

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

ADHD

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jana Miškovská

Učitelství pro 1. stupeň základní školy

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Plzeň 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 12. srpna 2022

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Doc. PhDr. Janě Miňhové, CSc. a Bc. Aleně Bláhové za odborné vedení, morální i psychickou podporu a lidský přístup, které mi pomohly při vypracování diplomové práce.

OBSAH

| | |
|---|----|
| SEZNAM ZKRATEK..... | 2 |
| ÚVOD..... | 4 |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST..... | 6 |
| 1.1 PROJEVY ADHD..... | 6 |
| 1.2 SUBTYPY ADHD | 8 |
| 1.3 DĚTI S ADHD A JEJICH OKOLÍ | 10 |
| 1.4 ADHD A VÝVOJOVÉ ETAPY JEDINCE | 10 |
| 1.4.1 Novorozenec, kojeneček, batole..... | 10 |
| 1.4.2 Předškolák | 11 |
| 1.4.3 Školák – mladší školní věk..... | 11 |
| 1.4.4 Adolescence – starší školní věk..... | 12 |
| 1.4.5 Dospělost..... | 13 |
| 1.5 PŘÍČINY VZNIKU ADHD..... | 15 |
| 1.5.1 Genetické příčiny..... | 15 |
| 1.5.2 Negenetické příčiny – vliv prostředí | 15 |
| 1.6 DIAGNOSTIKA ADHD | 16 |
| 1.6.1 Rodina..... | 17 |
| 1.6.2 Škola..... | 17 |
| 1.6.3 Školní terapeutický tým..... | 17 |
| 1.6.4 PPP, SPC | 18 |
| 1.6.5 Odborní lékařští pracovníci | 19 |
| 1.7 PORUCHY SOUVISEJÍCÍ S ADHD | 19 |
| 1.7.1 Poruchy školních dovedností– SPU | 20 |
| 1.7.2 Poruchy spánku | 21 |
| 1.7.3 Úzkostné poruchy, tiky..... | 22 |
| 1.7.4 Poruchy chování | 22 |
| 1.7.5 Poziční vzdor..... | 23 |
| 1.7.6 Poruchy motoriky a řeči | 23 |
| 1.7.7 Poruchy nálad..... | 24 |
| 1.7.8 Zneužívání návykových látek, závislosti..... | 24 |
| 1.8 LÉČBA ADHD | 25 |
| 1.8.1 Psychoterapie..... | 25 |
| 1.8.2 Medikace | 31 |
| 1.8.3 Biofeedback..... | 33 |
| 1.9 VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ POSTUPY U DĚTÍ S ADHD | 34 |
| 1.9.1 Z pohledu učitele | 35 |
| 1.9.2 Škola a rodina | 36 |
| 1.9.3 Rodiče a výchovné strategie | 37 |
| 2 PRAKTICKÁ ČÁST..... | 39 |
| 2.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉ SKUPINY | 39 |
| 2.1.1 Kazuistika 1 – Filip | 39 |
| 2.1.2 Kazuistika 2 – Adam | 42 |
| 2.1.3 Kazuistika 3 – Daniel | 47 |
| 2.1.4 Kazuistika 4 - Ivan..... | 51 |
| 2.1.5 Kazuistika 5 - Jan | 54 |
| SHRNUTÍ A ZÁVĚR..... | 59 |
| RESUMÉ..... | 61 |
| SEZNAM LITERATURY | 63 |
| PŘÍLOHY | I |

SEZNAM ZKRATEK

ADD Attention Deficit Disorder – Porucha pozornosti bez hyperaktivity

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Hyperkinetická porucha pozornosti s hyperaktivitou

BMI body mass index, index tělesné hmotnosti

CNS centrální nervová soustava

ČR Česká republika

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti

EEG elektroencefalogram

EKG elektrokardiogram

FIE Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování

FTN Fakultní Thomayerova nemocnice

HYPO program Hyperaktivita a Pozornost

IVP individuální vzdělávací plán

IQ inteligenční kvocient – kvantitativní ukazatel logického myšlení, rychlosti správného uvažování. Výpočet: (mentální věk

JIP jednotka intenzivní péče

KUMOT Kuncová MOTorika

KUPOZ Kuncová POZornost

KUPREV Kuncová PREVence

KUPUB Kuncová PUBerta

LMD lehká mozková dysfunkce

MŠ mateřská škola

OSPOD orgán sociálně – právní ochrany dětí

PPP pedagogicko-psychologická poradna

SOU střední odborné učiliště

SPC speciální pedagogické centrum

SPIN sdružení pro videotrénink interakcí

SPU specifické poruchy učení

SŠ střední škola

SVP středisko výchovné péče

ŠD školní družina

VTI videotrénink

VŠ vysoká škola

WHO Světová zdravotnická organizace

ZŠ základní škola

ÚVOD

Pro téma této diplomové práce jsem zvolila ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder). Tento pojem je v posledních letech fenoménem. Laická veřejnost i pedagogičtí pracovníci často tvrdí, že tuto diagnózu má dnes pomalu každé dítě, ADHD je výmluvou či obhajobou nevychovanosti.

Soudím, že je nutné tyto jedince, tuto nemoc, obhájit. Jedná se, z mého pohledu, o velice zajímavou a zároveň závažnou diagnózu, o které má význam diskutovat, jednat o ní, řešit ji. Má dlouholetá praxe ve školství mne přesvědčila o skutečnosti, že jedinců s diagnózou ADHD přibývá. Stále více žáků a studentů má problém s udržením pozornosti, hyperaktivitou. Zároveň se také množí počty těch, kteří jsou kolektivem, veřejností odmítáni pro své zvláštnosti v projevech. Tito jedinci potřebují větší podporu a pomoc v zapojení se do kolektivu, společnosti, potřebují pomoc v pochopení sebe sama. Je nutné pracovat na zvýšení jejich sebevědomí, hledání pozitivních stránek osobnosti.

První část diplomové práce je věnována teoretickým poznatkům. Bude zmíněn krátký historický i mezinárodní náhled na diagnostiku tohoto znevýhodnění, budou vysvětleny jednotlivé pojmy ADHD a ADD. Seznámíme se s možnými projevy chování jedinců s ADHD. Postupně budou nastíněny charakteristické znaky jednání/chování v různých vývojových etapách. Nedílnou součástí práce je diagnostika onemocnění a diagnostika dalších poruch souvisejících s ADHD. Upozorníme na instituce diagnostiky a na skutečnost, že finální diagnózu určuje pouze psychiatr. Následně bude čtenář seznámen s možnostmi léčby. Psychoterapeutická péče je evidována sestupně vzhledem k vývojovým etapám. Medikamentózní léčba je individuální a není vhodná pro každého, pojednáme i o dalších možnostech léčby. Nezastupitelnou roli v přístupu k ADHD hrají výchovně vzdělávací postupy nejen ve škole, ale i v rodině a ve vzájemném vztahu rodina škola.

Praktickou ukázkou nejen projevů ADHD je pět kazuistik jednotlivců s diagnostickým znevýhodněním/onemocnění. Jednotlivé kazuistiky nejsou pouze kauzami, popisují životní cesty aktérů. Aktéry kazuistik jsou žáci prvního, druhého stupně ZŠ i dospělí jedinci. Zdroje informací ke kazuistikám byly různorodé. Vzhledem k mé pedagogické praxi jsem měla možnost reflektovat lékařské zprávy, zprávy z různých pedagogicko-psychologických institucí a zejména přímo hovořit s aktéry výchovně vzdělávacího procesu (učitelé, rodiče, samotní diagnostikovaní aktéři procesu).

Cílem práce je náhled na ADHD, popis onemocnění a popis reality, seznámení s různými možnými skutečnými situacemi/stavy jedinců s ADHD, možnostmi léčby. Dalším cílem je seznámení s možnými přístupy k onemocnění ze stran rodiny, školy i samotných aktérů.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Společnost, okolí dětí a jedinců postižených ADHD, vidí diagnózu jako obyčejný, běžný projev nevychovanosti. Pro okolí je to dítě náročné, nadměrně projevující své emoce, divoké. Blízcí rodičů takového dítěte jej pro zmíněné charakteristiky nechtějí hlídat, pomoci s péčí. Všeobecná hodnocení však nejsou zásadními hodnotícími kritérii. Okolí vnímá dítě jako nenormální. Objasněme proto slovo normální. Normální je většinově běžné, očekávané či předpokládané. Okolí vidí dítě s ADHD jako problémové. Není to tak. Jedná se o dítě, které má problém, má problém s okolím, sám se sebou, okolí s ním má problém. Nejvíce se dítě chová problematicky ve společnosti matky, jelikož je s ním nejčastěji. Celkově pojmáme diagnózu jako jednotlivá kritéria splňující nemožnost plnohodnotného zapojení postiženého jedince do společnosti.

V rámci teoretické části se seznámíme s typickými znaky ADHD a jeho subtypy, s vnímáním těchto osob okolím. Podrobněji bude čtenář seznámen s projevy tohoto onemocnění v různých vývojových etapách člověka, s příčinami vzniku, diagnostikou ADHD i dalších možných přidružených poruch. Nedílnou součástí práce jsou možnosti léčby a nutné výchovně vzdělávací postupy.

Vzhledem k tomu, že se níže budeme setkávat s pojmy ADHD, hyperaktivita, impulsivita, pozornost, je vhodné tyto krátce vysvětlit.

1.1 PROJEVY ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je zkratkou Americké psychiatrické asociace, v Čechách je nazývána jako Hyperkinetická porucha pozornosti s hyperaktivitou. Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) WHO se významově oba názvy překrývají až na drobné odchylky. Diagnostická kritéria hyperkinetické poruchy jsou užší než u ADHD, Americká psychiatrická asociace ve svém DSM (diagnostický a statistický manuál) uvádí, že onemocnění není celoživotní, přestože to bylo prokázáno (Ptáček, Ptáčková, 2019).

Na práci ve škole mají vliv poruchy motoriky a vnímání, poruchy emoční a motivace, poruchy chování. Problematické jsou i sociální vztahy, jejich utváření. Poruchy spánku, někdy i příjmu potravy a přidružená onemocnění (alergie, astma, záněty horních cest dýchacích) jsou dalšími faktory ovlivňující ADHD. Mezi poruchy kognitivních funkcí

náleží neschopnost selekce pozornosti, problémy se syntézou a analýzou informací. ADHD jedinci postrádají pro obtíže motivaci, snahu vytrvat, mají obtíže analyzovat své chování.

Mezi typické, níže nepopsané, další znaky ADHD patří neposlušnost, nesnášenlivost kritiky a neúspěchu, urážlivost, problémy s orientací v čase a prostoru i s plánováním práce, nepořádnost a neschopnost pořádek udržet, problémy se započítím/návratem k dokončení činnosti. Dítě ztrácí věci, stále něco hledá a nenachází, neumí si zorganizovat pracovní prostor ani práci a zapomíná. Zapomíná pokyny, tedy často neví, co má udělat, zapomíná na plnění denních aktivit a povinností. Žáci ADHD na sebe rádi poutají pozornost a mají rádi vyučující pro sebe. Při problémových situacích potřebují delší čas na zklidnění (Drtílková, 2007).

Z výčtu komplikací ze života dětí s ADHD je zřejmé, že jejich situace není jednoduchá. Aby děti s ADHD prospívaly, potřebují velkou dávku trpělivosti a pozitivní přístup od okolí, od blízkých.

Hyperaktivitu můžeme popsat jako nadbytečné množství energie (nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity), které jedinec není schopen korigovat, ovládat vlastní vůlí. Při činnostech vydává nepřiměřené množství energie. Únava se projevuje ještě větší aktivitou. Hypoaktivní jedinec se naopak projevuje jako člověk bez energie. Je pomalý, těžkopádný, utlumený. Mýlně charakterizovaný jako líný, nemotorný tvor. V rámci intervence je vhodné zaměřit pozornost vždy na jednu část práce, uvědoměle ji kontrolovat a dokončovat. Vychovatelé mají pocit, že neustále testují hranice, kam až mohou.

Hyperaktivní jedinec má stálé nutkání něco dělat, je stále v pohybu, nevydrží v klidu, „jede na motor“, neumí relaxovat. Vrtí se, hraje si s prsty, stále si s něčím hraje. Bezděčně pohybuje rukama nebo nohama, vstává ze židle. Má potíž hrát si v klidu, nebo v klidu vykonávat nějakou činnost. Hyperaktivní dítě je přemíru upovídané, skáče do řeči, odpovídá zbrkle. Pro poruchu motoriky bývají tyto děti méně obratné, nenadchnou je ruční práce vyžadující šikovnost jemné motoriky (Paclt, 2006).

Impulsivní jedinec dříve jedná, než myslí. Jedná náhle, ukvapeně, akci/reakci neumí odložit, činí unáhlené závěry, často nesplní úkol. Chce dělat věci po svém, podle svých pravidel a postupů. Nepoučí si následků svého konání, z trestu či úrazu. Často odpovídá na otázku před jejím dokončením, nedoposlechne pokyny, mluví mnoho a také vstupuje ostatním do hovoru, přeskakuje z téma na téma. Impulsivní člověk je netrpělivý, nedokáže čekat, až na něj přijde řada. V důsledku impulzivního jednání dochází k veliké chybovosti,

což má také souvislost se soustředěností/pozorností. Impulsivitu můžeme minimalizovat jasným a jednoznačným zadáváním pokynů, uměním zklidnit se.

Na pozornost můžeme nahlížet způsobem jejího zaměření a délky trvání. Poruchy pozornosti charakterizuje snížená možnost seberegulace, jedinec nedostatečně kontroluje a ovládá pozornost. Nepozornost je zapříčiněna funkcí mozku, negativním rodinným prostředím, kdy sám rodič je hyperaktivní, nezdrženlivý či geneticky zatížený (Hutyrová, 2019). Nepozornému se nedaří soustředit se, okamžitě reaguje na podněty, neudrží pozornost při činnostech a ani při hrách. Často se jeví, jako že neposlouchá/nevnímá, vnímáme denní snění. Jedinci svou vnitřní řeč občas přeměňují v řeč nahlas sám se sebou. Obecně má problém s organizací činnosti, kterou také nedokončuje. Dítě nepracuje podle pokynů, dělá mnoho chyb pramenících z nepozornosti. S pozorností úzce souvisí poruchy paměti pracovní i slovní.

Vzhledem k ADHD (podle DSM-5), diagnostikuje ve dvou kategoriích: 1. nepozornost, 2. hyperaktivita a impulzivita. Nepozornost, hyperaktivita s impulzivitou jsou diagnostikovány, jestliže alespoň šest měsíců dítě projevuje minimálně šest příznaků v dané kategorii.

Pokud hovoříme o hyperkinetické poruše, je diagnostika podobná. Opět platí přítomnost příznaků v době trvání minimálně 6 měsíců. V případě nepozornosti je nutných alespoň 6 příznaků, Hyperaktivity 3, u impulzivity alespoň 1 příznak (Ptáček, Ptáčková, 2018).

1.2 SUBTYPY ADHD

Minulost přisuzovala ADHD různá označení v závislosti na poznacích, které odborníci o onemocnění měli. Od minimální a malé mozkové dysfunkce, přes lehkou dětskou encefalopatie a lehkou mozkovou dysfunkci až k dnešnímu ADHD či k hyperkinetickému syndromu (Jucovičová, Žáčková, 2020). Níže se seznámíme s nejnovějším způsobem dělení onemocnění a jeho stručnými charakteristikami.

AHDH I. Typ s převažující poruchou pozornosti – tento typ se významově překrývá s pojmem ADD (Attention Deficit Disorder - Porucha pozornosti bez hyperaktivity) . ADD je prostou poruchou pozornosti bez dalších příznaků hyperaktivity a impulzivity. Žáci nejsou schopni zaměřovat pozornost na dané činnosti, mají výpadky pozornosti. V činnostech jsou chaotičtí, nepracují systematicky a práci nezvládají dokončit. Velikou obtíž jin činí čas. Zadané úkoly nestíhají vykonat všechny a včas, chodí pozdě, zapomínají

časové termíny. Často se u nich setkáváme s denním sněním. Problémy jim činí navázat sociální kontakt, v kolektivu působí úzkostně. U dětí s ADD se vyskytuje více specifických poruch učení než u dětí s ADHD (Hutyrová, 2019, Paclt, 2006).

ADHD II. Typ hyperaktivní a impulsivní – Je zde prokazatelná motorická hyperaktivita (řečová i pohybová) se svými typickými příznaky. Impulzivita se projevuje bezmyšlenkovitým jednáním, které má úzkou souvislost s častou úrazovostí. Charakteristické je rčení „Co na srdci, to na jazyku.“ Pro hyperaktivitu a impulzivitu tito jedinci opakovaně narušují práci ve škole a klid.

ADHD III. Kombinovaný typ – Sdružuje příznaky předešlých typů, tedy poruchy pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Z typů ADHD bývá diagnostikován nejčastěji.

Pro úplnost informací uvádíme dělení hyperkinetické poruchy v porovnání s ADHD. Hyperkinetická porucha se dělí na dva typy:

1. Hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti a aktivity – Jedná se o nepozornost a hyperaktivitu.
2. Hyperkinetická porucha chování – Zde se k poruše pozornosti a aktivity přidružuje ještě porucha chování. Jedná se v podstatě o poruchy související s ADHD (Jucovičová, Žáčková, 2020).

V odborných kruzích se vedou diskuse o odlišném tělesném vývoji dětí s ADHD. Někteří ADHD jedinci dosahují nižší tělesné výšky, což může být mírně ovlivněno medikací. Nadváhu, zvýšenou hodnotu BMI, způsobují specifické rozdíly ve stravování. Ve stravování se projevuje impulzivita, preference rychle dostupných potravin. Navíc si, zejména sladkými potravinami a nápoji („rychlými cukry“) a rychlým občerstvením, tito jedinci kompenzují vnitřní napětí. Začarovaný kruh se uzavírá skutečností, že přemíra sladkého, tuků, rychlé občerstvení podporuje hyperaktivní a impulzivní projevy hyperkinetické poruchy. Ve vyšší míře se u ADHD vyskytuje obezita, která se obtížně redukuje důsledkem sníženého sebeovládání, vlastní kontroly (Ptáček, Ptáčková, 2018).

Nezapomeňme vyzdvihnout silné stránky dětí s ADHD. Mají velké množství energie pro zábavu a hry, jsou kreativní, mohou rychle pochopit nové věci. O problémech přemýšlejí jinak a tím mohou být o krok před ostatními, dokáží se přizpůsobit novým situacím. Děti s ADHD bývají úspěšné ve sportu. Mají rychlé reflexy, dokáží rychle jednat a osvojovat si alternativní způsoby učení. Dokáží mnoho, když se jim podaří se soustředit. Jsou také velmi citliví a vnímaví k emocionálnímu rozpoložení ostatních (Laver-Bradbury, 2016).

1.3 DĚTI S ADHD A JEJICH OKOLÍ

Mezi rodiči i veřejností panují proti ADHD mnohé předsudky. Často je problém ADHD vnímán jako rodičovské selhání, použití nevhodné výchovné strategie. Rodiče se sebeobviňují, lidově řečeno ztrácejí nervy, jsou vyčerpaní, nebo také dítě omlouvají a odmítají si připustit, že se jedná o problém. Jedná se o problém, který má řešení, kdy je možnost pomoci. Pokud rodič přijme skutečnost, že chování a projevy jeho dítěte nejsou standardní, nechá dítě vyšetřit odborníkem. Rodiče na diagnózu ADHD mohou pohlížet dvojím způsobem. Diagnóza jim vysvětluje pocit selhání, rodič omlouvá problém diagnózou. Buď v této pozici rodiče ustrnou, nebo se posunou o stupeň výše, tedy začnou problém dítěte ADHD řešit a snaží se pomoci dítěti i sobě.

Spolužáky bývají většinou děti ADHD pro svoje projevy neoblíbené, izolované a odmítané. Někdy se tito jedinci stávají obětí šikany, nebo sami jsou iniciátory šikany. Žáci s ADHD se často neovládají, jsou bezohlední, nespolupracují, konflikty neumí řešit a navíc je vyvolávají, mají impulsivní reakce, jsou nepředvídatelní, nekontrolují se. Pokud se ADHD projevuje v nižší míře, bývají tito žáci vrchními obveselovači třídy a pro své vtipy, komentáře a netradiční nápady jsou oblíbenými. Velmi v tomto směru záleží na práci třídní učitelky. Jak se třídou jako s kolektivem pracuje, jak začleňuje žáky do třídy.

1.4 ADHD A VÝVOJOVÉ ETAPY JEDINCE

Je nutné uvědomit si, že se nemoc ADHD vyvíjí společně s růstem organismu. Níže se seznámíme s různými vývojovými etapami člověka v souvislosti s projevy ADHD. Z této nemoci jedinec nevyroste, ale její projevy se mění v čase. ADHD jedinci vykazují příznaky této nemoci až v 80% v období adolescence, z toho 3-9 krát častěji chlapci, v dospělosti až 60%. Znamená to tedy, že 2 - 3% dospělé populace vykazuje onemocnění ADHD. To, co působí na předškoláka, se zcela míjí účinkem u dospívajícího. I intenzita projevů ADHD není u všech stejná. Vliv na intenzitu mají různá onemocnění, hospitalizace či rodinné „karamboly“.(Drtílková, 2007, Munden, 2008, Goetz, Uhlíková, 2009).

1.4.1 NOVOROZENEC, KOJENEC, BATOLE

U novorozenců je nápadným projevem hyperaktivity neklid a potíže s denním režimem, spánkem. Běžný novorozenec/kojenec střídá pravidelně stavy bdění, krmení, spánku. Děti s projevy ADHD mají často nepravidelný režim. Přerušovaný, neklidný spánek – někdy spí

přes den, v noci se pak neustále budí, častá a nepravidelná potřeba jídla, celodenní pláč bez důvodu jsou příznaky hyperaktivity novorozenců. Tyto projevy se mohou postupně upravit, ADHD se u dětí nerozvine. (Goetz, Uhlíková, 2009).

Mezi přetrvávající příznaky onemocnění ADHD v období batolecím, které matky později při anamnéze uvádějí, patří: neklid, potíže s nočním spánkem, potíže s režimem jídla – dítě nevydrží u jídla, neustále odbíhá, pořádně se dosyta nenají. Dalším ukazatelem jsou momenty, kdy dítě usne uprostřed hry. V porovnání s vrstevníky je dítě méně motoricky obratné, rychleji se učí mluvit, neustále mluví či vydává zvuky, nebo dříve chodí, než leze. Až pozdější vývoj dítěte ukazuje, zda se jedná opravdu o diagnózu ADHD. (Goetz, Uhlíková, 2009).

1.4.2 PŘEDŠKOLÁK

Děti předškolního věku jsou přirozeně živé, prochází obdobím opozičního vzdoru. Avšak u dětí s diagnózou ADHD období vzdoru přetrvává dlouho, vyskytují se u nich výrazné záchvaty vzteku ve spojení s projevy agrese – pokud není po jejich. Děti jsou náladové, často podrážděné, působí nevychovaně, neposlechnou, neustále vyžadují pozornost, jsou neustále v pohybu, odmítají odpočinek během dne, přetrvává potíže s usínáním. Často střídají činnosti, nevydrží u hry, a navíc kazí hru ostatním dětem, ničí hračky. V cizím prostředí tyto děti ztrácejí rychle stud, neustále pobíhají po prostoru, sahají a manipulují s věcmi, lezou po nábytku. Při hovoru dospělých vstupují bez vyzvání do komunikace. Často se projevuje „samomluva“. Dítě tím komentuje a hodnotí vlastní chování, sebehodnotí se. (Drtílková, 2007, Goetz, Uhlíková, 2009).

Informace důležité pro diagnostiku nemoci poskytují rodiče a zejména učitelé/vychovatelé/pedagogičtí pracovníci institutu předškolního vzdělávání MŠ. Výrazné projevy ADHD se objevují zejména v posledním roce docházky do MŠ, který je ze zákona povinný. Potíže přetrvávají, gradují s nástupem dítěte do ZŠ.

1.4.3 ŠKOLÁK – MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

S nástupem do školy se projevy ADHD vyskytují nejčastěji. Dítě/žák má viditelné problémy se soustředím se na výuku, na vlastní práci, podřizovat se režimu a dodržovat nastavená pravidla chování. Učitelé i spolužáci vnímají jim nepříjemné projevy chování dítěte ADHD. Tyto děti chvílku neposedí, neustále hýbou/kývají nohama, s něčím si hrají, v krizi s vlastními prsty, vstávají z místa a procházejí se po třídě, vykřikují – nečekají na vyvolání, komentují práci a chování ostatních. Obecně hlučnost a upovídání,

nerespektování ostatních, jejich názorů, a další projevy dítěte ADHD, ruší ostatní spolužáky a následně vedou k izolovanosti jedince ve vrstevnické skupině. Při kolektivní/skupinové práci děti reagují impulzivně, odmítají ostatní a jejich názory. Vrstevnická skupina proto tyto děti odmítá, dítě tak má potíže s navazováním kamarádských vztahů. Izolaci a podceňování tyto děti nesou velice těžce, prohlubuje se jejich vlastní podceňování, pocit neúspěchu. S pocitem neúspěchu, méněcennosti se snaží děti vyrovnat hraním si na „třídní šašky“, a tím se podbízejí ostatním. Děti ADHD bývají častěji ne ostatní terčem šikany, později také mají sklony šikanu působit ostatním, jakoby „já vám, ukážu“. Nelze nezmínit dívky s méně hyperaktivními projevy, kdy bývá porucha dlouho přehlížena. Při domácí přípravě, plnění domácích úkolů, dítě pod různými záminkami odbíhá od práce. Navíc zapomíná a ztrácí domácí úkoly, pomůcky, což mu znepríjemňuje život a atmosféru doma. V období mezi 7 – 10 rokem věku dítěte se až u 50 % dětí objevují přídatné poruchy chování, kterými jsou lhaní, krádeže, agresivita a opoziční projevy vůči vrstevníkům i autoritám. Přidružují se poruchy nálad a úzkosti, což vyplývá z vnímání postavení jedince ve skupině. (Drtílková, 2007, Goetz, Uhlíková, 2009).

1.4.4 ADOLESCENCE – STARŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

V období adolescence vlivem dozrávání nervové soustavy dochází k vyrovnávání neklidu či hypoaktivity. Adolescenti se mění fyzicky, psychicky, střídají se u nich nálady, jsou více citliví na kritiku, méně stabilní v sebehodnocení, usilují o samostatnost a prosazují více vlastní názory (Goetz, Uhlíková, 2013). Jedinci jsou méně impulsivními a také již domýšlejší důsledky svého chování, jednání. Adolescenti se impulzivně projevují pod vlivem vrstevnické skupiny. Je zřetelné rozdílné chování v rodině a v kolektivu. Viditelný je i pohlavní rozdíl v projevech ADHD. Genderové rozdíly jsou dány sociokulturním prostředím a normami a také geneticky. Chlapci jsou agresivnější a impulzivnější, chtějí působit silně, být vůdci, sebeúcta jim roste díky úspěchu, mají jiné zájmy než dívky (sport, výpočetní technika, rizikové a nebezpečné činnosti). Dívky bývají v období adolescence zaměřeny hojně na zjev, krásu, módu, ženskost (Jenett, 2013). Prudkost, neuváženost či zbrklkost jsou původci problémů v mezilidských vztazích. Pro menší školní úspěšnost, horší a neadekvátní prospěch i větší množství kritiky jsou demotivováni při výběru profese. Největší motivací bývá naučit se, zbavit se školy.

Dospívající se zcela běžně projevují provokativním chováním, odmítáním autorit, demonstrují neposlušnost. To vše proto, aby dali najevo svou nezávislost a osobitost. Změny nálad, zvýšená kritičnost vůči okolí je normální úkaz dospívajícího, jeho života.

ADHD však zvyrazňuje nedostatky zvládnutí přirozeného vývoje. Adolescent ADHD není připravený zvládnout zodpovědnost a samostatnost plynoucí z fyzického vývoje jednotlivce, z jeho věku. Jedinec hledá sám sebe. Vzhledem k odmítání vrstevnické skupiny hledá místa uznání. Často se proto vyskytuje zvýšené riziko asociálního chování, tíhnutí k protisociálním skupinám souvisejícím s kriminálním jednáním, užíváním drog, kdy jedinec ADHD pocítuje uznání. Dalším ukazatelem bývá raný počátek sexuálního života, jeho riskantní provozování hrozící přenosem pohlavních chorob, u dívek raná nechtěná těhotenství. Co se týče řízení motorových vozidel, bývají ADHD jedinci častějšími účastníky dopravních nehod, pro svou agresivní a impulzivní jízdu. (Goetz, Uhlíková, 2013, Hutýrová, 2019).

1.4.5 DOSPĚLOST

V dospělosti přetrvává hyperkinetická porucha, ADHD, u 50 - 66% jedinců. Příznaky bývají méně viditelné, okolí je spíše považuje za osobnostní zvláštnosti jedince. Hyperaktivita se projevuje vnitřním neklidem, nervozitou jedince, ustupují hyperaktivní a impulzivní projevy a projevy nepozornosti trvají. Genderově se výskyt ADHD u dospělé populace s růstem věku vyrovnává. Na základě sebeposouzení je diagnostikováno více žen než v době školní docházky dívek (Miovský, 2018). Stále přetrvávají poruchy emocí, jakým jsou labilita či snížené sebevědomí. Jedinci se hůře podřizují tradicím, podmiňují spíše vlastní kreativitu, vlastní postupy. V rodinném životě je limitující, kritický element, zapomnětlivost, nespolehlivost, nepořádnost a utrácení peněz. V profesionálním životě je vhodná orientace na různorodou činnost, orientovanou na nezávislost limitující potíže: s netrpělivostí, organizací práce, studia. ADHD jedinci se těžko soustředí na konverzaci, termíny schůzky zapomínají, nejsou schopni zvládat úkoly zaměřené na soustředění a systematickosti. Mezi rizikové aktivity dospělých osob spadají adrenalinové aktivity ohrožující životy postižených či blízkých, vytváření terénu pro obhajobu závislostí na alkoholu a drogách, a ponejmenším vytváření prostředí nestabilních partnerských vztahů, se sklonem k promiskuitě. Vhodnou je volba povolání kreativní a různorodá, nestereotypní, tj. např. v reklamě, novinářině, umělecké profesi či profesi záchranné (hasiči, lékaři). Často jedinci postižení ADHD neumí kompenzovat hyperaktivitu odpočinkem, relaxovat. V důsledku tohoto trpí workoholismem, závislostí na práci, a to v lepším případě. Opačně se projevují i v profesionálním životě deprese, nízká hranice sebehodnocení, úzkosti a nerespektující přístupy vůči nadřízeným. (Miovský, 2018, Paclt, 2007).

Kritéria „Utah“ pro veřejnost zprostředkoval Paul Wender pro potřebu farmakologické léčby ADHD dospělých. Postižení jedinci musí prokazovat následující charakteristiky, v dospělosti přetrvávající:

1. Motorická hyperaktivita přetrvávající z období dospívání – např. neschopnost soustředěně pozorovat TV, čtení, proud konverzace. Zapomínání, ztrácení.
2. Nedostatečnost uspořádání úkolů, činnosti – jedinec není schopen pracovat soustavně na plnění úkolu, není schopen zorganizovat si činnost v časovém rozvrhu i plnit podstatné úkoly. Jedinec neumí relaxovat či setrvat u sedavých činnostech.
3. Jedinec s ADHD je citově labilní, není schopen korigovat své pocity od nadšení po nespokojenost, projevuje se aktuálně bezohledně k okolí. Výrazné jsou změny nálad.
4. Jedinec není schopen dostatečně organizovat a plánovat činnosti. Má problém dokončit úkoly pro vnitřní nemožnost nakládat s časem, vnímat a soustředit se na jediný úkol.
5. Sebeovládání – neschopnost regulovat vlastní přecitlivělost, popudlivost, výbušnost.
6. Unáhlené, impulzivní rozhodování vyvolává nerovné hodnocení mezilidských vztahů. Vyvolává výčitky vůči jednotlivcům, jejich neschopnost zapojit se do běžného života. Impulzivita v řečovém projevu.
7. Jedinci ADHD špatně snášejí stres. Postupným důsledkem je deprese, přemíra úzkosti, zmatek ve smyslu vnímání posloupnosti plnění úkolů (<https://mojezdravi.com/klasifikace-poruch-pozornosti-s-hyperaktivitou/>, 2022).

Výše zmíněné podmínky diagnózy ADHD jsou směrodatné a určující pro určení ADHD v dospělém věku. Celkem, přibližně polovina diagnostikovaných ADHD jsou v dospělé věku léčeni pro závislost na drogách, hracích či výherních automatech. (Munden, Arcelus, 2008). Dalším již výše zmíněným diagnostickým nástrojem ADHD u dospělých je Vandelbirtova ADHD sebeuposuzující škála pro dospělé.

1.5 PŘÍČINY VZNIKU ADHD

ADHD je vrozený neurovývojový syndrom projevující se sníženou funkcí mozku. Funkce souvisejí se sebeovládáním a s udržení pozornosti. Nižší aktivita noradrenalinu, dopaminu a i serotoninu silně ovlivňují fungování CNS. ADHD tedy není nakažlivé a nelze jej získat ani špatným stravováním, jak se mylně někteří domnívají, hlavní příčinou vzniku ADHD jsou genetické předpoklady. (Drtílková, 2007, Paclt, 2006).

Jen krátce pro objasnění.

Noradrenalin, stresový neurohormon, umožňuje krátkodobě v organismu zvýšenou aktivitu, ovlivňuje rychlost srdečního tepu.

Dopamin, neurotransmitter impulsů, je zodpovědný za vznik motivace, emocí a hlavně za vznik příjemných pocitů, pocitu „odměny“. Tyto pocity navozují stimulancia a také některé drogy (riziko vzniku závislosti).

Serotonin, hormon dobré nálady, přenašeč nervových vzruchů, je zodpovědný za náladu, její změny. Jeho nedostatek může způsobovat poruchy spánku, podrážděnost, agresivitu, úzkosti až depresi. Serotoninový cyklus v organismu také ovlivňuje příjem potravy, chutě, pocity nevolnosti až pocity na zvracení. Serotonin je obsažen v mnoha psychiatrických lécích (antidepresiva). Krátkodobě stimuluje k uvolňování serotoninu nikotin a alkohol. Další vysoký faktor pro vznik závislosti (Paclt, 2006).

1.5.1 GENETICKÉ PŘÍČINY

Genetické studie ukazují, že má-li některý z rodičů, prarodičů nebo sourozenců v rodině diagnózu ADHD, je vysoká pravděpodobnost dědičnosti. Dědí se defekt metabolismu a funkce neurohormonů. Výzkumy dále prokázaly silnější genetický přenos v mužské linii. Až 5 krát častěji se dospělým mužům s ADHD narodí děti se stejnou diagnózou (Drtílková, 2007). U chlapců je také ADHD diagnostikováno 4 krát častěji než u dívek (Uhlíková, 2013). Statistika však může být zkreslena vzhledem k tomu, že u dívek nebývají projevy ADHD tak viditelné, a proto nejsou v dětství vyšetřeny a diagnostikovány.

1.5.2 NEGENETICKÉ PŘÍČINY – VLIV PROSTŘEDÍ

Příčinou vzniku hyperkinetické poruchy/ADHD může být působení negativních vlivů, nevhodného prostředí v prenatálním, natálním i postnatálním vývoji dítěte.

V prenatálním období ovlivňuje vývoj dítěte zdravotní stav a životní styl matky v graviditě. K poškození CNS dítěte dochází díky působení toxinů, jakými jsou nikotin,

alkohol či jiné další návykové látky. Nikotin způsobuje potlačování dopaminového systému. Většinou matek, které v těhotenství kouřily, porodila děti později diagnostikované ADHD (Paclt, 2010). Nedostatek kyslíku, často způsobený předčasným/opožděným či komplikovaným porodem je dalším původcem ADHD.

Onemocnění, úrazy i pro dítě nevhodný způsob léčby v době těhotenství, infekční a horečnatá onemocnění dítěte po porodu, úrazy hlavy spojené s deletrvajícimi stavy bezvědomí ovlivňují možnost ADHD.

Okrajovými příčinami ADHD může být radioaktivita nebo umělá barviva a aroma (tak zvaná Éčka) v potravinách a nápojích. Vliv stravy na vznik ADHD však nebyl prokázán.

Příznaky ADHD zmírňuje, nebo naopak posiluje rodinné prostředí a styl výchovy. Výkyvy v chování dětí způsobuje zvýšený stres, zvýšená psychická zátěž, které mohou být způsobeny na příklad stěhování, změnou školy (prostředí), úmrtím v rodině, rozvodem či hádkami rodičů (Drtílková, 2007).

1.6 DIAGNOSTIKA ADHD

Včasná diagnostika je důležitým mezníkem v pomoci dítěti a nejen jemu. Na odborníky je vhodné se obrátit pokud dítě vykazuje déle než 6 měsíců známky nepozornosti, hyperaktivity, impulsivity více (viz. výše) než jiné děti. V diagnostice nám mohou být také nápomocny diagnostické dotazníky. K dispozici je Vanderbiltova hodnotící škála pro rodiče, Vanderbiltova hodnotící škála pro učitele – obojí základní dotazník, a ADHD sebesposuzující škála pro dospělé (<https://karolinum.cz>, 2022). Všechny tři dotazníky jsou přílohou v závěru diplomové práce.

Základními podmínkami diagnostiky ADHD je délka příznaků minimálně šest měsíců. Příznaky musí být rezistentní, tedy projevovaly se ve dvou ze tří oblastí (širší společnost, škola, doma) a musí být nesouladu s úrovní vývoje dítěte. Mezi další kritéria pro stanovení diagnózy patří nástup příznaků před 12. rokem, příznaky se objevují často, jsou všudypřítomné a nesplňují kritéria další diagnózy (Ptáček, Ptáčková, 2018).

Diagnostikovány, v případě prokázání ADHD, mohou být tři stupně závažnosti onemocnění – mírný, střední, těžký. Jedinec vykazující pouze nutný počet příznaků pro diagnózu je klasifikován mírným stupněm. ADHD jen minimálně narušuje fungování v sociálním, vzdělávacím či pracovním procesu. Při středním stupni již příznaky závažně narušují životní procesy, přítomnost symptomů je vyšší než požadovaný diagnostický

počet. Těžký stupeň ADHD je charakteristický velkým množstvím příznaků, nebo některé z nich jsou zvláště závažné. Funkčnost v oblastech sociálních, vzdělávacích, pracovních je silně narušena.

Rodina i okolí, pedagogičtí pracovníci, lékaři jsou institucemi diagnostiky. Metody, jimiž instituce docházejí k diagnostice, jsou různé. Základní metodou je pozorování, následují rozhovory se zasaženými hyperkinetickou poruchou (rodinní příslušníci, učitelé, vrstevnická skupina). Dalšími již specifickými metodami jsou dotazníky, testy, odborná vyšetření pedagogicko-psychologická, neurologická, psychologická, psychiatrická a specializované pozorování při terapeutických aktivitách.

1.6.1 RODINA

Rodina by měla být startem v diagnostice, avšak zkušenost nám říká, že tomu tak není. Projevy ADHD často rodina přehlíží, problémům s dítětem přisuzuje jiné, mylné původce. Nejčastěji se členové rodiny domnívají, že problematické projevy v chování ustanou samy, že z nich dítě vyrostne. Na skutečnost, že chování dítěte není běžným vývojovým projevem nejčastěji rodinu upozorní pedagogičtí pracovníci v MŠ a následně ZŠ. Rodiče často ztrácí trpělivost, dítě fyzicky trestají a výchova je pro ně vyčerpávající a stresující. Je v nejlepším zájmu dítěte i jeho nejbližších, aby problém byl řešen co nejdříve.

1.6.2 ŠKOLA

V popředí řady odborníků, kteří se podílejí na diagnostice žáka, je učitel. Vzhledem ke skutečnosti, že poslední rok mateřské školy je ze zákona povinen, upozorňuje na možné potíže dítěte vyučující MŠ. Nejdříve celou situaci konzultuje se zákonnými zástupci dítěte a následně doporučí návštěvu pedagogicko-psychologické poradny. Je zcela v kompetenci zákonných zástupců, zda doporučení budou respektovat a PPP navštíví, či nikoli. Ať je rozhodnutí rodičů jakékoli, jistě se v budoucnu setkají oni i jejich dítě se členy školního terapeutického týmu.

Učitelé napomohou včasné diagnostice tím, že rozpoznají skutečný problém od tendence dítěte se předvádět. Upozorní rodiče a další odborníky včas na problém žáka, intenzivně pracují s žákem i jeho rodiči. Spolupráce s odborníky napomůže přijít na příčiny obtíží, a také stanovit dávkování a intervaly medikace (Munden, Arcelus, 2008).

1.6.3 ŠKOLNÍ TERAPEUTICKÝ TÝM

Základními členy školního terapeutického týmu jsou školní speciální pedagog, který identifikuje žáky s výchovně vzdělávacími obtížemi a sleduje, doporučuje a používá

strategie na škole pro prevenci a reedukaci. Dále školní výchovný poradce, jenž se specializuje na podporu žáků se speciálně vzdělávacími potřebami a metodik prevence rizikového chování. Školní psycholog je dalším článkem týmu, avšak nebývá přítomen na všech školách. Náplní jeho činnosti je psychologická práce (konzultace, sezení) nejen s žáky při obtížích, ale i poskytování služeb rodičům žáků a pedagogickým pracovníkům školy.

Náplň práce, zaměření, poradenských služeb školního terapeutického týmu lze vymezit jako odbornou podporu a péči při integrování a vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, tedy i těch nadaných. Dalším zaměřením je prevence školní neúspěšnosti a průběžná i dlouhodobá práce s žáky s neprospěchem, prevence rizikového chování žáků i karierní poradenství pro žáky. V neposlední řadě je spolupráce se školním terapeutickým týmem metodickou podporou vyučujících. (Hutyrová, 2019)

Vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně a následná zpráva z něj obsahují doporučení a návrhy přístupů k žákům s potřebou podpory. Proto jsou důležitým, školou vyžadovaným, článkem účinné a úspěšné podpory.

1.6.4 PPP, SPC

Pedagogicko-psychologická poradna je prvním odborným psychologickým a speciálně pedagogickým poradenským pracovištěm, které stanovuje diagnózu a následné intervence. Poskytuje pedagogicko-psychologickou pomoc a poradenství.

K vyšetření se dostaví žák na popud samotného zákonného zástupce, nebo na doporučení MŠ či ZŠ. Speciální pedagog nebo speciální psycholog pak vykonávají samotné vyšetření, které probíhá v několika částech, a to za přítomnosti zákonného zástupce a poté bez něj. Při vyšetření je vždy zohledněn věk dítěte.

Nejdříve vyšetřující hovoří s rodiči, zjišťuje vztahy v rodině, vyslechne problémy dítěte v rodině i ve škole a zároveň zjišťuje aktuální stav z pohledu rodiče. Součástí je zjištění stavu žáka z vyplněného dotazníku o chování dítěte MŠ/ZŠ, v případě školáka nahlédnutí do jeho školní práce, sešitů. V průběhu vyšetření je dítě pozorováno. Pozorování je zaměřeno na jeho pozornost, paměť, verbální i neverbální schopnosti, sluchové a zrakové vnímání. Obsahem vyšetření jsou: IQ, pokud to schopnosti a věk dítěte dovolují, didaktické testy hodnotící schopnosti matematické, čtení a psaní, dle škály se posuzuje ADHD. Metodami vyšetření jsou kromě pozorování, rozhovoru, testů i projektivní metody, jakými jsou např. nedokončená věta, kresba postavy, začarovaná rodina. Souborem výsledků

školní práce (pozitivních i negativních), výkonů v jednotlivých předmětech, sledováním koncentrace pozornosti a projevů chování je pedagogická diagnostika. Někdy je zapotřebí doplnit diagnostiku o laboratorní vyšetření (Hutyrová, 2019).

Následuje rozbor vyšetření, seznámení s jeho výsledky a posléze písemné vyhotovení zprávy z vyšetření. Zpráva obsahuje základní údaje o vyšetřovaném, výsledky vyšetření a diagnózu, doporučení pedagogicko-psychologických postupů práce se žákem, eventuelně doporučení k dalším odborným vyšetřením.

1.6.5 ODBORNÍ LÉKAŘSTÍ PRACOVNÍCI

Pediatr je prvním odborníkem, se kterým se dítě setkává již od narození, má o dítěti ucelené informace, minimálně co se týká jeho zdravotní anamnézy. Tento odborník na podkladě informací od rodiče nebo jiného odborníka odesílá dítě k dalším vyšetřením. U potvrzení diagnózy ADHD se jedná o neurologa, psychiatra, psychologa. Při medikaci, vzhledem k vedlejším účinkům léků, je nutná pediatrova pravidelná kontrola růstového a váhového přírůstku dítěte, a také pravidelná kontrola srdeční funkce kardiologem na EKG.

Neurologické vyšetření je součástí diagnostiky ADHD. Jak již bylo zmíněno výše, jedním z příznaků je porucha hrubé a jemné motoriky. Motoriku vyšetřuje neurolog přímo v ordinaci a současně odesílá pacienta na vyšetření EEG. EEG kontroluje funkci mozku, přenos impulzů v něm.

Psychiatr na základě výsledků vyšetření předešlých odborníků a vlastního vyšetření stanovuje diagnózu ADHD. Pouze psychiatr je oprávněn diagnostikovat ADHD. S diagnózou úzce souvisí i další léčba. Ne každý pacient musí být medikován. Některý jedincům postačí navazující psychologická péče. Psycholog spolupracuje s ADHD pacientem, jeho blízkými, ale léky předepisovat nesmí.

1.7 PORUCHY SOUVISEJÍCÍ S ADHD

Diagnóza ADHD ovlivňuje vzdělávání, jeho výsledky. Bez podpůrných opatření a individuálního přístupu mají žáci následující potíže. Podprůměrně plní školní práci nebo „nestíhá“ až 90% žáků s ADHD, 60% z nich vykazuje obtíže se psaním a 20% má problém ve čtení (Munden, Arcelus, 2008). Nejčastěji související poruchami s ADHD jsou v 50% SPU, spánkové a úzkostné poruchy. Poruchy chování a opozičního vzdoru jsou komorbitami přibližně ve 40%. Poruchy motoriky a řeči bývají často součástí samotné diagnózy ADHD. Vzhledem ke sníženému sebevědomí, problémům v sociálních vztazích a

dalším charakteristikám ADHD trpí jedinci fobiemi a afektivními poruchami, zejména depresemi a emočními poruchami. ADHD také souvisí s vyšší tendencí k experimentování a zneužívání návykových látek. 50% dospělých vykazuje symptomy ADHD (Škvorová, 2003).

1.7.1 PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ– SPU

Téměř či minimálně 25% žáků s ADHD trpí současně dysgrafií nebo dyslexií, což školní úspěšnost těchto dětí ještě více znesnadňuje. Zdůrazňujeme, že poruchy školních dovedností a ADHD na sobě nejsou závislé. Mohou se vyskytovat izolovaně nebo společně, kombinovaně, souvislost mají i s jazykovým vývojem dítěte. SPU mají spojitost s deficitem kognitivních funkcí organismu, jakými jsou poruchy motoriky i grafomotorika, sluchové a zrakové vnímání, úroveň koncentrace pozornosti, její výpadky, paměti, snazší unavitelnost a obecně se sníženou reakcí ve vzdělávacím procesu (Goetz, Uhlíková, 2009, Zelinková, 2015).

Dyslalie neboli patlavost je nečastější řečovou poruchou vůbec, a to u dětí i dospělých. Jedná se o vadné tvoření hlásek, narušena je výslovnost jedné nebo více hlásek. Často se jedná o špatnou výslovnost sykavek č, š, s a hlásek r, l. Příčin dyslalie je několik: vadný řečový vzor, motorická neobratnost, odchylky řečových orgánů (podjazyková uzdička, chrup), poruchy sluchu v rozlišování jednotlivých hlásek, málo podnětné prostředí a také ADHD nebo mentální retardace. Poruchy řeči je nutné odstraňovat pravidelnými logopedickými cvičeními dětí s rodiči. Je prokázáno, že pokud jedinec se špatnou výslovností denně „cvičí“ 20 minut, dojde po měsíci k přenastavení mozku a tedy ke správné výslovnosti. Dítě nesmí být neustále napomínáno za nesprávnou výslovnost. Napomínání dítěte neurotizuje a vzbuzuje u něj nechuť ke komunikaci.

Kromě výslovnosti děti s ADHD trpí překotnou řečí bez smyslu, významu. Děti používají slova pro ně nepřírozená – slovníková, jejichž význam neznají. Dětský projev je potom nepřírozený. Vhodné je významy slov vysvětlovat, ale děti nekárát, nezesměšňovat a tím nesnižovat již tak nízké sebevědomí (Zelinková, 2015).

Jak již bylo zmíněno častými přidruženými poruchami bývají dyslexie a dysgrafie. Předpona dys předznamenává význam nedostatečnosti nebo nesprávného vývoje. Dyslexie je poruchou čtení. Porucha čtení se projevuje v rychlosti i technice čtení (dvojí čtení). Dítě čte pomalu, nebo naopak moc rychle či domýšlí slova, zaměňuje písmena spodobně znělá nebo tvarově podobná, čte bez porozumění, má problém s automatizací písmen/hlásek.

Porucha se projevuje v komunikaci, v tempu řeči. Tempo řeči souvisí se slovní zásobou, temperamentem, sebehodnocením a také se schopností sebekontroly. Častěji se u této poruchy projevuje leváctví, nevyhraněná nebo zkřížená lateralita (Zelinková, 2015).

Dysgrafie je další poruchou jazyka, tentokrát ve psané formě. Špatné, neúhledné až nečitelné písmo spojené s pomalým tempem psaní jsou typickými znaky dysgrafie.

Nesprávné psaní krátkých/dlouhých hlásek, nesprávné psaní i/y po souhláskách, pravopis, vynechávání písmen a vynechávání hranic slov v psaném projevu jsou znaky další, podružné poruchy školních dovedností - dysortografie.

Dyspraxie úzce souvisí s neurologickou poruchou hrubé a jemné motoriky, tedy celkové pohybové koordinace, včetně řeči. Míra rozsahu poruchy ovlivňuje schopnost žáků zapojit se do předmětů výchov. Tyto děti nerady píší, malují, kreslí nebo vyrábějí předměty. Bývají nemotorné, neúspěšné v tělesné výchově. Výsměch a tresty jsou to, co nesmí dítě zažít ani ze strany spolužáků, ani stran vyučujících. Je potřebné dělit úkoly na menší části a ty postupně nacvičit.

Méně často diagnostikovanou poruchu SPU je dyskalkulie, porucha matematických dovedností. Zcela výjimečně je diagnostikována dysmuzie. K našemu údivu často postrádáme diagnózu poruchy chování, což je zřejmě dáno slučitelností s poruchou ADHD (Zelinková, 2015).

Reedukací SPU umožňujeme utváření nových návyků, které vedou k dovednosti. Nerozumíme jí převýchovu. Již v mateřské škole je věnována zvýšená pozornost procvičování motoriky, prostorové orientaci, tělesnému schématu, pravolevé orientaci i zrakovému a sluchovému vnímání (Zelinková, 2015).

Obecně je nutné, aby učitelé pomáhaly při problémech s adaptací na školní režim. Je nutný individuální přístup. Při vyučování je nutné zadávat instrukce postupně, dítěti je opakovat a v případě potřeby dopomáháme.

Na druhém stupni ZŠ bývají nejčastějšími vzdělávacími postupy spojenými s ADHD a SPU utváření sebehodnocení, využití diktafonu či nakopírovaných zápisků, zkrácení práce a více času na její splnění (Jenett, 2013).

1.7.2 PORUCHY SPÁNKU

Již od narození trpí jedinci postižení ADHD poruchami spánku. Tyto poruchy se projevují zpočátku nedodržením denního rytmu – spánek přes den, v noci bdění. I přestože se

mohou tyto základní rytmy srovnat, v rámci vývoje organismu se poruchy spánku mění, ale přetrvávají. Děti nemohou usnout, vyhledávají důvody, proč nespát. V noci se děti budí, převracejí a jsou fyzicky aktivními, mají velmi krátký interval fáze hlubokého spánku, který je nutný pro rekonvalescenci organismu. Ráno vstávají unavené. Den dětí postižených hyperkinetickou poruchou začíná stresy. Je problém fungovat podle nastavených pravidel – vstávání, ranní hygiena, oblékání, snídaneč, odchod do vzdělávacího zařízení. Vzhledem k únavě a pro ně přirozenému problému podřízování se pravidlům jsou ranní rituály plné konfliktů mezi vychovávajícími a jejich dětmi. Rytmus spánku mohou upravit léky, vhodná je kombinace medikace s nastavením a dodržováním pravidel společenského chování (Ptáček, Ptáčková, 2018).

1.7.3 ÚZKOSTNÉ PORUCHY, TIKY

Děti úzkostné s ADHD diagnózou se chovají méně impulzivně, proto jsou méně nápadné. Úzkostné poruchy jsou spojeny s vnitřním napětím, stresem, strachem související s nějakou situací nebo jsou i bez příčiny. Mohou se projevat poruchami spánku, plačtivostí, vyhýbáním se sociálnímu kontaktu nebo výběrovým mutismem (nemluvností). Často jsou úzkostné poruchy doprovázeny somatickými obtížemi v podobě bolesti hlavy, břicha, zažívacími obtížemi, pocitem na zvracení a tiky (Goetz, Uhlíková, 2013).

Tiky mohou být motorické nebo hlasové, vesměs vůlí neovlivnitelné. Stereotypní krátké pohyby nebo hlasové projevy se objevují v okamžicích napětí, stresu. Jedinec si tiky od takovýchto situací ulevuje. Mezi nejčastější tiky řadíme mrkání, krčení nosu, záškuby rtů a obličejových svalů, prudké záškuby hlavou nebo prudké záškuby rukou či nohou. Z hlasových tiků jmenujme pokašlávání, vydávání krátkých zvuků nebo hlásek, sykání, pomlaskávání. Postižený si tikovou poruchu uvědomuje, je proto potřeba předejít jeho stavům méněcennosti, fobiím sociálního typu, zabránit případné šikaně. Pokud tikové poruchy neustanou samy, nebo neustanou v rámci odbourávání úzkosti, nabízí se možnost medikace neuroleptiky (Risperdal), která se užívají i k léčbě ADHD.

1.7.4 PORUCHY CHOVÁNÍ

V nedávné minulosti se samotné ADHD považovalo, bylo zaměňováno, za poruchu chování. Nemálo jedinců s ADHD má diagnostikovanu také poruchu chování. Nejedná se již pouze o hyperaktivitu či impulsivitu. Nahlédněme nyní na charakteristické vlastnosti poruch chování, nalezneme rozdíly oproti ADHD.

Jedinec s poruchou chování nerespektuje sociální normy, tedy normám rozumí, ale nezvládá se podle nich chovat. Přestupek proti normě postrádá pocit viny. Jedinec neudrhuje respektovatelné sociální vztahy, je sebestředný, odmítá dělat něco pro druhé bez možnosti vlastního prospěchu, není empatický. Charakteristickým rysem jeho chování je agresivita projevovaná verbálně i neverbálně, zlostí. Nefunkční je sebekontrola i kontrola autoritou. Postupně se agresivita stává hlavním charakteristickým znakem jednání jedince. Příčin vzniku poruch chování je několik, značně podobných s příčinami vzniku ADHD. Řadíme sem genetické, biologické a psychologické faktory, nemůžeme opomenout rodinu.

Pro diagnostiku poruch chování je nutný nejméně 6 měsíců stálý projev chování agresivního, disociálního či vzdorovitého s přihlédnutím k věku dítěte. K diagnóze by se nemělo přistupovat před 10. rokem věku, kdy ještě není vyzrálý seberegulační systém jedince. Za diagnostická kritéria považujeme agresivitu vůči živým tvorům i majetku, krádeže, porušování pravidel ve smyslu útěků z domova, tuláctví v noci, chození za školu (Hutyrová, 2019).

1.7.5 POZIČNÍ VZDOR

Poziční (opoziční) vzdor, vzdor vůči autoritám a pravidlům, je běžnou součástí vývoje jedince. První fáze pozičního vzdoru nastává v době předškolní, druhá fáze v době dospívání, adolescence. Až 60% jedinců s diagnózou ADHD zároveň projevuje opoziční chování. Dítě se projevuje nepřírozeně vůči okolí, často s agresivními prvky chování. K úpravě těchto projevů je nutná kombinovaná, komplexní léčba, tedy psychoterapeutické programy ve spojení s medikací.

Základními znaky poruch opozičního vzdoru jsou již zmíněná agresivita, odmítnutí plnit povinnosti a požadavky dospělých, stát za každou cenu v opozici, provokování, nepřátelské postoje a v neposlední řadě neposlušnost. Výrazná nesnášenlivost a sklony k hádkám jsou dalšími charakteristikami. Při konfliktech jsou viníci ostatní (Hutyrová, 2019, Zelinková, 2015).

1.7.6 PORUCHY MOTORIKY A ŘEČI

Většina dětí trpících ADHD mají přidruženou poruchu motoriky, a to hrubé – motorika těla, i jemné – drobná motorika rukou, prstů. Poruchy motoriky jsou viditelné, pozorovatelné a v případě řeči i slyšitelné. Učitelé a zákonní zástupci je vnímají, diagnostikované jsou při vyšetření neurologem, nebo v PPP. V odstraňování poruch motoriky pomáhají tělesná

cvičení a drobné pracovní úkony, činnosti – navlékání korálků, bubnování rytmu prsty, přebírání a podobně. V případě řečové vady napomáhá s jejím odstraněním logoped.

Dyslalie je SPU a také motorickou poruchou. O motorické poruše hovoříme pokud dítě vykazuje obtíže s obratností jazyka, rtů a tváře.

1.7.7 PORUCHY NÁLAD

ADHD jedinci bývají emočně a afektivně labilní. Typické jsou změny nálad, emoční výkyvy a nestandardní fyzické projevy emocí. Pozorujeme absenci kontroly emocí a vlastního chování. Jedinci vzdorují pravidlům, nesouhlasí s dospělými, nechají se snadno vyprovokovat (Hutyrová, 2019).

1.7.8 ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK, ZÁVISLOSTI

Jak již bylo výše zmíněno, děti léčené, medikované, na ADHD mají nižší sklon ke vzniku závislostí než jejich vrstevníci bez diagnózy či léčby. Jedinci s hyperkinetickou poruchou však prokazatelně dříve a častěji experimentují s návykovými látkami než běžná populace. Nelze však opominout genetický přenos závislostí z rodičů na jejich potomky. Návykové látky – nikotin, marihuana, drogy, alkohol – provizorně odlehčují vnitřní napětí jedinců, suplují pocit pohody a uvolnění napětí. Nikdo však není schopen určit hranici, kdy se občasná konzumace návykových látek přemění v závislost.

Mozek funguje na systému odměn. Opakování účinku, nadměrné užívání odměn rovná se vzniku závislosti. Závislosti dělíme na látkové a nelátkové. Odměnou pro mozek je látka nebo činnost. Bažení a touha jsou způsobeny závislostí. Pro impulzivitu a sníženou sebekontrolu ADHD jedinci častěji podléhají závislostem a při léčbě se více vyskytují relapsy. U většiny ADHD dospělých sice hyperaktivita a impulzivita klesá, avšak porucha pozornosti zůstává. Porucha pozornosti se může projevovat nadužíváním látek, závislostí (Mioviský, 2018, Paclt, 2006).

ADHD jedinci se stávají rychleji závislí. Závislost je pak nutné odbourat za pomoci odborníků, adiktologů. U uživatelů návykových látek je vyšší výskyt ADHD než u osob nepožívajících tyto látky. Závislostní zneužívání návykových látek komplikuje diagnostiku ADHD, minimální doba abstinence pro řádné posouzení stavu je jeden týden. Nejčastěji užívanými návykovými látkami závislími ADHD jedinci jsou tabák, marihuana a alkohol. Problematická léčba závislých je v omezených možnostech užívání léků, zejména Ritalinu a Risperdal (Mioviský, 2018).

Specifickou, odbornou veřejností ještě neuznanou jako nemoc, je závislost na jídle. Závislost na jídle má obdobné projevy a účinky stav jedince jako závislost na psychoaktivních látkách. Jedinci závislí na jídle trpí často záchvaty přejídání, vysokou mírou stresu a depresi. U obézních dětí je prokázáno, že u nich dříve nastupuje závislost na nikotinu a alkoholu (Miovský, 2018).

1.8 LÉČBA ADHD

Základem úspěšné léčby je skutečnost uvědomění si, že ADHD je nemoc, která není zcela vyléčitelná. Existuje však řada možností podpory, které minimalizují projevy této nemoci. Mezi tyto podpory patří především uznání a uvědomění si problému ve spojení s následným kontaktem odborných institucí. Pomoc v léčbě potřebují nejen jedinci trpící ADHD, ale také rodiče, ostatní členové rodiny a nejbližší okolí, tj. vrstevnická skupina (školní třída, skupiny vrstevníků ve skupinách zájmových činností). Zúčastněnými jsou při léčbě všichni. Všichni jsou nuceni ke změně vlastního chování.

Pomoc v zájmových skupinách, školní třídě, zajišťují vedoucí pracovníci „kroužků“, třídní učitelé a další učitelé přicházející do styku se skupinou jedinců. Podmínkou úspěšné pomoci je úzká spolupráce zákonných zástupců ADHD dítěte s výchovně vzdělávacími institucemi. Pracovníci pedagogicko-psychologicko sociálního procesu by měli být seznámeni s diagnózou. Vzhledem k uvědomění si této skutečnosti následně upravují, přizpůsobují, program práce, přístup, způsoby komunikace s jednotlivcem i skupinou. Zároveň vše zohledňují při hodnocení práce své i svých svěřenců, jejich sebehodnocení.

Níže se seznámíme s různými způsoby podpory. Hovořit budeme o individuální nebo skupinové terapii osob trpících ADHD, jejich zákonných zástupců, nebo o kombinaci těchto možností pomoci.

1.8.1 PSYCHOTERAPIE

Obecně lze hovořit o tom, že voda, příroda uklidňují a uvolňují za každých okolností. Podstatné je poddat se vlivu okolního prostředí (klid, zvuky- psychoterapie). Terapie probíhá pod dohledem institucí PPP, SPC, SVP, v ordinacích psychologů. Ze zkušenosti vlastní i ostatních musíme konstatovat, že podpůrné či léčebné terapie neprobíhají v ordinacích psychiatrů. Obecně psychiatrické ordinace jsou přetížené a řeší pouze diagnostiku a medikamentózní léčbu. Psychoterapie je řešena v ordinacích psychologů, klinických psychologů, nebo následně v programech institucí podporujících vývoj „problémových“ dětí. Zvláštním způsobem terapie je podpora, léčba se zvířaty.

První kroky v rámci psychoterapie povedou jistě do ordinace psychologa. Zde probíhá individuální terapie s klientem a individuální terapie rodinná. Psycholog může doporučit i další možnosti terapie v dalších institucích. Zajímat se o další možnosti psychoterapeutické péče se mohou samozřejmě i rodiče.

Rodinná terapie pracuje nejen s klientem ADHD, ale s celou rodinou, které se ADHD také týká. V rámci terapie všichni hovoří o svých pocitech, vzájemných vztazích a postojích. Nedílnou součástí je rozbor situace rodiny a jejích, „nastavení zrcadla“, zpětná vazba. Dále se v práci psychoterapie můžeme setkat s terapeutickými hrami (hraním si na) podporujícími komunikaci, vzájemnou důvěru a pozitivní vztahy v rodině.

Terapeutické skupiny bývají heterogenní a klienti jsou zatíženi stejným problémem. V uměle navozených situacích se učí správně jednat, chovat, reagovat. Důležitý je následný rozbor situací a jejich hodnocení. Nejen terapeut hodnotí průběh skupiny. Klienti jsou vždy vedeni k vzájemnému hodnocení a sebehodnocení. Hodnotí, zda dané bylo žádoucí či nikoli, jak reagovat příště, kde se s podobou situací mohou setkat (nebo se již setkali). Obdobně probíhají terapeutické skupiny rodičů. Rodiče spojuje stejné problémy: vyčerpanost z výchovy, nesprávné reakce ve vyhrocených situacích, používání nevhodných výchovných strategií.

Střediska výchovné péče nepatří mezi školská poradenská zařízení, ale mohou se významně podílet na léčbě ADHD. Pracují s klienty, kdy je dominantní porucha chování. Práce je komplexní, tedy s nezletilými klienty, s osobami jim blízkými, školou i dalšími odborníky. Ambulantní i pobytová péče je dobrovolná, v některých případech aktuální před ústavní či ochrannou výchovou nařízenou soudem.

Ambulantní péče je zdarma. Psychologicky se pracuje s celou rodinou. Výhodou je snadná dostupnost, možnost utajení léčby nebo pokračování v běžném režimu docházky do školy či jinam. Hlavní nevýhodu spatřujeme v její neúčinnosti v případě nedůsledné výchovy, a také nemožnost pracovat s klientem v přítomnosti vrstevníků.

Péče pobytová znamená dobrovolný pobyt v SVP trvající dva měsíce. Psychologická péče je zdarma, hrazeno je ubytování a strava klientů. Péče je zaměřena individuálně, skupinově i na rodinnou terapii formou muzikoterapie, arteterapie, pracovní terapie. Podmínkou úspěchu je jasná struktura dne a důsledné dodržování režimu. Dodržování režimu je odměňováno výhodami např.: možnost pobytu venku, počítač, televize. Nedodržování režimu znamená odejmutí výhod trávení volného času, v krajním případě ukončení pobytu.

Skupiny jsou heterogenní s maximálním počtem 8 členů. Skupinová terapie probíhá v různých formách. Otevřená skupina disponuje klienty stávajícími a nově příchozími. Naopak skupina uzavřená je složena ze stejných členů, kteří spolu začínají i končí pobyt. Nedílnou součástí léčby je následná péče. Pro klienty je podstatný kontakt s lidmi z pobytu (Hutyrová, 2019).

PhDr. Pavla Kuncová, klinická psycholožka, je autorkou cílených programů pro děti s ADHD, které u těchto přinášejí významné zlepšení koncentrace pozornosti.

KUMOT (Kuncová MOTorika) je skupinovým programem pouze pro děti. Skupina čítá 6 – 8 dětí ve věku 5 až 8 let. Děti se scházejí 1 x týdně v celkové době 10 týdnů. Cílem programu je rozvoj motoriky, rozvoj slovní zásoby. Ve skupinovém dění dochází k rozvoji sociálních dovedností. KUMOT vesměs probíhá v PPP. Závěrem je poskytnuta zákonným zástupcům zpětná vazba k vývoji chování dítěte v rámci programu a individuální doporučení. (Budíková, Komendová, 2019).

KUPREV (KUncová PREVence) je individuálním programem pro děti od 4 let po započetí školní docházky. Individuální přístup spočívá v intenzivní práci rodič – dítě. Dítě pracuje do vlastních pracovních listů, rodič postupuje podle metodických postupů odborníka. Dítě se postupně orientuje v oblastech běžného života, dle tematického rozdělení KUPREVu. Terapie probíhá pravidelně 1x za 14 dní. (Budíková, 2019).

Dětem mladšího školního věku, 8 -12 let, vytvořila Kuncová program KUPOZ (KUncová POZornost). Program je zaměřen na rozvoj pozornosti a psychomotorické tempo. Trvá, je rozdělen do konzultací v délce 15 týdnů. Navazujícím programem je KUPUB (KUncová PUBerta) pro jedince věku 12 – 15 let a více, jehož cílem je zvládnutí období puberty. (Komendová, 2019).

PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D. je autorkou terapeutického tříměsíčního intenzivního programu HYPO. Program je určen dětem s ADHD, ADD navštěvujících MŠ nebo raným školákům do 8 let. Profesionálně proškolení pracovníci podporují realizaci plnění každodenních cvičení, sedm typů úkolů s časovou dotací 15 až 20 minut. HYPO je realizovatelné individuálně rodič – dítě, nebo ve skupinách s maximálním počtem 6 dětí. Zaměřuje se na rozvoj krátkodobé paměti zrakové i sluchové, zrakově pohybovou koordinaci, komplexního vnímání, logického a matematického myšlení, prostorové vnímání. Terapii hradí rodiče. (www.dic-saop.cz/specialne-pedagogicke-centrum-poradna/program-hypo/, 2022).

MAXÍK je zaměřen na předškoláky, děti s odloženou školní docházkou a žáky 1. a 2. tříd ZŠ či speciálních škol. Jednotlivá terapeutická cvičení jsou zaměřena na vývoj zrakových, sluchových funkcí. Dětský klient prohlubuje dovednosti komunikace, grafomotoriky, učí se koncentrovat pozornost i orientovat se v prostoru. Nelze opominout cvičení zaměřená na intermodalitu a serialitu.¹ Programová terapie probíhá 15 týdnů (www.mujmaxik.snadno.eu).

FIE, neboli „Instrumentální obohacování“ Reuvena Feuersteina napomáhá zklidňování, zmírňuje impulzivitu. Jedná se o individuální terapii, probíhající s odborníky pod záštitou PPP jednou za týden. Stavebním kamenem je upevnění sebedůvěry a orientace v životě. Dítě rozvíjí vyjadřovací schopnosti, získává kladný vztah k učení. (<https://detska-ordinace-praha.cz/feuersteinova-metoda/>, 2022).

Trampolining, trampoterapie již z názvu evokuje podstatu terapie. Skákání na trampolíně je propojením těla s psychikou jedince, rozvíjí orientaci v prostoru a senzomotorické dovednosti. Každému poskytuje pocit radosti a uvolnění. Zejména po děti s ADHD je toto uvědomění důležité (Budíková, Komendová, 2019).

„Pohádkové cvičení“ pediatričky MUDr. Věry Kleplové je úspěšným programem v práci s dětmi s ADHD. Tento seminář s akreditací ovlivňuje problém ADHD hrou, rozvíjí představivost, rytmus, paměť a sociální učení. Podporu pedagogů a rodičů dětí s ADHD díky pohybovým aktivitám nabízí seminář „Desatero pro rozvoj dětí v MŠ.“ (Budíková, 2019).

„Obnova lásky v rodině“ pracuje s tématem přijetí přirozeného životního stylu ADHD jedinců. Vychovávat můžeme s absencí fyzických trestů nebo odjímání lásky. Program zdůrazňuje nutnost fungování všech členů rodiny podle jasně daných pravidel a následnou dobrou orientaci v životě. Řád navozuje bezpečné prostředí pro dítě. Rodiče se učí správně fungovat v rodině, komunikovat, správně reagovat na dítě, předcházet zbytečným konfliktům. Autorkou programu je PhDr. Jiřina Prokopová. (Budíková, 2019).

VTI, videotrénink interakcí, pomáhá rodičům, dětem i pedagogickým pracovníkům, je pro ně zpětnou vazbou, zrcadlem, jejich chování či reakcí. VTI je využíván v ČR přes dvacet let pod patronátem SPIN (Sdružení pro videotrénink interakcí). Tento krátkodobý intervenční a terapeutický program probíhá v čase 1 měsíc až půl roku, dle potřeby

¹ Intermodalita = přepínání mezi různými způsoby smyslového vnímání
Serialita = dodržování pravidel posloupnosti, pořadí

klientů, a to v minimálním počtu 3-4 schůzek. VTI trenér pořizuje nahrávky v přirozeném prostředí klienta, vybírá momenty a poté je analyzuje, vyzdvihává pozitivní chvílky. Cílem videotréningu je, aby si rodiče uvědomili vlastní komunikační vzorce, které často vyvolávají spoustu neshod s dítětem ADHD. Pod vedením VTI trenéra dospělí vidí sami sebe v interakci s dítětem, nalézají možnosti změny. Cílem je tedy obnova nebo posila komunikace ve vztahu rodič – dítě, učitel – žák, nebo pracovník pomáhající profese – klient (sanatorium, domov důchodců, léčebna dlouhodobě nemocných a jiné). (www.spinvti.cz, 2022).

Autorkou knihy Cesta pro děti je Brandon Bays, která byla inspirací pro vznik této terapie. Cesta v prvé řadě nabízí pomoc rodičům, jak udělat šťastné sebe a své děti, naučit rodiče, jak pomoci svým dětem sami. Dětem poskytuje uvolnění emocí, bloků i negativního „nastavení“. Terapie Cesta pro děti je rozdělena do dvou skupin podle věku. Ponoření do pohádkového příběhu, „Uzdravující dobrodružství pro děti“, je vhodné pro věkovou skupinu 5 – 7 let. Druhou věkovou terapeutickou skupinou jsou děti ve věku 8 – 12 let, od třinácti let děti podstupují terapie pro dospělé, samozřejmě s ohledem na jejich vyspělost. V Jihoafrické republice, Izraeli a Austrálii funguje pod záštitou ministerstva školství projekt „Cesta ve školách“ zaměřený na děti, dospělé a problémovou mládež. U nás v České republice Cestu šíří mezi pedagogy a sociální pracovníky nezisková organizace NaMaJa, o. p. s., formou akreditovaných seminářů. (www.terapiecesta.cz, 2021).

Terapie hudbou má mnoho forem: poslech příjemných zvuků přírody, hra na různorodé hudební nástroje, hlas jako hudební nástroj, tělo jako hudební nástroj, pobrukování až vlastní zpěv. Dítě muzikoterapií ventiluje vnitřní pnutí, relaxuje, procvičuje způsoby komunikace, motoriku těla, paměť a také soustředěnost. Nic není špatně, proto dítě také posiluje sebevědomí. Cílená hra na hudební nástroj by měla být pro radost, nikoli pro výkon. Velmi opatrní musíme být s komentáři typu „nedá se to poslouchat.“ Muzikoterapie je dlouhodobý proces, probíhající skupinově nebo individuálně. Velice se osvědčily otevřené skupiny rodičů s dětmi. (Budíková, Komendová, 2019).

Pro děti předškolního věku je vhodná spíše artefiletika, která je zacílena na oblast výchovy, prevenci psychosociálních poruch. Při skupinových setkáních, za užití uměleckých výrazových prostředků, se děti učí správným způsobům komunikace, tedy respektovat druhé, ohleduplnosti, a sebepoznání. Cílem je rozvoj vlastních morálních hodnot, mezilidských vztahů a uplatnění ve společnosti.

„Umělecká“ tvorba je náplní arteterapie. Výtvarnými díly má jedinec s ADHD možnost nejen se uvolnit, ale také vyjádřit pocity, které neumí nebo nechce pojmenovat. Pro dítě je těžké vyznat se ve vlastních pocitech, nazvat je. Jedinec tvořením vyjadřuje vztah k okolí, své prožitky, nálady. Důležité ze strany vychovávajícího/terapeuta je obrázky nekomentovat, nepromítat do dětské tvorby svou představu o ní. Pokud si nejsme jisti obsahem sdělení, doptáváme se. (Budíková, Komendová, 2019).

Dramaterapie probíhá vesměs ve skupině. Pomocí dramatické hry jedinec snáze zvládá své emoce, posiluje sebedůvěru, buduje a upevňuje mezilidské vztahy, rozšiřuje slovní zásobu a učí se pracovat s hlasem. Hra různých rolí usnadňuje pochopit sebe sama i druhé. Vhodné je také terapeuticky pracovat s životními příběhy dětí. Zažívají kladnou zkušenost, a dále mají možnost korekce zkušenosti. Nezaměňujme dramaterapii, tedy léčebný proces, s dramatickou výchovou. Dramatická výchova či tvořivá dramatika jsou zájmové činnosti rozvíjející herecký talent, kultivující projev. Cíle dramaterapie a dramatiky jsou různé. (Budíková, Komendová, 2019).

Voda, pobyt v ní, uvolňuje svalstvo, klouby a odbourává stres. Důležitým ukazatelem je voda samotná, navozující pobyt dítěte v bříšku, pocit bezpečí. Pobyt ve vodě podporuje psychosomatický vývoj a usnadňuje práci s vnitřním napětím. Voda by měla být teplá, okolo 35 stupňů Celsia. Měli bychom střídat činnosti dynamické (házení a následné hledání míčků, potápění se pro puk) z počátku programu na vyřádnění a zklidňující pro uvolnění (vozit děti na zádech, na plovací desce, houpat dítě v náruči). Využíváme kladný, příjemný pocit z vody i v domácím prostředí, ve vaně, sprchovém koutě.

Nezapomínejme na bezpečnost. Neustále máme dohled nad dítětem. Není důležitý výkon, ale radost z pobytu ve vodě, prožitek z vody. V domácí prostředí se osvědčila kombinace ½ kg soli do koupele na polovinu vany. (Budíková, 2019).

Zooterapie je obecným pojmem sdělujícím příjemcům, že se jedná o terapii využívající kladného vlivu zvířat na člověka. Při výběru zvířete k terapii, zvířete, s kterým se bude dítě intenzivně setkávat, je důležité zohlednit preference dítěte (oblíbenost zvířete, strach z něj). Druhým hlediskem výběru zvířete je cíl terapie, kterého chceme prostřednictvím terapie dosáhnout. Následně se seznámíme s pojmy zooterapie, druhy zooterapie, jenž napomáhají zapojení dítěte do kolektivu, podporují jeho sebehodnocení, rozvíjejí komunikační dovednosti. Obecně můžeme terapii hodnotit nejen jako vztah zvířete a člověka, ale důležitým ukazatelem terapie je péče o zvíře, budování vztahu k němu, třeba i

prostřednictvím výcviku. Vcítění se do duše zvířete, respektování jeho individuality. Ve vztahu k terapii upozorňujeme na výcvik zvířat pro terapii, čímž se eliminuje strach či obavy z účasti na zooterapii. Na děti nepřenášíme náš vlastní strach, obavy z jistých druhů zvířat, jejich poddruhů.

Je podstatné zdůraznit, že je nutné velice uvážlivě zvážit pořízení si domácího mazlíčka. Jsme schopni zvládnout péči o zvířátko? Máme dostatek financí pro jeho chov? Cítí potřebu chovat zvíře i ostatní členové domácnosti? Pokud se rozhodneme pro pořízení domácího mazlíčka, je nutné zohlednit specifika zohledňující podmínky chovu zvířete.

Canisterapie je terapie využívající vztah se psem. Hlazením, péčí o srst, obecně péčí i krmením, volnou hrou prohlubujeme vztah jedince se zvířetem. Na uvolnění svalů blahodárně působí teplo, které psi svým tělem vydávají (Budíková, 2019).

Hippoterapie, neboli terapie koňmi, je pravděpodobně nejznámějším pomocným způsobem v různých situacích postižení jedinců. Hlavním cílem je ovlivnění postavení organismu (člověka), jeho správné chůze a podpora rovnováhy těla. To vše podporováno jízdou na koni (Budíková, 2019).

Felinoterapie, tedy terapie v rámci kontaktu s kočkami, je méně známá. Kočka, na rozdíl od psa, je kontaktně větší šelmou. Musíme se smířit s její jedinečností, nelibostí podřídit se pánovi. Kočka komunikuje, pokud sama chce. Hrozí tedy větší riziko konfliktů mezi zvířetem a člověkem, hrozí riziko zranění (poškrábání, pokousání apod.).

Při jakékoli nelibé reakci zvířete vůči člověku je nutné vysvětlit, obhájit, chování zvířete. „Zvíře nemluví lidským jazykem, svým chováním nám dává najevo, co cítí.“ Člověk se musí přizpůsobit chování zvířete. Musí respektovat zvířecí pudy, podřídit se jim ve vztahu.

1.8.2 MEDIKACE

Medikamenty, neboli léky, jinak tabletky, nejsou všespásné. Obecně můžeme hodnotit účinek léků jako „krotící“. Pod vlivem léků jedinec s ADHD reaguje klidněji, pokorněji, dokáže se více soustředit, než je pro něj standardní, běžné bez medikace. Léky plně ovlivňují reakce, rychlost a způsob reakcí či řeči. Pozorný pozorovatel zjistí, že dítě bez vlivu léků, po pominutí jejich účinku, reaguje impulzivně, na všechno má odpověď (pro pozorovatele nelogickou, burcuující reakci, vyžadující si další komentář), neustále mluví.

Každý oficiální lék pro léčbu ADHD léky má svou indikaci, účinek a také vedlejší účinky. Medikaci podporující útlum/minimalismus projevů ADHD předepisuje pouze psychiatr. Zákonní zástupci často medikamentózní léčbu odmítají, na což mají samozřejmě právo. Častým negativem z jejich strany bývá obava ze závislosti na lécích, pozdější závislosti na drogách a pocit, že dítě je „nenormální“.

Bylo naopak prokázáno, že medikovaní jedinci mají v pozdějším věku nižší sklon ke vzniku závislostí. Medikamenty jsou bezpečné, příznivě ovlivňují chod rodiny, mezilidské vztahy ADHD jedince, zejména ve vrstevnické skupině, a kvalitativně působí na vzdělávací proces, učení. Medikamenty ovlivňují neurotransmitery, chemické posly mozku, dopaminu a noradrenalinu. Dopamin kontroluje pohybovou aktivitu, ovlivňuje pozornost a chování, má co do činění s pocitem odměny. Noradrenalin souvisí s procesy spánku a bdění, v návaznosti na tyto procesy ovlivňuje koncentraci pozornosti, učení a paměť. (Drtílková, 2007, Goetz, Uhlíková, 2009).

O užívání léků na ADHD by měl být určitě informován třídní učitel, škola. Zásadním důvodem pro informovanost je skutečnost, že dítě ve škole tráví mnoho času a učitel/učitelé jsou hodnotícími činiteli ve výchovně vzdělávacím procesu, mohou poskytnout zákonným zástupcům i lékařům mnoho cenných informací o účincích léčby.

ADHD je léčeno psychostimulancí (Ritalin, Concerta), nestimulujícími léky (Strattera), neuroleptiky – antipsychotiky (Risperidon/Risperdal), nebo i v kombinaci s antidepresivy. Účinnost medikace je zratelná cca za dva týdny. Někteří rodiče, nikoli lékaři, se přiklánějí k léčbě přírodní, bylinné. Stimulancia podléhají zákonu o omamných látkách. U zdravých osob způsobují vyšší aktivitu, snižují potřebu spánku a hrozí zde veliké riziko závislosti. Nestimulující léky zákonu o omamných látkách nepodléhají, riziko zneužívání je minimální. (Goetz, 2009, Drtílková, 2007). Účinnost léčby se prokazuje jejím řízeným vynecháním na dobu jednoho až dvou týdnů. Při vynechání léčby sledujeme chování jedince, intenzitu projevů ADHD. Podle výsledků pozorování se následně medikamentózní léčba ukončuje, nebo lékař změní dávkování.

Ritalin je „startovacím“ stimulanciem při léčbě ADHD. Používá se při léčbě dětí od 6 let a dospívajících, není schválen pro léčbu dospělých jedinců. Při medikaci se začíná malou úvodní dávkou, která se postupně zvyšuje. Denní dávku ovlivňuje stav dítěte i jeho tělesná hmotnost. Nástup účinku léku je rychlý, cca ½ hodiny, avšak celková doba účinku je 3 – 4 hodiny. Z tohoto důvodu je nutná opakovaná dávka v průběhu dopoledne. Zde vyvstává

etická otázka podávání léků, ráno rodič a ve škole? Nejvíce frekventované nežádoucí účinky léku jsou poruchy spánku, nechutenství, zpomalení růstu a změny srdeční činnosti. Je proto nutné pravidelně kontrolovat fyzický stav dítěte. Při léčbě Ritalinem se může vyskytovat pozitivní výsledek testu na užívání drog. (Příbalový leták, 2021).

Concerta je lék s obdobným účinkem jako Ritalin, na nějž v léčbě navazuje (nebývá první volbou léčby). Výhodou je dlouhodobý účinek Concerty 8 - 12 hodin. Nedochozí tím k viditelným výkyvům soustředění a nálad během dne. Dlouhodobý účinek umožňuje snazší zapojení dětí do zájmových aktivit v odpoledních hodinách. Zároveň se Concerta používá k léčbě ADHD u dospělých osob (Miovský, 2018, Goetz, Uhlíková, 2009).

Strattera není stimulační lék, usnadňuje usínání a zvyšuje kvalitu spánku. Strattera bývá předepisována jako jeden z prvních léků k léčbě ADHD. Používá se taktéž, jako Concerta, k léčbě ADHD dospělých. Působí na noradrenalinový systém mozku. Účinkuje celý den, čímž odpadá rodičům starost o dávkování během dne. Strattera se používá i k léčbě tiků a úzkostných poruch, zkvalitňuje život. Musíme zde zmínit vedlejší účinky tohoto léku, kterými jsou zvýšení teploty a tlaku, snížení chuti k jídlu. Je nutné kontrolovat tlak a hodnoty jaterních testů. (Miovský, 2018).

Risperdal/Risperidon/Rispen (u léků je stejná léčebná látka) se používá k léčbě psychóz, proto název antipsychotika. Zmiňované psychózy jsou schizofrenie, mánie, léčba agrese u jedinců s poruchami chování či postiženými Alzheimerovou demencí. Risperdal odstraňuje bludy, halucinace, obnovuje souvislé a logické myšlení, navozuje zklidnění a také tlumí tiky a agresivitu. Častá bývá v úspěšné léčbě ADHD jeho kombinace s Ritalinem. Mezi nejčastější nežádoucí účinky Risperadalu patří bolest hlavy, příznaky nachlazení, nárůst tělesné hmotnosti, třes nebo kožní obtíže. (Příbalový leták, 2021).

1.8.3 BIOFEEDBACK

Biofeedback prezentuje pro veřejnost i odborníky jasnou zpětnou vazbu o funkci svalů a funkci zaměřené pozornosti, funkci mozku. EEG aktivita mozku je promítána na monitoru v podobě jednoduché počítačové hry. Přístroj měří zaměřenou pozornost na daný předmět. Monitorovaný jedinec svou zaměřenou pozorností, v návaznosti na EEG, ovládá hru. Zaměřená pozornost je rovna pokračováním ve hře, rovna odměně. Opakovaný trénink učí mozek správně fungovat, přenastavuje jeho funkci. Dochází k pozitivnímu ovlivnění učení, chování a pozornosti.

EEG trénink se dále také využívá k léčbě poruch chování, závislosti na alkoholu, epilepsii, posttraumatických stresových a úzkostných poruch, poruch spánku, tiků. Při ochrnutí je možné pomocí počítače komunikovat s okolím. Postižený jedinec svými myšlenkami ovládá počítač. (Drtílková, 2007).

1.9 VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ POSTUPY U DĚTÍ S ADHD

Výchovně vzdělávací přístup k dítěti ADHD je náročnější než u běžných dětí. Dítě s ADHD vyžaduje větší míru pozornosti a trpělivosti stran vychovávajícího. Vzhledem k nastavení dětí jsou platné základní postupy pro všechny instituce, které se na výchově a vzdělávání podílejí. Všechny instituce by měly dodržovat stejnou výchovnou strategii. Mezi základní pravidla patří zejména zohlednění věku, nastavení spravedlivých pravidel a jejich důsledné dodržování, větší míra chválení než trestání spojená s názorným a jasně srozumitelným oceněním. Důležitá je bezprostřední zpětná vazba, dítě hodnotíme co nejčastěji. Tresty by měly být přiměřené a měly by vyplývat z pravidel, z jejich porušení. Je možné, aby součástí pravidel byly vymezeny i tresty. Dítě potom ví, co nastane. Děti vedeme k sebekontrolě a sebehodnocení. Nezapomínejme, že sebehodnocení dítěte silně ovlivňuje učitel. Potřebné je komunikovat zřetelně, pokyny udílet postupně. Úkoly musí být pro dítě zvládnutelné. Nepostradatelný v komunikaci či práci s dítětem ADHD je oční kontakt a dotek, metoda pevného objetí. Tyto děti velice pozitivně reagují na různé doteky (pohlazení, ruka na rameni) a to i v problémových situacích (Goetz, Uhlíková, 2013, Hutýrová, 2019).

Jestliže se dítě s ADHD přestane ovládat, odvedeme jej z problémové situace. Dopřejeme dítěti klid na pro něj bezpečném místě. V případě rizika, že by si dítě mohlo ublížit, nenecháváme jej samotné, mluvíme na něj klidným hlasem bez obviňování. Vhodné je doplnit řeč dotykem, stiskem. Někdy není potřeba slov, postačí fyzická blízkost.

Pochopení a porozumění dítěti je prvním krokem k úspěšné výchově. Vychovatel je instruktor a přizpůsobuje výchovné postupy konkrétním problémům dítěte. Dětství je období her, proto využíváme herních činností k soustředěnosti a dávání pozor. Rozvíjíme schopnost dítěte komunikovat, vyjadřovat své pocity, aby dítě bylo schopno lépe zvládnout své chování. Toto jsou základní výchovná pravidla, jimiž by se měli řídit všechny výchovné složky (Laver-Bredbury, 2016).

1.9.1 Z POHLEDU UČITELE

Nejlépe, jak můžeme dětem pomoci, je včasná diagnóza poruchy a provedení rázných zásahů, abychom předešli začarovanému kruhu frustrace, selhávání a nízkého sebevědomí dítěte. Je nutné všemi prostředky vyjít vstříc potřebám dětí s ADHD. Dětem vytvoříme takové prostředí a zajistíme takové postupy pro pomoc ke koncentraci a učení, aby byly úspěšné, sebevědomé, prožívaly pocit uspokojení, uznání a pozitivního sebehodnocení. Při podpoře dětí a odstraňování překážek z jejich cesty za úspěchem musíme oplývat trpělivostí a vnímat dítě jako hodnotnou lidskou bytost, ne jako osobu specifického chování. Nutná je kvalifikace učitele, aby byl vybaven znalostmi a dovednostmi pro práci s žáky s ADHD. Kompetentní učitel by měl být vysokoškolsky vzdělaný na pedagogické fakultě a navíc by se měl stále rozvíjet, vzdělávat se a díky tomu znát nové postupy, pružně reagovat na změny a předcházet tím možným nedorozuměním mezi žákem a jeho rodiči i učitelem (Goetz, Uhlíková, 2013).

Učitel je záchytným bodem pro každého žáka. Jeho trpělivý, pozitivní, laskavý, ale i důsledný a předvídatelný přístup je nenahraditelný. Vždy je nutné určit pravidla, kterými se ve třídě, škole řídíme. Cítit se bezpečně, rovná se dodržování pravidel. Pravidla strukturují a socializují osobnost. S dodržováním pravidel mají žáci s ADHD obtíž. Při porušení pravidel je nutné zachovat klid a nebrat si jednání žáka osobně. Je potřebné, aby se na tvorbě pravidel podíleli sami žáci. Nedílnou součástí výchovně vzdělávacího procesu je správný vzor. Učitel předvádí správné chování, způsoby interakce a komunikace. Tím dochází k zvnitřnění správných návyků u žáků (Integrace a inkluze ve školní praxi, 2014).

Povinností učitele je především chránit sebe i žáky ve třídě. Pro zklidnění situace ve třídě je vhodné s ostatními žáky celou situaci konzultovat, seznámit je se specifiky žáka s ADHD. Zaměříme se také na vhodné vybavení třídy. Prostředí třídy má být podnětné, ale s co nejmenším množstvím rušivých elementů. Odstraníme frustrující podněty, vyhneme se přehnané barevnosti. Mnohost předmětů a výrazné barvy rozrušují žákovu pozornost. V případě potřeby nabízíme žákovi možnost uvolnit se pohybem po třídě, na koberci nebo zadáním jiné činnosti (odnes, přines, rozdej). Učitel respektuje styl učení žáka. Psychosociální výcvik, kdy žáci nacvičují vzorce chování a rozvíjejí sociální a komunikační dovednosti vůči dětem i dospělým, je důležitou součástí výchovně vzdělávacího procesu. Psychosociální výcvik, společná práce žáků, projektová činnost, vzájemné učení, hry, hraní divadla a všechny společné aktivity a zážitky napomáhají začlenění žáka do kolektivu a k vřelému osobnímu vztahu učitel – žák (Paclt, 2006).

V rámci reedukace SPU učitel využívá edukační pomůcky, řídí se doporučením PPP, respektuje písmo žáka a využívá podpůrná opatření (diktáty bez psaní, zkrácená práce, nakopírované zápisky a další). Učitel rozpozná nadání žáka a vhodnými aktivitami, úkoly jej rozvíjí. Žák zažívá úspěch a roste mu sebevědomí. Žák s ADHD vždy sedí v přední lavici buď sám, nebo s někým, kdo mu rád pomůže s organizací pracovního místa. Žádoucí je tradiční uspořádání lavic. Pro snazší orientaci poskytneme žákovi učebnice a sešity v barevném rozlišení po předmětech.

1.9.2 ŠKOLA A RODINA

Škola a rodina mají společný zájem. Všestranný rozvoj dítěte v bezpečném prostředí, vychovat spokojeného a sebevědomého jedince. Nejdůležitější je úzká spolupráce rodiny a školy. Komunikace mezi školou a rodinou. Zákonní zástupci by měli informovat školu nejen o diagnóze ADHD, ale i o jakýchkoliv dalších potížích, které dítě má, osvětlit rodinné vztahy. Podstatné je předat veškeré dokumenty, lékařské zprávy, zprávy z vyšetření PPP apod. Dále je důležité informovat školu o změnách v životě rodiny, dítěte. Změny v životě mohou negativně ovlivnit chování a reakce dítěte. Škola je povinna informovat zákonné zástupce o prospívání dítěte ve škole, o jeho prospěchu, úspěších i problémech ve výchovně vzdělávacím procesu.

U dětí s ADHD se na tvorbě výchovně vzdělávacích postupů podílí speciální pedagog, metodik prevence, výchovný poradce, školní psycholog, třídní učitel žáka. Školní terapeutický tým seznámí zákonné zástupce s výchovnými postupy, společně je konzultují. Je důležitá jednota v praktikování výchovně vzdělávacích postupů ve škole i v rodině.

U mladších žáků již při prvních potížích zavádíme hodnotící, monitorovací zápisník. Škola do něj pravidelně každý den zapisuje úspěchy, neúspěchy žáka s ADHD, stručně popisuje problémové situace dne a jakým způsobem byla situace řešena. Rodiče doma dění ve škole rozeberou s dítětem. Díky zápisníku mají každý den rodiče informace o dění ve škole, dítě má každý den zpětnou vazbu o svém chování. Důležitý je také zápisníček domácích úkolů, kdy zápisy do něj kontroluje učitel ve škole a rodiče doma. Škola poskytne žákovi dvě sady učebnic. Rodiče zajistí psací a další potřebné školní pomůcky dva krát. Dítě s ADHD není schopné nezapomínat, proto dvojí varianta - do školy a na doma.

Komunikace školy a rodiny je mnohem intenzivnější než u běžných žáků. Komunikace poskytuje zpětnou vazbu učiteli i rodičům. Osvědčily se pravidelné schůzky rodičů a školy, tripartitní schůzky. Zpočátku častěji, jednou týdně a následně dle potřeby. Náplní schůzek

jsou zejména informace a hodnocení stavu žáka, hodnocení a plnění výchovně vzdělávacího plánu ze strany školy i rodiny (Carter, 2014).

1.9.3 RODIČE A VÝCHOVNÉ STRATEGIE

Často se stává, že jeden rodič popírá existenci problému, žárlí na pozornost věnovanou dítěti ADHD. Žárlit mohou i sourozenci. Nejdůležitější je přijmout dítě takové, jaké je a neobviňovat se. Opakování je matkou moudrosti. Proto znovu opakujeme, že nejdůležitější ve výchově dětí s ADHD je láskyplný a důsledný přístup s jasně danými pravidly a režimem a jednotnost ve výchovném procesu. Vždy je lepší chválit, vyzdvihovat pozitiva, než trestat. Pokud je nutné použít trest, mělo by dítě vědět proč a situace by měla být řešena hned. Pokárání a vysvětlení situace by mělo být stručné a jasné. Dlouhé proslovy děti nevnímají.

Rodiče sami by se měli by měli mít tendenci pracovat na zlepšování výchovných strategií. Tímto směrem jsou jim nápomocni pedagogičtí pracovníci, psychologové, psychiatři a další odborníci. Důležité je nastavit pravidla soužití v rodině, pravidla pro všechny členy rodiny. Pravidla musí naplňovat krátkodobé cíle, dodržitelnost slibů stran rodičů i dětí.

Jako žádoucí se jeví osm kroků navazujících na sebe. Ty je nutné dodržet a dále pokročit po zvládnutí předchozího. Rodič se naučí věnovat pozornost dítěti, tu ve druhém kroku využije pro spolupráci s dítětem. Rodič dává účinné příkazy a rady. Dítě nepřerušuje činnost rodiče. Doma funguje hodnotící systém (body, žetony). Pokud rodič trestá, tak způsobem motivujícím ke změně. Umíme používat time out (pauzu) ve vyhrocených situacích. Poslední bod se týká zvládnutí dítěte mimo domov, kdy rodič využívá osvojené dovednosti dítěte a přenáší je do každodenního života (Hutyrová, 2019).

Pro dítě s ADHD je potřebné znát časový rozvrh činností. Zpočátku časový rozvrh umístíme na viditelném místě a náplň rozvrhu i připomínáme. Dítě se v pravidelný čas připravuje do školy, vypracovává domácí úkoly a svém pracovním místě. Pracovní místo dítěte by mělo být čisté, pouze s nutnými pomůckami a nemělo by být u okna. Tímto eliminujeme pohrávání si s věcmi a roztráštění pozornosti děním venku. Dále by dítě mělo být zapojeno do domácích prací. Pro pocit spravedlnosti by měl mít každý člen rodiny své povinnosti v domácnosti. Nutné je dodržovat pravidelný režim i v běžných činnostech, jakými jsou ranní vstávání, hygiena, odchod do školy, strava, již zmíněná příprava do školy, kroužky, používání počítače/mobilního telefonu nebo dívání se na televizi. Používání výpočetní techniky časově omezujeme (Jenett, 2013).

Důležitým aspektem vztahu rodič a dítě ADHD je nutnost vychovávajícího myslet sám na sebe. Vychovávající by měl udržovat vymezený čas sám pro sebe. Odpočívat, relaxovat, věnovat se sám sobě a provozovat zájmové činnosti, koníčky.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část práce je zaměřena na kazuistická pojednání. Cílem praktické části je tedy názornost. Názorná ukázka propojení teoretických poznatků, informací o ADHD s praxí. Formou jednotlivých podrobných kazuistik se seznámíme s predispozicemi, rodinnou i osobní anamnézou, projevy ADHD a diagnostikou onemocnění. Dle přístupných informací jsou u každého jedince popsány používané výchovné strategie, přístupy a způsoby komunikace všech institucí podílejících se na výchovně vzdělávacím i socializačním procesu. Závěr každé jednotlivé kazuistiky je věnován současnému stavu jedince s ADHD, shrnutí jeho stavu.

2.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉ SKUPINY

Vybraná skupina jedinců s ADHD je různorodá. Zastoupeni jsou zde dva žáci prvního stupně, jeden žák druhého stupně a dva dospělí jedinci. Jedná se o kazuistický popis jednotlivců, o popis či vyprávění životních příběhů jedinců s diagnózou ADHD. Jména osob byla záměrně změněna.

Ke kazuistikám bylo použito široké spektrum zdrojů: rozhovory se zákonnými zástupci, vyučujícími, rozhovory s diagnostikovanými jedinci, lékařské zprávy, zprávy z PPP, SPC. Veškeré zdroje byly použity s plným vědomím a souhlasem zákonných zástupců a jedinců s diagnózou ADHD. Souhlas byl proveden ústně i písemně. Vzhledem k ochraně osobních údajů a přání zůstat v anonymitě, Souhlasy nejsou součástí této práce.

2.1.1 KAZUISTIKA 1 – FILIP

Filip je žákem velké základní školy ve velkém městě. Jeho třída čítá 20 žáků, ve třídě je přítomna asistentka pedagoga. Asistentka ale funguje pouze jako osobní asistentka Filipa. Žák se vzdělává podle IVP. Informace o jeho anamnéze a stavu byly čerpány z několika zdrojů. Rozhovor s asistentkou pedagoga, třídní učitelkou, matkou i samotným žákem jsou cenným podkladem kazuistické práce.

Filip (9 let, 2měsíce) je žákem 2. ročníku ZŠ. K základnímu vzdělání nastoupil s odkladem školní docházky. Do MŠ docházel od svých 3 let. Pro specifické potíže v chování, opožděný rozumový vývoj a zdravotní potíže byl Filip od útlého věku sledován a léčen nejen pediatrem. Na diagnostice se podílel oční lékař, psychiatr a odborníci z SPC. Filipovi bylo diagnostikováno ADHD s převahou emočních reakcí, vývojová porucha řeči –

dyslalie, oslabení zrakové a sluchové percepce, strabismus (šilhání) a zhoršený zrak. Filip nosí celodenně brýle, pravidelně dochází na konzultace do SPC, dětskou psychiatrii a opakovaně byl hospitalizován na lůžkovém oddělení dětské psychiatrie. Doporučena byla medikace Ritalinem a Risperidonem, která je však nepravidelná, tedy v daný moment méně či vůbec účinná. Žák se vzdělává podle IVP, při vzdělávání jsou využívána všechna podpůrná opatření/doporučení SPC a dopomoc asistenta pedagoga i v odpoledních hodinách ve školní družině (Zpráva FTN, 2021).

Matka s otcem nikdy nebyli sezdáni. Filip byl neplánované dítě po půlročním vztahu. Narodil se matce v jejích šestnácti letech. Oba rodiče dítěte byli klienti Klokánka, oba kuřáci, konzumenti drog. Matka nepravidelně požívala po celou dobu těhotenství pervitin, kouřila. Matka matky taktéž narkomanka. Matka středoškolsky vzdělaná, stejně tak otec. U matky diagnostikována úzkostná porucha u otce ADHD, oba v minulosti medikováni (Zpráva FTN, 2021).

Po porodu žila matka i s Filipem téměř půl roku na ulici bezdomoveckým způsobem života. Trpěla hladem, prožívala veliký stres. Po návratu do Klokánku zde žili matka i s dítětem do tří let věku Filipa. Následně se přestěhovali do bytu, který zprostředkoval Klokánek. Od roku 2018, Filip ve věku 5 let, žili ve společné domácnosti i s otcem Filipa. Otec byl agresivní verbálně i fyzicky vůči matce i Filipovi. Filip přejal otcovy způsoby chování a vyjadřování. Společnou domácnost otec opustil v roce 2021 a vystřídal jej nový partner matky. Nyní je matka znovu těhotná (Zpráva Fakultní Thomayerova nemocnice, 2021, Rozhovor s matkou, 2022).

Jak již bylo zmíněno, počátek života neměl Filip jednoduchý. Bezdomovectví si nepamatuje, soužití s vlastním otcem však ano. Do Filipových pěti let si otec bral syna sporadicky, jeden víkend a poté se půl roku neozval. Za společného soužití obou rodičů ve společné domácnosti docházelo k častým hádkám, fyzickému napadání dítěte i matky. Filip žil v prostředí plném násilí, vulgarismů, negativistických řečí. V tomto období začal navštěvovat MŠ, kde se vcelku rychle adaptoval. Nastaly komplikace ve smyslu fyzické agrese vůči ostatním dětem, používání sprostých slov směrem k dětem i dospělým a neposlouchání kohokoli. Děti se Filipovi stranily, nekomunikovaly s ním, a dle slov matky se jej zbytečně bály. I bez doporučení, po konzultaci, byla Filipovi přidělena do MŠ asistentka. Již v té době byla Filipovi předepsána medikace na ADHD a tlumení agrese. Matka léky v lékárně vyzvedla, ale synovi je nepodávala (Zpráva FTN, Rozhovor s matkou, 2021).

Do 1. třídy nastoupil Filip s ročním odkladem školní docházky. Ve škole se mu líbilo jen chvíli. A to do okamžiku, kdy se po něm něco chtělo, kdy měl dodržet nějaká pravidla. Škola měla snahu spolupracovat s matkou, SPC a na základě předešlých vyšetření a doporučení měl Filip asistentku pedagoga, stejnou jako v MŠ. S přibývajícými nároky na disciplínu a školní povinnosti se situace ve škole značně komplikovala. Filip odmítal pracovat, samostatně nepracoval vůbec. Vyžadoval, aby za něj práci odváděla asistentka. Napadal slovně i fyzicky spolužáky, paní asistentku, učitelku i další pracovníky školy. V hodinách, bez jakéhokoli impulzu, opouštěl pracovní místo i třídu. Zkrátka měl tendence dělat si, co chce, kdy chce. V polovině 1. třídy opustil společnou domácnost vlastní otec, s tím, že na Filipa „kašle“. Filip na tuto skutečnost reagoval ještě větším vzdorem, záměrně nereagoval, nepracoval a schválně odpovídal špatně na dotazy či pokyny. Matka neovládala, nebyla schopna plnit doporučení školy. Směrem k ní se množily stížnosti ze stran školy, rodičů spolužáků i nátlak ze strany orgánů sociální péče. Nastala covidová situace a s ní spojená distanční výuka.

Distanční výuku Filip absolutně nezvládal. Od školy byl zapůjčen počítač, asistentka pedagoga byla plně k dispozici. Přesto byli všichni (spolužáci, učitelka, asistentka) přítomni v přímém přenosu výhrůzkám stran matky vůči Filipovi. Filip odmítal pracovat. Vyhržováno mu bylo bitím, umístěním do ústavu. Intenzita náročného chování, agresivity, vulgarismů se stupňovala na distanční výuce i následně v přímé výuce. Matka s Filipem doma nepracovala, situaci prý nezvládala, nevěděla si rady (Zpráva z průběhu vzdělávání, 2021, Rozhovor s třídní učitelkou, 2022).

Po návratu z distanční výuky se projevy Filipa vůči ostatním ještě více vyhržily. Několikrát denně napadal fyzicky spolužáky pěstí do obličeje a břicha, kopáním napadal i asistentku pedagoga nebo vychovatelku ŠD. Fyzické útoky byly doprovázeny verbálními výhrůzkami, komentáři a vyhrožováním ze strany Filipa.

Prioritou dle doporučení SPC bylo zvládnutí první třídy. Filip však odmítal psaní i čtení, doma nepracoval. V matematice učivo, v rámci možností a aktuálního stavu, zvládal. Při práci náhle trhal stránky pracovních sešitů, doprovázel své konání slovy, že je hloupý, nic neumí. Zklidnit Filipa při takovýchto výstupech se nedařilo nikomu. Na druhou stranu se Filip dokázal projevovat jako velmi citlivé dítě. Při vzpomínkách na plyšáky a podobně zvládl sám u sebe vyvolat afekt, který byl plný pláče. Okolí těmto stavům nerozumělo, včetně paní asistentky. Školní dovednosti nezvládal. Na konci první třídy byl hodnocen známkou nedostatečnou z českého jazyka. Zároveň měl za úkol připravit se na opravnou

zkoušku. K tomu mu měl dopomoci pobyt na psychiatrickém oddělení se školou. Výsledným výstupem byla skutečnost, že učivo 1. třídy neovládá, odmítá se podílet na aktivitách a spolupracovat. (Zpráva z průběhu vzdělávání, FTN, 2021).

Před začátkem následujícího školního roku, 2. ročníku ZŠ, Filip absolvoval doplňující zkoušku z učiva první třídy. Výsledky sice nebyly odpovídající, Filip nesplnil ani podmínky IVP, ale po dohodě zkušební komise postoupil do 2. ročníku. Na začátku druhé třídy opět Filip absolvoval pobyt v psychiatrické léčebně. Opět vykazoval problematický přístup k práci. Nezapojoval se, odmítal, společné činnosti nebyl schopen sledovat ani plnit. Nedostatky v učivu vedly k opětovnému názoru, že učivo 1. ročníku nezvládá. Navrhnut byl přestup do speciální třídy (FTN, 2021).

Na základě celkových negativních hodnocení byla Filipovi poskytnuta nová paní asistentka. Asistentka pracuje s Filipem i ve volných chvílích v rámci ŠD, každý den komunikuje s matkou a předává potřebné informace. Nicméně ani toto nefunguje. Matka se synem pracuje minimálně, pouze pod výhrůzkou podání dalších podmětů sociální péči či dalším institucím. Matka nečte e-maily, komunikuje pouze formou telefonátů, ovšem pouze v některých okamžicích. Následovala další hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Bez dalších pozitivních zpráv. Dle zprávy je situace beze změn, bez dalších výhledů ke zlepšení. Matka nadále nepodává Filipovi medikaci, na psychoterapie s ním nedochází. Filip stále napadá spolužáky, kontakty vyhledává u mladších dětí. Těší se na sourozence a nového tatínka si chválí, protože neubližuje mamince, neubližuje jemu (Zpráva o průběhu vzdělávání, 2022, Zpráva FTN, Rozhovor s aktérem, 2022).

2.1.2 KAZUISTIKA 2 – ADAM

Adama jsem poznala ještě před nástupem do ZŠ, od té doby s ním a jeho rodinou intenzivně spolupracuji. Adama předcházela pověst velmi problémového dítěte. Při docházce do MŠ obtěžoval fyzicky ostatní děti, chtěl jim umisťovat předměty do konečníku, fyzicky napadal ostatní děti, odmítal respektovat pravidla a authority.

Nejdříve Adam navštěvoval soukromou MŠ, poté přešel do spádové MŠ a následně také navštěvoval přípravnou třídu. Adamovi byl doporučen dokonce i druhý odklad školní docházky, k němuž, vzhledem k věku a fyzické vyspělosti Adama, ZŠ ani rodiče nepřistoupili. Již v té době řešili rodiče budoucích spolužáků situaci s obavami, nepřáli si, aby Adam docházel s jejich dětmi do třídy.

Adam (10 let, 6 měsíců) je žákem 3. ročníku ZŠ. Jak již bylo zmíněno výše, k základnímu vzdělávání nastoupil po odkladu školní docházky. PPP a psychologickou ordinaci navštěvuje již od svých pěti let. Byly mu diagnostikovány SPU dysgrafie, dyslexie a dále také suspektní ADHD, které potvrdilo vyšetření psychiatra. U Adama je pozorováno opozitní chování, problémy s navazováním vztahů s vrstevníky. Neurologické vyšetření prokázalo poruchu jemné i hrubé motoriky. Vyšetření EEG ukazuje na „měkké příznaky“ dysfunkce CNS bez příznaků patologického poškození funkce mozku. Dále Adam od pěti let navštěvuje ordinaci logopeda pro kombinované vady řeči (Zprávy PPP, dětský psycholog, 2016-2022, Neurologie, Psychiatrie, 2019).

Adam také trpí dětskou obezitou, jeho BMI činí 33,29. Při výšce 145 centimetrů váží 70 kilogramů. Hodnoty BMI byly zjištěny v rámci výuky. Matka se touto alarmující situací odmítá zabývat, nechce měnit stravovací návyky syna, naopak jej v nezdravém životním stylu podporuje.

Adam je chtěné a jediné dítě partnerského vztahu, sourozence nemá. Matka po celou dobu těhotenství kouřila, občasně konzumoval alkoholické nápoje, porod probíhal císařským řezem. Před narozením Adama se matka s otcem dítěte rozešla a započala nový vztah s jiným mužem, který je zapsán v rodném listu dítěte a Adam nosí jeho příjmení. K otcí Adama se matka vrátila, když mu byly dva roky. Oba rodiče mají nižší střední vzdělání, jsou vyučeni v SOU. Na počátku školní docházky Adam opakovaně hledal své kořeny, nerozuměl dané situaci. Jeho příjmení zní jinak než příjmení matky i muže, kterého považuje za otce, a znal jej jako pokrevního otce, kterým také je. Již od narození se chlapec projevoval značně neklidným dojmem. Adam je silně geneticky zatížen. V linii po otcí je rodina mezigeneračně zatížena diagnózou LMD/ADHD. Otec i strýc byli na LMD diagnostikováni a medikováni. (Rozhovor s matkou, otcem).

Adam žije v úplné rodině s pozitivním vztahem k oběma rodičům. Více tíhne k matce. Jedním z důvodů je nedůslednost a rozmazlující styl výchovy matky. Při rodinných rozporech se staví na její stranu. Spory rodičů bývají časté, doprovázené i fyzickými útoky či ničením vybavení domácnosti. Dědeček Adama byl zabit, zastřelen. Babička je Romka. Chlapec se stýká pouze s babičkou ze strany matky, strýce z otcovy strany vídá sporadicky, jiné příslušníky rodiny nezná. (Rozhovor s matkou, rozhovor s žákem).

Rodina žije v celoročně obyvatelné chatě, kdy sociální zařízení je společné pro několik chat z osady. Tento životní styl rodině vyhovuje. Oba rodiče pracují, finanční zázemí rodiny je bezproblémové.

Adama a jeho matku jsem poznala rok před nástupem do ZŠ. Dle popisu matky byl Adam neklidné miminko, které chvíli spalo, chvíli jedlo, chvíli plakalo, chvíli se smálo. Matka neměla snahu režim dítěte upravit, z nové povinnosti péče o dítě byla zcela vyčerpaná. Od batolecího věku je „baculatý“, podporovaný v tom kdykoli a cokoli sníst či vypít, a to zejména sladké. Do věku dvou let žil Adam s matkou a babičkou, muž zapsaný v rodném listě chlapce byl ve výkonu trestu. Těsně po čtvrtých narozeninách se přestěhoval s matkou a pokrevním otcem do hlavního města. Do té doby měl Adam „svobodnou“ výchovu bez jakéhokoliv režimu. Jedl, spal, hrál si, koukal na televizi, kdy sám chtěl. S přestěhováním začaly v životě Adama změny, s kterými bojuje dodnes (Rozhovor s matkou).

Po přestěhování chodil Adam půl roku do soukromé mateřské školy, kde nastaly první potíže. Adam nerespektoval žádné pokyny, vůči ostatním dětem se projevoval agresivně, zejména fyzicky, vyžadoval neustálou pozornost paní učitelky. Matka situaci vyřešila tak, že přeřadila syna do spádové MŠ. Dle jejího názoru situaci paní učitelka nezvládla, její syn takový není (Rozhovor s matkou).

Docházka dalšího půl roku do státní MŠ se opakovala stejným způsobem. Stížnosti se množily, a tak matka vyslyšela prosbu a objednala syna na vyšetření do SPC. Ze zprávy z psychologického vyšetření vyplývá, že matka uvedla, že Adam v domácím prostředí projevuje nesoustředěnost, mírnou neobratnost (často něco vylije, rozbije), na neúspěch reaguje podrážděně, o didaktické hry rychle ztrácí zájem a dožaduje se pozornosti rodičů, pokud si spolu povídají. Dále je zřejmé, že Adam je levák, má silné logopedické obtíže (polykání hlásek, nesprávný slovosled, nesprávná předložková vazba). Adam projevoval psychomotorický neklid, poruchy aktivity a pozornosti, při řízené činnosti odmítal pracovat. Po přímé návštěvě MŠ psycholožka doporučila podporu sdíleného asistenta pedagoga, formu vzdělávání podle IVP, vyšetření na foniatrii a dětské neurologii. Také byl doporučen monitoring Adama do notýsku. Formou semaforu a krátkého zápisu popisu situace se rodiče dozvědí o průběhu dne, který s Adamem doma proberou. Adam ve věku pět a půl roku neuměl pojmenovat barvy, slabě se orientoval v prostoru i čase (Zpráva SPC).

Ve věku 6 a půl roku byl Adamovi doporučen odklad školní docházky. V MŠ pracoval podle IVP a za dopomoci asistenta pedagoga. Adam začal navštěvovat přípravnou třídu, kam jej dováželi rodiče. Rodiče osobnostní rozvoj syna ponechali zcela na ZŠ, doma neměli potřebu s Adamem dále pracovat. V přípravné třídě udělal Adam veliké pokroky v časoprostorové orientaci, zlepšila se i výslovnost. Potíže měl chlapec v motorice a je hodnocen jako pravák. Vyučující upozorňovala na skutečnost, že Adam nedodrží pravidla, na pokyny autorit reaguje podrážděně až agresivně, není schopen a odmítá pracovat ve skupině, nedokáže udržet pořádek ve svých věcech ani ve společných prostorách, nedokáže odmítnout nežádoucí chování a je jeho častým zdrojem. O práci ve škole neprojevoval zájem, na práci se dokázal soustředit jen velmi krátkou dobu, pracoval rychle na úkor dobrého výsledku, v hodinách ruší, vykřikuje a vytváří hluk. Rodičům bylo doporučeno vstřícné, klidné a důsledné vedení (Zpráva o průběhu předškolní přípravy, 2019).

Nástup do 1. třídy byl pro Adama a jeho okolí velice náročný. Paní učitelka byla důsledná, vytyčovala jasné hranice a trvala na jejich dodržování. Adam odmítal pracovat, nechtěl spolupracovat, neustále vykřikoval a vytvářel rušivé momenty vydáváním zvuků, vytvářením hluku. Neustále měl komentáře vůči spolužákům i paní učitelce, fyzicky a slovně napadal spolužáky. Nebyl schopný udržet pozornost, zřetelné byly grafomotorické obtíže. Paní učitelka pravidelně informovala matku a navrhovala způsoby přístupu k domácí přípravě, s Adamem pracovala individuálně a denně mu poskytovala zpětnou vazbu. Po dvou měsících školní docházky byl proveden náslech ve třídě psychologkou z PPP. Bylo doporučeno psychiatrické vyšetření pro potvrzení ADHD, diagnostikovány byly logopedické vady dyslalie a reziduální vývojová dysfázie, dyslexie a dysgrafie. Matka vyšetření se synem absolvovala, diagnóza byla potvrzena, doporučen byl kombinovaný způsob léčby psychoterapie a medikace. Matka obojí odmítla, dále také odmítla doporučenou rodinnou terapii. Situace velice rychle gradovala. Adam dále nerespektoval pravidla. Jedinou osobou, kterou poslechl a byl ochoten s její nápomocí pracovat, byla paní učitelka třídní. Pro nezvladatelné chování a projevy byl vyloučen ze školní družiny. Rodina s Adamem nepracovala, nedodržovala žádná doporučení a spoléhala na zohlednění znevýhodnění žáka s diagnózou. Adam byl opět monitorován zápisem do notýsku, kde vyučující popisovala situace, reakce Adama, nadále poskytovala denní zpětnou vazbu žákovi. S matkou komunikovala jednou týdně, telefonicky nebo osobně ve škole. Matka byla z celé situace vyčerpaná, syna trestala fyzicky, křikem, zákazy, výhružkami.

Výhružky ale nikdy nedodržela. Domácí přípravu se synem neplnila, a tak se vzdělávací obtíže Adama prohlubovaly. Adam nezvládal číst, psát a na svůj neúspěch reagoval agresivně. On line výuka pro něj byla velice náročná, problémy se soustředěním, impulzivita spíše rostly. Na konci 1. třídy se oba rodiče, třídní učitelka a speciální pedagožka školy sešli na výchovné komisi. Zde byli rodiče seznámeni s výsledky výchovně vzdělávacího procesu (školní úspěšnost, chování) a byla jim školou předložena doporučení pro možné zlepšení situace pro příští rok. I přes potíže dokáže Adam rozesmát celou třídu, kdy má pocit oblíbenosti. Proto se také rád staví do pozice třídního šaška (Rozhovor s třídní učitelkou, speciální pedagožkou, matkou, 2020, Zpráva PPP, 2020).

Druhou třídu nezačal Adam úspěšně. Než se stihl po prázdninách adaptovat na školu a její pravidla, zasáhla opět covidová situace. Matka zcela přestala komunikovat se školou, nedodržovala žádná doporučení, množily se stížnosti rodičů spolužáků. Po schůzce rodičů, třídní učitelky, vedení školy a výchovné poradkyně školy oslovila škola OSPOD. Nejen možné zanedbání výchovy dítěte, ale i podezření na šikanu slabých spolužáků bylo podnětem k prošetření. OSPOD jednal s matkou i školou. Došlo ke zlepšení situace. Matka začala dbát na domácí přípravu Adama, pravidelně jednou týdně se účastnila tripartitního setkání, začala i s partnerem docházet na rodinnou terapii a Adam se začal účastnit psychoterapie. Byl znát veliký posun a zlepšení. Adam zažíval pocity úspěchu, slyšel pochvaly nejen od vyučující, ale i od spolužáků. V pololetí školního roku došlo ke změně vyučující, což Adama zasáhlo. S takou změnou se nechtěl smířit. Opět se navrátil k osvědčeným způsobům chování z počátku školní docházky. Matka přestala docházet na psychoterapii, stejně tak Adam. Škola přistoupila k osvědčenému monitoringu a zpětné vazbě (Rozhovor s vyučující, žákem, 2021).

V současnosti, ve 3. třídě, se Adam cítí nedobře. Je nespokojený se školou, školu a ani paní učitelku nemá rád. Má pocit, že mu škola ubližuje a ubližuje i jeho matce. Vzhledem k tomu, že se stejné situace stále opakují a nedochází k žádné změně, absolvoval Adam dvouměsíční pobyt v SPC. Výsledkem bylo pouze krátkodobé zlepšení a zařazení asistenta pedagoga do třídy. Adam má stále silné projevy ADHD (nepozornost, impulzivita), neustále s někým navazuje fyzický kontakt (narážení, nechtěné bouchání, nevhodné poznámky týkající se fyzická i sexu). Asistentka pedagoga se mu nelíbí a odmítá s ní spolupracovat, nepřijímá její pomoc. Ve škole Adama nejvíce baví prvouka, kde se aktivně projevuje svými nápady a dotazy. Dále jej baví matematika, vyjma slovních úloh. Český jazyk rád nemá, na konci roku byl hodnocen známkou dostatečně. Volný čas tráví Adam

doma s telefonem, tabletem, počítačem, jiné koníčky nemá a ani neměl. Situace není příznivá. Matka do dnešního dne neuznala, že syn potřebuje podporu, odbornou pomoc, vedení a zejména laskavou a zároveň důslednou výchovu se stanovenými pravidly i hranicemi (Rozhovor s žákem, matkou, učitelkou, 2022).

2.1.3 KAZUISTIKA 3 – DANIEL

Daniela znám již od jeho narození. Jeho vývoj tedy sleduji velmi dlouho. Z roztomilého miminka postupně dozrál do stádia všetečky, divocha až po problémové dítě. Byl také žákem na škole, kde jsem učila. Měla jsem tedy možnost sledovat i konzultovat s kolegyněmi stav a vývoj Daniela.

Daniel (12 let, 10 měsíců) je nyní žákem 7. ročníku ZŠ. K základnímu vzdělávání nastoupil bez odkladu školní docházky, přestože jej MŠ doporučovala pro sociální nezralost a problémové chování v kolektivu dětí. Do mateřské školy začal docházet ve třech letech. Na žádost matky byl Daniel ve 3. ročníku vyšetřen v PPP. Byly mu diagnostikovány SPU – dysgrafie, dysortografie, dále také suspektní ADHD a poruchy chování. U chlapce bylo pozorováno opozitní chování, problémy s navazováním kamarádských vztahů s vrstevníky (Zpráva PPP, 2018).

Daniel své problémy ve škole, které se přenášely i na atmosféru doma, nesl velice špatně. Jeho chování i přístup k práci se nelepšil. Kolektiv již zcela Daniela odmítal, negativní postoj vůči němu začala projevovat i paní učitelka třídní. V polovině 4. ročníku byl do školy pozván dětský psycholog, který zde hovořil s matkou, třídní učitelkou (nejdříve s každou zvlášť, poté společně) a i s ostatními Danielovými vyučujícími, včetně paní ředitelky. Doporučeno bylo vyšetření dítěte psychiatrem, eventuálně přestup do SPC se školou, změna přístupu paní učitelky třídní a zejména matce byla doporučena skupinová terapie rodičů dětí s ADHD (Rozhovor s dětským psychologem, matkou, 2018).

Neurologické vyšetření prokázalo poruchu jemné i hrubé motoriky. Vyšetření EEG ukazuje na „měkké příznaky“ dysfunkce CNS bez příznaků patologického poškození funkce mozku. Bylo doporučeno vyšetření dětským psychiatrem (Zpráva Neurologie, 2019).

Na konci 4. ročníku byl Daniel psychiatricky vyšetřen. Vyšetřením byl diagnostikován 2. stupeň ADHD a potvrzena porucha chování. Doporučena byla medikace psychofarmaky, využívání podpůrných opatření a také pokračovat v poskytování zpětné vazby,

psychosociální podpory a práce, není nutné pracovat podle IVP. Psychoterapii bude v pravidelných intervalech poskytovat sama psychiatrička (Zpráva Psychiatrie, 2019).

Daniel je chtěné, plánované dítě z druhého manželství matky. Z prvního manželství, jiný otec, má chlapec dva bratry 22 a 20 let, oba bez obtíží. Těhotenství i porod probíhaly bez komplikací. Matka po celou dobu těhotenství kouřila. Po porodu bylo dítě umístěno na JIP s horečkou, bakterií v moči a abstinenčními příznaky (záškubu rukou, těla).

Matka má nedokončené VŠ vzdělání, otec vyučen. Daniel je silně geneticky zatížen. V linii po matce je rodina mezigeneračně zatížena závislostí na alkoholu. Matka matky, babička, opakovaně bezúspěšně léčena, nyní alkoholická demence, deprese, mánie. Oba bratři matky, strýcové, diagnostikováni s ADHD. Jeden ze strýců léčen psychofarmaky.

Daniel žije v úplné rodině s pozitivním vztahem k oběma rodičům, starší sourozenci již žijí mimo domácnost. Většinu času tráví s matkou, otec je velice zaměstnaný a výchově syna nevěnuje mnoho času. Daniel má velmi rád prarodiče ze strany otce, tráví zde pravidelně víkendy jednou za čtrnáct dní. S rodinou matky se nestýká, příslušníky této rodinné větve nezná (Rozhovor s matkou).

Jak již bylo zmíněno, Daniel byl hned, několik hodin po narození, umístěn na novorozeneckou JIP. Zde se projevovaly abstinenční příznaky, jelikož matka byla silnou kuřačkou po celou dobu těhotenství. Daniel málo spal, stále se budil. Po převozu domů bylo velmi náročné mít nějaký režim. Přes den Daniel spal ve velice krátkých intervalech, krmení vyžadoval každé dvě hodiny. Postupem času se podařilo nastavit režim. Daniel začal velmi brzy lézt, chodit začal v devíti měsících a také začal brzy mluvit. Matka uvádí, že do tří let věku Daniela nepozorovala nějaké odchylky v psychomotorickém vývoji syna. Syn si nevydržel hrát, neustále jej něco zajímalo, chvílku neposeděl a měl neustálou potřebu komunikovat, s kýmkoli. Daniel mluvil pořád, rychle, každému skákal do řeči a zasahoval do hovorů dospělých. Projevy fyzického neklidu matka přisuzovala věku dítěte.

Ve třech letech Daniela se rodina přestěhovala z bytu do rodinného domu se zahradou. Daniel si „přestal“ hrát s běžnými hračkami. Nejvíce jej naplňovala fyzická práce, např. bourání, rozbíjení, bouchání předměty. S nástupem do MŠ se začaly projevovat první obtíže, kdy matka vesměs denně poslouchala stížnosti na syna. Daniel se nerad podřizoval pokynům paní učitelky, měl potíže se začleněním do kolektivu dětí. Někdy děti fyzicky či slovně napadal, posmíval se, projevoval neustálou potřebu diskutovat, rozbíjel hračky a odmítal a ani nevydržel sedět u stolu a pracovat (výrobky, malování...). Paní učitelka

hodnotila Daniela takto: „Je to úžasný kluk, tedy dva kluci v jednom. Jednou by jej člověk zulíbal a podruhé zabil.“ V pěti letech MŠ doporučila návštěvu PPP a odklad školní docházky pro sociální nezralost, nesoustředěnost, zbrkllost a výše popsané problémy v chování dítěte. Matka PPP nenavštívila a Daniel byl přijat do 1. třídy.

Daniel nastoupil do veliké školy s počtem žáků cca 750. Jeho školní třída byla složena z 29 žáků, bez asistenta pedagoga, paní učitelka třídní nezohledňovala individuální potřeby dětí. Daniel začal bojovat s paní učitelkou. Neustále komentoval jakékoli její pokyny, odmítal podle pokynů pracovat. Celá situace vygradovala tak, že většinu školních činností dělal Daniel odpoledne s matkou znovu. Paní učitelka, dle slov Daniela, neměla ráda děti a pořád na něj jen křičela. Daniel bojoval se spolužáky. Vzhledem k nedodržování pravidel, k neustálému vyrušování, vztekání se a komentářům se stal neoblíbeným i u spolužáků. Se spolužáky měl neustálé třenice, posmíval se jim, provokoval, dělal jim naschvály a na druhou stranu se s dětmi chtěl moc kamarádit a hrát si s nimi. Dokonce ukradl spolužákovi nákupní kartičku do školního automatu a nakoupil s ní dobroty pro spolužáky, ne pro sebe. Daniel bojoval. Neustále ztrácel školní pomůcky, zapomínal na povinnosti, měl nepořádek na svém pracovním místě. Nevěděl ani, kde má své věci a neustále něco hledal. Neměl školu rád, neměl rád paní učitelku a z veselého klučiny se stal protivný, vzteklý, smutný a nešťastný kluk. Matka celou situaci špatně nesla. Každý týden chodila na konzultace do školy, které ovšem k ničemu nevedly. Zlobila se na Daniela, vyčítala mu nedostatky, vyčítala si sama sobě, že není dobrou matkou. Přes veškeré tyto signály paní učitelka nedoporučila spolupráci s odborníky, a to i přes dotazy matky na tuto možnost řešení. Po dvou letech byl jediným východiskem přestup na jinou školu (Rozhovor s matkou).

Od 3. třídy Daniel navštěvoval novou ZŠ. Jednalo se o školu menšího typu s 360 žáky celkem, ve třídě bylo 22 dětí a byla přítomna i asistentka pedagoga. Do školy vozila Daniela matka, musel tedy vstávat o hodinu dříve. Již na první pohled se žák jevil jako přátelský, spontánní a značně živý. Daniel opravdu neustále vykřikoval, negoval veškerou zadanou práci, jakoukoli pomoc učitelky nebo asistentky odmítal. Neustále sledoval a komentoval, co dělají ostatní spolužáci, svou práci nevnímal. Pokud nebylo po jeho, v komunikaci nebo při hře, kdy se odmítal podřizovat pravidlům hry a měnil je podle sebe, napadal spolužáky slovně i fyzicky. Na druhou stranu se projevoval dobrosrdečně, myslel na ostatní děti i na paní učitelku, rozdal by se pro ně. Je to velmi citlivé dítě, citlivé až přecitlivělé na kritiku. Danielovo písmo bylo velice neúhledné, stejně jako úprava sešitů, v kterých nebyl schopen se orientovat. Z vyučovacích předmětů Daniela nejvíce baví

tělesná výchova, kde zažívá úspěch. Ve volném čase se Daniel věnoval plavání, které ho bavilo a hlavně také nebyl v kontaktu s ostatními. Matka již zcela bezradná oslovila PPP a objednala syna na vyšetření. Diagnostikovány byly SPU dysgrafie, dysortografie a suspektní ADHD. Doporučeno bylo individualizovat výuku, zohlednit písmo, zkrátit práci zejména v diktátu textu, delší výpisky dávat okopírované, vracet Daniela k činnosti. Sedět měl Daniel v první lavici, aby se minimalizovalo roztroušení pozornosti. Matka pořídila dvojí školní pomůcky, aby se snížila možnost jejich ztracení a zapomínání (Rozhovor s kolegyní, Zpráva z PPP, 2018).

Ve 4. třídě vše pokračovalo stejně, přibyl však další problém. Projevil se Danielův „talent“ najít bolestivé místo protivníka. Při sporech s ostatními, a to nejen se spolužáky ze třídy ale zejména se staršími žáky, vytušil či vycítil jejich nejbolestivější/nejcitlivější/nejslabší místo a ranil. Po jednom z takovýchto incidentů musel raněný žák vyhledat pomoc odborníka a byl týden mimo školu. Tato situace vedla k návštěvě školy dětským psychologem. Psycholog sledoval Daniela ve třídě, ve vyučování i o přestávce, případ Daniela konzultoval s matkou, třídní učitelkou, ředitelkou školy. Paní učitelce třídní bylo doporučeno, aby plnila doporučení PPP, jelikož tak nečinila. Matka byla již zcela vyčerpaná, byla jí doporučena terapie pro rodiče dětí s ADHD a Danielovi byla důrazně doporučena návštěva psychiatra. Diagnóza psychiatra byla ADHD a byla doporučena medikace. Matka s medikací neměla problém, avšak musela přesvědčit otce, který s medikací nesouhlasil. Danielovi byl předepsán Ritalin pro denní léčbu 1-1-0, na noc užíval 1 tabletu Risperdal. S medikací nastala veliká pozitivní změna, které si všimli všichni. Daniel se zlepšil v naukových předmětech, zklidnil se, nekomentoval a neprovokoval spolužáky. Začal se postupně zpět začleňovat do kolektivu, vyhledával a nacházel nové přátele. V 5. třídě byla situace klidnější pro všechny zúčastněné. Daniel začal s kamarády chodit na kanoistiku, chodil s nimi odpoledne ven, byl spokojenější a ve škole se zlepšil, dokonce na sebe slyšel chválu. Do života mu zasáhla covidová situace a jeho izolace doma. Izolace doma bez spolužáků a kamarádů, bez pobytu venku. On line výuka činila Danielovi velké potíže. Neuměl se učit sám, nedokázal výuce u počítače věnovat pozornost, soustředit se. Psychické rozpoložení se zhoršovalo, musela být navýšena medikace. Za dva školní roky, 5. a 6. třídu, strávil fyzicky ve škole 4 měsíce. Postupně v izolaci doma ztratil přátele ze školy, kteří bydleli daleko. Kamarády v místě bydliště neměl, protože vždy do školy dojížděl. Situace se tak vyhroutil, že na konci 6.

třídy, na poslední 3 týdny školy, přestoupil na svou již třetí ZŠ v místě bydliště (Rozhovor s žákem, kolegyní, matkou, psychologem, 2019 - 2021, Zpráva psychiatra, 2019).

Je evidentní, že tato změna Danielovi prospěla. Nové prostředí a noví spolužáci, kteří s ním neměli společnou negativní historii, zapříčinili rychlé navázání kamarádských vztahů a z pohledu Daniela naplnění šťastných, skvělých dní. Na počátku 7. třídy se objevily známé potíže a stížnosti stran školy. Opět komentáře, neposednost, nerespektování vyučujících, hrubé chování ke spolužákům. Po návštěvě matky ve škole bylo zjištěno, že Daniel nebere správně léky. Měl pocit, že je nepotřebuje. Ranní Ritalin bral pod dohledem matky, ale druhý prášek si již ve škole nevzal. Matka se se školou dohodla, že Daniel bude mít léky na týden v šatní skříňce a pod dohledem paní asistentky lék požije. Nyní se situace uklidnila. Spolupráce, komunikace s rodinou i v rodině je uspokojivě nastavena a stabilizována. Nově také Daniel chodí na judo, které jej baví a jde mu, je často chválený. V současnosti Daniel Risperdal neužívá, pouze Ritalin. Pokud lék neužije, jeho okolí, lidé, kteří jej znají, to okamžitě poznají z jeho chování. Bez medikace je Daniel zrychlený, zbrklý a zejména prozrazen svou rychlou řečí plnou nesmyslných věcí bez významu a nevhodných poznámek. Stále má potíže se samostatnou prací jak ve škole, tak doma, má tendence porušovat pravidla a lhát. Zůstal nepořádným, ale ve svém nepořádku se orientuje. Vyniká v matematice. Potíže mu činí předměty, které se musí učit z paměti, pro Daniela se jedná o přírodopis a dějepis. Určitě by mohl mít lepší známky, než jaké má. Ale to by se musel učit. Situace je však zvladatelná. Díky medikaci, spolupráci školy, rodiny, psychiatra a Daniela je Daniel zcela normální adolescent. Chce se živit rukama a co nejdříve se vyučit, jít pracovat (Rozhovor s matkou, rozhovor s žákem, 2022).

2.1.4 KAZUISTIKA 4 - IVAN

Ivana jsem poznala coby žáka naší školy, kde jsem učila. Byl častým tématem školních porad. Každý s ním měl problém. Nikdy jsem jej neučila, nemám tedy vlastní zkušenost s jeho reakcemi ve výchovně vzdělávacím procesu. Nicméně mě tento jedinec tak zajímal, že jsem si ho našla a začala komunikovat s ním i s jeho rodiči. S kolegyněmi jsem komunikovala a konzultovala stav Ivana v průběhu doby.

Ivan (27 let, 1 měsíc) je nyní dospělým mužem, otcem a pacientem/klientem psychologické a psychiatrické ordinace. Do základní školy nastoupil bez odkladu školní docházky. V první třídě ZŠ mu bylo PPP a psychiatrem diagnostikováno ADHD, opozitní

chování, porucha chování spojená se sebepoškozováním, depresivní stavy, dále SPU dyslexie, dysgrafie a dysortografie. Od sedmi let medikován pro ADHD a agresivitu léky na snížení agresivity, antidepresivy a doplňky stravy v rámci hormonálního koloběhu. Po dobu prvního stupně trpěl Ivan nadváhou. Byla nutná úprava stravy. Od třetí třídy ZŠ navštěvoval speciální třídu, ve které dokončil základní vzdělání. V rámci diagnostického ústavu absolvoval střední školu s maturitou (lékařské zprávy, zpráva PPP 2001, Rozhovor s matkou, aktérem 2022) .

Ivan byl velice chtěné, vymodlené dítě partnerského vztahu. Matka středoškolačka, otec vyučen dlouho toužili po dítěti. Sourozenci z matčiny strany byli dcera 16, syn 14 let, otec bezdětný. Syn i dcera diagnostikováni pro ADHD/LMD. Porod byl velice komplikovaný. Ivan se narodil s popraskanými žilkami po celém těle, taktéž matka. Matka po celou dobu těhotenství kouřila a požívala alkoholické nápoje. Výsledkem porodu bylo utržení močového měchýře a dělohy matky. Matka několik měsíců hospitalizována bez možnosti starat se dítě. O Ivana se starala šestnáctiletá sestra. Pro nestandardní fyzické projevy byl Ivan léčen od půl roku svého života na neurologii. Cvičena Vojtova metoda. S prarodiči ani s širším příbuzenstvem se Ivan vůbec nestýkal a nestýká. Na jeho výchově se aktivně podíleli starší sourozenci (Rozhovor s matkou, aktérem, 2022).

Ivan se narodil jako „závislé“ dítě na nikotinu. Po velmi těžkém porodu, po příchodu domů, byl odkázán na péči starší sestry v důsledku matčina následné hospitalizace. Neurologicky se nevyvíjel v normálu, doporučena byla Vojtova metoda. Díky metodě začal Ivan chodit sám již v šesti měsících. Řečově se vyvíjel normálně. V MŠ nastaly komplikace ve smyslu neadekvátního, agresivního chování vůči ostatním dětem. Vůči autoritám, v domácím i jiném prostředí, projevoval Ivan odpor výbuchy vzteku a sebepoškozováním. Sestra navštívila s Ivanem PPP, opakovaně. Následně navštívila i psychiatra a psychologa. Výsledkem byla diagnóza ADHD, sebepoškozování, opozitní chování, poruchy chování, deprese a SPU dyslexie, dysgrafie. Ivan byl medikován Ritalinem, antidepresivy a léky na potlačení agrese.

V průběhu docházky do MŠ se situace nelepšila. V péči měla Ivana plně matka, která se mu pro pracovní vytíženost nemohla plně nevěnovat. Posléze i vyměnila partnera, kterého Ivan ve svých čtyřech letech nepřijal. Řešením byla střídavá péče matka – dcera/sestra. Sestra s Ivanem docházela na pravidelné konzultace k psychologovi, dohlížela na pravidelné užívání medikace. Se vstupem do ZŠ se situace ještě více vyhrotila. Ivan neužíval pravidelně medikaci. Nebylo tedy možné určit její účinnost. Ivan ubližoval

spolužákům, napadal je verbálně i fyzicky, vše zapomínal nebo ztrácel. Matka neměla sílu stav řešit. V průběhu druhého ročníku, po konzultaci rodičů, školy a PPP bylo rozhodnuto o přeřazení Ivana do speciální školy/speciální třídy při ZŠ. Bylo zde 11 žáků s podobným znevýhodněním. Zbytek prvního stupně probíhal bez větších komplikací. Ivan měl spoustu zájmů, ale každý mu vydržel jen chvíli. Vystřídal tedy mnoho kroužků. Vzhledem k psychosociálnímu vývoji Ivana a změnám doma nastaly veliké potíže. Ivanovi bylo 12 let. Matka nastoupila dobrovolné protialkoholní léčby, otec se nezajímal. Do péče krátkodobě získala Ivana sestra. Ivan fungoval pod dohledem sestry a kurátora ze sociální péče. Byť se snažila nastolit pravidla a režim, Ivan pod vlivem matky nefungoval. Po ukončení léčby matky se negativa opět vršila. Ivan chodil za školu, stýkal se s partou nevhodných kamarádů, experimentoval s návykovými látkami a alkoholem, kouřil. V průběhu jednoho roku došlo k recidivě matky, recidivě Ivana a ztrátě sil sourozenců. Po soudním líčení byl Ivan umístěn do diagnostického ústavu k trvalému pobytu. Bylo prokázáno, že Ivan pravidelně požívá návykové látky, nechodí do školy, chová se v rozporu s dobrými mravy. V diagnostickém ústavu úspěšně dokončil ZŠ, byl přijat na SŠ, kde odmaturoval. Pro dobré chování a dodržování pravidel byl přeřazen do úzké sociální skupiny „chovanců“ diagnostického ústavu. Skupina žila pod dohledem sociálních pracovníků v bytě, sami si vařili, uklízeli, tvořili rozpočet... (Zpráva PPP, 2013, Rozhovor s aktérem 2013 – 2022).

Po skončení pobytu v diagnostickém ústavu Ivan navázal opět problematický vztah se svou matkou. Vzájemně se psychicky vydírali, dokonce Ivan matku okradl a fyzicky napadl. Ze společného podnájmu s matkou nakonec sám dobrovolně odešel do podnájmu s kamarády. Se spolubydlicími trávil čas hrou počítačových her, užíváním alkoholu, jiných drog a kouřením. Situace vyvrcholila Ivanovým dobrovolným nástupem do léčebny drogově závislých. Po základní tříměsíční léčbě léčebnu opustil, v doléčbě pokračoval ambulantně. Nakontaktoval své starší sourozence a začal znovu.

S podporou sourozenců začal bydlet sám. Na nákladech za bydlení se většinově podílel. Ivan si sám našel práci, je řidičem. Každý den jezdí jinam, k jiným zákazníkům. Nyní žije s druhou partnerkou svého dosavadního života. První partnerku psychicky i fyzicky trestal. Současná partnerka je starší o osm let. Její první dítě je ve stálé péči otce, s Ivanem mají pět měsíců starou dceru (Rozhovor s matkou, aktérem, 2022).

Predikovat další vývoj Ivanova života? Ivanovi bylo doporučeno pokračovat v medikaci. Nečiní tak. Nepravidelně dochází na terapie k psychologovi, navštěvuje ordinaci

psychiatra. Dle svých slov léky nepotřebuje. Z vlastního pozorování vnímám značné výkyvy v Ivanově chování – výrazné euforie, výrazné neurotické až depresivní stavy.

2.1.5 KAZUISTIKA 5 - JAN

Jan je muž ve středním věku, kterého jsem poznala jako dítě, coby souseda v domě. Byl živý, panovačný, vzteklý, ale také vymýšlel různé lumpárny, které s nadšením realizoval nejen on, ale my všichni. Po mnoha letech jsme se opětovně potkali. Byl nadšený tématem mé diplomové práce a rád poskytl rozhovor. Rozhovor se týkal nejen společných zážitků z dětství, ale zejména jeho života. Jeho života s LMD (dnes ADHD). Výsledkem rozhovoru je spíše sonda do života člověka s ADHD, než vlastní kazuistikou.

Jan (41 let, 7 měsíců) je dospělým, spokojeným mužem. K základnímu vzdělání nastoupil bez odkladu školní docházky. LMD a dyslexie s dysgrafií byly u něj diagnostikovány po nástupu do školy. Současně s tímto trpěl Jan nočním pomočováním. Opakovanými vyšetřeními bylo potvrzeno, že noční pomočování pramení z psychického rozpoložení, ze stresu. Vyloučeny byly veškeré orgánové dysfunkce.

V dětském věku byl Jan častým účastníkem roztržek. Časté úrazy doma i venku byly způsobeny hyperaktivitou, impulzivitou a nenahlížením, neuvědoměním si možných následků jednání. Opakované odřeniny, modřiny, otřesy mozku, naraženiny a zlomeniny byly na denním pořádku.

V kolektivu byl Jan neoblíben až odmítán, navazoval vztahy s kamarády sestry, později s dalšími, pro veřejnost „problémovými“ jedinci. Cítil se osamocen, přestože intenzivně chtěl kontakty navazovat. Trpěl díky všem indiciím v jeho životě nízkým sebevědomím, přestože na venek svými projevy působil více než sebevědomě.

Problémy měl Jan s učebním stylem. Neuměl a nechtěl se učit, nevěděl jak. Postupem let si našel systém, jak se s nároky školy vyrovnat. Na základní škole pro něj byl při učení důležitý striktní dohled a plán učení od - do. Postupně si tento učební způsob osvojil.

Jan byl neplánované, přesto však chtěné dítě z prvního manželství rodičů. Z tohoto manželství má ještě o rok a půl starší sestru. Z dalších partnerství rodičů má další čtyři sourozence. Těhotenství i porod probíhaly bez komplikací. Matka i otec kuřáci a alkoholici (U matky diagnostikován a bezúspěšně léčen alkoholismus až v dospělém věku Jana.). Matka má SŠ vzdělání ukončené maturitou, otec je vyučen v SOU.

Jan vyrůstal v nepříliš harmonické rodině. Rodiče se rozvedli v jeho čtyřech letech. Chlapec byl svěřen do péče matky a s otcem se vůbec nestýkal. Matka hojně střídala partnery v domácnosti, její vztahy byly komplikované. Matka podřizovala život partnerům a ti nejevili, až na jednu výjimku, o děti v rodině zájem. Často Jan trávil víkendy u babičky z otcovy strany.

Do věku tří let byl chlapec často hospitalizován v nemocnici pro opakované respirační onemocnění (zápal plic). Současně s tímto jej rodiče umisťovali do jeslí. Útlé dětství tedy strávil převážně mimo domov, bez rodičů. Ve vývoji mírně zaostával za vrstevníky, zejména v řeči a motorice. Drobné odchylky ve vývoji však dorovnal v mateřské škole.

Již v mateřské škole se množily stížnosti na Janovo chování. Neposlouchal, rozbíjel věci, ubližoval dětem, nesnesl žádný neúspěch, trpěl záchvaty vzteku doprovázenými nekontrolovatelným pláčem. Mateřskou školou byla doporučena návštěva PPP, matce byla doporučena výchovná opatření v rámci rodiny. Reakce matky, její výchovné praktiky, byly vždy stejné – tvrdé fyzické tresty.

Na základní školu nastoupil Jan bez odkladu školní docházky. Projevoval se prý jako nezvladatelné dítě. Tomuto také odpovídala snížená známka z chování již v první třídě a návrh na trojku z chování ve třídě 2. Až tato skutečnost přiměla matku, aby navštívila PPP, psychologa, neurologa. Janovi byla diagnostikována LMD a doporučen pobyt v diagnostickém ústavu, který se změnil na docházení na terapeutické skupiny v něm. V tomto období, chlapci bylo osm let. Matka navázala vztah s partnerem, který se o Jana zajímal. Vedl ho k režimu, různým sportovním aktivitám, rodina jezdila na výlety, hory a dovolené. Jan vzpomíná zpětně na toto období jako na nejhezčí část dětství. I situace ve škole se mírně zklidnila. Jan měl stále tendence vyhraňovat se v kolektivu, upozorňoval na sebe, rušil v hodinách a nejvíce v okamžicích, kdy se nudil. Při vyučování se nudil neustále. Logickým myšlením docházel ke správným závěrům, v učení nazpaměť neviděl smysl a odmítal jej.

S příchodem dalšího partnera do domácnosti se situace Jana značně zhoršila. Nového partnera neuznával, ten jej fyzicky trestal, ponižoval a vysmíval se mu pro neschopnost. Plně se navrátily naučené způsoby chování a reakcí. Problémy se vyhroutily i ve fotbalovém klubu. Jan přestával chodit na tréninky, nerespektoval trenéry. Navíc ze společné domácnosti odešla sestra bydlet k otci. Do té doby byla sestra oporou doma, byla náhradní matkou. Ve dvanácti letech zůstal na všechno sám. Byť to zní absurdně, přísný přístup

k Janovi ze stran otčíma i matky nesl ovoce. Pod neustálým tvrdým nátlakem a kontrolou doma se začal ve svých projevech krotit. Nahromaděnou energii a emoce si vybíjel venku s podobně založenými kamarády, nebo kontaktoval sestru.

V necelých čtrnácti letech již tento stav nemohl dále snášet. Odešel za sestrou, k otci. Zde však pro něj byla jedinou oporou sestra. Do nové rodiny otce nijak nebyl přijat, vlastně ani nechtěl být přijat. Po konzultaci se sestrou a pracovníky PPP si Jan podal přihlášku na ekonomickou školu, kam byl pro dobré výsledky přijat. Další únikovou cestou a zároveň novou životní etapou byl útěk k babičce z otcovy strany.

Pod laskavým vedením babičky a denní zpětnou vazbou z její strany, Jan úspěšně dokončil střední školu maturitou. Po celou dobu studií na střední škole vykonával brigády, učil se fungovat ve světě pracujících, dospělých, učil se respektovat autority. Pro veškeré jednání mu bylo motivací dokázat ostatním, že to někam dotáhne, že něco umí a hlavně, jsem nad vámi, mám peníze, jsem samostatný. Jan mířil výš.

Po střední škole se hlásil na VŠ ekonomickou a práva. Bezúspěšně. Absolvoval soukromou školu jazyků, kdy si studia hradil sám. Státní zkoušku z anglického jazyka splnil v podmínkách českých i anglických. Po dohodě se sestrou opětovně zkusil přijímací zkoušky na VŠ, tentokrát zemědělskou. Janovi nešlo o typ školy, toužil po titulu. Na zemědělské škole studoval v bakalářském programu šest let, avšak bezúspěšně. Řešením situace pro něj byla soukromá vysoká škola. Jan úspěšně vystudoval andragogiku. Cítil, že to je ta správná cesta. Po celou dobu studií na SŠ, VŠ pociťoval vnitřní neklid, měl problémy se soustředěním, měl potíže s rozvržením učebního plánu a jeho kombinací s pracovním harmonogramem. Navštívil tedy psychiatra, který mu vyšetření předepsal léky na ADHD. Po první tabletě Jan poprvé a naposledy cítil jakoby ohromný náboj a zároveň klid, něco bylo jinak. Co mu však vadilo, že nemohl dělat více věcí najednou, jeho myšlení se soustředilo pouze jedním směrem. Samovolně proto přestal medikaci užívat asi po týdně. Zároveň také po celou dobu studií navazoval minimální množství vztahů s vrstevníky. Ani dnes se s nikým ze své studijní minulosti nestýká, nemá s kým. Vlastně se smířil s tím, že pro ostatní je jiný a zároveň s tím, že nikoho s těchto lidí nepotřebuje.

Jan se naučil plánovat. Plánoval studia, vývoj vztahu a posléze i výchovu dětí. Ve 29 letech se oženil, ve 30 měl první dítě a dva roky poté druhé. Plán vyšel. Bakalářské studium první, magisterské studium druhé dítě. Jan má dvě dcery, jenž nejeví žádné velké příznaky ADHD, pouze mladší z dcer má potíže se soustředěním. Plánování a přesný časový rozvrh

situací v životě však nekorespondoval s nastavením Janovy ženy. Rozvod přišel náhle. Janovi bylo 36 a rozvedl se. Od té doby vystřídal šest rychlých vztahů, čtyři různá bydliště, čtyři krát se stěhoval. Dcery mají bývalí manželé ve střídavé péči. Nyní žije Jan dva a půl roku v partnerském vztahu, kdy se společně s partnerkou starají o pět dětí.

Profesně je Jan spokojený. Pracuje pro bankovní společnost. Organizuje čas a práci ostatním, práce je různorodá. Dle slov dcer se do všeho vrhá po hlavě, do jakýchkoli činností (rekonstrukce, sport, jiné aktivity). Volný čas tráví různorodými sportovními aktivitami, vymýšlí aktivity pro dcery a pro rodinu. Bez dětí vyhledává adrenalinové aktivity. Vlastně nedokáže odpočívat. Stále musí něco dělat, vymýšlet, být v pohybu.

SHRNU TÍ A ZÁVĚR

ADHD je vrozenou neurovývojovou poruchou, která se nejčastěji projevuje v dětském věku, v období nástupu dítěte do ze zákona povinného přípravného ročníku MŠ a zejména při počátcích základního vzdělávání. V minulosti mělo toto onemocnění různorodá označení (dnes nejznámější LMD), avšak projevy byly stejné. V praxi se setkáváme s českým označením/pojmem Hyperkinetická porucha pozornosti s hyperaktivitou a americkým termínem ADHD. Oba názvy se významově překrývají. Psychiatři se při diagnostice přiklánějí k americkému názvu, který se stává neutrálním pro všechny zúčastněné. Postupem času se diagnostická kritéria rozšiřovala. Byly prokázány predispozice k diagnóze ADHD. Mezi ně patří genetické zatížení, zejména v maskuliní linii, životní styl rodičů a to zejména matky v období gravidity. Nikotinismus a požívání alkoholických či jiných návykových látek má neblahý vliv na nervový vývoj plodu, na budoucí fungování neurotransmiterů noradrenalinu, dopaminu a serotoninu.

Základními projevy ADHD jsou nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Pokud se u diagnostikovaného projevuje pouze nepozornost, jedná se o subtyp ADD odpovídající významově I. typu ADHD. II. typ je spojen s projevy hyperaktivity a impulzivity. III. typ ADHD je kombinací předešlých dvou, tedy nepozornosti, impulzivity a hyperaktivity. ADHD jedinci se projevují neklidností, neustále jsou v pohybu (jejich baterky se nikdy nevybijí), často zapomínají plnit běžné denní povinnosti a neustále ztrácejí předměty potřebné k činnostem, neorientují se v čase. Započaté činnosti nedokončují, přeskakují z jedné činnosti/aktivity na druhou. Týká se nutných povinností i volnočasových, zájmových aktivit. Typická je nestabilita nálad, reakcí, absence kvalitních sociálních vztahů. V sociálních interakcích neumějí situaci správně vyhodnotit, vhodně reagovat. Zrychlená mluva a upovídánost, skákání do řeči a nedočkavost jsou dalšími charakteristikami. Pro impulzivní reakce dochází k časté chybovosti (souvislost s pozorností), častým úrazům. Jedinec ADHD se nepoučí ze svých chyb, nevnímá je. Příznaky ADHD ovlivňují i výchovné strategie a sociokulturní zázemí dítěte. Pozitivny smýšlení a jednání jedinců s ADHD je kreativita, mnohost nápadů i možností řešení problémové situace. Je jen nutné poskytnout prostor pro uplatnění, respektování jinakosti a podpora, pomoc při dokončení realizace myšlenky. Okolí dětí s ADHD vnímá tyto jedince jako divoké, nevychované rozmazlené, vzteklé, nepředvídatelné a bezohledné. Vrstevníky i okolím bývají odmítáni, někdy šikanováni. Reakcí stran ADHD jedince může být i šikanózní chování vůči slabším jedincům.

Podstatnou záležitostí v rámci efektivního mírnění projevů ADHD a přijetí znevýhodněného jedince je včasná diagnostika a následná léčba. Důležitým mezníkem v životě dítěte a zejména v diagnostice je vstup do ZŠ. Základní škola klade na dítě vysoké nároky. Ty spočívají v nutnosti podřídit se autoritě, dodržovat pravidla a režim, soustředit na zadaný úkol a práci kvalitně dokončit. Na diagnostice se podílejí všichni činitelé z okolí jedince (rodiče a další příbuzní v intenzivním vztahu s dítětem, učitelé a celý školní terapeutický tým, další pedagogičtí a lékařští odborníci). Nenahraditelná při stanovení diagnózy i léčby je úzká komunikace těchto institucí. Závěrečnou diagnózu a způsob léčby stanoví pouze psychiatr. ADHD, jeho projevy, úzce souvisí se školními výsledky, se školní úspěšností. Diagnóza dalších přidružených poruch je častá. Nejčastěji se jedná o SPU související s jazykovým projevem a vysokou chybovost v dalších předmětech, způsobenou neurologickými potížemi ADHD. Léčba je možná různými druhy psychoterapií, medikamentózní léčba či jejich vhodná kombinace. Doplněna je podpurnými opatřeními v rámci SPU a předpokládaným striktním dodržováním výchovně vzdělávacích postupů. Podstatnou součástí léčby ADHD je péče o rodiče. Je bezpodmínečně nutné, aby mysleli také na sebe. Péče o dítě s ADHD je velice náročná a vysilující. Rodiče často bývají zcela bezradní, vysílení a frustrováni. V takovýchto případech je potřebné se seberealizovat, najít si prostor sám pro sebe a případně požádat o pomoc své okolí nebo odborníka z řad psychologů.

Jedincům, kterým nebylo ADHD diagnostikováno v dětství, hrozí zvýšené riziko vzniku závislostí. Samotné závislosti jsou geneticky podmíněné, avšak ADHD osoby hledají únik. Návykové látky (kouření, alkohol, nelegální drogy) ovlivňují krátkodobě funkci neurohormonů. Proto jsou léky na léčbu ADHD hlídány, jelikož slouží k výrobě drog. Dospělí jedinci si musí sami, i na základě upozornění nebo podpory, přiznat problém a chtít jej řešit. S diagnostikou a léčbou pomáhají psychologové, psychiatři, případně adiktologové, specialisté na závislosti.

Cílem výchovně vzdělávacího procesu je cílevědomý jedinec zažívající pocit úspěchu, který se sebehodnotí jako šťastný a spokojený. Aby bylo cíle dosaženo i u jedinců s ADHD, je nutné na jeho rozvoji intenzivně pracovat, dodržovat léčbu a doporučení. Je bezpodmínečně nutné důsledně dodržovat režim, výchovné strategie, nezapomínat motivovat a chválit i za drobné úspěchy.

RESUMÉ

Teoretická část práce seznámila čtenáře s charakteristikou diagnózy ADHD. Byly objasněny příčiny vzniku onemocnění, popsány jeho průběh a projevy v jednotlivých etapách lidského života. Jasně byly popsány instituce diagnostiky, diagnostický postup. Dále byl čtenář seznámen s možnými poruchami, které úzce souvisejí s ADHD. Podrobně byly popsány možnosti léčby od různorodých psychoterapeutických postupů až po medikamentózní léčbu a biofeedback. Souběžně s léčbou je nutné výchovně působit. Výchovně vzdělávací postupy z pohledu učitele, vztahu školy a rodiny a samotných rodičů uzavírají teoretickou část práce.

Praktická část práce popisuje formou kazuistik jednotlivé případy jedinců s diagnózou ADHD. Kazuistiky jasně dokazují, že vznik onemocnění ADHD je podmíněn geneticky, životním stylem rodičů, zejména matky v době těhotenství a prenatálními, natálními i postnatálními zdravotními komplikacemi. Jedná se o onemocnění vrozené, nikoli získané. ADHD nelze vyléčit, ale vhodnými postupy lze zmírnit jeho projevy. Projevy ADHD lze ovlivnit laskavou a zároveň důslednou výchovou. Důraz je kladen na včasnou diagnostiku onemocnění. Pro úspěšné mírnění projevů ADHD je nutná úzká komunikace mezi diagnostikovaným jedincem, rodiči, školou a odborníky. Nutná je jednotnost ve výchovně vzdělávacích postupech všech institucí, které se na výchově podílejí. Vedle výchovy pozitivně ovlivňuje léčbu psychoterapie, medikamenty nebo jejich kombinace.

RESUME

The theoretical part of the work familiarized the reader with the characteristics of the ADHD diagnosis. The causes of the onset of the disease were clarified, its course and manifestations in individual stages of human life were described. The diagnostic institutions and the diagnostic procedure were clearly described. Furthermore, the reader was introduced to possible disorders that are closely related to ADHD. Treatment options were described in detail, from various psychotherapeutic procedures to drug treatment and biofeedback. In parallel with the treatment, it is necessary to have an educational effect. Educational procedures from the point of view of the teacher, the relationship between the school and the family and the parents themselves conclude the theoretical part of the work. The practical part of the thesis describes individual cases of individuals diagnosed with ADHD in the form of case studies. Case reports clearly prove that the onset of ADHD is genetically determined, the lifestyle of the parents, especially the mother during pregnancy, and prenatal, natal and postnatal health complications. It is a congenital disease, not an acquired one. ADHD cannot be cured, but its symptoms can be alleviated with appropriate procedures. Manifestations of ADHD can be influenced by kind and at the same time consistent education. Emphasis is placed on early diagnosis of the disease. Successful mitigation of ADHD requires close communication between the diagnosed individual, parents, school and professionals. Uniformity in the educational procedures of all institutions involved in education is necessary. In addition to education, the treatment of psychotherapy, medication or their combination has a positive effect.

SEZNAM LITERATURY

BUDÍKOVÁ, Jaroslava, Komendová, Lenka, 2019. *Předškolák s ADHD – Chování a komunikace*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-417-6.

CARTER, Cheryl R., 2014. *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole: praktický rádce pro rodiče i učitele*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0621-7.

DRTÍLKOVÁ, Ivana, 2007. *Hyperaktivní dítě – Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-447-8.

GOETZ, Michal, Uhlíková, Petra, 2013. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.

HUTYROVÁ, Miluše, 2019. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1523-3.

Integrace a inkluze ve školní praxi: speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů, 2014. Praha: Forum. ISSN 2336-1212.

JENETT, Wolfdieter, 2013. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. Brno: Edika. Rádce pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0158-6.

JUCOVICOVÁ, Drahomíra, Žáčková, Hana, 2020. *Máme dítě s ADHD. Rady pro rodiče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5347-8.

LAVER-BRADBURY, Cathy, Margaret THOMPSON a Anne WEEKS, 2016. *Šest kroků ke zvládnutí ADHD: manuál pro rodiče i učitele*. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1035-1.

MIOVSKÝ, Michal a kolektiv, 2018. *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0387-4.

LINKE, Denise, 2019. *Dost dobře nenormální: můj báječný život s autismem a ADHD*. Přeložil Marie VOŠLÁŘOVÁ. V Praze: Paseka. ISBN 978-80-7432-950-0.

MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS, 2008. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Přeložil Dagmar TOMKOVÁ. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-430-4.

PACLT, Ivo, Radek PTÁČEK a Jakub FLORIAN, 2006. *Hyperaktivita*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-71-7.

PTÁČEK, Radek a Hana PTÁČKOVÁ, 2018. *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2930-8.

RITALIN, příbalový leták, 2021.

RISPERIDON/RISPERDAL, příbalový leták, 2021.

ŠKVOROVÁ, Jaroslava a David ŠKVOR, 2003. *Proč zlobím?: lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-407-1.

ZELINKOVÁ, Olga, 2015. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0875-4.

Internetové zdroje

www.terapicesta.cz

www.spin-vti.cz

www.dic-saop.cz/specialne-pedagogicke-centrum-poradna/program-hypo/

<https://detska-ordinace-praha.cz/feuersteinova-metoda/>

<https://karolinum.cz>

<https://mojezdravi.com/klasifikace-poruch-pozornosti-s-hyperaktivitou/>

www.muymaxik.snadno.eu

Jiné zdroje

FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE, Oddělení dětské psychiatrie. Lékařská zpráva, 2021. Praha.

MIŠKOVSKÁ, Jana, 2020. *Plán pedagogické podpory*. Praha.

MIŠKOVSKÁ, Jana, 2022. *Poznámky pedagoga z vlastního pozorování*. Praha.

PRAŽSKÁ PEDAGOGICKO – PSYCHOLOGICKÁ PORADNA. *Doporučení školského poradenského zařízení*.

PSYCHIATRICKÁ ORDINACE. *Lékařská zpráva*.

PSYCHOLOGICKÁ ORDINACE. *Lékařská zpráva*.

ROZHOVOR S MATKOU ŽÁKA

ROZHOVOR S PSYCHOLOGEM

ROZHOVOR S ŽÁKEM/JEDINCEM ADHD

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM. *Zpráva z pobytu*.

STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE. *Zpráva z pobytu*.

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. *Lékařská zpráva*.

ZPRÁVA O PRŮBĚHU PŘEDŠKOLNÍ PŘÍPRAVY, 2019. Praha.

ZPRÁVA Z PRŮBĚHU VZDĚLÁVÁNÍ, 2021. Praha.

PŘÍLOHY

ADHD sebezpozující škála pro dospělé (ASRS v. 1.1)

ADHD sebezpozující škála pro dospělé (ASRS v. 1.1)

Odpovězte, prosím, na následující otázky. Na pravé straně stránky je umístěna stupnice. Svoji odpověď označte křížkem. Vaše odpovědi se vztahují k posledním 6 měsícům. Po vyplnění, prosím, odevzdejte tento dotazník svému lékaři. Dotazník bude dále projednáván během dnešního vyšetření.

| Jméno: | Dnešní datum: | | | | |
|---|---------------|--------|-------|-------|-------------|
| | | Zřídka | Občas | Často | Velmi často |
| 1. Jak často míváte potíže dokončit poslední detaily projektu/práce/úkolů, když hlavní části jsou již hotové? | | | | | |
| 2. Máte-li před sebou úkol, který vyžaduje organizaci, jak často míváte problémy zorganizovat jednotlivé věci? | | | | | |
| 3. Jak často míváte problém zapamatovat si schůzky a povinnosti? | | | | | |
| 4. Jak často se snažíte vyhnout náročnému úkolu, který vyžaduje hodně přemýšlení, nebo jej odložit? | | | | | |
| 5. Jak často se Vám stává, že vrtíte rukama nebo nohama, když musíte dlouhou dobu zůstat na jednom místě? | | | | | |
| 6. Jak často se cítíte být příliš aktivní a jako byste byli poháněni nějakým motorem? | | | | | |
| Část A | | | | | |
| 7. Jak často děláte chyby z nepozornosti, když se věnujete nudné či obtížné práci? | | | | | |
| 8. Jak často máte potíže udržet pozornost při nudné či stereotypní práci? | | | | | |
| 9. Jak často máte potíže se soustředit na to, co lidé říkají, a to i v případě, kdy mluví přímo s Vámi? | | | | | |
| 10. Jak často se vám stane, že doma nebo v práci někam založíte věci a máte problémy je najít? | | | | | |
| 11. Jak často Vás rozptylují činnosti jiných osob nebo hluk kolem Vás? | | | | | |
| 12. Jak často vstáváte z místa během nějaké schůzky či v jiných situacích, při nichž se očekává, že budete sedět? | | | | | |
| 13. Jak často se cítíte neklidný nebo roztěkaný? | | | | | |
| 14. Jak často míváte potíže odpočinout si, relaxovat, když máte čas sami na sebe? | | | | | |
| 15. Jak často se Vám stává, že ve společnosti mluvíte příliš mnoho? | | | | | |
| 16. Jak často se během konverzace přistihnete, že dokončujete věty za druhé? | | | | | |
| 17. Jak často míváte potíže vyčkat, než na Vás přijde řada v situacích, kdy je to potřeba? | | | | | |
| 18. Jak často rušíte ostatní, když mají hodně práce? | | | | | |
| Část B | | | | | |

Vanderbiltova hodnotící škála pro učitele (VADPTS) – základní dotazník

Vanderbiltova hodnotící škála pro učitele (VADPTS)

základní dotazník

Jméno učitele: _____ Datum: _____

Jméno dítěte: _____ Třída: _____

Při hodnocení je třeba brát v úvahu věk hodnoceného dítěte. Při vyplňování dotazníku se prosím zaměřte na chování dítěte od začátku školního roku. Uveďte prosím období (v měsících/letech), pro které jste schopen hodnotit chování daného dítěte: _____

Hodnocení vychází z doby, kdy dítě:

| | Občas | Často | Velmi často |
|--|-------|-------|-------------|
| 1. Nevěnuje pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti při školních úkolech | | | |
| 2. Při úkolech či aktivitách má problémy udržet pozornost | | | |
| 3. Když s ním/ní mluvíte, zdá se, že neposlouchá | | | |
| 4. Nedodrží pokyny a selhává při dokončování školní práce (ne kvůli vzdorovitému chování či nepochopení) | | | |
| 5. Má potíže s organizováním svých úkolů a aktivit | | | |
| 6. Vyhýbá se či nerad/a se zabývá úkoly vyžadující trvalé soustředění | | | |
| 7. Ztrácí věci nezbytné pro splnění svých povinností či aktivit (školní úkoly, tužky nebo knížky) | | | |
| 8. Snadno ho/ji rozptýlí podněty v okolí | | | |
| 9. Je zapomnětlivý/á při každodenních činnostech | | | |
| 10. Je neklidný/á, hýbe rukama, nohama, vrtí se na místě | | | |
| 11. Opouští své místo ve třídě i v případě, kdy by měl/a zůstat sedět | | | |
| 12. Pobíhá okolo či někde šplhá i v případě, kdy by měl/a zůstat sedět | | | |
| 13. Dělá mu/jí obtíže být potichu při hraní si či jiných aktivitách. | | | |
| 14. Je neustále v pohybu či jedná, jako by byl/a „poháněn/a motorem“ | | | |
| 15. Neustále mluví | | | |
| 16. Vykřikuje odpověď ještě před dokončením otázky | | | |
| 17. Dělá mu/jí obtíže čekat v řadě | | | |
| 18. Přerušuje ostatní (při konverzaci či hraní) | | | |
| 19. Je výbušný/á | | | |
| 20. Odmítá plnit požadavky dospělých | | | |
| 21. Je rozzlobený/á a naštvaný/á | | | |
| 22. Je zlomyslný/á a mstivý/á | | | |
| 23. Šikanuje, zastrašuje ostatní či jim vyhrožuje | | | |
| 24. Vývolává rvačky | | | |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 25. Lže, aby získal/a něčí přízeň či se vyhnul/a svým povinnostem (obelhává druhé) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Je fyzicky krutý/á k druhým | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Ukradl/a cenné věci | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Záměrně ničí cizí majetek | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Bojí se, je úzkostný/á, ustaraný/á | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Je stydlivý/á, je snadné ho/ji uvést do rozpaků | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Bojí se zkoušet nové věci ze strachu, že se mu/jí to nepovede | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Má pocity bezcennosti či méněcennosti | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Obviňuje se, má pocity viny | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Cítí se osamělý/á, nechtěný/á, nemilovaný/á; stěžuje si, že ho/ji nikdo nemá rád | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Je smutný/á, nešťastný/á, depresivní | 0 | 1 | 2 | 3 |

| Performační část | Výborné | Nadprůměrné | Průměrné | Částečně problematické | Problematické |
|--------------------------------|---------|-------------|----------|------------------------|---------------|
| Studijní výsledky | | | | | |
| 36. Čtení | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Matematika | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Psaní | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Chování ve třídě | | | | | |
| 39. Vztahy s vrstevníky | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Dodržování pokynů/pravidel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Vyrušování spolužáků | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Dokončování úkolů | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Organizační schopnosti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Komentář:

Pouze pro administrátora:

Součet 2 a 3bodových odpovědí u otázek 1–9: _____

Součet 2 a 3bodových odpovědí u otázek 10–18: _____

Celkové skóre otázek 1–18: _____

Součet 2 a 3bodových odpovědí u otázek 19–28: _____

Součet 2 a 3bodových odpovědí u otázek 29–35: _____

Součet 4 a 5bodových odpovědí u otázek 36–43: _____

Průměrné skóre performačních otázek: _____

Prosím odevzdejte formulář: _____

E-mail: _____

Fax: _____

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 28. Vyvolává rvačky | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Lže, aby získal/a něčí přízeň či se vyhnul/a svým povinnostem (obelhává druhé) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Chodí za školu | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Je fyzicky krutý/á k druhým | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Ukradl/a cenné věci | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Záměrně ničí cizí majetek | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Použil/a zbraň, která může způsobit vážné poškození na zdraví (pálku, nůž, cihlu, pistoli) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Je fyzicky krutý/á ke zvířatům | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Úmyslně zakládá požáry | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Vloupal/a se do cizího domu, kanceláře nebo auta | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Bez dovolení byl/a pryč celou noc | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. V noci utekl/a z domova | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Nutil/a někoho do sexuální aktivity | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Bojí se, je úzkostný/á, ustaraný/á | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Bojí se zkoušet nové věci ze strachu, že se mu/jí to nepovede | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Má pocity bezcennosti či méněcennosti | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Obviňuje se, má pocity viny | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Cítí se osamělý/á, nechtěný/á, nemilovaný/á; stěžuje si, že ho/jí nikdo nemá rád | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Je smutný/á, nešťastný/á, depresivní | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Je stydlivý/á, je snadné ho/ji uvést do rozpaků | 0 | 1 | 2 | 3 |

| Performační část | Výborné | Nadprůměrné | Průměrné | Částečně problematické | Problematické |
|-------------------------------------|---------|-------------|----------|------------------------|---------------|
| 48. Celkový výkon ve škole | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Čtení | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Psaní | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Matematika | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Vztahy s rodiči | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Vztahy se sourozenci | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Vztahy se spolužáky | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. Účast v kolektivních aktivitách | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pouze pro administrátora:

Součet 2 a 3bodových odpovědí u otázek 1–9: _____

Součet 2 a 3bodových odpovědí u otázek 10–18: _____

Celkové skóre otázek 1–18: _____

Součet 2 a 3bodových odpovědí u otázek 19–26: _____

Součet 2 a 3bodových odpovědí u otázek 27–40: _____

Součet 2 a 3bodových odpovědí u otázek 41–47: _____

Součet 4 a 5bodových odpovědí u otázek 48–55: _____

Průměrné skóre performačních otázek: _____