v případech ADHD s některými přidruženými poruchami, např. u dětí s tiky, poruchami spánku a úzkostí, u kterých léčba stimulačními látkami nemusí být vždy úspěšná.

Risperidon není registrován pro léčbu ADHD, je schválen jen k léčbě agresivního chování u dětí. Poruchy chování jsou přítomny zhruba u 35% dětí s ADHD. Pokud je u dětí s ADHD agresivita závažná, mohou být k léčbě použita antipsychotika, například právě risperidon.

4.2 Alternativní léčba

Obsahuje metody, které nepatří k oficiálně schváleným postupům léčby. Existuje řada alternativních postupů. K nejvíce známým metodám patří dietní omezení, která vycházejí z hypotetického předpokladu, že hyperkinetické projevy souvisí s přecitlivělostí na některé alergeny nebo umělé složky v potravě. Dětem s hyperkinetickou poruchou by měla být ze stravy vyloučena umělá barviva, aromata, přírodní a umělé salicyláty (např. jablka, ořechy, rajčata, čaje, citrusy). V současné době však neexistují důkazy pro alergické příčiny hyperkinetické poruchy, a proto nejsou diety považovány za účinnou léčbu. Nepodařilo se prokázat účinnost ani řady dalších postupů. Například omezení cukrů ve stravě nebo léčbu pomocí vysokých dávek vitamínů (Drtilková, 2007).

Mezi další alternativní postupy patří EEG trénink (biofeedback). Mozek vykazuje určitou elektrickou aktivitu, kterou lze měřit pomocí přístroje a graficky ji znázornit jako EEG záznam. V průběhu dětství a dospívání se záznam EEG mění a má typický charakter pro určitá věková období. EEG biofeedback je založen na principu zpětné vazby. Snímaná EEG aktivita je během sezení převáděna na obrazovce do podoby jednoduché videohry, jejíž průběh je možno ovládat změnami psychického stavu, spojenými s výskytem žádoucí

nebo nežádoucí mozkové aktivity. Výskyt žádoucí aktivity je odměňován úspěchem ve hře nebo jiným signálem. Opakovaným tréninkem se mozek teoreticky učí fungovat v požadovaném frekvenčním pásmu. U dětí s hyperkinetickou poruchou je proto často používán trénink cílený na zvýšení žádoucí a potlačení nežádoucí aktivity, což může teoreticky příznivě ovlivňovat chování, učení a pozornost. Odborná pediatriká společnost American Academy of Pediatrics však v současné době nezařazuje EEG biofeedback mezi dostatečně ověřenou a účinnou léčbu hyperkinetické poruchy (Drtílková, 2007).

Existuje ještě mnoho dalších alternativních metod, jako jsou například: videomonitoring, léčba pevným objetím, psychowalkman, zdravá výživa a kineziologie.

- **Videomonitoring:** Zaznamenání chování dítěte a následné hledání spouštěčů a rušivých podnětů. Tato metoda k léčbě nestačí. Může však pomoci, jestliže je součástí komplexní léčby.
- **Léčba pevným objetím:** Může rychlým způsobem zklidnit dítě, ale funguje samostatně pouze do doby, kdy dítě rodiče přepere. Může být účinná pro hyperaktivitu, ale nedá se využít pro poruchy pozornosti a soustředění.
- **Psychowalkman:** Často je doporučován k nápravě dyslexie a dalších specifických poruch učení a pozornosti a k snížení hyperaktivity.
- **Zdravá výživa:** Je doporučeno omezit konzervační látky, barviva, umělé příchutě a další chemikálie v potravě.
- **Kineziologie:** zabývá se studiem svalů a pohybů těla (z řeckého kinesis- pohyb). Cílem je udržování rovnovážného zdravotního stavu pomocí svalů lidského těla. Metoda je založena na poznatku, že každá skupina svalů lidského těla má vztah k další částem těla - k jednotlivým orgánům, zaživacímu ústrojí, žlázám, kostem a krevnímu oběhu. Pokud jsou v dobré kondici svaly, je i tělo v pořádku. Pomocí této metody můžeme zlepšit komunikaci s ostatními, schopnost učit se (číst, psát, počítat), nebo například pomáhá zklidnit hyperaktivní děti (Goetz, Uhlíková, 20013).

4.3 Kognitivně behaviorální terapie

Paclt (2007) rozděluje terapii do 5 kategorií:

- **Kognitivně behaviorální intervence zaměřena na dítě s ADHD** – individuální práce, při které se schází terapeut s dítětem. Terapeut se snaží naučit dítě správnému chování pomocí hraní rolí nebo také prostřednictvím modelových situací, ve kterých se dítě v tomto chování procvičuje a tím se je učí zvládat.
- **Klinická behaviorální terapie, která se zaměřuje na rodiče a učitele** – rodiče se jako první věnují studiu literatury o ADHD a poté chodí na sezení, při kterých se probírají možné přístupy k dítěti.
- **Intenzivní behaviorální léčba** – 8 týdenní program a skupinové terapie.
- **Kombinace behaviorální a farmakologické léčby**
- **Přímý management jednotlivých případů ADHD** – zaměřuje se na dítě, rodiče i učitele v konkrétních problémových situacích dítěte v určitém prostředí

Kognitivně behaviorální terapie se snaží chování dítěte nasměrovat správným směrem a pracovat s postoji dítěte k sobě a k druhým. Zaměřuje se na konkrétní problémy a zvládání těchto problémů. Pokud ale na nevhodné chování dostává dítě pozitivní ohlasy, je obtížné chování změnit. Autoři kognitivně behaviorální terapie upozorňují na to, že se nedají ovlivnit všechny příznaky, protože některé jsou biologicky podmíněné. V terapii jde o změnu určitého chování (špatného) na jiné (správné). Je také kladen důraz na to, aby za špatné nebo nevhodné bylo označeno chování dítěte a ne dítě samotné (Paclt, 2007)

Na konci této kapitoly bych chtěla shrnout komplexní program péče o děti s ADHD, který zahrnuje více aspektů:

- **modifikace chování doma a ve škole,**
- **spolupráce s poradnou** - je doporučováno navštívit i poradny pro rodiny, jelikož dítě s ADHD ovlivňuje chod celé rodiny,
- **individuální poradenství** - dítě se naučí zvládat stres a zvyšovat si sebeúctu,
- **kognitivně behaviorální terapie** - dítě se naučí ovládat vlastní chování,

- **nácvik sociálních dovedností,**
- **četná opatření ze strany školy** - např. úprava učebního prostředí,
- **tělesná aktivita** - děti s ADHD potřebují dostatek tělesné aktivity, doporučují se například bojová umění, při kterých si děti zlepšují i schopnost na něco se zaměřit a soustředit se,
- **lékařská péče** – farmakoterapie,
- **vzdělávání rodičů** - je potřeba, aby rodiče věděli co nejvíce o ADHD a mohli tak pomáhat svým dětem (Riefová, 2010).

5. VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S ADHD

Výskyt ADHD u dětí školního věku se pohybuje mezi 3-7%. Chlapci bývají postiženi třikrát častěji než dívky. V České republice se odhaduje, že ADHD má až 20 000 dětí.

Ve školském zákoně č. 561/2004 Sb., § 16 jsou tyto poruchy označeny jako vývojové poruchy chování a spolu s vývojovými poruchami učení, mentálním, tělesným a smyslovým postižením, vadami řeči a autismem jsou zahrnuty do kategorie zdravotního postižení. Ze zákona vyplývá, že děti s touto poruchou mají právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a dovednostem. Tyto speciální vzdělávací potřeby zjišťuje školské poradenské zařízení.

Možnosti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

- **individuální péče prováděná v rámci vyučování učitelem v kmenové třídě** – tato forma se uplatňuje u mírnějších forem poruchy. Předpokládá se povědomost učitele o dané problematice, učitel by měl vytvořit co nejlepší podmínky pro reedukaci;
- **individuální péče prováděná absolventem speciálního kurzu nebo speciálním pedagogem;**
- **třídy individuální péče, které jsou zřizovány při základních školách** - do těchto tříd dítě dochází každý den, absolvuje zde hodiny zaměřené na reedukační péči;
- **„cestující učitel“** - jedná se o pracovníka pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra. Pracovník dochází do základní školy, kde v průběhu vyučování provádí reedukační péči;
- **specializované třídy pro děti s poruchami učení a chování** - třídy se zřizují při základních školách, je v nich snížený počet žáků;
- **základní školy pro děti s poruchami učení a chování** (Bartoňová, 2006).

Vzdělávání dětí s ADHD a specifickými poruchami učení u nás zajišťují běžné základní školy, specializované třídy, které jsou zřizovány při běžných základních školách a

speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování (např. ZŠ Domino a ZŠ Intégrál v Praze, Soukromá speciální MtŠ, ZŠ, SPC J.A.Komenského v Šumperku) (Riefová, 2010).

Poradenství a další pomoc zajišťují:

- různá zdravotnická pracoviště, služby pediatrie, oddělení dětské neurologie, logopedické ambulance,
- pedagogicko-psychologické poradny,
- speciálně pedagogická centra,
- střediska výchovné péče,
- poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy (Riefová, 2010).

5.1 Dítě s ADHD ve škole

Období školní docházky je pro hyperkinetické děti nejtěžší, a proto se v tomto období projevuje nejvíce problémů. Od dětí se vyžaduje, aby 45 minut klidně seděly na židli, dávaly pozor a hlásily se. Celkově musí najednou dodržovat několik pravidel. Všechny tyto požadavky jsou pro děti s ADHD nemožné. Děti s tímto typem poruchy mají větší problémy s koncentrací a udržením pozornosti než ostatní zdravé děti.

„Děti s tímto typem poruchy mají větší problémy s koncentrací a udržením pozornosti než jejich zdraví vrstevníci. Pozornost představuje komplexní schopnost, aktivní zaměření našeho vědomí. Jde o schopnost vnímat důležité děje a potlačit děje méně důležité“ (Drtílková, Šerý, a kol., 2007, s 73).

Děti s ADHD proto mají ve škole velmi často potíže. Tyto potíže mohou mít za následek jiná onemocnění, např. deprese nebo psychosomatická onemocnění, která ovlivní schopnost dítěte učit se. Příčinou některých problémů souvisejících s ADHD je nedostatečná motivace a nízké sebevědomí dítěte. Zásadním problémem může být to, že

rodiče a učitelé s dítětem s ADHD špatně pracují. Výsledky, které dítě podává, pak naprosto neodpovídají schopnostem dítěte a jeho inteligenci. (Munden, Arcelus, 2006)

Ve škole by se měl při hodnocení dítěte s hyperkinetickou poruchou používat specifický přístup. Místo známek je možné použít jiné formy hodnocení, jako např. slovní hodnocení pomocí bodů nebo uvedením počtu chyb. Delší písemné práce a testy je vhodné pro děti s ADHD rozdělit na několik kratších částí. Také není vhodné používat testy, které jsou časově limitované.

Důležitá je hlavně komunikace rodiče s učitelem, měli by pravidelně konzultovat problémy při hodinách. Rodiče by také měli být seznámeni s používaným výchovně-vzdělávacím programem, souhlasit s ním a navazovat na něj výchovným vedením doma a v rodině.

Děti s ADHD potřebují také hodně pohybu. Když jsou v něm omezovány, zvyšuje se v nich napětí. Je tedy dobré podporovat různé sportovní zájmy. Musíme se snažit umožnit dítěti vyniknout v tom, co mu jde, aby se zvýšila jeho sebedůvěra. U dětí s pohybovým nadáním to může být právě sport. U jiných dětí naopak může být hyperkinetická porucha spojená s nápadnou nešikovností (tzv. syndrom neobratného dítěte). Je dobře, když objevíme nějaký jiný talent (např. hudební nadání, pokusy o literární tvorbu, zaujetí pro počítače), kterým může dítě okolí překvapit (Riefová, 2010).

Ve výuce je nutné dodržovat některé zásady:

- **Důležité je vytvoření klidného, harmonického a strukturovaného prostředí-** žáci s poruchou pozornosti potřebují třídu s určitou strukturou. Dítě s ADHD může být rušeno příliš velkým množstvím podnětů, nejsou pro ně proto vhodné třídy plné obrázků a vystavených výrobků.
- **Dítě s ADHD má být umístěno ve třídě co nejbližší učiteli,** který tak má možnost sledovat jeho chování a ihned mu poskytnout zpětnou vazbu. Nelze ponechat dítě s ADHD delší dobu bez dozoru a poté ho trestat za nevhodné chování.
- **Dítě by mělo mít na lavici připraveny pouze pomůcky, které právě potřebuje,** usnadní mu to orientaci.

- **Upozorňovat dítě na to, co udělalo správně.** Řekneme-li dítěti, co konkrétně zvládlo (např. naučilo se básničku), dáváme mu lepší a konkrétnější informaci, než když mu řekneme pouze, že bylo šikovné.
- **Nezařazovat do výuky činnosti, které jsou spojeny s rychlostí a závoděním.**
- **Úkoly je důležité zadávat kratší.** Postupně můžeme nároky na dítě zvyšovat, až se dítě přizpůsobí ostatním žákům. Je nutné dbát na to, aby dítě porozumělo zadání úkolu.
- **Důsledně trvat na splnění úkolu,** protože pro děti s ADHD je nutná pravidelnost a systematičnost. Dítě si snadno zvykne, pokud někdy pracovat nemusí a jindy ano. Pak se samozřejmě plnění úkolu brání a je obtížné je k práci přimět.
- **Méně domácích úkolů** - v rodinách s dětmi s ADHD představují domácí úkoly noční můry. Mnoho učitelů totiž dětem na doma zadává to, co nestihlo ve škole. Je proto důležité si uvědomit, že pokud to dítě nebylo schopné dokončit ve škole, určitě to nezvládne dokončit večer doma.
- **Dodržovat řád a rituály v průběhu hodiny** - řád je jedna z nejdůležitějších věcí pro děti s ADHD.
- **Tvořivé, poutavé a interaktivní vyučující metody** - je potřeba používat metody, které děti zaujmou a přimějí je spolupracovat se spolužáky. *„Někteří učitelé se domnívají, že děti, které mají problémy s pozorností, musí šokovat stále novými a novými aktivitami. Musí je překvapovat, zvyšovat napětí, aby udrželi pozornost dětí. To jde samozřejmě výjimečně, ale ne pravidelně.“* (Pokorná, 2001, str. 141)
- **Klást důraz na skupinovou práci** - podporovat nácvik sociálních dovedností. Děti s ADHD nebývají příliš v kolektivu oblíbené, protože často ostatní ruší, kazí činnost, jsou netrpělivé nebo například neumějí počkat, až na ně přijde řada. Je tedy potřeba vrstevníkům a kamarádům vysvětlit problémy dítěte a objasnit důvody jeho chování. Pro dítě s ADHD je důležité, aby se cítil přijímán. *„Nelze dopustit, aby dítě bylo pro své obtíže izolováno od ostatních.“* (Zelinková, 2003, str. 201) (Riefová, 2010).

5.2 Asistent pedagoga

V §7 vyhlášky MŠMT ČR 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných je ustanovena funkce asistenta pedagoga takto:

- Hlavní činnosti asistenta pedagoga jsou: pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, spolupráce se zákonnými zástupci žáků.
- Žádost o souhlas se zřízením funkce asistenta pedagoga musí obsahovat: název a sídlo právnické osoby, která vykonává činnost školy, počet žáků a tříd celkem, počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, dosažené vzdělání asistenta pedagoga. Dále zdůvodnění potřeby zřízení funkce asistenta pedagoga a cíle, kterých chce ředitel školy zřízením této funkce ve škole dosáhnout. V neposlední řadě musí obsahovat náplň práce asistenta pedagoga a předpokládanou výši platu nebo mzdy.

Na asistenta pedagoga mají nárok žáci se **zdravotním postižením** (mentální, tělesné, zrakové, sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus, vývojové poruchy učení nebo chování); se **zdravotním znevýhodněním** (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc, lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání); se **sociálním znevýhodněním** (žák z prostředí, kde se mu nedostává potřebné podpory k řádnému průběhu vzdělávání, žák znevýhodněný nedostatečnou znalostí vyučovacího jazyka).

5.3. Individuální plán

Individuální vzdělávací plán (IVP) pro vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se uskutečňuje v souladu s příslušnými legislativními ustanoveními.

Dle § 18 zákona č. 561/2004 Sb. může ředitel školy s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Ve středním vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání může ředitel školy povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu i z jiných závažných důvodů.

Vyhláška č.73/2005 Sb. v § 6 uvádí:

- IPV se stanovuje pro žáka s hlubokým mentálním postižením, pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka, který navštěvuje speciální školu.
- Žák musí projít mnoha odbornými vyšetřeními jako například speciálně pedagogické vyšetření, psychologické vyšetření, Důležité je také vyjádření zákonného zástupce nebo zletilého žáka.
- Zpracování IVP je relevantním dokumentem pro opatření speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Je součástí potřebné dokumentace.
- Za IVP odpovídá ředitel školy. Vypracovává se ve spolupráci s poradenským zařízením a zákonným zástupcem.
- IVP je vždy zpracován před nástupem do školy, nejpozději však do jednoho měsíce po nástupu nebo po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb.
- IVP je možno doplňovat a upravovat v průběhu celého školního roku.
- Zákonný zástupce musí být seznámen s IVP ředitelem školy a potvrdí ho podpisem.
- Školské poradenské zařízení sleduje a dvakrát ročně vyhodnocuje IVP, zejména zda jsou dodržovány všechny dané směrnice.

IVP obsahuje:

- údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické péče,
- daný cíl vzdělávání žáka,
- časové a obsahové rozvržení učiva,
- vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka,
- seznam potřebných pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů,
- určení pedagogického pracovníka poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka,
- návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává,
- předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu poskytovaných podle zvláštního právního předpisu,
- závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.

Význam individuálního vzdělávacího plánu

Přínos individuálního studijního plánu spočívá dle Zelinkové (2007) v mnoha oblastech:

- Umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, bez ohledu na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky. IVP není překážkou k dalšímu vzdělávání, ale pomůckou k lepšímu využití předpokladů. Nejsou ojedinělé případy, kdy dítě pracující bez stresu a porovnávání s vrstevníky dosahovalo mnohem lepších výsledků. Pozitivně působí též pocit, že mu učitel chce pomoci, dává šanci být lepší. Cílem není hledat úlevy, ale najít optimální úroveň, na níž může integrovaný žák pracovat.
- Umožňuje učiteli pracovat s dítětem na úrovni, které dosahuje, bez obavy z nesplnění požadavků učebních osnov. Je východiskem plánovité aktivity ve vztahu ke konkrétnímu žákovi. Je vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení. Nové údaje získávané v průběhu vyučování slouží jako zpětná vazba a vedou k úpravě plánu podle dosažených výsledků.

- Do přípravy se zapojují i rodiče, kteří se tak stávají spoluodpovědnými za výsledky práce svého dítěte (Zelinková, 2007).

5.4 Specifické poruchy učení

„Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha učení může vyskytnout souběžně s jinými formami postižení (jako např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových vlivů“ (Matějček, 1993, s. 24).

A. Dyslexie (porucha čtení): projevuje se obtížemi ve čtení. Čtení je buď pomalé, namáhavé, neplynulé, s menším výskytem chyb (tzv. pravohemisférové), nebo naopak rychlé, překotné, se zvýšenou chybovostí (tzv. levohemisférové). Děti s dyslexií mívají také problémy s intonací a melodií věty, nesprávně při čtení dýchají. Opakují začátky slov, neudrží pozornost na jednom řádku, přeskakují řádky a hůře se orientují v textu. Při čtení se objevují typické specifické chyby (záměna písmen tvarově podobných; vynechávky/přidávání písmen, slabik, slov či vět; vynechávky diakritických znamének; domýšlení koncovek slov).

B. Dysgrafie (porucha psaní a grafického projevu): dítě má často problémy s osvojováním, zapamatováním a s pohotovým vybavováním písmen, s převodem tiskacích písmen na psací, se zachováváním správných tvarů písmen (písmena nedotahují, nedopisují). Děti mívají obtíže i s navazováním jednotlivých písmen, udržením písma na řádku, s dodržováním velikosti písmen, se zachováváním směru psaní a správného sklonu. Někdy jim dělá problém i dodržování správného rozestupu mezi jednotlivými písmeny ve

slovech, dodržování stejných mezer mezi slovy. Písmo je u dětí s dysgrafií často špatné, hůře čitelné nebo až nečitelné.

C. Dysortografie (*porucha pravopisu*): tato porucha se velice často objevuje ve spojení s dyslexií. V počátcích školní docházky, v 1.-3. ročníku, se vyskytuje velké množství tzv. dysortografických chyb. Tyto chyby se nejčastěji objevují při psaní diktátu (vynechávání písmen, slabik, slov i vět; přidávání písmen, slabik, slov).

D. Dyskalkulie (*porucha matematických schopností*): projevuje se obtížemi v orientaci na číselné ose, záměnami čísel, neschopností provádět matematické operace (sečítání, odečítání, násobení, dělení), dítě má také problémy při označování množství a počtu předmětů. Objevuje se neschopnost dítěte chápat vztahy v matematických řadách, což mu způsobuje obtíže při řešení slovních úloh. Dyskalkulii ještě dělíme podle příznaků na praktognostickou dyskalkulii, verbální dyskalkulii, lexickou dyskalkulii, grafickou dyskalkulii a operační dyskalkulii.

E. Dyspraxie (*porucha schopnosti vykonávat manuální a složité úkony*): tato porucha se může projevit jak při běžných denních činnostech, tak ve vyučování. Tyto děti bývají pomalé, nezručné, neupravené a jejich výrobky jsou nevzhledné. Dítě trpící touto poruchou je často označováno za neobratné, nemotorné či nešikovné.

F. Dysmúzie (*porucha hudebních schopností*): Postihuje schopnost vnímání a reprodukce hudby, dítě má obtíže v rozlišování tónů, nepamatuje si melodii, nerozlišuje a není schopno reprodukovat rytmus.

G. Dyspinxie (*porucha výtvarných schopností*): jedná se o specifickou poruchu kreslení neboli kresebných dovedností, která je charakterizována nízkou úrovní kresby. Kresba má nízkou, primitivní úroveň, odpovídající věkově mladším dětem. Tvary jsou nedokonalé. Dítě zachází s tužkou neobratně, tvrdě. Žák není schopen zobrazit předměty nebo své

představy z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír. Dítě má také potíže s pochopením perspektivy.

Specifické poruchy učení má čím dál tím více dětí. V této době je již plno tzv. dys-center, kde se na tyto poruchy zaměřují. Dys-centra jsou nestátní instituce, které nabízejí různé formy individuální nápravy a léčby pro děti se specifickými poruchami učení a chování. Tato centra také organizují vzdělávací akce pro učitele mateřských, základních nebo středních škol. V neposlední řadě poskytují informace rodičům a shromažďují nové údaje z oboru. V České republice je šest dys-center (Brno, Litoměřice, Most, Praha, Třebíč, Ústí nad Labem) (Riefová, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

6. METODOLOGIE

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, a to proto, že každý případ se dá zkoumat důkladně.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Creswel in Hendl, 2008, str. 48).

Jako první si výzkumník musí vybrat téma svého zkoumání. Otázky, které si vybere, může přizpůsobovat nebo doplňovat během výzkumu. V jeho průběhu vznikají výzkumné otázky, hypotézy a rozhodnutí, jak pozměňovat výzkumný plán a dále pak pokračovat při sběru dat a jejich analýze. Analýza i sběr dat jsou velmi náročné, a proto by měl mít výzkumník vymezen delší časový interval (Hendl, 2008).

Metody, které používá kvalitativní výzkum, jsou texty a dokumenty, videozáznamy, pozorování a interview. Výzkumník musí být v úzkém kontaktu s terénem, situací a jedincem. Hlavním prostředkem je sám výzkumník. Všechna data jsou přepisována do poznámek a tvoří se z nich případové studie.

Do bakalářské práce jsem využila biografický výzkum, a to proto, že studie se týká vždy jedné osoby (Hendl, 2008). V bakalářské práci využívám metodu pozorování a rozhovory.

6.1 Cíl šetření

Tématem praktické části je zpracování tří případových studií dětí, které mají ADHD. Cílem práce je porovnat všechny tři případové studie a vytvořit závěry, z kterých plyne, jaký vliv má léčba na jedince. V závěru práce je poskytnuto doporučení pro rodiče, kteří tvrdí, že léky mají špatný vliv na dítě s ADHD.

6.2 Charakteristika souboru

Výběr jedinců do případových studií nebyl náhodný. Pro porovnání případových studií bylo vybráno jedno dítě medikované, druhé dítě bez medikace a třetí s přerušenu léčbou. S jedinci je dlouhodobě spolupracováno. Nejdéle jsem měla možnost pracovat s jedincem z druhé případové studie.

6.3 Případová studie č. 1

Tato případová studie se zabývá jedincem, který má diagnostikováno ADHD s přidruženými specifickými vývojovými poruchami učení – dyslexií, dysgrafií a dysortografií. Trpí také poruchou pozornosti a má zvýšenou impulzivitu. Z důvodu ochrany osobních údajů bylo pro jedince zvoleno fiktivní jméno Adam.

Rodinná anamnéza

Adam pochází z úplné rodiny. Matka, 31 let, je středoškolačka, zaměstnaná, pracuje jako kadeřnice. Otec, 38 let, je středoškolák, zaměstnaný, pracuje jako řidič. Adam je jedináček. Vztahy v rodině jsou velmi dobré, na výchově se podílejí oba rodiče.

Osobní anamnéza

Adam se narodil ve 40. týdnu, porod proběhl bez problémů. Porodní váha 3865g/52cm. V jednom roce měl Adam úraz hlavy, který si způsobil pádem z postele. Z pozice rodiny i školy se chlapec jeví jako výrazně hyperaktivní se sklonem k agresivitě. Od pěti let je v péči pedagogicko-psychologické poradny a psychiatra s diagnózou ADHD a přidruženými specifickými vývojovými poruchami učení – dyslexií, dysgrafií a dysortografií. Je žákem 3. třídy základní školy. Adam chodí do běžné základní školy a navštěvuje dys-centrum v Praze.

Problémy dítěte

Většinu spolužáků intelektem převyšuje, má rozsáhlý všeobecný přehled a výborné vyjadřovací schopnosti. Dyslektické obtíže ve čtení zvládl díky velké pomoci matky.

Dysgrafické obtíže ustoupily s věkem. Přetrvávají obtíže v oblasti dysortografie (nerespektování hranice slov a vět, časté vynechávání diakritických znamének, nerespektování délky samohlásek atd.).

V průběhu vyučování se projevuje velkým motorickým neklidem, pokud musí setrvat na jednom místě, odreagovává se kýváním, podupáváním, neustále si s něčím hraje nebo si čmárá. Při výkladu vykřikuje, skáče učitelům do řeči a nenechá mluvit ani spolužáky. Neustále na sebe strhává pozornost, šaškuje, vykřikuje nevhodné poznámky, často i vulgární. Nesoustředí se, pozoruje dění v celé třídě i za okny, shazuje věci z lavice. Tyto chvíle někdy vystřídá nezáměr až apatie, kdy odmítá pracovat, nepíše si poznámky, nespolupracuje. Pokud ho práce zaujme, většinou ji doprovází mluvením či broukáním.

Se spolužáky má velmi komplikované vztahy. Ze začátku byl Adam velmi oblíbený a celkově ve vůdčí pozici. Postupem času však začalo jeho chování spolužáky obtěžovat a docházelo k častým konfliktům. Nedokáže pracovat ve skupině, při soutěžích chce vždy vyhrát. Pokud se mu nedaří, reaguje vztekle a někdy až agresivně. Jeho agrese je většinou slovní: urážky a vulgarismy. Nemá stálé kamarády. Během přestávek se rád baví s žáky vyšších ročníků, většinou jsou také problematictí. Snaží se před nimi předvést, zavděčit se jim, získat obdiv.

Také doma se Adam snaží, aby mu všichni členové věnovali maximální pozornost. Je velmi nepořádný, pokud je přinucen uklidit si své věci, dělá to velmi nedbale. Pokud pomáhá v domácnosti, dělá to velmi neochotně. Občas má „světlé chvíle“, kdy sám od sebe nějakou práci udělá. Většinou proto, že má v plánu požádat o nějaké nadstandartní svolení matky. Do školy se odmítá připravovat, lže, zapírá úkoly, schovává sešity a žakovskou knížku. Neustále ztrácí pomůcky a sešity. V případě, že ho matka přinutí k nějaké přípravě na vyučování, vzteká se a truceje. Příprava do školy je doma důvodem nejčastějších sporů. V poslední době se množí i spory ohledně Adamova pobytu mimo domov. Rád se toulá s kamarády, které však velmi často střídá. Adam začal kouřit, což je na tento věk velmi neobvyklé. Přitahuje ho vše, co je zakázané. Jeho matka si jeho problémy příliš nepřipouští.

Léčba

Léčba byla zaměřena na poruchu pozornosti a impulzivitu. Adam začal užívat ritalin, díky čemuž došlo k výraznému zlepšení pozornosti ve škole a chování mezi lidmi. Po velkém zlepšení ve škole se bohužel jeho matka rozhodla k přerušení léčby ritalinem. Byla přesvědčena, že chlapec již bez problémů udrží ve škole pozornost. To však bylo jen díky užívání ritalinu. Jeho problémové chování, které se objevuje odpoledne, si matka vyřeší sama. Prý kvůli tomu nemusí brát léky. Z jejího rozhodnutí nebyl Adamův psychiatr nadšený, ale nakonec se domluvili na vysazení ritalinu na tři měsíce. Po dobu těchto tří měsíců mají učitelky ve škole za úkol pozorovat jeho chování a vést si zápisky, stejně tak jeho matka v odpoledních hodinách. Nyní je to měsíc co má Adam vysazený ritalin. Učitelky jsou z něho opět nešťastné, jeho pozornost se zase zhoršila. Bohužel matka si nenechá poradit a trvá na přerušení léčby. Adamova třídní učitelka se spojila s jeho psychiatrem a snaží se jeho matku přesvědčit, že tímto rozhodnutím synovi jen ubližuje.

6.4 Případová studie č. 2

Druhá případová studie je zaměřena na jedince, který má diagnostikováno ADHD. Trpí poruchou pozornosti a má sklon k agresivitě. Z důvodu ochrany osobních údajů bylo pro chlapce zvoleno fiktivní jméno Filip.

Rodinná anamnéza

Filip pochází z neúplné rodiny. Matka, 34 let, je středoškolačka, na mateřské dovolené. Má ještě jedno dítě, holčičku, 2 roky. Otec, 45 let, je vysokoškolák, zaměstnaný jako manažer. Otec s rodinou již rok nežije. Vztahy mezi rodiči jsou dobré. Děti k otci chodí, ale bohužel jen občas, otec je pracovníčně velmi vytížený. Na výchovu Filipa je tedy matka spíše sama.

Osobní anamnéza

Filip se narodil ve 42. týdnu, porod proběhl bez problémů. Porodní váha 4120g/52cm. Ve dvou letech prodělal infekční onemocnění. Jeho problémy začaly ve

školce kolem třetího roku. Chodil proto již do tří školek. Až v té poslední se o Filipovy problémy začaly učitelky zajímat a řekly jeho matce, že by měli navštívit psychiatra. Ve 4 letech mu bylo diagnostikováno ADHD a také sklon k agresivitě. Filipovi je 6 let, chodí do školky, kde navštěvuje třídu pro předškoláky.

Problémy dítěte

Filip měl největší problémy ve školce, ale i doma si s ním matka nevěděla rady. Filip neměl ve školce žádné kamarády, všechny učitelky ho od prvního dne neměly rády. Nikdo mu ale nebyl schopen pomoci. Jeho matka musela každý den poslouchat stížnosti učitelek a ostatních maminek. Vyčítala si, že syna špatně vychovala, a myslela si, že za jeho chování může také rozvod rodičů. Díky tomu musel Filip několikrát přestupovat do jiné mateřské školy. Až v té poslední, kam Filip ve 4 letech přestoupil, učitelky matku upozornily, že není něco v pořádku. Poprvé ale matce nevyčítaly špatnou výchovu a rozmazlenost, ale poradily jí, aby se obrátila na psychiatra.

Léčba

Jeho matka se tedy obrátila na oddělení dětské psychiatrie v pražské Thomayerově nemocnici. Tam ihned rozpoznali jeho problémy a doporučili dokonce alespoň dvoutýdenní hospitalizaci. Ta velmi pomohla, Filip se zklidnil a začal znova navštěvovat školku. Učitelky byly z výsledku krátké léčby nadšené. Filip dále navštěvuje psychologa, který mu pomáhá zvládat své emoce. Také užívá již několik měsíců ritalin. Díky němu Filip v klidu zvládá předškolní přípravu a konečně se začíná těšit do školy, protože sám pociťuje, že to zvládne. Jeho matka je nejvíce vděčná učitelkám z MŠ, které ji upozornily, že něco není v pořádku. Kdyby prý nebylo jich, skončila by na psychiatrii asi ona. Je nadšená z přístupu psychologa a psychiatra, které již dva roky Filip pravidelně navštěvuje. Matka si nemůže kombinaci léků a práce psychologa a psychiatra vynachválit. Filipovi obě léčby již dva roky vyhovují, konečně si našel kamarády a začal být sebevědomější v kolektivu.

6.5 Případová studie č. 3

Třetí případová studie se zabývá chlapcem, který má diagnostikováno ADHD, ale jeho matka si to nepřipouští, takže se její syn neléčí. Z důvodu ochrany osobních údajů je pro jedince zvoleno fiktivní jméno Mirek

Rodinná anamnéza

Mirek pochází z úplné rodiny. Matka, 32 let, je středoškolačka. Pracuje jako prodavačka v obchodě s oblečením. Otec, 43 let, je vysokoškolák, ředitel nejmenované firmy. Žijí v jedné domácnosti, ale vztahy mezi rodiči jsou velmi špatné. Otec tráví většinu času v práci. Matka je tedy na výchovu Mirka sama. Mirek je jedináček.

Osobní anamnéza

Mirek se narodil v 39. týdnu, porod bez problémů. Porodní váha 3910g/52cm. Mirek neprodělal žádná vážnější onemocnění ani úrazy. Problémy s chováním a pozorností měl již ve školce. V MŠ na to matku upozornili a poslali ho na vyšetření k psychiatrovi. Na vyšetření psychiatr Mirkovi diagnostikoval ADHD s poruchou pozornosti, ale jeho matka nesouhlasila s léčbou. Dodnes se Mirek neléčí. Dnes je Mirkovi 8 let a chodí do 2. třídy základní školy.

Problémy dítěte

O Mirkových problémech byli ochotni mluvit hlavně jeho otec a třídní učitelka. Mirek má diagnostikované ADHD od svých 5 let. Jeho matka si to ale nepřipouští a nechce přistoupit na léčbu. Bohužel si neuvědomuje, že nejvíce tím ubližuje právě Mirkovi. Kvůli Mirkovým problémům jsou u nich doma hádky mezi matkou a otcem na denním pořádku. Otec by byl pro léčbu, ale matka ne. Otec bohužel není důsledný, a proto dodnes léčba nezačala a Mirkovy problémy se stupňují.

Problémy se výrazně zhoršily v první třídě. V hodinách začal vyrušovat, nechtěl sedět v lavici. Třídní učitelka matku znovu upozornila, že Mirek má doopravdy problémy a že pro jeho dobro by s Mirkem měla začít pravidelně navštěvovat psychologa. Matka to rázně odmítla, její syn prý není blázen.

Dohadování s matkou trvalo celou první třídu a pokračovalo i ve druhé. Poté se třídní učitelka spojila s otcem, aby se pokusili matku přesvědčit a s Mirkem začala navštěvovat alespoň psychologa nebo psychiatra. S tím matka souhlasila. Mirek byl již na prvním sezení s psychologem. Ten ihned navrhl léčbu léky, to však jeho matka opět zamítla. Slíbila ale, že bude s Mirkem alespoň pravidelně docházet na sezení. Snad se bude mít Mirek konečně lépe!

6.6 Porovnání případových studií

Při porovnávání těchto tří případů je vidět, že léčba ADHD dětem prospívá a je tedy pro ně důležitá. Děti, které se léčí pomocí léků, dochází k psychologovi nebo psychiatrovi, mohou s touto poruchou normálně žít. Léčba jim pomůže zvládat školu bez problémů a lépe se zařadit do kolektivu.

Druhá případová studie je zaměřena na jedince, který se už dva roky léčí a jsou zde vidět jeho pokroky v předškolní přípravě, ale i v chování ve škole. Našel si kamarády a začíná se těšit do školy, protože už i on sám pociťuje, že to zvládne. Ve třetí případové studii je vidět přesný opak. Chlapec se neléčí, protože to jeho matka odmítá. Nejvíce tím bohužel ubližuje svému synovi. Chlapec zvládá školu s velkými obtížemi, do kolektivu nezapadá a doma s ním mají také problémy.

U případové studie, která se zaměřila na chlapce s přerušovanou léčbou je nejlépe vidět, jaký má léčba medikamenty kladný vliv na zlepšení zvládnutí poruchy. Před počátkem léčby měl chlapec potíže se zařazením do kolektivu, s udržení pozornosti v průběhu výuky ve škole a s dodržováním jakýchkoliv pravidel chování ve škole i doma. Léčbou všechny tyto potíže ustoupily a chlapec se ve všech výše uvedených oblastech projevoval stejně jako jeho vrstevníci. Zásadní chybou matky však bylo vysazení léčby, z důvodu nepodložené obavy možného návyku na užívané léky. Po měsíci vysazení léků se chlapec vrátil do stavu před počátkem léčby, což zpozorovala paní učitelka ve škole a vyvinula veškeré úsilí k návratu k léčbě i přes nespolupráci s matkou.

ZÁVĚR

Má bakalářská práce je zaměřena na diagnostiku a léčbu ADHD. Cílem této práce bylo seznámit se s druhy terapie. První kapitola se zabývá historií a klasifikací ADHD. Další dvě kapitoly byly věnovány příčinám a projevům ADHD. Čtvrtá kapitola byla zaměřena na diagnostiku a léčbu ADHD. Jsou zde postupně popsány různé druhy terapie. Poslední kapitola se pak zabývá vzděláváním dětí s ADHD.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na tři případové studie dětí a jejich léčbu ADHD. Cílem bylo poukázat na to, jak moc je léčba ADHD pro dítě důležitá. Díky pozorování jedinců z případových studií jsem měla možnost setkat se s dětmi, které se léčí, i s dětmi, které se neléčí. Měla jsem tedy možnost porovnat, jak se liší jejich chování a jak například zvládají školu.

Při pozorování těchto tří případů je jasně vidět, že léčba ADHD je důležitá a hlavně, že nejvíce pomůže dítěti samotnému. Léčba ADHD se liší podle vážnosti problémů, které děti mají. Jsou případy, u kterých stačí jen pravidelné návštěvy poradny. Jsou ale i vážné případy, u kterých je potřeba užívat léky. Bohužel se mnoho rodičů bojí léky dětem podávat, což je špatně. Myslí si, že jsou tyto léky nebezpečné, že děti utlumují nebo že se na nich stanou závislé. V teoretické části jsou také uvedeny informace o medikamentech na ADHD. Jako první je potřeba zdůraznit, že se rozhodně nejedná o žádné uspávací prostředky. Léky proti ADHD jen regulují činnost látek v mozku, které jsou důležité pro udržení pozornosti a schopnosti soustředění se. Dítěti také pomáhají lépe ovládat své chování a tlumí jeho neposednost a mnohmluvnost. Dítě je pak mnohem klidnější, ve škole se lépe soustředí na vyučování a dělá mnohem méně chyb z nepozornosti. Také méně vyrušuje a lépe vychází s ostatními dětmi, lépe se zapojí do kolektivu. Dítě se pak cítí spokojenější a úspěšnější, protože poklesne počet napomínání ze strany učitelů. Léky vydrží účinkovat až do odpoledních hodin, takže dítě je klidnější i doma, lépe zvládá například vypracování domácích úkolů. Celkově se dítě zklidní a hlavně to nejvíce pomůže jemu samotnému, proto si myslím, že na užívání léků není nic špatného. Jak uvádí Drtílková, Šerý (2007) je dokázáno, že léčba pomocí léků je úspěšná u 70 – 90 % dětí.

Někdy se mohou u dětí při užívání léků vyskytnout vedlejší účinky, jako například žaludeční nevolnost, nechutenství nebo špatné usínání. Tyto problémy se ale objevují jen

ojediněle. O nejvhodnějším léku však musí vždy rozhodnout dětský psychiatr s ohledem na celkový zdravotní stav dítěte.

Jak bylo uvedeno již na začátku, ne všechny děti musejí léky užívat. U malé části dětí se daří potlačit příznaky ADHD pouze pomocí psychologických, režimových a výchovných prostředků. Ty ale fungují tehdy, jsou-li projevy ADHD mírné. Každý případ je nutné posuzovat individuálně! Je důležité, aby rodiče spolupracovali s psychologem, psychiatrem a pediatrem, jen tak mohou svým dětem pomoci.

Rodiče, kteří odkládají návštěvu dětského psychiatra, nejvíce ubližují svému dítěti. Ani speciální výchova většinou nestačí k tomu, aby se podařilo dítěti s ADHD zajistit lepší kvalitu života. Speciální výchovné metody mohou nějaké příznaky zmírnit, většina z nich ovšem přetrvává. Je známo, že v dospělosti ADHD někdy zmizí sama od sebe, ale rozhodně se na to nevyplatí spoléhat. Důsledky neléčené poruchy mohou být poměrně závažné. Neléčení jedinci jsou náchylnější k závislostem na drogách, kradou, mají problémy s asociálním chováním. Problémy mají i v sociálních vztazích. U ADHD je proto nutný komplexní přístup k terapii a především včasná diagnóza.

Závěrečné shrnutí dospělo k následujícím závěrům. Neléčené dítě obtížněji zvládá školu a často nedosáhne takového vzdělání, na které má talent a vlohy. Dítě s ADHD bez léčby mívá také velmi špatné vztahy s vrstevníky. Zato dítě, které se léčí, zvládá školu bez problémů, lépe se soustředí, zbaví se neklidu a lépe se zařadí do kolektivu vrstevníků. Celkově lépe využije svoje schopnosti jak ve škole, tak i doma.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Seznam použitých českých zdrojů

BARTOŇOVÁ, M. – *Kapitoly ze specifických poruch učení I.* Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3613-3

ČERNÁ, MARIE. *Lehká mozková disfunkce.* 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-880-8

DRTÍLKOVÁ, IVANA. *Hyperaktivní dítě.* 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.

DRTÍLKOVÁ, IVANA, ŠERÝ, O. Et al. *Hyperkinetická porucha/ADHD,* Galén, Praha 2007. ISBN 978-7262-419-5

FISHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním.* Praha, Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

GOETZ MICHAL, UHLÍKOVÁ PETRA. *Adhd-porucha pozornosti s hyperaktivitou.* Praha: Galén 2013. ISBN 978-80-7262-630-4

HENDL, J. *Kvalitativní a kvantitativní výzkum.* 2. vyd. Praha: Portal, 2008. ISBN 8073674858.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie – Specifické poruchy čtení.* 2. vyd. Jinočany : H&H, 1993. ISBN 80-85467-56-9

MUNDEN, A., ARCELUS, J. – *Poruchy pozornosti a hyperaktivita* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-188-3

PACLT, I. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-2471426-4

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9

RÁDLOVÁ, E. a kol. *Speciálně pedagogická diagnostika*. 1.vyd. Ostrava: Montanex a.s., 2004. ISBN: 80-7225-114-7

RIEFOVÁ, SANDRA F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-728-5

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007 ISBN 978-80-247-1733-3

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí* Praha: Portál, 2001. 198 s. ISBN 80-7178-503-2

VÁGNEROVÁ, M. – *Psychopatologie pro pomáhající profese* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-678-0

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-326-0.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 11. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1

Seznam použitých internetových zdrojů

© 2013 – 2014 [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>

© 2008 [cit. 2014-02-06]. Dostupné z: <http://www.eeg-biofeedback.cz/>

© 2014 [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>

© 2008 [cit. 2014-02 –15]. Dostupné z:

<http://www.odbornaskola.cz/joomla/images/stories/odbornaskola/pdf/spec%20vyvoj%20poruchy%20uceni.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADHD Porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou

LDE Lehká dětská encefalopatie

LMD Lehká mozková dysfunkce

IVP Individuální vzdělávací program

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

MŠ Mateřská škola

ZŠ Základní škola

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Magdaléna Tomanová

Obor: Speciální pedagogika-vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Diagnostika a terapie ADHD u žáků mladšího školního věku

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 41

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 18

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 4

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Iva Duksová