

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

TERAPIE U DĚTÍ S ADHD

Bakalářská práce

Zdeňka Krůtová

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na
vzdělávání (2014-2017)

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, 2017

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

V Plzni dne

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Kateřině Šámalové za trpělivost, veškeré rady, které mi po celou dobu práce poskytovala a hlavně za psychickou podporu. Také chci poděkovat své rodině za trpělivost během psaní mé práce.

Zdeňka Krůtová

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Obsah

Úvod.....	1
1 TEORETICKÁ ČÁST	3
1.1 Vymezení terminologie, historie a legislativa ADHD	3
1.1.1 Definice ADHD.....	3
1.1.2 Historické aspekty ADHD	3
1.1.3 Systém péče a podpory jedinců s ADHD.....	5
1.2 Vývoj dítěte s ADHD, symptomy ADHD	6
1.2.1 Fyziologický a psychický vývoj dítěte.....	7
1.2.2 Vývoj dítěte s ADHD.....	10
1.2.3 Projevy ADHD ve struktuře CNS	10
1.2.4 Fyziologické změny	11
1.2.5 Symptomy ADHD.....	12
1.3 Formy terapie dětí se symptomem ADHD a její vliv na dítě.....	13
1.3.1 Výběr terapie podle subtypu	14
1.3.2 Rodičovské poradenství a rodinná terapie	15
1.3.3 Skupinová psychoterapie.....	16
1.3.4 Kognitivně-behaviorální terapie.....	17
1.3.5 Pomocné terapeutické metody	18
1.3.6 Zahraniční studie ADHD	20
2 PRAKTICKÁ ČÁST	22
2.1 Cíl výzkumu, metodologie.....	22
2.1.1 Výzkumné otázky.....	22
2.1.2 Výběrový vzorek	23
2.1.3 Kazuistika.....	23
2.1.3.1 Kazuistika 1.....	23
2.1.3.2 Kazuistika 2.....	25
2.1.3.3 Kazuistika 3.....	28
2.1.3.4 Kazuistika 4.....	31
2.2 Doporučení pro praxi	33
ZÁVĚR.....	34
RESUMÉ.....	36
Seznam literatury	37

Seznam zkratek

AHDH - Porucha pozornosti s hyperaktivitou

CNS - Centrální nervová soustava

CT - Výpočetní tomografie

DSM - Diagnostický manuál psychiatrických poruch

EEG - Biofeedback - biologická zpětná vazba

GABA - Kyselina gama-aminomáselná

LMD – Lehká mozková dysfunkce

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

MRI - Pozitronová emisní tomografie

PET - Pozitronová emisní tomografie

PPP – Pedagogicko- psychologická poradna

SPC – Speciální pedagogické centrum

SPCH – Specifické poruchy chování

SPU – Specifické poruchy učení

VPU – Vývojové poruchy učení

Úvod

„Bezpodmínečnou lásku ve výchově dítěte můžeme chápat jako světlo, které nás vede. Bez něho se jako rodiče budeme pohybovat v naprosté tmě a nepoznáme, kde jsme a co bychom měli dělat s ohledem na dítě. Toto světlo nám ukazuje, kde se nacházíme my a kde naše dítě a co máme dělat ve všech oblastech výchovy včetně kázně. Pouze takový základ tvoří úhelný kámen, na kterém můžeme budovat nejvhodnější způsob výchovy dítěte a denně tak naplňovat jeho potřeby. Bez základu bezpodmínečné lásky se náš rodičovský úkol stává břemenem plným zmatků, které nám přinášejí zklamání.“ (Ross Campbell)

Téma bakalářské práce, terapie dětí s ADHD, jsem si vybrala z osobních důvodů. V dětství mne všichni považovali za velmi problematické dítě, nerady mne hlídaly tety, sousedky mě měly za velmi nevychované dítě. Trpěla jsem silnými ekzémy, lehkými depresiemi, silnou revoltou v pubertě. V počátku dospělosti začaly psychické problémy ve větší míře provázené komplexy méněcennosti. Neustálé odkládání povinnosti na potom a následná snaha vše stihnout v šibeničním čase. Když se mi narodil syn, měla jsem pocit, že neumím správně vychovat dítě.

Ve 43 letech jsem začala studovat psychologii, vždy mne tento obor přitahoval, moci porozumět druhým lidem byl jeden důvod. Hlavním důvodem však bylo porozumět sama sobě. Najít příčinu, vysvětlení proč se v určitých situacích chovám bez rozmyslu, proč mne vyvedou z míry věci, které ostatní nechávají v klidu. Až studium psychologie mne dovedlo k poznání, že já sama jsem v dětství měla být diagnostikována jako dítě s ADHD. Bohužel v době mého dětství jsem byla jen problémové a nevychované dítě. Odkrytí příčiny mých problémů mi dává možnost na sobě pracovat. Důležitost včasného odhalení jakéhokoliv problému je velmi podstatná pro kvalitní a smysluplný život každého člověka. Stejně důležité je ukázat směr těm, kteří pomoc potřebují.

Cílem práce je shrnout historické a aktuální teoretické poznatky o syndromu ADHD zejména doporučované terapie. První okamžik, kdy rodiče začnou vnímat, že jejich dítě je jiné. Zda jsou to matka nebo otec, kteří jako první začnou situaci řešit, nebo první zásah přijde z prostředí mimo rodinu.

Neklidné roztěkané, nepřetržitě mluvící, zbrklé děti působí rodičům mnoho potíží. Jejich rodiče musí stále myslet na to, co přijde, být trvale ve střehu. Často se za své děti

stydí, mají obavy, s dítětem někam jít, aby nebyli považováni za špatné rodiče. Hyperkinetická porucha chování je vrozenou vývojovou nerovnováhou centrální nervové soustavy, jejíž známky se mohou projevit, mohou také během života vymizet. Není to výsledek nesprávné výchovy. Dnes je k dispozici nepřehledné množství eventualit, jak projevy poruchy zmírnit, ADHD není choroba, kterou by bylo možné zcela vyléčit důležitá je včasná diagnostika, dodržování rad odborníku. Pokusila jsem se, malou sondou do tohoto problému zmapovat doporučené postupy a terapie pro děti s ADHD.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Vymezení terminologie, historie a legislativa ADHD

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) porucha pozornosti provázená hyperaktivitou, porucha, v jejímž pozadí leží biologická příčina. Není to výsledek nesprávné rodičovské výchovy nebo momentální náladový stav dítěte. K nejčastějším příčinám psychiatrického vyšetření u dětí se řadí hyperkinetická porucha. Často se u laiků rodičů, kteří bývají zoufalí, vyskytují názory, že ADHD je omluvou pro nevychované dítě (Munden, Arcelus 2008).

1.1.1 Definice ADHD

Jedná se o vývojovou poruchu, která je charakteristická pro věk dítěte s nepřiměřeným stupněm hyperaktivity, impulzivity a pozornosti. Potíže bývají chronické a i přesto, že mohou být zmírněny v důsledku dozrávání centrální nervové soustavy, bohužel přetrvávají do dospělosti. Rozdíly jsou pozorovatelné již v raném dětství. Potíže se pojí s neschopností dodržování pravidel chování a provádění opakovaných pracovních výkonů. Tyto biologické nedostatky mají negativní podíl negativním vzájemným působením s rodinou, školou a společností (Barkley, 1990 in Zelinková, 2015 s. 196).

1.1.2 Historické aspekty ADHD

Britský lékař George Still jako první popsal ADHD v roce 1902 (Drtílková 2007). Vyšetřoval skupinu dvaceti dětí, které byly neklidné a projevovalo se u nich nežádoucí chování, i přesto, že byly dobře vychovány v aspektu podmínek „dobré výchovy“. Popisoval u nich projevy hyperaktivity, narušené pozornosti, problémy s učením a také si zjistil, že se příznaky objevují více u opačného pohlaví. Nakonec vyvodil ze studie, že možnou příčinou problémů je jejich biologický původ.

Ve 20. století se tyto poruchy u dětí považovaly za tzv. „morální defekt“. Běžnou přijatelnou léčbou bylo bití, které mělo za cíl dosáhnout u dětí poslušnosti (Drtílková, Šerý, a kol., 2007, s. 15). Na konci třicátých let 20. století Charles Bradley (1937) použil v léčbě chování benzedrin (racemickou směs dextroalevoamfetaminu) a tím byla posílena hypotéza o biologické příčině, jelikož se hyperaktivita zmírnila.

Ve 40 letech byl kladen důraz na organické postižení s diagnózou symptomů duševních poruch mozku (brain disorders), do těchto poruch byl zahrnut nesprávný vývoj zapříčiněný strukturální poruchou mozku, aktuálním poškozením CNS (traumatem, inflexí, hypoxií), nedostatečnou nebo nadměrnou stimulaci. V 60 letech bylo zjištěno, že tento syndrom je často spojen se specifickými poruchami školních dovedností, které souvisí s dysfunkcí převodu mezi hemisférami. Denhoff a Laufer diagnostikují „cerebraldysfunctions“ a přichází s termínem hyperkinetická impulzivní porucha, jejíž kritéria se opírala pouze o klinické příznaky hyperaktivity, nikoliv na etiologii. U nás Třesohlavá lehkou mozkovou dysfunkci (Malá2008).

Starší pojetí termínu LMD v některých případech přetrvává dodnes a samotný termín LMD je všeobecně známý. Celkový koncept této poruchy zahrnoval i poruchy, které by se daly dnes chápat pouze jako komorbidní, např. specifické vývojové poruchy (Drtilková, Šerý, a kol, 2007, s. 16).

Podle Drtilkové a Šerého je v dnešním světě použití pojmu LMD nesprávné. Heterogenní koncept LMD nedovoluje dostatečné diagnostické určení s dnes používanými klasifikačními termíny MKN-10, jelikož obsahuje širší spektrum psychopatologie, což může vést k nasazování nedostatečné cílené terapie.

V sedmdesátých letech se uskutečnil vědecký výzkum, jehož výsledkem bylo, že se ADHD stala nejvíce popisovanou a nejcitovanější dětskou poruchou rukovětí Index Medicus (adresář článků zabývajících se výzkumy v medicíně). V důsledku těchto výzkumů se tato porucha nyní považuje za poruchu s biologickou příčinou, kterou je možno léčit (Černá, 2002).

V minulosti používali lékaři i odborníci k pojmenování poruchy se symptomy ADHD mnoho různých názvů a definicí. Název ADHD je používán v české republice od roku 1994. Používání termínu porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) bylo zvoleno dle Amerických diagnostických manuálů psychiatrických poruch DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) a DSM-IV (1994).

Desátá mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 platná od roku 1993 přinesla termín hyperkinetické poruchy, který zahrnuje zejména diagnózy F90.0 „porucha aktivity a pozornosti“ a F 90.1“ hyperkinetická porucha chování. Z tradice plyne, že psychiatři v České republice dávají přednost při určování psychiatrických diagnóz diagnostickým kritériím podle MKN-10. Rozdíly mezi diagnostickými kritérii MKN-10 a DSM-IV se pak ukazují v selekci rozdílných, ale překrývajících se skupin dětí. Dle MKN-10. revize je

neustále diagnostikována menší skupina dětí se závažnějšími příznaky než v případě klasifikace dle DSM-IV (Munden, Arcelus, 2008, s. 16 - 19).

Etiologie a kormobilita

Z hlediska biologických příčin je nejčastěji uváděno drobné poškození mozku v důsledku nedostatku kyslíku nebo krvácení do mozku, které mohou vzniknout v období prenatálním, perinatálním či postnatálním (Jucovičová, Žáčková, 2014). Na vzniku poruchy se můžou podílet nitroděložní infekce, nedonošenost nebo přenošenost, abnormální porody a novorozenecká asfyxie, což je nedostatečné zásobení kyslíkem.

Do 1 roku věku jsou rizikovými infekce, úrazy a vrozené vady metabolismu. K rizikovým biologickým faktorům je také řazena konzumace alkoholu a kouření matky v těhotenství, nízká porodní váha, patologický porod, perinatální traumata a úrazy hlavy (Drtílková, Šerý, 2007).

Z uvedeného vyplývá, že zčásti lze pravděpodobnost narození dítěte s ADHD ovlivnit alespoň zodpovědným přístupem matky v těhotenství. Dále u dětí s touto poruchou dochází k narušení funkce přenašečů signálů mezi jednotlivými neurony (neurotransmitery). Jednotliví odborníci se domnívají, že se může pojit s nerovnováhou či nedostatečným množstvím dopaminu nebo serotoninu. Nedostatku dopaminu se člověk projevuje jako nedostatek energie, Při nedostatku serotoninu dochází u jedince podrážděnosti, poruchám spánku, a úzkostem, také může způsobit žaludeční nevolnosti. Moderní věda ukazuje, možnosti podpoření produkce neurotransmiterů pomocí léčby a tím ovlivnit negativní projevy dítěte (Drtílková, Šerý, 2007).

1.1.3 Systém péče a podpory jedinců s ADHD

Děti s ADHD patří do skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Ve školském zákoně č. 561/2004 Sb., § 16 jsou tyto poruchy označeny jako *„vývojové poruchy chování a spolu s vývojovými poruchami učení (VPU), mentálním, tělesným a smyslovým postižením, vadami řeči a autismem jsou zahrnuty do kategorie zdravotního postižení.“*

Speciální vzdělávací potřeby vymezuje vyhláška č. 73/2005 Sb, § 3 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Poskytování poradenských služeb upravuje vyhláška č. 72/2005 Sb.,

§3 a §5 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Vymezuje dva typy školských poradenských zařízení:

- pedagogicko-psychologickou poradnu (dále PPP);
- speciálně pedagogické centrum (dále SPC).

Pedagogicko – psychologická poradna má za úkol poskytovat služby a pomoc při výchově a vzdělávání žáků. Jednotliví činnost probíhá ambulantně v poradnách a také návštěvami zaměstnanců poradny ve školách a školských zařízeních.

K úkolům pracovníků poradny patří:

- zjišťování pedagogicko-psychologické připravenosti žáků na povinnou školní docházku, provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření;
- poradenství u dětí se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji;
- poskytování metodické podpory škole;
- prevence sociálně patologických jevů, realizace preventivních opatření, spolupráce a koordinace metodiků prevence.

V současnosti se upouští od používání termínů vývojové poruchy chování a vývojové poruchy učení a častěji se používá název specifické poruchy chování (SPCH) a specifické poruchy učení (SPU). Ve výše uvedených zákonících jsou vymezena opatření o využívání pedagogických metod a postupů odpovídající vzdělávacím potřebám a možnostem s ohledem doporučení v posudku z poradenského zařízení (Kendlíková, 2014).

1.2 Vývoj dítěte s ADHD, symptomy ADHD

„Syndromem ADHD trpí 3 – 20% dětské populace. Zahrnuje řadu nejrůznějších vývojových odchylek drobným postižením mozku. Tato vývojová porucha se vyznačuje mnoha různými projevy individuálně variabilními. Převládá neklid, hyperaktivita (vzácněji hypoaktivita), odchylky ve vnímání, paměti a pozornosti, citová labilita, poruchy motoriky a senzomotorická koordinace. Typické jsou poruchy biorytmu (poruchy spánku a příjem potravy) a větší unavenost. Rozumové schopnosti dítěte s ADHD jsou narušeny zřídka, jsou však nedostatečně využívány. Obraz této vývojové komplexní vývojové poruchy není stále, nýbrž se mění s věkem a vlivem dalších okolností především rodinné prostředí, v kterém dítě vyrůstá.“ (Novotná, Hříchová, Miňhová 1998, s. 40)

1.2.1 Fyziologický a psychický vývoj dítěte

Raná stadia vývoje jsou pro další vývoj jedince velice důležitá. Studie z posledních let poukazují na velký význam senzitivního přístupu matky k dítěti od samého začátku a na vytvoření synchronní interakce mezi ní a dítětem pro jeho neurobehaviorální vyzrání a regulaci jeho chování. Základy fyziologického psychického vývoje člověka sledujeme již v období intrauterinního života plodu. První poznatky byly získávány nepřímo pozorováním předčasně narozených dětí ošetřovaných v inkubátoru. Nevýhodou bylo, že předčasně narozené dítě žije už v jiném prostředí vystavené jiným podnětům než stejně starý plod in utero. Dnes se používá ke sledování spontánních aktivit a reakcí plodu fetální elektroencefalografie, ultrazvuk, termografie apod. (Langmajer, 1991).

Vývoj plodu prochází od oplodnění až do porodu fází zárodečnou (do tří měsíců) a fází fetální (od tří měsíců po narození). Ve fetální fázi dochází k vyvíjení lidských znaků. Objevuje se začátek projevů základních nepodmíněných reflexů. Matčín organismus v této fázi zprostředkovává vztah k plodu (Čáp, Mareš, 2001).

„Významným výsledkem komplexní prenatalní zkušenosti je bazální pocit bezpečí, jehož rozvoj postnatálně pokračuje, a to především ve vazbě na matku“ (Vágnerová, 2015, s. 64).

Období kojenecké můžeme rozdělit na krátké, které trvá přibližně jeden až dva měsíce a plod přechází do světa z nitroděložního života, ve kterém se musí adaptovat novým podmínkám (Langmeier, Krejčířová, 2006).

K vrozeným potřebám dítěte v prvních měsících života se řadí: potřeba pohybu, dotyková stimulace, vestibulární stimulace, potřeba sluchové a zrakové stimulace hlasem a tváří matky. Novorozenec je schopen reagovat na podněty např. dotykoví, chuťové, zrakové, polohové, tzv. senzomotorické chování (Vágnerová, 2015).

Začátek kojeneckého období je ve druhém měsíci a konec kolem dvanáctého až patnáctého měsíce života. První rok dítěte prochází vývojovými etapami, kdy začíná budovat vztah k okolí, dochází k rozvíjení pohybu, komunikace, myšlení, citění. Kognitivní vývoj v tomto období popsal Jean Piaget jako senzomotorické stadium zvnitřňování skutečně prováděných činností, jeho myšlenkové operace jsou stále vázány na skutečně prováděnou činnost. Čím přesněji a jak více dítě vnímá, tím se jeho pohyby zdokonalují. Začíná koordinovat co má v ruce, s čím pohybuje, na to se dívá. Prostřednictvím manipulace s předměty se upevňuje součinnost analyzátorů a tím se rozvíjí vnímání. Rozlišuje

prostředkem a cílem začíná užívat způsobů chování k dosažení žádoucích cílů, například chce hračku schovanou pod přikrývkou, která ho částečně nebo zcela zakrývá. Odstraněním přikrývky a uchopením předmětu naznačuje, že začíná chápat trvalost předmětu v čase. (Langmajer 1991).

Rozvíjí se také předpoklady k pozdějšímu vývoji artikulované řeči. Jedná se o takzvané před řečové období. Současně novorozeně zažívá mnoho pocitů příjemných i nepříjemných jenž působí na emocionální náladu dítěte. V prvním roce dítěte se jedná o pocity, související s uspokojováním jeho základních biologických potřeb (Thorová, 2015).

Langmajer dělí socializaci dítěte v kojeneckém období do třech stádií:

- 1) stádium preobjektální- v této době nemá dítě ještě ustaven žádný rozlišený vztah k „objektům“ okolního světa
- 2) stádium předběžného objektu - dítě reaguje na spatřený obličej a odděluje jej od ostatních objektů
- 3) stádium „objektu“ - dítě už rozlišuje mezi známou a cizí tváří a dává najevo úzkost při odloučení od známé osoby

Je důležité v tomto období uspokojovat dětskou potřebu lásky a bezpečí. Jestliže má dítě vytvořen pravý vztah k objektu (rodiči) a tento vztah by byl přerván, dochází výrazné poruše, kterou Spitz (in Langmajer 1991) nazval „anaklitická deprese“, též separační úzkost, tj. deprese založená na ztrátě pouta k osobě, která dosud uspokojovala sebezáchovné potřeby dítěte.

Batolecí věk je od prvního až druhého roku a trvá přibližně do třetího roku života dítěte. V tomto věku se obohacuje a diferencuje psychika dítěte. (Vágnerová 2015), uvádí, že se jedná o fázi uvolňování z různých vazeb a osamostatňování. Funkce se stále rozvíjí, zdokonalují a jejich vzrůstající úroveň ovlivňuje psychiku dítěte. Kolem druhého roku batole dává přednost jedné ruce před druhou. Na konci tohoto období už dítě rozezná předměty i je pozná na obrázcích. Také dochází ke zpřesnění sluchového vnímání, k rozvoji paměti paměť, a to všech tří složek paměťových funkcí (zapamatování, vybavování, udržení).

Myšlení dostává na vyšší úroveň s rozvojem chůze a řeči. Zejména vnitřní řeč má velký význam pro vývoj myšlení, jelikož se u dítěte myšlení rozvíjí dříve než řeč. V počátečních fázích osvojená slova vychází z konkrétního podnětu, který dítě prožije. Postupně řeč umožňuje tuto konkrétní zkušenost proměňovat v nové jazykové formy –

zvuky, slova. První pojmy, které si dítě vytváří, jsou málo diferencované. Podle Piageta (in. Langmeier, Krejčířová, 2015) začíná etapa předpojmového a symbolického myšlení kolem roku a půl až dvou let věku dítěte.

Předškolním věkem je označován čtvrtý až šestý a sedmý věk života (dle doby nástupu do školy). Představuje senzitivní etapu pro rozvoj dovedností důležitých pro vytvoření základu všeho, co bude podle potřeby v dalších vývojových etapách využíváno a dále rozvíjeno. Vývoj člověka sice v porovnání s předchozími etapami zpomaluje, nicméně v něm dochází k řadě kvantitativních i kvalitativních změn. Sledované ontogenetické období je popisováno mnoha vývojovými psychology (Vágnerová, 2012; Langmeier, Krejčířová, 2006; Říčan, 2014; Thorová, 2015 aj.).

Charakteristika předškolního věku:

- Zvýšený egocentrismus

Jestliže se dítěti nezamlouvá realita, má pocit, že v ní něco chybí, nebo situaci subjektivně vnímá jako ohrožující, má sklon realitu utvořit podle jemu vyhovujících kritérií. Je přesvědčeno, že svět se řídí podle něj tak, jak se mu jeví (fenomenalismus), a zároveň, že vše má vlastní vůli (dynamismus) tj. oplatí ránu stolu, když do něj vrazí.

- Živá představivost, fantazie

Občas dojde k prolnutí představivosti a skutečnosti, či k tzv. přizpůsobování skutečnosti osobní požadavek - dítě něco provede, obavy následného potrestání si situaci přehrává jiným způsobem tak dlouho, že nové verzi nakonec samo uvěří – dítě v předškolním věku není schopné lži.

- Vytvoření pohlavní identity

Již ve věku čtyř let si je dítě vědomo, že mužské či ženské pohlaví je znakem neměnným, vzrůstá jeho zájem o oblast genitální, dochází ke zkoumání rozdílů a přijetí sexuální role (způsob chování a myšlení - chlapec = pilot, dívka = herečka, prodavačka)

- Kontakt s vrstevníky

Projevy osamostatňování se, dítě se učí prosadit si svůj názor (agresivita až poddajnost) – to se postupně stává součástí jeho identity.

Perioda předškolního věku končí nástupem do školního zařízení. V době, kdy je dítě řádně fyzicky a psychicky způsobilé k zvládnutí nároků školní docházky. (Thorová, 2015).

1.2.2 Vývoj dítěte s ADHD

Poškození centrálního nervového systému má různé projevy v oblasti psychiky. Různorodost je dána mírou poškození a vývojovým obdobím. Přesto mají společné projevy jako poruchy pozornosti, vyšší unavitelnost spojená s nižší výkonností a chybovostí. Vágnerová upozorňuje na změny emocionality, emoční labilitu a kolísání nálad a zvýšenou dráždivost.

- Novorozenecké období nejtypičtější pro novorozence s hyperaktivitou bývá nepravidelnost denního režimu. Jsou to bezúčelné pohyby, které mohou vyvolat zvracení. Nepravidelný bývá i příjem a množství potravy. Někdy prospí celý den a v noci bývá aktivní.

- Batolecí období je typický nepravidelným usínáním i během dne, některé děti mohou vyžadovat usínat s rozsvíceným světlem. U některých jedinců je patrný nerovnoměrný psychomotorický vývoj. Začíná se projevovat nešikovnost, opožděnost v řečové oblasti, zvýšená aktivita a nepozornost. V některých případech lze vyzorovat obtíže ve vrstevnických kontaktech.

- Předškolní věk provází živá emocionalita, vyžadování pozornosti druhé osoby. Obvyklá je náladovost, podrážděnost, rozmrzelost, sklony k hněvu až agresivitě a neposlušnosti. Některé děti mívají problémy při začlenění do předškolních zařízení, protože i zde je již po dítěti požadována schopnost podříditi se a odložit na chvíli bezprostřední uspokojení svých potřeb (Michalová, 2011).

1.2.3 Projevy ADHD ve struktuře CNS

Na podkladě vyšetření jedinců s ADHD nukleární magnetickou rezonancí (MRI) bylo možné určit změny velikosti jednotlivých částí mozku oproti zdravým jedincům. Studie Hynda a jeho kolegů z univerzity v Georgii bylo zjistiťa, že je pravostranné nukleus caudatus u lidí s ADHD větší než levé a menší než nukleus caudatus normálních dětí (Munden, Arcelus, 2002). Nukleus caudatus je jednou z mozkových struktur, řídící uvědomělé pohyby. Tvoří jej několik svazků nervových vláken, striatum je významné při ovlivňování chování a udržení pozornosti, také je spojeno s limbickým systémem, který je odpovědný za řízení emocí, motivace a paměti. Tato skupina vědců také zjistiťa, že děti s ADHD mají o něco menší oblasti mozkové tkáně v pravém frontálním laloku. Frontální

laloky mozku jsou také propojeny s limbickým systémem a jsou významné pro plánování a řízení podnětů.

Také corpus callosum měly studované děti s ADHD menší než ty, které poruchou netrpěly. Corpus callosum je svazek nervových vláken, který spojuje obě hemisféry a umožňuje tak integraci informací zpracovaných v obou hemisférách (Munden, Arcellus, 2002). Monastra (2005) poukazuje na souvislost syndromu ADHD s nedostatečnou činností frontálních laloků. Nespecifické zvláštnosti mozkové tkáně u dětí s ADHD objevily již dřívější výzkumy s pomocí CT vyšetření. Tyto nepravidelnosti se týkají zvláště prefrontálního kortexu, bazálních ganglií a kalózního tělesa (Palclt, 2007). Dřívější výzkum anatomické změny u lidí s ADHD se potvrdily, nicméně se výsledky jednotlivých studií liší. Ve výzkumu anatomických změn v mozku se kromě výpočetní tomografie (CT) a magnetické rezonance (MRI) je užívána také pozitronová emisní tomografie. (Palclt, 2007)

1.2.4 Fyziologické změny

Jako jeden z prvních to byl I. P. Pavlov, který upozornil na vzájemné spojení procesů podráždění a útlumu. *„Mozkové podráždění, jež je důsledkem stimulace, je následováno útlumem v téže oblasti, který se z výchozích oblastí rozšiřuje do dalších. Cyklus podráždění-útlum se pro určitou oblast uplatňuje v časové následnosti a v rámci rozlehlejších oblastí mozku se projevuje současnou přítomností podráždění i útlumu v různých částech CNS. Obojí - podráždění i útlum - jsou jako rub a líc téže mince, dvě složky jednoho neurofyziologického procesu. Víme, že schopnost útlumu je vývojově náročnější: dítě se daleko později naučí něčeho se zdržet, něco nedělat, zatímco zprvu má tendenci reagovat bezprostředně podrážděním v každé situaci“* (Černá, 2002, str. 83). Pro děti s nedostatkem pozornosti je typickým znakem nerovnováha v primárních procesech, kdy ve větší míře převládá podráždění, ale také tomu může být naopak, kdy je dítě v útlumu. *„V nukleus caudatus a ve frontální oblasti mozku lidí s ADHD byl zjištěn snížený průtok krve, což může být jedním z vysvětlení symptomů. Pomocí pozitronové emisní tomografie (PET) zkoumal doktor Zametkin v Americkém institutu pro duševní zdraví metabolickou aktivitu mozku. Při svých výzkumech zjistil u adolescentů a dospělých s ADHD sníženou metabolickou aktivitu ve frontálních oblastech mozku zejména v jeho pravé části, přičemž znatelnější snížení se objevilo u děvčat“* (Munden, Arcellus, 2008,s 53).

Ve studii patofyziologie onemocnění se většina vědců zaměřuje na hledání spojení mezi ADHD a činností neurotransmiterů (přenašečů signálů) v mozku, zejména dopaminu a noradrenalinu (Munden, Arcellus, 2008). Narušená funkce mezi dopaminergní anoradrenergní soustavou může mít základní úlohu v chorobných změnách. Spekuluje se o oslabené tvorbě serotoninu, jelikož u řady pacientů s ADHD byly zjištěny jeho nižší hodnoty (Palclt, 2007).

Zmíněné neurotransmitery přenášejí při mentální aktivitě informace mezi mozkovými buňkami. „Dopamin řídí soustředění pozornosti, přijímání (či nepřijímání)informací a činorodost. Noradrenalin reguluje vzrušení a zodpovídá za posilování (např. paměťových spojů). Serotonin zase řídí impulzy a puzení k činnostem. Změny synaptických hladin těchto látek modifikují pozornost, pocity, myšlení a činnost“ (Palclt,2007, str. 32).

„Při soustředění náš mozek uvolňuje více přenašečů signálů pro neurony, což nám umožňuje soustředit se na jednu věc a blokovat ostatní podněty. Zdá se, že lidé s ADHD mají těchto přenašečů nedostatek“ (Rief, 1999, str. 20).

Roli zde má podle všeho také gamaaminomáselná kyselina (GABA), což je inhibiční neurotransmitter, který může formovat dopaminový metabolismus (Palclt,2007).

1.2.5 Symptomy ADHD

1) Poruchy kognitivních funkcí

- Porucha pozornosti: dítě je nepozorné, objevují se obtíže pozornosti v aspektu sluchovém i zrakovém, v procesu poznání se objevuje nežádoucí zapojení motoriky (např. dítě se otáčí, hraje si s prsty, houpe se na židli v době, kdy by se mělo soustředit na matematickou úlohu) – neschopnost selekčního procesu usměrnit pozornost k podstatným informacím z paralelního z pracování všech podnětů

- porucha analýzy a syntézy informací

- porucha exekutivních funkcí, tj. vytvoření, sekvence a realizování plánů (neumí organizovat práci, nedokončí úkol, nestructuruje volný čas)

- porucha motivace, úsilí a vytrvalosti, zvláště v aktivitách nepřinášejících okamžité uspokojení, nebo v situacích, které jsou dokonce lehce frustrující (zkoušení ve třídě)

2) Porucha motoricko-percepční

- výskyt hyperaktivity v kombinaci s neschopností relaxace a provozování sedavých aktivit („stále na pochodu“), výkon pohybu je správný, ale jeho provedení je nekoordinované a bez rozmysli

- motorický výkon často připomíná mladší dítě a opravdu v neurologickém vyšetření jsou zřejmé tzv. "soft sign" - měkké příznaky, typické pro vývojové opoždění nebo minimální poškození CNS

- poruchy vizuomotorické koordinace

- motorická neobratnost

3) Porucha emocí a afektů

- labilita emoční a afektivní (u adolescentů se objevuje dysforie – jedná se o stav úzkosti a pocit nudy), iritabilita (dráždivost), explozivita (zděšení svým vlastním chování).

4) Impulzivita

- náhlé, ukvapené činy, dítě provádí rychlé závěry, není schopno odložit akci, jedná bez zřetele na konsekvenci (napřed jedná, pak myslí, nepoučí se z úrazu, trestu).

5) Sociální maladaptace

- chybí neadekvátní kontrola, familiárnost nepřislušná věku, dítě je neschopno souhry s vrstevníky, odmítání všude (doma, ve škole, při sportu, hrách atd...)

- dítě bývá frustrováno sociální neúspěšností a sníženou tolerancí ke stresu což vede k šaškování, negativismu, dysforii a později může vést k poruchám chování (lhaní, krádeže, necitlivost ke zvířatům a lidem, risk, hazard, bláznivé sázky, jízdy, motorky, honičky auty - často kradenými) a ještě později v 60 -70 % k delikvenci.

Děti s ADHD nejsou schopny kontrolovat své reakce k okolí a proto jsou potom neschopné se soustředit, hyperaktivní a impulzivní. Příznaky jsou u každého dítěte jiné, jejich stupeň se u liší. Základní kritérium je nepřiměřenost projevu vzhledem k věku dítěte (Malá 2008).

1.3 Formy terapie dětí se symptomem ADHD a její vliv na dítě

Při léčbě hyperaktivní poruchy se jeví nejefektivnějším způsobem multifaktoriální léčba. Celková léčba ve většině případů bývá dlouhodobá, vhodné je nasazení průběžné

terapie, která zabraňuje vzniku sekundárních poruch chování a podílí se na příznivějším sociálním přijetí a přizpůsobení dítěte v rodině i ve skupině vrstevníků. Důležité je, aby rodina spolupracovala se školou. Je důležitá včasná diagnostika, ačkoli ve chvíli stanovení diagnózy přibude mnoho problémů, po včasné zásahu se věci mohou začít zlepšovat. Dobrá komunikace mezi členy týmu terapeutického týmu a rodinou zabrání množství nedorozumění a zajistit, aby veškeré úsilí bylo zaměřeno co nejúčinněji na pomoc dítěti. Stejně jako terapie dítěte je důležitý výcvik rodičů. Léta strávená s dítětem, které má vážnou ADHD si vyberou svou daň. Techniky využívané k výcviku rodičů pracují především s nimi samými. Terapeut zjišťuje rozsah problému vzniklé v době před diagnózou a na kolik se rodičům dařilo tyto obtíže zvládat. Pak ze škály psychologických postupů nápravy vybere ty, které jsou pro konkrétní rodinu vhodná jednotná výchova v rodině a její následné používání u všech dětí podobně s ohledem na jejich věk. (Munden, Aurelius 2008)

1.3.1 Výběr terapie podle subtypu

Pro správnou volbu stimulace či jiného ovlivňování včetně terapeutického vedení dítěte s ADHD bývá ideální, pokud v rámci diagnózy dojde ke zjištění, o který subtyp dané poruchy se jedná.

- ADHD subtyp I – typ nepozorný neboli s narušenou pozorností, dříve ADD.

- ADHD subtyp II – typ hyperaktivní a impulzivní – u něj nebývá primárně pozornost narušena a z hlediska dalšího vývoje při včasné intervenci se jedná o typ nejjednodušší a sociálně nejpříjemněji modifikovatelný.

- ADHD subtyp III – typ kombinovaný, tzn., že dochází v různé hloubce u konkrétního jednotlivce jak k narušené pozornosti, tak hyperaktivitě a impulzivitě. (Michalová 2011)

Existují i různé metody, které zlepšují kognitivní deficity za použití počítače. U adolescentů je pak vhodná důkladná edukace, poradenství pro rodiče, poradenství s plánováním času a strukturací denního programu, nácvik sebeovládání a pomoc při interpersonálních problémech.

Některé terapeutické programy usilují o to, aby se děti naučily samostatně rozpoznávat signály, že mají kognitivně „zabrzdit“ a nějakým způsobem prodloužit interval mezi podnětem a svou vlastní reakcí. V těchto programech terapeuti děti učí, aby samy sobě ve vhodné chvíli opakovaly určité pokyny – např. „Počkej! Podívej se! Zamysli

se!“ Tyto sebeinstrukce slouží dítěti jako vodítko, aby se uchýlilo k naučené metodě řešení problému.

U impulzivních dětí jsou vhodné různé typy sebeinstrukcí zaměřené:

- na určení problému – „Co tady vidím? Jakou práci teď ode mě očekávají?“,
- na určení vhodného postupu – „Musím si to ještě jednou pozorně pročíst.“,
- na udržení soustředěné pozornosti – „Musím se soustředit, něco jsem přehlédla.“,
- sebeoceňující výroky – „Tentokrát se mi to opravdu povedlo!“,
- výroky, které dítěti pomohou zvládnout chybu a neúspěch – „Nepovedlo se mi to, ale zkusím to znovu, třeba mi to půjde lépe.“

V terapii dětí s ADHD se také používá nácvik podle vzoru, při kterém terapeut předvádí určité jednání a dítě je postupně opakuje po něm. Nácvikový program zahrnuje nácvik řešení problémů, nácvik podle instrukcí, udělování podmíněných odměn, nácvik podle vzoru, hraní rolí a nácvik rozlišování pocitů vlastních i pocitů druhých. U impulzivních dětí byl prokázán pozitivní účinek při nácviku metodou „Zastav se a přemýšlej, než něco uděláš.“ (Kendall 1993, in Michalová, Pešatová a kol 2015).

„Farmakoterapie přináší výrazné ovlivnění nežádoucích projevů (hlavně zlepšení kontroly chování), a tím příznivější sociální odezvu“ (Hort a kol. 2008, str. 314)

Ve farmakologické léčbě existuje několik možností. Prakticky využívané v ČR jsou dvě látky, a to stimulant Ritalin (methyلفenidát ve formě s rychlým uvolňováním, či ve formě s řízeným uvolňováním) a nestimulační preparát Strattera (atomoxetin, inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu). (Drtilková, 2008)

Populační výzkumy ukázaly, že příznaky přetrvávají přes dospívání až do dospělosti u téměř 80 % pacientů (Ramsay, Rostlin, 2008). Hyperaktivita se v dospívání značně zmírňuje, někdy však dochází k její internalizaci – trvalému subjektivnímu pocitu potřeby neustále něco dělat. Porucha pozornosti a narušení exekutivních funkcí přetrvává v prakticky nezměněné míře (Theiner 2012 in Michalová, Pešatová a kol 2015).

1.3.2 Rodičovské poradenství a rodinná terapie

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP), je ústav podléhající do pravomoci školských odborů. Je součástí pomocného systému, který má za cíl pomáhat v procesu výchovy a vzdělávání nejen ve škole, ale i v rodinách.

Smyslem poradenství je pomoci rodičům hyperaktivních a neklidných dětí zvládat obtíže spojené s výchovou a prací s dětmi s ADHD. Konkrétními tématy může být např. efektivní komunikace s dítětem, porozumění konfliktním situacím a jejich zvládnutí, motivování dítěte, řešení školních problémů, hravé techniky zapojování dítěte s ADHD do třídního kolektivu, posilování rodičovských kompetencí, seznámení s aktivizačními metodickými pomůckami apod. Základní filozofická teze rodinné terapie spočívá v přesvědčení, že porucha neovlivňuje pouze jedince samotného, ale i jeho sociální okolí, zejména nejbližší rodinu. Z tohoto pohledu nelze ovlivňovat fungování jedince z jednoho aspektu, je třeba jej brát v kontextu jeho celkové existence, modifikace jeho chování musí probíhat souběžně s rodinnou terapií, tvořit ucelený systém (Arceluse, Munden, 2008). Nehledají se příčiny, ale pozornost je soustředěna na zlepšení komunikace a porozumění mezi členy rodiny, jelikož jen v atmosféře otevření, komunikace a důvěry lze řešit možné interpersonální střety. Metody rodinné terapie lze vhodně využít zejména v rodinách, kde jsou napjaté vztahy nebo plynou problémy z nejasné komunikace (Arcelus, Munden, 2008).

Rodičovské skupiny jako možnost podpory dítěte s ADHD v různých centrech pro rodinu a sociální péči (Sociální služby města Plzně, Rodinné centrum Provázek Nový Jičín, Centrum pro rodinu a péči Brno, Pražské centrum primární péče aj.). V těchto institucích rodiče od odborníků získávají podrobné informace o této poruše. Dozví se, jak k němu dojde i to, jak asi jejich dítě vnímá svět a proč na něj reaguje tak nestandardně.

Rodiče se učí své dítě přijímat a osvojují si pozitivní, méně konfliktní přístup k němu, např. i pomocí speciálního kurzu komunikace, v němž si osvojují efektivní komunikační metody, pracují s videonahrávkami, mohou absolvovat skupinová cvičení a také si vyměňovat zkušenosti s jinými rodiči dětí s touto diagnózou. Neméně důležitá je i sebe péče, již se rodiče rovněž často musí učit, ať už v podobě relaxace nebo námětů pro lepší zvládnutí všedních dní.

1.3.3 Skupinová psychoterapie

Tato terapie se zaměřuje na nácvik sociálně emočních dovedností u dětí trpících ADHD v jejich přirozeném prostředí. Do výcviku se zařazují děti, které jsou přibližně stejně staré. Pracuje s nimi terapeut formou simulačních her, jež mají za úkol sloužit k osvojení si určitých dovedností a k nácviku žádoucích způsobů chování. Např. se učí jak se vcítit do druhého, uvědomit si vlastní chování nebo jak zvládnout agresivitu. Souběžně s

touto skupinou působí i skupinka rodičů těchto dětí. Ti si procházejí terapeutické hry založené na stejné bázi jako jejich děti. To slouží k navázání kontaktu mezi dětmi a jejich rodiči a jde o to prohloubit znalosti rodičů o chování jejich dětí a vzájemné pochopení.

M. Kavale-Pazlarová a M. Pilařová (1999) uvádějí jako příklad skupinové terapie u dětí s ADHD tzv. psychorelaxační cvičení pro děti. Cvičení jsou prováděna v uvolněné, příjemné atmosféře zaměřené na prožití tzv. korektivní zkušenosti, která vede k lepší sebeakceptaci a posílení sebevědomí. Využívány jsou techniky z oblasti atreterapie, relaxace, muzikoterapie, tvořivé dramatiky atd., terapeut musí být flexibilní, aktivní, tvořivý, je však také zapotřebí již na počátku stanovit hranice v chování, které nesmí být překročeny (např. napadení druhé osoby). Členění skupinového terapeutického sezení je obvykle následující - po úvodní pohybové aktivitě následuje uvolňovací cvičení, pokračuje se rozvíjením tvořivosti dětí (kreslení, vymýšlení říkanek...), ovšem s respektem až výraznější otevřeností k přáním dětí.

1.3.4 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie vznikla kombinací jednotlivých individuálních cílů. Jedná se o spojení, kdy se ovlivňuje chování s ovlivňováním myšlení. Její rozvoj nastal v 70. letech 20. stol. Jako KBT se začaly označovat trendy v behaviorální psychoterapii, jež připisují význam také dějům subjektivním. K zakladatelům této terapie se řadí Josef Wolpe, Hans J. Eysenck, M. Mahoney, D.Meichenbaum. Jedná se o aktivně orientovanou terapii, založenou na systematickém programu v postupných krocích, které se zaměřují na odstranění příznaků, bez podrobné analýzy minulosti. Předpokládá, že maladaptivní chování a negativní pocity způsobují maladaptivní či vadné myšlenkové vzory. Maladaptivní chování je kontraproduktivní chování, jež překáží jedinci v každodenním životě. Může jít o chování na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i motorické. Je založená na učení, na schopnosti zasazovat iracionální obsedantní myšlenky či představy do situačního kontextu, snižovat citlivost na situace, které vyvolávají obsese, jak odolat nutkání ke kompulzím a vžitým rituálům. (Pešek, Praško , Šípek 2013)

Terapie má definované cíle, kterých je třeba dosáhnout. Na začátku se definuje, jak vy měla intervence vypadat, klient s terapeutem spolupracuje. Je šita na míru konkrétnímu člověka. Většinou se začíná s nejméně příjemnými metodami.

Terapeut pomáhá schémata měnit a vytvářet reality, které budou klientovi pomáhat v dosahování jeho cílů. Kognitivně-behaviorální terapie využívá tradičního racionalismu a

logického pozitivismu. V neposlední řadě má za cíl pomoci klientovi uvědomit si způsob jeho dysfunkčního chování a zkresleného myšlení. To vše probíhá pomocí systematického rozhovoru (Vybíral, 2016).

1.3.5 Pomocné terapeutické metody

EEG biofeedback

Další terapeutickou metodou je EEG biofeedback. „Jeho podstatou je využití zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity. Pacient je zpětnovazebně instruován o své momentální kondici. Při tom je operantním podmiňováním stimulována žádoucí aktivita a inhibována nežádoucí“ (Hort, 2008, s. 314).

Dítě se tak učí ovládat své mozkové vlny, také se může naučit, jak je uvést do společného souladu vzájemné ladění mozkových vln. Mozek je nesmírně přizpůsobivý a schopný učení, a tak může zlepšit i svoji vlastní činnost, pokud jsou mu poskytovány okamžité a cílené informace, snadným způsobem se naučí lépe bez nadměrného výdeje energie používat své schopnosti a kapacitu. Trvale přejde na nově přijatý způsob ovládnutí organismu, dojde k odstranění současné existujícího defektu. Účinek cvičení bývá stálý. Mozek se naučí správné postupy a vzorce, následně vše ukládá do paměti a osvojené taktiky používá je automaticky.

Cvičení s EEG umožní dosáhnout ovlivnění, jinak mimovolně řízenou elektrickou činnost (EEG) svého mozku. Cvičení je třeba provádět pod dohledem odborníka. Nehrozí vytvoření závislosti, nejsou prokázány vedlejší účinky. (Tyl, 2003).

Eurytmie

„Eurytmie, umění pohybu, pohybový trénink vypracovaný R. Steinerem a herečkou Marií von Silverserovou(1912)pro potřeby smyslově a tělesně postižených dětí“ (Hartl, Hartlová, 2004, s.146)

Eurytmie se uplatňuje několika způsoby, kromě umělecké eurytmie rozlišujeme také pedagogickou eurytmii, která se používá jako výchovný prostředek. Vychází z umělecké eurytmie a žák se pomocí ní učí orientovat v prostoru a pomocí různých pohybů vyjádřit svoji duši. Třetím druhem je léčebná eurytmie, kterou vykonávají pouze speciálně

vyškolení eurytmisté ve spolupráci s lékaři. Tento druh eurytmie je pozměněn, oproti pedagogické a umělecké eurytmii, na působení dovnitř. Podstatou léčebné eurytmie jsou pohyby přesně odpovídající hláskám a tónům, které souvisejí s pohyby probíhajícími v embryonálním vývoji člověka. Léčebná eurytmie se využívá při onemocnění pohybového aparátu člověka, srdce a celého krevního oběhu, nervové soustavy nebo i při dětských vývojových poruchách. (Svobodová, 1996)

Muzikoterapie

Muzikoterapie patří do podpůrné terapie. Využívá hudebních prostředků. Existuje řada přístupů, které mají své metody a formy.

„Muzikoterapeutický proces je systematická, metodická, cílená, časově a příčinně vymezená řada akcí, která je vymezena aktéry muzikoterapeutického procesu, muzikoterapeutickým plánem, muzikoterapeutickou strategií, oblastmi interakčního vztahu, muzikoterapeutickým vztahem, vztahy klientů ve skupině, sledovanými oblastmi a suboblastmi u klientů se specifickými poruchami učení, cíli a prostředky intervence a rovinami muzikoterapeutické intervence. Muzikoterapeutický proces je rozdělen do tří základních fází – preterapie (příprava), terapie (terapeutické setkání), postterapie(hodnocení).“ (Beníčková, 2011, s. 16)

Muzikoterapie léčí hudbou, může také rozvíjet jiné oblasti v životě. Muzikoterapie pomáhá ke změně chování, emoce, myšlení. Pomocí nasměrovat k přijatelným směrem. Primární je vztah mezi terapeutem a pacientem. Terapeuticky přístup v tomto případě je značně obsahově i koncepčně různorodý.(Müller, 2014)

Jógová cvičení

Jóga se řadí mezi relaxační techniku, která zlepšuje sebekontrolu a koncentraci. V těchto cvičeních se sjednocuje duch a tělo. Dále jsou zde napínány jednotlivé svaly v těle a po určité době se opět uvolňují. Cílem tohoto druhu cvičení je uvědomění si, jak funguje vlastní tělo. Nejedná se o výkonové cvičení, ale o cvičení, kde se jedinec snaží přiblížit dané poloze např. Pštos, Jeřáb, Strom ve větru, Semínko atd. Dále je jóga přínosná k lepšímu dýchání (Žáčková, Juričová 2008).

Homeopatie

Tento druh léčby je pro poruchy chování u dětí velmi užitečný. Udržení pozornosti či dodržení norem chování vyžaduje u těchto jedinců obrovské množství námahy a energie. Mohou se objevit projevy nepohody ve formě somatických potíží, kdy je nutno vyhledat odbornou pomoc. Homeopatie ve vztahu pacient – terapeut je velmi nápomocná. Tato

léčba zprostředkuje mnohem lepší kontakt nejen se sebou samým, ale i s okolními lidmi. Kruh ADHD nelze v určitém smyslu překročit, lze je však možné posunutí vynucených mantinelů a umožnění dětem s tímto handicapem, aby se cítily a mohli žít o něco lépe (Lucká K. 2008).

1.3.6 Zahraníční studie ADHD

Douglas Sjöwall uvádí, že v dnešní době se ADHD obvykle diagnostikuje před nástupem do školy. Také poukazuje na nedostatek studií zkoumajících ADHD v předškolním věku. Se svými kolegy provedl studii zabývající výzkumem kognitivní, afektivní a motivační regulace v souvislosti s příznaky ADHD u 104 dětí předškolního věku s diagnostikou ADHD. Pět dětí, jimž byla podávána psychostimulační léčba, byly požádány, aby lék vysadily 24 hodin před testováním. Věk dětí 4 – 10 let z toho bylo 34 dívek, zbytek skupiny byli chlapi. Byla testována prostorová paměť, verbální pracovní paměť, inhibice psychiky na rozdíl od jiných studií do studie byly zahrnuty otázky, které měřily, jak dobře dítě umí ovládat své emoce. Za pomoci rodičovského hodnocení v emočním dotazníku sestaveného Rydellem a kol. (2003) se měřila regulace emocí. Dotazník obsahoval 12 otázek, které se týkaly regulace hněvu, strachu, smutku a štěstí/bujarosti.

Hodnotilo se na stupnici od 1 (vůbec nesouhlasím) do 5 (plně souhlasím), kde vyšší hodnoty ukazovaly problémy s regulací emocí. Výsledky ukázaly, že všechny tyto regulační procesy významně souvisí se symptomy ADHD.

Většina předchozích předškolních studií obsahovala pouze kognitivní regulaci a do jisté míry regulaci založenou na motivaci. Zahrnutím afektivní regulace mohli vědci vysvětlit vyšší podíl odchylek u symptomů ADHD. Zjištěním předkládané studie bylo, že kromě účinků kognitivní a na motivaci založené regulace ve vztahu k symptomům ADHD byly pozorovány i významné nezávislé účinky regulace emocí. Afektivní dysregulace u předškolní ADHD tedy není jednoduše sekundárním důsledkem nedostatku kognitivní kontroly. Ve vztahu k současným teoretickým modelům ADHD tato zjištění jasně podporují názor, že ADHD je neuropsychologicky heterogenní poruchou obnášející mnohé přístupy. (Douglá, Backman, Thorell, 2015)

Australská studie 48 dětí s diagnózou ADHD zjistila, že meditace Sahadža jógy po dobu šesti týdnů vedla k průměrnému 35% snížení závažnosti symptomů a umožnila mnohým omezit příjem jejich léků. Spoluautor studie, praktický lékař Dr.

RameshManocha ze Sydney v Austrálii přednesl na konferenci Světové psychiatrické asociace v Melbourne, že došlo ke zlepšení v chování, sebevědomí u těchto dětí. Děti lépe spaly a byly méně nervózní. Také se mohly lépe soustředit, dále došlo ke snížení konfliktů ve škole. Zkouška se konala v nemocnici Prince of Wales Hospital v Randwicku a techniku Sahadža jógy se učily děti do 12 let, které užívají léky pro ADHD, a jejich rodiče. Tato technika využívá vizualizaci, hudbu a přírodu plus techniku jedna a jedna instrukce. Po dobu šesti týdnů se děti účastnily v nemocnici dvou lekcí týdně a meditovaly dvakrát denně doma spolu s namáčením nohou ve studené slané vodě. Šest dětí bylo schopno přestat užívat léky a jejich chování se normalizovalo, 12 jich snížilo své léky na polovinu, a další skupina ji snížila asi o čtvrtinu. (Harrison, L, 2016)

Pro děti mohou být prospěšné činnosti za pomoci koní a terapie (hippoterapie, EAAT/T EquineAssistedAktives/Therapy), jak navrhuje nedávná studie z Koreje. Tato studie zkoumala účinnost EAA/T u korejských dětí s ADHD bez medikace do studie bylo zapojeno 20 dětí z toho 19 chlapců a 1 dívky ve věku 6 – 13 let. Po dobu 12 týdnů děti prošli 24 krát hippoterapií (EEA/T), která sestávala z doby hřebelcování a krmení koně a doby strávené na koni, což mělo zlepšit pozornost a zabránit impulzivité. Prvořadým výsledkem na léčbu byla reakce na léčbu. Výsledkem bylo významné zlepšení základních symptomů ADHD po 12 týdnech o 30% oproti výchozímu stavu. Navíc došlo k významnému zlepšení sociálních problémů. Autoři přisuzují zlepšení symptomů ADHD kombinaci faktorů včetně fyzického cvičení a prvků simulace pohybů spojených s EAA/T. Na základě tohoto zjištění by EAA/T mohla představovat strategii funkční léčby pro děti s ADHD, potencionálně v kombinaci s farmakologickou léčbou (<http://www.beyondthemind.com/meditation-helps-kids-with-adhd/>).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíl výzkumu, metodologie

Cílem praktické části bylo zmapovat doporučené terapie pro děti s ADHD a také jejich subjektivní hodnocení z hlediska rodičů dětí trpících ADHD. Výzkumné otázky se týkaly možných druhů terapií a jejich účinků.

Zvolila jsem metodu snowball technique - sněhové koule, jde o způsob výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny. Oslovila jsem kolegyni, jejíž dítě je diagnostikováno ADHD a požádala ji o doporučení na jiné rodiče se stejnou diagnostikou dítěte, se kterými se setkává v pedagogicko- psychologické poradně ve stejném městě, kterou se svým synem navštěvuje.

Jako metodu sběru dat jsem použila polostandardizovaný rozhovor. Tato metoda mi připadala výhodná, neboť dovoluje během rozhovoru položit různé doplňující otázky. Důležitou roli zde hraje také to, jak respondent reaguje tělem, gesty, pohybem očí či hlavou. Další výhodou je volnost odpovědí. Otázky jsem si sestavila předem a mohla tak následně pokládat doplňující otázky. Na základě rozhovorů a studiem dokumentace psychologického vyšetření jsem zpracovala kazuistiky jednotlivých dětí. K analýze výzkumu jsem si vybrala otevřené kódování.

Jde o jednu z fází výzkumu, který je založen na přístupu označovaném jako zakotvená teorie. Výzkumník nashromáždí empirická data, kterými je většinou nějaký souvislý text (např. přepis rozhovoru). Aby na základě tohoto textu mohla vzniknout nějaká obecná teorie, musí výzkumník text podrobit analýze kódováním. Cílem je rozkrytí obsahu sdělení v obecné rovině, na základě kterého může být tato teorie formulována“ (Hendl 2016).

2.1.1 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou prvotní příznaky ADHD?
2. Jaké jsou vhodné způsoby terapie?

2.1.2 Výběrový vzorek

Předmětem sondy jsou čtyři děti s diagnostikovaným syndromem ADHD. Rodiny žijí ve stejném regionu. Věk matek v rozmezí 25 – 40 let, věk dětí, 5 – 11 let. Sociální status rodin z pohledu příjmu je nerovnoměrný. Ve skupině byly tři chlapci a jedna dívka. V době provádění sondy dvě z dětí navštěvovalo mateřskou školu, jedno dítě 2. třídu a jedno třetí třídu základní školy. Rozhovor proběhl dvakrát. První rozhovor proběhl v červenci 2016, druhý rozhovor v únoru 2017.

2.1.3 Kazuistika

Kazuistika se řadí k výzkumným metodám a věnuje se popisu konkrétních jednotlivých případů a to jejich průběhem, vznikem či vyléčením jednotlivého onemocnění. Může se týkat jedince, skupiny lidí nebo nějaké instituce. (Hartl, Hartlová, 2010).

2.1.3.1 Kazuistika 1

Jméno: Jakub

Věk: 4 let, navštěvuje MŠ

Rodinná anamnéza:

Otec (35 let) má střední vzdělání, pracuje jako provozní technik, matka (32 let) má vysokoškolské vzdělání, pracuje ve zdravotnictví. Jakub žije v úplné rodině s matkou, otcem, starším sourozencem v bytě. Sourozenci: starší bratr (9 let), mají hezký vztah. Rodina žije v rodinném domku na okraji města.

Osobní anamnéza:

Jakub je dítě z druhé rizikové gravidity, porod byl fyziologický bez komplikací v 37 týdnu. Vývoj do jednoho roku bezproblémový. Zrychlený vývoj řeči. První slova již v devíti měsících, věty v jednom roce. Začátkem druhého roku se zkrátila doba spaní. Probouzel se během noci a velmi brzo vstával, navíc odmítal denní spánek. První krůčky přišly, aniž by prodělal fázi lezení. Přitahoval se do stoje o jakýkoliv předmět, kterého se mohl chytit. Nebyl agresivní ani vznětlivý, zato však velmi lítostivý a plačtivý bez patrné příčiny. Často trpěl nočními můrami. Nedokázal klidně sedět při jídle, nebavila ho hra s typickými dětskými hračkami jako stavebnice nebo kostky v těchto aktivitách byl velmi

nemotorný a tyto činnosti u něj evokovaly pláč. Neprodělány žádné vážné choroby. Odborná pomoc, byla vyhledána ve čtvrtém roce života, kdy bylo chlapci diagnostikované AHDH současně s nadprůměrnou inteligencí ve verbální oblasti.

Psychologické vyšetření:

Chlapec je velice vstřícný, ochotný ke spolupráci, má velký zájem o splnění všech úkolů. Výborně se vyjadřuje, vyzrálé a trefně. Kresba výrazně neobratná, s rysy organicity. Postava má končetiny s asymetrickou nesprávnou lokací připojení k trupu, obličej bez uší a vlasů. Neodpovídá věku, ani nadání. Lateralita-dominance pravé ruky je méně vyhraněná, dominance levého oka, pravděpodobně vynuceně vzhledem k tomu, že na pravém oku je těžší oční vada. Rozumové předpoklady se pohybují v pásmu nadprůměru ve všech složkách (verbální myšlení, abstraktně vizuální myšlení, kvantitativní myšlení i krátkodobá paměť). Chlapec ve věku čtyř let a pěti měsíců, zátěžová osobní anamnéza, suspektně dědičné faktory. Rozumové předpoklady v pásmu nadprůměru. Dyspraxie, ADHD

Doporučení:

Rozvíjet nadání chlapce (např. vytvářet různá vyprávění, příběhy, pohádky apod., které mu mohou rodiče zapisovat), ve školce je třeba mít pro chlapce nachystanou činnost, která bude pro něj zajímavá, úkoly by měly být pro starší děti, jinak jej pobyt ve školce nebude uspokojovat. Procvičovat jemnou motoriku. Aktivita jako kreslení, práce s hlínou, koláže, vystřihovánky, různé typy kreslicího náčiní třeba mokrou houbou na tabuli, využití stavebnic typu Lego, Merkur apod. Před zahájením školní docházky uvolňovací cviky na ruku.

Snaha o dodržování doporučení z PPP byla problematická. Stále u Jakuba přetrvávaly problémy s obratností, a to jak jemné tak hrubé motoriky. Měl obtíže s oblékáním, nedokázal zapnout knoflíky, špatně se oblékal. Rodiče se rozhodly v loňském roce pro neurologické vyšetření na EEG, kde byla zjištěna mírná abnormalita v pravé hemisféře s konstatováním motorické neobratnosti. Následně po tomto vyšetření začal navštěvovat Jakub Institut regionálního zdraví v Plzni, kde se v této době účastní terapie na EEG biofeedbacu. Jakub uskutečnil již 12 sezení. Viditelně upraven spánkový rytmus. Doma se synem matka provádí doporučené aktivity PPP. Došlo k částečnému zlepšení motoriky, Jakub cvičí motoriku, vystřihování z papíru je činnost, která Jakuba baví nejvíce, při velké snaze si zapne knoflík u kalhot, V kresbě, zatím neustálý tlak na jakékoli psací náčiní, začíná se postupně prodlužovat doba soustředěnosti na práci, celkově kresba ještě působí kostrbatě a končetiny nejsou připojeny správně, ruka má jen čtyři jednoduché prsty, obličej je kompletní má oči, pusy i nos, uši dokreslí po upozornění, že na obrázku něco

chybí. Ke zlepšení došlo i v jiných oblastech začal jezdit na kole, zvládá oblékání. Celkový posun kladným směrem. Navíc s chlapcem provádí dechová cvičení a různé relaxační techniky zaměřené na nácvik uvolnění svalového napětí.

Shrnutí:

Terapie na EEG biofeedbacku podstoupená Jakubem měla celkově dobrý výsledek. Rodiče jsou ochotní investovat do léčby syna čas a finance. Matka neuvedla, zda před kreslením provádí uvolňovací cviky na zápěstí, je dobré zařadit i jiné psychomotorické cvičení jako správný sed při psaní, správný úchop tužky a postavení ruky při kreslení, výběr psacího náčiní, pravidelným zařazováním psychomotorických cvičení lze potíže u těchto dětí zmírnit. Důležité bude po nástupu do školy nehodnotit negativně úpravu psaní, vhodné bude v některých předmětech (čtení) rozšířit obsah, jeho inteligence je nadprůměrná. Vhodné je dokončit terapii biofeedbackem.

2.1.3.2 Kazuistika 2

Jméno: Petr

Věk: 5 let, navštěvuje MŠ

Rodinná anamnéza:

Úplná rodina. Matka (25 let), středoškolské vzdělání, v domácnosti, otec (30 let), střední vzdělání, pracuje jako řidič u soukromé firmy, byl léčen na psychotické onemocnění v psychiatrické léčebně. Chlapec má 1 staršího sourozence (dívka 12). Starší dívka nemá žádné potíže a chování ani s učením. Otec jako řidič bývá většinu času mimo domov a veškerá péče zůstává na matce. Chlapec je často hlídán sestrou. Sociální situace rodiny je na dobré úrovni, rodinný rozpočet tady nezatěžuje chlapcovo docházení na muzikoterapii.

Osobní anamnéza:

Druhé těhotenství bylo rizikové, klešťový porod, porod nakonec proběhl císařem, dítě bylo resuscitováno. První rok chlapec špatně spával, často se budil, plakal a vyžadoval neustálou pozornost ve dne i v noci. Jedl často, ale protože také často ublinkával, přibýval na váze pomaleji než jeho starší sestra. Lékařka v dětské poradně doporučila matce rehabilitaci Vojtovou metodou, kterou pak s dítětem delší dobu cvičili. Od doby, kdy začal lézt a později i chodit, byl velice živý a potřeboval neustálý dozor, neboť pořád odněkud padal a byl samá modřina a boule. Zlomenou ruku měl ve dvou letech. Doma si nikdy nevydržel dlouho hrát s jednou hračkou. Přebíhal od jedné ke druhé. Většinu času trávil na

starší sestrou, která tím ale moc nadšena nebyla a často mezi sourozenci vznikaly různé roztržky kvůli zničeným hračkám nebo pomůckám do školy. Poslech pohádek jej nikdy dlouho nezajímal, říkanky se učit nechtěl a ani u televizních pořadů pro děti dlouho nevydržel. Neustále něco přitom dělal, odbíhal a zase se vracel, sledoval vše, co se dělo kolem a nakonec ani nevěděl, o čem pohádka byla. Petr začal navštěvovat mateřskou školu ve čtyřech letech, kde docházelo k častým afektům. Jeho reakce byly neočekávané a agresivní. Ve školce se často vztekal a utíkal ze třídy. Děti byl odmítán pro svou nevypočitatelnost a agresivitu nedokázal se plně věnovat společným hrám. Na základě toho, doporučila ředitelka mateřské školy vyšetření dětským psychiatrem nebo pedagogicko-psychologické poradny.

Psychiatrické vyšetření:

Do psychiatrické ambulance přišel na doporučení mateřské školky, pro dlouhodobé poruchy chování, zpočátku spíše hyperkinetického charakteru, postupně nárůst agresivity. Agresivita popisována jak v domácím, tak školním prostředí. Zamedikován Ritalinem, půl tablety denně, doma dominují rivalitní vztahy se sestrou. Ve škole stále stížnosti na agresivitu, nerespektování pravidel.

Psychologické vyšetření:

Chlapec vyšetřen na žádost mateřské školy z důvodu nesoustředěnosti, nápadného neklidu, výkyvů v emocích a chování, chce být středem pozornosti, je neschopný vnímat, co je od něj za dané situace vyžadováno. Chlapec při vyšetření spolupracuje, je snaživý, s délkou zátěže narůstá psychomotorický neklidný (vrtí se na židli, pohupuje nohama, ťuká prstem do stolu) a klesá koncentrace pozornosti. Rozptyluje se okolními zvukovými podněty. Kresba nezralá, disproporční, s prvky ADHD. Při kresbě úchop levou rukou, nesprávně fixován. Geometrické tvary napodobí a pojmenuje správně. Barvy fixovány. Potíže ve výslovnosti R a Ř.

Doporučení:

logopedická náprava, respektovat osobnostní nápadnost dítěte při nesoustředěnosti vhodně střídat práci a odpočinek, umožnit pohybové uvolnění, upoutat pestrostí úkolů, podpořit chlapce v aktivitách, které mu pomohou zvednout sebevědomí a zlepšit sociální dovednosti, začleňování do menších skupin dětí, kde je snadnější napodobit sociálních dovedností, doma klidné láskyplné výchovné vedení, dodržovat pravidelný denní režim, důslednost, posilovat odměnou požadované chování, které je vhodné a žádoucí, možnost relaxačních cvičení, v MŠ je možno využití gymnastického míče na sezení, uplatňovat

přístup jako k dětem s ADHD, klidný individuální přístup, za drobný psychomotorický neklid nenapomínat, zklidnit dotekem, více se věnovat chlapci ve chvílích, kdy je klidnější rozvíjet kresbu, grafomotorické cvičení ruky, rozvinout jemnou motoriku a psychické funkce - kroužením zápěstí, ručkama mávat jako motýlci, cvičit správný uchop tužky (jednu hranu drží palec, naproti je ukazováček, třetí hranou je tužka položena na prostředníčku, tužka směřuje k rameni v MŠ a doma cvičení a hry na rozvoj pozornosti, paměti, početních představ, sluchového a zrakového rozlišování, na rozvoj myšlení, řeči a jemné motoriky, pravidelná návštěva mateřské školy, sociálně chlapce otužovat, kontrolní vyšetření v PPP před nástupem do školy, eventuálně zvážit odklad školní docházky.

Matka odmítla lék synovi dávat, měla pocit, že chování a negativní projevy se po užívání léku zhoršily. Pátrala po jiných možnostech léčby. Nakonec po dlouhém rozhodování zvolila muzikoterapii, která je realizovaná p. Havránkem v Plzni ve skupině 3 – 6 dětí.

Petr navštěvuje muzikoterapii půlroku. Na počátku terapie se chlapec projevoval v určitých situacích podobně jako ve školce. Neustále bral spolužákům hudební nástroje, pokud se některé z dětí bránilo, začal se Petr chovat agresivně a do dětí záměrně strkal, přetahovat se o hudební nástroj nebo se snažil druhé dítě udeřit. Během her se snažil co nejvíce zviditelnit, naschvál přehazoval míčky, aby je ostatní děti nechytli. Postupem času třeba při vytukávání rytmů na ozvučná dřívka, je chtěl nejdříve velmi agresivní hrou zlomit, pak se začal snažit. Nyní je Petr při bubnování, pokud se zklidní a je koncentrovaný, snaží se, chce se naučit hrát na buben, pokouší se napodobovat i složité rytmy. Hraní na hudební nástroje ho baví.

V průběhu relaxace je vidět, že je spokojený, poslouchá a leží v klidu, ale jen tehdy, pokud v jeho blízkosti není chlapec jménem Leoš, potom naschvál společně ruší ostatní děti, což jim činí evidentní radost. Jeho agresivní projevy v chování a sociálním chování jsou vázané na Leoše, pokud je chlapec při muzikoterapii přítomen, projevuje se Per během muzikoterapie velice rušivě až agresivně, chtěl být středem pozornosti. Pokud Leoš chybí, Petr spolupracuje s ostatními dětmi. Vztah se sestrou se zlepšil. Matka dceři vysvětlila důvod provokujícího chování bratra, poradila jak se k bratrovi chovat, nenechat se vyprovokovat a bratrovi vysvětlit, proč se taková věc nedělá bez projevů zlosti. Doma se snaží poctivě provádět cviky na grafomotoriku, dokreslování obrázků nebo stříhání papírků na různě velké kousky také cvičení správného úchopu tužky. Cvičení paměti pomocí skládání slov, hledání rozdílů na obrázcích.

Během půl roku jsou patrné výsledky v grafomotorice, zlepšil se úchop tužky, není tak křečovitý vidět je snaha držet tužku správným způsobem. Matka zakoupila tužky a pastelky ve tvaru trojúhelníku, které jsou vhodnější ke cvičení správného úchopu, kresba je doplněna o detaily, které před půl rokem ve výkresu chyběly (dveře mají kliku, postava má trup, oči a pusy, nos), v koncentraci ke zlepšení zatím nedošlo, stále nevydrží pracovat na jednom úkolu a nechává se rozptylovat okolím. Výslovnost problémových souhlásek je zatím také stále problematické. Do logopedické poradny dochází jednou za tři týdny, doma cvičení prováděné jednou denně 10 a 15 minut.

Shrnutí:

Ze získaných informací je patrné, že došlo ke zlepšení jen v některých oblastech. U grafomotoriky je důležité intenzivněji pokračovat ve cvičení motoriky a správném úchopu tužky, používat větší množství pomůcek, nejen dokreslování obrázků vhodné jsou také různé hry, třeba sestavování puzzle, stavebnice LEGO, MERKUR a jiné, jež pomáhají k rozvoji motoriky. Návštěvy logopedické poradny by měly být častější, minimálně jednou týdně a procvičování výslovnosti opakovat více než jednou denně. Úkoly rozdělit do kratších celků a každou činnost dokončit. Docházení na muzikoterapii pomáhá Petrovi zlepšovat sociální dovednosti, zapojuje se do společných aktivit s dětmi, při relaxaci se dokáže uvolnit a zklidnit. Pokračování v této terapii je tudíž žádoucí. Matka by měla opět navštívit dětského psychiatra a informovat ho o příznacích projevujících se během podávání léku. Odborník je oprávněn rozhodnout další vhodnou léčbu nebo změnu medikace.

2.1.3.3 Kazuistika 3

Jméno: Honza, navštěvuje 3. třídu ZŠ

Věk: 11 let

Rodinná anamnéza:

Matka (40 let), středoškolské vzdělání, zaměstnána jako prodavačka v obchodním centru, otec (39 let), střední vzdělání asi bez pracovního poměru, s rodinou neudrhuje styk, o syna se nezajímá. Honza pochází z neúplné rodiny. Před pěti roky se Honzovi rodiče rozvedli, žije ve společné domácnosti s matčíným partnerem (44let), který je v tuto chvíli Michalovi nevlastním otcem a podílí se na jeho výchově. Matka neuvěděla, jakým způsobem se nový otec chlapci věnuje. Honza má mladšího nevlastního bratra (3 roky) z nového matčina vztahu. Víkendy chlapec i s mladším sourozencem často tráví u prarodičů

z matčiny strany. Matka uvádí, že je Honzík u babičky spokojený, navíc nedávno nastoupila do práce, kde je pracovní doba na směny a musí být někdy v práci i o víkendech.

Osobní anamnéza:

Těhotenství bylo rizikové, první 4 měsíce krvácení matky, v sedmém měsíci hrozba předčasného porodu. Honza se narodil týden před termínem porodu. Přirozený porod. Od raného dětství byl velmi aktivní, nevydržel chvíli si hrát sám, vyžadoval přítomnost dospělého. Od dvou let již nepotřeboval odpolední spánek. V předškolním věku pozorovala matka opožděný vývoj, který se projevoval v řeči – dlouho nemluvil, nechtěl komunikovat ani opakovat. Když začal mluvit, mluvil hodně rychle, patlavě. Jako dítě utrpěl mnoho úrazů díky své neposednosti a hyperaktivitě. Z dětských nemocí prodělal zarděnky a plané neštovice jiné závažnější nemoci neprodělal. Neurologická vyšetření v normě, od 5 let byla zahájena medikace pro LMD nootropiky. Efekt nejednoznačný. Od 7 let v péči dětského psychiatra pro medikaci Ritalinu ke zklidnění. Do mateřské školy zapsán ve 4,5 letech. Ze začátku vše probíhalo bez problémů do nástupu nové paní učitelky, která chlapce asi nezvládala. Následovalo Honzovo odmítání do školky docházet. Postupem času se situace urovnala. Ve školce projevoval jako šamotář, roztěkaný, duchem mimo. Do společných her nezapojoval až po intervenci vychovatelky. S dětmi si nehrála. Ve třídě do které Honza docházel, bylo přes 20 dětí a paní učitelka děti nezvládala. Než nastoupil Honza do školy, zvládal všechny barvy, první písmenka a počítal do deseti. V prvním pololetí první třídy podstoupil Honza vyšetření v PPP.

Psychologické vyšetření:

Po dobu vykonávání úkolu psychomotorický neklid a značné kolísání pozornosti. Vlivem toho výkon snížen. Ve verbálních schopnostech výkon podprůměrný, IQ 80. Nejlépe si vedl v úkolech slovní zásoby. Úkoly vyžadující logické myšlení byly slabé. Zaznamenána slabší mechanická paměť, výkon ovlivněn neschopností soustředit se na pokyn. Byla diagnostikována hyperkinetická porucha jednání a pozornosti, porucha pravolevé orientace, nevyhraněná laterální a porucha vizuomotorické pozornosti. Na základě vyšetření odklad školní docházky.

Doporučení aby chlapec navštěvoval školu zaměřenou poruchy učení a zařazena do třídy s menším počtem žáků. V druhé třídě byl opětovně vyšetřen z důvodu posouzení o zařazení do dyslektické třídy. Aktuální intelektové schopnosti rozptýleny v pásmu průměru až podprůměru. Navázání s chlapcem probíhalo pozvolna a chlapec spolupracoval. Bylo patrné, že chce mít vyšetření co nejdříve za sebou. Koncentrace pozornosti byla snížena,

zvýšený motorický neklid. Psaní pomalé. Kvalita zápisu ovlivněna sníženou grafomotorickou dovedností. V diktátě se objevily chyby, absence diakritických znamének, komolení těžších slov, tvary některých písmen nejsou zautomatizovány. Lateralita souhlasná – pravostranná. Pravolevá orientace v normě. Orientační matematické vyšetření potvrdilo oslabení v oblasti operacionální. Čtení odpovídá hraničním hodnotám. Čte po slovech, ne zcela plynule. Diagnostikována vývojová poruch učení v písemném projevu (dysortografie) na podkladě percepčně motorického oslabení u chlapce s průměrnou rozumovou výkonností, nízkou kognitivní výkonností a oslabenou práceschopností. Hraniční dyslektické obtíže, možný rozvoj dyskalkulie.

Doporučeno hodnotit projev s tolerancí výskytu chyb. Vhodné střídání diktátů a doplňovacích cvičení. V matematice nutné prodloužení procvičování nové látky, podpořit kompenzačními pomůckami (číselná osa, vzorové příklady). Kontrolovat porozumění zadání.

Od letošního roku je zařazen do dyslektické třídy. Ve škole je spokojen a těší se. Jeho výkonnost v matematice a v českém jazyce proměnlivá. Jeden den vypracuje úkoly samostatně, ovládá naučenou látku, druhý den má stou samou látkou potíže. Písemný projev je stále pomalý, ale je-li dostatečný čas je písmo čitelné. Dokáže si správně zdůvodnit gramatiku. Chyb se dopouští v případě časového stresu. V matematice má nyní největší problémy, stále pracuje s pomocí prstů. Není schopen sám řešit složitější slovní příklady. Matka uvádí, že na výchově a přípravě do školy se podílí ona i její nový přítel. Výchova je však nejednotná. Odměny za snahy ve škole je kapesné ve výši 30,- korun. Při zvláštních příležitostech dostává mimořádné odměny. Trestání je prostřednictvím zákazů televize nebo počítače. Jinak se snaží s Honzou pracovat podle doporučení porady opakovat aktuálně probírané učivo probírané, přepisovat text.4asto hrají pexeso, které pomáhá posilovat paměť, soustředěnost a orientaci v prostoru. Dohlíží na pravidelnou domácí přípravu. Honza se celkově zklidnil, i soustředěnost je lepší. Časté jsou výkyvy aktivity. Dlouhá činnost Honzu unavuje.

Shrnutí:

Zde na rozdíl od Petra (kazuistika - 2) Ritalin ovlivnil nežádoucí projevy chování pozitivně. Honza je žákem 3. třídy a důležitý je pro něj individuální přístup s respektováním snížené odolnosti vůči zátěži s umožněním odpočinku a pohybového uvolnění i v průběhu vyučování, tolerovat zvýšenou unavitelnost. Při dodržování doporučení z PPP je vidět posun klepsímu. Rodič by měly mít trpělivější přístup a empatické vedení, chválit za snahu a jednotlivé úspěchy. Pokyny opakovat několikrát a v

klidu, netrestat dítě za první neuposlechnutí. Některé slovní pokyny je dobré převést spíše v dotykové, ukázat dítěti prstem, kam se má dívat, kde se čte, upravit mu polohu při sezení, psaní. Práci zadávat dítěti po částech a dítě kontrolovat, zda se soustředí, ale nenásilně, nenápadně. Kontrolovat, zda dítě pochopilo zadání úkolu například tím, že zadání zopakuje a vysvětlí.

2.1.3.4 Kazuistika 4

Jméno: Klárka, navštěvuje 3. třídu ZŠ

Věk: 10 let

Rodinná anamnéza:

Matka (38 let), vysokoškolské vzdělání, pracuje j u zahraniční firmy jako konzultant, otec (43 let), pracuje jako prodavač počítačové techniky. Sourozenci: mladší bratr (6 let), vztah mezi sourozenci popisuje matka jako bezproblémový, hrají si společně. Každý má svůj pokoj. Klárka žije v úplné rodině v rodinném domku v malé vesničce.

Osobní anamnéza:

Klárka je dítě z první rizikové gravidity, porod byl fyziologický bez komplikací ve 41 týdnu. Prodělala lehkou novorozeneckou žloutenku, bez fototerapie. Poporodní adaptace v normě. Jediným problémem byl přetočený denní režim. Vývoj popsala matka jako normální, možná až moc rychlý. Chodit začala už v 9 měsících. Nebyla vážněji nemocná. Jinak to bylo velmi neklidné a neurotické dítě. Do školky začala chodit až v šesti letech do předškoláků. Narodila se na podzim, do školy tedy nastoupila o rok déle. Ve školce paní učitelka upozorňovala na dívčiny potíže v kreslení, které matka nepozorovala. O dívce se vyjadřovala jako o sociálně slabé. Matka uvádí, že má problém se soustředěním. Ve školce se uměla podepsat, počítat, uměla některé písmenka z abecedy.

Psychologické vyšetření:

Dívka je po rozumové stránce vyspělá, nezralost po stránce práceschopnosti – pozornost osciluje, psychická zátěž je provázená stálým motorickým neklidem. Jednotlivá nezralost je patrná ve sluchové diferenciaci a v pracovní paměti. Sociální kontakt odpovídá věku. Motoricky nevyhraněná, sensoricky pravostranná, spontánně kreslí levou rukou. Grafomotorická dovednost používání pravé ruky průměrná, levá ruka je aktuálně méně obratná. Doporučen odklad školní docházky. Věnovat pozornost procvičování a uvolňování levé ruky, před psaním, rozvíjet grafomotoriku a vizuomotoriku, prostorové a pravolevé orientace. Na bílou čtvrtku nakreslit různé geometrické tvary, rozstříhat je a

nechat dítě je složit dohromady (barevné obrázky nejsou vhodné, protože se dítě při skládání orientuje dle barev nikoli dle tvarů). Doporučeno pořídit pracovní listy pro předškoláky na cvičení pravolevé orientace.

Rodiče nesouhlasili s odkladem školy. Nástup do školy proběhl bez problému. Klárka neměla potíže plnit úkoly. Později se objevily problémy s diakritikou. Čárky a tečky ve větách. Výukové obtíže se neobjevovali v prvních dvou ročnících. Ve třetím ročníku došlo ke zhoršení prospěchu. Bylo provedeno kontrolní vyšetření v PPP z důvodu prospěchových obtížích, které matka u dcery pozorovala.

Kontrolní psychologické vyšetření:

Kontakt s dívkou byl navázán dobře, pracovala ochotně a se zájmem plnila zadané úkoly. Práceschopnost mírně oslabena – psychická zátěž provázena motorickým neklidem. Rozumové schopnosti odpovídají pásmu průměru. Verbální schopnosti ve středu pásma průměru, schopnosti myšlení nižší průměr. Pokud má dívka pracovat přesně, potřebuje více času. Percepční zkoušky prokázaly poruchy v oblasti analýzy a syntézy, sluchová diference v rovině. Zraková diference v normě. Písmo s projevy grafomotorické neobratnosti. Objevují se specifické dysortografické chyby (vynechávání znamének, písmen). Čte plynule a přesně. Reprodukce čteného obsahu přesná. Konstatování, že jde o žáka se speciálními potřebami. Zdůrazněna nutnost tolerance k projevům poruch pozornosti, pomoci v situacích, kdy kvůli kolísání pozornosti přeruší práci. Zaměřit pozornost rozvoj sluchové analýzy a syntézy, grafomotoriky a vizuomotorické koordinace. Skládání slov z rozstříhané abecedy, sbírání příbuzných slov k vyjmenovaným slovům, procvičovat psaní textů ve, kterých se mohou objevovat chyby. Škola byla informována o výsledku vyšetření z PPP. Ve výchově jsou rodiče jednotní. Za dobré výsledky dostává odměny bonbóny nebo peníze, které si ukládá do kasičky. Učí se s ní maminka. Domácí úkoly zvládá v různých časech. Navíc maminka s Klárkou pracuje procvičováním doplňovaček PIEROT. V písemném projevu se Klárka zlepšila, jednotlivá slova jsou správně posazená na lince, písmo se celkově změkčilo. Občas ještě v textu chybí diakritická znaménka.

Shrnutí:

Rodiče, především matka se věnuje Klárce dostatečně. Motivuje dívku odměnami za správně vykonanou činnost. Doplňováním v publikaci PIEROT Klárka cvičí nejen paměť, ale také soustředění. Jako u všech dětí i u Klárky důležitý pravidelný režim. Zátěž rovnoměrně rozložit. Procvičovat problémové učivo. Důležitá je spolupráce a společná dohoda školy a rodiny. Je vhodné se společně domluvit na postupech práce při výuce i domácí přípravě.

2.2 Doporučení pro praxi

Při práci s těmito dětmi je žádoucí časté střídání činností, což dítěti pomůže pracovat delší dobu. Vždy je však nutné, aby předchozí činnost byla ukončena, před činností následující. Nahrazování činností dovoluje jednodušeji udržet pozornost, protože aktivity nejsou tak jednostranně zaměřené a příliš dlouhé. Je dobré dětem říkat, kdy se provede jedna činnost a další bude následovat po dokončení aktivity právě prováděné. Dítě si tak bude moci vytvořit pojem, v jakém pořadí budou činnosti následovat. V případě špatného soustředění je žádoucí dodržovat pravidelný režim. Zachovávat pravidelnost ukládání ke spánku.

Vytyčit hranice výchovy a dodržovat je, také sjednotit styl výchovy, pokud dítě tráví čas mimo primární rodinu třeba u prarodičů nebo ostatních příbuzných. Mít stanovený plán dne. Rodiče by měli přijmout své dítě takové jaké je. Dodržovat postupy doporučené odborníkem a spolupracovat. Rozvrhnout si čas, který dítěti bude věnován. Motivovat dítě k lepším výsledkům pochvalou, méně kárat. Když je patrné, že zvolená terapie nepřináší očekávané výsledky být trpěliví. Léčba není krátkodobá záležitost a chce čas. Podporovat v činnostech, které dítě dělá rádo. Chválit za úspěchy. Netrestat za nevhodné a impulsivní chování. Trpělivě a opakovaně vysvětlovat, které chování je vhodné a naopak vhodné není.

ZÁVĚR

Mé šetření proběhlo pouze na malém vzorku a jistě by bylo vhodné se tématem zabývat hlubší studií. Z mého šetření vyplývá, že projevy syndromu hyperaktivity rodiče pozorují už v počátečních vývojových stádiích.

Vývoj osobnosti dítěte s ADHD se liší od běžně přijímaných norem, odlišnosti jsou pozorovatelné již v kojeneckém a batolecím věku. Obzvlášť nápadnými se stávají v době nástupu dítěte do vzdělávacího zařízení, kde je vyžadováno podřizování se pravidlům chování. Prvním impulsem návštěvy odborníka a zahájením terapie tak bývá doporučení zaměstnancem školského zařízení. Do této doby se rodiče snaží řešit neadekvátní projevy chování sami v domácím prostředí, bohužel s malým výsledkem. Rodiče jsou však jediní, kteří mohou správnou léčbu ovlivnit.

Předpokladem správné léčby je vyhledání odborníka, dodržovat pokyny a rady poskytnuté lékařem nebo výchovným poradcem. Jako první jsou to právě rodiče, kteří mohou svému dítěti ulehčit život a to v první řadě tím, že na ně budou mít již v počátku života vždy požadavky vhodné k jeho věku a možnostem. Neměly by děti přetěžovat, ale také by je neměli podceňovat. Měli by svým dětem poskytnout dostatek času a podporovat u jejich samostatnost od nejútlejšího věku. Informovanost v dnešní době je dostatečná, rodiče mají k dispozici velké množství literatury a na internetu je možnost komunikace jak s odborníky, tak s jinými rodiči a podělit se o zkušenosti nebo získat nová doporučení.

Léčba farmaky je předmětem diskusí. Jak je patrné z kazuistik, je v některých případech přijímána pozitivně v jiných negativně. Vždy, v tomto případě důležitý názor a rozhodnutí lékaře o dalším užívání nebo změně preparátu. Alternativní či doplňkové terapie prováděné většinou v soukromém sektoru nejsou z nejlevnějších a má-li se dostavit výsledek je třeba čas stejně jako u každé terapie, tím pádem finanční náklady rostou a bohužel většina rodičů si větší výdaje nemůže dovolit. Bylo by dobré alternativní formy terapií zařadit mezi terapie hrazené zdravotním pojištěním. Zahraniční studie renomovaných odborníků ukazují dobré výsledky netradičních způsobů terapií. Při nedostatku času jsou volené aktivity prováděné v domácím prostředí. Také v případě finančních nákladů jsou používány různé pomůcky, které je možné koupit nebo vyrobit doma.

Každý rodič své dítě miluje a snaží se všemi dostupnými prostředky usnadnit jim budoucí život. Předpokladem úspěchu jakékoliv terapie je včasná diagnóza a správná intervence. Pak je větší naděje na úspěšnější život. Důležité je naslouchat pocitům dítěte,

mluvit s ním co nejvíce o tom, co cítí, prožívá, jak nese neúspěch a jak naopak úspěch, jak se cítilo před a po prodělaném afektu (bez mentorování), jak prožívá chování svých kamarádů (sourozenců, rodičů), proč si myslí, že se tak ostatní zachovali. Každé dítě je především jedinečná bytost, která se během života stále mění a vyvíjí. Mělo by se k ní přistupovat s láskou a porozuměním.

RESUMÉ

Pro moji bakalářskou práci jsem zvolila téma: „Terapie u dětí s ADHD“

Teoretická část práce shrnuje terminologii, historii, etiologii a legislativu syndromu ADHD. Přirozený vývoj dítěte a vývoj dítěte s ADHD. Součástí práce jsou tři zahraniční studie zabývající se výzkumem kognitivní, afektivní a motivační regulace v souvislosti s příznaky ADHD a vlivem alternativních forem terapií. Závěr praktické části práce, se zabývá formami terapie při léčbě hyperaktivní poruchy, vhodnost terapie podle subtypu syndromu, nejčastěji užívanou farmakoterapií, rodičovským poradenstvím, možnostmi rodinné a skupinové terapie, terapií kognitivně-behaviorální a pomocnými terapeutickými metodami.

Obsahem praktické části jsou kazuistiky čtyř dětí zahrnující věk dítěte, rodinou a osobní anamnézu a popis odborného vyšetření. Každá kazuistika je ukončena stručným shrnutím a doporučením dalšího postupu v práci s dítětem.

Klíčová slova: ADHD, terapeutické metody

SUMMARY:

For my bachelor thesis, I have chosen the topic: „Therapy for children with ADHD“.

Theoretical part summarizes terminology, history, etiology and legislative of the ADHD syndrome, and the natural children development and the development of children with ADHD. Four foreign case studies dealing with cognitive, affective and motivational adjustment in connection with ADHD symptoms and the influence of alternative forms of therapy are included as a part of the thesis. Conclusion of practical part then deals with forms of therapy to cure hyperactive disability, suitability of a therapy according to a subtype of the syndrome, most frequently used pharmacotherapy, parental consulting, possibilities of a family and group therapy, cognitive-behavioural therapy and auxiliary therapy methods.

Practical part also includes case interpretation of four young children, their families and personal anamneses and description of professional diagnoses. Each case interpretation ends with brief summary and recommendation of future treatment.

Key words: ADHD, therapy methods

Seznam literatury

1. BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3520-7.
2. CAMPBELL, Ross. *Hledám svou cestu: jak se přiblížit dospívajícím*. Přeložil Marta Marková. Praha: Návrat, 1993. ISBN 80-85495-22-8
3. ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
4. ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-880-8.
5. DOSTALOVÁ, Michaela. *Dějiny eurytmie v českých zemích*. Hranice: Fabula, 2014. ISBN 978-80-87635-18-6.
6. DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.
7. DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.
8. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-630-4.
9. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
10. HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
11. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Specifické poruchy učení a chování*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-657-4.
12. KENDÍKOVÁ, Jitka. *Legislativa ADHD pro školy a poradny: praktická příručka pro ředitele, učitele a poradenské pracovníky*. Praha: Raabe, 2014. KuliFerda a jeho svět rozvíjí - připravuje - pomáhá - napravuje - baví!. ISBN 978-80-7496-167-0.

13. KUCHARSKÁ, Anna, ed. *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Praha: Portál, 1999. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071782947.
14. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
15. LANGMEIER, Josef. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře. 2., dopl.vyd.* Praha: Avicenum, 1991.
16. MICHALOVÁ, Zdeňka a Ilona PEŠATOVÁ. *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity J.E. Purkyně, 2015. ISBN 978-80-7414-934-4.
17. MICHALOVÁ, Zdeňka. *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-733-8.
18. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd.* Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
19. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Přeložil Dagmar TOMKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-430-4.
20. NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie pro učitele*. Plzeň: Západočeská univerzita, 1998. ISBN 80-7082-473-5.
21. PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.
22. PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0501-2.
23. RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha: Portál, 1999. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-287-4.
24. STEINER, Rudolf. *Eurytmie jako viditelný zpěv*. Přeložil Jan DOSTAL. Hranice: Fabula, 2012. ISBN 978-80-86600-92-5.

25. SVOBODOVÁ, Jarmila. *Alternativní školy*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 1996. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-19-2.
26. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
27. TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
28. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika - vychovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-306-4.
29. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
30. VYBÍRAL, Zbyněk. *Jak se stát dobrým psychoterapeutem*. Praha: Portál, 2016. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1104-4.
31. ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0875-4.
32. ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Relaxace nejen pro děti s ADHD: máte neklidné, nesoustředěné dítě?*. 4. vyd. Praha: D + H, 2008. ISBN 978-80-903869-8-3.

Elektronické zdroje

1. JANG, B. *Changes in Gait Balance and Brain Connectivity in Response to Equine-Assisted Activity and Training in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* [online]. New Rochelle, USA: THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE, 2016 [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ez-proxy.svkpl.cz>
2. HARRISON, L. *Sahaja Yoga Meditation as a Family Treatment Programme for Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder* [online]. 2004 [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ez-proxy.svkpl.cz/>

3. LUCKÁ, K. *Neposlušnost nebo psychická porucha?* [online]. 2008 [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.katerinalucka.cz/aktuality/clanek/12-neposlusnost-nebo-psychicka-porucha/>

4. SJOWALL, D. *Neuropsychological Heterogeneity in Preschool ADHD: Investigating the Interplay between Cognitive*, [online]. Netherlands: Journal of Abnormal Child Psychology, 2014 [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ez-proxy.svkpl.cz/ehost/>

5. TYL, J. *Lehké mozkové dysfunkce, nové metody nápravy* [online]. 2003 [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.eegbiofeedback.cz/dokumenty>