

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Mgr. Lucie Rohovská

Využití relaxačních technik u dětí s hyperkinetickou poruchou

Olomouc 2018

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Využití relaxačních technik u dětí s hyperkinetickou poruchou“ vypracovala samostatně a uvedla všechny použité zdroje.

V Olomouci dne 6. 12. 2017

.....

Lucie Rohovská

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce, paní PhDr. Janě Kvintové, Ph.D., za cenné podněty a rady, které mi poskytla při psaní této práce.

Anotace

Jméno a příjmení:	Mgr. Lucie Rohovská
Katedra:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Jana Kvintová, PhD.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Využití relaxačních technik u dětí s hyperkinetickou poruchou
Název v angličtině:	The use of relaxation techniques among children with hyperkinetic disorder
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá psychiatrickými diagnózami hyperkinetická porucha a ADHD v dětském věku. Dále se zaměřuje na relaxaci a popis vybraných relaxačních technik vhodných pro děti. Závěr práce obsahuje dvě případové studie dětí s hyperkinetickou poruchou, u kterých byla prováděna relaxace.
Klíčová slova:	Hyperkinetická porucha, ADHD, relaxace, relaxační techniky pro děti
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis deals with psychiatric diagnoses hyperkinetic disorder and ADHD in childhood. It also focuses on relaxation and description of selected relaxation techniques suitable for children. The conclusion of the thesis contains two case studies of children with hyperkinetic disorder in whom relaxation was performed.
Klíčová slova v angličtině:	Hyperkinetic disorder, ADHD, relaxation, relaxation techniques for children
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1a: Informovaný souhlas vedení PNO Příloha č. 1b: Informovaný souhlas vedení PNO Příloha č. 2: Informovaný souhlas zákonných zástupců
Rozsah práce:	60 stran + 3 strany přílohy
Jazyk práce:	český

Obsah

Úvod	6
1. Cíle bakalářské práce	7
2. Hyperkinetická porucha a ADHD	8
2.1. Historie a vývoj pojmu HKP/ADHD	12
2.2. Etiologie	13
2.3. Příznaky	13
2.3.2. Hyperaktivita	15
2.3.3. Impulzivita	15
2.3.4. Variabilita projevů HKP/ADHD dle vývojových období	16
2.4. Diagnostika	17
2.5. Léčba	18
2.5.1. Psychosociální intervence	19
2.5.2. Farmakoterapie	20
3. Relaxace	22
3.1. Specifika relaxace u dětí	23
3.2. Vybrané druhy relaxačních technik a postupů	25
3.2.1. Schultzův autogenní trénink	26
3.2.2. Jacobsonova progresivní relaxace	27
3.2.3. Pohádkové příběhy	29
3.2.4. Relaxace s hudbou	30
3.2.5. Aromaterapie	31
3.2.6. Jóga	33
3.2.7. Relaxační hry	34
4. Případová studie dětí s hyperkinetickou poruchou	36
4.1. Honza	38
4.2. Pavel	42
Diskuze	46
Závěr	49
Souhrn	50
Seznam zkratk	51
Seznam použitých zdrojů a literatury	52
Seznam příloh	60

Úvod

Žijeme v uspěchané době, ve které je konfrontace se stresovými situacemi téměř denní rutinou. Napětí a tlak na výkon nejsou jen záležitostí dospělého světa, ale stále častěji se s nimi setkávají i děti. Ty se musí vyrovnávat se spoustou povinností, dodržováním termínů, s přísnou kontrolou ze strany učitelů i rodičů, jejich zákazy a příkazy. K tomu nadbytek informací a podnětů, přemíra zájmových kroužků, nedostatek spánku a mnohdy špatné stravovací návyky. Tímto životním stylem v dětech podporujeme stres, který bývá původcem různých psychosomatických obtíží, poruch spánku, poruchou soustředění, změnou nálad, oslabení imunitního systému, zhoršení školního prospěchu.

Obzvlášť citlivé ke stresovým situacím jsou děti s hyperkinetickou poruchou, jelikož disponují sníženou schopností flexibilně se adaptovat na nové situace. Vlivem symptomatických projevů onemocnění musí denně zpracovávat mnohem větší množství podnětů než jejich zdraví vrstevníci. Neadekvátní výchovné vedení rodičů a někdy i učitelů v nich vyvolává napětí, opakované pocity selhání mohou vést k frustraci. Nahromaděné napětí se snaží často odstranit nevhodným způsobem, jako je například agresivní chování.

Z těchto důvodů by tak měly mít děti možnost zažít chvíli jen pro sebe, aby všechny zážitky z celého dne mohly vstřebat, uvolnit se a snížit či odstranit vzniklé napětí. Vhodným způsobem, jak toho docílit jsou relaxace. Relaxační techniky využívají dětské fantazie k dosažení změn jak v tělesné, tak i v psychické oblasti, což posléze může ovlivnit žádoucím způsobem i samotné chování dítěte.

Předkládaná bakalářská práce seznamuje čtenáře s problematikou hyperkinetické poruchy či ADHD, relaxací a možným ovlivněním zmiňovaných onemocnění při aplikaci relaxačních technik. V práci jsou prezentovány dvě kazuistiky dětí s hyperkinetickou poruchou, se kterými autorka prováděla nácvik relaxace.

1. Cíle bakalářské práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapování problematiky dětí s hyperkinetickou poruchou či ADHD a možnostech jejich ovlivnění pomocí relaxačních technik.

Dílčí cíle:

- Porovnat hyperkinetickou poruchu dle MKN-10 s ADHD dle DSM-5.
- Specifikovat onemocnění hyperkinetická porucha a ADHD.
- Popsat relaxační techniky vhodné pro děti.
- Prezentovat případové studie dětí s hyperkinetickou poruchou, u kterých byla prováděna relaxace.

2. Hyperkinetická porucha a ADHD

Dětská hyperaktivita je v dnešní době často diskutovaným tématem, ať již v odborných či laických kruzích. Ve většinové společnosti však přetrvává názor, že se nejedná o skutečný zdravotní problém, který si zaslouží respekt a řešení, ale že výchovně nezvladatelné děti jsou jen důsledkem hektické doby, používáním nevhodných výchovných postupů a toho, že se rodiče svým potomkům nedostatečně věnují. Za problémovým chováním dítěte může někdy opravdu stát nesprávné rodičovské vedení, ale skutečná hyperaktivita je medicínský symptom, který spolu s impulzivitou a hyperaktivitou tvoří základní triádu příznaků typickou pro diagnózu hyperkinetická porucha a ADHD.

Termín hyperkinetická porucha vychází z diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize (MKN-10), která je používána v Evropě.

Diagnostickými podjednotkami jsou (ÚZIS ČR, ©2014):

- F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti
- F 90.1 Hyperkinetická porucha chování
- F 90.8 Jiné hyperkinetické poruchy
- F 90.9 Hyperkinetická porucha NS

Pro stanovení této psychiatrické diagnózy je dle Hrdličky, Dudové (2015) nutné, aby byly přítomny všechny jádrové symptomy a to porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. V kategorii **porucha pozornosti** musí být splněno **alespoň 6 příznaků**, v kategorii **hyperaktivita** musí být splněny **nejméně 3 příznaky** a v kategorii **impulzivita** musí být splněn **alespoň 1 příznak**. Porucha se musí manifestovat před sedmým rokem věku, neodpovídat vývojové úrovni dítěte a musí trvat alespoň šest měsíců. Rovněž je důležité, aby se projevovala nejméně ve dvou různých prostředích (školní, domácí...).

O hyperkinetické poruše chování hovoříme, pokud se k hyperaktivitě a poruše pozornosti přidá porucha chování (např. lhaní, záškoláctví, agresivní chování, opozičnictví), což je z pohledu sociální adaptace závažnější, jak uvádí Jucovičová, Žáčková (2015).

Následující kategorie jsou převzaty od autorů Cahová, Pejčochová, Ošlejšková (2011).

Symptomy poruchy pozornosti dle MKN-10:

1. Obtížná koncentrace pozornosti.
2. Nepsolouchá.
3. Nedokončuje úkoly.
4. Vyhýbá se úkolům vyžadujících mentální úsilí.
5. Nepořádný, dezorganizovaný.
6. Ztrácí věci.
7. Roztržitý.
8. Zapomnětlivý.

Symptomy hyperaktivity dle MKN-10:

1. Neposedí, vrtí se.
2. Pobíhá kolem.
3. Vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid.
4. V neustálém pohybu.
5. Excesivně mnohomluvný.

Symptomy impulzivity dle MKN-10:

1. Nezdřehlivě mnohomluvný.
2. Vyhrkne odpověď bez přemýšlení.
3. Nedokáže čekat.
4. Přerušuje ostatní.

Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) je označení podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické společnosti, pátá revize (DSM-5). Tento klasifikační rámec se používá především v Kanadě a ve Spojených státech amerických (Jucovičová, Žáčková, 2015).

Dělí se na tři subtypy (Jucovičová, Žáčková, 2015):

- ADHD s převahou motorické hyperaktivity a impulzivity
- ADHD s převahou poruchy pozornosti
- ADHD kombinovaný typ

Termín ADD neboli Attention Deficit Disorder představuje poruchu pozornosti bez hyperaktivity. Dle autorky Jucovičová, Žáčková (2015) je v DSM-5 chápán jako podtyp ADHD. Tedy ADHD s převahou poruchy pozornosti.

Pro stanovení diagnózy ADHD je nutné, aby byla splněna následující kritéria. **U dětí** se jedná o přítomnost **nejméně 6 příznaků** v kategorii **nepozornost anebo 6 příznaků** v kategorii **hyperaktivita-impulzivita**. **U sedmnáctiletých a starších jedinců** je **počet příznaků** stanoven na **5 a více**. Zmiňované symptomy by měly být patrné již před 12. rokem života a měly by být pozorovány ve dvou různých prostředích. Dalším předpokladem je, že projevy neodpovídají vývojové úrovni dítěte, trvají alespoň šest měsíců a mají negativní dopad na jeho vývoj, fungování a sociální, vzdělávací nebo pracovní aktivity (Stárková, 2016; Masopust, Mohr, Anders, Příkryl, 2014).

Uváděné kategorie jsou převzaty od autorky Stárkové (2016).

Příznaky kategorie hyperaktivita-impulzivita dle DSM-5:

1. Hraje si s prsty, vrtí se, houpe se na židli.
2. Opouští své místo ve školní třídě nebo v jiných situacích, v době, kdy by měl sedět.
3. Pobíhá, vylézá kamkoliv a kdykoliv, včetně nevhodných situací. Nadměrně pobíhá dokola nebo leze, a to i v situacích, kdy je to nevhodné.
4. Neumí si klidně hrát, zejména hry, které vyžadují ticho či soustředění.

5. Je stále v pohybu „jako na pochodu“, jako by „měl motorek“.
6. Stále hovoří.
7. Vyhrkne odpověď dřív, než je dokončena otázka.
8. Nevydrží v klidu čekat.
9. Přerušuje ostatní, vynucuje si pozornost, plete se do hry nebo konverzace jiných.

Příznaky kategorie nepozornost dle DSM-5:

1. Často nedává pozor na detaily, ve škole dělá chyby z nedbalosti.
2. Neudrží trvalou pozornost při úkolu nebo při hře.
3. Zdá se, že neposlouchá, i když se mluví přímo k němu.
4. Neřídí se instrukcemi, nedokončuje zadané úkoly. Přitom se nejedná o to, že by jim nerozuměl.
5. Neumí si naplánovat úkoly, povinnosti, hry.
6. Vyhýbá se, nebo jsou mu nepříjemné aktivity vyžadující soustředěné mentální úsilí (doma i ve škole).
7. Ztrácí školní pomůcky, hračky, sportovní potřeby.
8. Snadno se rozptyluje nebo vyruší od úkolu či aktivity.
9. Zapomíná na denní rutinní aktivity, úkoly nebo povinnosti.

Paclt (2007a) shrnuje, že diagnostická kritéria pro ADHD a hyperkinetickou poruchu se překrývají jen částečně, hyperkinetická porucha zachycuje závažnější příznaky než ADHD (např. poruchu chování). Oba termíny ale zahrnují impulzivitu, poruchu pozornosti a hyperaktivitu. Theiner (2012) připouští, že se jedná o velmi podobné, nikoli však totožné diagnostické jednotky. Přesto podle něj diagnóza porucha aktivity a pozornosti (MKN-10) odpovídá nejčastěji se vyskytujícímu kombinovanému typu ADHD (DSM-5). Rovněž Masopust a kol. (2014) uvádí, že porucha aktivity a pozornosti se shoduje s kombinovaným typem ADHD.

Dle autorek Jucovičové a Žáčkové (2015) se termíny ADHD nebo ADD spíše používají v pedagogické a poradenské praxi, kdežto pojem hyperkinetická porucha nebo hyperkinetický syndrom bývá častěji používán ve zdravotnictví.

Během rešerše odborné literatury a dostupných empirických dat jsme však zjistily, že převládá i v našich podmínkách názvosloví ADHD nad termínem hyperkinetická porucha. Bude-li tedy možné sdělovaný obsah informací v textu použit k oběma diagnózám, bude použit termín HKP/ADHD. Pokud se budou termíny vyskytovat zvlášť, je to z důvodu rozdílnosti anebo zachování původního záměru citovaného autora.

2.1. Historie a vývoj pojmu HKP/ADHD

Snaha o zachycení a popsání HKP/ADHD sahá hluboko do minulosti. V historii se objevují četné zmínky o neklidných a neobratných dětech. Avšak jedním z prvních odborníků – lékařů, kteří se zabývali tímto syndromem, byl skotský lékař A. Crichton, jenž v roce 1798 popsal ve své publikaci onemocnění, které by v dnešní době odpovídalo ADHD, subtypu s převládající poruchou pozornosti. O více než sto let později, roku 1902, prezentuje britský pediatr G. F. Still kazuistiku několika desítek dětí, se kterými se setkal během své klinické praxe. Tyto děti vykazovaly zvýšenou aktivitu, byly vzdorovité, vznětlivé a měly potíže ve škole, ačkoli u nich nebylo zjištěno snížení intelektu. Tehdy dospěl k názoru, že by příčinou mohla být určitá patofyziologie organismu. Na Stillovu teorii navázal další britský lékař A. Tredgold, jenž vyřkl hypotézu, že by některé formy poškození mozku mohly způsobovat problémové chování nebo potíže v učení u dětí mladšího školního věku. Později se tato hypotéza stala výchozí pro pojem „minimal brain damage“, tedy minimální poškození mozku. Tato teorie předpokládala biologickou etiologii potíží (Warnke, Riederer, 2013).

S vývojem teorií podkladu vzniku HKP/ADHD a celkového pojetí problematiky, souvisí i změny v názvosloví. Zpočátku se užívaly názvy, vycházející především z etiologie syndromu, tj. poškození mozku. V roce 1930 byl poprvé použit již zmiňovaný termín „minimal brain damage“, podle kterého byl u nás zaveden název malá mozková dysfunkce (MMD). V padesátých letech se v našich podmínkách používal termín lehká dětská encefalopatie (LDE), který zavedl profesor O. Kučera. Zhruba od šedesátých let se začal prosazovat termín lehká mozková dysfunkce (LMD). Od devadesátých let vychází terminologie ze symptomatického popisu projevů onemocnění. V současnosti se nejčastěji

setkáváme s termíny hyperkinetický syndrom, hyperkinetická porucha, hyperaktivní syndrom, ADHD/ADD (Jucovičová, Žáčková, 2015).

2.2. Etiologie

Hyperkinetická porucha představuje neurovývojovou poruchu, jejíž podklad vzniku je multifaktoriální (Hunková, 2009). Jednoznačná etiologie zůstává v mnoha ohledech zatím neobjasněná. Předpokládá se, že jde o souhrn působení genetických faktorů, neurobiologických faktorů a značný vliv mají faktory zevního prostředí (nízká porodní hmotnost dítěte, komplikovaný porod, abúzus drog či alkoholu matky v období těhotenství aj.). Tyto příčiny způsobují dysfunkci v centrální nervové soustavě, přesněji v oblasti prefrontální kůry a bazálních ganglií, je přítomen deficit transmiterů dopaminu a noradrenalinu (Paclt, 2016). Zmiňované oblasti mozku jsou spojeny s plánováním, řízením činnosti, sebeovládáním, pozorností, paměťovými a myšlenkovými pochody, osvojováním společenských pravidel, motivací, emočním prožíváním a řízením motoriky (Orel, 2015).

Heritabilita, tedy dědivost, ADHD je dle autorů Hrdlička, Dudová (2015) vypočtena na 77 %. Dále autoři uvádí, že podle strukturálních zobrazovacích studií, je celkový objem mozku u jedinců s ADHD o 3-4 % menší než u zdravé populace.

Prevalence HKP/ADHD je z důvodu nejednotného pojetí diagnostických kritérií MKN-10 a DSM-5 poněkud rozdílná. Je nutno také brát v potaz fakt, že zdaleka ne všechny děti s HKP/ADHD byly někdy odborně diagnostikovány. Hrdlička a Dudová (2015) uvádí výskyt HKP v dětství okolo 1 %, kdežto u ADHD se nejčastěji udává 6-12 %. Většina případů přetrvává až do dospělosti, zde se prevalence ADHD pohybuje mezi 2 až 5 %. Porucha se častěji vyskytuje u chlapců než u dívek, a to v poměru 3-5:1. Paclt (2016) zmiňuje, že hyperkinetická porucha se vyskytuje celosvětově, napříč různými kulturami.

2.3. Příznaky

Děti, u kterých je diagnostikován hyperkinetický syndrom poruchy pozornosti chronicky trpí nadměrnou aktivitou, nepozorností a impulzivitou. Tyto symptomy se u nich

projevují již v časných stádiích vývoje a to výrazněji než odpovídá jejich mentálnímu věku, objevují se v různých situacích a jsou trvalé. Onemocnění má dopad na mnoho aspektů vývoje včetně adaptace na sociální, školní a pracovní-profesní funkce, což představuje pro postiženého významný handicap. Zejména pedagogové by měli mít na paměti, že porucha negativně ovlivňuje školní výkonnost dětí s normálním intelektovým potenciálem (Paclt, 2016).

HKP/ADHD se často vyskytuje souběžně s dalšími přidruženými problémy. K frekventovaným komorbiditám patří opoziční vzdor, poruchy učení (zejména dyslexie), vývojové poruchy řeči, úzkost, poruchy nálady, tiky, poruchy spánku, enuréza, poruchy příjmu potravy, zneužívání drog a alkoholu (Paclt, 2007a).

2.3.1. Deficit pozornosti

Pozornost je dle Hosáka (2015, s. 58) „*schopnost aktivně zaměřit naše vědomí na určitý děj či objekt.*“ Při tomto psychickém procesu jsou vybrány a zdůrazněny důležité podněty, naopak nedůležité potlačeny. Pozornost může být záměrná (aktivní), bezděčná (pasivní) anebo protivolní.

Děti trpící ADHD mívají výrazněji větší potíže s udržení pozornosti než intaktní děti téhož pohlaví a věku. Nesnadné jsou pro ně situace, při kterých musí udržet pozornost a soustředit se na déletrvající a zároveň pro ně nezajímavý pracovní úkol. V takových případech svou pozornost po krátké době odvedou k jinému, pro ně atraktivnějšímu zájmu. Z toho vyplývá, že problémem je nejen porucha pozornosti, ale i vytrvalosti (Paclt, 2007a).

Autor Martínek (2015) uvádí, že s poruchou pozornosti, souvisí snadná unavitelnost a kolísání pozornosti. U dětí s ADHD kolísá i výkonnost, což se u školáků projeví tím, že jeden den dostanou dobrou známku a další den z podobného učiva známku špatnou. Další kvalita, vztahující se k pozornosti, je výběrovost. Jedinec s ADHD vnímá všechny podněty z okolí jako podstatné, nedokáže je selektovat na důležité a vedlejší. Zejména ve školním prostředí působí zmateně, jedná chaoticky. Dítě takto podléhá i vnitřním podnětům, uprostřed práce vykřikuje, má tendence k dennímu snění.

2.3.2. Hyperaktivita

Paclt (2007a, s. 14) definuje hyperaktivitu jako „*nadměrnou nebo vývojově nepřiměřenou úroveň hlasové či motorické aktivity.*“

Autorky Jucovičová a Žáčková (2015) uvádí, že tato stálá aktivita bývá v našich podmínkách označována jako psychomotorický neklid. Ten může být silný, pokud se týká celého těla (nekoordinované rychlé pohyby, vrtění, pobíhání) nebo jemný, jímž označujeme aktivitu rukou nebo nohou (podupávání, hraní si s rukama). Je to způsobeno tím, že dítě je většinou v nějakém napětí, vnitřním neklidu, který jej nutí být stále aktivní, v činnosti. V řečovém projevu je nápadná překotnost, skákání druhým do řeči. Často mluví hlasitě, ve skupině dětí se překřikují. Potíže mají děti během spánku, ať již s počátečním usínáním, což je dáno vlivem změn v aktivační úrovni anebo spánkem celkově. Děti s ADHD tak často nemohou usnout, převalují se, během noci se opakovaně budí a ráno jsou pak unavené, nevyspané. Některé děti mohou trpět nočními děsy nebo nočním pomočováním.

2.3.3. Impulzivita

K poslední triádě základních příznaků HKP/ADHD patří impulzivita. Paclt (2007a, s. 14) píše o impulzivitě u dětí s ADHD jako o „*nedostatečnosti v útlumu chování, reagujícího na situační požadavky, v porovnání s intaktními dětmi stejného věku a pohlaví.*“

Impulzivní jednání se dle Hosáka (2015) řadí k poruchám jednání. Jedinec koná neuváženě, uskutečňuje svůj okamžitý nápad a to zcela bez zábran. Chybí zde vědomá představa cíle, impulz nebyl podroben procesu rozhodování. Nebývá přítomna porucha vědomí, jedinec si na své impulzivní jednání pamatuje.

Impulzivita má za následek to, že dítě působí zbrkle, chaoticky, reaguje nezvykle intenzivně. Impulzivní jednání je i častým důvodem k trestání dítěte, neboť je považováno za nevychovanost a troufalost. Dítě s ADHD chce mít všechno hned, žije okamžikem přítomnosti, což je projev opožděného zrání CNS. To může mít za následek i kriminální činnost, jako jsou drobné krádeže, jež nejsou promyšlené. Pouze se jedná o zkratkovité jednání (Martínek, 2015).

S Impulzivním jednáním souvisí dle Jucovičové a Žáčkové (2015) oslabené volní, sebeovládací schopnosti, jejichž vývoj je u dětí s ADHD rovněž opožděn. Potíže nastávají i při vykonávání činností, které jsou časově náročnější a tudíž je málokdy dokončí. To může mít za následek neúspěch nejen při vzdělávání, ale později i v zaměstnání.

2.3.4. Variabilita projevů HKP/ADHD dle vývojových období

Různé specifické projevy HKP/ADHD lze pozorovat už od narození dítěte. Přesto autorka Andreánska (2016) upozorňuje, diagnóza HKP/ADHD by se neměla stanovit před 4. – 5. rokem života dítěte.

V prvních měsících života mívají děti často narušený biorytmus spánku a bdění. Jejich spánek bývá plytký, opakovaně se budí, mohou trpět spánkovou inverzí. Po probuzení bývají plačtivé, unavené, celkově jsou dráždivější, více ukřičené. Je patrna bezúčelná pohyblivost, vyskytují se i nepravidelnosti v množství přijaté potravy. Takové chování často vyvolává v matkách pocity vlastního selhání, že nejsou schopny plně uspokojit potřeby svého dítěte. Při dlouhodobé frustraci matek může dojít až k narušení jejich vzájemného vztahu (Andreánska, 2010; Michalová, Pešatová a kol., 2015).

V batolecím období můžeme pozorovat nadměrnou pohyblivost a zároveň neobratnost, což vede k častější úrazovosti těchto dětí. V emocionální oblasti jsou patrné afektivní raptý vzteku, které mohou být provázené agresivitou (Andreánska, 2010). I v tomto období přetrvává nepravidelnost v denním režimu. U některých dětí se může projevovat nerovnoměrný psychomotorický vývoj, bývá opožděn řečový vývoj, zejména v přesnosti artikulace. Ke konci batolecího období se u některých dětí s ADHD mohou vyskytovat potíže ve vrstevnickém kolektivu (Michalová, Pešatová a kol., 2015).

Hlavním problémem v předškolním věku je hyperaktivita, nesoustředěnost a agresivita. Vztahy k ostatním lidem mívají povrchní, nezralé. Děti si neumějí hrát s ostatními dětmi, berou jim hračky, jsou hlučné (Paclt, 2016). Neustále vyžadují pozornost druhé osoby. Typická je i náladovost, podrážděnost, emoční labilita. Někdy se ještě v tomto období projevují potíže v sebeobsluze. V šesti letech bývají v podstatě ve všech oblastech nepřipravené pro zahájení povinné školní docházky (Michalová, Pešatová a kol., 2015).

Ve školním období se projevují obtíže s podřizováním se pravidlům, autoritě dospělého, dokončováním úkolů. Mohou se přidružit další potíže jako je porucha paměti, zapominání domácích úkolů, pomůcek. Myšlení bývá zabíhavé, nepropojené. Komunikačním obtížím dominuje opožděný vývoj řeči, poruchy artikulace a rytmu řeči. Přetrvává i emoční labilita a zvýšená efektivita, pohotovost k agresivním reakcím, což vede k problémům v dětském kolektivu. Nezřídka jsou obětí šikany. Děti s ADHD mají snížené adaptační schopnosti, obtížně se vyrovnávají se změnami. Je zde i vyšší výskyt specifických poruch učení. Svůj handicap se často snaží kompenzovat nevhodným upozorňováním na sebe (Jucovičová, Žáčková, 2015; Michalová, Pešatová a kol., 2015).

S příchodem adolescence se mohou některé projevy HKP/ADHD změnit či zmírnit, což je dáno dozráváním centrální nervové soustavy a individuální mírou schopnosti rozvoje kompenzačních mechanismů, jež mohou tlumit hlavní příznaky tohoto onemocnění. Přesto se uvádí, že ve 40-50 % přetrvávají symptomy tohoto onemocnění až do dospělosti (Cahová, Pejčochová, Ošlejšková, 2010). Hyperaktivita se v období dospívání projevuje spíše jako pocit vnitřního neklidu nebo nudy. Školní práce adolescentů je nesystematická, přetrvávají obtíže s respektováním autorit a pravidel, problémový je i vztah mezi vrstevníky. Adolescenti s ADHD třikrát častěji opakují během studia ročník nebo neúspěšně ukončují studium. Impulzivní jednání může mít za následek častější dopravní nehody, experimentování s drogami nebo předčasné sexuální zkušenosti (Hunková, 2009; Paclt, 2016).

2.4. Diagnostika

Diagnostický proces u jedinců s HKP/ADHD je poněkud složitý, vzhledem k variabilitě projevů, navíc mnohdy komplikovaný přidruženými nemocemi (poruchy autistického spektra, úzkostné stavy, poruchy chování či tikové poruchy). Důležité je znát vývojové normy pro jednotlivá období a rozlišit občasnou hyperaktivitu zdravých dětí, která je častá zejména u předškoláků, od skutečného onemocnění HKP/ADHD. Pro komplexní diagnostiku je nutná spolupráce lékaře, psychologa, pedagoga a rodičů (Stárková, 2016).

Diagnostické vyšetření mohou provádět pracovníci ve školských poradenských zařízeních (pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum). V těžších případech či při podezření na přidružené onemocnění se děti směřují do ambulance

pedopsychiatra, neurologa nebo klinického psychologa. Nejširší kompetence má však nejen v diagnostice, ale i v léčbě, dětský a dorostový psychiatr (Jucovičová, Žáčková, 2015).

Při diagnostikování se začíná rozhovorem s dítětem a rodiči, probírají se projevy chování dítěte už od narození. V anamnéze se vyšetřující zaměřuje na prenatální vývoj a případné komplikace, genetické vlivy, podmínky prostředí. Významné jsou i zprávy od pedagogů, které popisují projevy dítěte ve školním prostředí (např. Škála Connersové pro učitele). V případě, že se informace z rodinného a školního prostředí příliš neshodují, musí se pátrat po jiných příčinách problémového chování dítěte. Psychologické vyšetření zjistí úroveň rozumových schopností dítěte (např. WISC-III). Mohou se administrovat i testy pozornosti (např. Číselný čtverec), paměťové testy (např. Rey-Osterriethova figura). Speciálněpedagogické zhodnocení může odhalit specifické poruchy učení. Jako doplňující diagnostická metoda se může použít elektroencefalografické vyšetření mozku (Pešová, Šamalík, 2006; Stárková, 2016).

Ke stanovení diagnózy je nutné, aby byla naplněna kritéria diagnostického manuálu MKN-10 pro HKP nebo DSM-5 pro ADHD (Hrdlička, Dudová, 2015).

2.5. Léčba

Komplexní léčba HKP/ADHD by měla zahrnovat psychosociální intervence, zaměřené nejen na dítě, ale i na jeho nejbližší okolí, což znamená rodinu a školní prostředí. V těžších případech je nutné doplnit k ovlivnění jádrových příznaků HKP/ADHD farmakoterapii. Léčba je dlouhodobou záležitostí a ne zcela s jistým efektem, avšak rozhodně je potřebná, protože může eliminovat zvýšené riziko patologického chování (Andreáška, 2010, 2016).

Účinná terapie může také kladně ovlivnit ochranné strategie dítěte, kterými se snaží snížit své napětí a vyhnout se neúspěchu. Jako příklad takovýchto strategií uvádí autor Martínek (2015) agresivní obranu, vývojovou regresi, útěk do fantazie, přemístění nepříjemných emocí k náhradnímu objektu (vybití zlosti na mladším sourozenci), únik z místa, které pro něj představuje „nebezpečí“ (záškoláctví) anebo identifikaci, často s jedincem s poruchovým chováním.

Terapie probíhá ve většině případů ambulantní formou, pouze v závažných případech, zejména když se přidruží porucha chování, je doporučována hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení (Hrdlička, Dudová, 2015).

2.5.1. Psychosociální intervence

Termín psychosociální intervence při léčbě HKP/ADHD dle Hrdličky a Dudové (2015) zahrnuje edukaci rodiny, výchovná a režimová opatření a psychoterapii.

Cílem edukace je odstranit napjaté nebo až negativní vztahy mezi rodiči a dítětem. Zároveň by mělo dojít k vytvoření nových, podporujících vztahů v rodině. Rodiče by měli být poučeni o nemoci, jejích symptomech a vývojových změnách, možnostech léčby, režimu dítěte a zásadách účinné komunikační strategie vůči dítěti. Rovněž by měli získat přehled o roli jednotlivých profesionálů v péči o dítě (dětský a dorostový psychiatr, psycholog, školské poradenské zařízení, třídní učitel). Je přínosné rodičům zdůraznit, že ADHD není porucha, která by měla vést k zařazení dítěte do alternativních škol či speciálních tříd (Hrdlička, Dudová, 2015).

Výchovná a režimová opatření zahrnují stanovení jednotných mantinelů, srozumitelných pravidel a jasnou strukturu dne. Denní režim pomáhá dětem bojovat s jejich vlastní impulzivitou a nekázní. Plnění pravidel by mělo být odměňováno, což vede u dětí s ADHD k posilování motivace. Velmi důležité je dítě chválit a to nejen za výkon, ale hlavně za snahu, aby tím získalo větší sebedůvěru. Rodiče by se měli naučit předvídat problémové situace a připravit si vhodnou strategii pro jejich řešení. Dítě by nemělo být trestáno za to, co nedokáže nebo neudělalo úmyslně špatně. Pozornost by se měla věnovat i sourozeneckým vztahům, rodiče by měli upevňovat vazby a ne je rozdělovat upřednostňováním či neustálým porovnáváním. Celkově by mělo dítě vyrůstat v klidné atmosféře domova, kde bude cítit porozumění, zastání a bezpečí (Hrdlička, Dudová, 2015; Pokorná, 2001).

Z psychoterapeutických přístupů se v léčbě ADHD nejvíce uplatňuje systémová rodinná terapie, která by měla vést ke zlepšení vztahů mezi členy v rodině a kognitivně-behaviorální terapie. Mezi pilíře KBT patří strukturovanost, jednoduchost a možnost dílčích kroků, což odpovídá základním požadavkům při léčbě dítěte s ADHD. Při této metodě se pracuje cíleně s analýzou chybného chování, nácvikem správného chování, posilováním

vhodných a naopak vyhasínáním nevhodných reakcí. Příkladem techniky KBT je kognitivní trénink, jehož cílem je dosáhnout vyšší sebekontroly (Andreánska, 2010, 2016; Hrdlička, Dudová, 2015).

K dalším podpůrným prostředkům při léčbě patří relaxační cvičení, arteterapie, muzikoterapie nebo canisterapie. Za velmi efektivní se považuje i metoda EEG-biofeedback, jež spočívá ve využití zpětné biologické vazby na autoregulaci (Andreánska, 2010, 2016; Jucovičová, Žáčková, 2015).

2.5.2. Farmakoterapie

V případech závažnějších forem HKP/ADHD, kdy nejsou dostatečně účinná režimová a další opatření, se navíc přidává léková terapie. Medikaci může předepsat pouze pedopsychiatr nebo v některých případech dětský neurolog, tudíž je nezbytná spolupráce s těmito odborníky (Jucovičová, Žáčková, 2015).

Léčbou první volby jsou psychostimulancia, která velmi příznivě ovlivňují poruchu pozornosti. V České republice je jediným povoleným zástupcem psychostimulancií, užívajících se k léčbě HKP, metylfenidát. K dostání je Ritalin – přípravek s krátkodobým, přibližně tříhodinovým působením a preparát Concerta s prodlouženým, až dvanáctihodinovým účinkem. První zmiňovaná medikace se musí podávat několikrát denně, druhá pouze jedenkrát denně. Oba léky mohou být předepsány dětem od šesti let věku. Jejich preskripce podléhá opatřením pro skupinu omamných a psychotropních látek skupiny I (Hrdlička, Dudová, 2015; Stárková, 2016). Někteří rodiče tak mají obavy, zda si na nich děti nevypěstují závislost a v pozdějším věku nebudou inklinovat k abúsu drog. Paclt (2007b) však vysvětluje, že vlivem biologických zvláštností v etiologii HKP léky ze skupiny stimulancií riziko drogové závislosti nezvyšují, ale naopak snižují. K nežádoucím účinkům patří snížená chuť k jídlu, bolesti hlavy, poruchy usínání. V odborných kruzích se diskutuje o možném negativním vlivu stimulancií na vývoj růstu a hmotnosti u dětí (Hrdlička, Dudová, 2015).

Další možností medikamentózní léčby HKP/ADHD je nestimulační lék atomoxetin. Ten je u nás prodáván pod obchodním názvem Stratera. Před nasazením léku je u dítěte nutné zhodnocení somatického stavu z kardiovaskulárního hlediska. Podává se u pacientů, kteří navíc trpí úzkostí, tiky, mají problémy se spánkem a s jídlom, případně jejich rodiče

nesouhlasili s léčbou stimulací. K přechodným nežádoucím účinkům patří bolesti břicha, snížená chuť k jídlu a zvracení. Lék se obvykle podává jednou denně (Hrdlička, Dudová, 2015; Stárková, 2016).

Léčbou třetí volby jsou antidepresiva a v poslední řadě pak neuroleptika (Hrdlička, Dudová, 2015).

3. Relaxace

V současném světě se každodenně setkáváme s různými stresovými situacemi, které mohou negativně ovlivnit naše tělesné i duševní zdraví. Záleží na každém z nás, jak se k těmto situacím postaví a jak se je rozhodne řešit. Křivohlavý (2001) nabízí jako jednu z účinných strategií zvládnání stresu relaxaci.

Termín relaxace pochází z latinského „relaxare“, přičemž „re“ znamená znovu, „laxus“ znamená volný (Křivohlavý, 2001). Ve Stručném psychologickém slovníku se relaxace definuje jako „*uvolnění svalového i duševního napětí*“ (Hartl, 2004, s. 226).

Relaxací se původně označovalo ve fyziologii uvolnění svalových vláken, jejímž protikladem byla kontrakce, tedy napětí či stažení. V současnosti se tímto pojmem označují techniky zaměřené na odstranění tělesného a duševního napětí. K vědním disciplínám, zabývajícími se relaxací, řadíme například psychohygienu a psychologii zdraví (Lokšová, Lokša, 1999).

Relaxace působí proti stresu, neklidu, zvýšenému svalovému napětí a bolesti, pomáhá zdokonalovat paměť, pozitivně ovlivňuje rozvoj osobnosti, příznivě působí na krevní tlak, snižuje úzkost, chrání před vyčerpáním, vede k regeneraci (Zemánková, Vyskotová, 2010; Mrázová, 2015). Křivohlavý (2001) píše, že studium efektivity relaxace ukázalo, že relaxační techniky jsou vhodným nástrojem proti zmiňovaným těžkostem. Prokázalo se, že účinnost relaxačních technik je vyšší než pouhé působení placebo. Nemůžeme tedy tvrdit, že se jedná pouze o myšlený či cítěný efekt. Přesto však závěrem dodává, že samotná relaxace není všelékem.

Z fyziologického hlediska dochází během relaxace k aktivaci parasympatické části vegetativního nervstva, čímž se dosáhne celkového zklidnění. Při stresových situacích dochází naopak k aktivaci sympatického systému vegetativního nervstva, která vede k poplachové reakci (Černý, Grofová, 2015).

Autorka Buzková (2006) dělí relaxaci na mimovolní a volní. K mimovolní neboli spontánní relaxaci patří například spánek nebo koupele. Volní či záměrná relaxace zahrnuje pohybové aktivity, které vedou k uvolnění celého těla.

Dělení relaxace podle úrovně řízení (Buzková, 2006):

- Lokální (díličí).
- Komplexní (celková).
- Diferencovaná (částečná).

Dělení relaxace z hlediska účasti jedince (Buzková, 2006):

- Relaxace aktivní (např. tanec, jóga).
- Relaxace pasivní (např. masáž vykonávaná druhou osobou).

K vybraným prostředkům relaxace řadí Zemánková a Vyskotová (2010):

- Klid.
- Pomalý plynulý pohyb.
- Dýchání (prodloužený výdech).
- Emoční projevy (smích, pláč, křik).
- Vibrace (zvuky, hudba, použití přístrojů).
- Procvičování pohybových souborů (tai-chi).
- Působení dotekem (masáž).
- Působení sociálních podnětů (tvořivost, krása).

3.1. Specifika relaxace u dětí

Relaxace má v boji proti stresu u dětí i dospělých stejně blahodárné účinky na celý organismus. Děti jsou díky pravidelným relaxacím pozornější, lépe se soustředí, dochází u nich k příznivému rozvoji motoriky, kreativity, prostorové orientace a laterality. Hyperaktivním dětem pomáhá usměřňovat jejich energii (Nadeau, 2011).

Při provádění relaxačních technik s dětmi bychom měli respektovat jisté zásady. V případě jejich dodržování probudíme v dětech zájem a usnadníme jim průnik do světa relaxace (Nešpor, 1998b; Peterková, 2014; Nadeau, 2011; Jucovičová, Žáčková 2015):

- Při výběru vhodné relaxační techniky pro děti je nutné brát ohled na ontogenetická specifika daného věkového období a postupovat s určitými odlišnostmi než při práci s dospělými osobami. Některé relaxační metody se musí modifikovat, aby vyhovovaly dětským potřebám.
- Během relaxačních cvičení by měla panovat klidná a přátelská atmosféra. Hned v úvodu cvičení u dětí podpoříme pocit jistoty. Měly by vědět, proč je důležité se uvolnit, relaxovat a že si to můžete zkusit společně. Tím, že dítě vedeme a zároveň se sami zapojíme, dochází k prohlubování vzájemné pozitivní interakce.
- Děti chválíme a oceňujeme jejich snahu, i přesto, že se jim nedaří být zcela uvolněné. Děti potřebují motivaci k další činnosti, neboť až s pravidelným opakováním se zlepšuje jejich schopnost relaxovat.
- Děti mají velmi rozvinutou představivost, což nám pomůže při aplikaci některých relaxačních technik.
- Slovní obraty, které při relaxaci používáme, by měly být blízké dětskému světu, přiměřené jejich rozumovým schopnostem.
- Schopnost koncentrace pozornosti u dětí je výrazně nižší než u dospělých. Z toho důvodu u nich volíme kratší dobu relaxace. Trvání relaxace u předškoláků by nemělo přesáhnout 6 minut, u školních dětí se doba uvolnění může postupně posunout na 10 minut.
- Respektujeme temperament dítěte a přizpůsobujeme mu tempo cvičení. Živější děti potřebují rychlejší průběh, jinak se začnou nudit a zlobit. Naopak u klidnějších dětí můžeme zvolit pomalejší tempo.
- Děti upozorníme, že nemusí mít zavřené oči. Až se budou cítit jistěji a budou samy chtít, mohou si to vyzkoušet.
- Některé děti se nedokážou uvolnit, chtějí kontaktovat sousedy, mají různé připomínky. Často se jedná o projevy rozpaků a nejistoty, které časem ustoupí. Pouze v případě velké neúnosnosti dítě vykážeme, situaci s ním probereme a zkusíme mu pro příště nabídnout jiný typ relaxace.

- Relaxačním technikám, zejména u dětí s ADHD, by měla zpočátku předcházet pohybová aktivita, při které se vyběhají, odreagují. Následně pak můžeme postupně měnit rychlost pohybu v pomalejší uvolňovací cvičení.

Autoři Šimanovský (1998), Drotárová a Drotárová (2003) shrnují několik obecných zásad při provádění relaxace:

- Během provádění relaxačních cvičení je nutno brát na zřetel zdravotní stav jedince, neboť některé relaxační techniky jsou kontraindikovány. Je tomu tak například u lidí se závažným psychiatrickým onemocněním.
- Relaxujeme v klidné, vyvětrané a mírně osvětlené místnosti nebo ve vhodném venkovním prostředí (zahrada, park).
- Doporučovaným oděvem je pohodlné, nestahující oblečení.
- Nerelaxujeme s plným žaludkem.
- Nejvhodnější poloha je vleže na zádech na karimatce. Je možné relaxovat i vsedě, vleže na boku nebo v „klubku“ či za pohybu. Mezi cvičícími by měl být dostatek prostoru.
- Účinek relaxace úzce souvisí s pravidelností jejího používání, nikoliv s délkou trvání.
- Relaxace by nikdy neměla být usilovným snažením. Čím více do nácviku vkládáme volního úsilí, tím méně se nám bude dařit dosáhnout uvolnění.

3.2. Vybrané druhy relaxačních technik a postupů

V dnešní době můžeme načerpat spoustu informací o relaxaci. Inspirativním zdrojem mohou být tištěné publikace, informace získané na internetu nebo ze specializovaných kurzů. Relaxační metody jsou i v nabídce různých zdravotních a sportovních center. Každý si tak může vybrat podle svých zájmů a potřeb.

Dětem relaxační techniky většinou vybíráme my, dospělé osoby. Mělo by tomu tak být s nejlepším úmyslem. Pro děti bychom měli představovat vhodný vzor, zároveň je motivovat

a pomáhat jim překonávat počáteční obtíže, které mohou někdy relaxaci provázet. Může se také stát, že dítěti vybraná relaxační metoda nevyhovuje. V tomto případě mu nabídneme jinou, která ho více zaujme, výběr metod je opravdu veliký.

Následující výběr relaxačních metod je přizpůsoben zaměření této bakalářské práce.

3.2.1. Schultzův autogenní trénink

Ve střední Evropě patří autogenní trénink k nejrozšířenějším relaxačním metodám. Koncept autogenního tréninku vypracoval berlínský lékař J. H. Schultz. Tato relaxační metoda spočívá v sérii cvičení, při kterých zaměřujeme pozornost na různé části těla s cílem dosažení uvolnění.

Autogenní trénink má široké praktické uplatnění. Pomáhá při léčbě úzkostných stavů psychosomatických poruch, závislostí, poruchách spánku, regeneruje organismus, odbourává stres (Drotárová, Drotárová, 2003).

Tato relaxační technika se rozděluje se na nižší a vyšší stupeň. Nižší stupeň spočívá v navození šesti pocitů (Nechlebová, 2012):

- Tíha v končetinách.
- Teplo v končetinách.
- Klidný dech.
- Pravidelná srdeční činnost.
- Teplo v nadbříšku.
- Chladné čelo.

Vyšší stupeň autogenního tréninku je v praxi méně uplatňován, neboť se už jedná o techniku řízené imaginace a meditace, kterou by měl vést zkušený psychoterapeut. Cvičení se zaměřují na (Mrázová, 2015):

- Koncentraci na zážitek z barvy.
- Vyvolávání představy určitých předmětů.

- Zpřítomnění vlastních zážitků.
- Vyvolání obrazu určitých osob, uvědomění si vztahu k nim, schopnost empatie.
- Kladení si otázek o smyslu života.
- Vytvoření formulovaných předsevzetí a jejich vštěpování, formulace základních životních hesel.

Autogenní trénink se cvičí v klidových polohách, a to buď vleže na zádech, vsedě v křesle s opěrkou nebo v poloze „klimbajícího vozky“. Délka relaxace trvá přibližně 3-7 minut. Cvičení se má ukončit energickými (sebe)instrukcemi. Někdy se ale stává, že relaxující osoba usne fyziologickým spánkem (Drotárová, Drotárová, 2003).

Nižší stupeň autogenního tréninku je vhodný téměř pro každého a dá se provádět již u dětí od 6-7 let (Drotárová, Drotárová, 2003). Přesto autorky Jucovičová a Žáčková (2010) upozorňují, že ne všichni odborníci se shodují na jeho využití u dětí, neboť metoda je náročná zejména na soustředění. Doporučuje se cvičit až dětem, které mají již nějaké zkušenosti s relaxací. Pro ně jsou vhodné určité modifikace, při kterých je autogenní trénink zkrácen na pocit tíhy v končetinách, pocit tepla v rukou a nohách a pocit klidného dechu. Jednotlivé fáze se nacvičují postupně, až dítě ovládá první fázi, může se navazovat na další.

Nácvik u dětí začíná imaginací „klidné hračky“. Hračka leží na zemi na zádech, její končetiny ji samou tíhou padají z menší výšky dolů. Následně se hračka vyhřívá na sluníčku, které ji krásně proteplí. V poslední části se děti soustředí na svůj dech, kdy volně dýchají nosem. Pro lepší názornost si mohou dát na břicho a hrudník ruce nebo menší plyšové zvířátko (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Vhodnou alternativou pro děti je i předčítání relaxačních příběhů, ve kterých jsou zakomponované formulky autogenního tréninku. Příkladem je publikace Příběhy z měsíční houpačky od E. Müllerové (Müller, 1998).

3.2.2. Jacobsonova progresivní relaxace

Zakladatelem této fyziologické aktivní relaxace je americký psycholog E. Jacobson. Metoda je založena na izometrickém stažení svalů a jejich následném uvolnění pod cílenou

vědomou kontrolou. Účinnost metody zkoumal Jacobson za použití elektromyografu, přístroje, měřícího napětí kosterního svalstva. Zjistil, že relaxující subjekt může pouhou myšlenkou na pohyb v určité končetině docílit změny v jejím napětí (Nechlebová, 2012; Drotárová, Drotárová, 2003).

Jacobsonova metoda relaxačních cvičení má pět stupňů (Nechlebová, 2012):

1. Uvolňování horních končetin.
2. Uvolňování dolních končetin.
3. Dýchání.
4. Uvolňování čela.
5. Uvolňování svalů ovládajících řeč.

Začínáme dosažením napětí určitých svalů, které posléze uvolníme. Napětí má trvat několik desítek vteřin, uvolnění pak několik minut. Postupně bychom měli docílit relaxace příslušných svalů přímo, bez předchozího stažení. Metoda je časově náročná, správně by se měla cvičit nejméně jednou denně alespoň půl hodiny. V praxi ale můžeme využívat jen relaxaci určitých částí těla, v nichž je zvýšené svalové napětí (Štětovská, 2012; Nechlebová, 2012).

Při práci s dětmi můžeme základní postup rozdělit na menší úseky. Například nejdříve napínáme prsty u chodidla, nárt, celé chodidlo, lýtko až postupně celou dolní končetinu. Nejobtížněji uvolňují děti svaly obličeje. Zkoušíme trénovat zatínání zubů, mračení, zvedání obočí, otvírání úst a pak opět uvolníme. Uvolněný obličej se mírně usmívá (Jucovičová, Žáčková, 2015).

U menších dětí můžeme pro lepší představu používat mačkání houbiček nebo gumových kroužků, aby názorně pocítili rozdíl mezi napětím a uvolněním. Můžeme jim také imaginovat loutku, která je vedena na provázcích. Pokud za provázky taháme, ruce a nohy loutky se napínají, pohybují, když provázky pustíme, úplně se uvolní (Jucovičová, Žáčková, 2015).

3.2.3. Pohádkové příběhy

Pohádkové příběhy se vyprávějí od nepaměti. Díky naslouchání příběhům a pohádkám se posluchač od nejtělejšího věku učí vnímat žádoucí vlastnosti a normy dané kultury. Čtená pohádka přináší nejen mnoho poučení a rad, obohacuje a rozvíjí vnitřní svět dítěte, ale také ho učí soustředění a pomáhá rozšiřovat jeho slovní zásobu. Pohádkové příběhy mohou být výborným inspirativním, relaxačním, stmělujícím a zároveň naučným prostředkem nejen pro děti a rodiče (Hrušková, [bez roku]).

S rozvojem techniky a větším zaneprázdněním rodičů bývají ústně vyprávěné pohádky nahrazovány sledováním pohádek v televizi či na tabletu. Je však důležité upozornit, že v tomto případě působí pohádka spíše opačným efektem, neboť množství střihů, barev a zvuků vzbuzuje v dítěti vnitřní neklid (Hrušková, [bez roku]).

Dítě se během dne může setkat s mnoha podněty, které v něm vyvolávají stres. Proto je vhodné, aby dítě, zejména večer před spaním, podstoupilo jakýsi „očistný“ rituál od těchto stresových událostí. Pravidelné rituály mu pomáhají odbourávat nadržované napětí, čímž se předchází poruchám spánku. V tomto případě může rituál představovat četba pohádky. Pohádka vyprávěná ve známém a bezpečném prostředí, dává dítěti možnost, projektovat si do příběhu hlavních hrdinů osoby a situace, které ho v běžném životě stresují, rozvíjet svou představivost, naplnit si během poslechu své vlastní sny a přání. V pohádkovém příběhu by nemělo chybět mírné napětí a drama. Napětí v ději, umocněné změnou intonace vypravěče, učí dítě bát se a tím přijímat strach. Dítě se bojí v důvěrně známém a bezpečném prostředí, které má zároveň pod kontrolou a tím se zvyšuje jeho odolnost a víra, že vše špatné dobře dopadne (Hrušková, [bez roku]); Müller, 1998; Molicka, 2007).

Mezi autora příběhu a posluchače vstupuje předčítatel. Na něm záleží, jakým stylem pohádku podá a jaký zážitek si z ní posluchači odnesou. Příběh může ovlivnit svou mimikou, gestikulací či intonací. Přílišné zdůrazňování není vhodné, neboť s posluchači manipuluje, neumožňuje jim rozvíjet fantazii. Nežádoucí je i monotónní projev vypravěče (Badegruber, Pirkl, 1994).

Četba či vyprávění pohádky by mělo probíhat v klidné a příjemně osvětlené místnosti. Vypravěč by měl sedět na místě, ze kterého ho všichni posluchači dobře slyší (Badegruber, Pirkl, 1994).

Kromě klasických či moderních pohádek existují terapeutické pohádky nebo pohádkové příběhy, do kterých jsou zakomponovány formulky autogenního tréninku.

Některé příběhy a pohádky se pro svůj prokázaný pozitivní terapeutický účinek používají například v dětské psychoterapii, kde se podílí na léčbě úzkosti. Typickým znakem těchto pohádek je obtížná situace pohádkového hrdiny a reálné prostředí, ve kterém děj probíhá (nemocnice, domov, školní prostředí...). Strach a obavy hlavního hrdiny mu pomáhají řešit vedlejší pohádkové postavy a napomáhá tomu také sled událostí. Hlavní představitel si postupně osvojuje různé postupy, kterými přemůže zlo i svou úzkost z něho. Tím se dostává do nové psychické situace a mění své chování. Při správné aplikaci pohádkového schématu dojde k „přenosu“ zkušeností pohádkového představitele na dítě, které si je zvnitřní (Molicka, 2007). Autorkou terapeutických pohádek je například Maria Molicka, která napsala knihu „Příběhy, které léčí“.

Publikaci s relaxačními pohádkami napsala autorka Else Müller. Ve své knize „Příběhy z měsíční houpačky“ propojila pohádkové příběhy s formulkami cvičení autogenního tréninku, které působí proti stresu. Příběhy zároveň obohacují a rozvíjí dětskou fantazii (Müller, 1998).

3.2.4. Relaxace s hudbou

Člověk je již od narození obklopen různými zvuky a hudbou. Hudba má schopnost vyvolávat v nás určité psychické i fyzické procesy, čehož se dá využít v terapeutické činnosti. Poslech hudby může ovlivnit naši náladu, uklidnit, navodit spánek nebo naopak vybudit k aktivitě (Kelnarová, Matějková, 2014; Lokšová, Lokša, 1999).

Poslech hudby se může kombinovat s dalšími relaxačními technikami. Nejčastěji se spojuje s pohybem, autosugescí, nebo masáží (Lokšová, Lokša, 1999). Obohatit se dá i o světelné prvky. Přidáme-li k relaxační hudbě zelené světlo, zintenzivníme uklidňující účinek. Pokud potřebujeme zlepšit náladu, aktivizovat, doplníme k rytmické hudbě červené světlo (Zemánková, Vyskotová, 2010). U dětí se poslech hudby může doplnit četbou relaxačních příběhů.

V současné době je k dispozici bohatý výběr nahrávek, které se mohou využít během relaxace. Lokšová a Lokša (1999) doporučují k této příležitosti vybírat hudbu bez výrazné dynamiky a ostrých tónů. Autorky Kelnarová a Matějková (2014) zdůrazňují, že při výběru

relaxační hudby nesmíme zapomenout na náš srdeční puls. Hlasitá hudba, které má jiný rytmus než naše srdce, v nás může vyvolávat pocity slabosti a podráždění.

Za klasickou relaxační hudbu považuje Šimanovský (1998) například skladby od R. Schurmana (Snění), J. S. Bacha (Air), F. Chopina (Kapka deště) nebo C. Debussyho (Svit luny).

Za představitele moderní relaxační hudby můžeme považovat dle Šimanovského (1998) zpěvačku Enyu, skladatele M. Oldfielda nebo Vangelise.

Netradiční hudbou pro zklidnění jsou dle autorky Riefové (1999) nahrávky obsahující zvuky přírody (šumění moře, zpěv ptáků, zvuk cvrčků a cikád) nebo zvuky netradičních hudebních nástrojů (tibetské mísy).

Autorem relaxačních skladeb, vhodných pro děti, je například R. Santé (Loved baby, Naše štěstí: Hudba pro miminka a těhotné ženy) nebo I. Sedláček (Ukolébavky). Z. Šimanovský spojil hudební podklad s mluveným, uspávajícím, slovem a vznikly tak nahrávky Modré jablíčko nebo Maková zrníčka.

Kelnarová a Matějková (2014) uvádí, že i nepřetržitý pravidelný zvuk může navodit pocit uvolnění. Jedním z nich je například stará sanskrtská mantra Óm. Při monotónním odříkávání slova óm, dochází k „promasírování“ všech našich orgánů v těle.

Lokšová a Lokša (1999) shrnují, že hudba umožňuje zkvalitnění odpočinku zejména při intenzivních činnostech a po namáhavých či stresových situacích. Za nejvhodnější dobu považují pozdní odpoledne nebo večer před spánkem. Základní poloha těla je vleže.

3.2.5. Aromaterapie

Aromatické látky byly už v dřívějších časech velmi ceněny. Jedním z důvodů byla jejich schopnost ovlivnit psychiku člověka. Staří Řekové s oblibou používali aromatické oleje nejen pro jejich uklidňující a uspávající vlastnosti, ale i jako afrodiziakum nebo antidepressivum (Nováková, Šedivý, 1996).

V dnešní době je četnými výzkumy prokázáno, že silně aromatické výtažky z rostlin (esenciální oleje či éterické silice), které dodávají rostlinám jejich vůni, působí na lidský organismus. Ovlivňují náladu, evokují emoce, působí proti stresu, povzbudí. Rostlinné silice

jsou schopny v těle spouštět určité léčebné procesy, působí preventivně proti virózám, mohou mít vliv na změnu krevního tlaku, pulsu a hloubky dýchání (Nováková, Šedivý, 1996).

Vůně rostlinných silic se dostává do čichového centra v mozku, odkud vonná aktivní látka ovlivňuje nervový systém. Silice stimulují nervové buňky a vysílají signály do limbického systému mozku. Ten hraje klíčovou roli při spouštění různých emocionálních reakcí a uchování vzpomínek (Nováková, Šedivý, 1996; Šauerová, Nechlebová, 2011).

Nejstarší a nejpoužívanější metodou využívání aromatických látek je jejich inhalace, tedy vdechování vůně. V tomto případě můžeme použít aromalampu, inhalátor nebo osvěžovač vzduchu v rozprašovači. Dalším způsobem je perkutánní aplikace v podobě krémů nebo masážních olejů. Vnitřně se užívají například bylinné nálevy (Nováková, Šedivý, 1996; Kelnarová, Matějková, 2014).

Pro aromaterapii lze použít esenciální oleje, vonné svíčky, vonné tyčinky, koření, krémy nebo parfémy (Kelnarová, Matějková, 2014).

Nováková a Šedivý (1996) upozorňují, že při používání éterických silic, je nutné znát doporučené dávkování, způsob použití a případná rizika a kontraindikace. Při výběru éterických silic by měli být obzvlášť informováni lidé, trpící epilepsií, vysokým či nízkým krevním tlakem, onemocněním ledvin, alergií, těhotné ženy a děti. Účinnost éterických olejů je dána jejich kvalitou. Musí být přírodní, nikoli syntetické

Níže uvádíme seznam rostlinných silic a jejich vliv na lidskou psychiku podle Novákové a Šedivého (1996). Autoři k tomu dodávají, že je přesto nutné brát ohled na individuální zvláštnosti každého člověka.

Stres, přepracovanost zmírňuje:

- Cedr, geranium bourbon, jalovec, pomeranč, růže, vanilka.

Koncentraci pozornosti podporuje:

- Borovice, citron, lemongrás, nerol, verbena, ylang-ylang.

Úzkost zmírňuje:

- Bergamont, citron, jasmín, levandule, majoránka, meduňka.

Meditaci navozuje:

- Cedr, jalovec, myrha, santal, šalvěj, yzop.

Sedativně působí:

- Citron, heřmánek, levandule, meduňka, pačuli, růže.

3.2.6. Jóga

Jóga představuje komplexní systém holistických postupů péče o tělesné a duševní zdraví. Původem je z Indie, kde se praktikuje tisíce let a je silně spjata s filozofickým a duchovním zázemím. Slovo jóga se překládá jako sjednocení, čímž se myslí spojení lidské bytosti s jeho nejhlubší podstatou (Drotárová, Drotárová, 2003; Nešpor, 1998b).

Cvičení jógy přispívá k pocitu vnitřního štěstí, zlepšuje tělesnou kondici a celkové zdraví organismu. Správně prováděná jóga rozvíjí kreativitu, soustředění i představivost, což se může u dětí pozitivně odrazit ve školním prospěchu (Nešpor, 1998a; Dvořáková, 2016).

K tomu, aby došlo k celkové harmonii, je nutné kromě polohových tělesných cvičení dbát na vhodnou výživu a životosprávu, osvojit si správné dýchání, dostatečně relaxovat a přijmout jistá etická pravidla (Drotárová, Drotárová, 2003).

Cvičení jógy s dětmi má svá specifika. Jednotlivé jógové pozice (ásany) nazýváme v českém jazyce a popisy cvičení přizpůsobujeme dětskému chápání. Můžeme využít názorných obrázků nebo nejlépe samotnou pozici předvést. Řada pozic je inspirována z rostlinné a živočišné říše, proto je možno cvičení doplnit o krátký příběh či básničku o daném zvířeti nebo rostlině. Výdrže v pozicích jsou u dětí kratší. Děti by se neměly přepínat nebo pociťovat bolest. Součástí jógy by měla být dechová cvičení prováděna formou her. Upozorníme také děti na správnost dýchání nosem před dýcháním ústy. Cvičení jógy by mělo být zakončeno krátkou relaxací (Nešpor, 1998a; Dvořáková, 2016).

Jóga se cvičí v prostorné a dobře vyvětrané místnosti nebo ve venkovním prostředí. Ideální je zahrada, park, les nebo mořská pláž. Okolí zvoleného prostoru by nemělo odvádět pozornost dětí od cvičení. Cvičí se v pohodlném oblečení, naboso na karimatce. Jóga by se měla cvičit denně, nejlépe ve stejnou denní dobu a na obvyklém místě (Nešpor, 1998a; Dvořáková, 2016).

K úvodnímu seznámení dětí s jógou může postačit pohybová básnička, při které se cvičí některé jógové pozice. Básnička je od neznámého autora.

*„Z Indie k nám přichází,
dýchání ji provází.
Je to jóga cvičení,
co nás umí proměnit.
Ve věci, i zvířátka,
otevře Ti k zdraví vrátka.
Chceš být kočka, pes či strom?
Potom řekni třikrát Óm.
Óm, Óm, Óm.“*

3.2.7. Relaxační hry

Hra je jednou z nejpřirozenějších činností v dětském věku. Podílí se na optimalizaci vývoje dítěte, naplňuje jeho potřeby a zájmy, je vhodným prostředkem k relaxaci. Relaxační hry představují účinný způsob, jak dětem pomoci se zvládnutím strachu a úzkosti, s poruchou pozorností, pomočováním či psychosomatickými potížemi. Tyto hry často vychází z poznatků J. Schultze (autogenní trénink) a E. Jacobse (progresivní relaxace), přesto probíhají hravou formou se zapojením dětské fantazie (Peterková, ©2008-2017; Nadeau, 2011).

Jednou z praktických možností je využití metody opakovaného hraní neboli francouzsky „rejoue“. Rejoue pomáhá dětem, aby se zklidnily nebo uvolnily po nějaké pohybové činnosti či námaze a pozvolna přešly k jinému zaměstnání (Nadeau, 2011).

Základní techniky používané v metodě opakovaného hraní (Nadeau, 2011):

- **Sevření – uvolnění:** Tato technika spočívá v tom, že na několik vteřin sevřeme sval, nebo častěji svalovou skupinu, a následně sevření pomalu uvolňujeme.
- **Kývání:** Technika kývání imituje pohyb kyvadla nebo houpačky. Jedná se o provádění opakovaného horizontálního pohybu vpravo – vlevo a vpředu – vzadu. Uvolňovaná část těla (například paže, noha...) musí být ochablá a klátivá.

- **Protážení – uvolnění:** Zde se snažíme o co největší protážení některých částí těla s následným postupným uvolňováním. Protáženou částí těla pak jemně pohupujeme. Je důležité uvolňovat se pomalu, nikoli švihem.
- **Ochabnutí:** Při této technice se využívá působení tíže na naše tělo. Nejprve určitou část těla zvedneme a pak ji necháme volně, klouzavým pohybem spadnout. Následně necháme tuto část těla několik vteřin odpočinout. Celý pohyb dvakrát až třikrát zopakujeme.
- **Protřepání:** Technika spočívá v opakovaném protřepávání částí těla.
- **Znehybnění:** Zde se snažíme o zaujetí polohy, v níž přestaneme vykonávat jakékoliv pohyby.

Relaxační hry jsou vhodné především pro starší předškoláky a děti v mladším školním věku, délka jedné hry by měla trvat do deseti minut. Hry se dají hrát v budově i ve venkovním prostředí, důležitý je dostatečný prostor pro děti. Relaxační hry můžeme provádět vleže, vestoje i vsedě (Peterková, ©2008-2017; Nadeau, 2011).

Na našem knižním trhu jsou k dostání například publikace Relaxace pro děti od M. Peterkové a Relaxační hry s dětmi od M. Nadeau, které obsahují spoustu zajímavých námětů pro hraní relaxačních her.

4. Případová studie dětí s hyperkinetickou poruchou

Pro doplnění poznatků teoreticky orientované práce zde uvádíme dvě případové studie dětí s hyperkinetickou poruchou, které byly hospitalizovány na dětském a dorostovém oddělení Psychiatrické nemocnice v Opavě (PNO). S dětmi byly během pobytu nacvičovány vybrané relaxační techniky.

Předkládané kazuistiky „Honza“ a „Pavel“ byly vypracovány na základě pozorování chlapců a krátkého rozhovoru. Úvodní anamnestické údaje byly získány ze zdravotnické dokumentace. Jména dětí byla z důvodu zachování anonymity pozměněna. Se zpracováním kazuistik a jejich prezentací v této bakalářské práci souhlasilo vedení Psychiatrické nemocnice v Opavě i zákonní zástupci dětí. Informované souhlasy jsou přiloženy jako Příloha č. 1a, Příloha č. 1b a Příloha č. 2.

Stručná charakteristika dětského a dorostového oddělení PNO

Dětské a dorostové oddělení se zabývá celým spektrem psychiatrických diagnóz, které se vyskytují v dětském a dorostovém věku. Základní spektrum léčených diagnóz tvoří: hyperkinetické poruchy, disharmonický vývoj osobnosti, emoční problémy ve spojení s poruchami chování, sexualizované chování, suicidální či sebepoškozovací aktivity, psychotické onemocnění, deprese, abusus návykových látek, pervazivní vývojové poruchy, neurotické a psychosomatické problémy, děti týrané i zneužívané, mentální retardace (PNO, ©2016).

Základní léčebný režim je postavený pro děti s hyperkinetickou poruchou a neurotickými projevy, speciální režimy jsou vytvořeny pro děti s poruchou příjmu potravy a pro děti s abúzem návykových látek. Léčba je komplexní, zahrnuje režimová opatření, psychoterapii, farmakoterapii a docházku do Základní školy při zdravotnickém zařízení, která je umístěná v areálu Psychiatrické nemocnice. Hospitalizace se rozlišují na léčebné a diagnosticko-terapeutické. Během letních prázdnin se pořádají léčebně rehabilitační pobyty (PNO, ©2016).

Oddělení pracuje komunitním způsobem péče, léčebné vedení zajišťuje vždy ve spolupráci lékař a klinický psycholog. Oddělení tvoří dvě uzavřené stanice. Stanice 14 A je určená pro chlapce ve věku 10 - 18 let a koedukovaná stanice 14 B pro dívky ve věku 5 - 18 let a chlapce 5 - 10 let (PNO, ©2016).

Vlastní metodika vybraných relaxačních technik

Na dětském a dorostovém oddělení PNO jsem pracovala několik let coby dětská sestra. Nácvik relaxačních technik s dětmi byl součástí mé náplně práce zhruba jeden rok.

Relaxaci jsem uplatňovala zejména u chlapců ve věku od 5 do 10 let. Nejčastějším důvodem jejich hospitalizace byla hyperkinetická porucha. Relaxace probíhala v době odpoledního klidu nebo během večerního uspávání, přibližně 10x měsíčně, v závislosti na mé pracovní směně. K využívaným relaxačním technikám patřil poslech relaxační hudby a mluvené pohádky na CD, aromaterapie, četba pohádek a relaxačních příběhů.

Před zahájením relaxace se děti byly vymočit. Relaxace probíhala v jejich pokoji, který byl vyvětrán a v přítmí. Místnost osvětlovala svíčka z aromalampy. Když děti ulehly do svých postelí, měly, po jednom, možnost cokoliv mi i ostatním dětem sdělit, pak už jen poslouchaly. Poté jsem pustila v přiměřené hlasitosti CD s relaxační hudbou a do aromalampy nakapala esenciální olej. Než se zhaslo světlo, ukázala jsem vždy dětem pro lepší představu obrázek s danou rostlinou a ve stručnosti k ní něco řekla (např. geranium jsem nazývala českým názvem muškát a dětem sdělila, že tuto květinu mohou vidět v létě v květináčích na okně nebo na balkóně). Poté jsem dětem dala přičichnout k lahvičce s esenciálním olejem. Následovala četba pohádek nebo relaxačních příběhů. Poslech mluvené pohádky na CD jsem volila ke zpříjemnění odpoledního klidu pro děti, které neusnuly během čtení relaxační pohádky a poslechu relaxační hudby. Doba relaxace byla individuální, četba pohádek trvala 10 až 15 minut, poslech hudby a aromaterapie do doby než děti usnuly, což byla přibližně půlhodina.

K mému repertoáru relaxačních CD patřily nahrávky od I. Sedláčka (Ukolébavky), R. Santého (Loved baby, Naše štěstí: Hudba pro miminka a těhotné ženy), CD s názvem Meditace a Relaxace pro harmonickou mysl. Vyzkoušela jsem i hudební nahrávku se zpívanými ukolébavkami, ta spíše děti aktivizovala, měly tendence napodobovat zpěv dětí, předvádět slyšené hudební nástroje. Jako méně vhodné se ukázalo i CD od L.C. Mackaye (Uvnitř přírody) a CD s africkými hudebními nástroji. Ty v dětech vyvolávaly pocit strachu.

Četba pohádek byla střídána s četbou relaxačních pohádkových příběhů od E. Müller (Příběhy z měsíční houpačky). Pro četbu klasických pohádek jsem volila jakékoli autory pohádkových knih. Podmínkou pouze bylo, ať pohádka není příliš dlouhá. Ze své zkušenosti můžu říct, že děti měly rády oba typy pohádek a se zaujetím je poslouchaly. Pouze jeden

autistický chlapec se rozčílil při četbě relaxační pohádky O létajícím koberci, prý proč ho ještě nemá, že ho chce taky mít.

Výběr přírodních esenciálních olejů byl zvolen na základě doporučení výrobce, jejich vůně měla vést ke zklidnění a uvolnění. Používala jsem geranium, vanilku, levanduli, citron a eukalyptus, který má navíc antiseptické účinky. Děti si oblíbily zejména sladkou vůni vanilky.

Cílem relaxace bylo u dětí snížit napětí, zklidnit je a zpříjemnit jim průběh usínání nebo odpoledního odpočinku. Vypozorovala jsem, že děti u kolegyň, které s nimi relaxaci neprováděly, usínaly o něco později, byly častěji usměřňovány, více zlobivější.

Z vlastní zkušenosti mohu říct, že děti tuto aktivitu kladně přijaly a těšily se, až je budu uspávat. Občas se mi stalo, že některé děti zpočátku hůře spolupracovaly, upoutávaly na sebe nevhodným způsobem pozornost. Dva chlapci museli být bohužel během provádění večerní relaxace vyřazeni pro hrubou nekázeň, kterou jsem se snažila nejdříve různými způsoby zmírnit. Při aplikaci relaxačních metod u dětí mě podporovala vrchní sestra i klinická psychologka dětského a dorostového oddělení PNO.

4.1. Honza

Honzík je osmiletý chlapec, který byl na dětské a dorostové oddělení přijat na základě doporučení ambulantního pedopsychiatra. U chlapce se jedná se o prvohospitalizaci. Důvodem přijetí bylo Honzovo problémové chování zejména v domácím prostředí. Rodiče neposlouchal, odmítal, vyhrožoval jim. Staršímu bratrovi ubližoval, byl na něho sprostý. Kamarádi si občas stěžovali, že je zbil nebo že osahával starší děvčata. Ve škole nebyly problémy s chováním časté, a pokud ano, paní učitelka ho dokázala usměrnit. Byly zaznamenány drobné krádeže sladkostí. Intelektové schopnosti jsou u Honzy v pásmu průměru. U chlapce byla diagnostikována hyperkinetická a deprivativní porucha chování.

Osobní anamnéza

Těhotenství matky proběhlo bez potíží, porozen byl císařským řezem. Porodní váha 4000g, výška 50 cm. Psychomotorický vývoj probíhal v normě. Proděl běžné dětské nemoci, alergie

negována. Chlapec je veden v pedopsychiatrické ambulanci. Potíže se spánkem nejsou, usíná dobře okolo 20 h, ráno vstává bez problémů.

Rodinná a sociální anamnéza

Honza žije spolu s rodiči a starším desetiletým bratrem na ubytovně, kde bydlí několik let. Soužití rodičů je klidné. Bratr je rovněž veden v ambulanci dětského a dorostového psychiatra pro hyperkinetickou poruchu. Rodiče chlapce jsou nezaměstnaní, zdraví, bez abúsu návykových látek. Rodina spolupracuje se sociální pracovníci z OSPOD.

Školní anamnéza

Hoch je žákem 3. třídy základní školy s průměrným prospěchem. Občas v opozici k učitelce, dá se ale usměrnit. Nedávno napadl ve třídě spolužáka. Domácí příprava úkolů probíhá s problémy, nechce se učit, diskutuje. Zájmové kroužky ve škole nenavštěvuje, ale dochází dvakrát týdně do rodinného centra. Honza je veden v pedagogicko-psychologické poradně.

Farmakologická anamnéza

Chlapec užívá ráno jednu kapsli Strattera 40 mg.

Průběh hospitalizace

U chlapce probíhala delší adaptace na nové prostředí. Byl velmi nesmělý, tichý. Zpočátku tesknil po matce, která s ním byla v pravidelném kontaktu (telefonáty, návštěvy). Do kolektivu dětí přijat, nenápadný, spíše samotářský. Později si zde našel pár kamarádů. Ve škole snaživý, nekonfliktní, dobře se orientoval v probíraném učivu.

Uvolněnější chování bylo zaznamenáno po vycházkách s matkou a po ukončení adaptace. Snadno se nechal ovlivnit ostatními dětmi s horším chováním. Autoritu dospělého respektoval, někdy až na důrazné napomenutí. Sexualizované chování k děvčatům nebylo pozorováno, občas si ale hrál s panenkami. Ke konci pobytu snaživější, bez větších výchovných problémů.

Aktivně zapojen do odpoledních výchovně-terapeutických programů. Rád vybarvoval omalovánky, mandaly, tvořil. Oblíbil si i skládání puzzle, hru s auty a se stavebnicí. Vděčný za pozornost dospělého.

Honzík se do relaxačních technik zapojil bez potíží, v průběhu relaxace byl ukázněný. Při večerní relaxaci usínal do 20 minut, v odpoledním klidu usnul jen občas. Pokud ne, poslouchal mluvené CD pohádky.

Hospitalizace byla ukončena po 8 týdnech, přičemž absolvoval dvě dovolenky v domácím prostředí, které vcelku zvládnul.

Rozhovor s chlapcem

Rozhovor s Honzou probíhal pár dnů před ukončením jeho hospitalizace. Honzík ochotně odpovídal na položené otázky, bez nápadností v chování. Jeho odpovědi jsem si zaznamenávala do poznámkového bloku, nebylo použito nahrávací zařízení. „T.“ znamená označení pro kladenou otázku tazatelky, „R.“ znamená označení pro odpověď respondenta.

T.: „Honzó, víš, proč ses k nám dostal?“

R.: „Jo, protože jsem zlobil.“

T.: „Líbí se Ti tady?“

R.: „Jo.“

T.: „Je něco, co se Ti tady nelíbí?“

R.: „Třeba když úplně moc křičí děti nebo sestřičky.“

T.: „Chybí Ti tady něco?“

R.: „Mamka.“

T.: „*Máš tady kamarády?*“

R.: „*Pavla.*“

T.: „*S čím si u nás rád hraješ?*“

R.: „*S autama.*“

T.: „*Co říkáš na relaxaci, kterou s vámi provádím, když vás uspávám?*“

R.: „*Jo, baví mě to, hlavně ty vůně.*“

T.: „*Jak se Ti při relaxaci usíná?*“

R.: „*Líp se mi usíná, když je relaxace. Mám pak hezké sny. Když není, usnu až za dlouho.*“

T.: „*Co říkáš na relaxační hudbu, kterou vám pouštím?*“

R.: „*Mám ji rád, je hezká.*“

T.: „*Co říkáš na pohádky, které vám čtu?*“

R.: „*Taky je mám rád.*“

T.: „*A co říkáš na vůně, které vám dávám do aromalampy?*“

R.: „*Nejlepší je vanilka, ta voní jako čokoláda.*“

T.: „*Byl bys rád, kdyby Tě tak uspávala doma i mamka?*“

R.: „*Jo, to by bylo dobré.*“

4.2. Pavel

Pavel je osmiletý chlapec, který byl na dětské a dorostové oddělení přijat na základě doporučení ambulantního pedopsychiatra. U chlapce se jedná se o prvohospitalizaci. Důvodem přijetí bylo Pavlovo problémové chování ve školním a v domácím prostředí. Rodiče ani paní učitelku neposlouchal, v třídním kolektivu často provokoval ostatní děti, byl k nim agresivní, vztahovačný. Ve vyučovacích hodinách vyrušoval, šaškoval. Intelektové schopnosti jsou u Pavlíka v pásmu průměru. U chlapce byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování.

Osobní anamnéza

Těhotenství matky proběhlo bez komplikací, porozen byl přirozenou cestou. Porodní váha 3100g, výška 51 cm. Psychomotorický vývoj probíhal do jednoho roku v normě, pak pomalejší vývoj. Proděl běžné dětské nemoci, alergie negována. Chlapec je sledován v pedopsychiatrické ambulanci, v ambulanci neurologa a kardiologa. Má potíže se spánkem, mívá noční můry, ve škole pak někdy pospává.

Rodinná a sociální anamnéza

Pavel žije spolu s rodiči, polovlastním desetiletým bratrem a čtyřletou vlastní sestrou v bytě 2+1. Bratr je veden v ambulanci dětského a dorostového psychiatra pro hyperkinetickou poruchu. Soužití rodičů je harmonické. Matka je zaměstnána jako prodavačka, otec jako dělník, oba zdraví, bez abúsu návykových látek.

Školní anamnéza

Chlapec je žákem 2. třídy základní školy s výborným prospěchem. Ve třídě je mezi spolužáky konfliktní, ve vyučovacích hodinách ruší. Někdy na začátku vyučování pospává. Občas usne i v odpoledne v družině. Domácí přípravu úkolů zvládá pod dohledem matky. Ve škole navštěvuje pohybový a výtvarný kroužek. Je veden v pedagogicko-psychologické poradně.

Farmakologická anamnéza

Chlapec užívá ráno jednu kapsli Strattera 40 mg. V poledne a večer užívá jednu tabletu Chlorprothixen 15 mg.

Průběh hospitalizace

Pavlík se poměrně rychle adaptoval na nové prostředí. Zpočátku byl nekonfliktní, upovídaný, snaživý. Do kolektivu dětí byl přijat, bez agresivních projevů. Našel si zde několik kamarádů. Ve škole byl bystrý a pracovitý.

Zhoršení chování nastalo po dvou týdnech. Pavel byl hlučnější, rozpustilost střídá se sebelítostí, obtížně snáší kritiku. Po napomenutí se uráží. Rovněž ve škole došlo ke změně, k výtce je nekritický, snadno se nechá vyprovokovat. Je nutné ho neustále motivovat. Po úpravě medikace snaživější, ve škole klidnější. V kolektivu dětí občas drobné provokace. Autoritu dospělého respektoval, i když někdy s připomínkami. S rodiči byl v pravidelném kontaktu (telefonickém i osobním). Spánek Pavla byl klidný, při výuce nespával.

Do odpoledních výchovně-terapeutických programů se rád zapojoval. Bavila ho výtvarná činnost, míčové hry v tělocvičně, společenské hry, stavebnice, auta i skládání puzzle. Chlapec byl rád v pozornosti dospělého.

Pavel se do relaxačních technik zapojil s drobnými potížemi. Zpočátku měl tendence vše komentovat, upozorňovat na sebe. Postupně se ale zklidnil a byl ukázněný. Při večerní relaxaci usínal do 30 minut, v odpoledním klidu usnul jen občas. Pokud ne, poslouchal mluvené CD pohádky.

Hospitalizace byla ukončena po necelých 8 týdnech, přičemž absolvoval dvě dovolenky v domácím prostředí, které zvládnul bez větších výchovných potíží.

Rozhovor s chlapcem

Rozhovor s Pavlíkem probíhal pár dnů před ukončením jeho hospitalizace. Pavel ochotně odpovídal na položené otázky, byly patrné drobné hyperkinetické projevy (vrtění se na židli, pohrávání si s prsty). Jeho odpovědi jsem si zaznamenávala do poznámkového bloku, nebylo použito nahrávací zařízení. „T.“ znamená označení pro kladenou otázku tazatelky, „R.“ znamená označení pro odpověď respondenta.

T.: „Pavle, víš, proč ses k nám dostal?“

R.: „Jo, protože jsem neposlouchal mamku a bil jsem se ve škole s klukama.“

T.: „Líbí se Ti tady?“

R.: „Jo, líbí, ale chci už domů.“

T.: „Je něco, co se Ti tady nelíbí?“

R.: „Nelíbí se mi, že tu někdo dělá kravál, blbosti, dělá kravál, když chci spát.“

T.: „Chybí Ti tady něco?“

R.: „Chybí mi tu nejvíce moje malá sestřička.“

T.: „Máš tady kamarády?“

R.: „Mám tu kamarády Honzu a Petu, ale on už odešel.“

T.: „S čím s u nás rád hraješ?“

R.: „Nejraději si hraju s autíčky, nějakými hrami, Člověče nezlob se, kvarteto, Černý Petr.“

T.: „Co říkáš na relaxaci, kterou s vámi provádím, když vás uspávám?“

R.: „Ta se mi moc líbí.“

T.: „Jak se Ti při relaxaci usíná?“

R.: „když jste tu vy, tak se mi dobře usíná a nemám vůbec noční můry. Ale někdy je mám, když nás uspává někdo jiný a jen tu sedí nebo telefonuje.“

T.: „Co říkáš na relaxační hudbu, kterou vám pouštím?“

R.: „Písničky se mi líbí. I ty pohádky, co pouštíte v rádiu. To znám z družiny z mého města. Třeba nám tam paní učitelka pouští Flíček míček a ještě nějaké hezké pohádky.“

T.: „Co říkáš na pohádky, které vám čtu?“

R.: „Čtení, to mám taky rád. V družině nám čte paní učitelka... A ještě mám rád vybíjenou.“

T.: „A co říkáš na vůně, které vám dávám do aromalampy?“

R.: „Vůně se mi líbí. Voní mi ta kytky. Tu máme u babičky na balkóně“

T.: „Byl bys rád, kdyby Tě tak uspávala doma i mamka?“

R.: „Jo.“

Diskuze

Hyperkinetická porucha či ADHD patří k nejčastějším psychiatrickým poruchám v dětském věku (Masopust, Mohr, Anders, Příkryl, 2014; Malá, 2009). S tímto tvrzením mohu z vlastní zkušenosti souhlasit, neboť děti s hyperkinetickou poruchou představovaly přibližně jednu třetinu pacientů ze všech dětí, kterým byla v posledních pěti letech poskytována odborná zdravotnická péče v Psychiatrické nemocnici Opava.

K základním jádrovým příznakům onemocnění patří porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Ačkoli je nejzjevnějším symptomem hyperaktivita, není tak závažným příznakem jako impulzivita, která souvisí s častou úrazovostí dětí s HKP/ADHD (Paclt, 2007a). V Německu proběhla rozsáhlá databázová studie, která se zabývala úrazovostí dětí s ADHD. Zjistilo se, že nejvyšší incidence úrazů, které vyžadují hospitalizaci, je zaznamenána u chlapců ve věku 3-6 let a 18-21 let. Dívky s ADHD byly v mladších věkových skupinách méně postiženy, ve věkové kategorii 18-21 let byly na tom podobně jako chlapci. Nejčastější důvody hospitalizace byly úrazy v oblasti břicha, traumatická poranění hlavy, mozku a intoxikace (Lindemann, Langner, Banaschewski, Garbe, Mikolajczyk, 2017).

HKP/ADHD se poměrně hojně vyskytuje s dalšími přidruženými potížemi (Paclt, 2007a). Autoři Adamík, Ondrejka, Vyšehradský a Rozborilová (2007) provedli analýzu chorobopisů všech dětských a adolescentních pacientů s HKP/ADHD hospitalizovaných na Psychiatrické klinice v Martině během 4 let. Cílem bylo zjistit souvislost mezi poruchami spánku a HKP v dětském věku. Z dostupných údajů vyvodili, že k nejčastějším dyssomniím patřil neklidný, přerušovaný spánek a brzké ranní probouzení, z parasomnií pak mluvení ze spaní, noční enuréza a chrápání.

V dospívání se u dětí s HKP/ADHD často vyskytuje abúsus návykových látek (Hunková, 2009; Paclt, 2016). Touto problematikou se ve Spojených státech amerických zabýval Molina a kol. (2013). Výzkumníci sledovali téměř osmdesát dětí s ADHD od dětství po dospívání a zjistili u nich významně vyšší prevalenci zneužívání návykových látek než u jejich vrstevníků, kteří netrpí ADHD. Problematické bylo obzvláště kouření cigaret a marihuany. Statisticky významná rozdílnost nebyla zaznamenána pouze v užívání alkoholu. Dále autoři zjistili, že medikamentózní léčba ADHD nepředstavuje větší riziko abúsu návykových látek.

K ovlivnění příznaků HKP/ADHD lze kromě medikamentů uplatnit i nefarmakologickou terapii. Vhodným doplňkem léčby jsou relaxační techniky (Andreánska,

2010, 2016; (Jucovičová, Žáčková, 2015). Pozitivní přínos relaxace byl sledán v mnoha výzkumných studiích. Některé z nich zde uvádíme.

První studie se týká intervenčního programu, který zahrnoval cvičení jógy, meditaci a herní terapii, které se v indické škole zúčastnilo 69 dětí ve věku 6-11 let. U těchto dětí bylo diagnostikováno onemocnění ADHD. Program se uskutečňoval jednou týdně po dobu jednoho roku. Kladnou změnu ve školní výkonnosti zaznamenali učitelé u 85 % dětí již po 6 týdnech od zahájení programu. Rovněž rodiče zaznamenali žádoucí změnu v chování u 92 % dětí (Mehta a kol., 2012).

Další výzkumná studie se zabývala účinkem jógy na onemocnění ADHD. Studie zahrnovala devět dětí z dětského psychiatrického oddělení v Indii. Prokázalo se, že cvičení jógy má signifikantní vliv na zlepšení symptomů ADHD (Hariprasad a kol., 2013).

Zajímavý poznatek přinesla studie autorů Khilnani, Field, Hernandez-Reif, Schanberg (2003). Z té vyplynulo, že masážní terapie aplikována dvakrát týdně po dobu 20 minut během jednoho měsíce má žádoucí vliv na děti s ADHD. U probandů došlo ke zlepšení nálady a celkového chování ve školní třídě.

V bakalářské práci jsou uvedeny dvě kazuistiky dětí s hyperkinetickou poruchou, které během hospitalizace v PNO absolvovaly relaxační program. V jejich případě byla relaxace využívána coby rituál před večerním spánkem a během odpoledního klidu. Z relaxačních metod byla aplikována aromaterapie, poslech relaxační hudby a mluvené pohádky na CD, četba pohádek a relaxačních příběhů. Metody byly nenáročné, ať již z časového hlediska nebo materiálního vybavení. Pro jejich aplikaci nebylo nutné absolvovat proškolení ve specializovaném kurzu, nedocházelo k ovlivnění chodu režimu oddělení. Děti si relaxační techniky oblíbily, reagovaly na ně pozitivně, klidně usínaly.

Relaxace je efektivní i z hlediska financování, neboť mnohé metody nevyžadují pořízení nákladných pomůcek. Pro zajímavost uvádíme orientační prodejní cenu medikamentu Strattera, který se používá při léčbě HKP. Dle informací Státního ústavu pro kontrolu léčiv (©2010) se částka pohybuje okolo 2 256,70 Kč za jedno balení s 28 kapslemi. Lék je plně hrazen zdravotní pojišťovnou pacienta.

Z uvedených studií, mé osobní zkušenosti a dostupné literatury zabývající se možnostmi ovlivnění příznaků HKP/ADHD pomocí relaxačních technik, lze jednoznačně říct, že relaxační metody jsou účinným doplňkem při léčbě tohoto onemocnění. Z našeho pohledu proto považujeme za správné, aby se informace o pozitivním přínosu relaxace ještě více

rozšířily do povědomí odborníků z řad pedagogů, zdravotnického personálu, ale i rodičů, kteří pečují o dítě s HKP/ADHD. Samozřejmě pak záleží na osobní angažovanosti každého z nich, zda je ochoten vyzkoušet něco nového, či udělat něco navíc, nad rámec svých pracovních povinností, aby dítěti pomohl.

Závěr

V rámci naší bakalářské práce jsme se zaměřili na problematiku hyperkinetické poruchy či ADHD a možnostech uplatnění relaxačních technik u dětí s tímto onemocněním. Stručně jsme popsali historii vzniku uváděných psychiatrických diagnóz, jejich etiologii, základní jádrové symptomy, diagnostiku a terapii. Rozepsali jsme se o možnostech farmakologického i psychoterapeutického ovlivnění nemocí. Seznámili jsme se s relaxací a několika relaxačními postupy, vhodnými i pro děti s HKP/ADHD. V závěru práce jsme prezentovali dvě kazuistiky dětí s hyperkinetickou poruchou, u kterých byly aplikovány vybrané relaxační metody.

Po shrnutí teoretických poznatků dané problematiky, můžeme vyvodit následující výstupy naší práce:

- První lékařské zmínky o tomto onemocnění jsou datovány již ke konci 18. století. Nelze tudíž tvrdit, že hyperaktivita u dětí je čistě novodobým fenoménem, spojeným s rozmazlováním a nedůsledností ve výchově.
- Porovnali jsme hyperkinetickou poruchu dle MKN-10 s ADHD dle DSM-5 a zjistili jsme, že ačkoli jsou mezi nimi, z pohledu klasifikačního systému rozdíly, v praxi se někdy užívají jako synonyma pro jedno onemocnění.
- Dozvěděli jsme se, že základními příznaky HKP/ADHD jsou hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti.
- Zabývali jsme se možnostmi terapie a dozvěděli se, že nejúčinnější je kombinace farmakoterapie a psychosociálních intervencí. Intervence se zaměřují na edukaci rodičů, výchovná a režimová opatření a psychoterapii. Vhodným doplněním jsou relaxační cvičení, EEG-biofeedback, expresivní terapie a animoterapie.
- Sestavili jsme přehled relaxačních technik, které jsou vhodné (některé až po určitých modifikacích) pro děti s HKP/ADHD. Mezi ně patří Schultzův autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, jóga, relaxační hry, aromaterapie, relaxace s hudbou, četba pohádek a relaxačních příběhů.
- Na základě analýzy dvou případových studií dětí s hyperkinetickou poruchou, u kterých byla prováděna relaxace, odborné literatury, výzkumných studií a autorčinných zkušeností, můžeme souhlasit, že správně aplikované relaxační metody mohou přispět k odpočinku a uvolnění napětí dětí s HKP/ADHD.

Souhrn

Předkládaná bakalářská práce je teoreticky orientovaná. Získané poznatky jsou doplněny o dvě případové studie dětí s hyperkinetickou poruchou. Děti se během hospitalizace v psychiatrické nemocnici seznámily, pod vedením autorky, s relaxačními technikami.

Při psaní první stěžejní části s názvem „Hyperkinetická porucha a ADHD“ jsme se snažili vycházet z dostupné aktuální odborné literatury. Kapitola se zabývá historií, etiologií, symptomy, diagnostikou a léčbou HKP/ADHD.

Druhou hlavní část práce tvoří kapitola s názvem „Relaxace“, v jejímž úvodu je tento termín vysvětlen. Dále jsou popsány relaxační techniky a postupy, které se dají využít při práci s dětmi. Snažili jsme se o popsání určitých specifíků, která obnáší relaxace s dětmi.

Třetí stěžejní část tvoří dvě kazuistiky chlapců s hyperkinetickou poruchou. Případové studie vznikly na základě krátkého rozhovoru s chlapci a jejich pozorováním. Úvodní anamnestická data byla čerpána z jejich zdravotnické dokumentace. V kapitole je stručně charakterizováno dětské a dorostové oddělení PNO. Dále jsou popsány autorčiny zkušenosti a metodika prováděných relaxačních technik, kterých se chlapci během své hospitalizace zúčastňovali. Relaxace zahrnovala aromaterapii, poslech relaxační hudby a mluvených pohádek na CD, četbu pohádek a relaxačních příběhů. Chlapci během relaxace spolupracovali, nacvičované techniky se jim líbily, klidně usínali.

Seznam zkratek

ADD	Attention Deficit Disorder (porucha pozornosti bez hyperaktivity)
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize
EEG	Elektroencefalografie
HKP	Hyperkinetická porucha chování
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
LDE	Lehká dětská encefalopatie
LMD	Lehká mozková dysfunkce
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MMD	Malá mozková dysfunkce
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PNO	Psychiatrická nemocnice Opava
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WISC III	Wechslerova inteligenční škála pro děti, 3. revize
aj.	a jiné
č.	číslo
např.	například
s.	strana

Seznam použitých zdrojů a literatury

Tradiční tištěné dokumenty

ADAMÍK, P., ONDREJKA, I., VYŠEHRADSKÝ, R., ROZBORILOVÁ, E. Vztah hyperkinetické poruchy a poruch spánku v dětství. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 6, s. 269-271. ISSN 1213-1814.

ANDREÁNSKA, V. Poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). In LECHTA, V. (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 341-352. ISBN 978-80-7397-679-7.

ANDREÁNSKA, V. Poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). In LECHTA, V. (ed.). *Inkluzivní pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2016, s. 378-386. ISBN 978-80-262-1123-5.

BADEGRUBER, B., PIRKL, F. *Příběhy pomáhají s problémy: Metodika a 60 příběhů pro mateřské školy, základní školy a rodiče*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 109 s. ISBN 80-85282-90-9.

BUZKOVÁ, K. *Fitness jóga: Harmonické cvičení těla i duše*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 168 s. ISBN 978-80-247-6571-6.

CAHOVÁ, P., PEJČOCHOVÁ, J., OŠLEJŠKOVÁ, H. Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidity. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 6, s. 373-377. ISSN 1213-1814.

ČERNÝ, V., GROFOVÁ, K. *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl*. 1. vyd. Brno: Edika, 2015. 120 s. ISBN 978-80-266-0835-6.

DROTÁROVÁ, E., DROTÁROVÁ, L. *Relaxační metody – malá encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Epoque, 2003. 247 s. ISBN 8-86328-12-0.

DVOŘÁKOVÁ, A. *Hravá jóga pro děti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 112 s. ISBN 978-80-271-0153-5.

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 312 s. ISBN 80-7178-803-1.

HOSÁK, L. Základy psychopatologie. In HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015, s. 56-75. ISBN 978-80-246-2998-8.

HRDLIČKA, M., DUDOVÁ, I. Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. In HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015, s. 357-392. ISBN 978-80-246-2998-8.

HUNKOVÁ, M. Léčba hyperkinetické poruchy. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. 2009, roč. 13, č. 2-3, s. 80-88. ISSN 1211-7579.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě: ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2697-7.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Máme dítě s ADHD: Rady pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 264 s. ISBN 978-80-247-5347-8.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, J. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, J. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole: cvičení pro rozvoj soustředění a motivace žáků*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-7178-205-X.

MALÁ, E. Proč přibývá dětí s psychickými poruchami. *Esprit: časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné*. 2009, roč. 13, č. 6, s. 6-7. ISSN 1214-2123.

MARTÍNEK, Z. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2. aktual. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 192 s. ISBN 978-80-247-5309-6.

MASOPUST, J., MOHR, P., ANDERS, M., PŘIKRYL, R. Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 3, s. 112-116. ISSN 1213-0508.

MICHALOVÁ, Z., PEŠATOVÁ, I. a kol. *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2015. 239 s. ISBN 978-80-7414-934-4.

MOLICKA, M. *Příběhy, které léčí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 141 s. ISBN 978-80-7367-203-4.

MRÁZOVÁ, E. Relaxace. In MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 152-159. ISBN 978-80-247-5351-5.

MÜLLER, E. *Příběhy z měsíční houpačky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 109 s. ISBN 80-7178-219-X.

NADEAU, M. *Relaxační hry s dětmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 136 s. ISBN 978-80-7367-896-8.

NECHLEBOVÁ, E. Relaxační techniky. In ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. *Speciální pedagogika v praxi: Komplexní péče o děti se SPUCH*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 197-212. ISBN 978-80-247-4369-1.

NEŠPOR, K. *Jóga pro děti: relaxace, cvičení, příběhy*. 1. vyd. Praha: Velryba, 1998a. 85 s. ISBN 80-85860-09-0.

NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem: relaxace a meditace pro moderního člověka*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998b. 96 s. ISBN 80-7169-652-8.

NOVÁKOVÁ, B., ŠEDIVÝ, Z. *Praktická aromaterapie*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1996. 399 s. ISBN 80-7205-371-X.

OREL, M. *Nervové buňky a jejich svět*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 216 s. ISBN 978-80-247-5070-5.

PACLT, I. Hyperkinetický syndrom: klinický obraz a diagnostika. In PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007a, s. 13-24. ISBN 978-80-247-1426-4.

PACLT, I. Současnost a perspektivy psychofarmakoterapie ADHD/Hyperkinetické poruchy. In PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007b, s. 87-102. ISBN 978-80-247-1426-4.

PACLT, I. ADHD v dětství, dospívání a dospělosti. *Praktické lékařství*. 2016, roč. 12, č. 1, s. 16-17. ISSN 1801-2434.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1216-4.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. upr. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2001. 333 s. ISBN 80-7178-570-9.

RIEFOVÁ, F., S. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 256 s. ISBN 80-7178-287-4.

ŠTÁRKOVÁ, L. ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*. 2016, roč. 17, č. 1, s. 16-21. ISSN 1213-0494.

ŠAUEROVÁ, M., NECHLEBOVÁ, E. Relaxační techniky – účinný způsob k dosažení životní pohody. *Fighter's magazine*. 2011, roč. 16, č. 7, s. 50-53. ISSN 1211-6319.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 248 s. ISBN 80-7178-264-5.

ŠTĚTOVSKÁ, I. Profesní zátěž, sociální opora a psychohygienu učitele. In GILLERNOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. a kol. *Sociální dovednosti ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 100-112. ISBN 978-80-247-3472-9.

THEINER, P. ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 4, s. 148-150. ISSN 1213-0508.

ZEMÁNKOVÁ, M., VYSKOTOVÁ, J. *Cvičení pro hyperaktivní děti: speciální pohybová výchova*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 64 s. ISBN 978-80-247-3278-7.

Internetové zdroje

HRUŠKOVÁ, V. *Pohádka, relaxace nejen pro dětské duše aneb Zdraví do škol trochu z jiného soudku*. Bez roku [online]. [cit. 20. 11. 2017]. Dostupné z: <http://www.zdravidoskol.cz/pohadka-relaxace-nejen-pro-detske-duse>.

HARIPRASAD, V., R. *Feasibility and efficacy of yoga as an add-on intervention in attention deficit-hyperactivity disorder: An exploratory study*. 2013 [online]. [cit. 4. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24049203>.

KHILNANI, S., FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., SCHANBERG, S. *Massage therapy improves mood and behavior of students with attention-deficit/hyperactivity disorder*. 2003 [online]. [cit. 4. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15053490>.

LINDEMANN, C., LANGNER, I., BANASCHEWSKI, T., GARBE, E., MIKOLAJCZYK, R., T. *The Risk of Hospitalizations with Injury Diagnoses in a Matched Cohort of Children and Adolescents with and without Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Germany: A Database Study.* 2017 [online]. [cit. 4. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29114538>.

MEHTA, S. a kol. *Peer-mediated multimodal intervention program for the treatment of children with ADHD in India: one-year followup.* 2012 [online]. [cit. 4. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23316384>.

MOLINA, B., S., G. a kol. *Adolescent Substance Use in the Multimodal Treatment Study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (MTA) as a Function of Childhood ADHD, Random Assignment to Childhood Treatments, and Subsequent Medication.* 2013 [online]. [cit. 4. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452682>.

PNO. *Dětské a dorostové oddělení.* ©2016 [online]. [cit. 30. 11. 2017]. Dostupné z: <http://www.pnopava.cz/cs/page/2-oddeleni-e/>.

PETERKOVÁ, M. *Dětské relaxační hry.* ©2008-2017 [online]. [cit. 20. 11. 2017]. Dostupné z: <http://www.relaxace.psychoweb.cz/relaxace-uvod/detske-relaxacni-hry>.

SÚKL: státní ústav pro kontrolu léčby. *Strattera.* ©2010 [online]. [cit. 02. 10. 2017]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0023864&tab=prices>.

ÚZIS ČR. *F 90 Hyperkinetické poruchy.* ©2014 [online]. [cit. 02. 10. 2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>.

WARNKE, A., RIEDERER, CH. (eds). *Attention deficit-hyperactivity disorder: An illustrated historical overview*. 2013 [online]. [cit. 10. 10. 2017]. Dostupné z: <https://www.ufrgs.br/prodah/site/wp-content/uploads/2015/03/brochuremilano.pdf>.

Seznam příloh

Příloha č. 1a: Informovaný souhlas vedení PNO

Příloha č. 1b: Informovaný souhlas vedení PNO

Příloha č. 2: Informovaný souhlas zákonných zástupců

Přílohy

Příloha č. 1a: Informovaný souhlas vedení PNO



Faculty
of Education

Psychiatrická nemocnice v Opavě
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Barbora Adamčíková
Olomoucká 88
746 01 Opava

Olomouc, 10. 1. 2017

Věc: Žádost o povolení realizace průzkumného šetření na dětském oddělení PNO

Vážená paní náměstkyně,

dovoluji si Vás požádat o laskavý souhlas, aby naše studentka Mgr. Lucie Rohovská mohla na pracovišti dětského oddělení PNO realizovat výzkumné šetření, respektive sběr dat, který bude využit při zpracování bakalářské práce na téma: „Využití relaxačních technik u dětí s hyperkinetickou poruchou“.

Potvrzujeme, že jmenovaná je studentkou 3. ročníku oboru Speciální pedagogika předškolního věku na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Vedení této závěrečné práce je garantováno paní PhDr. Janou Kvintovou, Ph.D.

Získané výsledky výzkumného šetření budou sloužit pro studijní účely v rámci výzkumné části této závěrečné práce. Konkrétně se bude jednat o zpracování několika kazuistických případů při zachování anonymity dětských pacientů a se souhlasem jejich zákonných zástupců.

Předem děkuji za kladné vyřízení této žádosti.

Se srdečným pozdravem,

.....
PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.
Tajemník KPS
PdF UP Olomouc

Příloha č. 1b: Informovaný souhlas vedení PNO

Svým podpisem se zavazuji, že o skutečnostech, se kterými se na pracovišti seznámím, budu zachovávat mlčenlivost a ve své činnosti budu dodržovat zásady etiky psychologického šetření.

Podpis studentky... *Lucie Kokořská*

11/1. 2017
Souhlas

prim. MUDr.
Dana TRÁVNÍČKOVÁ

Souhlas

[Signature]
Mgr. Barbora Adamčíková
manežerka pro etickou a zájmovou péči

Souhlas
12.1. 2017

Ing. Zdeněk Jiricek
ředitel

Příloha č. 2: Informovaný souhlas zákonných zástupců

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie a Patopsychologie
Žižkovo náměstí 5
771 40 Olomouc

Souhlas zákonného zástupce se zařazením dítěte do výzkumného šetření

Vážená paní, vážený pane,

na dětském oddělení PNO pracuji jako dětská sestra, zároveň jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Speciální pedagogika předškolního věku na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

V současnosti zpracovávám bakalářskou práci na téma „Využití relaxačních technik u dětí s hyperkinetickou poruchou“ pod odborným vedením PhDr. Jany Kvintové, PhD.

Ráda bych Vás tímto požádala o svolení se zapojením Vašeho dítěte do výzkumného šetření, které se týká relaxačních technik. Relaxační techniky (jako je např. aromaterapie, poslech relaxační hudby, vybarvování mandal, četba pohádek, provádění relaxačních her), zde používáme běžně jako součást terapie.

Výzkumné šetření probíhá formou zpracování kasuistiky Vašeho dítěte, jeho pozorováním a rozhovorem s dítětem. Odpovědi dítěte budou zaznamenávány písemně. Všechny takto získané informace budou prezentovány anonymně (tz. že se nikde neobjeví žádná jména) a budou použity výhradně pro studijní účely v mé závěrečné práci.

V případě zájmu Vám ráda zodpovím jakékoli dotazy týkající se tohoto výzkumného šetření.

Děkuji Vám za spolupráci.

Mgr. Lucie Rohovská

.....

Souhlasím, aby se můj syn/ moje dcera.....
narozen(a)..... zúčastnil(a) výzkumného šetření v rámci bakalářské práce
studentky Lucie Rohovské s názvem „Využití relaxačních technik u dětí s hyperkinetickou
poruchou“ za výše uvedených podmínek.

Dne

Podpis zákonného zástupce.....