

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

**TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY K ADHD
V JEDNOTLIVÝCH VÝVOJOVÝCH
STÁDIÍCH**

Diplomová práce

Bc. Martina Tomášková
Učitelství pro střední školy – český jazyk a psychologie
(2012 - 2014)

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová
Plzeň, duben 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 14.4.2014

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Kateřině Šámalové za odborné vedení a cenné připomínky v průběhu konzultací, které mi umožnily vypracování této diplomové práce. Dále chci poděkovat všem, kteří mi poskytli své vlastní zkušenosti a informace související s popsanou problematikou. V neposlední řadě děkuji své rodině a partnerovi za podporu při psaní práce.

Obsah

Úvod.....	- 7 -
1 Charakteristika daných vývojových období.....	- 8 -
1.1 Prenatální období	- 8 -
1.2 Novorozenecké období	- 9 -
1.3 Kojenecké období	- 10 -
1.3.1 Motorika a řeč.....	- 10 -
1.3.2 Kognitivní vývoj.....	- 10 -
1.3.3 Socializace	- 11 -
1.4 Batolecí období	- 12 -
1.4.1 Motorika a řeč.....	- 12 -
1.4.2 Kognitivní vývoj.....	- 13 -
1.4.3 Emoce a socializace.....	- 13 -
1.5 Předškolní období	- 14 -
1.5.1 Motorika a řeč.....	- 14 -
1.5.2 Kognitivní vývoj.....	- 15 -
1.5.3 Emoce a socializace.....	- 16 -
1.5.4 Hra a kresba	- 17 -
1.6 Mladší školní věk.....	- 19 -
1.6.1 Motorika a řeč.....	- 19 -
1.6.2 Kognitivní vývoj.....	- 20 -
1.6.3 Emoce a socializace.....	- 21 -
1.7 Pubescence.....	- 22 -
1.7.1 Tělesný vývoj a procesy zrání	- 23 -
1.7.2 Kognitivní vývoj.....	- 24 -
1.7.3 Emoce a socializace.....	- 25 -
1.8 Adolescence	- 26 -
1.8.1 Fyzický vývoj a motorika.....	- 27 -
1.8.2 Kognitivní procesy	- 28 -
1.8.3 Emoce a socializace.....	- 28 -
1.9 Raná dospělost	- 29 -
2 Vymezení pojmu ADHD. Vývoj užívané terminologie	- 31 -
2.1 ADHD.....	- 31 -
2.2 Terminologie (tehdy a dnes)	- 32 -
3 Základní symptomy ADHD.....	- 34 -
3.1 Porucha pozornosti	- 34 -
3.2 Hyperaktivita	- 35 -
3.3 Impulzivita.....	- 36 -
3.4 Přidružené poruchy	- 36 -
3.4.1 Percepčně motorické poruchy	- 36 -
3.4.2 Poruchy kognitivních procesů	- 37 -
3.4.3 Emoční poruchy, poruchy chování.....	- 39 -
3.4.4 Specifické poruchy učení (SPU).....	- 40 -

4	Specifické projevy ADHD v jednotlivých vývojových stádiích	- 41 -
4.1	Děti od narození do 3 let.....	- 41 -
4.2	Děti předškolního věku.....	- 42 -
4.3	Mladší školní věk.....	- 42 -
4.4	Dospívání a raná dospělost.....	- 43 -
5	Etiologie ADHD	- 45 -
5.1	Neurobiologické hledisko.....	- 46 -
5.2	Neurochemické hledisko.....	- 47 -
6	Diagnostika ADHD	- 48 -
7	Legislativa a vzdělávání dětí s ADHD. Individuální vzdělávací program.	- 52 -
8	Základní terapeutické přístupy k jedincům s projevy ADHD	- 54 -
8.1	Pedagogický a výchovný přístup k jedincům s projevy ADHD.....	- 56 -
8.2	Medicínský (farmakologický) přístup.....	- 59 -
8.3	Psychologický přístup a možnosti terapie.....	- 62 -
8.3.1	Kognitivně – behaviorální terapie.....	- 62 -
8.3.2	Relaxační techniky.....	- 65 -
9	Úvodní vymezení praktické části	- 74 -
9.1	Výchozí předpoklady.....	- 74 -
9.2	Charakteristika respondentů.....	- 75 -
9.3	Použité metody.....	- 75 -
10	Případové studie	- 77 -
10.1	Kazuistika chlapce L.....	- 77 -
10.2	Kazuistika chlapce H.....	- 80 -
10.3	Kazuistika chlapce T.....	- 85 -
10.4	Kazuistika chlapce F.....	- 88 -
10.5	Kazuistika chlapce M.....	- 91 -
	Závěr	- 94 -
	Resumé	- 96 -
	Použitá literatura	- 98 -
	Přílohy	- 100 -

Úvod

Tato diplomová práce se zabývá Terapeutickými přístupy k syndromu ADHD v jednotlivých vývojových obdobích. Práce si však neklade za cíl postihnout veškeré možnosti terapie. Vzhledem k oborovému zaměření autorky se podrobněji věnuje zejména dvěma hlavním pilířům možné léčby, jedná se o pedagogicko-psychologické působení na jedince s projevy ADHD. Pro úplnost jsou terapeutické přístupy doplněny farmakoterapií, která je samozřejmě více záležitostí samotné medicíny a psychiatrie.

V první části jsou podrobněji naznačena jednotlivá stádia ontogeneze z pohledu vývojové psychologie. Autorka práce se opět zaměřila pouze na určitá období, která jsou důležitá a zajímavá z pohledu pozorování a zkoumání symptomů ADHD. Podrobněji se věnuje celému integračnímu období, dále pak pouze okrajově dospělosti a to zejména raně. Další fáze vývoje již nejsou obsažena, vzhledem k postupnému stírání a mizení jednotlivých příznaků hyperkinetického syndromu.

Další kapitoly pojednávají o vymezení samotného pojmu ADHD, terminologii, etiologii, diagnostice a okrajově také o legislativních úpravách a školním hledisku vzdělávání žáků s projevy ADHD. Podrobněji se práce zaměřuje na zachycení nejprve základních symptomů (hyperaktivita, impulzivita, poruchy pozornosti a přidružené poruchy), které se obecně v různé míře a intenzitě mohou vyskytovat prakticky v každém životním stádiu. Poté se práce věnuje symptomatice z pohledu daných vývojových období, kde je právě zohledněno zejména ontogenetické hledisko.

Praktická část práce se skládá z jednotlivých případových studií. Kauzuistiky se týkají jedinců, kteří pokrývají celé spektrum rozebíraných vývojových period. Cílem je zaměřit se na posuny v možných terapiích v závislosti na věku, ale také můžeme sledovat vývoj jednotlivých projevů ADHD z individuálního pohledu.

Na úvod bych ještě ráda uvedla, že jsem se problematice ADHD věnovala již v bakalářském studiu, a proto jsem se rozhodla tuto tematiku popsat hlouběji a ze širšího úhlu pohledu. Zaměřuji se na možnosti a využití terapie také z toho důvodu, že se mnoho publikací tomuto problému věnuje spíše okrajově. Cílem této diplomové práce je zachytit alespoň základní přístupy k jedincům s projevy ADHD v daných vývojových obdobích, což bude posléze ověřeno nebo vyvráceno v praktické části.

1 Charakteristika daných vývojových období

Tato rozsáhlá kapitola se postupně věnuje jednotlivým vývojovým stádiím. Základní vymezení daných fází z pohledu vývojové psychologie slouží jako určení normy, což bude významným kritériem pro pozdější symptomatologii syndromu ADHD. Největší část je věnována tzv. integračnímu období, což zahrnuje následující věková období: prenatální, novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, dále mladší školní věk, pubescenci a adolescenci. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Okrajově se zabýváme i fází rané dospělosti. Poznatky z vývojové psychologie zde slouží jako stanovení normy pro porovnání s projevy ADHD v jednotlivých obdobích. Zajímáme se zejména o dětství proto, že symptomy ADHD se zde nejvíce projevují, dochází k diagnostice a následné terapii. V dospělosti poté většinou již můžeme pozorovat úplné vymizení či ustálení jednotlivých projevů. Největší prostor je zde věnován období předškolního a školního věku a také dospívání.

1.1 Prenatální období

Jedná se o časový úsek mezi početím a samotným narozením.

Toto období můžeme dělit na následující 3 fáze:

- 1) fáze oplození (trvá přibližně 3 týdny)
- 2) embryonální období (zhruba od 4. do 12. týdne)
- 3) fetální období (dokončování vývoje až do porodu)

(Vágnerová, 2000 a Langmeier, Krejčířová, 2006)

V této fázi na zárodek či později plod působí řada teratogenních faktorů. Některé z nich mohou právě způsobit rozvinutí projevů ADHD v dalších fázích ontogeneze. V tomto období samozřejmě zatím nemůžeme pozorovat žádné ze symptomů ADHD.

Přehled teratogenních faktorů

Jedná se o takové vlivy, které mohou nepříznivě působit na vývoj plodu. K ovlivnění může dojít v prenatálním, perinatálním i postnatálním období. Souvislost zde můžeme hledat i s případným vznikem syndromu ADHD, čemuž se budeme věnovat podrobněji v kapitole o etiologii.

- a) fyzikální (úrazy a poranění)
- b) chemické (nejen škodlivé látky ale například i nedostatek kyslíku při porodu tzv. asfyxie)
- c) biologické (virové a bakteriální onemocnění)
- d) psychické (traumata)

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Základní charakteristika teratogenních faktorů je uváděna zejména jako východisko k pozdějšímu vzniku syndromu ADHD.

1.2 Novorozenecké období

Jedná se o kritické období, které je ohraničeno porodem a trvá přibližně první měsíc života. Je to fáze, která je pro novorozence těžká jak po fyzické, tak po psychické stránce.

„Je to doba adaptace, během níž se dítě přizpůsobuje podmínkám nového prostředí, které jsou odlišné od podmínek intrauterinního života. Novorozenec reaguje na základě reflexů a vrozených způsobů chování, které mu usnadňují přežití.“ (Vágnerová, 2000, str. 39)

Další rozvoj a vývoj jedince závisí na přísunu okolních podnětů. Většina autorů hovoří zejména o velmi důležité interakci mezi matkou a dítětem v tomto období. Matka již v době těhotenství vytváří pevnou vazbu ke svému dítěti, která se samozřejmě po narození dále posiluje. Zde je velmi důležitá synchronizovanost této vzájemné komunikace.

Co se týká biologických funkcí, novorozenec má vyvinuty základní nepodmíněné reflexy (např. sací, polykací, orientační, atd.) Také smyslové vnímání je na dobré úrovni. Stále ale zaostává zejména v motorických pohybech, jejichž dozrávání souvisí zejména s postupným vývojem nervové soustavy. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Většinou ani v tomto období nedochází k žádným pozorovatelným projevům ADHD. Jedná se stále o fázi, ve které může docházet k negativnímu působení na dítě, což může opět později vyvolat syndrom ADHD. Zejména můžeme hovořit o psychických traumatech, jako je například separace dítěte od matky nebo jen nedostatečné vytvoření vazby mezi nimi.

1.3 Kojenecké období

Jedná se o první rok života jedince, přestože ve většině případů se od kojení upouští daleko dříve. Období je bohaté na řadu motorických i psychických změn. Dochází k výraznému kognitivnímu vývoji i rozvoji řeči. Co se týká socializace, tak zásadní v této oblasti je vztah s matkou (vazba dítě - matka).

1.3.1 Motorika a řeč

Zaměříme se nejdříve na motorický vývoj kojence a také na postupný rozvoj řečových projevů. Kolem tří měsíců převládá poloha vleže nznak, kojeneček již začíná uchopovat okolní předměty, zatím se ale jedná spíše o neohrabané pokusy. Hlavním prostředkem komunikace je pro dítě křik a pláč. Někdy se objevuje již tzv. broukání. Jedná se jednu z předřečových forem. Zajímavé je, že tato aktivita má pouze instinktivní charakter. Jak uvádí Marie Vágnerová: *„Objevuje se i u dětí vrozeně neslyšících, ale protože není posilována zpětnou vazbou, vyhasíná. Slyšící děti v této době s vlastním hlasem experimentují. Dítě donekonečna opakuje, co je zaujalo, a poslouchá svůj vlastní hlasový projev.“* (Vágnerová, 2000, str. 54)

Kolem šesti měsíců dítě dokáže sedět s oporou, o měsíc později to zvládne již samo. Uchopovací schopnost se zlepšuje, chytá i větší předměty a dokáže s nimi dále manipulovat. Také řečová příprava pokročila dále. Kolem půl roku se objevuje tzv. žvatlání, což je vyslovování jednotlivých slabik.

Zhruba v devátém měsíci se dítě umí již samo posadit a vydržet v této poloze bez větších obtíží. V tomto období již začíná lézt a tedy aktivně objevovat vnější svět. O velkém pokroku můžeme hovořit i v oblasti řeči. Objevují se první slova. Na konci prvního roku se objevují první kroky, jedineček je schopen chůze s přidržováním. Řeč je stále omezena na několik málo slov, která mají někdy spíše nejasný význam. (Vágnerová, 2000 a Langmeier, Krejčířová, 2006)

1.3.2 Kognitivní vývoj

Rozvoj motorických a poznávacích procesů spolu úzce souvisí. Velmi důležité je pro kojence podnětné prostředí, které mu zajistí rozvoj obou výše zmíněných procesů. Jak tedy vypadá rozvoj kognitivních procesů v prvním roce života?

Významný vývojový psycholog Jean Piaget nazývá tuto fázi obdobím tzv. senzomotorické inteligence, jelikož poznání je závislé na konkrétním kontaktu s reálným světem. (Vágnerová, 2000 a Langmeier, Krejčířová, 2006)

„Pro rozvoj poznávacích procesů v kojeneckém věku je významné zrakové vnímání a motorika. Pohybový vývoj je důležitý i pro rozšíření podnětové nabídky, možnosti uspokojit zvědavost vlastní aktivitou.“ (Vágnerová, 2000, str. 72)

1.3.3 Socializace

Jak už bylo zmíněno výše, nejdůležitějším mezníkem je zde vztah s matkou, proto se zejména na tuto vazbu zaměříme. Socializaci chápeme jako proces vrůstání jedince do společnosti. V tomto období je hlavním prostředkem tohoto procesu sociální učení, což je druh učení, ke kterému dochází v interakci s lidmi (zejména matkou). Dítě si v prvním roce projde různými fázemi, počínaje autistickou, přes pasivně receptivní až po aktivní poznávání. Matka je jakýmsi prostředníkem (zrcadlem), přes které dítě poznává sebe samu i okolní svět. Kojenec mezi šestým a devátým měsícem je schopen odlišit svou matku od ostatních osob. Objevuje se i strach z cizích lidí a také separační úzkost z případného odloučení od matky.

Přítomnost jedné stabilní osoby, která o dítě láskyplně pečuje a dodává mu pocit bezpečí, je v tomto období nezbytná pro další zdravý duševní vývoj. (Vágnerová, 2000 a Langmeier, Krejčířová, 2006)

Pokud vztah mezi matkou a dítětem je nějakým způsobem narušen, může docházet i k tzv. nejisté vazbě mezi nimi. Autoři uvádějí následující tři základní druhy této nejisté vazby:

- a) vyhýbavá vazba (děti jsou lhostejné k separaci od matky, nevytvořily si dostatečně silný vztah)
- b) úzkostná vazba (nadměrné lpění na přítomnosti matky, chybí zde tedy pocit bezpečí)
- c) ambivalentní vazba (protichůdné pocity k matce)

(Vágnerová, 2000, str. 68)

„Pro malé dítě má největší význam chování matky. Dítě její názor přijímá, představuje pro ně základ sebehodnocení. Pokud matka ve své roli selhává, dítě samo sebe obtížně vymezuje. Není tak uspokojována ani jeho potřeba potvrzení vlastního významu.“ (Vágnerová, 2000, str. 69) Skrze matku si tedy již v raném věku vytváříme vlastní identitu.

Určité projevy ADHD jsou již v tomto věku zaznamenatelné. Může se jednat o celkovou kojencovu rozmrzelost, podrážděnost, poruchu biorytmu (bdění a spánek). Také vztah mezi matkou a dítětem je narušený. Vše se může ještě zhoršovat necitlivým matčíným přístupem k uspokojování potřeb dítěte.

1.4 Batolecí období

Jedná se o období od jednoho do tří let. V tomto krátkém časovém rozmezí dochází k celé řadě vývojových změn. Upřesňuje se vývoj jednak hrubé, ale i jemné motoriky. Dochází k dalšímu rozvoji řeči a kognitivních procesů. Velké posuny zaznamenává i vývoj emocí a socializace. V tomto období dochází k možným prvním výraznějším projevům ADHD. Batole se stává samostatnějším a autonomnějším, začíná aktivněji objevovat vnější svět.

1.4.1 Motorika a řeč

Vývoj hrubé motoriky je zřejmý. Batole začíná kolem čtrnáctého měsíce chodit samostatně. Rychle opouští od lezení a okolní podněty objevuje pomocí stále jistější chůze. Kolem dvou let dokáže skákat na místě či poskakovat z menších výšek. Před třetím rokem zvládá například jízdu na tříkolce. Velkých pokroků dosahuje i v oblasti jemné motoriky. Dítě se zdokonaluje v manipulaci s předměty. Postupně zvládá jejich uchopení i přesné spuštění či položení. K procvičení jemné motoriky může docházet i při nácvičku kresebné činnosti. Zatím se jedná pouze o nesouvislé čáry, hovoříme o tzv. čmárání. Jde o základní a jednoduché pokusy o napodobení kresby.

Motorický vývoj a zejména rozvoj lokomoce má zásadní vliv na rozvoj poznávacích procesů. Aktivita dítěte vede k uspokojování potřeb a stimulaci vnějšími podněty. V rozmezí těchto tří let dojde k výraznému posunu v řeči dítěte. Zejména mezi druhým a třetím rokem zaznamenáváme velký nárůst slovní zásoby. Děti v tomto věku jsou přirozeně zvědavé a snaží si věci kolem sebe pojmenovávat. Odtud známá otázka „Co to je?“ U batolete dochází stále často ke komolení slov, agramatismům či k vytváření novotvarů.

(Vágnerová, 2000 a Langmeier, Krejčířová, 2006)

1.4.2 Kognitivní vývoj

U kojence jsme v této oblasti hovořili o tzv. senzomotorické inteligenci, v tomto období se posouváme dále a Piaget hovoří o etapě tzv. symbolické (předpojmového) myšlení. Dítě si tedy již dokáže představit pod určitým pojmem zatím jen konkrétní předmět. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

„Je zřejmé, že dítě batolecího věku má již o světě dost informací. Avšak tyto znalosti jsou útržkovité, chybí jim vzájemné propojení a pochopení obecněji platných pravidel či zákonitostí, které by je nějakým způsobem sjednocovaly.“ (Vágnerová, 2000, str. 79)

V tomto věku dochází k rozvoji hry, zatím si dítě ale nedokáže hrát se svými vrstevníky. Jedná se o paralelní hru. Vágnerová uvádí počátky tzv. symbolické hry, pomocí níž se může jedinec odpoutat od reality. Je to velmi důležitá součást dětského věku nejen z hlediska poznávacích procesů, ale také z pohledu vývoje emoční stránky osobnosti. (Vágnerová, 2000)

1.4.3 Emoce a socializace

V předchozím vývojovém období jsme si naznačili důležitost vytvoření pozitivní vazby mezi dítětem a matkou. Zejména existenci separační úzkosti, která vzniká z odloučení od matky. Batole se stává stále samostatnějším, přesto úzkost ze ztráty matky stále přetrvává.

„Ve skutečnosti se děti v batolecím věku samy aktivně vzdalují od matky, a to tím dále, čím jsou starší. Úzkost však v dítěti vzbuzuje situace, při níž je matce odňato cizí osobou a násilně odneseno.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 81)

Pokud toto odloučení trvá delší dobu, může u dítěte docházet až k stagnaci a následné regresi vývoje. Přírozeně probíhající proces separace je pozvolný a nenásilný. Je vhodnější, pokud samo batole aktivně určuje, na jakou vzdálenost se od matky může vzdálit, samo si určí, co považuje za únosné.

V batolecím období dochází také k prvním výraznějším kontaktům s vrstevníky. Jak už bylo zmíněno, jedná se zpočátku jen o paralelní hru a případné tahanice o stejné hračky. Postupně ale dochází k rozvoji spolupráce či naopak soupeřivosti mezi dětmi stejného věku.

Jelikož si dítě v batolecím věku začíná stále více uvědomovat samo sebe, dochází někdy během tohoto procesu k tzv. fázi vzdoru či negativismu. Vše napovídá tomu, že si jedinec

začíná vytvářet své vlastní autonomní JÁ, i když zatím na nevědomé úrovni. (Vágnerová, 2000 a Langmeier, Krejčířová, 2006)

„Vzdorovitost dítěte není patrně nahodilá, závislá jen na nesprávné výchově, ale není ani patologická – pokud není nadměrná, příliš dlouho trvající a výchovně nezvladatelná. Patří zákonitě k vývoji dítěte.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 85)

Závěrem můžeme podotknout, že se možnost sociálních kontaktů v tomto období viditelně rozšiřuje. Pro dítě na rozdíl od předešlého období není jediným středobodem pouze matka, ale i ostatní členové rodiny (otec a případně i sourozenci), dále si vytváří elementární vztahy s vrstevníky a dokáže se lépe vyrovnat s přítomností cizích osob. Mechanismy socializace, které dítě v tomto věku používá, jsou nápodoba viditelného chování a identifikace se svým vzorem (nejčastěji rodičem). Čím více je dítě zvyklé na kontakt s ostatními dětmi, tím více může mít ulehčený vstup do mateřské školy, která ho čeká v následujícím předškolním období.

1.5 Předškolní období

Jedná se o období mezi třetím až šestým či sedmým rokem. Zlomem je vstup jedince do školy, z toho důvodu nemůžeme přesně určit konec této etapy, jelikož u dětí vznikají individuální rozdíly v dosažení školní zralosti, která je podmínkou pro přijetí do první třídy.

V jistém zjednodušeném smyslu jde o věk mateřské školy, ale nelze to zúžit pouze na toto jedno hledisko, protože spousta dětí nemusí tuto instituci navštěvovat, a přesto prochází etapou předškolního období. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Pro předškoláky jsou typické vlastnosti jako zvědavost, aktivita a iniciativa. Hlavní činností zůstává hra, přesto i v této oblasti můžeme pozorovat jisté vývojové změny, jak jsme naznačili v předešlé kapitole.

1.5.1 Motorika a řeč

Fyzický a motorický vývoj není již tak výrazný, ale přesto stojí za povšimnutí. *„I když je tělesný vývoj u dítěte až šestiletého již relativně volnější, je při srovnávání s dospělými velmi intenzivní. Dítě je velmi pohyblivé. Jeho mocné životní projevy urychlují výměnu látek, takže je u něho látkové dění a energetická přeměna silnější.“* (Příhoda, 1977, str. 191)

Dosud si jedinec osvojil většinu důležitých motorických úkonů jako chodit, běhat a celkově se co nejlépe efektivně pohybovat. V předškolním věku může své získané dovednosti dále pilovat a zlepšovat. Celková velmi dobrá pohyblivost, která je charakteristická právě pro toto období života, je dána zejména postupným vyspíváním nervového, kosterního a svalového systému. (Příhoda, 1977)

Říčan ve své *Cestě životem* zdůrazňuje, že fyzický a motorický vývoj dítěte v tomto věku se přímo úměrně podílí na jeho sociální začleněnosti a oblíbenosti u vrstevníků. Obratnější a motoricky šikovnější děti se mohou těšit z lepší pozice v kolektivu. Čím více dovedností tedy předškolák zvládá, tím více je zároveň podporováno jeho sebevědomí a vědomí vlastní soběstačnosti. (Říčan, 2004)

Řeč se u předškolního dítěte stále zdokonaluje. Můžeme pozorovat velké rozdíly mezi začátkem a koncem tohoto období. U mladšího dítěte je výslovnost často ještě nedokonalá, ale postupně tato patlavost ve většině případů buď zcela vymizí, anebo přetrvávají pouze drobné odchylky, které se ale dají cvičením a logopedickou pomocí zcela odstranit. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Slovní zásoba se postupně rozšiřuje a jedinci nejčastěji přebírají slova od rodičů. Tato nápodoba má většinou výběrový charakter, což znamená, že si tedy spíše zapamatují slova, která je zaujmou například svou neobvyklostí. (Vágnerová, 2000)

1.5.2 Kognitivní vývoj

Uvedeme si hlavní charakteristické znaky myšlení dětí předškolního věku. Zejména je stále výrazně egocentrické. Říčan toto nazývá kognitivním egocentrismem, nejedná se tedy o sobectví v pravém slova smyslu. „*Předškolák ještě např. nechápe, že druzí lidé mají své vlastní hledisko, odlišné od jeho hlediska. Když vám něco vypráví, předpokládá automaticky, že víte všechno, co ví on. Když s ním hrajete nějakou hru, předpokládá, že uznáváte stejná pravidla. Co se neshoduje s jeho názorem, to často prostě neslyší.*“ (Říčan, 2004, str. 123)

Dalším znakem je magičnost. Jedná se o jakousi tendenci přikládat vlastním myšlenkám nadpřirozenou moc. S tímto souvisí i velký rozvoj fantazie, která je pro děti tak důležitá. Dalším typickým znakem může být vytváření tzv. konfabulací, které vznikají smíšením reality a světa dětské fantazie. „*Konfabulaci můžeme definovat jako nepravou a neúmyslnou lež, která pouze vyplývá z dětského způsobu myšlení.*“ (Říčan, 2004, str. 124)

Další pojem, který vystihuje myšlení předškoláka, je tzv. antropomorfismus. Jedná se o další způsob srovnávání se s okolním světem, kterému mohou poté lépe rozumět. Jak uvádí Říčan, dítě předpokládá, že i okolní předměty jako např. hvězdy nebo stromy cítí, myslí, hněvají se apod. (Říčan, 2004)

Závěrem k rozvoji poznávacích procesů předškoláků můžeme říci, že jejich psychická činnost a myšlení jsou velmi živé. Václav Příhoda k tomuto uvádí následující: „*Tvořivá činnost myšlení působí, že dítě rozumí žertu a samo žertuje. Je myslícím člověkem s vlastním životem. Jeho ojedinělé postřehy překvapují svou bystrostí.*“ (Příhoda, 1977, str. 227)

1.5.3 Emoce a socializace

Ohledně vývoje citů můžeme obecně předpokládat, že v předškolním období dochází k větší stabilizaci emočních reakcí. Postupně se začínají vytvářet i složitější emoce, můžeme hovořit o vyšších citech. Již v tomto období se u dítěte objevují základy svědomí a pocitu viny. Je si vědomo toho, že se něco nesmí, že po provinění může přijít trest. Vše umocňují dospělí, kteří se snaží dítě v projevech usměrňovat a učí je ovládat své emoce. Ubývá tedy impulzivních reakcí. Jedná se tedy o rozvoj tzv. emoční inteligence, který je příznačný právě pro předškolní stádium. Stabilizace emočních projevů je jedním ze znaků, které se posuzují v rámci školní připravenosti před vstupem dítěte do školy.

(Langmeier, Krejčířová, 2006, Vágnerová, 2000)

V tomto věku také dochází k výraznému rozvoji sebepojetí. Velmi důležité pro utváření sebehodnocení je vlastní tělové schéma. Předškoláci mají většinou tendenci se přeceňovat a nadhodnocovat své možnosti, můžeme pozorovat až vychloubání a přehnané zdůraznění vlastní osoby. Jedná se o tzv. dětský egocentrismus, kterým potvrzují vlastní výjimečnost. Je citlivé na pochvalu od lidí, se kterými se identifikuje. (Hříchová, Miňhová, Novotná, 2004) Základy sebepojetí jsou tedy položeny v předškolním období, zejména působením rodiny a jiných vzorů. Všechny neúspěchy a špatné zkušenosti z tohoto období tedy mohou přetrvávat velmi dlouhou dobu a podílejí se na pozdějším sebehodnocení jedince.

Velké změny a posuny prožívá předškolní dítě zejména v oblasti socializace. Toto období je v této oblasti, dá se říci, zlomové, protože poprvé začíná přerušovat svůj rámec domova a úzkého rodinného kruhu. Dítě se vstupem do mateřské školy učí vycházet

s vrstevníky, reagovat i na jiné dospělé osoby. V této etapě vývoje se mimo jiné začíná utvářet i genderová identita a určité rolové schéma. Vágnerová uvádí příklad rolí, které by si mělo předškolní dítě v tomto období osvojit. Jedná se o roli vrstevníka, roli žáka v mateřské škole a popřípadě i roli kamaráda. Přátelské vztahy vzniklé v tomto období však zpravidla nejsou moc trvalé. (Vágnerová, 2000)

Děti postupně zhruba od tří let začínají vnímat rozdíly mezi oběma pohlavími. Jejich vědomí o vlastní příslušnosti k jednomu konkrétnímu pohlaví se ustálí jako konstantní a neměnné kolem pátého až šestého roku života.

1.5.4 Hra a kresba

Hra v tomto období zastává stále dominantní pozici v dětských činnostech. Ale i ona podléhá určitým proměnám v závislosti na věku dítěte. „*Po třetím roce vchází dítě do nové etapy hravých činností. Dítě netvoří hry jen z nahodilosti situace a z experimentace, nýbrž je počíná plánovat... Bohatší představový ráz dětského myšlení dává hře novou náplň.*“ (Příhoda, 1977, str. 204)

Příhoda dále uvádí ve své *Ontogenezi* jako nejvýraznější charakteristiku her dětí tohoto věku tzv. životní vážnost. Předškoláci zatím nedokážou nerozlišit vlastní hru od skutečné práce. K diferenciaci těchto dvou procesů dochází až vstupem do školy. (Příhoda, 1977)

Samotné dělení her je různorodé a zaleží na pojetí konkrétního autora. Pro přehlednost uvedu rozdělení forem dětských her dle Langmeiera a Krejčířové (2006).

- a) funkční (činnostní) typ
- b) konstrukční (realistický) typ
- c) napodobovací (iluzivní) typ
- d) úkolový typ

Václav Příhoda uvádí podrobnější možné dělení her.

- I. hry instinktivní
- II. hry senzomotorické
 - a. dotykové
 - b. motorické
 - c. sluchové
 - d. zrakové
- III. hry intelektuální

- IV. hry kolektivní
- a. soutěživé
 - b. pospolité
 - c. rodinné
 - d. stolní

(Příhoda, 1977)

Na otázku proč je vlastně hra tak důležitou činností pro malé děti a proč si vlastně děti hrají, se snaží nalézt odpovědi tzv. teorie hry. V tomto směru se vyvinuly v podstatě dva hlavní proudy. Jeden říká, že hra napomáhá k rozumnému a účelnému životu, což tedy zdůrazňuje didaktický účel. Druhý z teoretického proudu se spíše přiklání k tomu, že hra má smysl sama o sobě. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Jak bylo již řečeno, hra se vyvíjí s věkem dítěte. Projevuje se to jak ve složitosti her, tak hlavně ve vzájemné spolupráci. Tříleté děti si stále hrají paralelně vedle sebe. Starší děti jsou již schopné spolupráce a vytváření her s určitými pravidly.

V předškolním období můžeme hovořit již o vývoji kresby. Výtvarný projev je důležitým ukazatelem zralosti dítěte, ale mimo to může sloužit i jako pomoc k nahlížení do jeho vnitřního světa. Jelikož předškolák zatím neovládá písemný projev, kresba může sloužit jako komunikační a sdělovací prostředek.

Uvedeme základní fáze kresby dítěte od tří do šesti let dle Vágnerové.

- a) nesymbolická, senzomotorická fáze (stádium čmáranic okolo tří let dítěte)
- b) fáze přechodu na symbolickou úroveň (čmáranice se pro dítě stává symbolem a následuje i dodatečné pojmenování výtvaru)
- c) fáze primárního symbolického vyjádření (kresba zobrazuje konkrétní předmět)

(Vágnerová, 2005)

Nejvíce pozornosti dítě věnuje kresbě lidské postavy, která také prochází určitými fázemi vývoje.

Dělení dle Vágnerové:

- a) stadium hlavonožce (objevuje se okolo tří let dítěte, pozornost je zaměřena na hlavu a detaily obličeje)
- b) stadium subjektivně fantazijního zpracování (kolem 4-5 let, typické je nerespektování reality)
- c) stadium realistického zobrazení (konec předškolního období, podobnosti s realitou)

(Vágnerová, 2005)

Zřejmé posuny v oblasti hry a kresby korespondují s rozvojem kognitivních procesů, zejména s myšlením, fantazií a představivostí, ale i s vnímáním vnějšího světa.

Předškolní věk je většinou zlomový pro určení a diagnostiku ADHD. Dalším mezníkem na konci tohoto období je otázka školní zralosti, která se posuzuje ve třech základních rovinách – tělesné, psychické a sociální.

1.6 Mladší školní věk

Jedná se o etapu ontogeneze, která začíná vstupem jedince do školy, což je bezesporu velmi zásadní životní zlom. Dítě si musí během relativně krátkého časového období osvojit nová pravidla, sociální role a v neposlední řadě i nové způsoby komunikace.

„Jako mladší školní období označujeme zpravidla dobu od 6-7 let, kdy dítě vstupuje do školy, do 11-12 let, kdy začínají prvé známky pohlavního dospívání i s průvodními psychickými projevy.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 117)

Tato fáze života je většinou autory označována s nadsázkou jako bezstarostné a bezproblémové období. Samozřejmě, že v každém období musíme překonávat určité vývojové úkoly, ale pravdou je, že vzhledem k předešlé (předškolák) a následující (pubescent) etapě se jedná o klidnější a relativně ustálené životní období.

Hra je stále velmi důležitou činností, které by měl být dán adekvátní prostor. Nově místo v rozvrhu školáka ale zabírá i učení, které zde musíme chápat v užším slova smyslu. Jedná se o cílevědomý a záměrný proces. *„S plánovitostí a záměrností učení souvisí i to, že si dítě osvojuje v širší míře i jisté obecnější strategie (postupy) učení, tj. učí se, jak se učit.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 124)

Vývoj jednotlivých funkcí si opět popíšeme v následujících podkapitolách.

1.6.1 Motorika a řeč

„Až do desátého roku roste mozek a opouzdřují se nervová vlákna, pak se růst centrální nervové soustavy zpomaluje. V tomto období se zdokonaluje senzomotorická koordinace a motorická výkonnost (vytrvalost, pohyblivost i obratnost).“ (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004, str. 50)

Fyzický růst a zrání ovlivňuje rozvoj dětských motorických funkcí. Velmi se zlepšuje zejména hrubá motorika. Školák je již velmi pohyblivý, má jisté a koordinované pohyby. U dětí se rozmáhá zájem o kolektivní pohybové hry a různé sporty. Většinou se

začínají prvně věnovat nějakému kroužku nebo koníčku, které opět mají vliv na rozvoj jejich dovedností. Často se uvádí, že fyzická vyspělost a zdatnost přímo úměrně souvisí s oblíbeností ve skupině vrstevníků a tedy se sociometrickým statusem ve školní třídě. Jemná motorika se velmi zdokonaluje vlivem postupného osvojování psaní. Kresba i v tomto věku stále zaujímá velmi podstatnou úlohu v dalším vývoji.

Vlivem povinné školní docházky dochází k výraznému posunu v oblasti rozvoje řečového projevu. Postupně roste slovní zásoba, zlepšuje se správné použití gramatických pravidel, dochází k větší syntaktické rozvitosti a stylistické zajímavosti. V dnešní době také není nic neobvyklého, když se školáci v tomto věku začínají učit i dalšímu cizímu jazyku. Patlavost často mizí se vstupem do školy. Veškerý tento vývoj závisí na míře podnětného okolního prostředí. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

1.6.2 Kognitivní vývoj

Vlivem nástupu do základní školy dochází k zásadnímu vývoji zejména u poznávacích funkcí. Obecně můžeme hovořit o tzv. intelektualizaci kognitivních procesů. Myšlení se stává více logickým. J. Piaget toto období nazývá stádiem konkrétních operací. Postupně se rozvíjí i realistické a kritické myšlení. Začíná lépe chápat kauzální souvislosti.

(Langmeier, Krejčířová, 2006), (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

M. Vágnerová vyzdvihuje tyto hlavní změny v myšlení u dětí v mladším školním věku:

a) decentrace

Jedná se o schopnost posuzovat skutečnost z různorodých hledisek. Již není tolik omezeno pouze subjektivním centrickým pohledem na svět.

b) konverzace

Označení pro schopnost pochopit podstatu nějakého jevu a akceptovat možnou proměnlivost v čase.

c) reverzibilita

Jeden z typických znaků pro logické myšlení. Znamená pochopení vratnosti různých jevů a operací.

(Vágnerová, 2000)

Mladší školák již dokáže obecně propojovat řadu myšlenkových procesů.

Fantazie a představivost jsou na velmi dobré úrovni. Hovoříme o tzv. eidetismu, což je vytváření velmi živých a intenzivních představ. Někdy samy děti mohou mít ještě problém odlišit realitu od svých fantazijních smyšlenek. Stále rády unikají do vysněného

pohádkového světa. Takové úniky mají i v tomto věku velký význam z hlediska duševní hygieny.

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Jaký pokrok tedy školák učinil oproti předešlému vývojovému období? Zejména v tom, že se objevuje logické myšlení, které respektuje objektivní skutečnost. Poznávací schopnosti se zpřesňují zejména díky vlivu procesu učení.

1.6.3 Emoce a socializace

City a emoční stavy jsou stálejší a trvalejší. Opět toto zjištění umocní kontrast, který vznikne porovnáním jedince mladšího školního věku s předškolákem nebo pubescentem.

„Emoce a city jsou však jednoduché a mělké. Zdokonaluje se sebeovládání a regulace citových reakcí. Převažuje radostná nálada a optimismus. Je to klidné období, bez afektů a bouřlivých projevů, kdy dříme sexualita.“ (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004, str. 51)

Sigmund Freud toto období nazývá stádiem latence. Jedná se tedy o určité skryté a na čas potlačené sexuální tendence, které se naopak naplno projeví v další vývojové etapě.

Proces socializace prochází zásadní změnou. Vstupem do školy se jedinec musí naučit nové formy komunikace, osvojit si nové role a sociální statusy. Významně přerůstá rámec rodiny. Vše je usnadněno, pokud v předešlém předškolním období alespoň určitou dobu navštěvoval mateřskou školu.

Nástupem povinné školní docházky se pro dítě otevírají nové role – žáka a spolužáka. Dítě si musí během relativně krátké doby osvojit nové vzorce chování a způsoby komunikace. Řada autorů si všímá i morálního vývoje, který probíhá v tomto období. Dle Piageta se dítě školního věku posouvá od dosavadního heteronomního k autonomnímu stádiu. Nejdříve je tedy naše morálka určována z vnějšku, jedná se o příkazy a zákazy dospělých, zejména rodičů. Postupně se ale naučíme si různé zásady zvnitřňovat a dostaneme se do bodu, kdy již nepotřebujeme dohled nějaké autority. (Langmeier, Krejčířová, 2006), (Vágnerová, 2000)

Přijetím nových rolí a navázáním dalších sociálních vztahů si dítě více uvědomuje i samo sebe. Můžeme tedy hovořit i o rozvoji sebepojetí a sebehodnocení. Ve školní třídě se vytvářejí i první diferencované skupiny. Zatím je zde ale zastoupena velká nahodilost těchto vztahů. O pravých přátelstvích se zatím mluvit nedá. Školák si začíná více uvědomovat intersexuální rozdíly. Všímá si rozdílnosti obou pohlaví, zatím se zaměřuje především na vnější fyzické znaky.

Rodina je i v tomto věku velmi důležitým zdrojem bezpečí a jistoty. Dítě se začíná více osamostatňovat a odpoutávat od matky. Větší úlohu v rámci socializace hraje otec. Dle Vágnerové (2000) představuje otec jinou autoritu než matka, poskytuje odlišný pohled na věc a zdroj informací a v neposlední řadě je důležitým modelem pro osvojení mužských rolí.

Jak už jsme si uvedli výše, pro školáka je vedle pracovní činnosti a učení stále velmi důležitá hra, které by měl být dán i v tomto období větší prostor. Podílí se mimo jiné na správném vývoji osobnosti. Stává se stále složitější a propracovanější. Objevují se prvky kooperace (spolupráce) i kompetice (soutěživosti). V poslední době ale ustupuje aktivní hraní, které je stále více nahrazováno pasivní zábavou u televize nebo na počítači. (Langmeier, Krejčířová, 2006), (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Často u dětí s ADHD dochází právě k určité školní nezralosti a následnému odkladu školní docházky. Vše se ale většinou odvíjí od včasné diagnostiky a následné práci s takovým dítětem. Vstup do první třídy je významným mezníkem v životě každého jedince. Školní neúspěch v tomto raném věku se může negativně promítnout do sebepojetí školáka a ovlivnit ho na dlouho dopředu.

1.7 Pubescence

Jde o označení jednoho z nejdynamičtějších a nejbouřlivějších období lidského života. Jedinec prodělává zásadní fyzické i psychické změny. Spolu s následující fází adolescence tvoří dohromady tzv. proces dospívání, tedy dobu na pomezí mezi dětstvím a dospělostí.

Období puberty můžeme časově vymezit zhruba od 11 do 15 let. Na mysli bychom měli mít, že se jedná pouze o přibližné a umělé vytyčení, jelikož zvláště zde můžeme zaznamenat velké individuální a intersexuální rozdíly.

(Langmeier, Krejčířová, 2006), (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Marie Vágnerová k tomuto období uvádí následující: „*Pro období dospívání je typická proměna vlastního těla, která se projeví i v postoji pubescenta. Tělesná atraktivita má svou sociální hodnotu a stává se součástí sebehodnocení dospívajícího. Individuálně rozdílné tempo dospívání může vést k frustraci jedince, který se od ostatních vrstevníků nějak liší.*“ (Vágnerová, 2000, str. 251)

1.7.1 Tělesný vývoj a procesy zrání

Jak už bylo uvedeno výše, fyzický vzhled je pro dospívající velmi důležitý a často celkové sebehodnocení odpovídá spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem. Obecně můžeme hovořit o dlouhodobém zrychlení tělesného vývoje, tzv. sekulární akceleraci. Nástup dospívání a celkový růst se tedy urychluje napříč evropskými a americkými zeměmi. V současné době můžeme pozorovat, že se zkracuje období dětství a oddaluje vstup do dospělosti. Souběžně se objevuje i jev tzv. decelerace, u které se jedná právě o zmíněné zpomalování psychosociálního dospívání. Na tuto skutečnost má vliv prodlužování doby studia a tím i ekonomická a sociální závislost na rodičích.

(Langmeier, Krejčířová, 2006), (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Langmeier ve své *Vývojové psychologii* rozděluje období puberty na dvě na sebe navazující fáze:

- 1) prepuberta (první pubertální fáze) – objevují se primární a sekundární pohlavní znaky, u dívek se objevuje první menstruace a u chlapců se můžeme setkávat s nočními polucemi
- 2) vlastní puberta (druhá pubertální fáze) – postupné dosažení reprodukčních schopností u obou pohlaví

(Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 143)

Dle *Vývojové psychologie* (2004) můžeme odlišit následující pohlavní znaky:

- 1) primární (vývoj pohlavních orgánů)
- 2) sekundární (intersexuální rozdíly ve vzhledu)
- 3) terciální (činnosti vnitřních orgánů)
- 4) kvartérní (psychosexuální odlišení psychiky u obou pohlaví)

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004, str. 53)

Velké tělesné změny úzce souvisí se změnou emocí a psychického světa jedince.

Na konci stádia pubescence bývá již vývoj motoriky zcela završen. Výrazně se piluje zejména oblast jemné motoriky, koordinace a rovnováhy. Vývoj řeči jde ruku v ruce s literární gramotností. Jedinci, kteří více čtou, mají větší slovní zásobu, a jejich projev je na vyšší úrovni jak po stylistické, tak po syntaktické stránce. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

„Tělesné a psychické dospívání nemusí probíhat ve stejném tempu. Pokud je tělesné zrání rychlejší než psychické, duševně infantilní jedinec není vždycky schopen přijatelným způsobem je zvládnout.“ (Vágnerová, 2000, str. 212)

1.7.2 Kognitivní vývoj

Rozvoj kognitivních procesů v období dospívání je výrazný stejně jako v ostatních oblastech. Velmi podstatně dochází k posunu intelektových schopností, dokonce autoři uvádějí, že se jedinec na konci tohoto období blíží svému vrcholu. Pravdou však je, že pubescentovi stále chybí dostatek zkušeností, takže většina znalostí se odehrává pouze v teoretické rovině.

Myšlení dospívajících se stává podstatně více logickým. Mezi další jeho charakteristiky patří abstraktnost, schopnost řešit problémy pomocí heuristických postupů (více možných řešení jednoho úkolu), dále dokáže vytvářet složitější vztahy mezi pojmy a vytvářet z nich další soudy. Nový pohled na myšlení se projevuje i v rozvoji dalších kognitivních procesů. Dochází k posunu ve vnímání, představivosti, paměti. Tyto psychické procesy se zpřesňují. Opět se velmi oživuje fantazie a imaginace. Často se u pubescentů setkáváme s denním sněním. Jedinec v této době je většinou kritický a radikální ve svých názorech. Zůstává stále dosti egocentrickým. (Langmeier, Krejčířová, 2006), (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Vágnerová (2000) uvádí následující konkrétní projevy někdy až vypjatého egocentrismu v tomto stádiu vývoje:

- hyperkritičnost
- tendence k polemikám (argumenty, snaha o odlišné názory)
- předpoklad jedinečnosti a výjimečnosti svých myšlenek a názorů
- vztahovačnost

(Vágnerová, 2000, str. 220 – 221)

Z výše uvedeného vyplývá, že dospívající jedinec se snaží neustále vymezovat vůči ostatním ve společnosti (zejména vůči dospělým a autoritám). Začíná více uvažovat o různých možnostech řešení a většinou se nespokojí jen s jedním předem určeným výsledkem.

„Pubescent je radikální, jeho nechuť ke kompromisům a korekcím vyplývá z nejistoty. Jeho radikalismus je obranou proti nejasnosti a mnohoznačnosti. Není ještě tak zralý, aby uměl tolerovat určitou míru nejistoty jako trvalý a nezměnitelný stav. Nezkušenost, zbrklkost

a emoční nevyrovnanost vedou mnohdy ke zkratkovitým generalizacím, které jsou nepřesné nebo zcela nesmyslné.“ (Vágnerová, 2000, str. 221 – 222)

1.7.3 Emoce a socializace

Jak už bylo zmíněno v kapitole o fyzickém vývoji, tělesné „já“ pubescenta je úzce propojeno s vlastním sebepojetím a sebehodnocením. Odtud se odvíjejí i emoce spojené s takovým prožíváním a přijímáním sebe sama. Výrazné hormonální změny se nepodílejí pouze na tělesných změnách, ale i na variabilitě emočních reakcí. Bylo již řečeno, že se jedná o bezesporu nejdynamičtější období ontogeneze jedince. Tato bouřlivost a nevyrovnanost se projevuje hlavně v rámci citových prožitků. *„Významnou roli hrají v tomto období pohybové aktivity, které pomáhají uvolnit napětí a zvýšit citovou stabilitu.“* (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004, str. 54)

Emoce v této fázi dospívání jsou celkově labilní. Můžeme pozorovat citovou nevyrovnanost, přecitlivělost, vypjatost, intenzitu, nevyzpytatelnost. Pubescenti jsou ve svých reakcích většinou velmi impulzivní, často chybí dostatek sebeovládání.

Jedinec může na zátěžovou situaci reagovat různými obrannými reakcemi. Vágnerová (2000) píše o dvou nejvýraznějších: únik do regrese a do fantazie. První zmíněná reakce se vyznačuje tím, že pubescent se posune na nižší vývojové stádium. Tento způsob obrany je typický pro nevyzrálé osobnosti. Únik do fantazie je velmi důležitou součástí duševní hygieny každého z nás. Jak je uvedeno v kapitole o rozvoji kognitivních procesů, představivost je v tomto věku opět na vzestupu. Vyznačuje se svou živostí a intenzitou. Umožňuje odpoutání se od reality a můžeme tak teoreticky pracovat s různými variantami řešení problému. (Vágnerová, 2000)

V sociální oblasti se dospívající snaží vymezit vůči svým rodičům, snaží se zapadnout mezi vrstevníky. Autoři hovoří o procesu tzv. emancipace, tedy osamostatňování se od rodiny. Jedinec má silné tendence bouřit se proti konvencím, zásadám a pravidlům. Často se staví proti dospělým a autoritám z principu. Tento proces mohou doprovázet především negativní emoce, můžeme hovořit až o krizi mezi rodiči a jejich dětmi. Při normálním vývoji se však mezi nimi vazba nepřerušuje, pouze dojde k určité změně a posunům ve vzájemných vztazích.

Jedinci se snaží primárně navazovat nové vztahy s vrstevníky. Poprvé se také objevuje výraznější zájem o druhé pohlaví. Vznikají první lásky, které mají spíše

platonický charakter. Trvalejším vztahům a samotnému rozvoji sexuality se budeme věnovat v následující kapitole pojednávající o období adolescence.

Sebepojetí je často určováno příslušností k nějaké sociální skupině. Role, kterou zde jedinec získá, se významně podílí na jeho utváření vlastní identity. Potřeba přátelství a navazování kamarádských vazeb zejména s jedinci stejného pohlaví je v tomto období velmi silná. Pro pubescenty je důležité cítit vzájemnou důvěru k osobě podobného věku.

(Langmeier, Krejčířová, 2006), (Vágnerová, 2000)

„Vrstevnická skupina slouží pubescentům jako opora. Skupinová identita představuje přechodnou fázi v rozvoji individuální identity. Dospívající si určují generační standardy norem, jejichž dodržování striktně dodržují. Vrstevníci se stávají neformálními autoritami, které mají značný vliv.“ (Vágnerová, 2000, str. 252)

V průběhu let se některé symptomy ADHD mohou zcela vytrácet, jiné se zmírňují, ale jsou i takové, které přetrvávají až do dospělosti. V tomto věku bychom se měli věnovat zejména otázkám psychických stránek dospívání. Pubescentovi se mění pohled na sebe, vrstevníky, rodinu atd.

1.8 Adolescence

Adolescence je druhou z fází dlouhého úseku zvaného dospívání. Trvá zhruba od 15 do 20 let. Můžeme ho považovat pouze za schematické ohraničení. Ve skutečnosti není jednoduché tuto epochu blíže časově vymezit. Hlavní otázkou je, kdy toto období končí? Obecně etapa dospívání končí, když začíná stádium samotné dospělosti. Jaké jsou ale konkrétní mezníky? Co autor, to různé úhly pohledu. Může se jednat o dosažení určité věkové hranice, dovršení školního vzdělání či dosažení ekonomické nezávislosti na rodičích. Mezníkem dospělosti mohou být individuální rozdíly v každém z nás.

„Vstup do fáze adolescence je biologicky ohraničen pohlavním dozráním. Adolescence je však především dobou komplexnější psychosociální proměny, mění se osobnost dospívajícího i jeho sociální pozice. Mladý člověk získává nové role, spojené s vyšší sociální prestiží.“ (Vágnerová, 2000, str. 253)

I zde ale můžeme vymezit základní kritické body, které jsou nutné si v tomto věku odžít. Vnitřní psychický svět adolescenta se začíná po předchozím bouřlivém období opět ustalovat a vyrovnávat.

Obecně si uvedeme následující vývojové úkoly, kterých je nutné v této životní etapě dosáhnout:

- přijmout vlastní fyzickou strukturu
- přijmout roli svého pohlaví
- vytvořit nové vztahy s lidmi obou pohlaví
- emočně se odpoutat a stát se nezávislý na rodičích a jiných dospělých
- dosáhnout ekonomické nezávislosti
- vybrat si budoucí profesi a soustavně se na ni připravovat
- připravovat se na manželství a rodinný život

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004 dle Havighurst, 1964)

S výše uvedenými body se dá v dnešní době polemizovat. Již v předešlé kapitole jsme se zmiňovali o tzv. procesu decelerace, tedy zpomalování procesu dosažení dospělosti. Například Vágnerová (2000) již nehovoří o přípravě na manželský a rodinný život, ale spíše o důležitosti navazování partnerských vztahů, kde zatím nehraje hlavní roli monogamie, zdůrazňuje dosažení vztahové intimity. Dle autorky se jedná zatím o experimentaci se vztahy, láskou a sexualitou. Dle Říčana a Vágnerové je pro adolescenci typický polygammí sexuální vývoj.

1.8.1 Fyzický vývoj a motorika

Fyzický vzhled je často předním ukazatelem vztahu k vlastní identitě. Již v období puberty se schéma těla dostalo do popředí zájmu. V této konečné fázi dospívání je atraktivita a vzhled stále v centru pozornosti.

Fyzické parametry adolescenta jsou již prakticky shodné s dospělým člověkem. Ohledně fyzických sil jsou jedinci v tomto věku na svém vrcholu. Dosahují vlastní soběstačnosti a celkové kompetentnosti. Zejména mužům fyzická energie pomáhá k dosahování velmi dobrých sportovních výkonů. Tato zdatnost velkou měrou kladně přispívá k rozvoji vlastní identity. Motorika je stabilní a plně koordinovaná.

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004), (Vágnerová, 2000)

1.8.2 Kognitivní procesy

Poznávací procesy jsou také na svém pomyslném vrcholu. Myšlení je flexibilní, kreativní a samostatné. Vlivem nezátíženosti zkušeností jsou adolescenti schopni přijít na netradiční a nekonvenční postupy a způsoby řešení. Bez větších obtíží si poradí s abstraktním myšlením. Roste zájem o hledání odpovědí na teoretické a filozofické otázky. Formuje se vlastní názor na náboženství a politiku. V tomto období hrozí nežádoucí ovlivnění nějakou náboženskou sektou nebo jiným podobným uskupením.

(Langmeier, Krejčířová, 2006), (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Takovýto posun v kognitivních procesech se projevuje i v pohlížení na sebe. Je ovlivněno i vnitřní prožívání jedince. *„Nový způsob myšlení dovoluje pohlížet na sebe a na svůj život i na své pocity a myšlenky jakoby zvnějšku, analyzovat je a kriticky posuzovat. Nové zaměření pozornosti na své cítění, myšlení a jednání je důležitým znakem dospívání vůbec.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 152)

1.8.3 Emoce a socializace

Dosud jsme si u výše uvedených oblastí uvedli, že adolescent dosáhl vývojového vrcholu. Co se týká psychosociálního vývoje, jedná se stále o nedokončený proces. Adolescent má fyzický vzhled i kognitivní vlastnosti jako dospělý člověk, vnitřně je však stále nestabilní. Zejména se stále utváří pojetí vnitřní identity.

Emoční prožívání je výrazně stabilnější oproti minulému období. Nehrozí tak radikální výkyvy nálad, reakce na podněty jsou většinou přiměřené, adolescent je schopen navazovat delší citové vztahy s lidmi obou pohlaví a dále pracovat na budování hlubších citů.

Vztahy s rodiči, které procházely v pubertě dynamickou přeměnou, se v této etapě vývoje uklidňují a často nabývají i nový rozměr. Dospělý člověk dokáže najít rovnováhu mezi vlastní samostatností a kladným vycházením s rodiči.

Vývoj sexuality, navazování vztahů a plnění adolescentních úkolů jsme si nastínili již v úvodu této kapitoly. Dále se budeme podrobněji věnovat samotnému procesu socializace v tomto věku. Svou sociální rolí se dospívající již přibližuje dospělému. Vrstevnické a jiné referenční skupiny jsou pro něho velmi důležité. Skrz ně si utváří své sebehodnocení, formuje si své názory, postoje, hodnoty, normy a pravidla. Dalo by se říci,

že adolescenti neodmítají všechny hodnoty a normy od dospělých jako v minulé fázi vývoje, ale snaží se s nimi stále polemizovat a zastávat k nim vlastní postoje.

Velkým zlomem je postupný rozvoj v profesionální oblasti. Nástupem do zaměstnání je nutné si osvojit a přijmout nové sociální role. Ne vždy jsou na tuto novou situaci adolescenti připraveni, často nejsou ještě schopni nést plnou odpovědnost za své chování. (Vágnerová, 2000)

„Pro mnohé adolescenty není nastávající dospělost atraktivní, protože je spojena se zodpovědností a mnoha omezeními, na jejichž zvládnutí nejsou dostatečně zralí. Potřeba oddálit dospělost se projevuje tzv. adolescentním moratoriem.“ (Vágnerová, 2000, str. 296)
Moratoriem rozumíme potřebu něco oddálit, potlačit nebo zastavit. Strach z budoucnosti a neznáma někdy převažuje, proto dospívající uniká od plného přijetí zodpovědnosti.

Dostáváme se na konec tzv. integračního období (dětství), pro které jsou typické následující charakteristiky psychického vývoje – nezralost, hravost, labilita, závislost, aktivita, nápodoba a identifikace. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

V další kapitole si uvedeme podmínky vstupu do dospělosti. Je zřejmé, že jediným kritériem není pouze dosažení určité věkové hranice.

1.9 Raná dospělost

Výše uvedené kapitoly se věnovaly jednotlivým stádiím tzv. integračního období, které zahrnuje fáze dětství i dospívání. Jak už víme, adolescenti se již pohybovali na pomezí mezi dětstvím a dospělostí. Jaké zlomové okamžiky musí jedinec prožívat a zvládnout, aby se posunul do následujícího tzv. kulminačního období? Jedná se o nejdelší časový úsek v ontogenezi člověka, zhruba od 20 do 60 let.

Autoři uvádějí následující periodizaci toho období:

- 1) raná dospělost (= mecitma, preakmé) od 20 do 30 let
- 2) střední dospělost (= adultium, akmé) od 30 do 45 let
- 3) pozdní dospělost (=intervium, postakmé) od 45 do 60 let

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Pro účely této práce se budeme podrobněji věnovat pouze časně dospělosti.

Vágnerová (2000) zdůrazňuje následující momenty, které jsou charakteristické pro dospělého člověka:

- osamostatnění se od primární rodiny – není zde již tak silná citová vazba, vztahy jsou symetričtější a vyrovnanější
- harmonizace vztahů k vrstevníkům i ostatním lidem
- sexuální zralost
- ekonomická samostatnost

Zajímavý pohled na zákonité změny v dospělosti nabízí Langmeier ve své *Vývojové psychologii*. Uvádí tzv. model „načasování životních událostí“ (Neugartnerová, 1968): „V dospělosti je tedy přechod z jedné vývojové fáze do fáze následující signalizován hlavně sociálně významnými životními událostmi (např. odchod z domova, manželství, narození dětí, odchod do důchodu). Lidé se tedy vyvíjejí především v reakci na tyto události, rozhodující je přitom zejména doba, kdy k nim u člověka dojde.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 168)

Jedinec raně dospělý by se měl vyrovnat s následujícími vývojovými úkoly:

- 1) osvojit si profesní roli
- 2) dokázat žít ve stabilním partnerství
- 3) dosáhnout rodičovství

(Vágnerová, 2000)

V posledně zmíněném bodě se tato zodpovědnost v současnosti posouvá až do další fáze dospělosti. Spíše se začínají pouze postupně formovat rodičovské emoce a postoje.

Kognitivní vlastnosti se zdokonalují, jedinec je po dvacátém roce života na vrcholu, přesto se už mohou postupně objevovat involuční změny zejména v oblasti fyzického vývoje. Dochází k intelektualizaci psychiky, kreativita začíná být někdy negativně ovlivněna zkušeností. Dospělý člověk je zpravidla vyrovnaný a citově stabilní. Toto období se vyznačuje vysokou měrou sebeovládání.

„Mecítma je hraniční periodou mezi mládím a zralou dospělostí. Je přípravným obdobím pro získání zkušeností, dovedností a hlubších profesních znalostí. Profesní vývoj je determinován mnoha faktory, z nichž nejdůležitější jsou individuální zvláštnosti osobnosti a charakter vykonávané profese.“ (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004, str. 61 - 62)

Mezi projevy ADHD, které mohou přetrvávat až do tohoto období, řadíme například poruchy pozornosti, emoční labilitu nebo maladaptaci.

2 Vymezení pojmu ADHD. Vývoj užívané terminologie

Následující kapitola bude věnována vymezení základní terminologie z oblasti samotného onemocnění. Dále bude zaměřena na vývoj názvosloví zejména v rámci našeho území. Označení se většinou lišila dle různých autorů, pro lepší orientaci se proto zaměříme na toto vývojové hledisko.

2.1 ADHD

Nejprve se pokusíme vymežit co nejpřesněji samotný pojem ADHD. V současné době se jedná o velmi často skloňované označení, ale uvést uspokojivou a vyčerpávající definici je stále těžkým úkolem. V publikacích můžeme nalézt různá vymezení, každý autor má odlišné pohledy.

Název ADHD označuje tzv. Attention Deficit Hyperaktivity Disorder, což v překladu znamená porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivity.

„Zkratka ADHD vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace – jedná se o označení pro syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou anebo syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity (ADD).“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 10)

Kocurová uvádí následující definici: *„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivitou. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů.“* (Kocurová, 2002, str. 2)

Ivo Paclt ve své publikaci *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* uvádí následující: *„Děti trpící ADHD chronicky trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou. Tyto charakteristiky se u nich výrazně projevují již v raných stádiích vývoje, a to zřetelněji, než odpovídá jejich mentálnímu věku.“* (Paclt, 2007, str. 13)

Jak můžeme vidět u výše uvedených definic, jedná se o syndrom, vzhledem k rozmanitosti příčin a symptomů (projevů). Zjednodušeně můžeme říci, že jedinec trpící ADHD, se potýká s impulzivitou, nedostatkem pozornosti a případně i hyperaktivitou. Soubor symptomů tímto však není zdaleka vyčerpán. Podrobnější a komplexnější náhled nalezneme v samostatné kapitole věnované přehledu projevů ADHD v různých věkových obdobích.

2.2 Terminologie (tehdy a dnes)

Následující podkapitola se zabývá zachycením vývoje odborné terminologie používané v souvislosti se syndromem ADHD. V průběhu 20. století se řada odborníků pokusila o vymezení co nejpřesnějších formulací, tak aby se přizpůsobovala stále novým zjištěním v oblasti výzkumu.

„První poznatky o hyperaktivních dětech lze nejen u nás, ale i ve světě zachytit koncem první poloviny a v průběhu druhé poloviny devatenáctého století (přibližně od roku 1830), o přesnější ohraničení této problematiky se pokoušeli autoři na počátku dvacátého století.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 9)

Můžeme tedy uvést, že jedinci s projevy ADHD se zde už pravděpodobně vyskytovali daleko dříve, než se o diagnostice vůbec začalo uvažovat. Proto můžeme konstatovat, že se nejedná o jakési onemocnění posledních let, jak se někdy může mylně domnívat převážně laická veřejnost.

Jeden z prvních lékařů, který se hlouběji zabýval vztahem mezi poruchami chování a lehkým mozkovým poškozením, byl belgický psychiatr J. Guslain (1790 – 1860). Jako o hyperkinetickém syndromu začal poprvé hovořit Němec H. Hoffman a to již roku 1845. Naopak o hypoaktivitě, jako dalším možném projevu, se roku 1917 zmiňoval německý psychiatr von Schreckel. (Novák, 2003, str. 8 – 9)

Blíže se zaměříme na vývoj terminologie převážně v českém, respektive československém prostředí. V roce 1930 byl použit jeden z prvních běžně užívaných názvů, tzv. minimální mozková dysfunkce (MBD), u nás se vžil do povědomí spíše jako malá mozková dysfunkce (MMD). V 50. letech 20. století se začalo používat označení lehká dětská encefalopatie (LDE), ale záhy v 60. letech se název přeformuloval na lehkou mozkovou dysfunkci (LMD). Právě termín LMD zůstává pevně zakořeněn na našem území dodnes zejména u širší veřejnosti, ale ztotožňuje se s ním i řada odborníků. (Jucovičová, Žáčková, 2010), (Kocurová, 2002)

Následně od poloviny 90. let 20. století se začal používat současný název ADHD, který asi nejvíce odpovídá komplexnosti symptomů syndromu.

„Podle Swierkoszové (2006) je termín ADHD popisnější, poskytuje širší pojetí syndromu a je pro depistáž a následnou terapii a reedukci užitečnější. Navíc je běžně užívaný v odborné literatuře psychologické a pedagogické jak ve světě, tak již i u nás. Začíná se také postupně prosazovat mezi laickou veřejností.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 10)

Kdo patřil mezi přední odborníky, kteří se problematikou LMD zabývali jako první v Československu? Již roku 1961 vyšla kniha *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*, jejímž hlavním autorem je psychiatr a psychoanalytik Otakar Kučera. Stal se mimo jiné třetím přímým členem Mezinárodní psychoanalytické společnosti z ČSR. Soustředil kolem sebe kolektiv dalších autorů, kteří se na zmíněné knize podíleli. Mezi ně patřil například pediatr Karel Macek nebo psycholog Zdeněk Matějček. Celá publikace shrnovala řadu poznatků ze světové literatury, na svou dobu byla velmi pokroková a obsahovala různé moderní přístupy k výchově k dětem s projevy LMD. (Novák, 2003, str. 9 - 11)

3 Základní symptomy ADHD

Tato kapitola se věnuje popisu projevů ADHD. Nejprve si uvedeme základní symptomy, které se často objevují napříč věkovými kategoriemi. Dále se pokusíme o odlišení projevů dle jednotlivých vývojových fází. Mezi základní projevy ADHD řadíme poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Celkový obraz tohoto syndromu ale doplňuje celá řada dalších přidružených poruch. Jedná se například o percepčně motorické poruchy, poruchy paměti, poruchy v oblasti myšlení a řeči, emoční poruchy někdy spojené s poruchami chování, vyskytovat se mohou i vývojové poruchy učení. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

„Konkrétní obraz lehké mozkové dysfunkce je individuálně velmi odlišný, a proto se zájem odborníků kromě etiologie upírá k symptomatologii této poruchy. Je snaha najít typické příznaky, protože LMD je obtížně diagnostikovatelný např. technickými přístroji a popis symptomů sehrává v diagnostice klíčovou roli.“ (Kocurová, 2002, str. 8)

3.1 Porucha pozornosti

Nejprve si definujeme pozornost z hlediska obecné psychologie. *„Je to mentální proces, jehož funkcí je vpouštět do vědomí omezený počet informací, a tak ho chránit před zahlcením velkým množstvím podnětů. Základní vlastností je selektivita – výběrovost. Pozornost lidem umožňuje monitorovat vnější a vnitřní prostředí a vybírat z něj pouze podněty, které si v daném okamžiku přejí nebo potřebují uvědomit, přičemž ostatní ignorují.“* (Plháková, 2008, str. 77)

Jak se tedy projevuje narušení pozornosti u jedinců s projevy ADHD? Často se jedná o roztěkanost a nesoustředěnost. Problém se může objevit zejména se zmíněnou výběrovostí, v tom případě je pro ně obtížné odlišit podstatné a nepodstatné okolní podněty. Obecně můžeme hovořit o snížené odolnosti vůči zátěži a rušivým vnějším podnětům. Následkem toho dochází k přerušování činnosti, což může vést až k nedokončování rozpracovaných úkolů. Opakem ke zmíněné fluktuaci a roztržitosti může být ale i ulpívavá pozornost, poté dochází k neustálému vracení se k tématu. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Je nutné si uvědomit, že pozornost i u dětí s ADHD stoupá, pokud se věnují činnosti, která je baví a motivuje. Adekvátní stimulace tedy hraje zásadní roli při přístupech k těmto jedincům.

Ivo Paclt ve své knize *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* uvádí k deficitu pozornosti následující: „*Významné je rovněž snížení vytrvalosti při plnění úloh, zvláště takových, které nepřinášejí bezprostřední pozitivní odezvu, která je pro dítě významná. Problémem je tedy nejen porucha pozornosti, ale i vytrvalost.*“ (Paclt, 2007, str. 14)

Poruchou pozornosti někdy nazývanou snížená pozornost či deficit pozornosti, rozumíme pouze zastřešující název, který zahrnuje další projevy. Mezi ně řadíme nesoustředěnost, menší výběrovost, těkavost nebo naopak ulpívavost, netrpělivost, sníženou vytrvalost, vyšší unavitelnost, případně celkově snadnou odklonitelnost pozornosti.

3.2 Hyperaktivita

K dalším ze základních projevů ADHD řadíme právě hyperaktivitu. Ta bývá charakterizována jako „*nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 30) U hyperaktivních jedinců můžeme pozorovat neustálé mimoděčné pohyby, neposednost až neklid. Hyperaktivita se může týkat i komunikace a nadměrného řečového projevu.

Typická zvýšená aktivita je někdy označována jako tzv. psychomotorický neklid. Jedná se o zvýšenou pohyblivost, aktivitu, často nekoordinované a rychlé pohyby, což může mít někdy za následek určitou míru nehodovosti a úrazovosti. Někdy je možno pozorovat jen jemné záškuby mimického svalstva. Co se týká komunikace, mezi projevy patří překotnost, hlasitá řeč neúměrná situaci, překřikování nebo vykřikování a celková komunikační neukázněnost. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Zmíněných symptomů je možno si povšimnout již v mateřské škole u dětí předškolního věku, ale v plné míře se často ukáží až při nástupu povinné školní docházky, kde jsou na žáky kladeny ještě větší požadavky a je vyžadována větší ukázněnost. Děti s projevy hyperaktivity bývají často vnímány jako neposlušné, nemotorné a neobratné.

3.3 Impulzivita

Co rozumíme pod pojmem impulzivita a impulzivní jednání? Odborníci se shodují, že na rozdíl od zkratkovitého jednání, pro impulzivitu je typická jeho bezcílnost. „*Impulzivní jednání bývá popisováno jako okamžitá reakce na podnět, kdy chybí fáze rozmyšlení – dítě jedná podle svého prvotního nápadu, aniž by si rozmyslilo postup a domyslelo důsledky nebo následky svého jednání. Často také reaguje nezvykle prudce, intenzivně.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 33)

Mezi konkrétní projevy impulzivity patří neschopnost domýšlet důsledky svého jednání, obtíže v komunikaci, zvýšené riziko úrazovosti a většího výskytu nebezpečnějších situací pro dítě. Z této charakteristiky vyplývá, že hlavním projevem je již zmíněné bezcílné a předem nepromyšlené jednání. Jedinec se rozhoduje a jedná často zbrkle, bez zábran a reakce může být neadekvátní situaci.

„*Vágnerová (1999) upozorňuje v souvislosti s impulzivitou těchto dětí na vyšší citlivost k vnějším podnětům, která se projevuje zvýšenou dráždivostí. Z tohoto důvodu reagují děti na běžné podněty nepřiměřeně, příliš intenzivně. Upozorňuje i na fakt, že takový způsob jednání vede k rychlejšímu vyčerpání, k únavě dítěte a s tím související mrzuté náladě.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 34)

3.4 Přidružené poruchy

Řada autorů pojednávajících o problematice syndromu ADHD uvádí pouze základní symptomy, které jsme si již podrobněji rozvedli v předešlých kapitolách. Jak již bylo naznačeno, projevy ADHD jsou daleko pestřejší, pro přehlednost je označíme souhrnným názvem Přidružené poruchy a jednotlivě je vymezíme dle Jucovičové a Žáčkové (2010).

Autorky sem řadí následující: percepčně motorické poruchy, poruchy paměti, myšlení, řeči, emoční poruchy a poruchy chování, v neposlední řadě i specifické poruchy učení.

3.4.1 Percepčně motorické poruchy

Jak název napovídá, jedná se o poruchy spojené s pohybem a motorikou obecně. Řadíme sem následující dvě podskupiny poruch: poruchy motoriky a senzomotorické koordinace, poruchy percepčních a kognitivních funkcí.

a) Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace

Zahrnujeme sem oblast jemné i hrubé motoriky. Jedinci s těmito problémy jsou vnímáni jako neohrabaní a nešikovní. Potíže mohou nastat při koordinaci pohybů a souhře celého těla při dané činnosti. V případě jemné motoriky se může jednat zejména o činnosti jako např. zavazování tkaniček nebo zapínání knoflíků. Již v mateřské škole se mohou vyskytovat problémy s kresebným projevem, popřípadě s písmem, které může vypadat neúhledně až nečitelně. V souvislosti s tímto se mohou po nástupu do základní školy objevovat specifické poruchy učení jako např. dyslexie či dysgrafie. Dále se u dětí v mladším věku mohou vyskytovat určité artikulační neobratnosti. Můžeme si všimnout komolení náročnějších nebo delších slov. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

„Vágnerová (1999) upozorňuje na fakt, že zmíněné problémy snižují sociální statut dětí, protože jsou neúspěšné např. v míčových hrách - v praxi bývají tyto děti považovány za outsidersy (protože ostatním dětem kazí hru svou neobratností, stávají se terčem posměšků, ostatní děti se je snaží nezřídka ze svého středu vytěsnit). Přidáme-li k tomu horší podřídivost těchto dětí pravidlům hry, neschopnost prohrávat či uznat prohru a připustit neúspěch, tvoří tato porucha závažný sociální problém ve vrstevnické skupině dítěte.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 36)

b) Poruchy percepčních a kognitivních funkcí

V tomto případě se jedná o deficit v oblasti zraku a sluchu. Nejde o poškození samotného orgánu, problém musíme hledat spíše ve funkčnosti a průběhu reakce na podnět. Jak vypadají takové obtíže v praxi? Dle Jucovičové (2010) si můžeme povšimnout např. špatného rozlišování podobných tvarů, nejčastěji potom písmen, nedostatečné orientaci v prostoru nebo čase. Co se týká sluchu, můžeme pozorovat sníženou schopnost rozpoznávat podobně znějící slova.

3.4.2 Poruchy kognitivních procesů

Do této kategorie řadíme poruchy z oblasti paměti, myšlení a řeči. Nejprve se zaměříme na poruchy paměti, které často úzce souvisí s již zmíněným deficitem pozornosti. Plháková obecně definuje paměť jako *„schopnost zaznamenávat životní zkušenosti.“* (Plháková, 2008, str. 193)

U jedinců s projevy ADHD je zásadně ovlivněna zejména paměť krátkodobá, která je někdy označována jako pracovní nebo operační. Jak názvy napovídají, slouží ke krátkodobému podržení informací, které aktuálně potřebujeme při činnostech a psychických aktivitách.

(Plháková, 2008), (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Jakým způsobem je tedy narušena paměť zejména u dětí s ADHD? „Podle Černé (1999) je postižen celý paměťový proces: od ukládání a systematizování získaných informací až po jejich vybavování z paměti. Paměť těchto dětí popisuje jako knihovnu s mnoha svazky, kde je velké množství různých údajů, ale kde mnoho důležitých informačních zdrojů chybí. Doplnění této knihovny je nesystematické, náhodné a panuje v ní chaos a zmatek.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 38)

Jedinci s projevy ADHD mohou zapomínat zadané pokyny, ztrácet předměty nebo jakoby neustále něco hledat. Obtížné je zapamatovat si auditivní pokyn bez vizuálního podkladu. Někdy se může objevit i opačný problém a to, když se jedinci vrací neustále k určitým vzpomínkám a nedokážou se posunout k jiné činnosti. V tom případě potom mluvíme o tzv. ulpívání paměti. Dle Jucovičové je hlavním problémem proces vybavení si konkrétní informace z paměti. Výše zmíněné projevy ve výsledku působí na proces učení a žákovu školní úspěšnost, respektive neúspěšnost.

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

Dále si uvedeme poruchy myšlení jako další příklad ovlivnění kognitivních funkcí u jedinců se symptomy ADHD. Příznaky mohou vypadat následovně. Často je možné pozorovat zabíhavé, překotné nebo naopak ulpívavé myšlení. Někteří autoři hovoří o narušení celkové plynulosti a harmoničnosti tohoto procesu. Rozumové schopnosti nebývají narušeny, tito jedinci mívají průměrnou až nadprůměrnou inteligenci, čím často dorovnávají nedostatky zejména v kognitivní rovině nebo v percepčně motorických funkcích. V praxi se tedy setkáváme s tím, že výkon jedince s ADHD neodpovídá jeho schopnostem. U mladších dětí se objevují problémy se správným použitím myšlenkových operací, jako je například syntéza, analýza nebo generalizace.

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

Další část bude věnována deficitu v oblasti řeči. Zvláště u mladších jedinců s projevy ADHD se mohou objevovat problémy s porozuměním nebo naopak s aktivním použitím slovní zásoby. V důsledku nepochopení významu slov vznikají nedorozumění,

komunikační bariéry či jiné problematické situace. Takové děti mohou trpět poruchami artikulace. Řečový projev může působit nesrozumitelně, neadekvátně hlasitě, či chaoticky až zmateně. Výjimkou nebývá opožděný vývoj řeči nebo nedostatečné posuny ve slovní zásobě vzhledem k věku. „*Stejně jako myšlení může i řeč hyperaktivního dítěte ulpívat, být rigidní, nepružná, objevuje se i stereotypní používání některých výrazů, vět.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 43)

3.4.3 Emoční poruchy, poruchy chování

Mezi další přidružené poruchy řadíme deficity z oblasti emocí a chování. Paclt (2007) tyto poruchy nazývá souhrnným pojmem, tzv. komorbidní poruchy. Řada autorů se shoduje na tom, že u jedinců s ADHD převažuje silná emoční labilita, nezřídka se objevují výkyvy nálad a emoční reakce jsou pokládány vzhledem k situaci za neadekvátní a často velice nevyzpytatelné. Symptomy ADHD se zejména v této oblasti mění a vyvíjejí v závislosti na věku. „*Vágnerová (1999) uvádí rychlé přechody od mrzutosti k euforii, citovou nezralost a labilitu až infantilnost, což dává do souvislosti s nízkou frustrační tolerancí – dítě reaguje na podněty neadekvátně, bouřlivě, někdy i jako dítě vývojově mladší. To vede k poruchám sebeovládání, afektivním až agresivním reakcím. Může to být ale i obranný mechanismus v situacích, kdy dítě subjektivně prožívá nadměrnou zátěž.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 44)

U mladších dětí se můžeme setkat s nedostatkem empatie a porozumění. Chybí jakýsi nadhled a schopnost vcítit se do pocitů ostatních. Nezřídka se objevují i agresivní reakce k okolí. U těchto jedinců můžeme mimo jiné pozorovat zvýšenou vztahovačnost, přecitlivělost a úzkostnost, která se může projevat i somaticky. Celkově u nich převládá spíše negativismus, někdy se může v souvislosti s tímto hovořit i o tzv. opozičním chování. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Jedinci s projevy ADHD také často nedokážou adekvátně reagovat na vzniklé situace. Může se u nich vyskytovat snížená úroveň frustrační tolerance, což znamená, že mohou podlehnout rychleji stresu a náročným životním situacím než jiní. Jucovičová uvádí následující nejčastější možnosti úniku před frustrací, které děti s ADHD využívají. Jedná se o únik, regresi, popření neúspěchu, nadměrné poutání pozornosti nebo útok a agresí. (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 53 - 54)

Jaké se vyskytují další typické projevy poruch chování? Odborníci se shodují, že se syndromem ADHD jsou často spojovány krádeže, lhaní, záškoláctví, agresivita až šikana.

Zmíněné poruchy chování jsou častěji diagnostikovány až u starších jedinců, např. pubescentů a adolescentů.

3.4.4 Specifické poruchy učení (SPU)

Specifické poruchy učení sem zařazujeme proto, že doplňují komplexní přehled symptomatiky ADHD. Na úvod je nutné vymezit si samotný termín SPU. „*Pojem specifické poruchy učení je souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabyvání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání.*“ (Kocurová, 2000, str. 33)

Můžeme tedy podotknout, že se jedná o poruchy, které se projevují zejména ve školním prostředí při nabyvání a osvojování školních dovedností. Ke zřetelným projevům dochází až při nástupu povinné školní docházky. Včasnou diagnostikou se eliminují pozdější obtíže ve studiu.

Existuje řada specifických poruch učení. Každý autor má většinou jiný názor na jejich vnitřní členění. Pro přehlednost si uvedeme následující základní dělení SPU.

- dyslexie (porucha osvojování čtenářských dovedností)
- dysgrafie (porucha osvojování psaní)
- dysortografie (porucha osvojování pravopisu)
- dyskalkulie (porucha osvojování matematických funkcí)
- dyspraxie (porucha osvojení volných pohybů, porucha obratnosti)
- dysmuzie (porucha osvojování hudebních dovedností)
- dyspinxie (porucha osvojování výtvarných dovedností)

(Zelinková, 2003)

V praxi se většinou nevyskytuje jediný čistý typ, ale spíše se jedná o prolínání různých příznaků. Velmi důležitá je prevence, včasná diagnostika a následná péče v pedagogické oblasti.

Výše uvedená kapitola se zaměřovala na komplexní popis projevů u jedinců s ADHD. Závěrem je nutné podotknout, že příznaky ADHD se vyskytují zcela individuálně, v různé míře, poměru a rozsahu. Následující kapitola obsahuje popis symptomů v závislosti na věku. Soustředí se zejména na kontrast v jednotlivých životních obdobích. Obecně můžeme říci, že takto popsány symptomy s věkem mohou mizet, ustávat nebo se přetvářet.

4 Specifické projevy ADHD v jednotlivých vývojových stádiích

Výše uvedená kapitola se zaměřovala na vymezení obecných symptomů spojených se syndromem ADHD. Tato část se bude věnovat konkrétním projevům ve vybraných vývojových fázích. Zejména si všímá zásadních rozdílů a kontrastů mezi jednotlivými etapami ontogeneze, které jsme si pro přehlednost rozdělili do níže uvedených skupin.

- a) děti od narození do 3 let
- b) děti předškolního věku
- c) mladší školní věk
- d) dospívání a raná dospělost

4.1 Děti od narození do 3 let

Toto časové rozmezí v sobě zahrnuje následující vývojová období – novorozenecké, kojenecké a batolecí. V úvodní kapitole věnující se vývojové psychologii jsme si stanovili normu nahlížení na vývoj těchto dětí. Jaké projevy tedy můžeme přisuzovat rozvíjejícímu se ADHD?

Děti v raném věku se začínajícími projevy ADHD mohou být nadměrně podrážděné, emočně labilní, těžko přizpůsobivé novým podnětům a situacím. Vše se může projevit v celkovém rozladění denního rytmu dítěte, tedy rozkolísáním fáze spánku a bdění. Situaci může ještě zkomplikovat vztah kojence s matkou, která se nepřizpůsobí potřebám dítěte, a nastane narušení jejich primární vazby. Což ve výsledku opět může vést ke zvýšení úzkostnosti dítěte. U batolete s projevy ADHD je možné pozorovat zpomalený vývoj kognitivní i motorický. Často se setkáváme se zvýšenou neobratností, nešikovností a hrozí tím pádem i větší riziko úrazovosti. V oblasti řeči a jejího vývoje je pozorována také určitá regrese případně stagnace. Děti v tomto věku mohou mít problémy oproti svým vrstevníkům zejména s rozvojem slovní zásoby, osvojováním nových slov a s artikulací. Již u takto malých dětí se mohou projevovat určité konflikty s okolím v sociální oblasti. Často reagují negativisticky, v některých případech můžeme hovořit o tzv. opozičním chování.

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Zatím se jedná pouze o určité symptomy, které jsou často málo zřetelné nebo výrazné. Můžeme tedy konstatovat, že v tomto věku v praxi k diagnostikám ADHD nedochází, vlivem zatím nedostatečného rozlišení projevů ADHD.

4.2 Děti předškolního věku

Jedná se o zlomové období, ve kterém velmi často dochází k prvním diagnostikám ADHD. Projevy se stávají zřetelnější a lépe pozorovatelné. Přetrvává určitá podrážděnost, labilita a problémy a adaptací. Takové dítě se může jevit jako více nešikovné a neohrabané. Opět může hrozit větší riziko nehodovosti a úrazovosti než u vrstevníků bez projevů ADHD. Někdy se mohou projevovat i agresivní a neúměrné reakce vůči okolí. Tito předškoláci mají problémy s osvojováním a rozvíjením hrubé i jemné motoriky. Konkrétně se může jednat o chyby při vystřihování, kreslení, obkreslování, vybarvování, modelování a dalších činnostech vyžadující jemnější motorické pohyby. Stále přetrvávají problémy v oblasti řeči a výslovnosti.

Často se objevují již konkrétní projevy spojené s hyperaktivitou, impulzivitou a poruchou pozornosti tak, jak jsme si již vymezili v předchozí kapitole. Děti nejsou schopny diferencovat a rozlišit nedůležité detaily od těch více podstatných. Určitá forma roztěkanosti je velmi typickým příznakem pro tuto vývojovou fázi.

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Souhrn výše uvedených symptomů se obvykle projevuje v sociálních vztazích, které často bývají narušené. Můžeme hovořit o problematickém navázání vztahů k vrstevníkům, rodičům i jiným autoritám, se kterými se dítě již např. v mateřské škole setkává. Více tyto symptomy ADHD v tomto období není potřeba rozebírat. Ve velké míře se shodují s obecnými příznaky, které jsou již dopodrobna rozebrány v předešlé kapitole.

4.3 Mladší školní věk

U dětí v tomto věkovém rozmezí, tedy zhruba od šesti do jedenácti až dvanácti let, jsou často symptomy ADHD již plně rozvinuty. Většinou již v předešlém období došlo k nějaké formě diagnostiky tohoto syndromu a přichází na řadu určité terapeutické přístupy a postupy. Můžeme tedy v obecné rovině hovořit o tom, že příznaky se stabilizují, případně vlivem působení správných technik se mohou zmírňovat či postupně mizet. Přesto si ale vymezíme alespoň základní projevy ADHD typické v tomto věku. Opět platí ve velké

míře, to co v předškolním období, tedy že stále převládají již naznačené hlavní projevy spojené s hyperaktivitou, impulzivitou a poruchou pozornosti.

Velmi často se setkáváme u těchto dětí se školní nezralostí a následným odkladem školní docházky. I u těch starších se objevují znaky mladší dětské psychiky, tedy určitá forma emoční nezralosti, lability v reakcích, agresivita a afektovanost. Novým příznakem, který se v předešlých fázích neobjevoval, je výskyt specifických poruch učení, které vznikají až v průběhu osvojování učiva a vědomostí. Myšlení i řeč jsou stále překotné. V oblasti výslovnosti mohou stále problémy přetrvávat. Ve školním prostředí se prohlubuje porucha pozornosti, s tím souvisí i menší schopnost koncentrace a následné omezení paměti, zejména té krátkodobé, pracovní.

Nově se může objevit neprospěch ve škole, což prohlubuje žákův neúspěch a snižuje to jeho vlastní sebepojetí. Vše je propojeno a souvisí i se sociálními vztahy s vrstevníky. Neklidné a nepozorné děti mohou vzbuzovat nervozitu u svých spolužáků, což může úměrně zvyšovat jejich neoblíbenost v rámci třídy. Děti často nejsou schopny tolerovat jejich neukázněnost, neposednost a neustálou aktivitu. Takže problémy se mohou prohlubovat i v oblasti sociálních vztahů a komunikace.

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

V období mladšího školního věku jsou velmi důležité zejména pedagogické a výchovné postupy, které dětem s projevy ADHD mohou velmi výrazně pomoci ovlivnit nebo zmírnit dané symptomy. Důležité je tedy působení nejen rodiny a rodičů, ale také se zvyšuje význam pedagogů ve školním prostředí.

4.4 Dospívání a raná dospělost

Již od období pubescence se postupně začínají stírat základní symptomy, které byly dosud typické pro děti s ADHD. S přibývajícím věkem u jedinců dochází k zmírnění zejména projevů hyperaktivity, případně impulzivity. Po dosažení dospělosti už většinou nemůže být o těchto příznacích ADHD řeč.

Celkově se zlepšuje a zpřesňuje percepce a koordinace pohybů. Stále většinou i v dospělosti přetrvává hlavní znak, a to porucha koncentrace pozornosti. Emoční labilita většinou také zůstává po celý život, pouze se různě mění její intenzita v různých životních situacích. U jedinců s projevy ADHD většinou i v dospívajícím, později i dospělém věku, zůstává velice nízká úroveň frustrační tolerance, což znamená, že mají problémy se zvládnutím náročných životních situací. Často se také setkáváme s malou adaptabilitou na

nové a neznáme podněty. Všechny tyto přetrvávající symptomy ADHD mohou mít vliv i na sociální stránku života. Může se projevovat navazování mělkých vztahů, časté střídání partnerů a celkově nedostatečný vývoj jedince v oblasti socializace.

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

E. M. Hallowell a J. J. Ratey uvádí ve své publikaci *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti* následující zajímavé znaky typické pro dospělého jedince s ADHD.

- pocit nedostatečného, nekvalitního výkonu
- nenaplňování vlastních cílů
- problémy s danou strukturou a řádem
- zdlouhavé řešení úkolů
- neschopnost práci včas začít nebo ji naopak v termínu dokončit
- intenzivní vyhledávání nových podnětů
- potíže s dodržováním pravidel
- netrpělivost a nízký práh frustrační tolerance
- impulzivita v řeči a chování
- pocit vnitřní nejistoty
- emoční nestabilita, časté střídání nálad
- vnitřní neklid
- tendence k vytváření si závislostí
- přetrvávající nízké sebevědomí
- nepřesné sebezpozorování a sebehodnocení (Hallowell, Ratey, 2007, str. 75 – 79)

Obecně můžeme shrnout výše uvedené projevy následovně. Často do dospělosti přetrvává emoční labilita, potíže se sebeovládáním, horší snášení stresových situací, neschopnost dokončovat úkoly a bezhlavé rozhodování, které většinou zapříčiní nevyrovnané pracovní výkony nebo narušené osobní vztahy.

V určitém směru byla také prokázána tvrzení, že existuje souvislost mezi přetrvávajícími symptomy ADHD a dalším výskytem psychického onemocnění. Uvedeme si následující možné psychopatologie.

Postupně se mohou začít projevovat například:

- generalizovaná porucha nálady
 - sklony k závislostem na alkoholu nebo drogách
 - sklony ke vzniku patologického hráčství
 - sklony k depresím
- (Munden, Arcelus, 2006, str. 107 – 108)

5 Etiologie ADHD

Následující kapitola pojednává o možných příčinách vzniku syndromu ADHD. Na úvod je nutno říci, že odborníci se zatím neshodují v jedné konkrétní příčině, můžeme podotknout, že problematika etiologie není zatím zcela jasně objasněna. Pokusíme si alespoň nastínit základní možná hlediska a teorie. Většina případů vychází z konkrétních situací a celkové anamnézy. Obecně jsou příčiny vzniku připisovány dědičnosti, biologickým a případně sociálním faktorům. Pro zachování větší objektivity uvedeme přehledy a možné teorie vzniku různých autorů.

Jucovičová (2010) uvádí k problematice vzniku ADHD, že nejčastější příčinou bývá difúzní poškození mozku vznikající v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Zaměřuje tedy svoji pozornost především na prenatální období. Dále se zmiňuje o tom, že tato poškození mohou být způsobena v období samotného těhotenství, v době během porodu nebo v období krátce po porodu (velmi raného dětství). V poslední době bývá více zmiňován i faktor genetický, tedy přenesení syndromu nebo pouze určitých příznaků z rodiče na dítě. V praxi může docházet ke kombinaci obou nastíněných příčin.

Kocurová (2002) ve své publikaci *Lehké mozkové dysfunkce* rozlišuje níže uvedené skupiny faktorů:

- vnitřní (dědičnost)
- vnější
 - drobná poškození mozku
 - sociální vlivy

Drobné poškození mozku může být způsobeno vlivy prenatálními, perinatálními i postnatálními. Autorka obohacuje možné teorie o sféru sociální, konkrétně zdůrazňuje narušenou vazbu mezi matkou a dítětem v raných fázích života, což dle ní může mít v kombinaci s biologickými faktory zásadní vliv na pozdější vznik a rozvoj ADHD.

Riefová (1999) ve své knize *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole* zmiňuje mimo jiné i další možné teorie vzniku hyperkinetického syndromu. Jedná se o otravu olovem, což může být způsobeno znečištěním životního prostředí. Dále zde uvádí jako možnou příčinu nevhodnou stravu. Tyto teorie jsou však spíše okrajové.

Paclt (2007) zmiňuje etiologické modely ve větší míře odlišné od dělení dalších odborníků.

Dělí příčiny vzniku následovně:

- 1) kognitivní (dominují obtíže s útlumem činnosti)
- 2) neurobiologické (odchyly ve stavbě a činnosti některých struktur mozku)
- 3) genetické (podíl dědičnosti)
- 4) biochemické (nedostatek některých neurotransmiterů)

Zmíněné modely neurobiologické a biochemické nejsou v mnoha publikacích zohledňovány. Uvedeme si jejich základní body a teze dle Paclta (2007).

Neurobiologické hledisko se zaměřuje na jednotlivé části centrální nervové soustavy a jejich propojenost s projevy ADHD. Naopak neurochemický model se snaží naznačit vliv neurotransmiterů na výskyt ADHD. Ivo Paclt spojuje obě hlediska pod zastřešujícím názvem neurologické aspekty vzniku příčin ADHD.

5.1 Neurobiologické hledisko

Tento přístup se zaměřuje na podíl anatomicko-fyziologických systémů mozku na možný výskyt projevů ADHD. Autoři uvádějí, že na speciálních neurologických vyšetřeních můžeme u jedinců s ADHD pozorovat menší aktivitu prefrontální kůry i bazálních ganglií. Z dalších poznatků vyplývá, že někdy při řešení úkolů jedinci s ADHD používají odlišné oblasti mozku než jedinci bez projevů ADHD. Hovořit můžeme i o menším objemu mozku u jedinců s výskytem ADHD, a to až o 3 - 4 % oproti běžnému průměru.

(Goetz, Uhlíková, 2009)

Ivo Paclt (2007) se ve své knize věnuje zobrazovacím metodám a souvislostem mezi projevy ADHD a pozorovanými abnormalitami. Zdůrazňuje zejména souvislost s velikostmi jednotlivých mozkových center. Příklady moderních zobrazovacích metod: pozitronová emisní tomografie (PET), magnetická rezonance (MRI) a počítačová tomografie (CT), jako další z možných diagnostických metod autor uvádí použití EEG (měření aktivity vln v částech mozku). Tato vyšetření slouží k primární diagnostice, na které se podílí nejen psycholog v pedagogicko-psychologické poradně, ale také odborník neurolog.

5.2 Neurochemické hledisko

Poznatky o neurochemickém modelu pomáhají blíže porozumět působení a někdy nutnosti nasazení farmakologické léčby, které se podrobněji věnuje kapitola o Přístupech k ADHD.

„Neurotransmitery a neuropeptidy tvoří jakési „informační můstky“ mezi neurony a jsou klíčem k vnímání, kognitivnímu zpracování, vzrušení, útlumu a k reakci na odměnu. Různé neurotransmitery, jako jsou dopamin, norepinefrin a serotonin se koncentrují ve specifických oblastech mozku a řídí řadu činností.“ (Paclt, 2007, str. 32)

Zjednodušeně řečeno, dopamin má jako řídící funkci soustředění pozornosti, noradrenalin regulaci vzrušení a serotonin puzeň k činnostem. Pokud se nějakým způsobem změní hladina těchto látek, může to mít vliv na řadu kognitivních funkcí, například na pozornost, emoce, myšlení nebo činnost organismu jako celku.

Jak tedy vypadá samotný proces pohybu neurotransmiteru? Přichází signál z vnějšího, popřípadě vnitřního prostředí, který uvolní konkrétní přenašeč, ten se dále naváže na konkrétní receptor a aktivuje jej. V tomto můžeme vidět možnost ovlivnění již zmíněnou medikací. Různá farmaka poté mohou vyvolat stimulaci nebo naopak snížení koncentrace neurotransmiterů. Jak tedy tyto procesy souvisí se vznikem syndromu ADHD? Pokud se v organismu vytvoří určitá chemická nerovnováha v souvislosti s působením neurotransmiterů na receptory, vnějšími příznaky mohou být právě např. poruchy pozornosti nebo chování. (Paclt, 2007)

Petr Kulišťák uvádí následující pohled k nastíněné problematice: *„S rozvojem stále jemnějších funkčních zobrazovacích technik se daří nalézt mozkové poruchy, především v pozornostních sítích, které se velkou měrou podílejí na behaviorálních projevech dětí s ADHD. Aktuálně se předpokládá hlavní vliv poškození nervových okruhů laloků frontálního a pravostranného parietálního.“ (Kulišťák, 2003, str. 95)*

Jak bylo zmíněno již na začátku kapitoly, etiologie výskytu ADHD je zatím ne zcela probádanou a objasněnou oblastí. Obecně můžeme konstatovat, že příčiny vzniku hyperaktivity a dalších projevů s tím spojených není možné vždy zcela vysvětlit nebo odhalit. Z výše uvedených poznatků si ale můžeme odnést, že se jedná o problematiku zcela jistě zčásti vrozenou (částečně získanou). Měli bychom mít tedy na paměti, že jedinec své obtíže může těžko vědomě ovlivnit, zejména v raném stádiu vývoje.

6 Diagnostika ADHD

Následující kapitola se zabývá samotnou diagnostikou a diagnostickými kritérii pro určení syndromu ADHD. Vzhledem k velké variabilitě možných symptomů je určení diagnózy často problematickou záležitostí. Zásadním kritériem v této oblasti je delší časové rozmezí pozorovaných projevů. Odborníci se shodují na tom, že blíže určit tuto problematiku mohou až poté, co se symptomy projevují alespoň déle než půl roku.

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

Tabulka kritérií podle DSM-IV pro diagnostiku syndromu ADHD obsahuje 14 položek, viz *Příloha č. 1*. Podle nich lze mluvit o ADHD u předškolních dětí, pokud se ze zmíněných 14 příznaků objevuje u dítěte alespoň 10 z nich. Posun nastává u dětí mladšího školního věku, kdy se jedná o 8 ze 14 projevů. (Paclt, 2007)

Pokud se zaměříme na diagnostiku poruch pozornosti u dospělých, musíme samozřejmě o něco pozměnit zadaná kritéria. V daném zralém věku platí, že každý bod je splněn jen tehdy, vyskytuje-li se zmíněné chování v podstatně vyšší míře než u většiny jedinců téhož duševního věku. Celou přehlednou tabulku naleznete v *Příloze č. 2*. (Hallowell, Ratey, 2007)

U jedinců s ADHD můžeme stupňovat závažnost projevů dle následujících typů:

- mírný typ ADHD (minimum příznaků, lehce zvládnuté vlivem individuálního přístupu)
- střední typ ADHD (potřeba větší péče, větší příznaková rozmanitost)
- vážný typ ADHD (zvýšená intenzita symptomů, nutná terapie a následná péče)

(Jucovičová, Žáčková, 2010), (Paclt, 2007)

Podrobněji se na určení diagnostiky zaměříme právě u dětí předškolního nebo mladšího školního věku a to z toho důvodu, že právě v tomto období dochází k prvním diagnostikám nejčastěji. V dalších fázích vývoje se jedinci zpravidla zaměřují na terapii nebo jiné léčebné postupy, které jim mohou pomoci odchytky od běžného chování zmírňovat.

Pokud hovoříme o diagnostice syndromu ADHD, jedná se skoro v každém případě o tzv. interdisciplinární určení diagnózy. V praxi to znamená, že se na určení podílejí odborníci z celé řady oborů. Zejména se jedná o pediatra, dětského psychiatra, psychologa nebo speciálního pedagoga, případně také o neurologa. Dítě tedy prochází různými diagnostickými postupy. Cenným zdrojem je např. pedagogická diagnostika, celková

anamnéza, pozorování chování dítěte, psychologická nebo psychiatrická vyšetření, případně je vše doplněno o vyšetření speciálním pedagogem.

Mezi konkrétní nejčastěji využívané techniky pro diagnostiku ADHD patří:

- kresba postavy
- obkreslování obrázků
- Edfeldův reverzní test
- vývojové testy zrakového vnímání
- zkouška sluchové diferenciacce

Kromě výše uvedených existuje i řada dalších testů speciálně zaměřených na diagnostiku ADHD, řada z nich ale není standardizována na současnou populaci, proto se jim obvykle přikládá pouze orientační význam. Diagnostici vycházejí zejména ze zdravotní, psychiatrické nebo pedagogické anamnézy, dále se bere v úvahu osobnost dítěte a rodičů, dále se pro ucelenost vypracovává rodinná anamnéza a zhodnocuje se i celková sociální situace jedince.

Komplexní psychologické vyšetření hraje při určení ADHD zásadní roli, jelikož se může dost přesně zmapovat aktuální vývojová úroveň jedince a může se tím pádem přistoupit k adekvátnímu terapeutickému postupu a je možno sestavit individuální plán, jehož smyslem je usnadnit a zpřehlednit život jedince s projevy ADHD. Vyšetření by mělo být prováděno v dopoledních hodinách, kdy je člověk nejvíce připraven podávat výkony. Nemělo by být ani příliš dlouhé, únava dítěte během testů může snižovat validitu celé diagnostiky. Ivo Paclt (2007) rozděluje celý proces diagnostiky na dvě základní části – klinickou a testovou.

a) Klinická část diagnostiky

Tato část by neměla být nikdy vynechána a měla by být vhodně zařazena ještě před samotnými standardizovanými testy. Během tohoto sezení máme možnost poznat blíže vyšetřované dítě i jeho rodiče. Odborník v této fázi diagnostiky provádí klinický rozhovor, pozorování dítěte a celkové zhodnocení školního výkonu za celou dosavadní docházku. Výše uvedené mu pomůže k přesnějšímu určení optimální testové baterie a navede ho k alespoň základním strategiím výchovného vedení jedince. Součástí je i stanovení výchozích předpokladů nebo hypotéz, které mohou být testy vyvráceny nebo potvrzeny.

b) Testová část diagnostiky

V další fázi vyšetření je možno přejít k samotnému testování jedince. Uvedeme si alespoň hlavní testy, které je možné využívat k diagnostice syndromu ADHD.

- Wechslerova škála inteligence (WISC-III)
- Testy pozornosti
 - Číselný čtverec
 - Burdonův test
 - Test koncentrace pozornosti
 - Continuous Performance Tasks (CPT) – počítačové testy pozornosti
- Škály a dotazníky pro rodiče, dítě a učitele
 - ADHD Rating Scale IV (jednotlivé verze pro dítě, rodiče i školu)
 - Child Attention Profile (CAP)
 - Dotazníky Connersové – verze pro rodiče a učitele
- Širší spektrum testů speciálních schopností, znalostí a dovedností
 - Reverzní test (oblast zrakové percepce)
 - Zkouška sluchové diferenciacce (oblast sluchové percepce)
 - Stroopův test
 - Rey-Osterriethova komplexní figura (neverbální paměť)
 - Paměťový test verbálního učení (verbální paměť)

Jak již bylo předem nastíněno, konkrétní volba testové baterie záleží na předešlém klinickém rozhovoru, pozorování a sestavení celkové jedincovy anamnézy. Odborník provádějící diagnostiku se může pro potvrzení určitých symptomů přiklonit k další škále možných testů a zkoušek. Zaměřit se může na oblast sociální, komunikativní nebo na obecné znalosti a informace.

(Paclt, 2007, str. 59 – 65)

Z hlediska výskytu základních symptomů je ADHD možné diagnostikovat následovně:

- ADHD s převahou poruchy pozornosti (ADD)
- ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity
- ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

Závěrem ke kapitole věnující se určení diagnózy u jedinců s projevy ADHD můžeme uvést následující. Na paměti bychom měli mít to, že jakékoli unáhlené rozhodnutí ohledně diagnostiky a posléze doporučené léčby může mít za následek nevhodné škatulkování daného jedince. Nevhodně zvolený postup nebo způsob testování může vést jen k zavádějícím výsledkům, které mohou dále dítě poškodit. Je nutné držet se plánu a daných hypotéz, abychom předešli nežádoucímu zkreslení výsledků. Komplexní a systematicky vedené vyšetření nám může poskytnout žádané informace o stavu jedince. Další doporučené terapeutické přístupy a postupy se tak neminou účinkem. Opakovaná kontrolní diagnostika zvyšuje efektivitu celého procesu terapie.

7 Legislativa a vzdělávání dětí s ADHD. Individuální vzdělávací program.

Následující kapitola se věnuje problematice syndromu ADHD trochu z jiného úhlu pohledu. Zaměříme se na legislativní hledisko, tedy úpravu právního postavení těchto dětí v rámci vzdělávání v ČR. Dále se podíváme na konkrétní přístup a úpravy v rámci škol k těmto jedincům. V neposlední řadě kapitola pojednává i o tvorbě a realizaci tzv. Individuálního vzdělávacího programu (IVP), jenž je většinou nedílnou součástí diagnostiky a následné terapie u žáků a studentů s projevy hyperaktivity, impulzivity či poruch pozornosti. Často právě individuální přístup a použití variabilních organizačních metod a forem výuky přispívá ke zmírnění výše zmíněných symptomů

Aktuální informace ohledně legislativy lze mimo jiné čerpat z oficiálních internetových stránek *Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR*. Vycházíme ze *Školského zákona*, který je uváděn pod následujícím celým názvem – *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*. Z hlediska právní terminologie jsou děti s ADHD zařazovány pod žáky se specifickými poruchami učení a chování. Na dítě, které se dle určitých kritérií vymyká normě, se ve školských zařízeních pohlíží jako na žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. O tomto typu studentů pojednává blíže *vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. Tato vyhláška byla s účinností od září 2011 pozměněna *vyhláškou č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*.

Celou problematiku ještě poté upravuje tzv. *Rámcový vzdělávací program a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*.

(Jucovičová, Žáčková, 2010), (www.msmt.cz)

Dále si uvedeme pouze nejdůležitější body vztahující se k úpravě vzdělávání dětí s ADHD, tedy žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Tyto děti mají nárok na tzv. podpůrná opatření při vzdělávání – speciální metody a postupy, kompenzační učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění asistenta pedagoga, popřípadě snížení počtu žáků ve třídě. Speciální vzdělávání se poskytuje žákům se speciálními vzdělávacími potřebami na základě speciálně-pedagogického, popřípadě psychologického

vyšetření školského poradenského zařízení a jejich rozsah a závažnost je důvodem k zařazení žáka do režimu speciálního vzdělávání. Mezi formy speciálního vzdělávání patří následující - individuální nebo skupinová integrace, popřípadě kombinovaný typ obou uvedených. Individuální vzdělávání je součástí celkové žákovy dokumentace, která obsahuje mimo jiné konkrétní pedagogické postupy, způsob hodnocení žáka, seznam kompenzačních pomůcek atd.

Při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je třeba uplatňovat kombinaci speciálně pedagogických postupů, alternativních metod a modifikovaných metod používaných při vzdělávání běžné populace. Závěrem je nutné shrnout, že především je nutná diferenciací a individualizace vzdělávání těchto studentů.

Výše uvedené se naplňuje právě sestavením příslušného Individuálního vzdělávacího plánu, který je připraven přímo na míru daného jedince. IVP vychází ze školního vzdělávacího programu dané školy, dále vychází ze závěrů a doporučení pedagogicko-psychologických poraden či speciálně-pedagogických center, popřípadě bere ohledy na doporučení pediatra či jiného vyšetřujícího lékaře. Jedná se o závazný dokument, dle kterého se řídí další vzdělávání těchto žáků. Mimo výše uvedeného se na něm ještě dále podílí třídní učitel, rodiče či zákonný zástupce nezletilého a v neposlední řadě i samotný jedinec s ADHD. Kontrola a evaluace celého plánu se většinou provádí čtvrtletně, v případě potřeby samozřejmě i častěji.

Velmi důležitá je co nejpřesnější formulace celého plánu. Zahrnuje přesné stanovení organizačních forem a metod výuky, dále konkrétní možnosti personálního zajištění vyučování, formulaci specifických cílů, materiální podporu ve formě nejrůznějších kompenzačních pomůcek a jiných médií, velmi důležité je zahrnutí konkrétních postupů hodnocení výkonů žáka, dále je zde uváděna forma zadávání domácích úkolů a jiných podpůrných cvičení. Nezbytná je neustálá komunikace mezi školou a rodinou, v pozadí by neměl zůstat ani samotný student, který by se měl sám podílet na formulaci a zejména realizaci IVP. Jeho názor by neměl být v tomto procesu opomíjen. (Jucovičová, Žáčková, 2010), (www.msmt.cz)

„Veškerá rozhodnutí musí být vedena nejlepším zájmem dítěte s vědomím, že úspěšnost je podmínkou zdravého vývoje osobnosti. V hodnocení je nutné změnit přístup vyučujícího tak, aby se zaměřil na pozitivní krok žáka a tím na podporu jeho poznávací motivace k učení, namísto jednostranného zdůrazňování chyb.“ (Novák, 2003, str. 93)

V hodnocení se doporučuje kombinace klasifikace a slovního způsobu hodnocení. Určitý návod správného pedagogického působení na žáky a rodiče nalezneme v Příloze č. 3.

8 Základní terapeutické přístupy k jedincům s projevy ADHD

Jak název kapitoly napovídá, tato část diplomové práce se věnuje právě problematice možné terapie k jedincům s příznaky typickými pro syndrom ADHD. Přístupy je možno užívat v předškolních zařízeních, na školách základních i středních, ale samozřejmě i v domácím rodinném prostředí. Mezi základní prvky řadíme doporučená vedení a výchovná opatření k dětem s projevy ADHD. Těmto obecným principům výchovného působení se věnuje úvodní část této kapitoly. Jaký je primární cíl využití těchto technik a přístupů? Především se jedná o celkové zklidnění po stránce motorické i emoční. Snažíme se o postupný nácvik sebeovládání.

Na úvod je vhodné si definovat samotný pojem – terapie. *„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně.“* (Müller, 2005, str. 13)

Autoři dělí terapie různými způsoby. Pro potřeby této diplomové práce jsme možnosti terapie rozdělili do tří základních pilířů přístupů k jedincům se symptomy ADHD. Jedná se o následující dělení terapeutických pilířů:

- pedagogický a výchovný
- psychologický
- medicínský (farmakologický)

Každému z nich je věnována samostatná kapitola. Všechny výše zmíněné techniky mají společné to, že se jimi snažíme zmírnit nebo upravit projevy ADHD, což by mělo mít ve výsledku pozitivní vliv na jejich další život a prožívání. Nejedná se tedy o léčbu v pravém slova smyslu.

V jednotlivých kapitolách práce zohledňuje i dané vývojové hledisko. U těchto technik nebo přístupů je uvedeno, v jakém věkovém rozmezí je vhodné je využívat. Většina z nich je zaměřena na mladší vrstvu, tady spíše předškolní a mladší školní věk. Dané terapie je ale možno přizpůsobit i starším dětem nebo dospívajícím jedincům.

Obecné principy přístupu k jedincům s projevy ADHD

Na úvod této kapitoly věnující se podrobně jednotlivým přístupům ke zvládnání příznaků ADHD, si nejprve uvedeme základní body, které by měly být na tyto děti shodně aplikovány jak v domácím, tak školním prostředí. Jde spíše o základní a opěrné poučky, které bychom měli vnímat jako primární krok před terapií samotnou. Správný a jednotný postup při výchově dítěte s ADHD může zmírnit nebo až minimalizovat jeho projevy.

Mezi tyto zásady správné výchovy patří:

- vytvořit klidné, citově proteplené rodinné prostředí
- stanovit řád, vytyčit hranice ve výchově a mantinely
- důslednost
- sjednotit výchovné postupy (spolupráce rodiny i školy)
- soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte
- usměrňovat aktivitu dítěte a dodávat mu přiměřené podněty
- vzniklé konflikty řešit individuálně

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

Pro porovnání uvedeme i následující Desatero rad pro práci s jedinci trpícími zejména poruchou pozornosti.

Deset rad pro zavádění struktury a pořádku do běžného života dětí s ADHD:

- 1) Sepište problémy, které je nutné řešit. Zaměřte se na konstruktivní a konkrétní řešení problému.
- 2) Na každý problém se pokuste navrhnout možné řešení.
- 3) Pracujte s pomůckami (např. seznam, diář, budík atd.)
- 4) Využívejte odměn za splněnou práci.
- 5) Poskytujte dítěti s ADHD pravidelnou zpětnou vazbu.
- 6) Přenechejte dětem část zodpovědnosti za své chování.
- 7) Hodně dítě chvalte, zpětnou vazbu formulujte pozitivně.
- 8) Je-li třeba, zajistěte dítěti doučování. Nebojte se odborné pomoci.
- 9) Zkuste různé metody, využívejte užitečné pomůcky.
- 10) Vždy zkuste vyjednávat, neřešte rozpory či nejasnosti hádkou nebo bojem o moc.

(Hallowell, Ratey, 2007, str. 223 - 224)

8.1 Pedagogický a výchovný přístup k jedincům s projevy ADHD

Následující kapitola se věnuje možné terapii z hlediska pedagogického a výchovného působení. Nelze říci, že jde o terapii a léčení v pravém slova smyslu, ale ve většině případů se odborníci shodují, že úpravy didaktického působení na jedince s ADHD zaznamenávají své kladné výsledky. Níže uvedené přístupy lze aplikovat na děti předškolního věku, dále pak i na žáky základní školy, po menších úpravách případně i na studenty středních škol.

Uvedeme si základní pedagogické postupy, které shrnul Paclt (2007) do několika následujících bodů:

- pozitivní posilování spolu s mírnými tresty
- častá zpětná vazba
- jasné a stručné instrukce a pokyny
- nácvik meta-kognitivních strategií (učení o vlastním stylu učení)
- sebekontrola a sebehodnocení

Další autorka zabývající se touto tematikou, S. F. Riefová (1999), rozšířila základní pedagogické působení následovně:

- vytvoření prostředí láskyplné výchovy – náklonnost, empatie
- úzká spolupráce a rodiči a jejich zapojení
- jasné a konkrétní požadavky na dítě
- zapojování hudby, pohybu a praktické činnosti
- důslednost a jasně daná struktura činností
- individuálně určovaná kázeň a usměrňování chování
- zábavnost a přitažlivost programu
- plánování činností a podrobná příprava
- respekt k osobnosti dítěte

Výše uvedené body je vhodné spíše směřovat k výchově dětí mladšího věku. Zmíněné přístupy je tedy lépe aplikovat spíše u dětí předškolního případně mladšího školního věku.

Většina autorů se shoduje, že u jedince s ADHD je dobré upřednostňovat zejména kladné posilování a zpevňování žádoucích reakcí, naopak nevhodný je přílišný trestající způsob výchovy, který se zaměřuje výhradně na nesprávné návyky v chování dítěte.

Ivo Paclt se také vyjadřuje k osobnosti učitele a zmiňuje i žádoucí reakce z kantorského úhlu pohledu. *„Kromě uvedených doporučení je samozřejmě základní podmínkou*

pedagogický optimismus a v případě dětí s ADHD také vyšší frustrační tolerance. Pozitivní a předvídatelný přístup pedagoga k dítěti může být zásadním nástrojem v procesu nápravy nežádoucího chování a může vést i k jeho vyšší školní a potažmo i širší sociální úspěšnosti.“ (Paclt, 2007, str. 120)

Pokud se dále zaměříme na výchovné postupy, které jsou pro jedince s projevy ADHD zcela nevhodné, můžeme zde zmínit následující. Tak zaprvé zejména nejednotná výchova může způsobovat zmatení a nejasné interpretace z pohledu dítěte. O nejednotnosti nebo jakési nesynchronizovanosti můžeme hovořit jak u rodičů navzájem, mezi učiteli nebo i mezi rodinou a školou jako institucemi. Pro dítě se symptomy ADHD je tedy velmi důležité, aby se výchovné požadavky na něj kladené, co nejvíce sjednotily. Velmi tedy záleží na domluvě a týmové spolupráci mezi rodiči dítěte a pedagogickým sborem na něj působícím.

Mezi další nesprávné výchovné přístupy k jedinci s ADHD řadí *Jucovičová (2010)* perfekcionistickou výchovu, která může být pro dítě příliš necitlivá. Takový přístup volí velmi přísné a striktní požadavky na chování a projevování dítěte. Neumožňuje jedinci projevit vlastní individualitu a osobnost. Dále uvedeme příliš liberální výchovu, která naopak nestanoví potřebný řád a mantinely. Dítě s ADHD by si pod vlivem takového přístupu nebylo schopno osvojit žádoucí pevný režim. V neposlední řadě zmiňuje autorka výchovu nevyváženou a nedůslednou, která mu opět neposkytne potřebný pravidelný a jasně daný program.

Jakých základních typů by se měl pedagog, ať už na nižším nebo vyšším stupni vzdělávání, při práci s žáky s ADHD pokud možno držet? Nutností je u takových studentů formovat již od začátku návyky směřující k pravidelnosti denního režimu. Dále odborníci poukazují na stanovení jasné struktury učebních a dalších činností, což zvyšuje lepší orientaci pro tyto jedince. Vhodné je i zařazování kooperativních a projektových forem do výuky. U dětí toto zvyšuje zájem a udržuje pozornost nad zadaným tématem.

Zásadní roli hraje prevence. Učitelé by se měli snažit předcházet vyhroceným a konfliktním situacím. Dopředu by měla být jasně stanovena pravidla, pro řešení takovýchto konfliktů. Opět platí již výše zmíněné, tedy že v zásadě se snažíme posilovat a chválit pozitivní reakce, na nežádoucí chování příliš neupozorňujeme. Trestáním většinou požadovaného jednání nedosáhneme. (Riefová, 1999)

Jucovičová k tomu uvádí následující: *„Je důležité dávat dětem jasně najevo, že je máme rádi, i když zrovna zlobí, bereme je takové, jaké jsou, a respektujeme je, ale že se*

neztotožňujeme s chováním, které překročilo hranice, a nebudeme je ani respektovat, ani podporovat.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 130)

Již v kapitole věnující se legislativním úpravám byla zmíněna možnost využití Individuálního vzdělávacího plánu. Už od předškolní formy vzdělávání je vhodné sestavovat tento IVP pro děti s projevy ADHD. Individuální přístup by si měl osvojit každý pedagog, který se setkává ve své praxi s žáky s příznaky ADHD. Jako bylo řečeno, tyto plány jsou sestaveny odborníky podílejícími se na diagnostice a učitelé se jen dále řídí pokyny a doporučeními, která napomáhají rozvoji jedince.

Závěrem si dovoluji shrnout, že správně zvolený výchovný a pedagogický přístup může výrazně přispět ke zmírnění či minimalizaci projevů, které u dětí s ADHD můžeme pozorovat. Naopak nevhodně zvolené postupy určité osobnostní rysy zvýrazní nebo prohloubí. Základem je určitá míra synchronizace přístupů k dítěti jak ve školských institucích, tak i poté v rodinném prostředí. Jucovičová k tomu uvádí následující: *„Cílem rodičů, ale i učitelů by při výchově dítěte s ADHD proto mělo být nalezení způsobu, jak si počínat v soužití s dítětem tak, aby se dosáhlo stavu přijatelného pro obě strany. Je třeba snažit se rozlišit, za co dítě ve svých projevech může, a tudíž si zaslouží potrestání, a za co naopak nemůže a trestání je zbytečné, vede jen ke sníženému sebevědomí, k pocitům méněcennosti či k větší zatvrzlosti dítěte.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 64-65)*

8.2 Medicínský (farmakologický) přístup

Farmakologický přístup je jedním ze tří pilířů možných přístupů a terapií k jedincům s projevy ADHD. Tento postup však není nutný aplikovat u všech diagnostikovaných případů. Vždy záleží na konkrétním posouzení a dané závažnosti vyskytovaných symptomů. Autoři uvádějí, že někdy je tento postup léčby nezbytnou součástí účinné terapie, zejména tam, kde ADHD doprovázejí i přidružené problémy, například u jedinců s depresivními nebo úzkostnými poruchami. (Paclt, 2007)

Odborníci se shodují, že nasazením farmakoterapie neodpadá nezbytnost použití i dalších terapeutických přístupů. Jak bylo zmíněno již v úvodu, jednotlivé přístupy by se měly vzájemně doplňovat a ne postavit základnu pouze na jednom z nich. Vliv všech tří pilířů zvyšuje šanci na zmírnění nebo úplné vymizení nežádoucích projevů ADHD.

„Farmakoterapie ale nesnímá z rodičů odpovědnost za výchovu hyperaktivního dítěte – vhodně volená medikace ovlivní pozitivně koncentraci pozornosti dítěte, zmírní projevy hyperaktivity a impulzivity, sníží úzkostnost, dojde k vymizení depresivních stavů. Odpovědnosti za chování a adekvátnímu řešení sociálních situací je ale třeba dítě naučit. Je třeba vést dítě k sebepoznání, pochopení sebe sama, svých reakcí, a k postupnému sebeovládání.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 184)

Použití léků působí přímo na neurotransmitery v mozku jedince. Tomuto neurologickému hledisku jsme se již věnovali v kapitole vysvětlující Etiologii ADHD. V zásadě můžeme rozlišit dvě hlavní skupiny farmak. Jedná se o *stimulancia*, která přímo ovlivňují dopaminový systém, tedy stimulují svým působením funkci centrálního nervového systému a tak zvyšují aktivitu samotného jedince. Druhou skupinu tvoří *nestimulační preparáty*, které působí na hladinu noradrenalinu. Někteří autoři zařazují ještě další typ léčiv, a to *antidepresiva*, která mohou být v některých individuálních případech také velmi prospěšnou formou léčby.

Základní přehled vybraných farmak k ovlivnění projevů ADHD:

- 1) stimulancia
 - Ritalin (účinná látka metylfenidát)
 - Dexedrin (účinná látka dextroamfetamin)
 - Cylert (účinná látka pemolin)

2) non-stimulant

- Stratera (účinná látka atomoxetin)

3) antidepressiva

- Norpramin (účinná látka dezipramin)
- Prozac (účinná látka fluoxetin)
- Deprex (účinná látka fluoxetin)

(Goetz, Uhlíková, 2009), (Hallowell, Ratey, 2007), (Paclt, 2007)

E. M. Hallowell a kol. ve své publikaci *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti* poukazuje na to, že by se léky měly pravidelně alespoň jednou za půl roku na týden zcela vysadit. Můžeme pak pacienta nějaký čas sledovat bez medikace, zjistit jak se cítí, jaké udělal pokroky a porovnat jeho prožívání s obdobím, kdy na něj působí farmakoterapie.

Kdy je vhodné nasadit dětskému pacientovi s ADHD tuto formu terapie? Medicínský přístup může být aplikován již na děti předškolního věku. Včasným podáváním vhodných léků ještě před nástupem povinné školní docházky, můžeme zabránit neadekvátnímu špatnému školnímu výkonu, vyhneme se řadě kázeňských problémů a v neposlední řadě můžeme omezit riziko, že se u dítěte rozvinou nějaká závažnější psychická onemocnění, jako například poruchy chování, úzkostnost a deprese. Musíme počítat i s případným objevením vedlejších příznaků, poté je nutné medikaci ihned vysadit, i přestože byla účinná v souvislosti s potlačováním symptomů. Mezi nevhodné příznaky můžeme řadit sníženou chuť k jídlu, problémy se spánkem, někdy bolesti hlavy či žaludeční obtíže.

Často se také v okruhu laické veřejnosti můžeme setkat s předsudky k použití farmakoterapie. V tomto ohledu platí především pravidlo všeho s mírou. Správné dávkování pod lékařským dohledem nezmění osobnost malého pacienta s ADHD a může mu naopak výrazně pomoci usnadnit vstup do života. S propojením již zmiňovaných dalších terapeutických pilířů se zvyšuje šance na minimalizaci jednotlivých příznaků hyperaktivity, impulzivity či snížené pozornosti. (Goetz, Uhlíková, 2009), (Hallowell, Ratey, 2007)

V případě přetrvávání projevů hyperaktivity, poruch pozornosti a jiných do dospělého věku, stává se právě farmakoterapie jednou z hlavních metod terapie. Uvedeme si konkrétní případy možných léčiv určených pro dospělé se symptomy ADHD.

K nejčastěji používaným lékům pro dospělé s ADHD patří:

- stimulancia (ritalin, dexadrin)
- tricyklická antidepresiva (imipramin, desipramin)
- buspiron
- anxiolytika
- atomoxetin
- propranolol

Účinek stimulancií byl vymezen již výše v rámci této kapitoly. Buspiron je jedním z možných druhů antidepresiv, který má za účinek snižování projevů destruktivního chování. Anxiolytika se využívají mimo jiné ke snížení míry úzkostnosti. Propranolol se využívá ke snižování četnosti změn nálad a emoční lability. Dle dostupných výzkumů se neprokázala souvislost mezi užíváním výše uvedených psychofarmak a zvyšováním drogové závislosti.

(Paclt, 2007, str. 126 – 134), (Munden, Arcelus, 2006, str. 111)

Výše uvedená kapitola se snaží o zachycení pouze základního přehledu léčiv pro ovlivnění symptomů ADHD. V nastíněné medikaci je zohledněno vývojové hledisko a případný věk jedinců. Neklademe si za cíl zachytit komplexně tuto problematiku. Farmakologický pilíř možné léčby je zmíněn vzhledem k zaměření práce pouze okrajově a spíše pro úplnost pojetí celé tematiky. Závěrem je možno shrnout, že medicínský přístup je možné nasadit již od zhruba předškolního období, přesto většinou tento způsob „léčby“ převažuje až ve fázi dospívání, případně dospělosti.

8.3 Psychologický přístup a možnosti terapie

Psychologický přístup je jedním z hlavních pilířů možné terapie, tak jak jsme si vymezili hned v úvodu celé kapitoly. Zde se budeme věnovat přímo nejúčinnějším formám psychoterapie pro jedince s ADHD a dále relaxačním technikám nebo pohybovým cvičením, která působí kladně na zklidnění projevů zejména hyperaktivity, impulzivity, případně dalších přidružených motorických poruch. Obecně můžeme uvést, že se mnoho autorů právě tímto psychologickým působením na dítě s ADHD příliš nezabývá. Nejedná se tedy zatím o konečně zpracovanou problematiku. Tato práce bude vycházet z různých zdrojů od rozdílných autorů, kteří ve svých publikacích rozebírali případně jen části nastíněné terapie.

Na úvod této kapitoly si vymezíme termín psychoterapie. *„Psychoterapii lze přesněji definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným způsobem.“* (Müller, 2005, str. 15)

V této oblasti existuje řada psychologických směrů, které lze aplikovat v rámci této formy terapie. Pro jedince s příznaky hyperkinetického syndromu se doporučuje využití tzv. kognitivně-behaviorální linie.

Kromě samotné psychoterapie se může v rámci psychologického přístupu přistupovat k pohybovým a relaxačním technikám. V tomto směru se jedná o *„pomoc člověku dosahovat tělesné a pohybové normality fyzikálně-stimulujícími prostředky (např. masírováním, tlaky, hlazením, změnami polohy těla, tělesným cvičením, atd.).“* (Müller, 2005, str. 17)

8.3.1 Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně – behaviorální terapie se svým působením zaměřuje na rozvoj osobnosti jedince, podporu sebevědomí nebo také na vypořádání se s jednotlivými poruchami. Svými poznatky vychází z teorií učení a směřuje k ovlivnění vnějších projevů chování. Pro tuto formu psychoterapie je typický direktivní vztah mezi terapeutem a klientem. Definovat kognitivně-behaviorální terapii můžeme následovně: *„Terapeut řídí nácvik žádoucího a odnaučování nežádoucího chování a vede klienta ke změně postojů k určitým jevům.“* (Müller, 2005, str. 16)

Tato forma psychoterapie může mít řadu podob, jejich možný přehled a použití uvádí Ivo Paclt (2007):

- kognitivně – behaviorální intervence se zaměřením na dětského pacienta s ADHD
- klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele
- přímý management jednotlivých případů ADHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“
- komplexní intenzivní behaviorální léčba (program pro děti a rodiče)
- kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba

(Paclt, 2007, str. 112 – 116)

V rámci psychologického přístupu je možno aplikovat jak individuální, tak rodinnou terapii, případně je možno provádět i samostatný výcvik rodičů. *„Kognitivně behaviorální psychoterapie učí rozpoznávat zažitá a opakující se schémata myšlení a jednání a na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit výhodnější či emočně přijatelnější postup.“* (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 94)

V první fázi terapie je tedy důležité popsat, rozebrat a vůbec pojmenovat samotný problém. Dalším krokem by mělo být nastolení konkrétní změny chování. Forma individuální terapie se nedoporučuje u dětí mladšího věku, u takových jedinců je nutností doprovod rodičů nebo zákonných zástupců během celé doby sezení. Rodiče jsou na tyto schůzky zváni jednak proto, že se naučí pochopit chování svých hyperaktivních dětí a snaží si osvojovat vhodné způsoby pro zvládnání problematických situací, a jednak proto, že sami potřebují dostávat zpětnou vazbu od odborníků a sezení jim pomáhá ke zvládnání celé situace. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

O společné terapii s dítětem a jeho rodičem se zmiňuje například Jiřina Prekopová (1994), která uvádí konkrétní příklady takových postupů. Upozorňuje na možnost zaznamenání probíhajícího rozhovoru mezi matkou a na první pohled neposlušným a nepozorným dítětem na videozáznam. Posléze dojde k rozboru a interpretaci záznamu. Psychoterapeut má možnost dešifrovat mnohoznačné signály vysílané od matky k dítěti. Dítě s ADHD nezvládne samo rozpoznat správný povel a zvyšuje to tak jeho roztěkanost a roztržitost. Po odhalení problému ve vzájemné interakci je nutné v rámci terapie korigovat chování a projevy matky ke svému dítěti.

Jako jednu z dalších možností skupinové terapie uvádí autorka tzv. rodičovské skupiny. Výhoda sdružování lidí s podobným problémem tkví v tom, že si uvědomí, že nejsou na tento boj sami. Společné vědomí posiluje vzájemnou podporu ve skupině. Rodiče se snaží sdružovat i do tzv. svépomocných skupin. Vždy je ale lepší, pokud na

terapii dohlíží odborník terapeut. Základem všech těchto technik je to, že se snaží rodinám ukázat, jak se asi cítí jedinec s projevy ADHD, pokud je zaplaven spoustou nepřehledných podnětů a signálů, ze kterých si těžko vybírá to podstatné. Důraz je kladen tedy na to, aby rodiče dokázali jít svým dětem příkladem. Aby si uvědomili, že zejména svým přístupem a podáním informací přispívají značnou měrou k orientaci dítěte v okolním světě. Pokud od jedince se symptomy ADHD očekáváme snahu a zvýšenou pozornost, je na místě je zahrnout právě očekávanou pozorností a porozuměním. (Prekopová, Schweizerová, 1994)

Kognitivně – behaviorální terapie je odbornou pomocí, která je vázána na přítomnost odborného dohledu. Tuto formu terapie mohou zaštitovat následující instituce. V případě potřeby je možno se obrátit na pedagogicko-psychologické poradny, dále na speciálně pedagogická centra či na střediska výchovné péče. Jucovičová (2010) uvádí mimo výše zmíněné i další možná zařízení: *„Na práci s hyperaktivními dětmi se kromě výše uvedených zaměřují i různá občanská sdružení, kluby hyperaktivních dětí a jejich rodičů, péče o ně je realizována také na speciálně zaměřených letních táborech, kde je zajištěno i terapeutické vedení.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 186)

Závěrem můžeme shrnout, že autoři se možnostmi psychologického řešení problémů spojených s ADHD zabývají spíše okrajově. Většinou se pouze shodují v doporučení, že naznačené techniky mají skutečně pouze orientační charakter. Opět záleží na individualitě daného jedince a na vhodné léčbě by se mělo podílet více odborníků. Ohledně použití kognitivně – behaviorální terapie musíme zdůraznit, že je nutné ji provádět pouze pod dohledem terapeuta. V tomto ohledu se právě tato forma psychoterapie odlišuje od relaxačních technik a dalších motorických cvičení, které je naopak žádoucí konat častěji i bez odborného dohledu.

Použití psychoterapie není omezeno věkem. Je vhodné k ní přistupovat v jakémkoli vývojovém období. Zkušený terapeut již sezení upraví dle vyzrálosti jedince. V předškolním a mladším školním věku se doporučuje výhradně terapie za přítomnosti rodičů. V pozdějších fázích dospívání a dospělosti je tato forma psychoterapie možná zcela individuálně nebo v kombinaci s rodinou terapií, jak již bylo naznačeno výše v této kapitole.

8.3.2 Relaxační techniky

Další možností psychologického terapeutického pilíře je využití tzv. relaxačních technik. Jelikož se u jedinců s projevy ADHD snažíme o navození pocitu klidu a bezpečí, mohou nám k tomuto posloužit i tyto techniky. Jejich působením na organismus dochází k tělesnému uvolnění, pozorovat můžeme i postupné uvolňování svalového napětí, což má přímý vliv i na psychiku jedince.

Takových forem existuje celá řada. Jejich nespornou výhodou oproti předešlé psychoterapii je snadná aplikace a univerzálnost, dá se tedy říci, že se dají využívat doma i ve škole nebo v jiném vhodně uzpůsobeném prostředí. Obecně mohou tato relaxační cvičení kladně přispívat ke zlepšení koncentrace pozornosti, působí na rozvoj paměti a myšlení. Jucovičová uvádí i pozitivní vliv na poruchy řeči, což přispívá i k zlepšení celkové schopnosti komunikace dětí s projevy ADHD. V neposlední řadě poukazuje na vylepšení celkové koordinace a motorické obratnosti. Děti s ADHD mohou působením relaxací vhodně uvolňovat případně nahromaděnou aktivitu či agresivitu. Můžeme tedy konstatovat, že relaxační techniky přispívají k celkovému zklidnění dítěte, zvyšují jeho sebekontrolu a sebeovládání. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Základní přehled relaxačních technik vhodných pro práci s jedinci trpícími ADHD.

- a. imaginace
- b. svalová uvolňování
- c. dechová cvičení
- d. jógová cvičení
- e. hudební relaxace
- f. relaxační masáže

Nejdříve je nutné se seznámit se základními pravidly pro použití těchto technik u dětí s ADHD. Samozřejmě jejich dodržování opět zvyšuje a prohlubuje výsledek a celkový účinek z jednotlivých relaxací.

Obecná základní pravidla při provádění relaxačních technik:

- relaxační techniky musíme sami ovládat, umět je prožívat a věřit jim
- předem děti seznámíme s účinky a cílem relaxačního cvičení
- samotné relaxaci by měl předcházet pohyb

- děti s ADHD potřebují hranice
- imaginace zaměřujeme na to, co děti baví a zajímá
- délku relaxace přizpůsobíme věku dětí
- při nácvičku relaxačních technik nic není špatně
- nesmíme být zklamaní, když děti nereagují tak, jak předpokládáme
- na závěr zařadíme krátký rozhovor o prožitcích z relaxace
- nutné je znát zdravotní stav dětí
- k relaxačním cvičením nikdy nepatří násilí, bolest, odpor nebo nechuť
- čím dříve se dítě naučí uvolňovat, tím větší bude mít toto cvičení účinek
- záleží na osobnosti cvičitele – hlas a formulace výroků

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

Než se seznámíme s charakteristikou jednotlivých relaxačních cvičení, je nutné si upřesnit kdy a za jakých podmínek je provádět. Tyto techniky je vhodné zařadit, kdykoli vidíme na dětech počátek únavy, případně nudy. Jiné specifické techniky je dobré provádět, pokud potřebujeme jedince zklidnit a vybit z něj nadbytečnou energii. Ve škole můžeme zařazovat tyto cviky ráno pro dobrý start nebo až odpoledne, což záleží na časových možnostech a konkrétních situacích. Rodiče se mohou takto dětem věnovat po příchodu domů pro zklidnění, nebo až v podvečer pro lepší usínání.

Co se týče vhodného místa pro relaxaci, nejlepší by byla speciálně upravená relaxační místnost. Většina zařízení ani domácností avšak nemá možnost takového zvláštního vybavení. Cvičení je tedy možno s dětmi provádět i v samotné školní třídě nebo doma v pokoji. Je nutno ale dodržovat základní hygienické a bezpečnostní podmínky, což znamená zajistit dostatečný přísun čerstvého vzduchu, optimální teplotu v místnosti a omezit rušivé vlivy a hluk z okolí. Oblečení by mělo být pohodlné. Poloha při relaxačních cvičeních záleží na jedinci samotném. Existují různé možné relaxační polohy. Kombinovat můžeme sezení na židli nebo přímo na zemi, dále turecký sed nebo leh na zádech. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Dále se práce věnuje podrobněji některým druhům relaxačních technik, tak jak jsme si je již nastínili v úvodu kapitoly. Základem je dopomoci jedincům s projevy ADHD vhodnou formou ke zklidnění a odpočinku. Dobu relaxace je vhodné prodlužovat, vše záleží samozřejmě na věku dítěte. Můžeme to považovat jako jakýsi předstupeň před samotnými relaxačními cvičeními.

Jacobsonova progresivní svalová relaxace

Jedná se o aktivní relaxaci, která spočívá v postupném uvolňování a zpevňování svalstva po celém těle. *„Pracuje totiž na principu napínání a uvolňování svalů a prožití rozdílu mezi pocity, které vyvolávají. Pro děti s ADHD je vhodná, protože tyto děti se opravdu nesnadno uvolňují a toto je jedna z cest, jak u nich uvolnění dosáhnout.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 155-156) Většinou toto cvičení probíhá od svalů hlavy a postupuje se jednotlivě a velmi pomalu až k dolním končetinám. Během tohoto uvolňování je důležitý dohled další osoby, zejména u mladších dětí s příznaky ADHD. Tato technika je vhodná nejen pro děti předškolního nebo mladšího školního věku, ale i pro jedince v dospívajícím nebo dospělém období. Jedná se o neutrální metodu, kterou lze zařazovat v různých fázích cvičení, nejlépe avšak v úvodní rozehřívací.

Relaxační spirála

Zde už se na rozdíl od předešlé metody kombinuje působení faktoru psychofyzického. Ve zkratce jde o navození pocitů klidu, uvolnění a tepla. Základem je vytvoření představy příjemné teplé kuličky, která krouží od pupíku a vytváří „teplé kruhy“ po celém těle. Jucovičová k tomuto uvádí následující: *„Příjemný pocit klidu a tepla, který vytvořila, v nás ale zůstává. Tato relaxace je velmi příjemná a má, mimo výrazně zklidňující účinky, pozitivní vliv i na vnitřní orgány, protože začíná netradičně v oblasti břicha, které uvolňuje a protepluje.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 157) Na tuto relaxační spirálu výrazně působí naše představivost a stupeň imaginace. U mladších dětí může být tato navozená představa složitější, proto je vhodnější tuto techniku zařazovat u dětí od puberty, pro které je jednodušší soustředit se na vlastní tělo a vytvářet tyto obtížnější formy imaginací.

Krátké typy relaxací

Jedná se o obecný a zastřešující název pro soubor různých menších uvolňovacích cvičení, která je vhodná vykonávat především ve školním prostředí. Pedagog je může v případě nutnosti vkládat kamkoli ve vyučovací hodině. Společné je jim to, že jsou snadné na realizaci, nenáročné na čas a děti se je mohou naučit používat i individuálně a samostatně. Jedná se o krátké přestávky v činnosti, které u dětí sníží únavu a nastartují je na novou činnost. Tyto krátké relaxace jsou velmi variabilní a každé dítě, které je už zkušené ve cvičení relaxačních technik, si může najít jemu příjemné typy odreagování. Může se tedy

jednat o krátká uvolňovací cvičení svalů, která mohou být doplněná o různé druhy imaginací nebo doprovázena hudebním doprovodem, v případě potřeby můžeme zvolit i relaxaci spojenou s pohybem (relaxaci aktivní). Tato metoda je velmi vhodná pro předškoláky nebo děti na nižším stupni základní školy.

Imaginace

Může se jednat o samostatně aplikovanou metodu, ale lze ji i vhodně propojovat s dalšími druhy technik. Pokud se zaměříme na teoretické vymezení tohoto pojmu, jedná se o „určitou představu, která nám je sugerována. V podstatě i pocity uvolnění a klidu jsou imaginace. U dětí pak využíváme při relaxování jejich velké představivosti. K uvolnění někdy stačí, když dítě v klidu a uvolněně sedí a poslouchá naši imaginaci... Vždy máme ale na paměti, že imaginace nesmí být nepříjemná nebo dokonce ohrožující.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 160)

Vycházíme tedy z toho, co daného jedince zajímá. Respektujeme věk, pohlaví, zájmy, zaměření a další aspekty. Nepříjemné pocity jsou samozřejmě věcí zcela individuální, pro tento případ je dobré před zahájením imaginace vysvětlit, že mají zvláštní moc se přenést kamkoli budou chtít, pokud jim navozené prostředí nebude příjemné. Jak bylo zmíněno výše, je důležité si poté o prožitých zážitcích krátce pohovořit formou zpětné reflexe.

Rozvíjení fantazijních představ během procesu řízené imaginace se meze nekladou. Často dochází k nejrůznějšímu spojování představ a rozvíjení celých asociačních řetězců. Můžeme vnímat uvolnění, tíhu, rozšiřující se teplo všude po těle, vůně, chutě i případně barvy. U nejmenších dětí si můžeme pomoci hračkami nebo plyšovými zvířátky, abychom názorně demonstrovali uvolňování jednotlivých částí těla. Pomoci si můžeme popisem známých pohádkových postav nebo zapojením poutavého příběhu či pohádky. Starším dětem můžeme nabídnout představy příjemných relaxačních míst, jako například louka, les, pláž u moře, atd. Vše můžeme zintenzivnit a podpořit vhodným hudebním doprovodem. (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 160 – 161)

Co se týká věkového rozmezí užití této relaxační techniky, můžeme konstatovat, že je prakticky neomezené. Stačí jen dané představy upravit věku jedince, jak je podrobněji uvedeno výše.

Pasivní fyziologické relaxace

Jde o relaxační masáže, které se provádějí vzájemně ve dvojicích. Metodu je vhodné využívat mezi žáky navzájem, ale i mezi rodiči a dětmi. Kromě uvolňujícího dopadu je zde i zřejmé sblížení se a budování vztahu důvěry, citu a bezpečí. Tato technika má tedy zřejmý psychický účinek na jedince. Pasivní fyziologické relaxace se opět dají vhodně využívat v každém vývojovém období. Zejména ve stádiu předškolním a mladšího školního věku se jedná o účinnou formu, která dětem pomáhá rozvíjet komunikaci a vzájemné sociální vztahy. V pozdějším věku záleží na konkrétních doporučeních užití těchto relaxačních masáží.

Schultzův autogenní trénink

Jedná se o moderní a oblíbenou formu relaxační techniky. Jak uvádí Jucovičová, „*je to typ psychofyzické relaxace, která se soustřeďuje na nácvik uvolnění, relaxovaného stavu a zároveň koncentrace, soustředění, které tento stav umocňuje.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 161) Dle odborníků lze touto metodou dosáhnout dvou stupňů uvolnění. Nižší úroveň je samotná relaxace, pokud se dopracujeme k hlubší vnímavosti, jsme schopni se soustředit až na činnost vlastních vnitřních orgánů v těle.

Autoři se různí v tom, zda je žádoucí tuto techniku nacvičovat právě s dětmi s projevy ADHD. Záporům je velká časová náročnost, nutnost koncentrace, větší péle k osvojení si cviků. Obecně můžeme konstatovat, že tento autogenní trénink je vhodné aplikovat u starších dětí ve věku pubescence nebo adolescence. Možné je transformovat pro terapii dospělých, pro které je náročnost adekvátní. Důležité je začít u lehčích forem relaxačních technik a až poté pokračovat ve složitějších.

Samotný nácvik Schultzova autogenního tréninku probíhá postupně po jednotlivých fázích. Jednotlivé cviky zkusíme samostatně, až posléze spojíme vše v celek. Samozřejmě je trpělivost a dostatek času a prostoru. Nacvičujeme pocity tíhy, tepla, soustředění na dech. Tím základní úroveň končí, v další části se již zaměřujeme na vnitřní prostředí, což se už rozhodně nedoporučuje u mladších jedinců. Ideální je tedy prohlubující stupeň nasazovat až od období puberty. Učíme se sledovat srdeční tep, pocity prohřívání v břiše a konečnou fází je navození pocitu chladného čela, což má symbolizovat pocit harmonie a vyrovnanosti.

(Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 161 – 164)

Dechová cvičení

Opět se jedná o metodu, kterou lze využívat samostatně nebo se zapojením předešlých technik. Tato cvičení se většinou zaměřují na ovládnutí vlastního dechu, proto se také někdy nazývají jako nácvik řízeného dýchání. Obecně se pracuje se zadržováním a postupným prodlužováním výdechu. Dechová cvičení se dají různě kombinovat a propracovávat.

Kontrolované a uvolněné dýchání zmírňuje stres a uvolňuje tělesné napětí. Jedinec se v takových chvílích zastaví a dokáže se lépe soustředit na řeč vlastního těla. Starší děti můžeme nabádat k tomu, aby si vědomě uvědomily v okamžiku vzteku nebo nervozity, v jakých konkrétních částech těla se jim dané napětí soustředí. Během řízeného dýchání se mohou pokusit kontrolovat i takové procesy.

Jak uvádí Riefová: *„Pokud dokážou poznat, kdy se jim zatínají pěsti, tuhnou čelisti nebo břišní svaly, pak jsou také schopny své tělo uvolnit a získat nad ním kontrolu. Sebekontrolu znovu nabudou tak, že začnou zhluboka dýchat, vědomě své výdechy „posílat“ do ruky a v duchu se nabádat k uvolnění, dokud pěst nepovolí a prsty neuvolní.“* (Riefová, 1999, str. 130) Autorka spatřuje hlavní smysl této činnosti v tom, že pokud dojde k fyzickému uvolnění, pracuje i lépe jedincova psychika. Dítě bude moci lépe a rychleji přemýšlet, plánovat a zlepšují se i další kognitivní procesy.

Dechová cvičení můžeme provádět variabilními způsoby. Ze začátku je dobré soustředit se zejména na tzv. statická dechová cvičení, jejichž podstatou je právě ovládnutí vlastního dechu, zpomalení a koncentrace pozornosti na jednu činnost. Další možností je ale propojení s pohybovou aktivitou, pak se jedná o tzv. dynamická dechová cvičení. V tomto ohledu je vhodné procvičovat s jógovými pozicemi, které celý účinek více umocňují. Samotné józe se věnuje tato kapitola níže. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Z hlediska věkového omezení se jedná o zcela neutrální formu relaxace. Dechová cvičení jsou možná nacvičovat již s předškoláky, v dalších vývojových obdobích je vhodné je různě transformovat a kombinovat. I v dospělosti se často užívá právě tato relaxační technika pro zklidnění organismu, přičemž je považována za vhodnou prevenci předcházení stresu.

Hudební relaxace

Hudební doprovod lze použít ke každé ze zmíněných relaxačních technik. V případě potřeby ji ale můžeme zařadit i jako samostatnou formu terapie. Většinou se jedná spíše o vytvoření hudební kulisy, pro navození uvolněné a pohodové atmosféry.

Mimo jiné se však můžeme na tento způsob relaxace zaměřit trochu hlouběji. „*Hudba u dětí významně zlepšuje schopnosti kritického a analytického poslechu, schopnost koncentrace a reagování na konkrétní pokyny a nápovědy.*“ (Riefová, 1999, str. 135)

Hudbu můžeme využít ke zklidnění, vizualizaci nebo jen jako nenásilný způsob přechodu k dalším relaxačním technikám. Autorka Riefová ve své knize *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole* dokonce sestavila velmi zajímavou ukázkou vhodných skladeb pro danou situaci. Pro představu si uvedeme následující příklady.

Hudba pro zklidnění vhodná po přestávkách, hodině tělocviku nebo v hektičtější části dne.

- Ludwig van Beethoven: Pro Elišku
- Wolfgang Amadeus Mozart: Adagio pro skleněnou zvonkohru
- Camille Saint-Saëns: Akvárium (Karneval zvířat)
- Bedřich Smetana: Vltava

Hudební doprovod vhodný pro pohybovou aktivitu nebo nejrůznější formu přechodů a přesunů.

- Frederik Chopin: Polonéza As dur
- Giuseppe Verdi: Veký pochod (Aida)
- Petr Iljič Čajkovskij: Tanec píšťal (Louskáček)

(Riefová, 1999, str. 136 – 139)

Výše uvedené příklady jsou z oblasti klasického žánru. Zatracovat bychom neměli ale ani moderní hudbu. Důležité je, aby při poslechu docházelo k žádané stimulaci nebo naopak zklidnění. Vycházet můžeme z hudebního vkusu dětí. Vyzkoušet můžeme celou řadu stylů včetně rocku nebo popu, kde bychom se měli zaměřit na instrumentální ukázky, bez rušivých slov. Někteří jedinci mohou však hudební kulisu považovat za rušivý element. Je žádoucí vycházet z individuálních potřeb. Tento druh relaxačních technik je opět využitelný bez ohledu na věk jedince. Dodržujeme pouze individuální přístup při volbě skladeb, jak je naznačeno výše.

Jógová cvičení

Jóga je jednou z dalších forem relaxačních technik, které je vhodné použít k ovlivnění projevů ADHD. Tato forma cvičení v sobě dále často kombinuje již zmiňovaná dechová cvičení, hudební relaxace anebo částečně i imaginaci. Obecně můžeme konstatovat, že má pozitivní vliv na zklidnění, harmonizaci a lepší soustředění jedinců. Uspěť v ní mohou i děti se zjevnou neobratností nebo jinak narušenou zejména hrubou motorikou.

Náročnost jednotlivých cviků a pohybových aktivit se samozřejmě přizpůsobuje věku jedince. Pro děti by se mělo jednat o zajímavou a poutavou formu, která by je měla bavit a přirozeně rozvíjet jejich vlastní kreativitu. Během cvičení jógy je žádoucí dodržovat určité psychohygienické podmínky prostředí. Ztlumit umělé osvětlení, dodržovat v místnosti klid a dostatečný přísun čerstvého vzduchu.

Dle věkové kategorie cvičenců je vhodné přirovnávat jednotlivé cvičební pozice ke konkrétním předmětům. Riefová například ve své publikaci uvádí následující přirovnání, aby se děti posadily nebo lehly v daných pozicích. Jedná se o polohu hadrového panáka, svíčky, ryby, mostu, hada, luku, člunu, květiny nebo třeba strašáka v poli. Při cvičení je důležité dbát na to, aby se pozice vykonávaly v klidu a pomalu. Nežádoucí jsou uspěchané a zbrklé pohyby. Zadání může znít namátkou následovně: pokuste se přenést přes místnost křehký dárek, udělejte páva, představte si, že šplháte po žebříku, nebo že jste květinou ve větru, atd. Autorka se spíše zaměřuje na mladší jedince – předškolního věku, kterým také přizpůsobuje celou relaxaci a její srozumitelnou formulaci. (Riefová, 1999, str. 129 - 132)

Jucovičová se ve své publikaci *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině* zaměřuje na popis konkrétních jógových relaxačních pozic. Uvedeme si ty, které procvičují hlavně soustředění a koncentraci pozornosti. Snažíme se jimi ovlivnit zejména symptomy hyperaktivity a nepozornosti. Tyto pozice jsou vhodné spíše pro děti mladšího školního věku, případně pro pubescenty. Pokud bychom je chtěli aplikovat i na mladší jedince, je vhodné instrukce pozměnit a doplnit říkankou nebo kratším příběhem.

Jako první zmíníme pozici „zajíce“. *„Při této poloze sedíme na patách, hluboce předkloněni, hrudník spočívá na stehnech, hlava je opřena o čelo před koleny, ruce jsou natažené podél těla dozadu, dlaněmi vzhůru, nebo v jiné variantě předpažené před tělem a opřené dlaněmi o podložku.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 171) Jedná se o základní cvik, který je vhodný propojovat s danou imaginací. Mezi další pozice patří tzv. „hora“, která spočívá ve správném a vzpřímeném držení těla. Základem je vydržet v postoji v klidu a udržet rovnováhu. Z tohoto cviku přejdeme do pozice „kohouta“, při které vztahujeme

ruce vzhůru a postupně si stoupáme na špičky. Opět pilujeme rovnováhu a soustředěnost, která má vliv nejen na zklidnění těla, ale i mysli. Obtížnější verzí je tzv. „volavka“, kdy děti stojí jen na jedné noze, druhou mají pokrčenou. Na upevnění pozornosti působí i pozice „žáby“ nebo „motýla“. Během obou zmíněných cvičení napodobuje držení těla podobu těchto zvířat. Autorka uvádí i jógové polohy, které mají na jedince opačný účinek, tedy aktivační. Jsou vhodné proti únavě nebo ospalosti. Jedná se například o pozici „kobry“, kdy se z lehu na břiše pomalu vztyčujeme od hlavy k pasu, až se konečně opíráme jen o dlaně. Podobně účinkuje tzv. *rybí relaxace*. Vycházíme z lehu na zádech a postupně zakláníme hlavu, páteř se prohne a uvolní se hrudník.

(Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 171 - 174)

Jógu tedy můžeme využít jako vhodnou relaxační techniku prakticky v každém věku. Předškolákům a dětem mladšího školního věku přizpůsobíme zadání a oživíme vhodným příběhem nebo pohádkou. U dospívajících jedinců můžeme zvolit složitější pozice. V dospělosti se jógovým cvičením věnujeme zcela běžně, ať už v domácím prostředí nebo ve specializovaných fitness centrech.

Závěrem bychom si měli uvědomit, že pokud používáme relaxační techniky jako formu terapie pro jedince s projevy ADHD, nemusí se každé cvičení vydařit dle našich představ. Nutné je zachovat klid a nedělat vědu z nezdaru. Myslet bychom měli především na děti, kterým se tímto snažíme pomoci, a ne na dokonalost během vykonávaných technik. Výše uvedená část kapitoly věnující se jednotlivým relaxačním cvičením poukazuje na jejich využití v daných vývojových obdobích. U každé techniky je zmíněna doporučená věková kategorie, případně je uvedena možná modifikace. Konečně můžeme shrnout, že většina z uvedených metod relaxace je možná používat prakticky v každém věkovém stádiu. Žádoucí je pouze variabilní a individuální přístup.

9 Úvodní vymezení praktické části

Tato část práce je věnována praktickému ověření určitých tezí vycházejících z předešlé teorie. Diplomová práce se snaží zejména o porovnání teoretických východisek a praktického pozorování. Praktická část se věnuje již konkrétním případovým studiím. Snaží se zaměřit zejména na terapeutické přístupy využívané u jednotlivých respondentů. Pozornost je ale samozřejmě věnována i vývoji symptomů ADHD v daných věkových kategoriích. Práce si neklade za cíl ve svém zkoumání odhalit nové možnosti terapie, spíše se pokouší zjistit uplatnění některých konkrétních metod a zhodnotit případné přínosy a posuny v oblasti symptomatologie. Součástí práce je ověření toho, zda se některý z vymezených terapeutických pilířů využívá v praxi více či méně.

Předpokládaný přínos práce je utřídění poznatků o syndromu ADHD, porovnání teorie a praxe. Cílem tedy není objevit nové postupy k dětem s ADHD, ale především odhalit, zda se již v teoretické části zmíněné techniky v praxi i aplikují a zda jsou pro konkrétní jedince přínosné, případně jakým způsobem.

9.1 Výchozí předpoklady

Předem si stanovíme základní výchozí předpoklady, které se budeme snažit potvrdit nebo naopak vyvrátit v praktické části práce. Vyhodnocení celé problematiky bude uvedeno v závěru diplomové práce.

- 1) Práce předpokládá rovnoměrné využití všech tří základních pilířů v rámci terapeutických přístupů v daných vývojových obdobích.
- 2) Dále předpokládáme, že zapojení relaxačních technik a jiných motorických cvičení vede postupem času k minimalizaci nebo úplnému vymizení základních projevů ADHD.
- 3) Práce předpokládá zapojení relaxačních technik především v předškolním a mladším školním věku.
- 4) Předpokládáme postupný ústup využití terapeutických přístupů v období dospívání a nahrazení sebevýchovou a psychohygienou.
- 5) Práce předpokládá u jednotlivých případů sestavení Individuálního vzdělávacího plánu, jako jednoho z prvků pedagogického působení na žáky a studenty s ADHD.

9.2 Charakteristika respondentů

Jednotlivé případové studie se zaměřují jen na mužské pohlaví. Bohužel z dostupných zdrojů se nepodařilo sehnat bližší anamnézu dívky v žádaném věkovém rozmezí. Tato homogenost výzkumného vzorku odpovídá rozložení výskytu syndromu ADHD v populaci, kde vycházíme z toho, že se projevy častěji vyskytují právě u chlapců. Respondenti pokrývají věkově celou škálu integračního období. Je možné tedy pozorovat vývojové změny. Jedná se o chlapce v předškolním věku, dále mladšího školního věku, pubescence i adolescence. Chlapci se navzájem neznají, nepocházejí ze stejné školy. Působení vnějších podmínek je tedy zcela individuální, nelze v tomto ohledu hledat žádná společná východiska.

9.3 Použité metody

Níže si uvedeme a teoreticky vymezíme základní metody, které byly v praktické části práce využity. Nedílnou součástí jednotlivých kauzistik jsou anamnézy z oblasti osobní, rodinné, pedagogické ale i lékařské. *„Anamnéza je zjišťování podstatných faktů o vývoji zkoumané osoby a o podmínkách tohoto vývoje.“*

(Holeček, Miňhová, Prunner, 2007, str. 25)

Tato hlavní metoda je doplněna pozorováním, rozhovorem ale i případně rozborem spontánních výsledků činnosti. Příkladem takového rozboru výtvaru je kresba, kde je potom sledována snaha zachytit typické znaky pro jedince ADHD. Všechny zmíněné psychologické metody se řadí mezi tzv. klinické metody, pro které je obecně charakteristické to, že výsledky a závěry z části závisí na osobnosti člověka, který je zkoumá. Jedná se tedy do jisté míry o subjektivní druh výzkumných metod.

Mezi nejčastěji používanou metodu obecně patří pozorování. V tomto případě se jednalo o činnost záměrnou, soustředěnou a odbornou. Pozorování respondentů probíhalo v přirozeném prostředí, nedocházelo tedy k navozování umělých situací.

Rozhovory byly vedeny buď se samotnými zkoumanými chlapci, nebo případně zprostředkovaně přes pedagogický personál či rodiče. *„Psychologický rozhovor patří mezi metody zjišťovací, během kterých dochází k bezprostřední přímé sociální interakci mezi zkoumanou osobou a psychologem. Údaje, které lze z bezprostředního osobního kontaktu získat, jsou často nesmírně cenné a ničím nenahraditelné. Nonverbální komunikace, která tvoří doprovod rozhovoru, přináší řadu údajů, které dotvářejí celkový obraz osobnosti.“* (Holeček, Miňhová, Prunner, 2007, str. 23 – 24) V těchto případech se jednalo o tzv. polostandardizovanou formu rozhovoru, kdy byly připraveny otázky pouze rámcově a další byly kladeny dle okolností.

10 Případové studie

Následující kapitola se věnuje zpracování jednotlivých příkladů z praxe. Jedná se o pět kauzistik, které se opírají nejen o vlastní pozorování nebo rozhovor, ale i o lékařskou, osobní, rodinnou anebo pedagogickou anamnézu.

10.1 *Kauzistika chlapce L.*

L. je tříletý chlapec žijící v úplné rodině bez sourozenců. Vzhledem k nízkému věku zatím nebylo možné určit přesnou diagnózu. Projevují se u něho ale jisté symptomy ADHD. Dítě se jeví nevladatelně, nadměrně živě a hyperaktivně. Zjištěny byly již náznaky poruchy pozornosti. Chlapec je dále charakterizován jako mazlivý, přátelský a velmi bezprostřední ve svém jednání.

Z lékařské anamnézy vyplývá, že první vyšetření probíhala již v raném věku, a to z důvodu jeho neustálého neklidu, pláče, rozmrzelosti a přecitlivělosti na různé podněty. Vývoj motoriky i řeči byl mírně opožděn oproti normě. Do současné doby má chlapec problémy v mluveném projevu. Vzhledem k nízkému věku bude zařazen do logopedické třídy pravděpodobně až příští rok. V jeho činnostech je pozorována lehká hyperaktivita. Z vyšetření v pedagogiko-psychologické poradně se usuzuje, že neustále touží po nových zážitcích, typická je pro něho velká zvědavost a adaptabilita na nové podněty. Ve většině případů se nedokáže sám zabavit, neustále vyžaduje jak pozornost rodičů, tak pedagogů, popřípadě ostatních dětí v mateřské škole. Opakují se impulzivní agresivní reakce. Stále přetrvává neklid, nesoustředěnost, vzdor a afektivní reakce.

Dále bylo zjištěno, že se chlapcova inteligence pohybuje v pásmu výrazného nadprůměru. S ohledem na svůj věk má velmi dobře vyvinuto konkrétní myšlení, prostorovou představivost a chápání kauzálních souvislostí. Již ovládá široké spektrum barev. Kresebný projev je jednodušší, vykazuje určité znaky charakteristické pro ADHD. Řeč je mírně dysláická. Těžší slova komolí, přesmykuje či vynechává hlásky. Neobvyklý není ani výskyt agramatismů a novotvarů. Někdy je znát, že hůře rozumí zadání nějakého úkolu, vše však zdařile kompenzuje svým vysokým intelektem a odpovědi se snaží odhadovat dle předešlých zkušeností. Tato neustálá napjatost dle lékaře přetěžuje jeho centrální nervovou soustavu, což může dále zapříčinit větší unavitelnost a sklony k vyčerpání. Dětský psycholog popisuje, že obtíže v porozumění řeči mohou být jednou z hlavních příčin jeho emoční lability a neadekvátních impulzivních reakcí. U chlapce byly

zaznamenány poruchy v koncentraci a selekci pozornosti. Jsou zde patrné výkyvy, často se nechá vyrušit různými podněty. Jeho chování se dá charakterizovat jako spontánní a dynamické, což ale často také přechází v jednání manipulativní a přehnaně sebezprosazující.

Pro jeho další vývoj je zásadní dodržovat pravidelný denní režim, střídat činnosti a podporovat dítě v pohybu. V rámci komunikace je žádoucí sledovat, zda všemu rozumí. Případně pokládat kontrolní otázky a snažit se vše doplňovat o názorné příklady z praxe. Nutností je usměrňovat jeho přehnané afekty a rozvíjet spíše jeho schopnost kooperace ve skupině.

Chlapec L. na sebe rád upoutává pozornost různými způsoby. Je nutné na něho neustále dohlížet, svým chováním může být nebezpečný sobě i svému okolí. Sebeovládání se však postupně zlepšuje. V mateřské škole se snaží zklidňovat jeho impulzivní jednání pomocí různých relaxačních technik, popřípadě pomocí jiných výchovných postupů. L. je často vzdorovitý a neposlušný, dělá mu problémy dodržovat i základní pravidla. Pozorovat u něho můžeme nepřiměřené sociální projevy, což mu ztěžuje navazování přátelství s vrstevníky. Vznikají často neshody a konflikty, které nezdědka končí až fyzickým napadáním. Paní učitelky se snaží o individuální přístup k chlapci, činnosti a hry jsou mu přizpůsobeny většinou na míru dle sestaveného Individuálně vzdělávacího plánu. Díky tomuto jsou zaznamenány již určité pokroky, které umožňují postupně prodlužovat délku činnosti, při které chlapec vydrží pracovat nebo si hrát sám.

Chlapec L. je během herních činností často roztěkaný, nevydrží si zatím hrát s ostatními dětmi příliš dlouho, jedná se stále ještě o hru paralelní, vzájemně nezávislou. Pokud se mu něco nepovede dle představ, ztrácí vůli pokračovat. Pokud se mu něco podaří, silně se dožaduje uznání a pochvaly. Často se snaží vzbuzovat zájem, zejména dospělých. Jak už bylo naznačeno výše, jeho kresba je výrazně schematická a vykazuje znaky ADHD. Chybí zde detaily, je disproporční, přetahuje linie a silně tlačí na tužku. Veškeré končetiny napojuje rovnou na tělo. Vzhledem k jeho nízkému věku není nutné přikládat tomuto větší váhu.

Dle dostupných informací bylo zjištěno, že chlapec bere nějaké léky na zklidnění. Přesný farmakologický název bohužel nevíme. Nasazení medicínského terapeutického přístupu bylo rozhodnutím rodičů, kteří se bojí jeho nezvladatelnosti a pravděpodobně nevěří pouhým pedagogickým nebo psychologickým postupům. Na dítě se mimo zmíněného snaží aplikovat i určité relaxační techniky a jiná cvičení. Jejich výhoda spočívá v tom, že jsou praktikována v domácím i školním prostředí, dle aktuální naléhavosti.

Příkladem motorických cvičení, která podporují a zlepšují hrubou motoriku, je nacvičování kotrmelců vpřed a vzad. Dále si hraje na honěnou nebo hází míčky do vzdálené sítě, což má vliv na koordinaci pohybů, ale také na udržení pozornosti a podporu vytrvalosti. Učí se také tímto snášet případnou prohru. Chlapec se většinou nemůže účastnit kolektivních her a aktivit moc dlouho, jelikož se často rozjíví a pak se jeho chování stává opět nevladatelným. V domácím prostředí se rodiče snaží o uvolňovací svalová relaxační cvičení, která propojují s imaginací a rozvíjením určitých příběhů nebo pohádek.

Co se týká prognózy a doporučení dalšího rozvoje, tak musíme podotknout, že vzhledem k nízkému věku chlapce je zatím předčasné hovořit o nějakých konečných důsledcích. Před sebou má celou předškolní formu vzdělávání, zatím má k dispozici dostatek času k tomu, aby své projevy zklidnil, k čemuž mu slouží užívané způsoby terapie. Je evidentní, že již v tomto momentě jeho blízcí zaznamenávají pokroky. Doporučena byla důslednost při výchovném působení a usměrňování jeho impulzivního jednání. Žádoucí se jeví posilovat kladné projevy chování, trestat by se mělo minimálně. L. formu trestu bere velmi těžce a necitlivé potrestání může zásadně narušit jeho sebepojetí, které je v tomto věku stále ve fázi postupného utváření. Nutná je úzká spolupráce mezi školou a rodiči dítěte. V případě přetrvávání potíží v oblasti řeči, bude nutné doporučit návštěvu logopeda. Chlapcova hrubá motorika je na dobré úrovni, zaměřit se můžeme spíše na procvičování grafomotoriky, zařadit můžeme uvolňovací cviky ruky během kresby. Další vhodné přístupy terapie by mohly být například pasivní fyziologické relaxace, krátké typy relaxací, dechová cvičení, vše propojit s hudebním nebo jinak poutavým doprovodem.

10.2 Kauzistika chlapce H.

Chlapec H. je šest let a žije v úplné rodině bez sourozenců. Již ve třech letech došlo k prvnímu lékařskému vyšetření, jelikož se u chlapce projevovaly neobvyklé motorické potíže. Objevovalo se neustále zakopávání a pády při běžné chůzi. Zaznamenán byl celkový motorický neklid a hyperaktivní projevy chování.

Rodičům byla sdělena diagnóza hyperkinetická forma lehké mozkové dysfunkce (ADHD). Podezření bylo i na poruchu autistického spektra, ale toto nebylo lékařskými vyšetřeními potvrzeno. Z osobní anamnézy vyplynulo, že těhotenství i porod probíhal bez komplikací. Obtíže se tedy začaly projevovat až v raných letech života dítěte. U chlapce H. byl zaznamenán mírný opožděný vývoj řeči. Na doporučení lékaře začal posléze navštěvovat dvakrát týdně logopedickou třídu. Do mateřské školy nastoupil již ve třech letech, právě v této době se jeho příznaky stávaly zřetelnějšími. Mezi dětmi se zvýrazňovala jeho hyperaktivita, dále byla v jeho anamnéze uváděna typická nesoustředěnost, neklid, opakované snahy o upoutání pozornosti a obtížnější zvladatelnost. Mluvený projev se postupem času zlepšuje. Na první pohled nejsou zaznamenány výraznější řečové problémy. Můžeme pozorovat agramatismy, menší slovní zásobu a celkové komolení obtížnějších nebo delších slov.

Intelligence chlapce se pohybuje v pásmu nadprůměru. Rozumové schopnosti a kognitivní vlastnosti se nevyvíjí ale rovnoměrně. Všeobecné znalosti nejsou na dobré úrovni, což můžeme přikládat jeho nesoustředěnosti a nepozornosti. Dle lékařského vyšetření je výrazněji oslabena i krátkodobá, pracovní paměť. Problémy v komunikaci s okolím se chlapce H. snaží vykompenzovat intelektovými schopnostmi, což ho ale vyčerpává a zvyšuje jeho unavitelnost.

Dle lékařské anamnézy byly projevy ADHD shrnuty do následujících hlavních bodů. Jedná se o rychlou unavitelnost, rozbíhavé myšlení a motorický neklid. Chlapec se nedokáže plně soustředit na zadané úkoly, roztěkanost myšlenek je pro něho typická. Na svůj věk je sociálně nezralý, příliš hravý, spontánní a velmi ctižádostivý a cílevědomý. Ambicióznost má vliv na jeho problematičtější zvládnání neúspěchu, velmi těžce snáší vlastní selhání. Z výše uvedených důvodů mu byl doporučen odklad školní docházky o rok. Dle legislativy se jedná o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, z toho důvodu mu bude navržen Individuální vzdělávací plán, který by mu měl pomoci při dalším rozvoji

a lépe ho připravit na vstup do základní školy. Zvláštní zřetel by měl být kladen na výchovu, komunikaci a socializaci chlapce H.

Z bližšího seznámení s rodinnou anamnézou vyplynulo, že matka chlapce je zaměstnaná žena v plném pracovním poměru a i přes snahu výchovně a pedagogicky spolupracovat s doporučeními mateřské školy, nemá na něho tolik času a prostoru, kolik by vzhledem ke své diagnóze potřeboval. Otec dítěte se pravděpodobně snaží vyrovnat svou přítomností matčinu zaneprázdněnost. Bližší informace o rodinných vztazích bohužel nebylo možné získat. Jelikož je H. jedináček, do kontaktu s vrstevníky přichází pouze v mateřské škole, kam ale dochází rád a ostatními dětmi je vcelku oblíben.

Jeho vlastní ctižádostivost, snaha být neustále tím nejlepším a neschopnost unést prohru, ho ale občas staví do pozice problémového dítěte v rámci třídy. Potíže byly zaznamenány i v komunikaci se svým sociálním okolím. Jeho mluvený projev je často hlučný, snaží se na sebe neustále upoutávat pozornost zejména dospělých osob. Velmi těžce nese ztrátu zájmu paní učitelky. V rámci mateřské školy se snaží chlapecké projevy zklidnit působením pevných objektů v náruči, což ve vypjatých situacích většinou dobře zabírá. Dále je kladen důraz na plnění a dokončení zadaných úkolů. Poslední dobou se objevilo podezření, že si chlapce H. začal více vymýšlet, tvořit nejrůznější konfabulace a smyšlenky. Je otázkou, zda se jedná o skutečné lhaní, nebo jen o rozvinutější dětskou fantazii. Každopádně určité snahy podvádět během nejrůznějších her a soutěží byly zaznamenány, a to se negativně odráží ve vztazích s ostatními dětmi. Řešením je zapojovat chlapce do kolektivních prací, aby se naučil kooperaci a spolupráci s okolím.

Pedagogický personál záporně hodnotí doporučení pedagogicko-psychologické poradny k odkladu školní docházky. Dle jejich názoru se chlapec do školy velmi těšil a tím, že mu toto bylo odepřeno, zažil nepříjemné zklamání, které opět trochu podtrhlo jeho nižší sebevědomí. Paní učitelky také vyjadřovaly obavu z toho, že se chlapec bude celý rok v mateřské škole nudit. Poukazovaly na jeho vyšší inteligenci a snaživost, která by mu určitě nějakým způsobem vstup do školy usnadnila.

Z pozorování je možné brzy odhadnout, že největší potíže má chlapec hlavně v sociální oblasti a také s vlastními emocionálními projevy. Nové osoby ve svém okolí přijímá snadno, bez většího ostychu, komunikace je velmi spontánní a bezprostřední. Zaznamenány u něho byly časté vřelé citové projevy, velmi rád se objímá i s ne příliš blízkými a známými lidmi. Dalo by se z tohoto usuzovat na určitou emocionální frustraci a nedostatek haptických podnětů z domova. V některých případech převažuje až infantilní chování s velkou intenzitou prožívání.

Chlapcův denní režim je většinou v prostředí mateřské školy pravidelný a vymezuje mu tak potřebný řád. Problém nastává v době prázdnin nebo jiného delšího volna, kdy evidentně v rodinném prostředí není dbáno na pravidelnější režim. H. se vrací do školy vždy více roztěkaný a z vývojového hlediska je možné pozorovat určitou regresii. Během dopoledních hodin se u něho objevuje vyšší míra netrpělivosti a neúčelné aktivity. V jeho chování se projevují obtíže s respektováním dospělých autorit, takové tvrzení můžeme doložit například neustálou snahou dospělým tykat i přes veškerá upozorňování na nevhodnost tohoto oslovení.

V rámci sociálních vztahů se na sebe chlapec H. snaží často upozorňovat, překřikovat ostatní a projevovat se neúměrně hlasitě. Nutný je u něho zvýšený dohled, jelikož je někdy svým impulzivním a nepředvídatelným chováním nebezpečný sobě i okolí. Při pozorování H. během plnění nejrůznějších her a úkolů bylo vidět, že činnosti ho rychle nadchnou, ale pozornost a zájem mu nevydrží více než několik minut, takže je velmi obtížné dovést ho k dokončení práce. Tyto projevy byly zaznamenány v jeho kresebném projevu. Jeho výtvary působily nedodělaně a odbytě. Při hře zažíval negativní pocity, pokud se mu něco nepovedlo nebo nezvítězil. Naopak radost mu dělал úspěch ostatních dětí.

Kresba chlapce H. vykazuje znaky typické pro projevy ADHD. V jeho výkresech chybí podrobnější detaily. Například při kresbě závodního auta nedokreslil okna, dveře, světla, výfuk. Jeho tvorba tedy opět působí nedokončeným dojmem. Hlavním kritériem pro určování projevů ADHD je kresba postavy – pána. V jeho podání chybí podrobnosti, zřejmá je určitá schematičnost, přetahování linií, tlačení na tužku a rytí do papíru. Zásadní nedostatky jsou spatřeny v absenci uší a krku. Hlava je nasazena přímo na trup těla. Všechny končetiny jsou napojovány formou obdélníku, chybí ramena a větší propojenost jednotlivých částí těla. Správný počet prstů na ruku opět není dodržen. Opět zde můžeme vidět jistý nezáměr a touhu mít pro něho nezajímavou činnost rychle za sebou.

Dále se případová studie zaměří na terapeutické přístupy, které jsou u chlapce využívány. Jak vyplývá z lékařské zprávy, medicínský přístup není v tomto případě aplikován. Dle rozhodnutí pediatra není zatím nutné u chlapce nasazovat farmakologickou léčbu. Soustavná kognitivně-behaviorální terapie také nebyla zatím vyzkoušena. Z psychologického pilíře můžeme poukázat na různé relaxační techniky a motorická cvičení, která byla chlapci doporučena. Zaměříme se také na pedagogický a výchovný aspekt terapie.

Techniky jsou prováděny většinou ve škole pod dohledem pedagogického personálu. Cvičí se v menších skupinkách a celá tato aktivita slouží ke zklidnění dětí. Tento program je zařazován dle aktuálních situací buď v dopoledních, nebo až odpoledních hodinách. Začíná se většinou v kruhu a děti jsou usazené v tureckém sedu, což je jedna z vhodných relaxačních poloh. Dále se na rozehrání a zklidnění provádí řízené dýchání. Další činností je říkání básniček a vytleskávání v rytmu jednotlivých hlásek. Poté dochází k větší aktivitě dětí, jde o běhání a honění, kdy v rámci hry plní nejrůznější zadané úkoly a povely. Toto vše slouží k navození co největší úrovně motorické činnosti. Posléze dojde k fázi zklidňování a nasazení příslušných relaxačních technik. Dle instrukcí si mají děti lehnout na záda a co nejvíce uvolnit všechny končetiny. Při cvičení dochází k postupnému uvolňování svalového napětí. Paní učitelky dohlíží na žáky a jsou jim v případě potřeby nápomocné.

Další techniky probíhají v kombinaci s dalšími pomůckami. Děti cvičí na větších gymnastických míčích nebo na menších, tzv. overbalech. Společným cílem těchto technik je udržení rovnováhy, posilování svalstva a rozvíjení hrubé motoriky. Cvičení mají vliv i na posilování koncentrace pozornosti. Uvedeme si příklady konkrétních cviků, jejichž zadání se variabilně mění. Patří sem jízda po míčích na bříše, ta je zaměřena na celkovou rovnováhu a držení těla. Poté mají děti za úkol skákat s míčky na místě jako klokánci nebo tučňáčci dle toho, kde mají míče umístěny, jestli je drží mezi koleny či kotníky. Mezi nejtěžší úkoly patří umístit si míč na bříše a lézt obráceně po čtyřech jako šnečci. Přípodobnění názvů cviků se zvířátky udržuje dětskou pozornost a je to jedna z forem, která usnadňuje lepší zapamatování jednotlivých cviků, má tedy vliv i na rozvoj paměti.

Dalším typem procvičovací metod jsou tzv. grafomotorická cvičení, která mají posilovat zejména jemnou motoriku. Chlapec H. má během skupinového kreslení velké problémy s udržením pozornosti. Jeho pozornost je snadno ovlivněna a rozptýlena okolními podněty. Rád mluví ostatním dětem do toho, co a jak kreslit. Občas tímto chováním samozřejmě vyvolá konflikty. Někdy je nutné ho separovat od větší skupiny, což může ale považovat za formu trestu. Není tedy zcela vhodné tohoto využívat více, než je nezbytně nutné.

Chlapec H. působí během cvičení sebejistě a s přehledem zvládá zadané instrukce. Ostatní děti ho někdy berou jako vzor a napodobují jeho chování. Přesto je zřejmé, že jsou pro H. úkoly někdy příliš snadné, což vede k jeho nudění a občasnému vyvolávání konfliktů.

Paní učitelky na děti celou dobu dohlížejí a kontrolují je. Většinou je každá metoda doprovázena poutavým příběhem, který vtáhne všechny do děje. Relaxační techniky jsou pro ně hrou a je vidět, že je tyto aktivity baví. Důležité tedy je, přizpůsobit všechna tato cvičení příslušné věkové kategorii jedinců. Poté mají smysl a vidíme i pozitivní výsledky v projevech ADHD.

Závěrem této kauzuistiky si uvedeme možná doporučení a prognózu do budoucna. Pedagogicko-psychologická poradna doporučuje zklidňovat zbrklý mluvený projev chlapce, posilovat oblast sociálního chování a komunikace, rozvíjet kognitivní procesy, postupně zvyšovat náročnost činností a klást důraz na větší samostatnost při plnění úkolů. Velmi důležité je zaměřit se na posílení pozornosti, soustředěnosti a vytrvalosti. Dbát by se mělo na neustálé posilování jeho sebepojetí a sebevědomí. Pochvala by měla samozřejmě převažovat nad kritikou a tresty. Pozitivní motivace zvyšuje chlapcovy výkony. Ve výchově je důležité vymezit jednoznačné mantinely, které budou korigovat jeho chování a jednání. Žádoucí je dodržovat pravidelnost denního režimu nejen ve školním, ale také v domácím prostředí. Dále by měl být kladen důraz na pravidelné zařazování přestávek a relaxačních technik z důvodu jeho rychlé unavitelnosti. Dítěti byl doporučen roční odklad školní docházky. V tuto dobu je vhodné se zaměřit zejména na jeho výchovné problémy a současně posilovat i jeho další rozvoj v oblasti motoriky, řeči a inteligence. Při zápisu do první třídy se jeví pozitivně integrovat dítě do méněpočetné třídy, jelikož určité jeho projevy se s největší pravděpodobností neodbourají ani před nástupem do základní školy. Z hlediska dlouhodobější prognózy se zvyšuje možnost, že impulzivita a zvýšená aktivita budou postupně ustupovat nebo zcela mizet. Záležitost dalšího vývoje je však dosti proměnlivá a individuální. Záleží na vstupu H. do školy a hlavně na přístupu rodičů při jeho další výchově.

10.3 Kauzuistika chlapce T.

T. je osmiletý chlapec žijící v úplné rodině bez sourozenců. Navštěvuje první třídu základní školy. Projevy ADHD se u něho začaly objevovat v předškolním období, což také zapříčinilo jeho roční odklad povinné školní docházky.

Těhotenství i porod probíhaly bez obtíží. Raný vývoj dítěte byl považován za normální, kolem tří let se začaly objevovat první projevy nepozornosti, impulzivita a hyperaktivity. Vzhledem k nízkému věku na to ale rodiče nebrali zvláštní zřetel. Při zápisu do první třídy byly v pedagogicko-psychologické poradně zjištěny již zmíněné symptomy ADHD a byl tedy doporučen odklad školní docházky. Chlapec nastoupil do tzv. nultého ročníku ZŠ. Což je jakýsi přechod mezi mateřskou a základní školou. Měl by sloužit k nastavení režimu, základních pravidel a směřovat děti k potřebným a žádoucím návykům.

Chlapcova řeč je dysláická, problémy mu dělá výslovnost těžších slov, někdy dochází i k účelnému komolení slov. Můžeme hovořit o tom, že si vlivem své bohaté fantazie a představivosti vytváří svůj vlastní jazyk a dětská slova – tzv. dětský žargon. Mezi další symptomy ADHD patří roztěkaná pozornost, střídání a nedokončování činností. Dle lékařské anamnézy jde o další doporučení. Pokusit se ovlivňovat předvídatelnost situací, dodržovat pevnou strukturu času, prostoru a činností. Dále pracovat s neustálou motivací a odměnami za žádoucí chování. Snažit se předcházet možným stresovým nebo konfliktním situacím, aby nedocházelo k afektům a jiným přehnaným emočním reakcím.

Z pedagogické anamnézy vyplývá, že paní učitelky pozorují u chlapce občasnou zasněnost, introverzi, neodpovídání či nereagování na pokyny, případně složitější komunikaci s ostatními dětmi. Dle jejich názoru se chlapec v posledním roce zlepšil. Příznaky ADHD se v tomto směru zmírňují. Důležitou roli hrál pravděpodobně nástup do nultého ročníku, který byl pro chlapce přínosnější než třída předškolního vzdělávání, kde by na něj nebyly kladeny takové nároky. Ve škole v kontaktu s ostatními dětmi občas dochází ke konfliktním situacím, z čehož plynou případná kázeňská napomínání. Příležitostně dojde ke ztrátě nebo zapomenutí nějakých školních pomůcek. Výjimkou není ani výměna těchto věcí se sousedem v lavici, což se přikládá celkové chlapcově rozptýlenosti a nedostatku pozornosti, než záměrnému uvědomělému jednání.

Z rozhovoru s otcem chlapce bylo možné sumarizovat základní projevy ADHD, které jsou pozorovatelné zejména v domácím prostředí. Chlapec je dle subjektivního

pohledu rodiny živější než jeho vrstevníci. Jeho osobnost se zdá zejména emočně nezralá. Často se nechá vyrušit od prováděné činnosti, nedokáže přesněji odlišit důležité podněty od těch podružnějších. Objevuje se vyrušování, nesoustředěnost, roztěkanost, nepozornost, impulzivní jednání, vyšší aktivita spojená až s hyperaktivitou. Delší dobu se dokáže věnovat činnosti, která ho baví. Pod dozorem dokončí rozumně dlouhý domácí úkol. I v rodinném prostředí se občas vzteká, čas od času reaguje přecitlivěle a nepřiměřeně na určité situace. Můžeme tedy hovořit o určité emoční labilitě, která je vzhledem k věku dítěte ještě přípustnou odchylkou.

Většina chyb, kterých se ve školních pracích dopouští, plyne pravděpodobně z jeho nepozornosti a nedůsledné kontroly před odevzdáním. Největší problémy mu činí psaní. Jemná motorika je tedy na nižší úrovni. Chlapec se snaží o pravidelné procvičování hlavně za pomoci své matky. Vyskytuje se u něho i podezření na specifické poruchy učení (SPU), což je jedním z přidružených znaků ADHD. Tato diagnóza zatím nebyla potvrzena ani vyvrácena.

Mezi hlavní aktivity vyplňující chlapcův volný čas patří hry na počítači, televize a stále ještě hry s hračkami. Ke sportu se ho snažil přivést zejména otec. V mladším věku se pokoušel dát T. na fotbal nebo hokej. Bohužel dlouho nevydržel, hlubší zájem nejevil ani o jeden ze zmíněných sportů. Vliv na jeho částečnou pasivitu bude mít zřejmě matka, která se o chlapce bála a stavěla se k jeho sportování spíše negativně.

Co se týká terapeutických přístupů, tak u chlapce nebyla nasazena ani farmakoterapie, ani psychologické postupy. Z anamnézy vyplývá, že dominantně se uplatňuje zejména pedagogický a výchovný pilíř terapie. Hlavní důraz se klade na pravidelnost režimu a smysluplnost činností, což vede ke zvyšování výkonnostní motivace u chlapce.

Zlepšení v oblasti hrubé motoriky a koordinace pohybů můžeme přisuzovat sportovním aktivitám, kterým se alespoň určitou dobu věnoval. Vše mohlo vést k posilování jeho sebevědomí a pocitu vlastní důležitosti. Chlapec se naučil při kolektivních sportech kooperaci, zažil pocity prohry, ale i důležitá vítězství, která mohla pozitivně formovat jeho osobnost. Jelikož jiná motorická cvičení ani relaxační techniky nejsou dosud využívány, můžeme zmínit některá vhodná jako další doporučení.

Vzhledem k věkové kategorii mladšího školního věku by bylo vhodné aplikovat již složitější formy cvičení, která by podporovala jeho motoriku a zároveň by chlapce zklidňovala úměrně situacím. Vzhledem k dopolednímu vytížení žáka ve škole, je lepší zařazovat tyto techniky spíše do odpoledních hodin nebo případně těsně před spaním.

Vzhledem k obtížím v interakci s okolím je možné začít procvičovat relaxační masáže, které mimo jiné pomáhají odbourávat zábrany. Jemné a hladicí masáže zad, šíje a končetin slouží k uvolnění svalového napětí, jedinec si více uvědomuje své tělo, dochází ke zklidnění organismu. Dále by vzhledem k jeho rozvinuté fantazii a představivosti bylo dobré v rámci terapie zařazovat tzv. imaginaci. Jeví se jako nenáročná metoda, která při správném provedení působí kladně na zmínění projevů hyperaktivity. Jako další relaxační techniku by bylo vhodné pravidelně zařazovat jógová cvičení, která lze cvičit v domácím prostředí, nejsou časově náročná. Navíc pokud je podáváno hravou formou, děti baví a udrží při ní svou pozornost.

V budoucnu je žádoucí zaměřit se na posílení spolupráce s vrstevníky a snažit se o odbourávání jeho sociální a emoční nezralosti. Dále by bylo vhodné postupně prodlužovat délku jednotlivých činností a důsledně trvat na jejich dokončení a splnění. V oblasti logoterapie je nutné pokračovat. Řeč se zlepšuje, přesto je stále trochu dysláická. Snaha by měla být zaměřena na systematické rozšiřování jeho slovní zásoby, a na omezování použití jeho stereotypních či fantazijních vyjádření. Důležité je zklidňovat tempo jeho řeči a působit na dokončení smysluplných vět a myšlenek.

10.4 Kauzistika chlapce F.

Chlapci F. je 14 let, navštěvuje 8. třídu základní školy. Žije v úplné rodině a má jednoho mladšího sourozence. Prvních příznaků si rodiče dítěte všimli kolem jeho pátého až šestého roku života, tedy v závěru předškolního období těsně před vstupem do první třídy základní školy. Mezi projevy, které přivedly rodinu do pedagogicko-psychologické poradny, patřila neposednost, živost a obecně těžší zvladatelnost.

Dle dostupných informací došlo ke konečné diagnostice až v chlapcových deseti letech. Tedy v období, kdy již byla povinná školní docházka zahájena. Na určení diagnózy se podílelo více odborníků, například dětský lékař, pedagogický pracovník, psycholog a psychiatr. Podle lékařské anamnézy mezi první doporučení patřila snaha o shovívavost k chlapcovým výkyvům, dále důraz na dodržování pravidel a pevný denní režim a řád. V současné době dochází k pravidelným kontrolám a konzultacím, které se konají jednou za půl roku v pedagogicko-psychologické poradně. V lékařské zprávě je odkaz i na budoucí vývoj a prognóza je v tomto případě celkem optimistická. Dle názoru odborníků se chlapec postupem času naučí zvládat své nálady a impulzivní jednání. Citlivý přístup rodiny a školy mu v průběhu let pomáhá zmírňovat primární projevy ADHD. Zajímavé je, že chlapci F. nebyl doporučen ani sestaven žádný Individuálně vzdělávací plán, který by mu mohl ve školním prostředí o něco ulehčit práci. V poslední době se ale chlapcův stav výrazně zlepšuje, postupně se zmírňují projevy hyperaktivity, neposednosti, impulzivity a nepozornosti. Z tohoto důvodu není momentálně nutné výrazněji upravovat žákovu školní činnost.

Rodiče chlapce uvádějí, že stížnosti ze školy řeší čas od času. Pokud se v jeden moment nahromadí více problémových situací, konzultují vše intenzivněji, v případě nutnosti i s pomocí pedagogicko-psychologické poradny. Doba, po kterou se F. dokáže soustředit, není většinou delší než 20 minut, poté je nutné nasadit přestávku, změnit činnosti, či zařadit krátké relaxační cvičení na uvolnění. Zadané úkoly plní a nakonec dotáhne do konce. Občas je ale nutné na něho dohlédnout a připomenout mu některé jeho povinnosti. Matka uvádí, že si nevšimla, že by se chlapec vracel ze školy unavený či nějak výrazně znuděný. Oproti mladšímu věku se v poslední době výrazně snížil výskyt úrazů a jiných nehod. Vše je dáno zklidněním hyperaktivním projevů, zlepšením motoriky a celkové tělesné koordinace.

U chlapce F. jsou zaznamenávány občasné výbuchy hněvu a vzteku. Dalo by se říci, že se jedná o celkovou emoční labilitu, a tak u něho lze jen stěží předvídat reakce na dané situace. Přehnaně reaguje i na tresty, příkazy a zákazy. Opět se zde potvrzuje teze, že negativní způsob motivace ve výchově nepřispívá k zlepšování symptomů ADHD. Z anamnézy dále vyplývá, že chlapec zapomíná nebo ztrácí své věci. Což lze přisuzovat roztěkanosti a nepozornosti. Problémy v mluveném projevu a s řečí celkově se v současné době již nevyskytují. Matka pouze uvádí, že F. občas rychleji mluví než myslí, a proto někdy řekne více, než musí, v některých případech jeho projev působí zbrkle a neuceleně. Ke komolení slov už vzhledem k věku nedochází. Projevují se stále příznaky ADHD jako neposednost, neklidnost, roztěkanost a horší soustředění během školních činností. Úspěšnost ve škole je spíše nadprůměrná, s předměty nemá větší problém. Nikdy nedošlo k diagnostice specifických poruch chování, v této oblasti nebyly v průběhu let zaznamenány výraznější obtíže. Zajímavým postřehem je i to, že rodiče upozorňují na fakt, že chlapec není schopen sebereflexe. Je pro něho velice těžké uvědomit si vlastní chyby a nedostatky. Ale zároveň na sobě nedokáže plně docenit ani své kladné stránky. Určité problémy s vlastním sebepojetím jsou jedním ze znaků ADHD.

Dále se podíváme na terapeutické přístupy, které chlapci pomáhají v průběhu vývoje. Farmakoterapie nebyla dosud nasazena. Z lékařských vyšetření vyplývá, že symptomy ADHD jsou stále zvládnutelné klasickými metodami, není tedy zatím důvod přistoupit k medikamentózní léčbě. Základní pedagogické a výchovné postupy jsou na chlapci aplikovány spíše nedůsledně a nepravidelně. Jak bylo zmíněno výše, učitelé se neřídí žádným přesným Individuálním vzdělávacím plánem. Dle výpovědi se jedná pouze o aktualizaci organizačních metod a forem výuky. Zejména se snaží doplnit samotný výklad kromě sluchu o další smyslové podněty. Dále se pokouší chlapce více zařazovat do skupinových prací, což pomáhá nejen k jeho lepším studijním výsledkům, ale také to má dobrý vliv na rozvoj komunikace a posílení sociálních vztahů v rámci třídy.

Kognitivně-behaviorální terapie nebyla rodině nikdy doporučena. Některým relaxačním technikám se chlapec F. věnoval v mladším věku. V současné době se aktivně zaměřuje spíše na sport, takže příležitostně hraje fotbal, tenis, případně jezdí na kole. Mezi relaxační metody, které vyzkoušel, patřila například Jacobsonova progresivní svalová relaxace, která měla sloužit zejména zpočátku na zklidnění jeho hyperaktivních projevů. Bylo nutné uvolnit přebytečnou energii a zklidnit organismus před spaním. Chlapce tyto cviky příliš nebavily. Dále byla doporučována dechová cvičení, která se ale moc neosvědčila. Dle matčiny slov se pokoušeli o různá motorická cvičení s velkými

sedacími nafukovacími balóny, což ve výsledku zlepšovalo jeho koordinaci a držení těla. Kolektivní sporty se v daném věku ukazují jako vhodná forma pro uvolňování přebytečné aktivity.

Závěrem můžeme shrnout následující postřehy. V poslední době se jeho hyperaktivní projevy a impulzivní jednání výrazně zlepšily. Chlapec zná svůj stav, je si vědom svých nedostatků zejména v kognitivní rovině a snaží si dávat pozor na to, aby především ve škole nedocházelo k větším komplikacím, než je nutné. Nepozornost se odbourává. Určitá roztěkanost bude pravděpodobně přetrvávat i do budoucna. Projevy ADHD jsou v současné době nejvíce zřetelné v emoční a sociální rovině. Typická je jeho náladovost, emoční nestálost, neočekávané a neadekvátní výbuchy vzteku, které pramení z nižší frustrační tolerance. Problémy se objevují i v oblasti komunikace a navazování sociálních vztahů.

Do budoucna bych doporučila sestavení Individuálně vzdělávacího plánu, který by chlapci mohl pomoci při studiu na střední škole. V případě přetrvávajících emočních problémů by bylo žádoucí uvažovat o formě psychoterapie, která by chlapci mohla pomoci k nalezení rovnováhy. Terapie by se měla zaměřit na jeho rozvoj osobnosti, bezvýhradné kladné přijetí, což by pomohlo formovat jeho sebevědomí. Chlapec se nachází na začátku složitého období pubescence, takže zmiňované symptomy není možno přisuzovat jen syndromu ADHD. Jistou roli zde jistě sehrává i zmiňované vývojové stádium.

10.5 Kauzistika chlapce M.

Chlapec M. je sedmnáctiletý student 2. ročníku víceletého gymnázia. Tento jedináček žije v neúplné rodině pouze s matkou. Otce vídá nepravidelně. Jednotlivé symptomy ADHD se u něho začaly více projevovat až v průběhu mladšího školního věku. Předchozím možným příznakům hyperaktivity a nepozornosti rodina nepřikládala význam. Vše se zvýraznilo až po nástupu do školy a následném rozvodu rodičů.

Dle sdělených informací probíhal porod i těhotenství bez potíží. V raných letech života si rodiče nevzpomínají na žádné problémy spojené s projevy ADHD. V šesti letech byl chlapci doporučen odklad školní docházky o jeden rok. Důvodem pro tento podnět byla jeho živější povaha, zjevná hyperaktivita, sklony k impulzivnímu jednání, prudké až agresivní reakce. Kolem sedmého roku se tedy M. dostal prvně do pedagogicko-psychologické poradny k podrobnějšímu vyšetření. Až po nástupu do první třídy mu byla diagnostikována lehká mozková dysfunkce s podezřením na projevy opozičního chování. Zhruba v tomto životním období došlo k rozvodu rodičů. Bližší záznamy o tom, jak chlapec toto období emočně prožíval, bohužel nemáme k dispozici.

Z lékařské anamnézy vyplývá, že v mladším školním věku se u něho objevovaly následující projevy: neschopnost vydržet u jedné činnosti, zřetelná touha po nových zážitcích, dále zvědavost a schopnost adaptace na nové prostředí a podněty. Dlouhodobě u něho přetrvával neklid, neúčelná aktivita, roztržitost a nesoustředěnost. Objevoval se i vzdor a časté afektivní reakce, které právě vedly k podezření na opoziční poruchu chování, která se však dalšími vyšetřeními nepotvrdila. Psychologickým vyšetřením bylo zjištěno, že chlapec M. má mírně nadprůměrnou inteligenci. Co se týká kognitivních funkcí, tak jeho myšlení je pružné, schopné abstrakce, chápe souvislosti a vztahy, má dobře rozvinutou prostorovou představivost a orientaci. Oslabena je naopak paměť, zejména ta krátkodobá (pracovní) a pozornost.

Školní prospěch byl vždy spíše podprůměrný. Chlapec evidentně spoléhá na svoji vyšší inteligenci, není zvyklý se cílevědomě a soustavně učit. Snaží se vycházet ze znalostí, které zaslechne přímo při vyučování, což je ale komplikované vzhledem k jeho poruše pozornosti. Stížnosti ze školy se čas od času objevovaly především na základní škole. Šlo o běžné kázeňské prohřešky, jako například vyrušování při vyučování nebo občasná praní o přestávkách.

Po vstupu na střední školu se jeho symptomy ADHD začaly postupně proměňovat. S přibývajícím věkem mizí hyperaktivita, pozornost se zlepšuje. Neměnně zůstávají sklony k impulzivním a prudkým reakcím na neočekávané podněty, typické je pro něho neadekvátní reagování vzhledem k situacím. Přestože v mladším věku neměl problémy s adaptabilitou, tak v současné době se u něho projevuje určitá nepřizpůsobivost k novým věcem. Povahově je M. spíše uzavřený a introvertní. Stále se objevuje určitá afektovanost a emoční labilita. Chybí mu silná vůle. Je snadno ovlivnitelný, nedokáže dělat činnosti naplno, vytyčené cíle většinou nedokáže dotáhnout do konce.

Co se týká trávení volného času, věnuje se aktivně sportu, konkrétně fotbalu. Od nástupu na střední školu se trénování věnuje soustavněji, ale je vidět, že poslední dobou ho i tato zájmová činnost přestává bavit. Nedokáže přemýšlet příliš do budoucna a tvořit plány. Není schopen stanovit si vyšší a dlouhodobější cíle. Jeho sociální život probíhá zejména přes počítač formou sociálních sítí a chatů. Zatím nenavázal žádný hlubší vztah s osobou opačného pohlaví. Kamarády potkává hlavně na fotbalu a při sportu obecně, ale neudrží žádná trvalejší přátelství. Jeho komunikace s okolím je problematictější, což souvisí s jeho stydlivostí a uzavřeností.

I přes jeho bezmála dospělý věk je nutné stále na chlapce dohlížet. Rodiče považují za žádoucí stanovit mu pevné výchovné mantinely, které mu pomáhají strukturovat denní režim. Dalším prvkem, na který je poukazováno v terapii, je důsledná spolupráce mezi rodinou a školou. Farmakoterapie nebyla u chlapce nikdy nasazena. Psychologický pilíř terapie také nebyl nikdy naplno využíván. O možnosti kognitivně-behaviorální terapie rodiče nikdy neslyšeli. Relaxační techniky a jiná motorická cvičení byla v rámci pedagogicko-psychologické poradny doporučována. Nikdy se jim však nijak dlouhodobě ani soustavněji nevěnovali. Rodina spoléhala zejména na výchovné a pedagogické postupy. Svojí výchovou, tolerancí, obětavostí, pochopením a vytrvalostí se snažili o to, aby se postupně jednotlivé projevy ADHD začaly zmírňovat. Otec ale také na druhou stranu uvádí, že by si pro chlapce představoval přísnější přístup s potřebnými vytyčenými hranicemi. Dle jeho názoru byl po rozvodu ze strany matky rozmazlován, což mu příliš vzhledem k diagnóze nepříspělo. V současné době se situace a vzájemná komunikace zlepšila.

Mezi chlapcovy silné vlastnosti patří schopnost imaginace, intuice a inspirace spojená s kreativitou. Vše mu pomáhá se vyrovnávat se zbylými příznaky ADHD. Vzhledem k adolescentnímu období nemusí určité symptomy souviset jednostranně jen s diagnostikovaným problémem. Je otázkou, na kolik se jedná pouze o charakteristické

znaky typické pro danou vývojovou fázi. Momentálně již nedochází ze strany chlapce M. k návštěvám poradny. Svůj stav se snaží zvládat svépomocí.

V dalších doporučeních a prognóze bych se orientovala zejména na zvládnání emoční lability a posilování sociálních kontaktů, komunikace a celkově utváření dlouhodobějších vztahů. Chlapec je svým dosavadním průběhem o něco více determinován k případné promiskuitě a emocionální nevyzrálosti, která se může promítat do budoucích vztahů. V této době je obtížné cokoli predikovat. V případě potřeby nebo zhoršení stavu bych zejména rodičům, ale i chlapci samotnému, doporučila případnou návštěvu školního psychologa, který může výrazně pomoci. Jedince může nasměrovat nejen vhodným profesním směrem, ale pomůže mu se i lépe zorientovat v osobním životě.

Závěr

V úvodu praktické části jsme si stanovili výchozí předpoklady, které se pokusíme potvrdit či vyvrátit na základě uvedených kauzuistických studií. Níže je uvedeno shrnutí celé práce.

První předpoklad se bohužel nepotvrdil. Jak je možno vyčíst z případových studií, ani v jednom z případů nedochází k plnému zapojení všech tří pilířů. Nejčastěji dochází k působení pedagogického a výchovného přístupu. Dále jsou využívány relaxační techniky a jejich psychologické působení na jedince. Jen u jednoho nejmladšího chlapce bylo zjištěno i podávání farmakoterapie. Rovnoměrné zapojení všech pilířů terapie nebylo nalezeno ani u jednoho z respondentů.

Druhý předpoklad se v praktické části práce podařil potvrdit. Pokud hovoříme o základních symptomech ADHD, máme na mysli zejména hyperaktivitu, impulzivitu a poruchy pozornosti. Z výše uvedených kauzuistik můžeme vyvodit, že pravidelné užívání relaxačních technik má opravdu kladný vliv na snižování těchto projevů. Spolu se zapojením cíleného a soustavného pedagogického a výchovného působení bylo u chlapců dosahováno jistých pokroků a zlepšení. Z vývojového pohledu tedy tyto primární projevy postupně mizí, v dospívání a dospělosti zůstává určitá emoční labilita, roztěkanost nebo nesmělost v navazování sociálních vztahů.

Třetí počáteční předpoklad se podařilo potvrdit. Oba chlapci předškolního věku se snaží relaxovat pomocí cvičení jak doma, tak i v mateřské škole. Cviky jsou přizpůsobeny jejich možnostem. Z jejich dokumentace vyplynulo, že se symptomy postupně minimalizují. Chlapec v mladším školním věku sice necvičí relaxační techniky s takovou pravidelností, ale zase ho to přivedlo k jiným sportovním aktivitám, které tedy tuto snahu pouze transformovaly vhodným směrem. Dospívající respondenti v současné době již neproaktívují relaxační techniky, přesto u nich v mladším věku byla tato cvičení také doporučována a realizována.

Předpoklad postupného ústupu terapeutických přístupů v období dospívání a náhrady za sebevýchovu a působení psychohygieny se potvrdil u chlapců ve stádiu pubescence i adolescence. Z jejich anamnézy vyplynulo, že v mladším věku byla snaha zapojovat zejména výchovný a pedagogický terapeutický přístup. S jejich vzrůstající autonomií se toto původně vnější působení postupem času zvnitřňuje. Dospívající s ADHD by se sami měli snažit o sebevýchovné působení a dodržování základních pravidel psychohygieny. Případy těchto respondentů potvrzují fakt, že se jednotlivé projevy ADHD v průběhu času

proměňují a většina z nich i zcela mizí. Shodně se u obou chlapců v tomto věku objevuje snaha zaměřit se na sportovní aktivity, které mohly mít také svůj pozitivní vliv na zmírnění hyperaktivních a impulzivních projevů chování.

Závěrečný předpoklad se potvrdil jen zčásti. U chlapců předškoláků byl Individuální plán sestaven ve spolupráci s pedagogicko – psychologickou poradnou. Pedagožky v mateřské škole se dle něho řídí a připravují pro chlapce procvičování problematických jevů dle doporučení. Jsou zde uvedena konkrétní pravidla pro procvičování grafomotoriky, ale i motoriky hrubé. Individuální přístup je zde k žákům vhodně rozvíjen. Bohužel u starších chlapců od mladšího školního věku nebyl Individuální vzdělávací plán nikdy sestaven. Ani sami rodiče o něm nikdy neuvažovali, jako o možném řešení jistých problematických situací vzhledem k projevujícím se symptomům ADHD.

Shrnutí základních poznatků z celé diplomové práce je možno najít v *Příloze č. 4*. Jsou zde přehledně vymezeny základní terapeutické přístupy, které byly mapovány v daných vývojových obdobích. Porovnáno je hledisko teoretické i praktické. Pokud je pole s terapií vynecháno, znamená to, že se buď vzhledem k ranému věku vůbec neaplikuje, nebo nebylo v praktické části ověřováno. V ostatních ontogenetických stádiích dochází vždy k určitým rozdílům mezi ideální teorií a praktickým přístupem.

Závěrem bych si dovolila uvést několik konečných poznatků k diplomové práci a případně navrhl možná zlepšení v případě dalšího výzkumu v této oblasti. V práci byly zachyceny případové studie napříč základními vývojovými stádii, ve kterých se výrazněji projevují a proměňují symptomy ADHD. Přesto by v případě objektivnějšího zkoumání bylo vhodnější zahrnout větší zkoumaný vzorek. Menším nedostatkem je i homogenní hledisko pohlaví respondentů. Větší míry objektivity by bylo dosaženo zahrnutím ženského pohlaví do výzkumu. Bohužel v rámci této studie se nepodařilo sehnat dívky s projevy hyperkinetického syndromu, což si můžeme vysvětlit i statistickým rozložením tohoto jevu ve společnosti, kdy je prokázáno, že ve výraznějším množství se tato problematika vyskytuje zejména u mužského pohlaví.

Resumé

Tato diplomová práce se věnuje Terapeutickým přístupům k ADHD v jednotlivých vývojových stádiích. Celá práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnujeme nejprve stanovení normy daných ontogenetických stádií z pohledu vývojové psychologie. Dále jsou zde kapitoly vymezující základní terminologii a definici syndromu ADHD. Práce se zabývá nejprve obecnými základními symptomy ADHD, poté i proměně projevů vzhledem k vývoji jedince v průběhu života. V práci je zohledněno i etiologické hledisko a není opomenut ani pohled na diagnostiku syndromu ADHD. Dále zde nalezneme i kapitolu věnující se legislativním úpravám při vzdělávání dětí s projevy ADHD. Teoretickou část uzavírají samotné terapeutické přístupy, které byly rozděleny pro potřeby práce do tří hlavních pilířů – pedagogický, medicínský a psychologický. V psychologickém přístupu se podrobněji věnujeme využití jednak kognitivně – behaviorální terapie, jednak relaxačním technikám.

Praktická část diplomové práce se skládá z pěti případových studií, ve kterých jsou naznačeny tendence sledovat jedincův vývoj a posun v symptomatologii z různých anamnestických pohledů. Zohledněno je zejména lékařské a pedagogické hledisko, dále rodinná anamnéza, případně vlastní pozorování. Kauzuistiky se dále zaměřují také na možnosti terapie v daných věkových obdobích a na proměnu jednotlivých terapeutických přístupů v závislosti na věku.

Summary

This thesis focuses on therapeutic approaches to ADHD in different developmental stages. The paper is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part deals with the determination of the standards of the ontogenetic stages from the perspective of developmental psychology. There are also chapters defining the basic terminology and definition of the syndrome. The work is concerned with the general basic symptoms of ADHD, then the transformation of expressions due to the development of the individual throughout life. The work is also taken into account the etiological point of view and not forgetting the sight of diagnosing ADHD syndrome. You'll also find a chapter devoted to legislative changes in the education of children with symptoms of ADHD. The theoretical part is closed by itself therapeutic approaches that have been divided for the purpose of work in three main pillars - educational, medical and psychological. The psychological approach, we deal with the use of one hand, cognitive - behavioral therapy, relaxation techniques one hand.

The practical part of the thesis consists of five case studies in which are indicated the tendency to monitor one's development and progress in the symptomatology of the medical history of different perspectives. Treatment is mainly medical and educational perspective and family history, in my own observation. Cases of further focus also on the treatment possibilities in these age periods and the transformation of various therapeutic approaches, depending on age.

Použitá literatura

ANTAL, Martin, 2013. *To dítě je nepozorné. Jak žít s hyperaktivním dítětem*. Praha: Mladá Fronta, ISBN 978-80-204-2898-1

HALLOWELL, M. Edward, RATEY, J. John, 2007. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-154-5

HOLEČEK, Václav, MIŇHOVÁ, Jana, PRUNNER, Pavel, 2007. *Psychologie pro právníky*. 2. aktualizované vydání. Plzeň: Aleš Čeněk s.r.o. ISBN 978-80-7380-065-9

HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana, NOVOTNÁ, Lenka, 2004. *Vývojová psychologie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 80-7043-281-0

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana, 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7

KOCUROVÁ, Marie, 2002. *Lehké mozkové dysfunkce*. Plzeň: Pedagogické centrum Plzeň. ISBN 80-7020-099-5

KULIŠŤÁK, Petr, 2003. *Neuropsychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-554-7

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9

MÜLLER, Oldřich, 2005. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1075-3

MUNDER, Alison, ARCELUS, Jon, 2006. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-188-3

NOVÁK, Tomáš, 2003. *Proč jsi stále tak neklidný?* Brno: ERA. ISBN 80-86517-62-4

PACLT, Ivo a kol., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4

PREKOPOVÁ, Jiřina, SCHWEIZEROVÁ, Christel, 1994. *Neklidné dítě*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-019-7

PŘÍHODA, Václav, 1977. *Ontogeneze lidské psychiky I*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství Praha

RIEFOVÁ, F. Sandra, 1999. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-287-4

ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-829-5

VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost a stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0

VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 80-246-0956-8

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online] [cit. 2014-03-02]

Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/>> .

Přílohy

Příloha č. 1

Diagnostická kritéria podle DSM-IV (Jucovičová, Žáčková, 2010)

A. Porucha, trvající nejméně 8 měsíců, při níž se objevuje nejméně 8 z následujících 14 symptomů, a to v takové míře, že projevy dítěte neodpovídají jeho věku:

1. Často si neklidně pohrává s rukama, bezúčelně pohybuje nohama nebo se vrtí na židli. V době dospívání můžeme omezit kladnou odpověď na tuto položku pouze na takové případy, kdy adolescent hovoří o tom, že prožívá subjektivní pocity vnitřního neklidu.
2. Dítě má potíže s tím, aby vydrželo klidně sedět, i když je o to požádáno.
3. Lehko je vyruší (případně odvedou od práce) vnější stimuly.
4. Ve hrách s pevně stanovenými pravidly či ve společenských (skupinových) stimulacích mu dělá potíže vyčkat, dokud na něj nepříjde řada.
5. Často vyhrkne odpověď na otázku ještě před tím, než ji ten, kdo se ptá, vůbec stačil vyslovit (což vede k častým chybám).
6. Dělá mu potíže řídit se instrukcemi jiných osob (a není to kvůli opozičnímu, negativistickému chování ani kvůli nepochopení), například mu dělává potíže dokončit nějakou práci.
7. Dělá mu potíže soustředit se, ať už na úkoly, nebo při hrách.
8. Dělá mu potíže hrát si tiše.
9. Často je nadměrně povídavé, překotně hovoří.
10. Často přebíhá od jedné nedokončené činnosti ke druhé.
11. Často přerušuje jiné anebo jim skáče do řeči, například plete se do her jiných dětí.
12. Často to vypadá, jako že neposlouchá, co se mu říká.
13. Často ztrácí věci, které jsou nezbytné pro školní práci či celkově pro různé důležité činnosti, ať už doma, nebo ve škole (například hračky, tužky, knihy, domácí úkoly).
14. Často se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (přitom to nedělá kvůli tomu, že by vyhledávalo nebezpečí pro nebezpečí), například vbíhá do vozovky, aniž by se předtím rozhlédlo.

B. Nemoc se začíná projevovat obvykle před sedmým rokem věku.

C. Nemoc nesplňuje kritéria vše zachvacující vývojové poruchy (pervasive development disorder).

Příloha č. 2

Doporučovaná diagnostická kritéria poruchy pozornosti u dospělých

(Hallowell, Ratey, 2007)

- A. Níže uvedené příznaky trvají. Je nutné, aby se u jedince vyskytlo přinejmenším 12 z nich.
1. Pocit, že jedinec nedosahuje takových výkonů, na něž má schopnosti a dovednosti, že nedosahuje svých cílů.
 2. Potíže s udržení pořádku a se systematickostí.
 3. Neschopnost dovést započaté aktivity do konce či problémy se zahajováním činností.
 4. Jedinec se současně věnuje několika aktivitám, ovšem má potíže s jejich dokončením.
 5. U jedince se projevuje tendence říci to, co má právě na mysli, aniž by předem zvážil, zda je pro jeho poznámku vhodný okamžik či vhodná situace.
 6. Jedinec často vyhledává silné podněty.
 7. Jedinec nedokáže unést nudu.
 8. Jedinec je často rozptýlený, má potíže s udržení pozornosti.
 9. Jedinec bývá tvořivý, intuitivní, vysoce inteligentní.
 10. Jedinec má problémy s dodržení zadaných pravidel.
 11. Jedinec je netrpělivý, nízký práh frustrační tolerance.
 12. Jedinec je impulzivní, a to slovně nebo chováním (utrácí peníze, často mění plány, pouští se do nových aktivit). Jedinec je prchlivý.
 13. Jedinec si obvykle zbytečně a také bez ustání dělá s něčím starosti. Tento stav střídá s netečností vůči skutečnému nebezpečí, případně mu nevěnuje pozornost.
 14. Časté prožívání pocitů nejistoty.
 15. Projevují se časté změny nálad, emoční labilita.
 16. U jedince se projevuje tělesný a kognitivní neklid.
 17. Jedinec mívá tendence k závislému chování.
 18. Jedinec mívá trvalé potíže se sebeúctou.
 19. Jedinec není schopen adekvátního sebepozorování.
 20. V rodině se vyskytuje ADD, bipolární afektivní porucha, deprese, zneužívání psychotropních látek či jiné poruchy dotýkající se kontroly impulzů a nálady.
- B. Výskyt ADD v dětství. (Nemuselo jít o formální diagnostiku, příznaky vyšly najevo během sestavení osobní anamnézy.)
- C. Příznaky není možno vysvětlit jiným tělesným nebo psychiatrickým stavem.

Příloha č. 3

Desatero k třídním schůzkám

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

1. Vytvořit příjemné prostředí (zvolit netradiční posezení v kruhu, při čaji, relaxační hudbě, aromatických svíčkách...).
2. Začít rozhovor životem třídy (společná akce, sportovní hry za účasti rodičů,...), seznámit rodiče s úspěchy třídy jako celku, teprve pak přejít k běžným organizačním věcem.
3. Při hodnocení třídy začínat pozitivy.
4. Vystříhat se označování tzv. kolektivní viny – takové výrazy odradí od spolupráce.
5. O jednotlivých dětech hovořit s rodiči vždy individuálně, zajistit, aby informace jim poskytované neposlouchal nikdo jiný; rodiče jsou v rozhovoru partnery.
6. Při hodnocení jednotlivých dětí začínáme zdůrazněním pozitivní stránky dětí – pak rodiče snáze přijmou i negativa.
7. Využít i alternativních forem rodičovských schůzek – např. společně s dětmi, s promítnutím filmu z některé akce dětí, ...
8. Dávat co největší prostor diskuzi, být spíše moderátorem či mediátorem, závěrem se dohodnout na společných kompromisních řešeních.
9. Motivovat rodiče k účasti na další schůzce – dohodnout její program, zaznamenat zajímavé náměty, přání.
10. Rodičovské schůzky doplnit a oživit výstavkou prací dětí, přednáškou na aktuální témata, nabídkou zajímavých publikací či pomůcek.

Příloha č. 4

Tabulka - shrnutí

Vývojové období	Terapeutické přístupy - TEORIE	Terapeutické přístupy - PRAXE
<i>Od narození do 3 let</i>	----	----
<i>Předškolní věk</i>	Farmakoterapie Pedagogické a výchovné působení Kognitivně – behaviorální terapie Základní relaxační techniky, motorická cvičení na jemnou i hrubou motoriku	Farmakoterapie Pedagogické a výchovné působení Základní relaxační techniky, motorická cvičení na jemnou i hrubou motoriku
<i>Mladší školní věk</i>	Farmakoterapie Pedagogické a výchovné působení Kognitivně – behaviorální terapie Relaxační techniky, jógová cvičení, propracovanější motorická cvičení	Pedagogické a výchovné působení Sportovní aktivity Motorická cvičení
<i>Dospívání (pubescence a adolescence)</i>	Farmakoterapie Pedagogické a výchovné působení Kognitivně – behaviorální terapie Relaxační techniky, jóga	Pedagogické a výchovné působení Sebevýchova a psychohygienu, prevence stresu Kolektivní sporty
<i>Dospělost</i>	Farmakoterapie Kognitivně – behaviorální terapie Relaxační techniky	-----