

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO**  
**PRAHA**

magisterské kombinované studium  
2010 – 2012

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Petra Honzíková

Problematika syndromu ADHD a jeho možná terapie –  
Vzdělávací projekt

**Praha 2012**

**Vedoucí diplomové práce:**  
**Mgr. Martina Strnadová**

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Master Combined (Part time) Studies

2010 - 2012

**DIPLOMA THESIS**

Petra Honzíkova

The issue of ADHD syndrome and its possible therapy -  
Educational Project

**Prague 2012**

**The Diploma Thesis Work Supervisor:**

**Mgr. Martina Strnadová**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová 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 použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne .....

*Jméno autorky : Petra Honzíková*

## **Poděkování**

Chtěl(a) bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Martině Strnadové za odbornou pomoc a trpělivost při práci na diplomové práci. Dále poděkování patří Doc. PaedDr. Marii Kocurové, Ph.D, která mi dovolila citovat rozhovor na téma Syndrom ADHD, který byl pro mou diplomovou práci i pro mě velkým přínosem.

## **Anotace**

Cílem diplomové práce je shrnout teoretické poznatky, historii a variabilitu forem diagnostiky syndromu ADHD (porucha pozornosti provázená hyperaktivitou), dále možnosti terapií pro děti se syndromem. Snahou je vytvořit dokumentaci, která může sloužit jako vzdělávací projekt pro andragogy a lektory v plném znění pro přednášející. Práce je podpořena praktickou částí, která formou dotazníků mapuje zájem o vzdělávání v této oblasti mezi rodiči a učiteli a zjišťuje i pohled konkrétních odborníků - speciálních pedagogů.

## **Klíčové pojmy**

Diagnostika, EEG Biofeedback, farmakoterapie, klasifikace, rodinná terapie, syndrom ADHD, terapie, terapie pevným objetím, Vojtova metoda

## **Annotation**

The goal of my thesis is to sum up theoretical knowledge, history and variability of forms of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) syndrome diagnosis and further the therapy options. The aim is to create comprehensive educational project for Andragogy and lecturers which is intended for use by lecturers. The thesis is supported by the practical part deals with the interest of education in this field between parents and teachers. This practical part is realized by the form of questionnaires and also identifies specific view of experts - special pedagogues.

## **Key words**

Diagnostics, EEG biofeedback, pharmacotherapy, classification, family therapy, ADHD syndrome, therapy, hug therapy, Vojta method

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1 SYNDROM ADHD</b> .....	12
1.1 Vymezení pojmu ADHD .....	12
1.2 Historie ADHD .....	13
1.3 Klasifikace ADHD .....	13
1.4 Etiologie .....	15
<b>2 SYMPTOMY ADHD</b> .....	18
<b>3 DÍTĚ SE SYNDROMEM ADHD</b> .....	21
3.1 Období kojenecké .....	21
3.2 Období batolící .....	21
3.3 Období předškolní .....	22
3.4 Období školní .....	22
<b>4 PROCES DIAGNOSTIKY SYNDROMU ADHD</b> .....	24
4.1 Psychologické vyšetření .....	24
4.2 Neurologické vyšetření .....	25
<b>5 TERAPIE SYNDROMU ADHD</b> .....	27
5.1 Terapie, podporující osobnost dítěte .....	28
5.1.1 Terapie pevným objetím .....	28
Popis terapie .....	29
5.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie .....	31
Charakteristické rysy KBT .....	31
3 možná pojetí chápání KBT .....	32
Analýza ABC .....	32
Pozitivní posilování .....	34
5.1.3 Rodinná terapie .....	36

5.2	Terapeutická pomoc, řídicí pohybovou aktivitu .....	38
5.2.1	EEG – biofeedback.....	38
5.2.2	Vojtova metoda .....	39
5.2.3	Terapie hrou .....	41
5.2.4	Muzikoterapie .....	42
5.2.5	Hipoterapie a canisterapie .....	43
5.3	Terapeutická pomoc biochemickou cestou.....	44
5.3.1	Farmakoterapie.....	44
	Používané látky v tabletách:.....	44
5.3.2	Dietetické vlivy .....	45
5.4	Pomocné terapeutické metody .....	46
5.4.1	Jogová cvičení.....	46
5.4.2	Bojová umění .....	47
5.5	Shrnutí a doporučení .....	47
 <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>		
<b>6</b>	<b>ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI .....</b>	<b>51</b>
6.1	Dotazník pro učitelky/učitele mateřských škol.....	52
6.2	Dotazník pro pedagogicko-psychologické poradny .....	58
6.3	Rozhovor .....	66
	Závěr rozhovoru.....	72
<b>ZÁVĚR</b> .....		<b>74</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....		<b>78</b>
	Internetové odkazy: .....	79
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....		<b>80</b>
Příloha A.....		I
Příloha B.....		II
Příloha C.....		III
Příloha D.....		VI



# ÚVOD

„ADHD není problém, problém je najít správnou cestu, jak s tím žít,“

Doc. PaedDr. Marie Kocurová, Ph.D

Jako téma diplomové práce bylo vybráno téma *Problematika syndromu ADHD a jeho možná terapie – Vzdělávací projekt*. Tématem ADHD (porucha pozornosti doprovázena hyperaktivitou) jsme se zabývali i v bakalářské práci (Honzíková, Petra: *Možnosti terapie syndromu ADHD u dětí předškolního věku*, ZČU Plzeň, 2010.) Z bakalářské práce jsme vycházeli především v teoretické části, která se zabývá syndromem ADHD a možnostmi terapií.

Při zpracování praktické části bakalářské práce vyšlo najevo, že o metodách terapií syndromu ADHD není v ČR žádná ucelená publikace, která by sloužila pedagogům a rodičům dětí s ADHD jako učební pomůcka či skripta. Velká část rodičů se snaží dětem pomoci a pochopit vše, co jim syndrom způsobuje. Ti rodiče, kteří o nemoci jen spekulují a vyhledávají si podrobnosti, by dle názorů populace takovou publikaci přivítali. Právě odhalení a zvládnutí syndromu ADHD může dětem i jejich okolí hodně ulehčit život. Rodiče a část lékařů zakládají stránky na internetu, např. Adehade.cz, kde si vyměňují informace a radí se s odborníky. Bohužel se shodují, že pedagogové nejsou dostatečně informováni a dochází ke zbytečným nedorozuměním v komunikaci s dětmi. Cílem předkládané diplomové práce proto bylo vytvořit ucelený souhrn informací, který bude moci být použit jako vzdělávací projekt v plném znění pro lektory. V praktické části jsme dále hledali podporu pro naši práci z řad odborníků. Zájem o tuto problematiku byl zkoumán v podobě dotazníku pro učitele/učitelky z mateřských škol a pro pracovníky pedagogicko-psychologických poraden. Dotazníky řeší míru informovanosti a zájmu o syndrom ADHD a možnostech terapie.

Jak bylo řečeno, v teoretické části diplomové práce byly odborně shrnuty veškeré dostupné informace o syndromu a terapii ADHD. Tato část

může posloužit jako ucelená skripta pro pedagogy a laickou populaci. Dozvíte se v ní především základní informace o syndromu – historii pojmu ADHD, klasifikaci dle klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace i klasifikačního systému Světové zdravotnické organizace a příčiny vzniku. Dále jsou popsány symptomy, díky kterým můžeme syndrom u dětí rozpoznat. K tomu poslouží i popis chování dítěte se syndromem od narození až po mladší školní věk. V případě, že symptomy potvrdí vaši teorii, je na řadě odeslat dítě na vyšetření a diagnostiku. Popis diagnostiky v psychologické poradně a u neurologa naleznete před poslední kapitolou vzdělávacího projektu–Terapie syndromu ADHD. Zde jsou uspořádány a popsány všechny terapie podle jejich působení na dítě.

Součástí praktické části diplomové práce bude spolu s výše popsány dotazníky také rozhovor s pí. Doc. PaedDr. Marií Kocurovou, Ph.D, Plzeňskou specialistkou na syndrom ADHD. Rozhovor se zaměřuje na osobní pohled paní profesorky na syndrom a účinnost jednotlivých terapií, na informovanost populace a pedagogů o možnostech pomoci dětem se syndromem, a na problematiku využívání farmakoterapie u nejmladších dětí.

Pro možnost použití diplomové práce v praxi byl do příloh diplomové práce zakomponován návrh vzdělávacího projektu.

# **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SYNDROM ADHD

## 1.1 Vymezení pojmu ADHD

*„ADHD je vývojová porucha, charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže těchto dětí jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoliv se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“* Tuto definici uvádí Zelinková (2003, str.196) ve své publikaci, jde o definici Barkleyho.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, dále ADHD, v překladu znamená *porucha pozornosti provázená hyperaktivitou* (Reifová, 1999). Do devadesátých let 20. se užívalo všeobecné označení LMD (lehká mozková dysfunkce), tento termín slučoval více poruch: ADHD, ADD, například i SPU (specifická porucha učení). Díky různým projevům vyšetřovaných dětí se začaly od všeobecného LMD oddělovat.

Při diagnostice se však s označením LMD, místo správného označení ADHD, často setkáváme i dnes. Syndrom ADHD má své místo ve dvou hlavních souborech diagnostických kritérií – v MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992) a v DSM-IV (klasifikační systém vydaný Americkou asociací psychiatrů). Obě publikace ADHD klasifikují a dokonce i označují různě - MKN-10 syndrom ADHD označuje jako Hyperkinetickou poruchu, DSM-IV pak značí zkratkou ADHD.

## 1.2 Historie ADHD

S touto poruchou se lidé setkávají pravděpodobně odpradávná. Poprvé syndromy dnešní ADHD popsal r. 1902 britský lékař Frederic Stolkem jako „deficit morální sebekontroly“. Popsal tento syndrom nedostatečné schopnosti udržet pozornost jako neurologickou abnormalitou, projevující se lehkými vrozenými anomáliemi, neklidností, těkavostí, agresí. Podle Stolkena mohly za tyto symptomy organické vrozené příčiny (Munden, 2006).

V roce 1937 publikoval Dr. Charles Bradley v časopise American Journal of Psychiatry článek o „neočekávaném vlivu amfetaminu na hyperaktivitu a jiné podobné poruchy chování“. Tento objev byl zásadní, amfetaminy se při farmakoterapii užívají dodnes.

Ve vydání DSM-II z let 1968 - 1975 se můžeme setkat s klasifikací „hyperkinetické reakce v dětství“, v dalším vydání DSM-III (1980 - 1987) se zdůrazňuje „porucha pozornosti“ a v DMS-IV (1994 - dnes) již manuál Americké psychiatrické asociace hovoří o „syndromu ADHD“ (Drtílková, 2007).

## 1.3 Klasifikace ADHD

Jako ve všech oborech, i v oblasti nemocí a poruch jdou se svými znalostmi odborníci stále kupředu. Proto se i způsoby klasifikace neustále mění.

Dnes se užívají především dva způsoby klasifikace. Je to Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition, neboli DSM-IV, dále jen DSM-IV) a Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> edition, neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize, neboli MKN-10, dále jen MKN-10).

Mezi těmito klasifikačními systémy sledujeme velké rozdíly. Liší se nejen pojmenování diagnostického označení a řada příznaků nezbytných pro stanovení diagnózy, ale i způsob, kterým každý systém popisuje různá chování a abnormality.

#### *Hlavní rozdíly mezi MKN-10 a DSM-IV*

- DSM-IV popisuje „často je nepřiměřeně upovídané“ jako příznak hyperaktivity, MKN-10 popisuje vlastnost podobně, tedy „mluví nadměrně bez ohledu na společenské zvyklosti a zábrany“, spadá však do příznaků impulzivity.
- Rozdíl je i v názvu poruchy: DSM-IV udává Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD). V MKN-10 (F90) je syndrom pojmenován jako Hyperkinetické poruchy.
- DSM-IV rozděluje syndrom na dvě části – nepozornost, hyperaktivita-impulzivita; MKN-10 nespojuje hyperaktivitu s impulzivitou, každá je svou vlastní částí, je tedy rozdělen na části tři – nepozornost, hyperaktivita, impulzivita.
- DSM-IV požaduje pro diagnostikování ADHD splnění alespoň šesti (a více) symptomů v části „hyperaktivita-impulzivita“ přetrvávajících po dobu šesti a více měsíců. Hyperaktivita obsahuje 6 symptomů (impulzivita 3 symptomy), může tedy kritéria pro diagnostiku splňovat i jedinec bez symptomů spadajících do impulzivity.
- Oproti tomu MKN-10 požaduje, aby předem daný počet symptomů z každé části přetrvával po dobu nejméně šesti měsíců. V dnešní době směřuje vědecký názor k tomu, že k základním příznakům syndromu ADHD neodmyslitelně patří zmíněná nedostatečná kontrola impulzivity, což tedy více podporuje diagnostiku dle MKN-10 (Honzíková, 2010).

Rozdíly v diagnostických kritériích MKN-10 a DSM-IV se promítají ve výběru rozdílných skupin dětí, které se částečně překrývají. Pokud budou kliničtí pracovníci trvat na splnění diagnostických kritérií MKN-10, pak může část dětí s určitým postižením, která splňují kritéria DSM-IV, ale ne kritéria MKN-10, být ochuzena o účinnou léčbu a náležitá opatření (Munden, 2006).

## **1.4 Etiologie**

Není jednoduché určit, co stojí za vznikem syndromu ADHD, protože jde o postižení multifaktoriální etiologie. Dosud neznáme všechny příčiny, kvůli kterým vzniká ADHD, proto se málokdy podaří určit pouze jedna. Neustále se přichází na nové poznatky, a tím i na další mechanismy etiologie ADHD. Velmi důležité je, z jakého úhlu se na syndrom nahlíží – jak se odborník k problematice staví a podle čeho ji posuzuje.

Jak bylo řečeno, jde o multifaktoriální etiologii, za jeho vznikem tedy musíme předpokládat více vzájemně se ovlivňujících faktorů. Syndrom ADHD pravděpodobně vzniká kombinací genetických, neurologických a biochemických faktorů, k nimž přispívá negativní vliv životního prostředí.

### **1.4.1 Možné vlivy na vznik ADHD**

Jucovičová (Juovičová, 2007) uvádí, že syndrom ADHD pravděpodobně vzniká v období prenatálním, perinatálním či postnatálním a to drobným poškozením centrální nervové soustavy dítěte. Perinatální vliv znamená protahovaný (déletrvající) porod, případně nedostatek kyslíku v jeho průběhu (asfyxie - má za následek přerušování okysličení mozkových buněk). Jako postnatální vlivy uvádí Šebek (1990) například prodělané záněty, infekce, nebo úraz mozku (do 2 let dítěte). Jako další možné příčiny vzniku ADHD uvádí Drtílková (Drtílková, 2007) nízkou porodní hmotnost, předčasný porod nebo naopak přenošení plodu.

Zelinková ve svém díle uvádí, že důležitou roli u syndromu ADHD má genetické zatížení (až 50%). Horší výkony u dětí s ADHD při neuropsychologických testech potvrdily zděděné změny ve struktuře a fungování mozku (Zelinková, 2003). O tento názor se v dnešní době opírá velké množství odborníků, mluví se již o 80% vlivu genetického zatížení.

Syndrom ADHD také ovlivňují biochemické změny, např. nedostatek tzv. neurotransmiterů- přenašeči signálů mezi neurony. (Jucovičová, 2007).

*„Látky jako dopamin, norepinfrin a serotonin ovlivňují náš způsob myšlení, cítění a mimo jiné i schopnost koncentrace pozornosti. Jsou-li dysfunkční, jako u dětí s ADHD, mohou být tyto pochody poškozeny a v důsledku toho může být vážně porušeno chování.“* (Train, 1997, s. 43)

Dalšími faktory ovlivňujícími syndrom ADHD jsou vlivy vnějšího prostředí, jako příklad můžeme uvést poruchu metabolismu způsobenou olovem (nejrizikovější je období 12-36 měsíců života dítěte). Dalším příkladem může být měď, ta se do těla dítěte dostává zejména z výfukových plynů (Šebek, 1990). Rizikové je také, pokud ženy během těhotenství užívají léky, kouří a pijí alkohol (Train, 1997). Od oblíbené hypotézy mezi vědci, zabývajícími se syndromem ADHD v 80. letech 20. století, že za vznik mohou především toxiny prostředí (kovy a radioaktivita), se pro nedostatek důkazů ustupuje (Drtílková, 2007).

Dr. Ben F. Findold přišel s teorií, že i potravinářské přísady, umělá barviva a příchutě nebo salicyláty v aspirinových lécích by mohly mít souvislost a ADHD. Řešením by měla být dieta v podobě konzumace pouze čerstvých potravin (Šebek, 1990). Z jídelníčku by také měly být vynechány látky podporující aktivitu, jakými jsou například kofein a fosfáty (Train, 1997). Podle Prekopové (1994) se hyperaktivita u dětí po vysazení výše popsaných látek ve většině případů zlepšila, ale více než absencí daných látek za tímto zlepšením vidí spíše zvýšenou péči o dítě a stanovení pevného domácího řádu.



Mezi další možnosti příčin hyperaktivity patří příliš mnoho vnějších podnětů. Šebek (1990) navrhuje, aby se děti vzdělávaly v menších skupinách a v prostředí, kde není příliš podnětů zvenčí a v menších skupinách. Tuto teorii se nepodařilo dostatečně vědecky podložit. V České republice není takový druh vzdělávání možný, chybí výukové plány, prostory, kvalifikovaní pedagogové.

Mezi psychologické příčiny vzniku syndromu ADHD patří prožití traumatu. „Trauma je silný duševní prožitek nějaké události, kdy selhávají schopnosti člověka prožitek zpracovat a úspěšně se na danou situaci adaptovat.“ (Šebek, 1990, s. 49) Tak silné trauma vniká například po ztrátě jednoho z rodičů. Ztrátou rodiče není myšlen jenom odchod či úmrtí, ale také nedostatečná pozornost a láska ze strany rodiče. Obzvláště v batolícím věku dítěte je pozornost rodičů důležitá, dítě potřebuje vzor k identifikaci.

## 2 SYMPTOMY ADHD

Podle Mundeny (Munden, 2006) existují 3 základní symptomy:

*Hyperaktivita, impulsivita, porucha osobnosti.*

*Hyperaktivitou* trpí děti s chronickým neklidem. Mají nutkání být neustále v pohybu, nedokáží chvíli posedět. Hyperaktivní děti si neustále hrají s předměty kolem sebe, nic v bezprostřední blízkosti neujde jejich ručičkám, věci si mohou brát i do pusy, strkat do nosu atd. Hojně se přemísťují, prochází se v době, kdy mají věnovat svou pozornost zadané činnosti – zkrátka nevydrží na jednom místě. Hyperaktivní děti nejsou schopné si hrát bez hluku, nadměrně mluví a zabývají se mnoha věcmi najednou

*Impulsivita* znamená velká netrpělivost. Dítě má problémy čekat až na něj přijde řada, skáče lidem do řeči, neposlouchá pokyny. Chce hračky, se kterými si hrají jiné děti a bere jim je. Také se zaobírá předměty, na které by nemělo šahat a šaškuje. Impulsivita způsobuje mnoho nehod a úrazů – ať už dítě roztěkaností zakopne, vrazí do kolemjdoucího, nebo sáhne na nebezpečnou věc jako je rozpálená pánev nebo nůž. Kvůli impulsivitě se děti bez uvážení pouští do nebezpečných činností. I v dospělém životě mohou například způsobit díky výpadku pozornosti autonehodu.

Posledním základním symptomem je podle Mundeny *Porucha pozornosti*. Dítě s poruchou pozornosti podává nevyrovnané výkony při činnostech, protože neudrží pozornost při úkolu nebo hře, nesoustředí se na okrajové detaily. Dítě poruchou pozornosti dělá chyby a pracuje ledabyle, protože se zabývá nejen zadaným úkolem, ale i jinými aktivitami. Neposlouchá instrukce a je zbrklé, dělá chybné závěry a často jakoby nevnímalo. Dítě s poruchou pozornosti se velmi nerado angažuje v aktivitách, které vyžadují trpělivost. Velice snadno se nechá rozptýlit vnějšími podněty. Také velmi často zapomíná na povinnosti, které má plnit – například v mateřské školce na hygienu.

Munden (Munden, 2006) dále ve svém díle uvádí přidružené problémy doprovázející tyto symptomy. Jedním z nich jsou *problémy s navázáním přátelství*, s čímž mají děti se syndromem ADHD velký problém. Pokud některé přátele získají, nebývají to zrovna hodné děti. Děti s ADHD si tento problém uvědomují a rády by udělaly cokoli, aby to bylo jinak. Jako hlavní příčinu tohoto problému uvádí Munden impulzivitu a nepozornost, protože to je důvod, proč dítě není schopno zvládat pravidla společenského chování, sociální pravidla.

*Poruchy v učení* jsou syndromu ADHD předurčeny. Od mateřské školy začne dítě pozvolna zaostávat za svými vrstevníky, největší rozdíly se objevují při přechodu do školy, kde přibývá stres z nového prostředí.

ADHD často doprovází ještě *specifické poruchy učení*. Nejčastější jsou poruchy čtení a psaní. Výzkum provedený ve Spojených státech ukazuje, že děti s ADHD mají sklon k následným poruchám učení:

- 90% dětí s ADHD není ve školní práci dostatečně výkonných
- 90% dětí s ADHD nepodává ve škole výkon podle svých schopností
- 20% dětí s ADHD má problémy se čtením
- 60% dětí s ADHD má vážné problémy psaní
- 30% dětí s ADHD v USA nedokončí školní docházku
- 5% lidí s ADHD v USA dokončí čtyřleté akademické studium na college nebo na univerzitě v porovnání s 25% z celkové populace (Munden, 2006).

Dalším přidruženým problémem doprovázejícím symptomy ADHD jsou *problémy doma*. Ty vyplývají z napětí, ve kterém jsou rodiny s dítětem trpícím ADHD často i mnoho let. Některé rodiny nevydrží tlak a skončí rozvodem.

Jedním z prvních a zároveň nejhorších syndromů je nespavost dítěte s ADHD. Tento syndrom má totiž za následek nedostatek spánku všech členů rodiny. Díky tomuto nedostatku může vzniknout chronická únava, která má za následek to, že rodiče nemají čas jeden pro druhého. K tomu musíme připočítat neustálý hluk a pohyb, hádky a ničení. Časté hádky se v takovém prostředí dají tušit. V dobách, kdy ADHD nebylo známé, se o takových rodinách mluvilo jako o rodinách, kde nezvládají výchovu a své děti zanedbávají.

Malá (2005) uvádí další symptomy: patří mezi ně *poruchy kognitivních funkcí*. Sem patří poruchy pozornosti - distraktibilita (roztěkanost), nepozornost, dítě není schopné usměrnit pozornost k podstatným informacím, porucha analýzy a syntézy informací, porucha vytváření, sekvencování a realizace plánů (např. nedokončí úkol), porucha motivace, úsilí a vytrvalosti, vizuospaciální porucha (snížená schopnost prostorové představivosti a řešení geometrických úkolů) a v neposlední řadě porucha slovní a pracovní paměti. K dalším patří *porucha motoricko percepční*, kam se řadí hyperaktivita, motorická neobratnost a porucha vizuomotorické koordinace. Malá uvádí také *poruchu emocí a afektů*, tzn. emoční a afektivní labilita, iritabilita (dráždivost), explozivita (zděšení svým vlastním chování), *impulzivitu* a *sociální maladaptace* – dítě nemá stenické reakce, adekvátní kontroly, není schopno souhry s vrstevníky Právě sociální maladaptace je příčinou odmítání dítěte doma i ve škole a jinde.

### **3 DÍTĚ SE SYNDROMEM ADHD**

Každý rodič své děti „pozoruje“ od narození z mnoha důvodů. Jestli dýchají, jestli rostou a vyvíjejí se jak mají, a tak dále a tak podobně. Zvláště pokud v rodině syndrom ADHD byl, měli by rodiče děti hlídat i jestli se u nich neprojevuje výrazně některý rys, naznačující, že syndrom zdědily. [1]-internetový odkaz

#### **3.1 Období kojenecké**

U tak malého dítěte se syndrom ADHD ještě nedá určit, ale můžeme si všimnout odchylek od zdravých dětí. Děti bývají v postýlce neklidné, trpí poruchou denního řádu (bdění x spánek), která jim často přetrvává mnoho let. Děti s ADHD obecně mají menší potřebu spánku (např. odmítají odpolední spánek již v půl roce života). Mají zhoršení sací reflex, bez příčiny se rozpláčou, jsou často podrážděné. Tyto problémy způsobují frustraci matky a tím okolí negativně reaguje na její výchovu (Jucovičová, 2007).

Na praxi v kojeneckém ústavě jsme viděli i děti, které spali třeba jen dvě hodiny přes den a zbytek dne si vynucovaly pozornost ošetřovatelek pláčem a neklidem. Neustále se v postýlce hýbaly, neklid byl znát i při zaujetí hračkou – pohyb končetin, stahy svalů.

#### **3.2 Období batolící**

Toto období je pro rodiče na výchovu velmi náročné. Čím je dítě pohyblivější, tím víc hrozí úrazy, protože jsou v pohybové činnosti neobratné a neohrabané. Při hraní se dítě nesoustředí. Pokud nejsou uspokojeny jeho potřeby, reaguje v afektu křikem a pláčem a často ubližuje ostatním dětem či zvířatům nebo rozbíjí naschvál hračky. Negativismus trvá déle než u zdravých dětí. Vývoj dětí s ADHD je nerovnoměrný – zatímco v některých oblastech vynikají, v jiných, hlavně v sociálních oblastech, jsou pozadu. Zpravidla je

opožděný vývoj řeči. Naopak chodit se dítě s ADHD naučí kolem 10. měsíce života. (Jucovičová, 2007).

### **3.3 Období předškolní**

V tomto věku dítě nastupuje do mateřské školy a výše jmenované příznaky pomyslně vyplují na povrch. Dítě kvůli nim mívá v mateřských školách problémy se zařazením do dětského kolektivu. Pedagogové s dítětem nevycházejí nejlépe, protože mají pocit, že je neposlouchá. De facto narušuje svým chováním celý běh třídy (Jucovičová, 2007).

Nejen s pedagogem, ale ani s ostatními dětmi nemá dítě s ADHD jednoduché vztahy. Takové dítě se snaží upoutat pozornost vším možným – dělá kašpara, někdy je i agresivní k ostatním, bere jim hračky a porušuje pravidla. Nedokáže mezi ostatními dětmi pracovat, obtížně se podřizuje (Drtílková, 2007).

V tomto věku je velice důležitý přístup učitelů/učitelek mateřských škol. Správnou radou rodičům a správnou pomocí v adaptaci dítěte do kolektivu může být budoucí vývoj pozitivně ovlivněn. Ze zkušeností některých pedagogů víme, že díky brzké diagnostice se změní přístup rodičů k dítěti, rodinná atmosféra i vztahy v rodině, což je pro dítě nejlepší možný lék. Ale diagnostikou jediná pomoc pedagogů končit nemusí, je to jen začátek.

### **3.4 Období školní**

Škola vyžaduje, aby žák seděl na jednom místě a soustředil se - proto je to jedno z nejhorších období pro dítě s ADHD. Je to pro ně nadlidský úkol (Munden, 2006). Děti s projevy syndromu ADHD často v pedagogicko-psychologické poradně obostojí se žádostí o odklad, což se zdá prospěšné především pro postupné zrání centrální nervové soustavy.

V tomto období se k výše uvedeným poruchám přidávají poruchy koncentrace a paměti, vnímání a myšlení, což se neslučuje s úspěšným proplouváním školní docházkou (Jucovičová, 2007). Dítě bývá více napomínáno za vyrušování, porušování kázně nebo nedbalost. To jim ubírá sebevědomí a přispívá k pocitu méněcennosti, neúspěšnosti a selhání (Drtílková,2007).

Pod tlakem pak často vše řeší únikem od problému. Tlak nastalých situací ve škole a v rodině může dítě dostat do řešení, kdy záškoláctví, únik do nemoci či útěk z domova vidí jako nejlepší volbu řešení. Někteří jedinci situace řeší i regresí (lze chápat jako krok zpět ve vývoji). Dítě se v případě regrese chová jako předškolní dítě. Další možnost úniku pak má dítě ve zlehčování svých neúspěchů či úspěchu jiných, což v krajních případech vede až ke zkreslenému vnímání reality. Dalším příkladem úniku je „šaškování“, kdy na sebe dítě určitou agresí upoutá pozornost, a tím si vytváří iluzi vlastní úspěšnosti (Jucovičová, 2007).

V dnešní době se syndrom ADHD diagnostikuje i v dospělosti. Například autorce této diplomové práce byl diagnostikován ve věku jednadvacet let. Přes veškerou snahu rodičů i učitelů ji roztěkanost a impulsivita provázejí celý život. Není to nebezpečné, či zvláště velký problém, ale život to nezlehčuje, ba naopak. Stálý nezastavitelný třes, neschopnost se dlouhodobě soustředit, problémy se spánkem. To jsou jen drobnosti, ano. Ale proč dítěti nepomocť od celoživotního strachu, co zase provede?

## 4 PROCES DIAGNOSTIKY SYNDROMU ADHD

Aby se u dítěte diagnostikoval syndrom ADHD, musí prodělat vyšetření u odborníků. Existují dva základní druhy vyšetření – psychologické vyšetření a neurologické vyšetření. Nejnižší věk pro diagnostikování syndromu ADHD jsou 4 roky.

### 4.1 Psychologické vyšetření

Koloběh začíná příchodem rodiny do psychologické ordinace buď na popud učitelek MŠ, odkázáním z pedagogicko-psychologické poradny, z vlastního popudu, na radu lékaře. V dnešní době se o syndromu ADHD mluví v takové míře, že rodič si může symptomů všimnout i sám.

Jako první rodiče čeká vstupní vyšetření prováděné psychologem. Ten si vyslechne, s jakými problémy rodina přichází a co očekává. Dalším krokem je anamnestický rozhovor. Při něm dítě většinou není přítomno, protože se řeší často citlivé informace o rodině a dítě by je nemuselo správně pochopit a mohlo by dojít ke komplikacím. Zájmem psychologa především je, jestli už syndrom ADHD v rodině byl, jestli rodiče mají poruchy učení, nebo nejsou leváci. Po té se psycholog zaměří na dítě samotné – porod, kolikáté je dítě v pořadí, jaké infekce a nemoci dítě prodělalo atd.

Psycholog se zaměřuje na 4 základní oblasti:

*Psychomotorický vývoj dítěte* – lékař se ptá na základní informace o pohybových aktivitách dítěte-jako kdy začalo lézt, plazit se, chodit, jestli některou vývojovou fází přeskočilo, jestli je vývoj normální nebo opožděný. V případě motorického vývoje je pro psychologa především důležitá motorická obratnost, jemná motorika, grafomotorika a lateralizace. Dále jsou podstatné hygienické návyky, stravovací návyky, sebeobsluha a spánek.



*Řečový vývoj* – tady lékař zjišťuje, jestli dítě začalo mluvit včasně x opožděně, kdy začalo dítě s prvními slovy, jak rozumí mluvené řeči, jestli mluví v holých větách nebo souvětích.

*Vývoj osobnosti* – úvodní otázka pro rodiče zní: „Jak byste své dítě charakterizovaly, jaké má vlastnosti?“ Zájmové období je především období vzdoru, projevy dítěte v různých situacích, jestli udrží pozornost (např. při hře) a jestli mu soustředění nedělá problémy.

*Scholarita* – tzn. jestli dítě chodí/chodilo do MŠ (předtím jesle), jak se mu podařilo adaptovat, zda s tím nemělo problémy, jak se chová ve skupině vrstevníků apod..

Během vyšetření by měl psycholog pozorovat dítě při hře a sledovat jeho projevy, protože to může být velice prospěšné při diagnostice. Z uvedených bodů vyšetření psycholog posoudí, zda se u dítěte opravdu jedná o syndrom ADHD. U nesporných případů lze diagnózu potvrdit po prvním sezení, vhodnější se však jeví dítě dál sledovat, u malých dětí se po nástupu do školy může vše změnit (díky zrání centrální nervové soustavy). Kontroly jsou obvykle jednou za půl roku pomocí vývojového vyšetření dítěte.

Při návštěvě psychologické ordinace procházejí děti ještě dalšími testy (standardizovanými). Ty se nemusí vztahovat přímo jen k syndromu ADHD. Jde o testy: Test intelektových schopností, Test laterality, Jiráskův Orientační test, Vyšetření školní zralosti. [2]-internetový odkaz

## **4.2 Neurologické vyšetření**

Syndrom ADHD může být diagnostikován také při neurologickém vyšetření. Neurologické vyšetření může syndrom ADHD potvrdit s jistotou už po prvním vyšetření. Vyšetření probíhá vleže. Dítě musí ležet v klidu, na hlavě má připevněné elektrody EEG snímající a zaznamenávající mozkovou činnost. EEG trvá kolem 20 minut, vyhodnocení testu je u dětí s poruchou ADHD v 15 - 40% hraniční až patologický. Po EEG vyšetření neurolog probere s rodiči

anamnestický popis chování dítěte. Pak je na řadě kontrola reflexů a samotný rozhovor neurologa s dítětem. Neurolog nechává zpravidla mluvit dítě samo, například nějaký příběh či pohádku. Při rozhovoru neurolog sleduje chování dítěte. Z uvedených vyšetření následně neurolog vyhodnotí, zda jde o syndrom ADHD. Kontrolní vyšetření je po čtvrt roce, dále podle potřeb dítěte (Šebek, 1990).

## 5 TERAPIE SYNDROMU ADHD

Jako u terapií všeobecně, i u syndromu ADHD nezabírá každá terapie na každého jedince. Proto je nejefektivnější *multifaktoriální* léčba. Tím, že dítě průběžně absolvuje různé terapie, můžeme ovlivnit jeho přizpůsobení v rodině, zabránit vzniku sekundárních poruch chování a příznivě ovlivnit socializaci, tedy jeho přijetí do kolektivu vrstevníků.

Během terapií je důležitá spolupráce rodiny se školou. Učitel by měl co nejvíc přizpůsobit svoji práci dítěti s ADHD. Především by se měl podílet na socializaci dítěte v rámci kolektivu.

Rozdělení druhů terapií podle Prekopové (J. Prekopová, 1994)

1. *Terapeutická pomoc podporující osobnost dítěte* – tj. taková, která pořádá jeho vztah k sobě samému a ke druhým, která se zaměřuje na „sociální prostředí“ dítěte s poruchou ADHD/ADD:

- terapie pevným objetím
- skupinová terapie s nácvikem emočních a sociálních dovedností
- kognitivně behaviorální terapie – terapie chování
- systémová rodinná terapie
- jiné formy psychoterapie – např. psychodrama ...

2. *Terapeutická pomoc řídící pohybovou aktivitu a zlepšující úroveň aktivity (pozornost, schopnost koncentrace):*

- rehabilitace na neurofyziologickém základě – EEG – biofeedback
- Vojtova metoda – spolupráce levé a pravé mozkové hemisféry
- terapie symetrického tonického šíjového reflexu
- terapie hrou
- muzikoterapie, psychorelaxace
- hipoterapie, canisterapie
- psychomotorika, eurytmie

3. *Terapeutická pomoc pokoušející se ovlivnit syndromy biochemickou cestou:*

- farmakoterapie
- dietetické vlivy

4. *Pomocné terapeutické metody:*

- jógová cvičení
- bojová umění a další

## **5.1 Terapie, podporující osobnost dítěte**

### **5.1.1 Terapie pevným objetím**

*„Objímám Tě pevně, protože tě miluji a chci, abys byl svobodný“*

(Prekopová, 2006)

Tato terapie se tradičně uplatňuje pro děti s autismem. V současnosti se uplatňuje stále více a více, například pro děti ADHD – pokud se dítě snaží uplatnit dominanci ve vztahu k rodiči. Je to proto, že když nás dítě zlobí, posíláme ho pryč, nebo odcházíme. Tím ale prodlužujeme dobu hledání cesty k usmíření. Tuto terapii uvedla do praxe Marta Weissová pod anglickým názvem Holding Therapy. Do dnešní podoby ji upravila psycholožka Jiřina Prekopová a nazvala svůj přístup terapií pevným objetím. Terapie se zaměřuje na rodinný vztah rodičů a dítěte. Vychází z potřeby pocitu klidu a bezpečí, který je potřeba na zvládnání stresových situací. Obětí navozuje také pocit důvěry.

Základním prvkem je tedy, jak vychází z názvu, pevné objetí. Objetí mezi rodičem a dítětem by mělo být láskyplné, pevné, mělo by vyvolávat pocit bezpečí. Během terapie musí mít obě strany dostatek času a prostoru pro vyjádření svých pocitů. Tyto pocity – pozitivních i negativní, by měly

vyjadřovat nejen slovy, ale hlavně samotným objetím. Terapie nikdy nesmí skončit negativním pocitem, ale právě zklidněním a vzájemným usmířením. Tím dojde k obnovení bezpodmínečné lásky a k ventilaci negativních emocí. Také dochází k uvolnění atmosféry..

Je nezbytné, aby účastníci této terapie byli vyšetřeni psychologem a celá terapie proběhla pod vedením vyškoleného terapeuta, který dbá na vzájemné vcítění se zúčastněných osob a tím prohloubí jejich pozitivní vztah.

### **Popis terapie**

Sezení probíhá tak, že jeden z rodičů (při prvním sezení je lepší matka) uchopí dítě pevně do náručí. Může to být buď v sedě nebo v leže, záleží na dítěti a rodiči, jak to bude oběma příjemnější.. Objekt musí být laskavé a láskyplné, nikdy nesmí působit jako trest – to je důležité dodržet vždy. Dítě by objetím mělo cítit a prožít bezpečí a ochranou sílu rodičů a jejich lásku a to i přesto, že odmítají jeho moc. Terapie je pro obě strany velmi citově náročná. Dítě zpočátku klade objektu odpor, snaží se odtrhnout, zkouší věrohodnost převahy rodiče. Rodič musí naopak dítě utěšovat, držet v těsném objetí a kolébat, umožnit dítěti i sobě vyjádřit vše, co cítí. Rodič také musí své dítě povzbuzovat, aby ze sebe dostalo vše negativní, vykřičelo se. Zároveň také musí své dítě ujišťovat, že je bude stále držet.

Jak píše Prekopová (Malý tyran, 2007): *„Situace by se dala srovnat se dvěma mraky nabitými elektřinou, které plují vedle sebe. Teprve když do sebe narazí, uvolní se napětí a vzduch se vyčistí. Toto objetí zahání strach a činí dítě přístupným. Prožití vzteku, nenávisti a strachu v souvislosti s držením přináší jistotu. Dítě pozná, že je v bezpečí a že je milováno, aniž by muselo vládnout, dokonce se může nechat vést a může se nechat přemoci.“*

Objetí může skončit až tehdy, kdy se dítě zklidní a uvolní se. Jeho negativní city se změní v lásku - to je základní pravidlo terapie pevným objetím.

První sezení nemá stanovený čas. Může trvat jednu hodinu, může být několikahodinové. Vše záleží na osobnosti dítěte. Některým dětem stačí jen několik zkušeností, některé potřebují tuto terapii praktikovat každý den alespoň po krátkou dobu. Z toho vyplývá, že pevné objetí se může provádět i bez účasti terapeuta a mnozí rodiče ho také provádějí. V žádném případě by však rodič neměl zapomenout, že objetí se nesmí používat k utiskování nebo jako trest (Prekopová, 2006).

O pevném objetí Jiřina Prekopová napsala: *„Jde o to, poskytnout dítěti v jednu chvíli lásku, pocit bezpečí i hranice. Používání pevného objetí má smysl jen v kombinaci s výchovou, která dává lásku, ale i mantinely. Dítě musí vědět, jaká jsou pravidla, co může a co ne, rodič nemá být slabý a nechávat se sebou manipulovat. Je to velmi těžké, hlavně vymezování hranic a potom důslednost. Mnozí rodiče se velmi proviňují na svých dětech, když je nechají žít bez laskavých slov a dotyků, které lidská bytost ke svému vývoji potřebuje celý život.“*

Rodiče si tuto terapii chválí, zlepšuje se tak jejich vztah s dítětem a dítě se hodně zklidní.

V primitivních národech nosí maminky děti přivázaný na tělo pomocí šátku a pokud dítě křičí, obejmě je ještě pevněji. Civilizované národy svoji zlost i emoce potlačují a zůstává uvnitř nich, což pro ně není to nejlepší. Tuto terapii bychom ovšem doporučovali jenom pod vedením psychologa, aby naopak v dětech nevzbudili pocit, že jde o trest a útisk.

Pevné objetí má u nás své zastánce i odpůrce. Pro děti nemocné autismem jsou výsledky průkazné, pro děti se syndromem ADHD nikoli. Je na každém rodiči, jestli v terapii nalezne pomoc a ztracenou lásku k dítěti. V praktické části bakalářské práce jsme se setkali s názorem, který si dovolíme přivlastnit - terapie je velice důležitá a účinná, ale absolvováním objímání nekončí, naopak začíná. Pevné objetí je důležité dávkovat po celý život.

### 5.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) je výsledkem integrace behaviorální a kognitivní terapie. V 70. letech 20. století na ni přišli Wolpe, Hans J. Eysenck, M. Mahoney, D. Meichenbaum. V České republice se tato terapie začala rozvíjet až v roce 1991. V tomto roce byl zahájen dvouletý výcvik pro terapeuty, a to pod nově založenou Českou společností KBT. V roce 1993 byl dále založen Institut KBT v Praze pod vedením MUDr. J. Zbytovského a PhDr. J. Kaněrové. Tento Institut vede výcviky dodnes.

KBT je krátkodobou terapií, která řeší konkrétní problémy, se který klient za terapeutem přišel. Terapeut si předem definuje cíle, kterých se snaží dosáhnout pomocí psychologických metod. Tyto metody se klient během sezení snaží ovládat, aby byl schopen po skončení terapie sám tyto metody používat. Metody terapeut vždy přizpůsobuje individuálně potřebám pacienta, terapie je velmi flexibilní, tzv. se pacientům šije na míru.

#### Charakteristické rysy KBT

Jedná se o krátkodobou terapii, časově omezenou. Trvá pár měsíců, ne však déle než přes rok. Počet sezení se pohybuje mezi 1 - 20, kdy ze začátku navštěvuje klient terapeuta 1 - 2 týdně, později se sníží návštěvy na 1 za 2 týdny, 1 za měsíc a poslední sezení se koná po 2 - 3 měsících. Terapie je plánovaná bod po bodu – dodržuje se program sezení. Předem je naplánován cíl, kterého se snažíme při terapii dosáhnout. Při prvních sezeních je aktivnější terapeut, později je větší aktivita požadována od pacienta.

Spolupráce je velice důležitá. Pacient musí s terapeutem vzájemně spolupracovat, základem je pravdivá aktivní spolupráce. Vždy si musí vzájemně říkat, co si opravdu myslí. Po terapeutu se požaduje, aby byl otevřený a empatický, aby vždy pacientovi vše vysvětlil. Po pacientovi aktivní přístup ke svým problémům.

*„Terapeut se zaměřuje na řešení přítomných problémů, na konkrétní problémy, na faktory problém udržující. Terapeutické postupy nejsou žádaným*

*cílem, ale jen prostředkem k dosažení cíle. Zaměřuje se na konkrétní změny v životě – především na změny chování mezi sezeními a ne na změny při sezení. KBT je edukativní a vždy musí končit samostatností klienta.“ (Honzíková, 2010, str. 22)*

### **3 možná pojetí chápání KBT**

Máme tři pojetí chápání KBT. První přístup, přístup *behaviorální*, uznává kognitivní procesy za proměnné, ale chápe KBT jako behaviorální terapii. Dle Wilsona se zaměřuje na vnitřní psychické procesy a ovlivnitelné chování. To pomáhá k dosažení cíle – změně chování. (Wilson 1989, Fishman a Franks 1992).

Druhé pojetí je přístup *kognitivní*. Terapie kognitivní se chápe jako experimentování s chováním, čímž dosahuje žádoucích změn myšlení, které jsou pro terapeuta rozhodující (Crower, Casey, Dryden 1988).

Poslední pojetí chápe terapii jako *konstruktivistickou*. Odlišuje se filozofickými východisky. Především pojetí jsou vytvářeny racionalistickým, objektivistickým, logisticko-pozitivistickým modelem (Možný, Práško, 1999), konstruktivistická vytváří terapie KBT na epistemologickém paradigmatu radikálního konstruktivismu (Mahoney, 1988, 1991 a Meichenbaum, 1992)

Nejvíce se v terapii syndromu ADHD osvědčily tyto dvě kognitivně-behaviorální metody : Analýza ABC a pozitivní posilování.

#### **Analýza ABC**

Vysvětlení zkratky ABC – název vznikl prvními písmeny základních termínů KBT (podrobně vysvětleno níže) :

- A. antecedent events (předcházející události – před nežádoucím chováním)
- B. behaviour (nežádoucí chování)



C. consequent response (následná odpověď - na nežádoucí chování)

Při terapii ABC si rodiče nejprve začnou více všímat, co předchází nežádoucímu chování jejich dítěte. Terapeut poté pomocí sesbíraných informací sestaví s rodiči schéma, které zobrazí, při jakých situacích se dítě nevhodně chová a jak. Terapie vychází z předpokladu, že dítě se chová určitým způsobem nevhodně za určitých okolností. Je důležité, aby rodiče vše dobře zaznamenali. Bez přesného schéma situací se terapeut nemůže správně vcítit do pocitů rodičů ani dítěte. Bez pravdivých údajů není terapie možná.

Rodiče také musí sledovat, co následuje po nevhodném chování – tedy jaký trest. Tím si vlastně poskytnou jakousi zpětnou vazbu – uvědomí si vlastní zvládnutí situace a zamyslí se nad tím. To je důležité především proto, že se často rodičům povede místo zamezení nechtěného chování naopak zvýšit četnost tohoto chování. Například je-li pro dítě stanoven trest zahrnutí do pokoje, kde si může následně samo hrát, pochopí dítě trest spíše jako odměnu. Příště zazlobí znovu, jen aby bylo opět takto potrestáno a mohlo si jít hrát.

Terapie ABC má za cíl zamyšlení rodičů, jak efektivně změnit bod B nebo bod C, čímž zabrání bodu B – tedy nežádoucímu chování (Munden, 2006).

Munden (2006) ve svém díle uvádí přehled analýzy ABC:

*Popis předcházející události (antecedence):*

- Co předcházelo nežádoucím chováním?
- Které osoby byly nežádoucímu chování přítomni?
- Kde a v které denní době k chování došlo?

*Popis nežádoucího chování (behaviour):*

- Jak začíná nežádoucí chování, první příznaky?
- Jak se dítě při chování chová, co říká?
- Dochází k nežádoucímu chování často?
- Jedná se o vážný projev chování? Jak moc vážný?

- Trvá toto nežádoucí chování dlouho?

*Následné chování (konsekvence):*

- Možnosti změn v požadavcích a v očekávání, která jsou na dítě kladeny po jeho špatném chování
- Změna míry pozornosti, kterou na dítě po jeho špatném chování vyvíjíme
- Úspěšnost dosažení okamžitých cílů a přání dítěte.

Výhodou této terapie je její komplexnost. Bere se v potaz nejenom špatné chování, ale i co mu předchází a co následuje. Po tomto rozebrání špatného chování například během dne dítě s terapeutem roztřídí den na několik částí a postupně se snaží nedostatky chování eliminovat. Zároveň zvyšuje sebevědomí dítěte tím, že si to samo rozvrhlo a zvládlo.

### **Pozitivní posilování**

Základ terapie posilováním je v principu oceňování. Před zahájením této terapie, i když se zdá snadná, by měla předcházet návštěva u terapeuta zabývajícího se touto terapií. Dítě by mělo být předem seznámeno s pravidly, kterými se rodiče chtějí řídit.

Důležité je především velmi podrobně dítěti popsat, co se od něj očekává: za jaké chování by mohl dostat odměnu, za jaké naopak přijde trest. Rodiče by se měli snažit vysvětlit pojmy „správné chování“ a „špatné chování“. Chování dítěte musí komentovat správně a jednoznačně. Dítě vždy musí pochopit, zač je chváleno/káráno. Dítě musí být odměněno za dobré chování vždy, jen díky tomu pochopí, že se tak dokáže chovat.

Také by rodiče měli pochopit, že není nutné vždy reagovat na nežádoucí chování. Dítě se snaží a při častém (i když zaslouženém) trestu ztratí odvalu chovat se správně, terapii může vzdát. Naopak u odměňování za správné chování musí být rodič důsledný. Ihned po žádaném chování musí rodič reagovat domluvenou pochvalou a odměnou. Děti s ADHD nesmí na

odměnu dlouho čekat, se svou impulzivitou je pro ně čekání obtížné. Navíc bez správné reakce na dobré chování můžou ztratit sebevědomí, že se chovají správně.

V neposlední řadě je důležité s dítětem předem plánovat situace, které můžou nastat, a předem probrat možná řešení problému. Je zbytečné vystavovat dítě situacím, kterým je možné se vyhnout. Mohly by na dítě mít negativní působení (Munden, 2006).

Hned na začátku terapie je potřeba si stanovit způsob odměn. Každé dítě má rádo něco jiného, rodič se tedy musí sám rozhodnout, co právě jeho dítěti udělá největší radost. Výběr odměny musí dítě motivovat, a tím rodič dosáhne jen správným obměňováním odměn. Čas od času je změna nutná, aby o ně dítě neztratilo zájem, čímž by došlo k demotivaci ve snaze polepšit se. V předškolním věku nemusí být odměny hmotné. Více může motivovat zážitek, slovní pochvala, pohlazení a odejmutí.

V terapii pozitivním posilováním se používají také další metody, a to „*oddechový čas*“ a „*trest*“. Jak bylo řečeno, špatné chování není potřeba trestat vždy, ale správné chování odměňovat ano. Opakované a někdy zbytečně kruté tresty jsou v cestě k cíli kontraproduktivní.

Trest – V běžné výchově jsou formou kárání často používány tělesné tresty. V terapeutických programech se tělesné tresty vyskytují jen velmi zřídka. Pro dítě jsou bolestivé tresty velmi škodlivé a je pravděpodobné, že po se po nich špatné chování objeví znovu – ve skutečnosti totiž nebylo odstraněno.

Oddechový čas – Oddechovým časem je myšlena změna místa pobytu dítěte. Pokud se u dítěte objeví nežádoucí chování, je potřeba ho ihned odvést z místa, kde se špatně chovalo, a nechat jej na místě pro něj nezajímavém předem určený čas. Poruší-li lhůtu na trestném místě zlobením, čas se začne odpočítávat nanovo.

Terapie pozitivním posilováním je oblíbená, u dětí s ADHD slaví velké úspěchy. Rodina si může nastavit vlastní pravidla, své vlastní mantinely, čímž

se utužují rodinné vztahy a dítě se učí nejen správnému chování, ale také lásce a pravidlům hry. Rodiče musí vždy při této terapii zohlednit věk a vývoj dítěte (Munden, 2006). Pro rodiče dětí s ADHD to může být jakýsi návrat k realitě – po diagnóze se mohli ztratit ve vlastních emocích a otázkách, jestli může dítě trestat, když je vlastně nemocné.

### 5.1.3 Rodinná terapie

*„Milovat znamená uvolňovat napětí.“*

Sigmund Freud

Rodinná terapie, jedna z nejvíce uznávaných a nejoblíbenějších forem terapie u nás i ve světě. Klade si za cíl překonat rodinné problémy a společnou spolupráci mezi rodinou a terapeutem dosáhnout opětovného fungování rodiny.

Rodina je brána při terapii jako ucelený systém, terapeut tvoří jakýsi most mezi osobami, kterým díky problémům vznikla v komunikaci překážka, pomyslná zeď. Cílem terapie je obnovit rodinné vztahy, najít problém a způsob jeho řešení, přivést rodinné příslušníky zpět na společnou cestu. Je potřeba dbát na potřeby všech členů rodiny, nejvíce však potřeby dětí.

Pro rodinu s dítětem s ADHD může být rodinná terapie velkým přínosem nejen v obnovení vztahu matka x dítě, ale i ve vztazích celé rodiny. Špatné chování dítěte rodiče nejčastěji připisují špatné výchově, neuvědomují si, že chyba není způsobena zanedbáním výchovy, ale jen špatným pohledem na chování dítěte. Dítě se syndromem ADHD vyžaduje jiný přístup - pochopení, usnadnění života. Díky rodinné terapii si rodiče uvědomí, že za chování dítěte nemůžou oni ani samotné dítě. Toto uvědomění si skutečností je nejdůležitější.

Rodinná terapie nabízí rozmanité metody. Nejčastější metoda bývá tzv. “Ostrov rodiny“. Terapie spočívá ve hře s prostorem, kdy rodina kolem sebe

pomocí lana vytvoří své rodinné území a problémy jsou rozebírány pomocí metafory příběhu uvnitř prostoru, který je jen jejich společný. Terapeut musí být v roli doprovázející osoby v řešení, nesmí působit jako vedoucí či expert. Je to proces, na kterém se spoluprací rodiny a terapeuta postupuje kousek po kousku k cíli, tedy k objasnění a vyřešení problémů (Satir, 2007).

V rámci dotazníku v bp jedna maminka uvedla:

*Splnila terapie vaše očekávání (myšlena rodinná terapie)?*

*„Ano, zlepšil se náš vztah. I když jsem žádná očekávání ohledně léčby ADHD neměla, velice nám terapie pomohla. Načetla jsem si dopředu o ADHD spousty knížek, takže jsme hned mohli přejít k samotné terapii.“ (Honzíková, 2010)*

Rodinné terapie jsou dnes oblíbené, jako největší plus vidíme snahu dát najevo, že za chování dítěte nemůže rodič ani dítě, že nedělá schválnosti. Rodinná terapie není pro rodiny samotné jistě žádný med, musí se probírat i nepříjemné věci nahlas, ale nakonec to snad stojí za to a vztahy se lepší. V praktické části bakalářské práce p. Honzíkové vyšlo v odpovědích rodičů najevo, že rodinná terapie nevyřešila problém syndromu, ale vyřešila pohled na syndrom. Obnovila tím u matek lásku, což vyvolalo reakci i u dítěte. Vždy se nálada a postoj rodičů kopíruje do dětí, což funguje i u lásky. Rodina není jen pojem, rodina musí jako rodina žít a cítit se tak. To je největší cíl rodinné terapie.

## **5.2 Terapeutická pomoc, řídicí pohybovou aktivitu a zlepšující úroveň aktivace**

### **5.2.1 EEG – biofeedback**

Biofeedback v překladu znamená přirozená biologická zpětná vazba. Tato vazba existuje u živých organismů odjakživa. Je to přirozený jev, kdy jakýkoli subjekt o sobě něco vnímá a dostává zpětnou vazbu o sobě.

EEG biofeedback je metoda, díky které klient ovládá své mozkové vlny. Pomocí okamžité a přesné informace o ladění či rozladění mozkových vln, se může klient naučit, jak je uvést do souladu. Vše se odehrává nenásilně, bezbolestně a hravou formou.

Terapie probíhá takto: klientovi jsou na temeno hlavy s k uším připevněny tři snímací elektrody. Snímač EEG jimi zachycuje mozkové vlny klienta a posílá záznamy do počítače. Program EEG analyzuje signál a pouští na obrazovku zpětnou vazbu (feedback). Ta se zobrazuje v podobě videohry, kterou klient vidí. Celou videohru řídí a hraje jen silou své vůle, činností svého mozku. Narůstá-li kvalita mozkových vln, „hráč“ je ve hře odměněn úspěšnými výsledky. Avšak klesá-li kvalita, úspěch ve hře se ztrácí. Mozek se učí reagovat na vodítka počítače (dobré výsledky) postupně, čímž se sám učí – snaží se rozvíjet proces učení za využití lepších frekvencí mozkových vln.

Terapie EEG není účinná vždy a na každého, jako se s tímto jevem setkáváme u každé léčby/terapie. Je však ve větším procentu úspěšná a to díky využívání jen toho podstatného, co naše mysl potřebuje. Díky cvičení mozkových vln při EEG tréninku získává klient příležitost lépe ovládat sám sebe. Dalším velkým pozitivem je, že jde o tréninkovou metodu, ale ve hře nemůže přijít neúspěch – parametry nastavuje terapeut na míru a tím pádem v dítěti vzbuzuje sebevědomí. Je velká škoda, že tuto terapii neplatí zdravotní pojišťovny. V dnešní době se pohybuje jedno takové cvičení mezi 350-600Kč, sezeních je potřeba minimálně 10. Existuje však už i novinka na trhu – cvičení EEG biofeedback domácí verze do počítače. Pohybuje se kolem 30 000Kč, ale

zato máte neomezené cvičení kdykoli jen to bude možné. Předběžná porada s terapeutem je však i zde potřebná. [4]

### 5.2.2 Vojtova metoda

Vojtova metoda, terapie založená na reflexní lokomoci pomocí stimulace přesně definovaných zón, byla vytvořena v 50. letech 20. století prof. Dr. Václavem Vojtou. Doktor Vojta vycházel ze skutečnosti, že od narození jsou v lidském mozku určité pohybové vzorce, geneticky zakódované, které je možné cvičením obnovit pomocí vybavení reflexů. Pokud mluvíme o terapii u dětí se syndromem ADHD, kde se nejedná o svalovou poruchu ale o poruchu na úrovni mozku, chceme terapií dosáhnout zlepšení koordinace, jemné a hrubé motoriky. Cvičením vyvoláváme zakódované pohybové vzorce, které v mozku vyvolávají signál ke správnému fungování – vrozenému zakódovanému vzorci.

Vojtova metoda je nejefektivnější v kojeneckém věku, slouží jako léčebná rehabilita, je vhodná k léčbě opožděného psychomotorického vývoje.

Terapii vždy provádí vyškolený terapeut a velmi záleží i na spolupráci rodičů. Jeden z rodičů by měl být přítomen u každé terapie, aby byl schopen se ve cvičení zaškolit, protože pro pozitivní výsledek má cvičení probíhat 4x denně. [3]

Terapeutický systém zahrnuje tři modely:

- model první pozice
- model reflexního plazení – cvičenec leží v poloze na břiše, s hlavou stočenou na jednu stranu. Stimulací od terapeuta dochází k aktivaci končetin, které přebírají opěrnou funkci, čímž dochází k posunu trupu dopředu. Tímto cvikem se aktivují svěrače, okohybné svaly a polykání.
- model reflexního otáčení – cvičenec leží v poloze na zádech. Při stimulaci bodů na těle se cvičenec otáčí na bok, následuje lezení po

čtyřech. Tento model odpovídá aktivnímu otáčení, které je nám přirozené a dochází k němu v prvních devíti měsících života (Orth, 2009).

Vojtova metoda je mezi rodiči oblíbená, maminky v dotazníku v rámci bakalářské práce (Honzíková, 2010) opakovaně uvedly, že se děti zklidnily a zlepšila se motorika. Odpověď jedné maminky ohledně terapie: *„Navštěvovali jsme cvičení Vojtovy metody u neuroložky, která má zpracovaný výborný systém cviků pro tyto děti, velice zajímavě udělaný. Syn prodělal dva desetidílné cykly, jeden v 6 letech a jeden v 8 letech. Účinek byl po dobu cvičení uspokojivý. Došlo ke zmírnění tiků i zlepšení hybnosti. Zlepšení tiků bylo ale dočasné. Koordinace a celková hybnost zůstala lepší. Vojtova metoda u paní doktorky byla někdy drsná, ale celkový dojem byl výborný, velice se zlepšila synova koordinace. Hlavně to má dobře zpracované, promyšlené a zajímavě pro ty děti udělané. Škoda, že u nás nemá následovníky. Je to už starší dáma.“* (Honzíková, 2010, str. 36)

V dnešní době jedna z dalších nejoblíbenějších metod pomoci. Ze začátku vede cvičení terapeut, rodič může cviky sledovat, naučit se jím a následně je cvičit s dětmi i doma. Velkým přínosem je, že rodič je u každé terapie a může tak svému dítěti pomoci psychickou podporou. Navíc zde jsou skoro zaručené kladné výsledky, a to bez použití jakékoli chemie. Terapii můžeme doporučit pro zklidnění i zdravých dětí.

Terapie cvičením Vojtovy metody se užívá nejen u syndromu ADHD, ale také u pacientů trpících jakoukoli nemocí, která postihuje svalové ústrojí. Neklade si za cíl svým cvičením naučit pacienty plazit se či lézt, ale vybavit si vrozené reflexy, díky kterým je schopen kvalitní chůze a stoje. Jednoduchým cvičením tedy může navodit i u těžce nemocných (např. po mozkové obrně, se skoliózou, po cévní mozkové příhodě) původní reflexy, se kterými se každý člověk rodí a postupem vývoje je ztrácí. A tím si může mozek vybavit zpět schopnosti, o které tělo díky nemoci přišlo.



### 5.2.3 Terapie hrou

*„Každé hrající si dítě si počíná jako básník, když si vytváří jakýsi vlastní svět, nebo přesněji řečeno, když dává věcem svého světa nov, jemu vyhovující řád.“*

Sigmund Freud

Terapie hrou je založena na pozorování dítěte v průběhu jeho spontánní hry. Terapeut sleduje jak si hraje, jak je schopné při hře komunikovat a jak si vybírá hračky. Do hry nezasahuje až do chvíle, kdy u dítěte zpozoruje problém, který může vést až k zastavení hry či změně hry/hračky. Terapeut se musí stát spojením mezi ztvárněním tíživých prožitků dítěte ve hře a následném rozhovoru o těchto prožitcích. Nejčastěji stačí dítěte jemně během hry vysvětlit, že jeho pocit je v pořádku, eventuálně mu vysvětlit, jak s pocitem zacházet (Rezková, 1999).

Hra je uznávaným základním výchovným prostředkem při výchově dětí i dospělých. Díky velkému množství typů her se terapie může soustředit na všechny oblasti vývoje, od problémů s navazováním kontaktů, ovládnutí pocitů, dodržování pravidel a omezení až po učení komunikačním a sociálním dovednostem, rozvíjení fantazie atd.. Hry dělíme na individuální s hračkou, hru ve skupině a skupinovou hru.

Rádi bychom uvedli příklad práce se hrou - Terapie nedirektivní formou hry. Tato terapie probíhá ve speciální místnosti, kterou dítě při prvním sezení nezná. Místnost je vybavená skříňkami různých velikostí, které jsou po všech stranách místnosti naplněné hračkami. Po rozhovoru rodiče s terapeutem a sdělení důvodu návštěvy dítě zůstane samo s terapeutem v místnosti. Terapeut ze začátku nereaguje na dítě, nechává volný průběh jeho výběru hračky a hry. Dítě si dle svého uvážení samo vybere a začne si hrát. Terapeut musí celý výběr hry sledovat a vidí-li jakýkoli problém, zasáhne vysvětlením situace. Uvedeme-li příklad : holčička zůstane s terapeutem sama v místnosti, rozhlíží se po hračkách, ale dlouho stojí na místě, je nerozhodná – terapeut pronese :

„Není to lehké, se pro něco rozhodnout“. Terapeut tedy hraje svědomí, myšlenku a pocit dítěte. Pro hyperaktivní děti s poruchou pozornosti je těžké uvědomovat si, co cítí a zda je to správné. Terapeut tedy jen vyslovuje nahlas to, čím si dítě není jisté. Tato terapie je vhodná pro řešení psychických problémů dítěte – stačí si uvědomit a pojmenovat svůj pocit, ne se ho bát. Je důležité opakování terapie ve stejném prostoru se stejným terapeutem, na důvod problému a uchopení je potřeba čas. Doporučuje se minimálně 10 návštěv.

#### **5.2.4 Muzikoterapie**

Hudba jako terapeutická pomůcka se využívala již ve 4. tisíciletí před naším letopočtem, odkud jsou dochované první zmínky. Samotný obor muzikoterapie vznikl až v 19. století v USA. Nedá se popsat několika slovy, má mnoho využití, mnoho podob. S dětmi se syndromem ADHD se nejčastěji využívá aktivní muzikoterapie při které se dítě zapojí do hudby. K tomu jsou využívány hudební nástroje a hudebně pohybové hry. Dítě při hudbě uvolní napjaté svaly, přestává mít strach, projeví své city pohybem do rytmu. Druhá nejčastěji používaná muzikoterapie je pasivní. Dítě je uvedeno do klidu, kdy za úplného uvolnění poslouchá hudbu a vnímá jí.

Při terapii hudbou záleží na vhodném výběru rytmu. Díky němu dokážeme děti strhnout v rytmickou činnost, zpomalit je či naopak zrychlit. Hudba a rytmus samotný zasahuje psychickou podstatu dítěte a ovlivňuje jej, čímž se učí zklidňovat organismus a pracovat s agresí (Pipeková, 2001).

Muzikoterapie také podporuje vnímání podprahových emocí – děti vnímají i něco jiného než materiální hodnoty a tím se rozšiřují jejich emocionální vzruchy. Díky tomu lépe zvládají nastalé situace.

## 5.2.5 Hipoterapie a canisterapie

*Hipoterapie*, jízda na koni. Někdo by řekl, že je to relaxační záležitost, ale jízda na koni uvolňuje nejen mysl. Slouží také k rehabilitaci pohybu u dětí i dospělých. Je to metoda, která využívá pohybových impulsů, vznikajících při chůzi koně. Tyto impulsy se přenášejí z koně na člověka, ten je pak zpracována v mozku (CNS). Díky vjemům a reakci CNS tělo reaguje na pohyb přirozeně, organismus reaguje správně a drží rovnováhu. Koňská chůze v našem mozku také vyvolává pocit, že chůzi provádí sám člověk, dochází tím k protažení a posílení zádových svalů, rovnání páteře. Jízda na koni je zdravá pro organismus i mysl. (Hollý, 2005).

*Canisterapie* je jednou z nových forem psychoterapie, kdy k pacientovi je přiveden pes/fena. Zvíře pozitivně působí na všechny oblasti postihující člověka – pomáhá se zdravotními, psychickými, citovými a sociálně-integračními problémy. Canisterapie je terapií doprovodnou.

Provádí se individuálně nebo skupinově. Skupinové terapie se využívají hlavně v práci se starými lidmi, v domovech důchodců, v domovech s těžce postiženými. Nyní se však začíná objevovat i v mateřských a základních školách jako relaxační technika. V terapii je nejdůležitější přímý kontakt mezi člověkem a psem, kdy díky hlazení a mazlení dochází k citovému uvolnění. Pro terapii musí být použit otestovaný pes se složenou zkouškou povahy a jen s doprovodem terapeuta (Velemínský, 2007).

Tyto terapie byly taky mezi odpověďmi rodičů v dotaznících v rámci bp uvedeny, především canisterapie. Většinou v souvislosti s tím, že pak byl pejsek pořízen domu. Je jasné, že pejsek potřebuje řád a tím je ideální pro děti s ADHD, i když není veden vyškoleným specialistou – potřebuje být venčen, potřebuje jíst a musí se po něm uklízet, hrát si s ním a k tomu všemu má většina psů obrovský dar vzbudit lásku, takže je dítě vedeno k řádu aniž by o tom vědělo.

Terapie se zvířaty jsou prospěšné především kvůli kontaktu kůže. Dítě se díky tomu uvolní a naváže se zvířetem emocionální kontakt, který později snadněji naváže i s lidmi. Ideální by bylo po terapii se zvířetem dítě například obejmout, aby mělo tento zážitek propojený s lidským kontaktem.

## **5.3 Terapeutická pomoc biochemickou cestou**

### **5.3.1 Farmakoterapie**

Na trhu se objevuje mnoho tablet pro děti mající syndrom ADHD. Je ale důležité si uvědomit, že farmakoterapie není léčení. Tablety jsou pouze jakousi „berličkou“, mohou pomoci v soustředění, impulzivnímu chování. Symptomy ale neléčí, jen potlačují příznaky. Po skončení léčby se pacient vrací do původního stavu. Neexistují léky, které by syndrom vyléčily, to v dnešní době není zatím možné. Léky jen tlumí příznaky, tlumí hyperaktivitu, impulzivitu, utlumují dítě v přirozeném vývoji.

#### **Používané látky v tabletách:**

*Nootropika* – léky obsahující látky, které zajistí větší přísun kyslíku a glukózy do nervových buněk (výživa mozkové tkáně) zvětšením průtoku mozkovými cévami. Léky obsahující nootropika: Piracetam, Enerbol, Kalicor aj.

*Antidepresiva* – léky pro duševní pohodu. Dětem s ADHD jsou nejčastěji dávány antidepresiva tetracyklická a tricyklická. Fungují na základě vyvolání vyšší hladiny serotoninu v mozku. Dávkování – 1x denně. Při léčbě je nutné provádět pravidelné kontroly krevního tlaku a tepové frekvence. (Munden, 2006).

*Psychostimulancia* – léky na snížení hyperaktivity a impulzivity, zvýšení pozornosti dítěte (zvyšují množství chemických přenašečů mezi mozkovými buňkami). Nejčastěji používány jsou metylfenidát (Ritalin) a dexamfetamin

(Dexadrin – působí i u dětí, kde Ritalin nezabral). Díky psychostimulanciím jsou děti schopny pochopit a naučit se věci, které by před léčbou nezvládly.

*Antipsychotika* – lék pro mírnění agresivity, pro léčbu syndromu ADHD spojeným s agresivitou.

*Antihypertenziva* – pro léčbu syndromu ADHD vyskytující se spolu s tiky nebo Tourettovým syndromem (Munden, 2006).

*Obecně posilující potravinové doplňky* – nejúčinnější a nejznámější vitamín B – používá se pro výživu nervové tkáně; další potravinové doplňky – vápník, sodík, draslík, chlór, hořčík. Ty nám podporují rovnováhu a správnou funkci nervových buněk, jsou důležitými minerály. K prokrvení mozkové tkáně se nejčastěji užívá Ginko Biloba. Dále Lecitin – posiluje CNS (Pacl, Florian, 1998).

I přesto, že nejde o léky návykové, osobně bychom se k nim přikláněli až když všechno ostatní selže nebo je-li syndrom u dítěte tak silný, že lékař neshledá jiné řešení. Ani u léků není jistota, že zabere hned první a účinky bývají jen během podávání léků. Při hodnocení dotazníků bakalářské práce vyplynulo, že byly nabídnuty všem maminkám. Velké procento rodičů farmakoterapii přijalo, má s nimi zkušenosti. Je to nejčastěji využívaná terapie v léčbě syndromu ADHD.

### **5.3.2 Dietetické vlivy**

Vylučovací dieta a Feingoldova dieta, tedy dvě z diet vytvořených speciálně pro děti s ADHD. Vylučovací dieta je založená na teorii, že se ze stravy dítěte musí vyloučit veškeré potraviny, které mohou způsobovat symptomy. Končí to ale jen špatně zvoleným jídelníčkem, kdy děti nedostávají živiny potřebné pro vývoj. U Feingoldovy diety se počítá se znalostí, že děti se syndromem ADHD špatně snášejí potravinářská barviva a konzervační látky v potravinách. Dieta jim tedy zakazuje veškeré potraviny, které jsou uměle

barvené, obsahují antioxidanty BHT (butylhydroxytoluol), E321 a přírodní salicyláty.

Změna jídelníčků u rodin s dětmi s ADHD jsou velmi populární, zatím více ve světě než v České republice, ale už i u nás rodiče stravování řeší. Změna stravy však není vhodná pro všechny děti a ne na každého zabere. To nejvíce zapříčiňuje fakt, že rodiče jen málokdy konzultují změny s dietology či výživovými poradci a bez odborné pomoci sestavují jídelníčky sami.

Chce-li rodič správně změnit stravování, je potřeba zjistit, po které potravíně se zhoršují symptomy dítěte nebo na kterou z potravin je alergický. To se zjistí podrobným zapisováním snědeného jídla a následných vyvolaných reakcí. Pokud na takový druh potraviny narazí, je potřeba ji vynechat z jídelníčku a dále sledovat, jaký průběh chování následuje po nepodání potraviny.

Odborná populace se domnívá, že strava může negativně ovlivňovat chování dítěte, ale zatím nebylo vědecky dokázáno, že alergická reakce na potraviny vyvolá u dítěte syndrom ADHD. Dbát na vyváženou a zdravou stravu bychom měli u všech dětí. Tím nemůžeme nic pokazit, pokud jídelníček obsahuje veškeré potřebné živiny. Při jednoduchém přidání kvalitních bílkovin, mastných kyselin, a vynecháním krátkých sacharidů zklidníme hyperaktivitu u každého dítěte (Speck, 2007).

## **5.4 Pomocné terapeutické metody**

### **5.4.1 Jogová cvičení**

Jóga je relaxační technika, která zlepšuje sebekontrolu a koncentraci. Díky cvičení jógy si cvičící uvolňuje svou mysl a nalézá vnitřní klid. Tomu není jinak ani u dětí se syndromem ADHD. Cvičení zlepšuje koncentraci,

nastává svalové uvolnění a klid duše. V józe jde především o sjednocení ducha a těla. Pro některé se stane i životním stylem.

Během cvičení jógy jsou napínány a uvolňovány svaly různých částí těla. Cílem tohoto cvičení je, abychom si uvědomovali fungování vlastního těla. Nejde o cvičení výkonové, ale o snahu přiblížit se předcvičovaným polohám, jako příklad uveďme Pozdrav slunci, Jeřáb, Strom ve větru aj.. Jóga působí pozitivně na správné dýchání a protažení těla. Velmi často se cvičí s relaxační hudbou. Cvičení jógy se čím dál více objevuje i v mateřských školách. Obzvláště ve třídách, kam dochází děti se syndromem ADHD se cvičení osvědčilo. Na dětech je po cvičení znát uvolnění, radost, slunce v duši.

#### **5.4.2 Bojová umění**

Pro děti se symptomem ADHD jsou velmi vhodná i bojová umění jako karate, judo, aikido atd.. Při těchto sportech je totiž nutná sebekontrola, disciplína a koncentrace, také poslouchat autoritu. Tréninky mají dětem dodat sebedůvěru a fyzickou zdatnost. Je nutné vést děti nejen k boji, ale i k filozofii a historii bojového umění. Pokud by nebyly k filozofii vedeny, šlo by spíše o napodobování akčních scén a cvičení by ztratilo svůj efekt.

### **5.5 Shrnutí a doporučení**

V praktické části bakalářské práce jsme se zabývali analýzou dotazníků, které vyplnilo 29 rodičů, u jejichž dětí se potvrdil syndrom ADHD. Otázky byly cílené na zmapování návštěvnosti terapií, znalost terapií, na zjištění z jakého důvodu rodiče s dětmi navštívili pedagogicko-psychologickou poradnu či klinického psychologa/neurologa. Po vyhodnocení všech otázek bylo velice potěšující, že rodiče (s dětmi se syndromem ADHD v předškolního

věku) hledají informace o možných terapiích a spolu s dětmi je absolvují. Jednotlivé odpovědi jsme se pokusili zahrnout k samotným terapiím.

Je důležité si uvědomit, že zlepšení po diagnóze a především po začátku terapií přijde okamžitě jen velmi zřídka kdy. Samotná diagnóza pro dítě také není definitivní omluva! Na terapie reagují děti individuálně, zlepšení na sebe může nechat čekat. Pro začátek je úplně nejdůležitější, aby se okolí s touto diagnózou vyrovnalo. Aby si uvědomilo, co to znamená – především, že dítě za své chování nemůže a nejsou to naschvály, ale přesto je nutné, aby mělo řád a přesně určené mantinely.

Rodiče i pedagogové by si měli uvědomit, že nezklamali – že se dítě nechová podle jejich představ. Není to důsledek jejich selhání, ale nemoc. Je nezbytné si jasně uvědomit možnosti dítěte a nemít přehnaná očekávání.

Další možností pro rodiče, kde hledat odpovědi na své otázky, je internet. Můžeme uvést například [www.adehade.cz](http://www.adehade.cz), kde je mnoho informací nejen pro rodiče, ale i pro pedagogy a odborníky. Každý z uvedených subjektů má svůj oddíl stránek. Je tam i mnoho zkušeností rodičů. Na závěr si dovolíme citovat jednu tuto zkušenost:

### **Problémy se školou**

*„Zdravím všechny rodiče s dětmi ADHD .Jirka je v první třídě a řešíme stejné problémy se školou jako spousta ostatních rodičů. Problém u nás nastává i s učitelkou, která se podle knížek prý opravdu snaží , ale její motivace je na bodu mrazu.*

*Je nám velmi trapné ji poučovat, ale máme strach, aby její špatný přístup nezanechal na Jirkovi následky. Musím uznat, že práce s těmito dětmi je velmi těžká, ale jak jsem se dočetla tak dobrá učitelka si umí poradit. Proto bych byla vděčná kantorům s těmito zkušenostmi, aby poradili svým méně zkušeným kolegům. Přeji všem rodičům i učitelům pevné nervy ,protože i já je občas mám v kýblu.“ [5]*



Podle našeho názoru snaha paní učitelky je sice dobrý začátek, ale bylo by lepší, kdyby se pokusila najít k dítěti i osobní vztah. Mohly bychom učitelům v podobné situaci poradit na závěr několik základních pravidel:

- Je důležité, snažit se pochopit problém, kterým dítě trpí.
- Při plánování i realizaci plánů je dobré používat jasné a důsledné postupy.
- Je dobré dítě co nejvíc sledovat, za vykonané úsilí ho chválit a posilovat jeho sebevědomí. Udržujte při komunikaci oční kontakt.
- Úkolujte dítě krátkými krátkodobými úkoly, v ideálním případě pouze po jednom. Za správně vykonaný úkol dítě s ADHD pokud možno často bezprostředně chvalte.
- Není nejlepší nápad, aby sedělo u okna – pokud má dítě s ADHD správně plnit úkoly je třeba eliminovat rozptýlení z okolí.
- Pokuste se napomínat dítě v soukromí, ne před celou třídou. Zaměřte se pouze nekonkrétní projevy jeho chování – o příčinách neví. Kárejte ho klidně, není dobré zvyšovat hlas, trestejte pokud možno krátkodobě.
- Snažte se být důslední v otázkách správného a nesprávného chování- je třeba, aby dítě vnímalo vaše rozhodnutí jako shodná, stálá a správná.
- Pokuste se zajistit dítěti kamaráda s vhodným modelem chování. Vyvarujte se však poukazování na rozdílnost v jejich chování- předhazování úspěchů jiných dětí snižuje dětem s ADHD sebedůvěru.

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části je zjistit potřebnost vzdělávacího kurzu na toto téma. Z empirického šetření bakalářské práce (Honzíková, Petra: *Možnosti terapie syndromu ADHD u dětí předškolního věku*, ZČU Plzeň, 2010.), které bylo prováděno mezi rodiči dětí se syndromem ADHD vyplynulo, že získání informací o možných terapiích pro tyto děti je velmi nesnadné. Pedagogové mateřských a základních škol nebyli schopni poradit nejen v pomoci dítěti—myšleno ve změně přístupu a chování k dítěti, ale také v terapiích. Proto se v praktické části této diplomové práce zabýváme hypotézou—opravdu pedagogové nemají dostatečné informace o syndromu ADHD a přehled o možnostech terapií? Mají jen základní přehled o syndromu, ale neumí v této záležitosti rodičům pomoci a poradit? Na tyto otázky jsme se zaměřili v prvním dotazníku.

První dotazník byl rozeslán do třiceti mateřských škol v západočeském kraji a Praze. Zajímalo nás například, jestli o syndromu slyšeli, mají se syndromem ADHD zkušenosti z praxe a znají některé z terapií.

Druhým dotazníkem jsme hledali podporu pro náš záměr z řad odborníků. Dotazník byl odeslán do psychologicky pedagogických poraden (dále PPP) po celé ČR. Měl za úkol zmapovat, jak často posílají pedagogové žáky do PPP, jestli jsou pedagogové podle pracovníků PPP dostatečně informováni, nebo zda diagnostikují u dětí ADHD často. Nejdůležitější otázkou zůstává—je potřeba v této problematice školit a vzdělávat?

Poslední částí výzkumu naší diplomové části je rozhovor s paní Doc. PaedDr. Marií Kocurovou, Ph.D.. Odborné zaměření pí. docentky je speciální pedagogika, etopedie, sociální patologie, specifické poruchy učení. O syndrom ADHD se zajímá nejen z pracovního zájmu, narodil se s ním i její syn, proto je její názor obzvláště cenný. S pí. docentkou jsme se bavili o jejím názoru na ADHD a informovanosti veřejnosti široké i odborné.

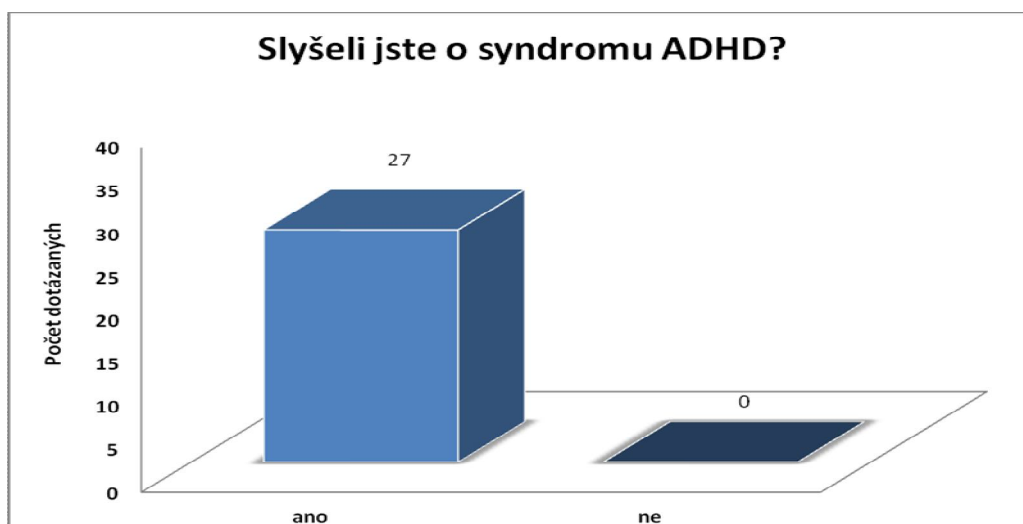
## 6.1 Dotazník pro učitelky/učitele mateřských škol

Cílem dotazníku bylo zmapovat povědomí o syndromu ADHD, možnostech terapie a celkové adaptace dětí s ADHD mezi ostatní a celkového dění ve třídě. Dotazník se skládá z devíti otevřených otázek.

Dotazník byl vyplňován učitelkami a jedním učitelem mateřských škol, vyplňování probíhalo anonymně.

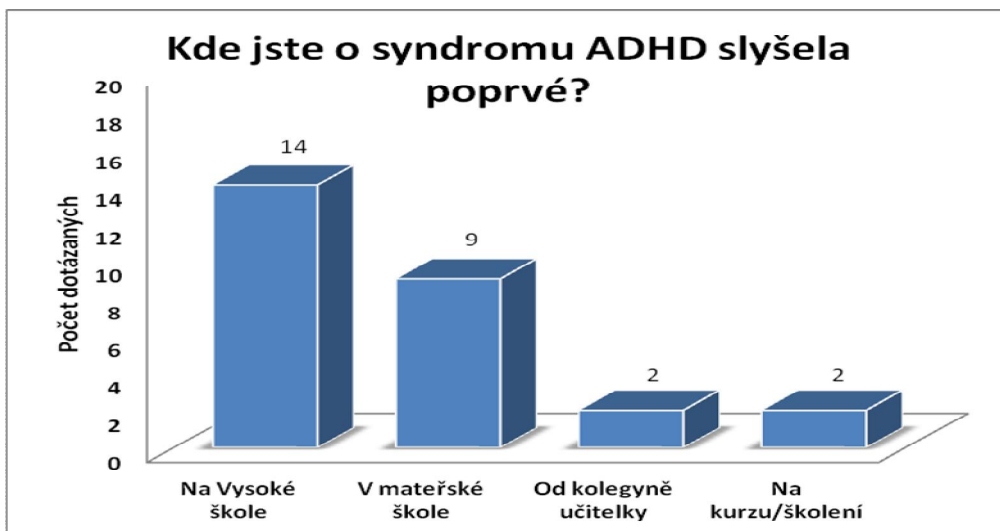
Dotazník byl rozeslán do MŠ po západočeském kraji a Hlavním městě Praha. Vrátilo se nám dvacet sedm vyplněných dotazníků.

### 1. Slyšeli jste o syndromu ADHD?



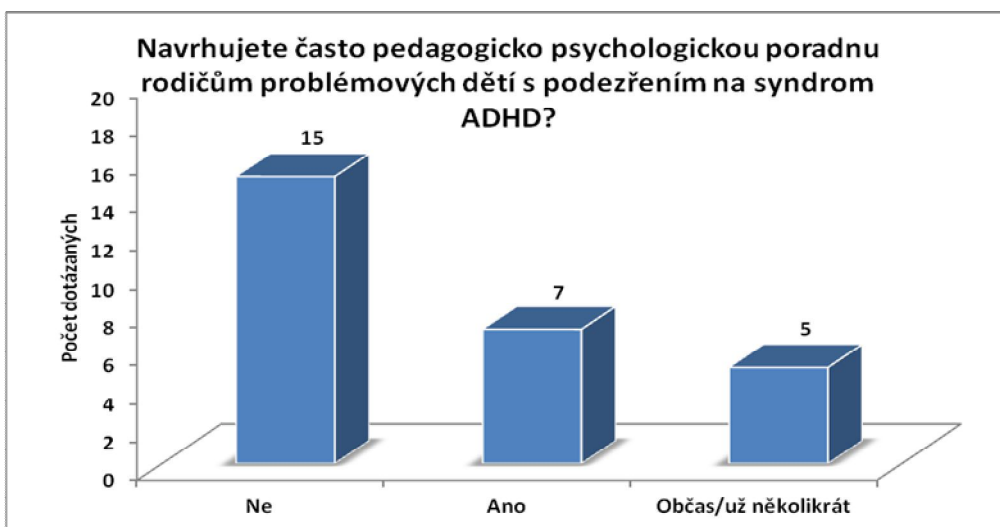
První otázka řeší, jestli dotazovaný alespoň vědí o existenci ADHD. Velmi pozitivní odpověď- všichni dotázaní o syndromu ADHD slyšely. V podstatě jde o jediný potěšující výsledek tohoto dotazníku, protože to, že jsme o něčem slyšeli neznamená, že o tom něco víme.

## 2. Kde jste o syndromu ADHD slyšela poprvé?



Většina dotázaných (14 dotázaných) slyšela o syndromu ADHD na vysoké škole, 9 vyučujících slyšelo o ADHD přímo ve školce od rodičů, 2 od kolegů a 2 na školení. Tyto odpovědi dokazují, že vzdělávací kurzy na toto téma by byly prospěšné. Pokud se, především jde o starší pedagogy, dozvídají o existenci ADHD v MŠ od rodičů, mohou pak brát záležitost na lehkou váhu. Pokud by jim bylo vysvětleno na kurzu o co jde, jistě by se dal očekávat lepší přístup k dané problematice.

## 3. Navrhujete často pedagogicko psychologickou poradnu rodičům problémových dětí s podezřením a syndrom ADHD?



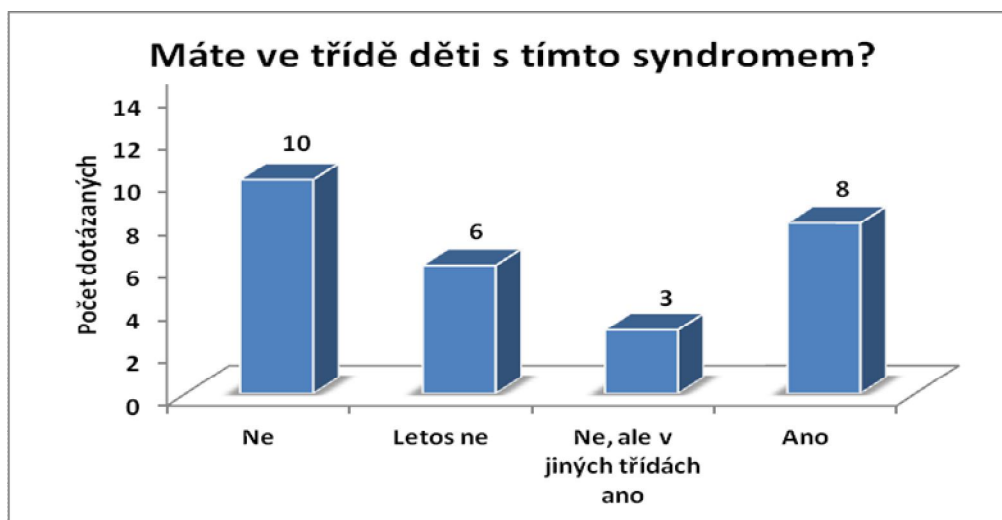
Více než polovina dotázaných pedagogů odpověděla, že PPP často nenavrhuje. Zdá se, že PPP se navrhuje, až když je jasné, že s dítětem pedagog ani rodiče nehnou. Tento přístup je na jednu stranu chvályhodný, na druhou stranu by bylo pro všechny lepší, kdyby se syndrom ADHD potvrdil či vyvrátil spíše dříve než později.

#### 4. Jak staré děti nejčastěji do poradny odesíláte?



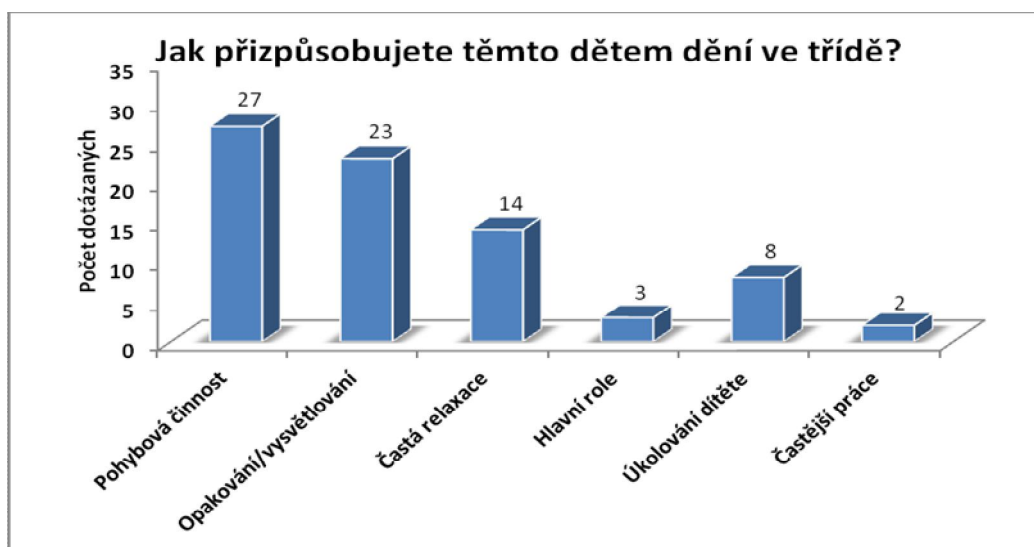
Z odpovědí na 4. otázku vyplývá, že se do poraden posílají nejčastěji děti z 2. třídy MŠ. Je to logické, tyto děti už si školce přivykli a chovají se víceméně přirozeně, proto mohou pedagogové odhadnout, které má případně nějaký problém. Je dobře, že se neposílají do PPP jen děti, jimž byl doporučen odklad, jak tomu v mnoha případech bylo dříve.

#### 5. Máte ve třídě děti s tímto syndromem?



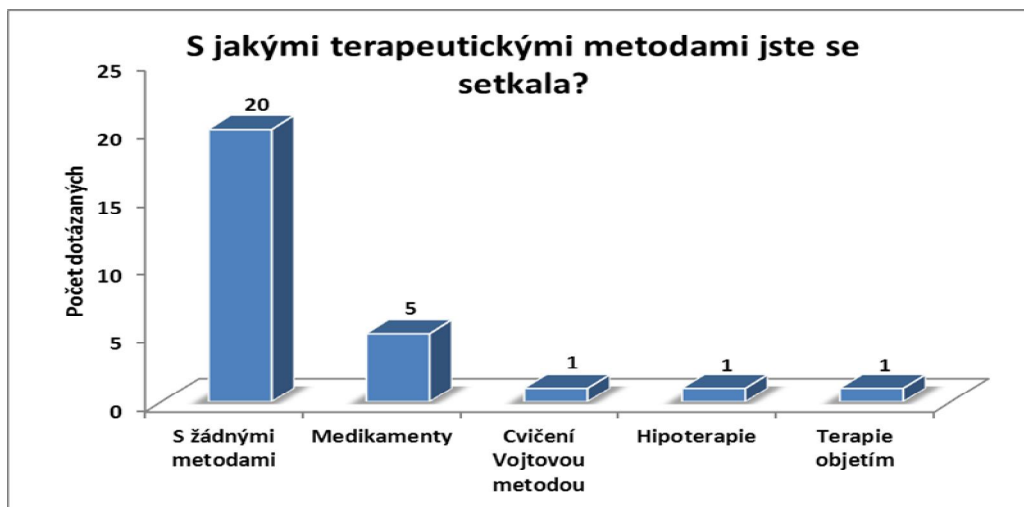
Z odpovědí na 5. otázku vyplývá, že se pedagogové se syndromem ADHD kolem sebe poměrně často setkávají. Pokud by se dozvěděli o ADHD více informací, jistě by se jim snadněji s dětmi komunikovalo lépe by pomohli jejich semknutí s ostatními dětmi.

## 6. Jakým způsobem přizpůsobujete těmto dětem dění ve třídě?



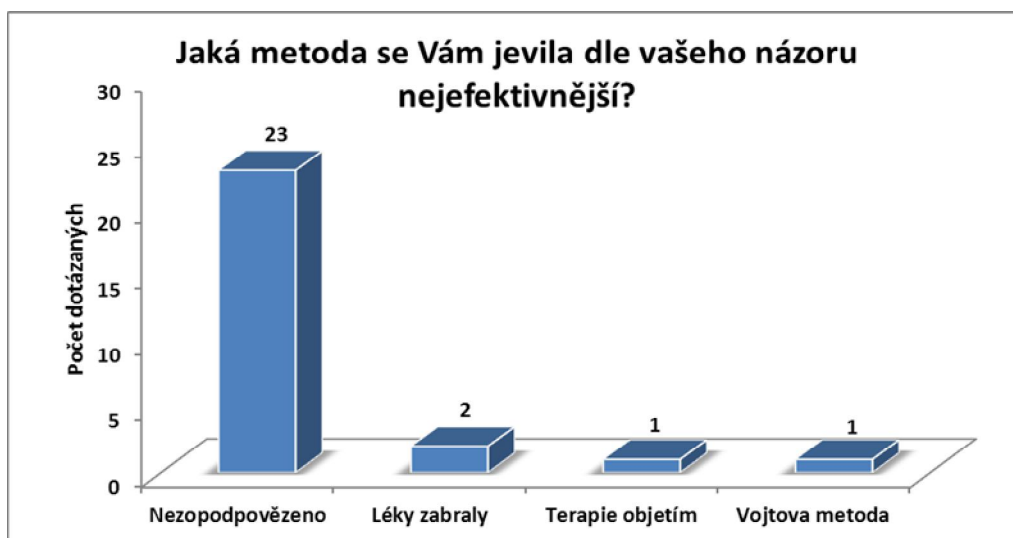
Na tuto otázku odpovědělo většina pedagogů 2-3 odpověďmi. Všichni pedagogové pomáhají dětem zvýšenou pohybovou činností, většina pak opakovaným vysvětlováním. Častá relaxace byla v odpovědích hojně zastoupena. Také zvyšování sebedůvěry dítěte pomocí pocitu vlastní důležitosti bylo hodně zastoupeno.

## 7. S jakými terapeutickými metodami jste se setkala?



Odpovědi na 7. otázku ukazují, že o terapiích ADHD toho pedagogové moc nevědí. Dle našeho názoru by ale i o terapiích, které s dětmi navštěvují rodiče, měli mít pedagogové povědomí. Protože to ovlivňuje chování dítěte a každé dítě ve třídě by mělo být a je důležité pro běh třídy. Zmíněné terapie Vojtova metoda a terapie objetím se zdají být nejhojnějšími, spolu s medikamenty. Medikamenty jsou nabízeny i všem dotázaným rodičům v bakalářské práci. Více se o nich zmiňuje p. Docentka Kocurová v rozhovoru.

## 8. Jaká metoda se Vám jevila dle vašeho názoru nejefektivnější?



Osmá otázka potvrzuje, že pedagogové o terapiích velké povědomí nemají. Přitom by pro pracovníky PPP mohly být dobrou zpětnou vazbou,



pokud by o syndromu ADHD více věděli. Rodiče například nejsou zcela objektivní, jde-li o jejich děti, také nevidí děti ve společnosti jiných dětí tak dlouho. Děti se bez přítomnosti rodičů chovají trochu jinak. Z těchto důvodů si myslíme, že spolupráce PPP s pedagogy by nebyla od věci.

## **9. Za jak dlouho jste pozorovala změny v chování dětí?**

Na tuto otázku 20 pedagogů neodpovědělo. Jedna pí. učitelka chválí terapii pevným objetím: *„Po absolvování terapie pevným objetím se chlapec zklidnil a delší dobu udržel pozornost, hodně se změnil jeho vztah k matce“*; jiná pí. učitelka chválí léky, ale vidí v nich pouze dočasné řešení: *„Zatím každý se po lécích zklidnil, ale nemyslím si, že zklidnění bude i po vysazení léčby“*. 4 paní učitelky po diagnostice ADHD změnil k dítěti přístup a byl znát pokrok v udržení pozornosti a zklidnění dítěte.

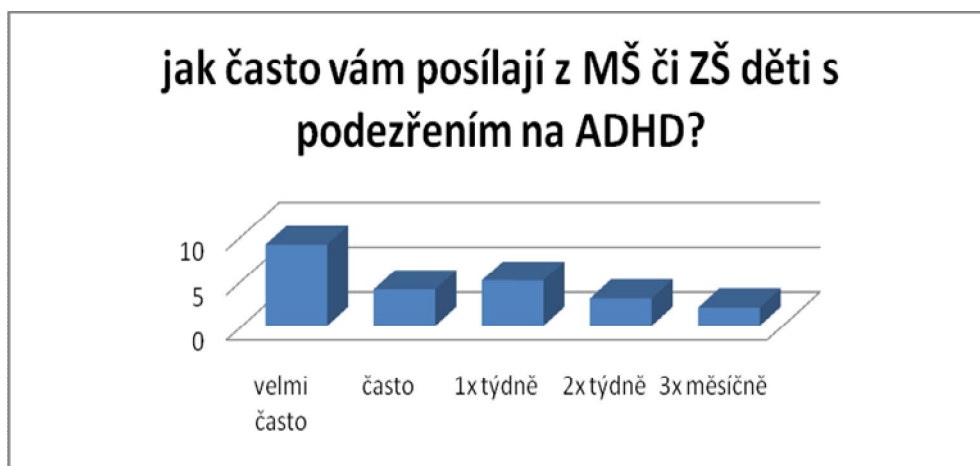
Jak bylo zmíněno, je velice pozitivní, že všichni dotázaní pedagogové alespoň slyšeli o existenci syndromu a také je pozitivní, že poměrně dost pedagogů uvádí, že děti posílá do PPP. Co nám však nepřijde moc pozitivní je, že se nevyjádřili k otázce se kterými se setkali terapiemi, uvedena byla pouze vojtova metoda, terapie objetím a medikamenty. Je třeba přiznat, že tyto metody jsou nejhojněji uváděny i rodiči v dotaznících v bakalářské práci. Ale je to správné řešení, spokojit se se znalostí minimálních základů? Nebylo by lepší pomoc a poradit maximálně?

## 6.2 Dotazník pro pedagogicko-psychologické poradny

Druhý druh dotazníku byl rozeslán do pedagogicko-psychologických poraden (dále PPP). Pro nedostatek času těchto pracovníků se bohužel vrátilo jen deset vyplněných. 3 centra jsme navštívili osobně a s pracovníky jsme o odpovědích hovořili. Tyto osobní rozhovory budou popsány u každé otázky zvlášť. Dotazník se skládá ze 7 otevřených otázek.

Vzhledem k celkovému počtu PPP lze z odpovědí utvořit věrohodné závěry, z dotázaných 25 PPP máme odpovědi od celé poloviny.

### Jak často vám posílají z MŠ či ZŠ děti s podezřením na ADHD?



Nejčastější odpověď byla velmi často. Některá centra specifikovala počtem 1x týdně i 2x týdně, 3x měsíčně. Největší rozdíl byl v odpovědích PPP z velkého města (Praha) a PPP z města s nižším počtem obyvatel – zde se s podezřením na ADHD setkávají méně často. Naopak ve městě s velkým počtem obyvatel se pojem „neustálá nepozornost“ objevuje u 75% vyšetřovaných dětí.

Při osobním rozhovoru na téma první otázky měli bez výjimky všichni pracovníci názor, že s podezřením na ADHD přijímají nejvíce

dětí. Termín ADHD se objevuje ve školních dotaznících společně s nepozorností nejčastěji – dle jedné odpovědi : “skoro u všech dětí“.

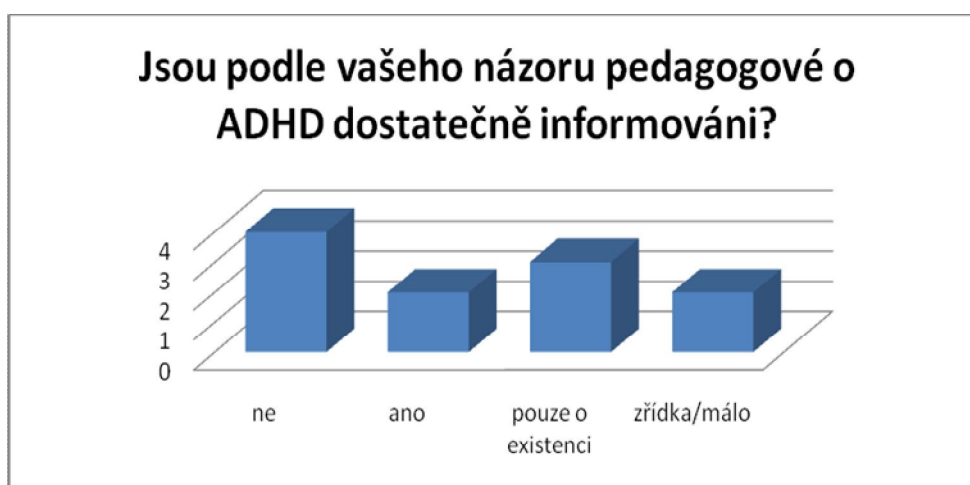
### **Jak staré děti s podezřením na ADHD nejčastěji do poradny přicházejí?**



U této otázky se opět shledáváme se stejnou odpovědí – nejčastějším věkem jsou : předškolní věk a mladší školní věk. Jen u dvou respondentů jsme se shledali s upřednostněním předškolního věku, ale mladší školní věk uvedli také.

Při osobním rozhovoru byl rozdíl u jedné odpovědi. Cituji : „Častěji přichází děti z mateřských škol, kterým byl doporučen odklad. Nejedná se však tak často o ADHD jako spíš o pohodlnost rodičů, který nechtěj řešit nevychovanost svých dětí nebo jim chtějí dopřát rok dětství navíc a vymlouvají se na ADHD. Děti ze základních škol, nejčastěji z prvních tříd, u těch se potvrzuje ADHD častěji společně s poruchami učení.“ Potvrzuje se tím naše tvrzení, že přelom MŠ/ZŠ je nejvíce problematické.

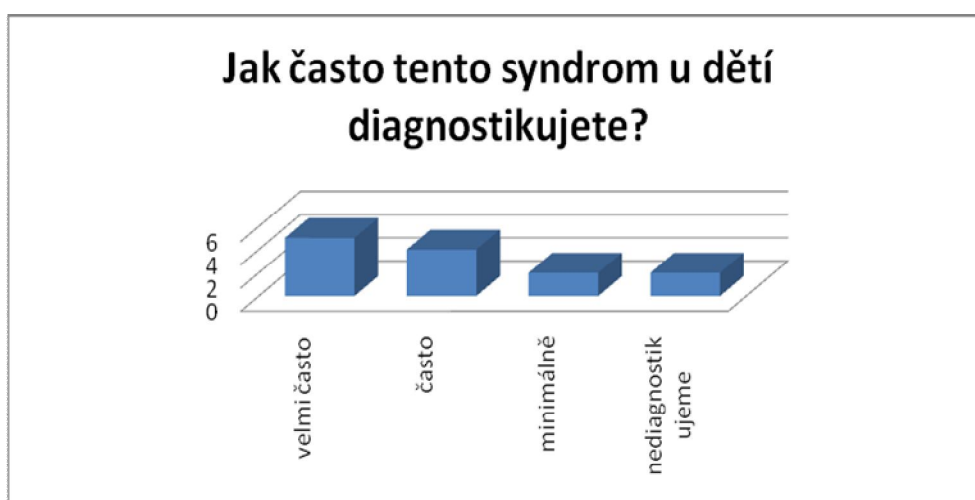
### Jsou podle vašeho názoru pedagogové ze ZŠ, MŠ o syndromu ADHD dostatečně informováni?



Odpovědi na třetí otázku přinesly největší zklamání. Na druhou stranu ale také ubezpečení, že vzdělávací kurzy na toto téma jsou opravdu třeba. Nejčastěji uvedená odpověď je NE. Opakovaly se odpovědi typu: „Ne, jinak by nemohli psát třikrát týdně poznámky: neposlouchá, co říkám.“ Dle pracovníků PPP jsou tedy pedagogové málo školeni o problému syndromu ADHD a o práci s těmito dětmi. U jedné negativní odpovědi bylo poznamenáno také špatné chování pedagogů k těmto dětem právě z důvodu neznalosti. Jeden z respondentů uvedl odpověď: „Nevím. Někteří ano, jiní ne. Málokdo však ví, co s tím dělat. Často se spoléhají na medikamenty a onálepkování diagnózou, která povede IVP. U dětí, které jsou dlouhodobě medikovány s důvodu dg. ADHD pozoruji dlouhodobý duševní „rozklad“ – apatie, únava, subdepresivní stavy, disharmonie biorytmu, ráno ve škole spí, večer doma zběsile lítají. Mění se jejich charakter, zamrzává emoční a sociální vývoj.“ Terapie formou medikamentů vyšla jako nejčastěji užívaná ve studii bakalářské práce, kde na dotazníky odpovídali rodiče dětí s ADHD. Většina medikamenty přivítala a už se nesnažila nalézt jiný způsob pomoci. Výše zmiňovaný duševní „rozklad“ mohou potvrdit z rozhovorů s učitelkami z mateřských a základních škol.

Při vyplňování dotazníku s pracovníky PPP osobně se názory shodovaly s názory ostatních, jen v jedné poradně jsem se setkala s názorem, že starší pedagogové tento syndrom vůbec neuznávají. To se podepisuje na přístupu k dětem se syndromem ADHD a místo pomoci se jim dostávají poznámky o nepozornosti. V tomto vidí odpovídající speciální pedagog velký problém. Myšlenku vzdělávacího programu pro pedagogy i běžnou populaci vítá.

### Jak často tento syndrom u dětí diagnostikujete?



Odpovědi na 4. otázku se rozcházejí. Většina PPP odpovědělo, že diagnostikují syndrom ADHD často i velmi často, 4 centra minimálně či vůbec – diagnostiku a potvrzení nechávají na lékaři. S ohledem na volné odpovědi v dotazníku je potřeba uvést dotaz na pravou míru :

Nejčastěji bývá rodina nejprve odeslána ze základní či mateřské školy do PPP. Zde je prozkoumán základ problému – z jakého důvodu vyhledali pomoc a jaké příznaky se u dítěte projevují. Pedagogicko-psychologická poradna se následně vyjádří, zda jde o ADHD. Pro potvrzení syndromu však rodiče musí odvést své dítě k dětskému psychiatrovi. Až ten může za pomoci pediatra a neurologa potvrdit s jistotou syndrom ADHD. V odborné oblasti panují názory, že ADHD je

klinický pojem americké psychologie a proto jej může diagnostikovat pouze psychiatr.

Pracovníci PPP pochopili otázku ve smyslu, jak často zasílají děti se syndromem pro potvrzení k lékaři – jak často diagnostikují suspekci.

Je nutné dodat, že negativní odpovědi byli zaslány z PPP z menších měst, kde není tak velké procento škol a dětí jako ve větších městech, v Praze.

### Jaké terapeutické metody využíváte nejčastěji?



Skoro u každé odpovědi bylo uvedeno, že záleží na přístupu a spolupráci rodičů, která bývá minimální. Nejčastější uvedená terapie je rodinná terapie, kterou uvedlo 9 respondentů. 3 respondenti uvedli, že jejich PPP se žádnou terapií nezabývá, 2 z nich však odkazují své klienty do jiných center. U uvedené terapie Biofeedback respondent uvedl, že terapie je často užívána, ale výsledky nejsou tak často pozitivní, jako u rodinné terapie. Naopak ne tolik oblíbená „drastická“ terapie pevným objetím probíhá v 5ti PPP z dotazovaných. Po otázce v rozhovoru, zda pevné objetí rodiče vyhledávají, jsem dostala odpověď : *Dá se říct, že*

*ano. Dlouho trvá, než se rodiče rozhoupou a s dítětem terapii vyzkouší, ale účinky to má báječné. U dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou je to dle mého názoru lepší terapie, než samotná rodinná. Dítě se brání, kope, pláče, ale nakonec odchází ruku v ruce s rodiči a je šťastné, zklidněné.*

Nejúčinnější byla jako druhá uvedena terapie cvičením Vojtovy metody. Jak je známo, Vojtova metoda řeší velké množství problémů, ADHD je jen jeden z mnoha. Odpovědi od pracovníků PPP na Vojtovu metodu korespondují s výzkumem prováděným mezi rodiči dětí se syndromem ADHD. Je to velice účinná terapie, kterou může každý, kdo ji vyzkoušel, doporučit.

Naopak terapie, které se zabývají zlepšením úrovně aktivace (pozornost, schopnost koncentrace) tolik zmiňované nebyly. Po dotazu, proč tomu tak je, bylo vysvětlení jednoduché – muzikoterapiemi, relaxačními technikami a obdobnými kurzy se zabývá mnoho škol, center pro děti a mládež apod.. V PPP na tyto centra rodiče odkazují, ale sami se jím nevěnují. Například muzikoterapii a arteterapii mohou rodiče vyzkoušet v pohodlí domova za pomoci literatury.

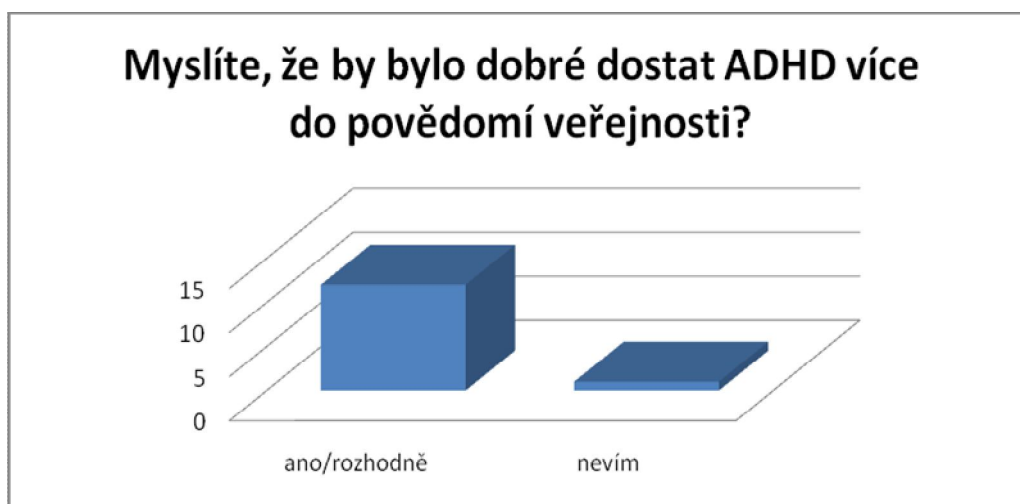
### **Která je podle vás nejefektivnější?**

K této otázce není třeba grafů. Ve skrze u všech se nám dostalo odpovědi, v předešlé otázce. Z jednoho centra nám přišla odpověď kterou si dovoluji citovat: *„Odstraňování důsledků špatného životního stylu může běžet do nekonečna. Potíže jsou komplexní – špatné životní prostředí (znečištění), špatná strava, nevhodné zdravotní, stravovací, biorytmické, mentální a další návyky celé rodiny, úpadek výchovných hodnot, přemíra ruchů, elektromagnetické zatížení prostředí atd. Děti jsou dnes vychovávány televizí, počítačovými hrami, mobily atd. Průměrný film má dnes několik stříhů za minutu, blikající světlo, počítačové hry, mobily atd. to vše je neustálé těkání beze smyslu – dítě se umí zhyponotizovat na hodiny u sledování TV, ale nevydrží pět minut*

*poslouchat pohádku, ležet v klidu, relaxovat. Jsou zavřené doma, ven nesmí, aby se neušpinili. Celkově jde o katastrofální narušení organismické rovnováhy všech lidí. Léčba – má-li být účinná – musí pracovat se všemi těmito oblastmi. K čemu je dobrý trénink pozornosti, když pak dítě hodiny sleduje akční filmy, doma je neustále ruch, zmatek, rodiče ve stresu, ládují do sebe kilogramy cukru, sladkosti, umělá sladidla, konzervanty.“*

Tím se opět vracíme k potřebě propojit jakoukoli léčbu a pomoc se všemi oblastmi dětského života. Terapie nebudou účinné bez rodinného zázemí a spolupráce rodičů. Zklidnění a zlepšení školních výsledků nebude možné bez kvalifikovaného pedagoga, který bude brát ohled na dítě. Rodinné vztahy se nezlepší, nebude-li mít dítě pevný řád a pocit pochopení ze strany rodičů. Je to jeden velký začarovaný kruh, ale právě rodič je tím, kdo má tu moc uvést vše do správných kolejí.

**Myslíte, že by bylo dobré dostat syndrom ADHD ještě více do povědomí veřejnosti?**



Velice pozitivní hodnocení záměru diplomové práce. Podle většiny odborníků z řad pedagogů a psychologů z PPP je potřeba vzdělávat populaci a pedagogy v problému syndromu ADHD. Dle názoru vyzpovídaných pracovníků PPP nejsou terapie (pro děti s tímto



syndromem) známé. Rodiče o nich netuší, přitom někteří mají zájem o pomoc. Co se týče samotného pojmu ADHD, na internetu a v odborných literaturách se vyskytuje čím dál častěji, terapie však nikoli.

U jedné odpovědi jsme se shledala s tímto názorem : *„Nevím. U mnoha rodičů to vede k tomuto: dítě je nemocné, má ADHD, takže za to nemůže. Učitel ho musí tolerovat a my můžeme pokračovat ve svém životním stylu vesele dál a nemusíme nic měnit.“* Samozřejmě, ne každý chce pochopit podstatu problému. Bohužel v menších městech a vesnicích se s tímto problémem setkávají častěji. Vyzpovídaný zdroj se k této odpovědi vyjádřil následovně : *„Nezáleží tolik na nemoci dítěte, ale na jeho postoji a postoji jeho okolí se s problémem poprat. Ve chvíli, kdy rodina přijme zprávu jako záchranu, že chyba není jejich výchovou a dál se o syndrom nezajímají, těm nepomůže žádné školení, žádné brožury. Naopak u rodičů, kterým diagnostika ukáže cestu z tísně, ty budou vyhledávat jakoukoli pomoc.“*

Z odpovědi je patrné, že nestačí jen dostat informace o syndromu do podvědomí populace, ale také je potřeba poskytnout doporučení, jak se zprávou o „nemoci“ jejich dítěte zacházet a jak dítěti pomoci.

Na závěr si dovoluji citovat pana Dr. Ryse, který nám popsal svůj názor na syndrom ADHD v dnešní době :

*„Nepracuji v pedagogicko-psychologické poradně, ale v soukromé psychoterapeutické praxi, kde poskytuji individuální psychoanalytickou psychoterapii dětem, dospívajícím i dospělým. Děti a především dospívající ke mně nejsou odesláni z MŠ či ZŠ, ale jsou doporučení kolegy - psychiatry, psychology či psychoterapeuty nebo si mě rodiče najdou na internetu. Se spoluprací se školskými pracovišti mám pouze malé a rozličné zkušenosti. Odborná i laická veřejnost je o problematice průběžně informována. Učitelé a vychovatelé, s nimiž jsem se setkal, byli o ADHD částečně informováni (především o symptomatologii ADHD). Slabinu vidím především v neinformovanosti,*

*jak s těmito dětmi v hodinách pracovat a jak je lze léčit (malé povědomí je především o možnostech psychoterapie). Obávám se, že diagnóza ADHD je dnes odborníky (lékaři i nelékaři) nadužívána. Myslím si, že tato diagnóza je nezřídka obranou před bezmocí a bezradností, kterou dospělí v kontaktu s těmito dětmi zažívají. Diagnóza také poskytuje alibi - snižuje pocity viny a studu dospělých. Ty pramení mj. z neporozumění chování a prožívání jejich nebo jim svěřených dětí.“*

### **6.3 Rozhovor**

Posledním článkem výzkumu diplomové práce je rozhovor s pí. Doc. PaedDr. Marií Kocurovou, Ph.D.. Odborné zaměření pí. docentky je speciální pedagogika, etopedie, sociální patologie, specifické poruchy učení. O syndrom ADHD se zajímá nejen z odborného hlediska, ale také proto, že se s ním narodil její syn.

Rozhovor byl veden předem připravenými otázkami, avšak v průběhu se změnil v diskuzi, kdy otázky byly pokládány v jiném pořadí. Odpovědi jsou citovány doslovně.

#### *Jak dlouho se věnujete syndromu ADHD?*

Nedá se říct, jak dlouho se mu věnuji. Zajímá mě speciální pedagogika všeobecně, té se věnuji již přes 20let. ADHD se věnuji okrajově, ale velice mě zajímá. Můj syn se se syndromem narodil. Když byl malý, ADHD bylo nazýváno ještě jako LMD a nic bližšího se nevědělo.

#### *Co vás k ADHD přivedlo?*

- odpovězeno v předešlé otázce

Existuje speciální centrum pro syndrom ADHD, znáte jej?

V Plzni speciální centrum pro ADHD není, ale věnují se mu všechny PPP, neurologové a speciální pedagogové. Myslím si, že nejvíc se zabývá syndromem neurologie, protože se v posledních letech přišlo na možnost zlepšení „neklidu“. Jedná se o sledování vyhasínání tonicko-šijového reflexu.

Myslíte, že povědomí o ADHD se zlepšilo? Natolik, že už by se brzy mohlo stát optimálním? Nebo je stále třeba populaci seznamovat s tímto problémem?

V dnešní době je velká výhoda internetu. Rodiče dětí s ADHD se spojují na různých diskuzích a radí si, nebo jsou weby, kde doktoři odpovídají na otázky atd. Bylo by zajímavé provést analýzu názorů na ADHD jak od doktorů tak od rodičů.

Nechci tím však říct, že by se nemělo o tomto tématu více hovořit. Ještě pořád jsou oblasti, kde se o syndromu nehovoří dostatečně.

Které oblasti máte na mysli?

Tak například právě v mateřských školách. Mezi mladšími učitelkami už začíná být znát pomoc dětem s ADHD, ale u starší populace učitelek jsou to podle mého názoru pořád jen zlobivé děti.

Z našich dotazníků pro učitelky vyplynula jen pomoc – častější opakování pravidel, vkládání pohybových aktivit do řízené činnosti, obsazování dítěte s ADHD do hlavních rolí. Je to podle vás v pořádku?

Opakování pravidel neuškodí žádnému dítěti ani dospělému, to se dělat musí vždy a všude, na dítě s ADHD to může mít vliv stejný, jako na ostatní děti. Pohybové aktivity jsou správné, čím více, tím lépe. Dítě se přitom vybouří a je schopno se déle soustředit. Naopak pokud je pohybová aktivita dosazena přímo do činnosti, kdy se má dítě odpoutat od jedné činnosti a pak se k ní vrátit, to správné není. Řád je řád, od načaté práce se neodbíhá. Tím jeho pozornost nezlepšíme, ba naopak.

O dosazování do hlavních rolí – ve školce je důležité, aby se dítě naučilo správnému sebepojetí. Od toho školky jsou. Nejen dítě s ADHD, ale

všechny děti. Pokud jedno dítě upřednostňujete, může se stát terčem šikany. Je dobré každé dítě učit vyhrávat stejně jako prohrávat.

*Myslíte si, že je důležité se zabývat terapiemi, má-li dítě adhd?*

Záleží na tom, jak silný syndrom dítě má. Jde-li jen o slabé příznaky, nejsou terapie důležité. U dítěte se objeví hlavně poruchy učení a pozornosti, což se dá správným přístupem pedagogů eliminovat. Pokud se jedná o těžký syndrom, pak jsou terapie nutné. Tyto děti už i v dnešní době dostávají do škol své asistenty, což dřív nebylo. Ti s nimi absolvují i některé terapie. Ale jak a které terapie jsou ty nejlepší, na to vám nikdo neodpoví. Stejně jako někomu funguje na bolest paralen a někomu ne, to samé platí i u terapií. Děti reagují různě. Každý si musí najít tu nejlepší a nejúčinnější sám.

*Které metody terapií patří k nejstarším-nejmladším?*

K nejstarším bych asi přiřadila terapii pevným objetím od paní Prekopové. Tato terapie je v dnešní době hodně propíraná. Někteří odborníci jsou pro, jiní to považují za moc drastickou metodu. Hlavně, terapie pevným objetím neřeší primární problémy, eliminuje ty sekundární. Při terapii vlastně dochází k navázání spojení mezi rodičem a dítětem. Nepoužívá se jen u ADHD, mnohem více u autistů, tělesně a mentálně postižených. Opět záleží na tom, co kdo považuje za dobré a co mu pomáhá – každému pomáhá něco jiného.

*To samé tedy řeší i rodinná terapie?*

Ano, rodinná terapie je založena na stejných principech, tedy dochází díky ní ke stejnému cíli – naplnění vztahu rodič/dítě, eventuálně i pedagog/dítě. Tato metoda není tolik drastická a myslím si, že je účinnější. Hlavně ji nevyhledávají rodiče jen kvůli pomoci dítěti, ale i pro pomoc pro sebe. Dítě s ADHD totiž nenaplnuje u rodiče ani pedagoga to nejdůležitější, pomyslnou špici na pyramidě, tedy že je dobrý rodič/pedagog. Je důležité u dětí vidět jejich pozitivní rozvoj, jak se učí a vzdělávají se. Děti s ADHD jsou často na ZŠ učitelem přehlížené, a to z tohoto důvodu. Nenaplnují v učiteli ten pocit poselství. Rodinná terapie otevírá oči pro jiný možný pohled. Nesmí se totiž

vždy vidět problém jen v dítěti – představte si, že učíte dítě, které nikdy neodpoví na otázku, neposlouchá vás, ruší. První reflex je odstup. To je ale špatně. Při takovém pocitu se naopak musíte zamyslet nad tím, proč zrovna toto dítě nemáte rád a tím přijdete na problém, který je potřeba řešit.

Při rodinných terapiích si rodiče musí uvědomit, že není chyba v jejich výchově, ale že je potřeba jen jiný pohled na věc. Musí si dodat trochu sebevědomí a důvěry.

### Jaké jiné terapie pokládáte za důležité?

Terapií máme hodně. Jediný, kdo je u nás zpracoval a rozdělil, tedy aspoň co já vím, byla paní Prekopová, a to podle toho, co podporují. Dělí se na terapie podporující osobnost dítěte, terapie podporující pohybovou aktivitu a terapie specifické. Se kterými může pedagog nebo rodič více pracovat jsou ty na podporu fyzické aktivity. Naopak specifické terapie musí být vždy pod dohledem lékaře, ať neurologa nebo psychiatra. Podle mě mohou pomoci všechny, ale čím dál víc se soustředí odborníci na vyhasínání tonicko-šijového reflexu. Určitě víte, jak je u dítěte důležité, aby v batolecím věku začalo lézt po čtyřech. Tím, že začne střídat správně pravá noha+levá ruka a obráceně, začne reflex postupně vyhasínat, což začne přibližně v půl roce dítěte a trvá to 2-3 měsíce. Pokud je dítě ale hyperaktivní, jen se plazí a pak se začne rovnou stavět, reflex nevyhasne a tím je způsobený onen známý neklid v těle. Neurologové to nyní dost hlídají u dětí rodičů s ADHD. Pokud se přijde na to, že reflex nevyhasl, cvičením Vojtovy metody to jde napravit. Dokonce i u dospělé populace s ADHD. Podívejte se na [www.red-tulip.cz](http://www.red-tulip.cz), kde je vše podrobně popsáno.

Další často zkoušená terapie, která by měla být pod dohledem lékaře ale často není, jsou dietetické vlivy. Nedávat dětem sladké potraviny, potraviny s vysokým obsahem železa apod.. Nevím, jestli to může mít dlouhodobé účinky. Záleží zase na organismu dítěte. Opět – na každého zabírá něco jiného.

Když už jsem zmínila dlouhodobé účinky. Určitě jste slyšela o EEG Biofeedback. Hodně navštěvovaná terapie – jsou-li na ní peníze. Pojišťovny to stále nehradí a to z toho důvodu, že není jistý pozitivní účinek. Jedno vyšetření

stojí 300-500Kč, je potřeba aspoň 10 sezení, poté se možná prokáží první účinky. Pokud jsou pozitivní, pak by se měla sezení opakovat. Po skončení se stav vrátí zase zpátky. Výsledky nejsou dlouhodobé, ale to se rodiče před zahájením nedozví. Akorát je novinka na trhu - jen pro bohaté rodiny – program biofeedbacku pro domácí užití. Stojí mám pocit kolem 30000,-, ale zato ho můžou používat navždy.

Další účinná terapie, která spadá do rozvíjení osobnosti, je VTI (videotréninky). Další oblíbená terapie. Jde jen o přiblížení správných sociálních vazeb pomocí videozáznamů. Má dlouhodobé účinky, protože dítě pozná, jaký vztah je správný a snaží se o stejný příjemný pocit, jaký má z videa.

#### *Jaký máte názor na terapie se zvířaty – canisterapie, hipoterapie?*

Neslyšela jsem o pozitivních účincích u dětí s ADHD. Koupit zvíře domů, to ano. Dítě dostane řád pravidelným krmením, venčením. Ale jen canisterapie, neumím si představit v čem pomůže. Jízda na koni je uklidňující a relaxace, tak proč ne. Jakákoli relaxace pomůže a to ne jen nemocným, všem.

#### *Které terapie jsou nejpraktikovanější?*

Rozhodně medikamenty. Pokud si vzpomínám, na toto téma jsme i diskutovali při obhajobě vaší BP. Není pro rodiče přece nic snadnějšího a možná i nejlevnějšího, než dát dítěti pilulku. Zase se musím opakovat, zabírá jak komu. A dlouhodobé účinky jsou jen při pravidelném užívání, ne po ukončení léčby medikamenty. Teď je toto téma hodně diskutované na internetu. Bylo by zajímavé provést analýzu názorů matek, které léky vyzkoušely. V USA na to existuje mnohem více blogů než u nás.

#### *Vám se volba terapie medikamenty zdá být správná?*

Nejsem zásadně proti, ale nejsem zásadně pro. Pokud je dítě sobě nebezpečné jsou hyperaktivitou, pak ano, tlumit léky. Pokud je to ale jen pro klid rodičů, to jsem proti. Všimněte si, kolik terapií a možných pomocí už jsme tu probrali. A proč rodiče radši nezkouší jiné? Je to jednoduché. Povědomí o terapiích není tak rozšířené. Na fakultě (poznámka - Paedr. Kocurová vyučuje

speciální pedagogiku na fpe ZČU) se o terapiích zmiňují jen krátce, pár let. A studenti co nemají ve zkoušce tak zapomenou. Sice už na internetu rodiče seženou hodně informací, ale určitě sama víte, jak se informace o terapiích těžko shání.

#### Vzdělávací kurz o ADHD a jeho možných terapiích je tedy potřebný?

Určitě. Jen nevím, pro koho přesně bude určený. (-Já: pro rodiče dětí s ADHD, pro pedagogy MŠ a ZŠ, pro veřejnost.) Pro rodiče to беру jako velký přínos. Pokud se na kurzu dozví něco bližšího jak o samotném syndromu, tak o terapiích, můžou se svobodně rozhodnout. Důležité ale je stále obnovovat studijní materiály, protože každou chvíli se mění možnosti pro zlepšení syndromu.

#### Je hodně důležité začít s terapiemi co nejdříve?

U sledování na neurologii určitě. Čím dříve vyhasne tonicko-šijový reflex, tím lépe pro člověka s ADHD. Schválně říkám pro člověka, ne pro dítě, protože s tím se dá pracovat v kterémkoli věku.

#### Jaký věk je podle Vás optimální pro začátek s terapiemi?

Tak samotný syndrom se dá diagnostikovat až po 4tém roce života. Pokud máte syndrom ADHD někde dřív v rodině, pak je velmi pravděpodobné zdědění, můžete stav hlídat i před diagnostikou. Jinak se správný čas nedá určit, záleží na druhu terapie. Jde-li o tělesné aktivity, pak čím dřív tím líp, s medikamenty bych počkala.

#### Jakým způsobem je třeba přizpůsobit rodinný běh?

S dítětem s ADHD? Opět záleží na síle syndromu. Je důležité najít pomoc v PPP nebo u lékaře. Nebo si vše připustit, brát to tak, jak je, a nemusí se nic změnit.

Jakým způsobem by měla podle vás probíhat osvěta o ADHD? Třeba letáky do školek, k dětským lékařům apod.?

Letáky jsou dobrý nápad, ale neumím si představit, kdo by to investoval. Dobré bude, když se o problematice ADHD dozví většina pedagogů a bude připravena poradit rodičům a hlavně přizpůsobit vyučování.

Respektují syndrom ADHD (jako jeho existenci) všichni Vaši kolegové? - jestli je to skutečně uznávaný problém...

Osvěta funguje mezi všemi odborníky. Ti se snaží komunikovat se Zš, kde jsou děti se syndromem, pomáhají sestavovat vzdělávací plány. Už se i dokonce těžkým případům přidělují asistenti do tříd, což dřív nikdy nebylo. ADHD není problém, problém je najít správnou cestu, jak s tím žít.

### **Závěr rozhovoru**

Paní docentka vyzdvihuje během rozhovoru internet a dostupnost informací, ale přece jen schvaluje osvětové kurzy o syndromu ADHD jak pro rodiče, tak pro pedagogy a to nejen proto, že děti s ADHD jim dávají pocit, že jsou špatní rodiče/pedagogové, ale především kvůli dětem samotným. Navíc především starší učitelky mají tendence škatulkovat děti pouze na hodné a zlobivé.

Terapie jsou podle paní docentky důležité především u silnějších případů ADHD, dnes jsou dokonce možní i asistenti do škol. Jako v ostatních léčbách, i v léčbě ADHD platí, že ne na všechny zabírá stejná léčba. Za nejdůležitější terapie považuje pevné objetí od Prekopové, rodinnou terapii a Vojtovu metodu. Zmiňuje také dietetické vlivy, EEG Biofeedback a VTI. Jako nejčastější a nejjednodušší terapii pro rodiče i lékaře uvádí medikamenty – není ani zásadně pro, ani zásadně proti, je třeba ale uvažovat o tom, že působí jen při pravidelném užívání a po dobu podávání.



Osvěta jako letáky a podobně by byla přínosem, ale nikdo by ji nezaplatil – dobré by proto podle paní docentky bylo školit především pedagogy, aby mohly radit rodičům a věděli, jak děti s ADHD vést.

Rozhovor s paní docentkou byl velmi příjemný a uvolněný. Osobní zkušenost se syndromem ADHD je v jejím přístupu znát.

## 7 ZÁVĚR

Předložená diplomová práce se věnuje syndromu ADHD. V teoretické části naší diplomové práce se věnujeme vzdělávacímu projektu pro možné kurzy o syndromu ADHD. Praktická část naší diplomové práce pak pomocí rozeslaných dotazníků do mateřských škol a pedagogicko psychologických poraden zkoumá, je-li kurz či školení o ADHD třeba. Po vyhodnocení jsme došli k jednoznačné odpovědi ANO.

Vzdělávací kurzy by mohly probíhat například v rámci vzdělávacích center u mateřských škol. Propagace mezi rodiči a pedagogy by pak probíhala pravděpodobně nejefektivněji na webových stránkách, na nástěnce ve školkách pomocí letáků a také paní učitelky by mohly rodiče i své kolegy informovat o probíhajícím kurzu. Naším názorem je, že vzdělávací texty mohou sloužit nejen pro kurz, ale i zájemcům o informace o ADHD z řad pedagogů i laiků k seznámení se syndromem ADHD a základními terapiemi.

Kurz by měl být vhodný pro pedagogy mateřských škol, základních škol, ale i pro rodiče dětí s ADHD nebo veřejnosti se zájmem o tento syndrom.

Vycházíme z předpokladu, že ADHD je zdravotní handicap a proto je důležité dětem s tímto syndromem pomoci. Je nutné nejen rodiče, ale i učitele nasměrovat, jak s dětmi s ADHD zacházet. Dnešní doba je hodně rychlá, zakládá si na úspěchu a děti s tímto problémem si neúspěchy uvědomují více než jiné. Pokud budou nadále dostávat poznámky typu: „Neustále vyrušuje a běhá“ třikrát týdně, rozhodně je to nebude motivovat k lepším výsledkům a většímu klidu.

Z dotazníků v naší bakalářské i diplomové práci vyplývá, že mezi nejčastěji využívané terapie patří léčba pomocí léků, Vojtova metoda, terapie pevným objetím a rodinná terapie. Na prvním místě však dominuje léčba léky. Cíl pro vytvoření vzdělávacího projektu je jednoznačný – sesadit léčbu léky z prvního místa oblíbenosti. Není přece důležité nutit děti chemii, když pouhou láskou a objetím můžeme zajistit mnohem větší úspěch. Také ne každé

dítě reaguje hned na první léčbu a i v případě medikamentů může trvat, než se najde pro dítě vhodný lék. S medikamenty se setkali skoro všichni dotázaní – je samozřejmě na každém rodiči, jestli je zvolí, ale u dětí s méně závažným onemocněním bychom se přikláněli nejprve vyzkoušet některou z jiných terapií. Jejich účinek by měl být trvalejší, u medikamentů jsou znát výsledky většinou pouze během podávání léků. Některé terapie nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, například EEG biofeedback, a proto patrně nejsou ani lékaři nabízeni, což je velká škoda.

O syndromu ADHD všichni dotázaní pedagogové slyšeli, ale možnosti terapií a podrobnosti, například jak je třeba přizpůsobit výuku neznají. Podle toho, že pedagogové ve většině případů slyšeli o ADHD na vysoké škole, lze usuzovat, že šlo převážně o mladé pedagogy. Dle našich zkušeností bohužel starší pedagogové mají tendence děti spíše škatulkovat na hodné a zlobivé. Přitom jde o regulérní problém, dnes už je dokonce možné dětem do výuky poskytnout asistenta. Právě pedagogové by měli o této problematice vědět co nejvíce informací. S dětmi tráví poměrně hodně času a u dětí mohou poznat, že nejsou jen klasicky zlobivé. Někteří rodiče mají nasazeny růžové brýle, jiní zase mohou své děti neadekvátně trestat. A že s dítětem není něco v pořádku? To si nemusí všimnout. Pedagog by jim mohl poradit, že se pravděpodobně jedná o tento syndrom a odeslat děti s rodiči do pedagogicky psychologické poradny. Zároveň by rodiče mohl informovat o možnostech terapií.

Samozřejmě, že i po diagnóze je nejdůležitější rodina a správné nastavení mantinelů. Pro celou rodinu je to veliký záprah. Nicméně ve škole tráví dítě hodně času a je třeba, aby dítě bylo zapojeno do dění a učitele vnímalo jako autoritu. Proto je důležité, aby s takovými dětmi uměli učitelé zacházet. Nejvíce aby dítěti pomohlo s adaptací mezi kolektiv.

Bylo by dobré v kurzech zdůraznit, že je nutné k dětem se syndromem ADHD doma i ve škole přistupovat s citem, ale nastavit jasná pravidla – děti s ADHD si neumějí samy uvědomit, co je dobré a co špatné chování. Proto je důležité, aby se rodiče i učitelé obrnili trpělivostí a především si uvědomili, že nejde o jejich selhání, že nejsou špatnými rodiči ani pedagogy.

Tomuto pocitu se dá předejít především tak, že si uvědomíme, že dítě – žádné dítě – není dokonalé a nemůže splňovat všechny představy rodiče ani pedagoga.

Doma jsou pravidla nejdůležitější. Jedná se o jednoduchá pravidla, která dítě pochopí a nedělá mu problémy se jimi řídit. Jako příklad můžeme chápat pravidla – při jídle vždy sedíme u stolku, po hře s domácím zvířetem si vždy myjeme ruce, po večerní pohádce následuje spánek. Učením pravidlům, řádu a plněním povinností od malička mají děti snazší adaptaci v mateřské i základní škole. Důležitá jsou i základní společenská pravidla. V dnešní době se ve výchově na základy společenského chování neklade takový důraz. U dětí s ADHD je to však problém. Tím, že si neuvědomují, co je dobré a co špatné chování, neví kdy se jak zachovat. Tím máme namysli pravidla jako například po chodníku se neběhá, v prostředcích hromadné dopravy se mluví potichu a nepovykuje, starším osobám vždy pomáháme atd..

Při vypracování teoretické části jsme shrnuli základní poznatky o syndromu ADHD a popsali možné terapie. U terapií jsme připojili konkrétní názory rodičů, kteří terapií s dětmi prošli. Tyto názory jsem čerpali jednak v bakalářské práci a jednak na internetu. Je pozitivní, že rodiče po terapiích viděli výsledky.

Také z rozhovoru s pí. Docentkou Kocurovou vyplývá, že větší osvěta ve školkách i školách je na místě. Názor paní docentky je cenný nejenom jako názor odborníka, ale i rodiče. Její syn se se syndromem narodil. Mimo jiné zdůrazňuje právě důležitost dobré informovanosti pedagogů. Za nejdůležitější považuje pevné objetí, rodinnou terapii a Vojtovu metodu. Paní docentka během rozhovoru také vyzdvihuje roli internetu – je velkým přínosem, že na internetu v článcích a v diskuzích mohou rodiče i pedagogové čerpat a vyměňovat si navzájem informace.

Po zhodnocení praktické části soudíme, že vzdělávací kurzy a školení na téma ADHD budou přínosem pro rodiče i pedagogy. Na závěr se pokusíme

v bodech shrnout základní poznatky, které by si měli účastníci kurzu odnést. Především by měly uklidnit rodiče a přinést jim tyto důležité informace:

- pocit, že diagnóza syndromu u jejich ratolestí není konec světa a že v tom nejsou samy
- že jim jejich dítě nedělá naschvály
- povědomí o nejznámějších terapiích
- je potřeba přehodnotit svůj postoj k dítěti – nemít přehnané nároky a uvědomit si, že nejsou špatní rodiče, když dítě neplní jimi stanovené cíle
- nastolení pevného řádu a mantinelů

*Pedagogům* by měl kurz dát především základní doporučení, jak se chovat k dětem, mají-li ve třídě dítě s ADHD:

- důležitý je řád a pravidelnost
- žák by měl sedět v blízkosti pedagoga. Nejlépe s klidným spolužákem, na stole by měl mít jen to, co bezprostředně potřebuje
- pedagog by měl své požadavky definovat co nejpřesněji, nejlépe dávat krátké a přesné úkoly (např. “před jídlem si umyjeme ruce mýdlem“ místo „a před každým jídlem, které budeme chtít sníst, půjdeme do koupelny a umyjeme si ruce“)
- žákovu nekázeň nelze považovat za naschvál, je třeba na ni reagovat klidně a pokud možno ho nekárat před zraky ostatních dětí.
- o přestávkách jsou nutné pohybové aktivity
- důležité je trpělivě vysvětlovat a opakovat, co je správné a co ne (např. v chování mezi spolužáky, chování ke starším osobám...)

Ze všeho nejdůležitější je neustálá tolerance a také naděje, že se dítě zklidní a bude dosahovat dobrých výsledků.

## 8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno: Computer press, a.s., 2007. ISBN 978-80-251-1829-0.
- DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén, 2007. ISBN 97-8807-262-419-5.
- HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Montanex, 2005. ISBN 80-7225-190-2.
- HONZÍKOVÁ, P. *Možnosti terapie syndromu ADHD u dětí předškolního věku*. ZČU, 2010.
- JUCOVIČOVÁ, D. *Máte neklidné a nesoustředěné dítě?* Praha: D + H, 2007. ISBN 978-80-9038-691-4.
- MALÁ, E. *Hyperkinetické poruchy –ADHD*. Česká a slovenská psychiatrie, 2000. ISSN 1212-0383.
- MATĚJČEK, Z. *Lehké mozkové dysfunkce: pokyny rodičům a vychovatelům*. 3. vydání. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1986.
- MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie / Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: ADHD, ADD*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.
- ORTH, H. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. České Budějovice: Kopp, 2009. ISBN 978-80-7232-378-4.
- PACLT, I., FLORIAN, J. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha, Grada 1998. ISBN 80-7169-506-8.
- PACLT, I. – PTÁČEK, R. – FLORIÁN, J. *Hyperaktivita*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80 – 86991-71-7.
- PIPEKOVÁ, J. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2.vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

- PREKOPOVÁ, J. *Malý tyran*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-589-9.
- PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, CH. *Neklidné dítě*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-019-7.
- PREKOPOVÁ, J. *Pevné objetí*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-614-8.
- REZKOVÁ, V. *Nedirektivní terapie hrou*. Praha: PPPPs.r.o, 1999. 3.vydání.
- RIEFOVÁ, S. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178 287-4.
- SATIR, V. *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-303-1.
- SPECK, B. *Vaříme malým neposedům*. Comp. press, 2009. ISBN 978-80-251-2588-5.
- ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. ISBN 80-0423-643-X.
- TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.
- VELEMÍNSKÝ, M., KOLEKTIV AUTORŮ. *Zooterapie ve světě objektivních poznatků*. Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

**Internetové odkazy:**

- [1] <http://www.tribune.cz/clanek/13113> (21.8.2011)
- [2] [http://is.muni.cz/th/184165/pdf\\_b/](http://is.muni.cz/th/184165/pdf_b/) (10.8.2011)
- [3] <http://www.rett-cz.blogger.cz/terapie> (16.8.2011)
- [4] [http://www.eeg-biofeedback.cz/#popis\\_a\\_princip](http://www.eeg-biofeedback.cz/#popis_a_princip) (18.8.2011)
- [5] <http://adehade.cz> (20.12.2011)

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – dotazník pro učitele/učitelky mateřských škol.....	I
PŘÍLOHA B – dotazník pro pedagogicko-psychologické poradny.....	II
PŘÍLOHA C – vzdělávací projekt.....	III
PŘÍLOHA D – úvod vzdělávacího projektu.....	VI



## **Příloha A**

### **DOTAZNÍK PRO UČITELE/UČITELKY MATEŘSKÝCH ŠKOL**

(anonymní dotazník pro diplomovou práci na téma Problematika syndromu ADHD a jeho možná terapie–vzdělávací projekt, autor: Petra Honzíková)

*Slyšeli jste o syndromu ADHD?*

*Kde jste o syndromu ADHD slyšela poprvé?*

*Navrhujete často pedagogicko psychologickou poradnu rodičům problémových dětí s podezřením na syndrom ADHD?*

*Jak staré děti nejčastěji do poradny odesíláte?*

*Máte ve třídě děti s tímto syndromem?*

*Jakým způsobem přizpůsobujete těmto dětem denní ve třídě?*

*S jakými terapeutickými metodami jste se setkala?*

*Která byla dle vašeho názoru nejefektivnější?*

*Za jak dlouho jste pozorovala změny v chování dětí?*

Děkuji za spolupráci.

## **Příloha B**

### **DOTAZNÍK PRO PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADNY**

(anonymní dotazník pro diplomovou práci na téma Problematika syndromu ADHD a jeho možná terapie–vzdělávací projekt, autor: Petra Honzíková)

*Jak často vám posílají z MŠ či ZŠ děti s podezřením na ADHD?*

*Jak staré děti s podezřením na ADHD nejčastěji do poradny přicházejí?*

*Jsou podle vašeho názoru pedagogové ze ZŠ MŠ o syndromu ADHD dostatečně informováni?*

*Jak často tento syndrom u dětí diagnostikujete?*

*Jaké terapeutické metody využíváte nejčastěji?*

*Která je podle vás nejefektivnější?*

*Myslíte, že by bylo dobré dostat syndrom ADHD ještě více do podvědomí veřejnosti?*

Děkuji za spolupráci.

## **Příloha C**

**Vzdělávací projekt: kurz Problematika syndromu ADHD a jeho možná terapie**

*Název:* **PROBLEMATIKA SYNDROMU ADHD A JEHO MOŽNÁ TERAPIE**

*Organizátor :* *Název instituce*

*Odborný garant :* *Jméno - lektor kvalifikovaný pro vzdělávání dospělých*

*Záměr :* účastníci kurzu získají ucelenou představu o problematice syndromu ADHD. Dozví se všeobecné poznatky o syndromu, o jeho vzniku, diagnostice, průběhu. Dále o možnosti terapií v České republice – o účincích a zaměření, průběhu, a o výsledcích a zkušenostech s terapiemi.

Po absolvování kurzu by měl mít účastník kurzu přehled o možnostech terapií a měl by být schopen terapie v případě zájmu doporučit potřebným.

*Způsob zápisu:* zaslání závazné přihlášky nejpozději týden před zahájením kurzu.

*Cílová skupina:* pedagogové mateřských a základních škol, rodiče dětí se syndromem ADHD, široká veřejnost.

*Vstupní požadavky :* nejsou stanoveny.

*Obsah :*

## 1.část - ÚVOD

### Syndrom ADHD:

- vymezení pojmu
- historie ADHD
- klasifikace ADHD
- etiologie ADHD
- možné vlivy na vznik ADHD

## 2.část – SYMPTOMY ADHD

### Symptomy ADHD:

- základní rozdělení dle Mundera (hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti, specifické poruchy učení)
- rozdělení dle Malé (porucha kognitivních funkcí, porucha motoricko percepční, porucha emocí a afektů)

## 3.část – DÍTĚ SE SYNDROMEM ADHD

### Popis dítěte se syndromem ADHD:

- období kojenecké
- období batolící
- období předškolní
- období školní

## 4.část – DIAGNOSTIKA SYNDROMU ADHD

### Psychologické vyšetření:

- úvod do diagnostiky
- průběh vyšetření
- oblasti vyšetření

### Neurologické vyšetření:

- popis vyšetření

## 5.část – TERAPIE SYNDROMU ADHD

### Základní rozdělení terapií dle Prekopové:

- terapeutická pomoc podporující osobnost dítěte

- terapeutická pomoc řídící a zlepšující pohyb. aktivitu
- terapeutická pomoc pokoušející se ovlivnit syndromy biochemickou cestou
- pomocné terapeutické metody

Popis jednotlivých terapií:

- terapie pevným objetím
- kognitivně-behaviorální terapie
- rodinná terapie
- EEG Biofeedback
- vojtova metoda
- terapie hrou
- muzikoterapie
- hipoterapie, canisterapie
- farmakoterapie
- dietetické vlivy

Shrnutí vlivu a výsledků terapií:

- popis výsledků výzkumu BP Petry Honzíkové

<i>Forma výuky:</i>	přímá výuka formou přednášky a cvičení
<i>Výukové metody:</i>	slovní, demonstrační, simulace problému a jeho řešení
<i>Písemné materiály :</i>	publikace Bc. Honzíkové “ <i>Problematika syndromu ADHD a jeho možná terapie – vzdělávací projekt</i> “
<i>Hodnocení znalostí:</i>	závěrečná diskuze
<i>Ukončení kurzu:</i>	osvědčení o absolvování kurzu
<i>Evaluace kurzu:</i>	anketa (formou dotazníků) účastníků po skončení kurzu
<i>Přednášející:</i>	<i>jméno</i>
<i>Kontakty:</i>	<i>jméno, telefon, fax, e-mail</i>
<i>Cena :</i>	<i>dohodou</i>

## **Příloha D**

### **ÚVOD VZDĚLÁVACÍHO PROJEKTU**

*Dobrý den,*

*vítáme vás na kurzu problematika syndromu ADHD a jeho možná terapie. Jmenuji se ..... a budu Vás dnešním kurzem provádět. Nejprve si vysvětlíme, co syndrom ADHD znamená, jaká je historie, klasifikace a etiologie syndromu a jaké známe vlivy na vznik ADHD. Poté bude následovat krátká pauza, po které budeme pokračovat popisem symptomů ADHD a popisem dítěte se syndromem od kojeneckého období do školního věku. Po delší pauze bude následovat výklad o způsobech diagnostiky a o konkrétních metodách terapií. Na modelových situacích si předvedeme způsoby řešení problémů. V průběhu kurzu se kdykoliv můžete zeptat na cokoli Vás napadne a budeme velmi vděční, když se s námi podělíte o vlastní zkušenosti.*

*Pokud dovolíte, tak bychom začali.*

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Bc. Petra Honzíková**

**Obor: Andragogika**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Problematika syndromu ADHD a jeho možná terapie –  
Vzdělávací projekt**

**Rok: 2012**

**Počet stran textu bez příloh: 69**

**Celkový počet stran příloh: 6**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 24**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 5**

**Vedoucí práce: Mgr. Martina Strnadová**