

Rodina a dítě s ADHD

Ilona Jurová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Institut mezioborových studií
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ilona Jurová**
Osobní číslo: **H138046**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Rodina a dítě s ADHD**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:
- na základní charakteristiku syndromu ADHD, historii, terminologii, etiologii a projevy ADHD;

- na problémy a rizika provázející rodinu, která vychovává dítě s ADHD, a dítě samotné;
- na současné možnosti pomoci, podpory a terapie těmto rodinám a dětem, které vedou ke zmírnění vlivu ADHD na kvalitu života dítěte s ADHD.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum, kdy prostřednictvím několika kazuistik a rozhovorů bude zachycen vývoj situace v rodinách, řešících problémy s dítětem ADHD za pomoci poradenského pracoviště.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DRTILOVÁ, J., KOUKOLÍK, F. 1994. Odlišné dítě. Praha: Vyšehrad.

GOETZ, M. 2009. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Praha: Galén.

MUNDEN, A., ARCELUS, J. 2006. Poruchy pozornosti a hyperaktivity. Praha: Portál.

PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, Ch. 2008. Neklidné dítě. Praha: Portál.

SERFONTEIN, G. 1999. Potíže s učením a chováním. Praha: Portál.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

Institut mezioborových studií


Datum zadání bakalářské práce:

4. prosince 2015

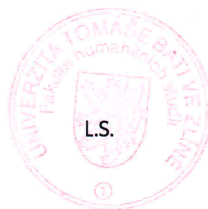
Termín odevzdání bakalářské práce:

29. dubna 2016

Ve Zlíně dne 4. prosince 2015



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

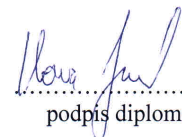
- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně

31.3.2016


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou dětí se syndromem ADHD. Teoretická část je zaměřena na základní charakteristiku syndromu, historii jeho zkoumání, terminologii, etiologii a projevy. Popisuje problémy a rizika provázející rodinu, která vychovává dítě s ADHD, zabývá se také současnými možnostmi pomoci, podpory a terapie, které vedou ke zmírnění vlivu syndromu na kvalitu života těchto dětí a jejich rodin. Kvalitativní výzkum v praktické části zachycuje formou případových studií vývoj situace v rodinách, řešících problémy s dítětem ADHD za pomoci poradenského pracoviště a faktory, které ovlivňují výsledky poradenského působení a v souvislosti s tím kvalitu života klientů.

Klíčová slova:

Syndrom ADHD, děti, rodina, škola, specifika výchovy a výuky, sociální důsledky, podpora, terapie, poradenství.

ABSTRACT

The bachelor thesis is concerned with the issue of the children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder syndrome (ADHD). The theoretical part is focused on the basic characteristics of the syndrome, on history of its research, terminology, etiology and expression. There are described problems and risks in the family which brings up a child with ADHD. It is concerned with possibilities of help, support, assistance and therapy which lead to a reduction of the syndrome effects on life quality of those children and their families. The qualitative research in the practical part presents, through the case study, development of the situation in the families solving problems with ADHD child with assistance of a consultant service and the factors which affect on the results of consultant activity and in connection with the life quality of clients.

Keywords:

ADHD syndrome, children, family, school, specifics of upbringing and education, social consequences, support, assistance, therapy, consultancy.

Moje poděkování patří zejména paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc., za odborné vedení bakalářské práce, za její cenné rady a doporučení, za laskavý a vstřícný přístup. Také děkuji své rodině a přátelům za podporu.

Motto:

„V nesnázích je lepší tvořit než ničít.“

Emanuelle Pelletierová

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	11
1.1 HISTORIE ZKOUMÁNÍ A VYMEZENÍ POJMU ADHD	11
1.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA	13
1.3 CHARAKTERISTIKA SYMPTOMŮ ADHD	14
1.3.1 Nepozornost	14
1.3.2 Hyperaktivita	16
1.3.3 Impulzivita	17
1.4 ETIOLOGIE ADHD	19
1.5 KOMORBIDITY ADHD	21
1.6 SHRNUÍ	24
2 DÍTĚ S ADHD V RODINĚ A VE ŠKOLE	25
2.1 RODIČE DÍTĚTE S ADHD	25
2.2 SPECIFIKA VÝCHOVY	26
2.3 PEDAGOG A DÍTĚ S ADHD	29
2.4 SPECIFIKA VÝUKY	30
2.5 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY SYNDROMU ADHD	33
2.6 SHRNUÍ	35
3 SOUČASNÉ MOŽNOSTI LÉČBY ADHD A PORADENSTVÍ	36
3.1 DIAGNOSTIKA ADHD	36
3.2 ZPŮSOBY LÉČBY A TERAPIE	37
3.3 PORADENSTVÍ A JINÉ FORMY POMOCI	41
3.4 VÝZNAM VČASNÉ DIAGNOSTIKY A TERAPIE	43
3.5 SHRNUÍ	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	45
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	46
4.1 CÍLE ŠETŘENÍ A STANOVENÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	46
4.2 POPIS METODY ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉHO VZORKU	46
4.3 PŘÍPADOVÉ STUDIE	47
4.3.1 Michal, 10,1	47
4.3.2 Daniela, 9,8	52
4.3.3 David, 8,1	58
4.3.4 Ema, 9,9	61
4.4 SHRNUÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ	65
5 DISKUSE A ZÁVĚRY	70
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
SEZNAM TABULEK	78

ÚVOD

Problematika dětí se syndromem ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je v současné době velmi často skloňovaným fenoménem, který rozděluje jak odborníky, tak rodiče na dva tábory. Jedna strana má za to, že se jedná o zveličování problému, určitou módnost, kdy za nálepkou ADHD je skryta výchovná neschopnost některých rodičů. Druhá strana poukazuje na fakt, že problém syndromu ADHD dokázaly četné vědecké studie a současný výskyt této poruchy signalizuje, že se nejedná o módu, ale o vážný problém. Samozřejmě ne všechny neklidné, nepozorné či temperamentní děti trpí touto poruchou, ale ty, kterým byla diagnostikována, nutně potřebují pomoc.

Podobnost ADHD a jiných dětských nemocí či poruch spočívá v tom, že při nesprávně vedené léčbě nebo přístupu může mít vážné následky. Jedná se o poruchu, v jejímž pozadí stojí biologická příčina. Nejde tedy o výsledek špatné výchovy nebo nepříjemné dispozice ze strany dítěte (Munden a Arcelus, 2008).

Faktem je, že tyto děti kladou zvýšené nároky na rodiče, kteří musí při výchově čelit mnoha úskalím. Jejich výchova je velmi náročná a může být až vyčerpávající pro celou rodinu. Ani děti samotné to nemají lehké. Jejich handicap není viditelný a snadno rozpoznatelný, jako třeba u dětí tělesně či mentálně postižených, takže je okolí většinou dostatečně nevnímá a tím pádem ani neakceptuje. Děti se syndromem ADHD bývají neklidné, velmi živé, vznětlivé a nesoustředěné. Problém nastává většinou při nástupu dětí do základní školy, někdy i do školy mateřské. Běžná škola je při současném stylu výuky velmi citlivá na zvýšenou dětskou živost, nesoustředěnost či impulzivitu a děti nejsou schopny obstát tak, jak je od nich očekáváno - jsou zkrátka jiné a stávají se obtížné a těžko zvladatelné pro pedagogy, narušují výuku, způsobují problémy v kolektivu vrstevníků, mnohdy se stávají neoblíbenými, vyčleněnými z kolektivu. Nezvládají nároky svého okolí.

Rodiče pak buďto z vlastní iniciativy, většinou však na doporučení a někdy i pod nátlakem školy, hledají pomoc u odborníků. Jedná se o dětské psychology, psychiatry, pedagogicko-psychologické poradny nebo jiná poradenská centra. Diagnózu ADHD může zodpovědně stanovit pouze odborník, tzn. dětský psychiatr ve spolupráci s dětským psychologem a neurologem na základě řady vyšetření.

V současné době pracuji jako sociální pracovnice na středisku výchovné péče (dále jen SVP). Ambulantní poradenská a terapeutická práce je zde zaměřena na děti a jejich rodiny, které se aktuálně nachází ve složité životní situaci. Cílem je nalézat optimální východiska

ze situací, které mohou děti a jejich rodiče ohrožovat a snižovat kvalitu jejich života. Poslední dobou byl zaznamenán nárůst počtu klientů - dětí se syndromem ADHD a to zejména ve věkové kategorii spadající do prvního stupně základní školy. Problémy s chováním a prospěchem u dětí na podkladě syndromu ADHD jsou jevem, se kterým se poměrně často ve své praxi setkávám a zajímá mě, což je také hlavním důvodem volby tématu bakalářské práce. Jejím cílem je popsat problematiku syndromu ADHD, zachytit vývoj situace v rodinách, které vychovávají dítě se syndromem ADHD a při řešení výchovných problémů s dítětem se obrátily na ambulantní poradenské pracoviště - středisko výchovné péče a zjistit zda a jaký přínos má tato spolupráce na kvalitu jejich života. Při psaní textu jsem vycházela z teoretických i výzkumných prací autorů, kteří se danou problematikou zabývají. Čerpala jsem také ze svých poznatků a zkušeností, které jsem získala během výkonu povolání sociální pracovníce.

Bakalářská práce je rozdělena do pěti kapitol. První tři kapitoly tvoří část teoretickou, první je zaměřena na charakteristiku syndromu ADHD, terminologii, historii, etiologii, projevy a komorbidity syndromu. Druhá se zabývá výchovou dítěte v rodině a ve škole, vhodnými výchovnými postupy, efektivními formami výuky a sociálními důsledky syndromu. Ve třetí kapitole jsou zmíněny současné možnosti léčby ADHD a různé formy poradenství. Čtvrtá kapitola obsahuje část praktickou, s využitím kvalitativního výzkumu, zahrnuje čtyři případové studie. Použitou technikou je analýza dokumentů - dostupné spisové dokumentace klientů. Jedná se zejména o písemné záznamy z konzultací s klienty SVP, zachycující vývoj situace, jednání se školami a dalšími institucemi, psychologické a speciálně pedagogické zprávy a poznatky z anamnestických rozhovorů a rozhovorů z konzultací s rodiči. Obsahem páté kapitoly jsou diskuse a závěry z výzkumného šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností“ (Barkley, 1990 cit. podle Zelinková, 2009, s. 196).

1.1 Historie zkoumání a vymezení pojmu ADHD

Jak vyplývá z výše uvedené definice, za anglickou zkratkou ADHD - attention deficit hyperactivity disorder neboli porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou se skrývá označení pro onemocnění způsobující obtíže se soustředěním, hyperaktivitou a impulzivitou dítěte (Goetz, Uhlíková, 2013).

Počátky zkoumání mozkových dysfunkcí můžeme nalézt už na konci třicátých let devatenáctého století, např. v roce 1845 popsal německý lékař H. Hoffmann jako první jev, nazývaný později hyperkinetickým syndromem. Termín hyperkinetický ve smyslu hyperkinetického onemocnění užíli poprvé němečtí lékaři F. Kramer a H. Pollow až v roce 1932. Od dvacátých let minulého století vznikají studie zkoumající vztah mezi prokázaným poškozením mozku a jeho důsledky pro chování. Okolnosti nervového stavu v souvislosti s poruchami učení a chování popisují nezávisle na sobě v roce 1921 C. W. Burr a R. S. Miles (Černá a kol., 1999).

Symptomy poruch pozornosti s hyperaktivitou u dětí vzbudily počátkem dvacátého století zájem lékařů. V r. 1902 vyšetřil doktor G. F. Still skupinu dvaceti neklidných dětí, které vykazovaly výrazně nežádoucí chování při splnění kritérií tzv. „dobré výchovy.“ I přesto u nich byly pozorovány projevy hyperaktivity, špatného soustředění a problémy s učením. Tyto příznaky se častěji objevovaly u chlapců. Ze zkoumání byly vyvozeny pravděpodobné organické příčiny problémů (Drtílková, Šerý a kol., 2007).

Tato problematika se objevovala v pracích mnoha psychiatrů a nápravných pedagogů také v období mezi světovými válkami. V r. 1941 vyšlo dílo A. Gesella a C. S. Amatrudové „Vývojová diagnostika“, které podalo koncept lehkých mozkových poškození. Toto dílo je průlomové svým interdisciplinárním sjednocením dosavadních poznatků a stalo se tak nosnou základnou dalšího výzkumu. V Československu byla problematika lehkých mozkových dysfunkcí (dále jen LMD) zcela samostatně objevena na konci čtyřicátých a začátkem padesátých let dvacátého století v Sociodiagnostickém ústavu v Praze a Dětské psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích. Počátkem šedesátých let minulého století bylo nashromážděno velké množství poznatků popisujících tuto problematiku z různých hledisek a vznikla tak potřeba sjednocení a shody v základních termínech a hlediscích (Černá a kol., 1999).

V současnosti se ještě setkáváme i s označením lehká mozková dysfunkce, minimální mozkové poškození, lehká dětská encefalopatie apod. V těchto případech se jedná o názvy starší a již téměř nepoužívané. V současné době je ve většině vyspělých zemí standardní termín ADHD. Nová terminologie odráží také pokrok ve výzkumu příčin, projevů a léčby poruchy. Dalšími správnými názvy, v současné době používanými jsou hyperkinetická porucha a porucha aktivity a pozornosti. Ty se však s pojmem ADHD zcela nepřekrývají (Goetz, Uhlíková, 2013). Munden a Arcelus (2008, s. 47) uvádí, že *„ADHD je klasickým případem bio-psycho-sociální poruchy.“*

Někdy bývá syndrom ADHD také označován jako ADD - attention deficit disorder. Oba tyto termíny bývají často nepřesně používány jako synonyma. Děti stížené ADD nebývají hyperaktivní, ale mívají problémy spojené s impulzivitou a hlavně s nedostatečným soustředěním. V některých evropských zemích bývá tato porucha s oběma skupinami příznaků odborníky označována jako hyperkinetická porucha (Munden a Arcelus, 2008). Dle Zelinkové (2009) se u dětí s ADD nevyskytuje hyperaktivita a impulzivita, nejvíce problémů je v oblasti pozornosti. Jak dále uvádí, u dětí s ADD se objevuje *„denní snění, pomalost při provádění kognitivních operací a obtíže v navazování sociálních kontaktů“* (s. 197).

Mertin (2004) uvádí, že v rámci českého školství se používá termín SPCH (specifická porucha chování) jako analogie k SPU (specifická porucha učení). Tento termín zdůrazňuje specifické symptomy v chování jako je změna aktivity nebo poruch. Poukazuje také na vývoj terminologie od *„jednoznačného vysvětlení problémů jedince poškozením mozku (lehká dětská encefalopatie) přes vysvětlení pomocí potíží ve fungování (lehká mozková*

dysfunkce) k výkladu symptomů“ (s. 59). Současným trendem je zdůraznění psychologických a environmentálních faktorů, které doplňují faktory biologické. Dle něj pak „při takto pojaté poruše lze sice i nadále vzít v potaz hypotetické poškození či dysfunkci mozku, nicméně k přidělení diagnózy zcela dostačují nikterak striktně definované příznaky na úrovni chování“ (s. 59).

Jak je patrné, doposud není terminologie zcela sjednocena a problematika neklidných a nepozorných dětí není zcela přehledná. Může to být důsledek toho, že dětský neklid je zájmem zkoumání více vědních oborů, z nichž ty hlavní jsou psychologie, psychiatrie a pedagogika, každý z nich razí jiné přístupy a na tento fenomén také rozdílně nahlíží (Kolčárková, Lacinová, 2008).

S přibývajícím poznatky o tom, jak funguje lidský mozek, které se opírají o moderní vědecké studie z takových oborů, jako je např. neurofyzologie, neurochemie nebo molekulární biologie se problematika některých psychických poruch jakoby zkomplikovala. I pro odborníky, kteří s hyperkinetickými dětmi pracují, je čím dál složitější problematiku sledovat a porozumět všem souvislostem (Drtílková, Šerý a kol., 2007).

1.2 Diagnostická kritéria

Klíčovými symptomy ADHD jsou:

- nepozornost
- hyperaktivita
- impulzivita

Mnohdy jsou symptomy ADHD brány na lehkou váhu a to zejména proto, že se jeví jako přemíra vlastností, které jsou typické pro většinu malých dětí, které jsou neposedné, nevydrží dlouho v klidu, nezvládají reakce na různé podněty (Bragdon, Damon, 2006).

Aby byly tyto symptomy považovány za klinicky významné a splňovaly diagnostická kritéria, musí se vyskytovat v míře, která je vůči věku a intelektuálním schopnostem jedince abnormální (Munden, Arcelus, 2008).

V současnosti existují a jsou používány dva hlavní klasifikační systémy (soubory diagnostických kritérií) a to:

1. Klasifikační systém světové zdravotnické organizace u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize - MKN-10.

2. Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace, ve zkratce DSM-IV (Munden, Arcelus, 2008).

Psychiatrii v České republice používají při stanovování diagnóz diagnostická kritéria podle MKN-10. Mezi oběma klasifikačními systémy jsou však značné rozdíly, které se vztahují k podobným syndromům, tzn. skupinám symptomů, které vytvářejí diagnózu, kterým byla přiřazena podobná, avšak odlišná jména či diagnostická označení. Označení ADHD dle DSM-IV a Hyperkinetická porucha dle MKN-10 jsou toho názorným příkladem (Munden, Arcelus, 2008).

Dle Kolčárkové a Lacinové (2008, s. 13) „*se má obecně za to, že kritéria DSM-IV jsou méně přísná a mnohem širěji definovaná, což má za následek větší počet diagnostikovaných dětí než v případě klasifikace podle MKN-10. Pokud se jedná o zahraniční studie, většina jako ADHD respondenty označuje ty, kteří vyhovují podmínkám kritérií DSM-IV.*“

U syndromu ADHD rozeznáváme tři podskupiny:

- kombinovaná - u dítěte se projevuje jak nesoustředěnost, tak hyperaktivita a impulzivita,
- s převahou nepozornosti - u dítěte dominují příznaky, které souvisí s nepozorností,
- s převahou hyperaktivity a impulzivity - více příznaků svědčí o hyperaktivitě a impulzivitě (Train, 2001).

Výskyt syndromu ADHD se odhaduje na 5 - 10% populace, 20% chlapecké a 8% dívčí, ve skutečnosti je zřejmě mnohem vyšší (Šlapal, 2015).

1.3 Charakteristika symptomů ADHD

1.3.1 Nepozornost

Právě nepozornost je hlavní příčinou chyb, které děti s ADHD dělají, což se negativně projevuje hlavně ve škole a souvisí s tím problémy ve výuce projevující se špatnými školními výsledky, ačkoliv dítě může jinak látku dobře ovládat. Jejich výkon je velmi nevyrovnaný a kolísavý. Porucha pozornosti je proto většinou rozpoznána až po nástupu do školy. Potíže s nepozorností a špatným soustředěním se projevují hlavně u činností, které pro tyto děti nejsou zajímavé a brzy je znudí, vyžadují dlouhodobé soustředění a trpělivost. Děti s ADHD mají také vrozenou tendenci dávat přednost aktivitám, které obratem přinášejí odměnu (Goetz, Uhlíková, 2013).

Dle Matouška a Matouškové (2011, s. 28) „výkon těchto dětí ve škole nápadně neodpovídá jejich intelektové kapacitě-děti jsou hodnoceny učiteli jako podprůměrné, i když v psychologických testech dosahují někdy nadprůměrných výsledků. O něco lepších výsledků dosahují v úkolech slovních než v úkolech neverbálních.“

Dle Serfonteina (1999, s. 19) „dávat delší dobu pozor bývá pro tyto děti obvykle problém. Nedokážou se soustředit a nevydrží pracovat tak dlouho, aby byly schopny dokončit zadaný úkol. Snadno je zaujme něco jiného, například nějaký zvuk nebo pohyb. Poruchy pozornosti se mohou projevovat jako chvilkové vypínání nebo dokonce jako denní snění, kdy se dítě přenesse do vlastního světa. V takových chvílích působí jako z jiné planety.“

Kvůli poruše soustředění děti nerady píšou domácí úkoly a nerady se věnují přípravě do školy. Postupem času můžou získat k domácí přípravě odpor, obzvláště v případě, že je na ně vytvářen nepřiměřený tlak ze strany rodičů. Když přihlédneme k jejich emoční nevyrovnanosti, která se projevuje také tendencemi k bouřlivějším reakcím, může se stát školní příprava zdrojem každodenních konfliktů mezi rodiči a dětmi. I když nejvíce komplikací způsobuje porucha pozornosti ve škole, další problematickou oblastí je riziko úrazů a různých nehod - samostatný pohyb v silničním provozu, v bytě apod. (Goetz, Uhlíková, 2013).

Dalším projevem je dezorganizovanost, která se projevuje například neschopností udržovat pořádek ve svých osobních věcech (Antal, 2013). Jak uvádí Goetz, Uhlíková (2013) někdy lze tuto nepořádnost pozorovat i na vzhledu dítěte - skvrny od jídla, neupravenost, každá bota jiná apod. Velkou potíž mají s vnímáním času a plánováním činností (Antal, 2013). I když si nějaký plán udělají, často ho nedodrží, improvizují, pro vše najdou výmluvu, zapomínají na domluvené schůzky, na domácí úkoly, píšou jiné než bylo zadáno. Tyto vlastnosti jim samozřejmě oblibu u ostatních lidí nezískávají, mívají pověst nespolehlivého jedince, se kterým se těžko spolupracuje (Goetz, Uhlíková, 2013).

Díky nedostatku vytrvalosti a cílevědomosti mají problém s dokončováním dlouhodobých činností. Počáteční zaujetí pro určitou činnost se po určité době nebo při prvním neúspěchu vytrácí. Souvisí to se zhoršenou schopností odložit odměnu a vytvořit dlouhodobý plán s postupnými cíli, kdy obvykle dosažení těchto cílů bývá samotnou odměnou a posilou v další práci. Děti s ADHD však žijí epizodicky, tzn. že větší význam pro ně mají jednotlivé události, dají přednost činnosti přinášející okamžitou odměnu-např. hře na počítači než pravidelné a systematické přípravě do školy (Goetz, Uhlíková, 2013). Děti mají také problém se změnou činnosti. Jak cituje Pelletierová (2014, s. 17) dívku

s poruchou pozornosti „změnit činnost, to je pro mě jako přejít po vykoupání v teplé vodě z koupelny do vymrzlého pokoje. Úplně mě to ochromí. Vždycky potřebuju trochu času, abych se s tím vypořádala.“

Dalším důsledkem nepozornosti a roztržitosti dítěte je k nelibosti rodičů časté ztrácení věcí. Dítě sice ztráta věcí také mrzí, ale protože není schopno ovlivnit své příznaky ADHD, tak si na své problémy jakoby zvykne a rodiče pak mohou nabýt dojmu, že si dítě ze ztráty věcí nic nedělá (Goetz, Uhlíková, 2013). Špatně se také soustředí např. při hovoru s rodiči, zejména je-li delší a nejsou schopny zapamatovat si informace nebo pokyny. Vypadá to, že nevnímají a je třeba jim vše neustále opakovat a připomínat (Drtílková, 2007).

1.3.2 Hyperaktivita

Hyperaktivita, nadměrná aktivita neboli neposednost je nejvíce viditelný symptom, který také nejvíce obtěžuje okolí. Zpravidla právě hyperaktivita způsobí, že se problémy dítěte začnou řešit (Antal, 2013). Děti nejsou neunavitelné, pouze neumí s energií hospodařit, protože ji špatně směřují. Nadměrná aktivita je průvodním projevem téměř u všech dětí s ADHD, i když existuje malé procento případů, jejichž aktivita je v normě a také určitý počet případů se sníženým stupněm aktivity označovaných jako cerebrastenický nebo hypoaktivní typ - ADD (Serfontein, 1999).

Nejnápadněji se hyperaktivita projevuje v situacích, kde je nutná větší sebekontrola chování. To znamená, že nejproblematictější je školní prostředí - vyučování, kdy během něho děti mají problém vydržet sedět v klidu, vrtí se, mají tendence vstávat, poskakovat nebo chodit po třídě. Usměrnitelnost tohoto chování je poměrně obtížná a ne trvalá (Drtílková, 2007).

Jak uvádí Vágnerová (1998, s. 40) „*tyto děti jsou neustále v pohybu, který je neúčelný, z hlediska dané sociální situace nepřiměřený, a proto nápadný.*“

Velmi nápadným znakem nadměrné živosti je také permanentní pohyb rukou, kdy má dítě potřebu stále na něco sahat, hrát si s tím. Tento rys přetrvává i v pozdějším věku (Serfontein, 1999).

S výhledem do budoucna se navenek projevující neklid může transformovat na pocit neklidu a nepohody vnitřní a to v situacích, kdy je nutné setrvat na místě. Dalším projevem hyperaktivity je zvýšená hovornost, rychlá až překotná řeč, hůře srozumitelná, často se objevuje také zadržávání. Jedná se o další okolnosti, které můžou dítěti způsobit problémy

v kolektivu, nehledě na to, že málokdy pustí někoho ke slovu nebo ho často přerušují, ruší ostatní během vyučování vykřikováním nebo pošťuchováním (Goetz, Uhlíková, 2013).

Dle Vágnerové (1998, s. 40) „*hlavním společenským problémem hyperaktivity je její značná rušivost.*“

Tyto děti potřebují také více času ke zklidnění např. po hře, kdy jsou více a delší dobu roz dováděné než ostatní. U mnoha činností dělá dětem potíže přiměřené dávkování energie, pohybů a rychlosti (Goetz, Uhlíková, 2013). Serfontein (1999) zmiňuje časté mluvení ze spánku u těchto dětí, noční děsy, někdy i vstávají a chodí po místnosti. Goetz, Uhlíková (2013) uvádí, že některé mají potíže i se spánkem, vyskytuje se obtížné usínání, odbíhání z postele po různými záminkami, nepomáhá snaha rodičů děti více fyzicky unavit. Problémy se spánkem se zhoršují, pokud není dodržen obvyklý režim dne. Dítě je hlučné i ve spánku, který je neklidný, s četnými pohybovými aktivitami, mluvením ze spánku či skřípáním zuby. Probouzí se většinou brzy, i když jdou později spát, což pak vede k celkové rozladě dítěte a zhoršené schopnosti koncentrace po celý další den.

1.3.3 Impulzivita

Munden a Arcelus (2008, s. 22) uvádí že „*klíčovým nedostatkem u ADHD je vlastně neschopnost zamezit reakci na impuls, a to jak vhodné, tak nevhodné. Tento názor prosadil profesor Russell Barkley, významný americký specialista v oboru ADHD. Domnívá se totiž, že hlavní problém, kterým trpí lidé s ADHD, spočívá v tom, že tito lidé zažívají velmi vážné a všemi oblastmi pronikající potíže s impulzivitou zejména v tom smyslu, že nedokážou ovládnout své reakce na signály, podněty nebo události nesouvisející nijak s tím, co právě dělají.*“

Mezi projevy impulzivity patří zejména výbušnost, nedočkavost, zbrkllost, netrpělivost, skákání do řeči, dítě si nedá si říct, nedomýšlí následky svých činů, chybí mu sebekontrola. Pro děti s ADHD bývá složité na něco počkat. Proto se také často stává, že např. vykřikují ve výuce - nevydrží počkat, až je učitel vyvolá, pokud je něco napadne nebo znají správnou odpověď na kladenou otázku. Potíže bývají i při psaní domácích úkolů, kdy začínají pracovat dříve, než si pozorně přečtou zadání, čemuž pak odpovídá výsledek jejich práce. Se svou impulzivitou můžou mít tyto děti také problémy v kolektivu vrstevníků, kdy např. ruší společnou hru, berou ostatním hračky, při neshodách do někoho strčí, aniž by mu chtěli skutečně ublížit, mnohdy bezdůvodně pošťuchují druhé děti, v rozhovoru řeknou něco nevhodného nebo urážlivého, čehož pak litují. Impulzivním skákáním do řeči pak

strhávají pozornost na sebe a proto mohou být v kolektivu považovány za sebestředné, jsou neoblíbené. Možnou příčinou vztahových potíží může být i menší schopnost empatie u některých osob s ADHD (Goetz, Uhlíková, 2013).

Impulzivita tedy přináší problémy v sociálních situacích, kdy může dětem ztížit navazování a udržení přátelských vztahů. Často stává, že dítě toužící po kamarádech je odmítáno.

Také rodiče se musí mít stále na pozoru, aby děti uchránili před nejrůznějšími nehodami, kdy klasickým případem je bezpečnost na ulici. Může se stát, že dítě uvidí něco, co je upoutá a může vstoupit bez rozhlédnutí do vozovky. Problémem může být také riskantní chování mladých lidí s ADHD, např. skákání z nebezpečné výšky apod., důvodem kterého může být zvědavost, touha být zajímavý nebo touha po uznání (Munden a Arcelus, 2008).

Děti s ADHD se málokdy poučí z předchozích zkušeností. Příčinou je zřejmě rychlá realizace nápadu dříve, než v mozku proběhne srovnání nové myšlenky s předchozí zkušeností. Tato zkušenost je sice v paměti dítěte uložena, to však nemusí být schopné ji včas použít. Dítě si následek svého činu většinou uvědomí bezprostředně po jeho uskutečnění, a ve snaze vyhnout se trestu většinou koná tak, že situaci ještě zhorší. Mnohé děti s ADHD mají problém unést neúspěch nebo kritiku, takzvaně neumějí prohrávat. Proto se také mohou začít vyhýbat řadě aktivit, ve kterých neuspěli dle svých představ a rizikem může být to, že kompenzací se pak mohou stát aktivity, kde snadno a rychle vyniknou, což je může přivést i do nevhodné party (Goetz, Uhlíková, 2013).

Děti s ADHD se hůře podrobují autoritám, různým stereotypům, disciplíně, změnám a těžce nesou různá omezení. Bývají zvýšeně dráždivé, nebývá těžké je vyprovokovat a někdy reagují agresivně, snadno se dostávají do konfliktu. Jsou velmi citlivé na pocit křivdy. Na napomínání reagují podrážděně, příkazy málokdy splní ihned. Některé jsou zase považovány za třídního šaška, získávají si tak pozornost a přízeň (Drtílková, 2007).

Paradoxně skutečnost, že se děti s ADHD dokážou chovat i velmi mile a být příjemnými společníky zhoršuje jejich situaci. Je na ně pohlíženo tak, že když chtějí, dovedou se chovat dobře a tak často budí dojem, že jediné, co jim schází je pořádný výprask (Train, 2001). Pozitivní je u těchto osob jejich srdečnost, schopnost dokázat se pro něco nebo někoho velmi silně nadchnout. Často také přicházejí s netradičním řešením problémů. To jim pak do budoucna může přinést úspěch v oblastech, kde je citová bezprostřednost a kreativita žádoucí a ceněná, jako např. v uměleckých profesích. Bohužel stejně tak snadno je jejich nadšení a dosavadní zájem o věc dokáže opustit (Goetz, Uhlíková, 2013).

1.4 Etiologie ADHD

Syndrom ADHD je v současné době nejvíce prozkoumaným onemocněním dětského věku. Četné vědecké práce nashromáždily řadu poznatků umožňujících hlubší porozumění podstatě ADHD a současně pochopení způsobu chování a reagování dětí stížených tímto syndromem (Goetz, Uhlíková, 2013). Přesto se otázku příčiny vzniku ADHD doposud nepodařilo uspokojivě zodpovědět, což se odráží i v četných terminologických změnách (Kolčárková, Lacinová, 2008).

Příčinami ADHD se zabývá mnoho vědeckých disciplín, např. psychologie, psychiatrie, sociální vědy, antropologie, genetika, neurochemie, neurofyziologie, dietetika, toxikologie a další (Munden a Arcelus, 2008). Jak uvádí Drtílková (2007, s. 47) „*rozhodující poznatky o příčinách hyperkinetické poruchy byly získány teprve v průběhu posledních 15 let. Je stále více zřejmé, že na vzniku onemocnění se podílí více faktorů, mezi nimiž převažují genetické příčiny.*“ Dle výzkumů souvisí ADHD s neurotransmitery dopaminem a noradrenalinem, což jsou chemické látky, které slouží jako přenašeči vzruchů mezi mozkovými buňkami. Bylo zjištěno, že podávání léků měnících aktivitu těchto neurotransmiterů má vliv na zlepšení projevů ADHD (Munden a Arcelus, 2008).

Velká část odborníků má za to, že projevy ADHD mají společný původ a existuje řada hypotéz, co tímto společným původem skutečně je (Goetz, Uhlíková, 2013). Goetz a Uhlíková (2013, s. 65) popisují tu z nich, která dle jejich názoru může nejlépe přispět k pochopení chování dítěte a současně přináší i východiska pro výchovu: „*podle ní je za ADHD zodpovědná nedostatečná funkce těch řídicích systémů mozku, které nám umožňují tlumit tendenci neustále reagovat na nové podněty a impulzy a nechávat se jimi unést.*“ Tato funkce se nazývá behaviorální inhibice a její dobré fungování je „*hlavním předpokladem sebekontroly jedince*“ (tamtéž s. 65). Na základě těchto poznatků lze tedy konstatovat, že: „*ADHD je vývojovou poruchou sebekontroly*“ (tamtéž s. 65). Schopnost sebekontroly se vyvíjí s věkem, u mnoha malých dětí můžeme pozorovat impulzivitu - snadno je něco zaujme a stejně tak snadno se nechají strhnout k jiné činnosti. Preferují činnosti přinášející okamžitou odměnu, nerady čekají. S jejich růstem dochází i k dozrávání mozku a zlepšování schopnosti sebeovládání. U starších dětí je proto přítomna schopnost soustavněji se věnovat nějaké činnosti, plánovat, počkat si na odměnu, dodržovat nějaký řád, být samostatný. U dětí s ADHD je dozrávání mozku opožděné a nerovnoměrné a také se nedostatečně rozvíjí sebekontrola. To je důvodem mnohem delšího přetrvávání impulzivity, hyperaktivity a kratšího soustředění než u dětí zdravých. (Goetz, Uhlíková, 2013).

Dlouhodobé vědecké studie tedy potvrzují, že ADHD má dědičný podklad, tzn. že se přenáší z generace na generaci. Na této dědičnosti se podílí mnoho genů, jejichž vliv se sčítá s vnějšími vlivy, avšak genetický podklad je faktorem zásadním. „ADHD má až z 80% dědičný základ.“ Ve srovnání výskytu této poruchy u dětí rodičů s ADHD je pětkrát vyšší než v ostatní populaci, v případě, že jsou u rodičů příznaky ADHD přítomny i v dospělosti je pravděpodobnost získání syndromu u jejich dětí ještě vyšší. Teorii dědičnosti potvrzují také studie jednovaječných dvojčat se shodnou genetickou výbavou. Při sledování dvojčat, jež vyrůstala odděleně byla zjištěna 80% pravděpodobnost výskytu syndromu ADHD u druhého sourozence, pokud už byla u prvního prokázána (Goetz, Uhlíková, 2013).

Drtílková (2007, s. 47) uvádí: „genetické studie ukázaly, že u mužů s hyperkinetickou poruchou je pětkrát vyšší pravděpodobnost, že jejich děti budou trpět touto poruchou, ve srovnání s normálními kontrolními osobami.“ Dle nejnovějších studií je vyšší riziko dědičnosti syndromu po mužské linii (Munden a Arcelus, 2008).

Dle Drtílkové (2007) se mohou na vzniku hyperkinetické poruchy podílet i faktory negenetické, které negativně ovlivní vývoj dítěte v období prenatálním a perinatálním. Mezi rizikové faktory patří konzumace alkoholu a kouření matky během těhotenství, předčasný porod, nízká porodní váha nebo komplikace během porodu spojené s nedostatkem kyslíku.

Goetz, Uhlíková (2013) uvádí, že určitou roli hrají také vlivy prostředí, dle Drtílkové (2007) mohou příznaky syndromu „potlačit nebo naopak posílit“ (s. 47).

Václav Mertin, kritik českého školství pro jednostrannou orientaci na výkon a nízkou toleranci vůči projevům dětské živosti se ve svém článku ADHD - pohled psychologa (2004, s. 60) mimo jiné zmiňuje o tzv. nekategoriálním přístupu k ADHD. Ten je založený na názoru, že chování a jednání člověka je složitý proces založený na spolupráci a souhře mnoha činitelů probíhajících na různých úrovních a vedoucích k různým způsobům chování. Uvádí: „stačí synergické působení několika zvýrazněných charakteristik jedince nebo naopak jen velmi jemné narušení spolupráce v kterékoli části řetězce a chování se posouvá do podoby, ve které je hodnoceno jako problémové. Stejně chování tak může vzniknout na základě neomezeného počtu různých příčin. Různá seskupení zcela neproblémových jednotlivých faktorů mohou vést k problémovému chování a jednání.“ Tzn. že v rámci nekategoriálního přístupu je kladen mnohem větší důraz na celý kontext, v němž k určitému způsobu chování dochází, je akceptován fakt, že posouzení problémovosti chování je značně závislé na osobě posuzovatele, na prostředí i na době.

„Uvědomuje si i to, že za určitých okolností se každý může chovat (i dlouhodobě a v různých prostředích) jako jedinec s ADHD“ (s. 60).

Michalová (2007) stanovuje podíl vlivu jednotlivých faktorů dle názorů jednotlivých odborníků (Zametkin, 1995, Lou, 1989, Berger, 1977) takto:

- *„50 - 70% - heredita,*
- *20 - 30% - prenatální a perinatální příčiny,*
- *10% - pozdější vlivy postnatálního charakteru.“*

Zcela odlišný a ojedinělý pohled na problematiku hyperaktivních dětí přináší i Jarmila Prekopová a Christel Schweizerová ve své knize *Neklidné dítě* (2008). Nenahlíží na ni, jako na diagnostickou kategorii, jejich přístup k této problematice je zaměřen celostně, nepoužívají termíny ADHD či hyperkinetická porucha. Hovoří o fenoménu dětského neklidu, zasazeného do kontextu moderní společnosti a na základě svých klinických zkušeností se snaží vypátrat jeho původ a najít postupy, jak se s ním vyrovnat (Kolčárková, Lacinová, 2008). Autorky také kritizují nadměrné užívání termínu hyperaktivita v souvislosti s projevy neklidu v chování dětí. Fakt, že za příčinu dětského neklidu je považována organicky podmíněná mozková porucha považují za mýtus a jednostranný výklad problému. Nepopírají, že existuje skupina dětí, u nichž lze nalézt původ neklidu v drobném poškození mozku, avšak dle nich je u většiny hyperaktivních dětí příčinou neklidu nadměrná zátěž v určitém vývojovém období a psychický stres vznikající díky nenaplnění základních potřeb dítěte (Prekopová, Schweizerová, 2008).

Kolčárková a Lacinová (2008, s. 23) předkládají v této souvislosti názorná zjednodušená schémata:

„Tradiční (medicínský) pohled:

organicky podmíněná mozková porucha - neklid - problémy v rodině, ve škole

Podle Prekopové a Schweizerové (2008):

psychický stres - vnitřní neklid - tělesný neklid - organicky podmíněný syndrom.“

1.5 Komorbidity ADHD

Komorbiditou nazýváme v rámci této problematiky současný výskyt více psychiatrických diagnóz. U dětí se syndromem ADHD jsou přítomny další poruchy v 60 - 70% případů. Jedná se např. o poruchy školních dovedností, tzv. dys-poruchy, jako je dyslexie - potíže se

čtením, dysgrafie - problémy s psaným projevem, dysortografie - neschopnost orientovat se v gramatice nebo dyskalkulie - obtíže s matematickými úkony a chápáním číselné řady. Těmito poruchami trpí přibližně 30% dětí s ADHD. V kombinaci se symptomy ADHD jako je např. nepozornost se jedná o další komplikaci školní úspěšnosti vyžadující speciální postupy ve výuce a pomoc odborníků (Goetz, Uhlíková, 2013). Drtílková (2007) zmiňuje také časté problémy s vyjadřováním a nutnost logopedické péče. Dále uvádí možnost výskytu nápadné neohrabanosti a nemotornosti dítěte, tzv. „specifická vývojová porucha motorické funkce“ (s. 43) a větší výskyt leváctví.

Goetz, Uhlíková (2013), uvádí jako nejčastější diagnózu, zjištěnou u 40% dětí s ADHD poruchu opozičního vzdoru v angličtině označovanou jako ODD (Oppositional defiant disorder). Je charakteristická vzdorovitostí a to hlavně vůči autoritě, projevuje se hádáním s dospělými a záměrným porušováním pravidel. Později než OP se projevují poruchy chování, v anglické literatuře označované jako CD (Conducts disorders), které mají stupňující se tendenci s dospíváním a trpí jimi asi 14% dětí s ADHD. Tyto děti mají sklony ke lhaní, šikanování nebo zastrašování slabších, k vyvolávání rvaček, záškoláctví, toulání a útěkům z domova. Zelinková (2009, s. 198) popisuje opoziční chování takto: „charakteristickým rysem je extrémní fyzická agresivita, dominuje zráta přizpůsobivosti, nadprůměrná nesnášenlivost, hádavost, oslabená sebekontrola, opakované odmítání plnění požadavků dospělých“. Uvádí také další typické znaky těchto osob - zlomyslnost, mstivost a nedůtklivost, v konfliktních situacích hledají vinu na straně druhých.

Syndrom ADHD mohou provázet a to zejména u starších a dospívajících dětí úzkostné poruchy a depresivní příznaky (Drtílková, 2007). Goetz, Uhlíková, (2013) hovoří o poruchách nálad, kdy jsou rozlišovány dva základní typy - deprese, kterou trpí asi 4% školních dětí, výskyt se mnohonásobně zvyšuje u dospívajících a bipolární afektivní porucha, pro kterou je charakteristické střídání období špatných nálad a tzv. manické fáze projevující se nárůstem energie, zrychleného myšlení a hyperaktivního chování. Dle Drtílkové (2007) prokázaly genetické studie častý společný výskyt hyperkinetických poruch a depresí v některých rodinách. Zmiňuje však také pravděpodobnost vzniku části úzkostných a depresivních symptomů jako reakci na neúspěchy a frustrace pramenící např. ze školní a vztahové neúspěšnosti.

U 10% dětí s ADHD jsou pozorovány tiky, mající podobu mimovolných, opakujících se pohybů nebo zvuků, které se vyskytují v určitých situacích, častější jsou ve srovnání s ostatními poruchy spánku - náměsíčnost, noční děsy, mluvení ze spánku. Zastoupení

komorbidit se u syndromu ADHD mění s věkem a dostupná studia prokázala, že s věkem také stoupá jejich závažnost a klesá možnost zabránit určitým věcem a zmírnit rizika plynoucí z diagnózy ADHD nebo přidružené poruchy. V tomto kontextu se jeví jako důležitá včasná léčba ADHD (Goetz, Uhlíková, 2013).

Drtílková (2007) zdůrazňuje nutnost zvýšené péče dětem s komorbidními poruchami, jejichž léčba je komplikovaná a o vhodné medikaci musí rozhodnout zkušený pedopsychiatr.

Munden a Arcelus (2008) se ve své publikaci zabývají i poruchami, které se mohou jevit jako ADHD. Jsou to jednak onemocnění somatická:

- záchvaty - např. epileptické,
- poškození zraku a sluchu, které ztěžují orientaci v běžném denním životě a vedou ke zmatenosti, sklíčenosti a k chování, které vykazuje znaky nesoustředěnosti - důsledkem je pak stejně jako u ADHD školní neúspěšnost,
- akutní nebo chronické somatické onemocnění, která ovlivňují chování a emoce dítěte,
- následky poranění hlavy, které jsou někdy vnímány jako příčina ADHD,
- špatná výživa, která má vliv na výkonnost dítěte,
- spánkový deficit, který snižuje schopnost koncentrace a způsobuje podrážděnost dítěte.

Další skupinou jsou poruchy psychické:

- porucha chování - ne každé dítě s poruchami chování má syndrom ADHD,
- poruchy autistického spektra, které zahrnují jednak problematiku sociálních dovedností a poruchy v oblasti komunikace, vztahů a emocí a některé projevy mohou na první pohled vykazovat určitou podobnost s chováním dětí s ADHD,
- Tourettův syndrom, který se může vyskytovat společně s ADHD. Je typický opakovanými nekontrolovatelnými záškuby těla doprovázenými tzv. „vokálními tiky“ (s. 41). Tyto projevy pak mají vliv na neschopnost udržet koncentraci,
- obsedantně - kompulzivní porucha doprovázená neschopností ovládat impulzy k nutkavému chování,
- psychotické poruchy - ty se u dětí a dospívajících nevyskytují často.

1.6 Shrnutí

ADHD je označením pro onemocnění způsobující obtíže se soustředěním, hyperaktivitou a impulzivitou. Je jím postiženo odhadem 5 - 10% populace, 20% chlapecké a 8% dívčí.

Spolu s poznatky o tomto onemocnění se vyvíjela také terminologie. Při stanovování diagnózy používají psychiatři v ČR diagnostická kritéria podle MKN - 10. Dlouhodobé vědecké studie potvrzují dědičný podklad ADHD, který se sčítá s vnějšími vlivy. Vyšší riziko dědičnosti syndromu je po mužské linii. V 60 - 70% případů se u dětí s ADHD vyskytují komorbidity, jako jsou poruchy školních dovedností, porucha opozičního vzdoru, poruchy chování, zneužívání návykových látek, úzkostné poruchy, tiky, poruchy nálad a spánku.

2 DÍTĚ S ADHD V RODINĚ A VE ŠKOLE

„Práce vychovatele se podobá práci zahradníka, který pečuje o různé rostliny. Jedna rostlina má ráda ostrý sluneční svit, jiná chladivý stín; jedna má ráda břeh potoka, jiná vyprahlý vrcholek hory. Jedné se nejlépe daří na písčité půdě, druhé na úrodné hlíně. Každá musí mít péči přiměřenou svému druhu, jinak jejich naplnění nedojde cíle.“ 'Abdu'l-Bahá (Peseschkian, 1999, s. 17).

2.1 Rodiče dítěte s ADHD

Každý rodič má vůči svému dítěti určitá očekávání a představy o tom, jaké by dítě mělo být, jak by se mělo chovat, co by mělo dokázat. Ideálem je dítě zdravé, harmonicky se vyvíjející, tedy naplňující představy a přání rodičů. Pokud nedojde k naplnění představ a ukáže se, že dítě nějakým způsobem vybočuje z normy - je postižené, nemocné, problematické, dochází ke zhroucení ideálu a rodiče zažívají určitý otřes, který může vyústit v pocity úzkosti, tísně, beznaděje. V další fázi nastupují individuální obranné mechanismy, např. ve formě popření skutečnosti, hledání viny a viníka, někdy agrese plynoucí z úzkosti vyúští v sebeobviňování, degradaci vlastní osoby, deprese apod. (Matějček, 1986).

Výchova jakýmkoliv způsobem znevýhodněného dítěte je nesmírně náročná a vyžaduje velkou dávku trpělivosti a sebezapření. Člověk bez podobných zkušeností těžko dokáže posoudit míru stresu, jakému jsou vystaveni rodiče vychovávající dítě s diagnózou ADHD (Train, 1997). Hyperaktivita u dítěte je velkou zátěží pro celou rodinu, neklidné dítě je zdrojem napětí pro všechny, kteří s ním jsou delší dobu v kontaktu. Jeho chování je rušivé, dráždivé a vyčerpávající, produkuje chaos ve svém okolí. (Vágnerová, 1999). V odborné literatuře je popsána řada pocitů, emocí a situací, které rodiče těchto dětí zažívají:

- nespokojenost a zklamání pramenící z nenaplněných představ o dítěti - někdy přitvrdí ve výchově nebo po určité době rezignují (Vágnerová, 1999),
- pocity bezmoci - projevy a chování dítěte jsou těžko korigovatelné, žádné výchovné postupy nejsou účinné (Vágnerová, 1999),
- pocity neschopnosti a rodičovské nekompetentnosti a z toho vyplývající pocity ponížení, viny a selhání, např. jsou velmi často zváni do školy a vybízeni k tomu, aby dítě ukáznili a přiměli k přijatelnému chování (Munden, Arcelus, 2008),

- nepochopení okolí, které uděluje rodičům, zvláště matkám, které jsou s dětmi většinou častěji, nejrůznější výchovné rady a může být zdrojem konfliktů (Munden, Arcelus, 2008),
- pocit studu za chování dítěte, protože za ně cítí odpovědnost (Kolčárková, Lacinová, 2008),
- „ambivalenci - dítě mohou mít na jedné straně rády a na druhé straně ho mohou vnímat jako narušitele klidu a cítit k němu nechuť“ (Kolčárková, Lacinová, 2008, s. 55),
- vyčerpání, zoufalství a časté rozlady, které můžou vyústit v deprese (Kolčárková, Lacinová, 2008),
- časté neshody mezi partnery - může dojít k narušení partnerského vztahu (Kolčárková, Lacinová, 2008),
- ohrožení sociální izolací, ztrátou zájmů a přátel (Goetz, Uhlíková, 2013).

Z toho vyplývá, že výchova těchto dětí klade zvýšené nároky v oblasti fyzické, psychické, časové i sociální a i když jsou přístupy k dětem s ADHD v jednotlivých rodinách odlišné, pocity, obavy a problémy rodičů se moc neliší. Rodiče potřebují zažít pocit přijetí a pochopení, potřebují také podporu, pomoc a konkrétní rady ve výchovných přístupech, jak s dítětem komunikovat, jak efektivně řešit každodenní problémy a jak se zachovat v různých situacích. Je třeba posílit jejich rodičovské kompetence. Zde má zásadní význam informovanost rodičů o problematice jejich dětí. Pro rodiče je důležité pochopit příčiny chování a obtíží svého dítěte, porozumět jeho jednání a reakcím a dozvědět se, jak mu mohou pomoci. Přínosný bývá také kontakt s jinými rodiči dětí s touto problematikou, např. v rámci rodičovských skupin v poradenských pracovištích. Pro rodiče je důležité vědět, že v tom nejsou sami a že mohou sdílet svoje pocity, starosti a obavy s ostatními (<http://www.mpsv.cz/cs/8159/cit.05.02.2016/>).

2.2 Specifika výchovy

Na vývoj každého dítěte má rozhodující vliv rodina, ve které vyrůstá. Základní potřebou každého dítěte je jistota ve vztazích s nejbližšími lidmi. Symptomy ADHD může posilovat nebo naopak mírnit rodinné zázemí, vztahy panující uvnitř rodiny. Velmi negativně působí nestabilní a disharmonické vztahy v rodině, nespolehlivost a nepředvídatelnost chování

rodičů, zanedbávání, nadměrné trestání, absence režimu a chaos. Na psychickou zátěž, stres, traumatické události nebo změny děti většinou reagují zhoršením chování (Drtílková, 2007). Podle Traina (1997, s. 96) „*dítě s ADHD potřebuje takové prostředí, ve kterém by se cítilo bezpečně. Musí cítit, že se o něj někdo stará, že v jeho blízkosti jsou lidé, na které se může spolehnout. K tomu, aby si připadalo méně ohrožené a aby se tlumily nežádoucí projevy v jeho chování, potřebuje jednoznačné vedení, přítomnost autority a kázeň. Ačkoliv je důležité dítěti s ADHD porozumět, v žádném případě to neznamená, že byste měli tolerovat jeho nevhodné chování.*“

Vzhledem k tomu, že u dětí s ADHD je významně opožděn emocionální a sociální vývoj, dochází k tomu, že i dítě školou povinné, přestože jeho intelekt je v normě, má projevy podobné dítěti v předškolním nebo batolecím věku. Mnohdy pak postačí, reaguje-li rodič na chování dítěte tak, jak by reagoval na dítě stejného vývojového období (Masopustová, 2014).

Výchovná doporučení pro rodiče se dají shrnout takto:

- na prvním místě stojí nutnost znát osobnost dítěte a správně posoudit jeho schopnosti, možnosti a limity a od toho odvíjet své požadavky (Třesoňková, 1986),
- orientovat se v problematice syndromu a pochopit tak příčiny chování dítěte (Třesoňková, 1986),
- diagnózu před dítětem netajit, dítě by mělo být seznámeno s jejími příznaky vhodným způsobem, přiměřeným věku, lze tak předcházet vzniku pocitů méněcennosti, současně neakceptovat tendence dítěte vymlouvat se na ni (Drtílková, 2007),
- vytvořit jasný a pro dítě srozumitelný domácí řád s pravidly a povinnostmi, režimem dne ((Drtílková, 2007),
- slovní příkazy musí být krátké a jasné, ale ne autoritativní ((Drtílková, 2007),
- příkazy by neměly obsahovat více než jednu informaci, musí být konkrétní, obsahovat činnost, kterou má dítě vykonat, aby úspěšně splnil svůj úkol (Mertin, 2004),
- posilovat žádoucí chování, např. odměnami, vázanými na splnění úkolu nebo povinnosti nebo na potlačení nevhodných projevů (Drtílková, 2007),
- často dítě chválit a to nejen za úspěchy, ale i za snahu, maličkosti a momenty, na kterých lze stavět v budoucnu. Co nejčastější upřímná pozitivní zpětná vazba je velmi důležitá pro podporu zdravé sebedůvěry a sebevědomí dítěte, pro vytvoření

pozitivního vztahu k sobě samému. Nejvhodnější formou je používání první osoby, které je pro dítě věrohodnější - ne: "to je hezký obrázek", ale: "tvůj obrázek se mi líbí". Může být i neverbální - pohlázení, obětí (Masopustová, 2014),

- vhodnou formou poskytnout dítěti jasnou negativní zpětnou vazbu v případě jeho nevhodného chování - ne: „jsi zlobivý, to se nedělá, ale např.: „mrzí mě, že jsi lhal.“ Opět je vhodné použití první osoby. Nevhodně podaná zpětná vazba a výčitky nejsou řešením, spíše způsobí, že se dítě zatvrdí a bude dělat vše pro to, aby své negativní nálepky nosilo oprávněně. Vzhledem k jeho dispozicím je to pro něj nejjednodušší způsob obrany (Masopustová, 2014),
- vést děti k prodlužování doby, po kterou vydrží u započaté činnosti a k dokončení alespoň nějakého z úkolů nejlépe za pomoci dospělého (Mertin, 2004),
- nereagovat impulzivně na impulzivní chování dětí (Masopustová, 2014),
- u negativistických dětí nebrat vážně první odpověď "ne" (Masopustová, 2014),
- nedoporučují se dlouhé diskuse, je vhodné, aby dospělý zdůraznil naléhavost svých pokynů fyzickou přítomností, která vede k tomu, že dítě svoji aktivitu omezí a s činností přestane, pokud přítomnost nestačí, doporučuje se fyzický kontakt, např. vzít dítě za ruku a ke splnění pokynu ho „dovést“ (Mertin, 2004),
- dát dítěti návod jak naložit s negativními emocemi - „nebij spolužáka, pokud ti něco udělal, řekni mu, čím tě rozzlobil" (Masopustová, 2014),
- rodič musí být pro dítě čitelný, raději často poskytnout zpětnou vazbu, než v sobě dusit vztek a pak vybuchnout (Masopustová, 2014).

Train (1997) dodává, že „*těžiště výchovy*“ (s. 107) spočívá v budování identity dítěte, pozitivního sebehodnocení, sebedůvěry a sebekontroly. Velmi důležité je také posilování jeho sebeúcty, protože má již zafixovaný negativní sebeobraz. Pokud rodiče pomůžou dítěti s tím, aby se dokázalo vyrovnat samo se sebou a se svým handicapem, získá větší jistotu a nebude zaujímat obranné postoje. Jedná se samozřejmě o dlouhodobý proces.

Mertin (2004) zdůrazňuje vhodnost relaxace, např. i ve formě společného plavání s rodiči. Tato činnost vede k uvolnění a odpočinku a kompenzuje vyčerpanost dítěte, ke které dochází díky jeho nadměrné aktivitě. Dalším důležitým momentem ve výchově dítěte je dle něj předvídatost dospělých, kteří mohou na základě zkušeností s chováním dítěte v určitých situacích předvídat a preventivně zasáhnout, takže některé problémy pak vůbec nemusí vznikat a není nutné řešit jejich důsledky. Rodiče hrají dominantní roli ve výchově

dítěte a jsou primárně odpovědní za jeho všestranný rozvoj. To nejdůležitější, co můžou svým dětem dát je empatie, zdravá náklonnost a společně strávený čas, nejlépe hrou, pohybem a společnými zážitky, které obohatí jak dítě, tak rodiče a posílí vzájemný vztah (Baptie, 2014).

2.3 Pedagog a dítě s ADHD

„Došel jsem k děsivému závěru, že rozhodujícím prvkem ve třídě jsem já. Atmosféru vytvářím svým osobitým přístupem a pohodu svou každodenní náladou. Jako učitel mám obrovskou moc vnášet do života dětí déšť i slunce. Umím být nástrojem trápení, ale i zdrojem inspirace. Umím pokořovat i ustupovat, zraňovat i uzdravovat. Jen na mně pokaždé záleží, zda se krize vystupňuje nebo zažehná a zda se dítě polidští nebo odlidští“ (Riefová, 2010, s. 117 in Ginnot, 1972, s. 15).

Vzhledem k tomu, že příznaky ADHD jsou nejvíce citelné v situacích, kdy je dítě nuceno podřídit se nějakým pravidlům a režimu, je výuka těchto dětí dosti náročná, někdy se může zdát, že i nerealizovatelná. Vyžaduje kromě trpělivosti, důslednosti, psychické zdatnosti a empatie pedagoga většinou individuální dlouhodobou práci.

Velmi důležitá je informovanost pedagogů o problematice syndromu ADHD, při dnešní frekvenci tohoto handicapu by měla být samozřejmostí. Stává se prevencí konfliktů a nedorozumění mezi pedagogy, žáky a rodiči. Informovaný pedagog se orientuje v symptomech ADHD a chování charakteristické pro tento syndrom pak nepovažuje za projevy schválnosti, neposlušnosti a nezvládnuté výchovy. Ke ztížení pochopení projevů poruchy přispívá proměnlivost příznaků v jednotlivých vývojových obdobích. Právě pedagog si může jako první všimnout příznaků poruchy, upozornit na ni a také významně přispět k vytvoření uceleného obrazu žáka při jeho kompletním vyšetření (Goetz, Uhlíková, 2013). Jak zmiňuje Train (1997, s. 149) *„učitelé by měli být vyškoleni tak, aby rozpoznali symptomy ADHD, aby věděli, jak s takovým dítětem pracovat a jak působit na ostatní, aby se naučili respektovat jeho potřeby.“* Z literatury vyplývá, že nejvíce úspěšní jsou u dětí učitelé s tzv. demokratickým přístupem, pro který je mimo jiné typický i smysl pro spolupráci na rozdíl od pedagogů a vychovatelů, kteří uplatňují autoritativní způsob jednání (Třesoňková, 1986).

Ke každému dítěti by měl pedagog přistupovat jako k jedinečné osobnosti a volit individuální přístup, ale je nutné brát v potaz, že dítě s ADHD pro něj představuje značnou zátěž

a v situaci, kdy je ve třídě dvacet až třicet žáků, se kterými má probrat učivo dle daných osnov berou teoretické poučky za své. Ostatně situace není o moc lepší ani ve třídách s nižším počtem žáků ani zde není jednoduché takové dítě zvládat. Častá je situace, kdy pedagogové vyvíjí tlak na to, aby dítě ze třídy či školy odešlo. Je třeba si uvědomit, že chování dítěte způsobuje jeho handicap, samo si neumí pomoci a spoléhá na dospělé, že mu pomohou jeho obtíže lépe zvládnout (Train, 1997).

Stěžejními průvodci dítěte jsou ve školním období rodiče a učitelé a pro dobré prospívání dítěte je zásadní, aby dítě vnímalo, že jsou schopni spolu bezkonfliktně komunikovat, spolupracovat a vystupovat jako rovnocenní partneři. Aby byla tato spolupráce a komunikace funkční, je dobré, aby oběma stranám byla jasná jejich očekávání a oprostily se od vzájemných předsudků. Rodiče mnohdy po předchozích negativních zkušenostech očekávají kritiku dítěte a své nedostatečné výchovy a při pozvání do školy automaticky zaujmají obranné postoje, což brání navázání dobré spolupráce a je na škodu dítěti. Pro navázání dobré spolupráce je vhodné, aby z jednání a vystupování pedagoga byla patrná snaha společně hledat řešení aktuálních problémů za použití vhodných výchovných postupů a důležité je také zvolené postupy dodržet. Je to cesta ke snížení počtu rodičů, kteří se brání nebo nejeví zájem o spolupráci. S neochotou a nezájmem rodičů se v současné době pedagogové setkávají poměrně často a jsou také více než dříve podrobování kritice nebo stížnostem a soudním žalobám. Tato situace vede k tomu, že někdy odkládají řešení situace s problémovým dítětem a řeší se pak až situace vyhrocené, kterým by se dalo předejít včasným zásahem. Proto je důležité, aby i rodič vyjádřil svou vstřícnost ke spolupráci a důvěru v učitele a společně nastavili, jakým způsobem budou spolupracovat. (Masopustová, 2014).

2.4 Specifika výuky

Děti s ADHD mají ve škole díky potížím se soustředěním, hyperaktivitou a impulzivitou a všem důsledkům z těchto symptomů vyplývajícím, časté problémy. Vysoké procento dětí je navzdory dobrému intelektu ve škole podprůměrné (Munden, Arcelus, 2008). Často chybují, pracují povrchně a často také zadanou práci nedokončí. Učitelé to mnohdy vyhodnotí jako důsledek nedostatečné snahy a motivace dítěte. K tomu se přidává další problém, kterým je neschopnost dodržovat obecně dané normy chování a porucha v oblasti autoregulace, což zase mnohdy pedagogové přičítají projevům nekázně a špatného vychování, nikoli projevům poruchy centrální nervové soustavy. Dlouhodobá školní

neúspěšnost a časté negativní zpětné vazby pak vedou k vytvoření odporu dítěte ke škole a k učení. Přírozenou reakcí jsou pak obranné mechanismy ve formě odmítnutí nebo vytěsnění negativních hodnocení, mnohdy také zkreslování reality (Vágnerová, 1999). Častý je také výskyt specifických poruch učení u dětí s ADHD, zejména dyslexie a dysgrafie, což je další významná komplikace školní úspěšnosti (Munden, Arcelus, 2008). Pro úspěšné zvládnání výuky ve třídě s dítětem ADHD je nutná úprava jejího režimu. V této souvislosti existují obecná pravidla, která usnadňují práci s dítětem ve třídě:

- je vhodné, aby dítě s ADHD sedělo v předních lavicích (ne však u okna), což částečně zamezí rozptylování jeho pozornosti a také usnadňuje interakci dítěte s učitelem a možnost pedagoga dítě *„jemně a účinně usměrnit směrem k probíhající výuce“* (Goetz, Uhlíková, 2013, s. 134),
- je důležité, aby dítě zažilo pocit úspěšnosti, proto je potřeba alespoň občasná pochvala, vhodné je zadávání krátkých úkolů, kde může být dítě úspěšné a jeho bezprostřední ocenění (Goetz, Uhlíková, 2013),
- pro usměrnění jejich chování zadávat dětem práci, při které využijí svoji aktivitu a zaujme je (Goetz, Uhlíková, 2013),
- pozornost dětí více upoutá energický, emočně živý výklad než jednotvárný (Goetz, Uhlíková, 2013),
- vhodné je při kolísání pozornosti měnit styl výuky a využívat pomůcky, které pomohou udržet zájem dětí (Goetz, Uhlíková, 2013),
- vzhledem k poklesu pozornosti dětí s ADHD během dne, by měl učitel náročnější předměty a úkoly zařadit ráno a postupem dne zařazovat ty méně náročné, aktivnější (Goetz, Uhlíková, 2013),
- efektivní je zařadit do výuky změnu činností a krátká tělesná cvičení ke snížení pocitu únavy a jednotvárnosti, což je prospěšné pro všechny děti (Goetz, Uhlíková, 2013),
- zcela nevhodné jsou časově limitované písemné testy, vhodnější je jejich rozdělení na několik částí, stejně tak ústní zkoušení je vhodnější kratší a častější (Drtílková, 2007).

I ve škole samozřejmě platí, že tyto děti potřebují řád s jasnými pravidly, jednoduchou komunikaci a okamžitou zpětnou vazbu. Jejich velkým problémem je například téměř permanentní zapomínání školních pomůcek, domácích úkolů, apod. Situaci nezlepší neustálé poznámky a zhoršené hodnocení, doporučuje se pomoc dítěti ve formě různých kartiček, zápisníků, dohled nad zápisem, zadání úkolu, případně náhradní pomůcky a učebnice ve škole a oceňování i malých pokroků v této oblasti. Dítě není schopné přestat zapomínat. Problematická je také domácí příprava dětí do školy, zvláště písemné úkoly, proto je žádoucí, aby byly méně časté a kratší (Goetz, Uhlíková, 2013). Klasifikace by měla probíhat zcela specificky, pedagogové by neměli snižovat známky z chování nebo z jiných předmětů, pokud se prokáže, že je příčinou selhávání tato porucha. Je možné využít alternativní formy hodnocení, jako např. slovní nebo bodové (Drtilková, 2007).

Podle školského zákona jsou děti s ADHD zařazeny do skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Tito žáci mají nárok na tzv. „vyrovnávací opatření“:

- *využívání pedagogických a speciálně pedagogických metod a postupů, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků,*
- *poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku,*
- *využívání pedagogických služeb školy a školského poradenského zařízení,*“
- *individuální vzdělávací plán,*
- *podpora asistenta pedagoga“ (Kendíková, 2014, s. 2).*

Jak uvádí Hrdlička v publikaci Munden a Arcelus (2008, s. 99) pokud je diagnóza ADHD na základě psychologických a psychiatrických vyšetření potvrzena, lze u dítěte navrhnout integraci. „*V rámci tohoto opatření, po vyhovění všem podmínkám ve smyslu Metodického pokynu MŠMT ČR k integraci dětí a žáků se specifickými vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení, dostává škola tzv. zvýšený finanční normativ na integrované dítě, ze kterého je financována speciální péče ve škole. Podmínkou je vypracování individuálního vzdělávacího programu, který připravuje škola ve spolupráci s pedagogicko-psychologickou poradnou nebo speciálně-pedagogickým centrem.*“ Některé základní školy nebo třídy v běžných základních školách se na výuku dětí se specifickými vývojovými poruchami chování (ADHD) specializují. Jsou vhodné zejména pro děti s těžší formou hyperaktivity, které by klasickou výuku nezvládly. Výhodou je malý počet žáků ve třídách, vedení speciálních pedagogů, přítomnost asistenta a individuální přístup. Vzhledem ke

zvyšujícímu se počtu dětí se syndromem ADHD v populaci může být problém s volnou kapacitou. Na závěr nutno dodat, že jedním z nejdůležitějších faktorů školní úspěšnosti žáka s ADHD je vytvoření pozitivního vztahu mezi dítětem a učitelem. Jak uvádí Goetz, Uhlíková (2013, s. 133) „*dítě s ADHD by mělo cítit, že mu učitel drží palce a snaží se mu pomoci situaci ve škole zvládnout.*“

Mertin (2004) si klade otázku zda je nějaký rozdíl mezi edukací běžného dítěte a dítěte s ADHD a uvádí, že výchova tohoto dítěte vyžaduje „*kultivovanější vedení*“ (s. 60), tzn. kompenzovat deficity dítěte „*kvalitnějším výchovným působením a množstvím času, po který na ně dospělý působí*“ (s. 60).

2.5 Sociální důsledky syndromu ADHD

Děti s projevy syndromu ADHD bývají v životě často odmítány nebo přijímány ambivalentně. Jsou častěji podrobovány kritice, četnost a kvalita mezilidských vztahů je negativně ovlivněna jejich limity. Také začleňování mezi vrstevníky je komplikováno neschopností spolupracovat, nezralostí, egocentrismem a soustředěností na své vlastní okamžité uspokojení, kdy se nedokážou chovat ohleduplně. Jednají impulzivně, afektivně, špatně se podřizují jakýmkoliv normám a pravidlům hry, jejich chování lze charakterizovat jako nestálé a nepředvídatelné, ovlivněné aktuálními vnějšími podněty, bývají přecitlivělé a dráždivější. Důsledkem těchto projevů jsou výrazné potíže v sociálních vztazích - odmítání ostatními, zvláště pak vrstevníky (Vágnerová, 1999). Proto děti s ADHD nemívají mnoho kamarádů a pokud si nějaké najdou, bývají to často problémoví jedinci. Často také kamarády ztrácejí. Tuto skutečnost si sice uvědomují, je to bolestné, ale není v jejich schopnostech tento stav změnit (Munden a Arcelus, 2008). Jak uvádí Vágnerová (1999, s. 85), „*mnohdy lze mluvit až o deprivaci v oblasti potřeby citové akceptace a sociálního kontaktu, vesměs kombinované s prožitkem stresu.*“

„*Mnohé změny osobnostního vývoje neklidného dítěte jsou dány sekundárně. To znamená, že jsou důsledkem negativních reakcí okolí, které vyvolává primární porucha, tj. hyperaktivní projev*“ (Vágnerová, 1998, s. 42).

Dítě s ADHD je také vystaveno většímu riziku šikany a to i skryté nebo naopak vzhledem ke své malé úspěšnosti ve vztazích s vrstevníky se může strůjcem šikany stát (Train, 1997). Lidé s touto poruchou nebudí sympatie, od dětství jsou kritizováni dospělými a vrstevníci o jejich přátelství nestojí. Kompenzací negativních vztahových zkušeností jsou různé

druhy obrany, např. náhradní uspokojování, které se může projevovat jak vlezlost či agresivita nebo v obraně vlastní identity jako popírání nepříznivé informace. V procesu rozvoje vlastní identity a vytváření sebeobrazu hrají hodnocení a postoje okolí důležitou roli. Děti s ADHD, kteří jsou okolím neustále kritizováni si pak vytvářejí negativní obraz o sobě, vnímají se jako nežádoucí, neúspěšní, méněcenní, stále očekávají kritiku, což také ovlivňuje jejich chování. (Vágnerová, 1999).

Jak zmiňují ve svých publikacích Drtílková (2007) i Munden a Arcelus (2008) v dávné době, „v období lovců a sběračů,“ ještě před tím, než se lidé začali živit zemědělstvím, byly symptomy ADHD považovány za výhodnou výbavu. V této souvislosti uvádějí názory Petera Jensena z Národního institutu pro duševní zdraví v Rockville v USA a jeho kolegů. Dítě s ADHD je chápáno jako jedinec s rychlou schopností reagovat, tzn., že pro jeho chování jsou typické tyto charakteristiky:

- „*nadměrná ostražitost (vysoká bdělost), schopnost přijmout a zpracovat informace prostřednictvím všech smyslů najednou; rychlá orientace v prostoru;*
- *přípravenost rychle zaútočit (nebo utéci),*
- *nadměrná aktivita (shánění potravy, stěhování do teplejších oblastí při nástupu chladných období během doby ledové)“ (Munden a Arcelus, s. 48).*

Z tohoto výčtu vyplývá, že v dnešní organizované společnosti, kdy nejsou běžná bezpečnostní rizika přímo ohrožující život jedince a není také nutný každodenní boj o přežití ve smyslu obstarávání potravy, jsou tyto schopnosti chápány spíše jako nevýhoda. V moderní společnosti jsou úspěšnější spíše lidé s analytickým myšlením a řešením problémů, schopni potlačovat a zvládat impulzivitu a hyperaktivitu. Proto mnozí lidé s charakteristickými rysy ADHD jsou vnímáni jako lidé s poruchou (Munden a Arcelus, 2008).

Děti s ADHD opravdu nemají jednoduchý život. I když informovanost o syndromu ADHD je v současné době mnohem větší než dříve, je pro okolí těžké tyto projevy akceptovat. Ideální stav je ten, kdy škola a rodina jsou ve shodě, včas odhalí příznaky, vzájemně spolupracují i za pomoci odborníků a podporují žádoucí chování dítěte. Dítě s ADHD nutně potřebuje pomoc a specifický přístup jak ze strany rodičů, tak učitelů. Jinak je velká pravděpodobnost, že pod tíhou negativních nálepek postupně rezignuje, ztratí jakýkoliv zájem o školu a smysluplné trávení volného času a v období dospívání si svoji dosavadní neúspěšnost kompenzuje v závadové partě, kde je většinou přijímáno. Může pak docházet k toulání, k útěkům z domova, experimentování s návykovými látkami a dalším sociálně

patologickým jevům, jako je například trestná činnost. Těmto situacím však lze předcházet, i dítě s ADHD lze vychovat a zvládnout, samozřejmě s velkou dávkou empatie, trpělivosti, rodičovské lásky, s jasnými pravidly a mantinely.

(<http://evavaleriemaxova.blog.idnes.cz/cit.06.02.2016/>).

2.6 Shrnutí

Výchova dítěte s ADHD je náročná a vyžaduje velkou dávku trpělivosti, empatie, důslednosti a také informovanosti o této problematice, jak ze strany rodičů, tak pedagogů. Doma i ve škole platí, že tyto děti potřebují řád s jasnými pravidly, jednoduchou komunikaci a okamžitou zpětnou vazbu. Ve školním prostředí, kde jsou děti nuceny dodržovat určitá pravidla a režim, mají v důsledku symptomů ADHD nejvíce problémů a vysoké procento dětí navzdory dobrému intelektu prospívá podprůměrně. Proto je vhodný individuální přístup a úprava režimu výuky. Zásadní je bezkonfliktní otevřená komunikace a spolupráce rodiny a školy. Dítě s ADHD nutně potřebuje pomoc a specifický přístup jak ze strany rodičů, tak učitelů.

Děti se syndromem ADHD mají také problémy s navazováním a udržením vztahů, často bývají osamělé. Jsou vystaveny kritice ze strany dospělých a odmítání ze strany vrstevníků a je tu riziko, že budou zvláště v období dospívání inklinovat k navazování vztahů v závadovém sociálním prostředí, kde si budou kompenzovat svoji neúspěšnost. Může pak docházet k rizikovému chování jako je toulání, útěky z domova, experimentování s návykovými látkami nebo trestné činnosti. Jelikož stěžejními průvodci dítěte jsou rodiče a učitelé, lze tomuto zabránit pouze za jejich vydatné pomoci, jak již bylo řečeno, díky jejich informovanosti, trpělivosti, empatickému a individuálnímu přístupu.

3 SOUČASNÉ MOŽNOSTI LÉČBY ADHD A PORADENSTVÍ

„Zkoumáme-li ADHD, je to jako bychom se dívali do kaleidoskopu, ačkoli se obrázek promění tolikrát, kolikrát kaleidoskopem otočíme a nikdy není stejný, vždycky se skládá ze stejných prvků a barev a odráží se ve stejných násobcích“ (Munden a Arcelus, 2008, s. 59).

3.1 Diagnostika ADHD

Stanovit diagnózu ADHD není jednoduché, protože jednotlivé symptomy se liší podle věku dítěte, situace a podmínek, mohou být přítomny ještě jiné poruchy, pro které pak symptomy ADHD lze hůře diagnostikovat nebo se ADHD může vyskytnout u jiných poruch (Munden a Arcelus, 2008). Michalová (2007, s. 35) uvádí, že diagnózu ADHD lze stanovit až po vyloučení některých duševních postižení, jako jsou:

- *„pervasivní vývojové poruchy,*
- *psychotické poruchy,*
- *poruchy nálad,*
- *poruchy úzkostné,*
- *poruchy disociativní,*
- *poruchy osobnosti.“*

V současné době je syndrom ADHD u dětí nejčastější příčinou psychiatrického vyšetření a následné léčby. Projevy a jejich intenzita se mění s věkem dítěte, rozdílné jsou také u chlapců a u dívek. U některých dětí se již kojeneckém věku objevují projevy hyperaktivity - takové dítě má výrazně nepravidelný režim spánku a bdělosti, je více dráždivé, hlučné a uplakané. V batolecím věku se pak projevuje větší neklid, nerovnoměrný psychomotorický vývoj, nepředvídatelné reakce s vyšším rizikem úrazů a bouřlivější období vzdoru. Pro předškolní věk je typická velká živost - neustálý pohyb, vyžadování pozornosti, nadměrná náladovost, častá podrážděnost, neposlušnost. V rámci rodiny je dítě, i když s vypětím všech sil stále zvladatelné. První výraznější problémy se mohou projevit, pokud dítě nastoupí do předškolního zařízení, kde je nuceno se podřídit. Školní věk je obdobím, kdy se syndrom ADHD projeví nejvýrazněji. Dokladem toho je mimo jiné skutečnost, že nejvíce dětí je diagnostikováno v období mezi šestým a devátým rokem. Ve školním prostředí, kde se vyžaduje ukázněnost, soustředění, sebeovládání

a podávání výkonu se naplno projeví všechny symptomy ADHD. Pro období adolescence je typické zmírnění hyperaktivity při přetrvávání nesoustředěnosti, malé vytrvalosti a absenci spolehlivosti, mohou se objevit stavy úzkosti, deprese, poruchy chování, případně experimentování s návykovými látkami, trestná činnost. Dle současných průzkumů až u šedesáti procent jedinců, kteří v dětství trpěli ADHD mohou příznaky přetrvávat i v dospělosti.

(<http://adehade.cz/diagnostika/priznaky-podle-veku-ditete/cit.09.02.2016/>).

Při včasné provedené diagnostice syndromu ADHD a adekvátní komplexní terapii se zvyšuje naděje na úspěch. Diagnózu ADHD lze spolehlivě stanovit pouze na základě řady lékařských vyšetření. Jedná se o vyšetření dětského pediatra, psychologa, speciálního pedagoga, vyšetření logopedické, ORL včetně foniatrie a v některých případech také vyšetření neurologické, jehož součástí je například EEG vyšetření - záznam elektrické aktivity mozku (Šlapal, 2015). Na základě výsledků všech vyšetření by měl diagnózu stanovit dětský psychiatr, který provádí s rodiči a s dítětem pohovor, vyplňují u něj také dotazníky cílené na posouzení duševního stavu dítěte (Goetz, Uhlíková, 2013).

3.2 Způsoby léčby a terapie

Jak uvádí Goetz, Uhlíková (2013) nejvíce účinná se jeví komplexní terapie, která „se skládá z několika vzájemně se podporujících metod a zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a režimová a výchovná opatření“ (s. 82).

Prekopová a Schweizerová (2008) rozlišují terapeutické aktivity následovně:

- podpůrná terapie pro posílení osobnosti dítěte, jeho sebepojetí a interakcí v rámci jeho sociálního prostředí,
- terapie, která „řídí pohybovou aktivitu a zlepšuje úroveň aktivace (pozornost, schopnost koncentrace) hyperaktivního dítěte“ (s. 140),
- terapie „biochemickou cestou“ (s.140), například farmakoterapie, výživové doplňky, dietní opatření.

Do první skupiny lze zahrnout například terapii pevným objetím, kterou Goetz, Uhlíková (2013) řadí mezi „alternativní a doplňkové léčebné postupy“ (s. 151), které slouží k rychlému zklidnění dítěte v rámci jeho hyperaktivity, což je pouze jeden ze symptomů ADHD a je vhodný a možný „pouze přechodně u mladších dětí“ (s. 152). Jak uvádí

Prekopová a Schweizerová (2008, s. 141) jedná se o „*prodloužené držení hyperaktivního dítěte v těsném tělesném kontaktu.*“ za účelem odstranění napětí při doprovázení terapeutem. Dále do této kategorie můžeme zařadit systémovou rodinou terapii, která je zaměřená především na zlepšení komunikace, terapii chování zacílenou na schopnost seberegulace dítěte, klasickou dětskou psychoterapii, psychodrama apod. (Prekopová, Schweizerová, 2008).

Goetz, Uhlíková (2013) uvádí, že jako nejefektivnější se u dětí s ADHD jeví kognitivně behaviorální terapie (KBT), která, „*učí rozpoznávat zažitá a opakující se schémata myšlení (cognitive) a jednání (behaviour) a na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit výhodnější či emočně přijatelnější postup*“ (s. 94).

Z řady metod řadících se ke druhé skupině terapeutické pomoci lze dle Prekopové a Schweizerové (2008) uvést např. kineziologii zaměřenou na zefektivnění „*spolupráce levé a pravé mozkové hemisféry*“ (s. 141), hrovou terapii, progresivní relaxaci, která je podobná autogennímu tréninku, dále terapii hudbou, jízdu na koni, canisterapii.

Z dalších metod lze uvést kraniosakrální terapii, která dle Pelletierové (s. 106) „*vychází z teorie, že potíže s učením jsou způsobeny dvěma lebečními kostmi, které utiskují mozkovou tkáň.*“ Terapie opět není vědecky podložena a může se jednat o velmi bolestivou záležitost. Na základě knihy Dr. Harolda Levinsona, která byla publikována v roce 1981 vznikla teorie o nápravě problémů v této oblasti prostřednictvím léčby dysfunkcí vestibulárního systému, tzn. „*rovnovážného systému těla*“ (s. 107).

Michalová (2007, s.169) popisuje metodu EEG biofeedback a to jako „*vysoce specifickou metodu pro posílení mj. žádané aktivace nervové soustavy, především pro trénink pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně (zklidnění impulzivity a hyperaktivity).*“ Dle některých odborníků ukázala studia stejný efekt EEG biofeedbacku jako u psychostimulancí (Michalová, 2007 in Tyl, 1997).

Dalšími podpůrnými programy jsou HYPO (HY-hyperaktivita, PO-pozornost), KUPOZ a KUMOT. Program HYPO je zacílen na věkovou kategorii dětí od 5,5 do 6,5 (maximálně 8) let a je určený ke „*stimulaci percepčně - kognitivních funkcí v předškolním věku a k posílení pozornosti*“ (Michalová, 2007, s. 164). Program KUPOZ vytvořený Dr. Kuncovou je vytvořen pro děti mladšího školního věku a spočívá v domácí práci na zadaných úkolech společně s rodičem. Pod vedením poradenského pracovníka dítě společně s rodičem pracují patnáct týdnů na přidělených úkolech jejichž obtížnost s každým týdnem

stoupá. Mají tak možnost zažít pocit úspěchu a dochází k posílení vazby mezi rodičem a dítětem. Program KUMOT stejné autorky je zaměřen na „*zlepšení adaptace dětí ve školním prostředí*“ (Michalová, 2007, s. 166 in Kucharská, 1999). Probíhá formou skupinové práce s dětmi ve věku 5 - 8 let a je určen především k rozvoji motoriky.

Pelletierová (2014) zmiňuje ve své publikaci některé „*neuznávané metody léčby*“ (s. 105), jako jsou dietní opatření eliminující ve stravě, aditiva, barviva a konzervanty, užívání vysokých dávek některých vitamínů, např. vitamíny ze skupiny B, vitamín C a minerálů, např. vápníku. Ani jedno z opatření nebylo zatím vědeckými výzkumy potvrzeno jako účinné, naopak dlouhodobé nadužívání některých vitamínů a minerálů je zdraví škodlivé.

Baptie (2014) však zdůrazňuje význam správné výživy dítěte pro optimální fungování nervového systému. Zejména doporučuje používat čerstvé potraviny, doma připravované, vynechat potraviny s barvivy, konzervanty a dochucovadly, dbát na pitný režim, konzumovat velké množství zeleniny, zařadit do jídelníčku dětí celozrnné produkty a luštěniny, vitamíny, minerály a Omega 3 mastné kyseliny. Zdůrazňuje také velký význam pohybových aktivit u dětí, které je nutné zařadit do každodenního rozvrhu.

Nejvíce diskutovanou je další oblast pomoci dítěti s ADHD a to je farmakoterapie, na kterou se dívají s nedůvěrou někteří odborníci i rodiče. V některých případech však může striktní odmítnutí farmakoterapie zkomplikovat situaci dítěti i jeho rodičům. Pokud byl dítěti diagnostikován syndrom ADHD a dosavadní režimová opatření a terapeutické postupy nebyly dostatečně účinné, představuje odmítání medikamentózní léčby riziko pro další uspokojivý vývoj dítěte (Train, 1997). Dle Pelletierové (2014) je nutno na lék nahlížet „*jako na nástroj umožňující dítěti plně využívat svůj mozek*“ (s. 66). Train (1997, s. 52) poznamenává, že „*cílem obou přístupů, jak medikamentózního, tak psychoterapeutického, by mělo být pomoci dítěti plně rozvinout jeho vlohy. Toho lze nejlépe dosáhnout kombinací obou principů. ADHD se nedá vyléčit, léky však mohou typické obtíže zmírnit.*“ Goetz a Uhlíková (2013) uvádí, že „*ke zlepšení u ADHD dochází u 60 - 80% dětí léčených farmaky*“ (s.84). To však není kritériem pro medikaci dítěte, je nutné vyloučit veškeré kontraindikace a sjednotit postoj k podávání léků u všech osob, které o dítě pečují, aby se tento postup nestal zdrojem konfliktů v rodině nebo nedocházelo k nepravdělnému užívání léku. Navíc výzkumy dokázaly, že větší efekt má farmakoterapie v případě nenarušených vztahů mezi rodičem a dítětem, což je vysvětleno tím, že rodič s kladným vztahem k dítěti je více vnímavý k pokrokům a úspěchům dítěte a dokáže dítě motivovat pochvalou apod. (Goetz, Uhlíková, 2013). Dle autorské dvojice

Munden a Arcelus (2008) „u dětí s mírnými příznaky může být vhodnější zvážit nejprve kombinaci psychologických, speciálně pedagogických a sociálních opatření“ (s. 75). Pokud se však jedná o děti s poruchou středně těžkou nebo těžkou, může být správné užívání medikace jedinou šancí, jak dosáhnout pozitivních výsledků v kombinaci s ostatními opatřeními.

Děti s ADHD jsou medikovány léky s obsahem látek, které mají vliv na systém přenosu neurotransmiterů dopaminu a noradrenalinu (Goetz, Uhlíková, 2013). Jedná se o léky s obsahem účinné látky methylfenidátu, tzv. stimulancia - např. přípravky Ritalin a Concerta. Methylfenidát je dle Traina (1997) nejvíce používanou látkou pro léčbu ADHD, Ritalin je používán už od padesátých let 20. století. Zpočátku vyvolalo podávání tohoto léku dětem velkou diskusi, později výzkum prokázal jeho bezpečnost a dobré výsledky v léčbě pro některé děti. Podávání stimulantů hyperaktivním dětem bylo považováno za nesmyslné, avšak jak bylo prokázáno, dítě medikované stimulantem je schopno lepšího soustředění, nastává útlum hyperaktivity a impulzivity. Výzkumy neprokázaly jeho návykovost, protože jeho užívání není doprovázeno euforickými stavy ani vyšší riziko pozdějšího zneužívání návykových látek.

Dále jsou používány nestimulační preparáty Atomoxetin (Strattera), nootropika, např. Piracetam (Šlapal, 2015). Léky, které se k léčbě ADHD používají mají vliv na zmírnění potíží jednotlivých symptomů ADHD a proto se mohou měnit projevy dítěte, nemohou však změnit jeho osobnost, jak se někteří rodiče obávají. Farmaka podávaná v současné době k léčbě ADHD dítě celkově netlumí, jsou cíleny na posílení aktivity mozkových oblastí se sníženou funkcí. Jako nejvhodnější počátek léčby je uváděna doba mezi pátým až sedmým rokem věku dítěte, kdy je možné předejít řadě problémů spojených s nástupem dítěte do školy, jeho nevhodným chováním a školní neúspěšností. S výhledem do budoucna tak lze výrazně omezit riziko např. poruch chování, úzkostných a depresivních stavů nebo vzniku závislosti na návykových látkách. Vztah mezi léčbou ADHD psychofarmaky a snížením pravděpodobnosti vzniku závislosti na návykových látkách byl prokázán (Goetz, Uhlíková, 2013).

Míchalová (2007) uvádí, že v našich podmínkách je léčba medikamenty využívána méně než například v anglosaském prostředí, kde je součástí víceúrovňové terapie.

Zelinková (2009) ve své publikaci popisuje reedukační postupy v USA a v Anglii, kde je nejčastěji využívána farmakoterapie spolu metodami behaviorálními, v Anglii preferují

„*modifikaci chování*“ (s.203). Stimulancia byla užívána již od padesátých let minulého století za účelem vytvoření podmínek vhodných pro zahájení terapie. Psychologické metody jsou pak zaměřeny na „*trénink rodičů a úpravu prostředí třídy*“ (s. 203) s cílem změnit podmínky tak, aby dítě bylo stimulováno k lepšímu zvládnání svých úkolů a byly posilovány jeho sociální dovednosti. „*Trénink učitelů*“ (s. 203) je cílený na poznávání a pochopení individuality dítěte a nových metod a přístupů k dětem.

Tomuto postupu se podobá i u nás využívaný videotrénink interakcí, který je metodou pocházející z Nizozemí, kde vznikla počátkem 80. let 20. století jako pomoc rodičům dětí s výchovnými problémy. Založili ji pracovníci působící v oblasti ambulantní péče o děti s poruchami emocí. Tato metoda je vhodná i pro práci s dětmi s poruchami chování, jde o práci s interakcemi, která je založena na co největším zapojení rodin do řešení reedukace problémových dětí. Terapie probíhá ve třech částech, v té první se jedná o nahrávání situace, následně dochází k analýze interakcí, které jsou ve třetí části rozebírány s rodiči. Jedná se o krátkodobou (1 - 6 měsíců), ale účinnou terapii (Michalová, 2007).

3.3 Poradenství a jiné formy pomoci

Poradenský systém v České republice, kde mohou hledat pomoc při řešení problémů také rodiče dětí se syndromem ADHD spadá do působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Jedná se o školní poradenská pracoviště, jejichž základní formou je činnost metodika prevence a výchovného poradce, na některých školách působí také speciální pedagogové nebo psychologové, některé školy mají k dispozici oba odborníky. Vše je limitováno finančními prostředky. Dále to jsou školská poradenská zařízení tvořená pedagogicko-psychologickými poradnami a speciálně pedagogickými centry. V těchto zařízeních jsou zajišťovány činnosti a služby speciálně-pedagogické, pedagogicko-psychologické, preventivně-výchovné, poradenské, diagnostické a další

(<http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/oblast-poradenstvi/cit.5.2.2016/>).

Poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních se řídí Vyhláškou č. 116/2011 Sb., která je novelou Vyhlášky č. 72/2005 Sb.

V rámci resortu zdravotnictví jsou rodičům nápomocni pediatři, dále oddělení dětské psychiatrie, neurologie, kliničtí psychologové a psychoterapeuti. V případě vzniku závažnějších výchovných nebo sociálních problémů je možné využít nabídky středisek výchovné péče (Kucharská in Riefová 2010).

Činnost SVP se řídí zákonem č. 109/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o zákon o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. „*SVP poskytuje všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc dětem s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji,...*“ (§ 17). V rámci ambulantních služeb poskytuje SVP poradenské intervence svým klientům, individuální činnosti s klientem, např. terapeutické, poradenské, diagnostické, skupinové činnosti, motivační programy pro děti v podobě volnočasových aktivit, preventivně výchovné poradenství rodičům. Dále spolupracuje se školami, školskými poradenskými zařízeními, zdravotnickými zařízeními, orgány sociálně-právní ochrany dětí a dalšími institucemi

(<http://www.svp-ddu-brno.cz/sluzby/ambulance/cit.15.02.2016/>).

V případě dětí, u nichž není ambulantní péče dostačující, nabízí některá SVP služby oddělení celodenní péče, kde je zajišťována individuální práce s dětmi v rámci individuálního školního vzdělávacího plánu v úzké spolupráci se školami a rodinami dětí a také odpolední program s volnočasovými aktivitami (<http://www.svp-ddu-brno.cz/sluzby/celodenni-stacionar/cit.15.02.2016/>). Některá SVP nabízejí také služby pobytové, vhodné v případě závažnějších problémů, které se nedaří vyřešit ambulantní či celodenní formou péče (Kucharská in Riefová, 2010).

V oblasti poradenství a práce s rodinami s hyperaktivními a neklidnými dětmi působí i řada nestátních institucí a neziskových organizací, jako například od r. 1992 fungující Centrum pro rodinu a sociální péči v Brně, jejímž zřizovatelem je Biskupství brněnské. Kromě programů pro přímou práci s rodinami nabízí řadu vzdělávacích kurzů pro rodiče a odborníky nebo službu asistenta v rodině s dítětem ADHD. Zde se jedná o konkrétní pomoc v přirozeném sociálním prostředí, např. pomoc s přípravou dětí do školy, doprovod na zájmové aktivity, aktivní trávení volného času s dítětem. Asistence je zaměřena také na pomoc a podporu rodičů v náročných situacích spojených s výchovou dítěte, pomoc s nastavením motivačního plánu, režimu apod. Nabízí zde také příměstské tábory pro hyperaktivní a neklidné děti a poradenství (<http://www.neklidne-deti.cz/cit.14.2.2016/>).

Dle Šlapala (2015) se úspěšnost jakékoliv terapie hodnotí dosaženou kvalitou života dítěte a jeho okolí. Naděje na úspěch se zvyšuje, pokud je ADHD diagnostikováno co nejdřív a je vhodně řešeno. Prognosticky se jedná o celoživotní problém, který minimálně v polovině

případů zhoršuje kvalitu života těchto osob i jejich okolí a také jejich společenské uplatnění. Rozhoduje úspěšnost řešení zhruba do vrcholu puberty.

Michalová (2007) vnímá jako důležitou součást řešení problematiky syndromu ADHD jako psychosociální nemoci, úpravu vztahu okolního prostředí k dítěti. ADHD je porucha chronická, ne zcela vyléčitelná, ale za příznivých podmínek ji lze ovlivnit.

3.4 Význam včasné diagnostiky a terapie

Odpověď na otázku významu včasné diagnostiky a terapie syndromu ADHD a všech přidružených poruch snad nejlépe vystihuje výpověď dospělého muže, kterému byla až v dospělosti diagnostikována porucha pozornosti a specifické poruchy učení. Celé dětství trpěl pocitem méněcennosti, byl za „outsidera“ a velkým zklamáním pro rodiče. Následky si nese dodnes. Zde je uveden úryvek z jeho výpovědi:

„Do třiceti jsem měl mnoho dnů, kdy jsem byl naprosto vyřízený a totálně na dně. Věděl jsem, že se mnou není všechno v pořádku, ale nikdo nedokázal říci, co mi vlastně je.“

„Nikdo si nevšímal, v čem jsem dobrý nebo to nikoho ani nezajímalo. Mluvený projev mi šel lehce, ale psal jsem obtížně. Už jako kluk jsem byl schopen rozebrat motor a zase ho sestavit. Dost dobře rozumím technickým věcem. Vždycky jsem měl hudební nadání, ...a o plazech a obojživelnících vím snad všechno.“

„Kdyby o mě alespoň jeden člověk byl projevil zájem. Kdyby alespoň jeden řekl: tohle přece není žádný hlupák. V tom vězí ještě něco jiného a my tomu přijdeme na kloub. To by mě zbavilo toho strašného trápení“ (Riefová, 2010, s. 26).

3.5 Shrnutí

Diagnózu ADHD lze spolehlivě určit pouze na základě řady lékařských vyšetření, stanovuje ji psychiatr. Při včasné provedené diagnostice a adekvátní komplexní terapii se zvyšuje naděje na úspěch.

Mezi nejčastější formy terapie patří psychoterapie, jako nejvhodnější se jeví kognitivně behaviorální terapie, případně v kombinaci s farmakoterapií. Využívají se i alternativní a doplňkové léčebné postupy, jako např. terapie pevným obětím, terapie hrou, cannisterapie, EEG biofeedback a další.

V oblasti poradenství a pomoci rodinám a dětem s ADHD působí jednak školní poradenská pracoviště, dále pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče a také řada nestátních institucí a neziskových organizací.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V následující části bakalářské práce bude definována a popsána metodologie výzkumu, tzn. stanoven cíl výzkumného šetření, dále hlavní výzkumná otázka a dílčí podotázky, budou popsány metody šetření a výzkumný vzorek a v závěru shrnuty poznatky, které z šetření vyplynuly.

4.1 Cíle šetření a stanovení výzkumné otázky

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zachytit vývoj situace v rodinách, které vychovávají dítě se syndromem ADHD a při řešení výchovných problémů s dítětem se obrátily na ambulantní poradenské pracoviště - středisko výchovné péče a zjistit zda a jaký přínos měla tato spolupráce na kvalitu jejich života.

Hlavní výzkumná otázka byla stanovena takto :

Do jaké míry se podařilo naplnit zakázku rodiny?

Dílčí výzkumné otázky:

V jaké oblasti došlo k nejvýraznějšímu posunu?

Jakým způsobem bylo tohoto posunu dosaženo?

V jaké oblasti došlo ke stagnaci nebo k regresu?

Co mělo vliv na tento stav?

Zakázkou v poradenské činnosti je dohoda mezi pracovníkem a klientem, která určuje cíle společné práce (Zatloukal, 2008). Jak uvádí Ludewig (2011), v zakázce jsou vymezeny oblasti, ve kterých je pracovník pomáhající profese oprávněn na základě zformulované původní žádosti klienta jednat. Je zde určeno, o co v procesu poskytování pomoci půjde.

4.2 Popis metody šetření a výzkumného vzorku

K dosažení cílů praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum, který lépe vyhovuje dané problematice. Byla využita metoda případové studie a analýza dokumentů. V případové studii jde o podrobný popis a rozbor jednoho nebo více případů, o sběr velkého množství dat. Předpokládá se, že na základě důkladného probádání jednoho nebo více případů bude možno porozumět i dalším v rámci dané problematiky (Hendl, 2005). Analýza dokumentů je chápána dle Miovského (2006, s. 98) jako „*analýza jakéhokoliv materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům studie.*“

Práce obsahuje čtyři případové studie, které se skládají z rodinné, osobní a školní anamnézy sledovaného dítěte, je zde popsána problematika dítěte, zakázka rodiny, vývoj situace během spolupráce rodiny s SVP během časového období jednoho roku a shrnutí a vyhodnocení případu.

Technikou analýzy dokumentů bylo pracováno s dostupnou spisovou dokumentací sledovaných klientů, s písemnými záznamy z konzultací s klienty, kde je detailně podchycen vývoj situace během spolupráce, dále se jedná o záznamy z jednání se školami a dalšími institucemi a zprávy z psychologického a speciálně pedagogického vyšetření. V práci jsou použity poznatky z anamnestických rozhovorů a z konzultací s rodiči.

Případové studie jsou vypracovány s ohledem na zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů. Neobsahují identifikační údaje a informace, které nejsou stěžejní pro účely tohoto výzkumu.

Výzkumný vzorek tvoří klienti střediska výchovné péče, tzn. děti a jejich zákonní zástupci. Jedná se o dva chlapce a dvě dívky, kteří jsou ve stejném vývojovém období - mladší školní věk. Děti vyrůstají v rodinách dobré nebo průměrné sociokulturní úrovně, v jednom případě se jedná o rodinu neúplnou - rodiče jsou rozvedeni, v jednom případě o rodinu úplnou a ve dvou případech o rodinu doplněnou.

4.3 Případové studie

4.3.1 Michal, 10,1

Rodinná anamnéza:

Rodiče chlapce jsou rozvedeni, jejich soužití bylo ukončeno na popud matky v roce chlapce, manželství bylo rozvedeno po dvou letech trvání. Ukončení manželství se obešlo bez konfliktů, rodiče jsou spolu schopni bez větších problémů komunikovat. Michal je po dohodě rodičů ve střídavé péči, střídají se po dvou týdnech. Otcí pomáhají s výchovou jeho rodiče, ve střídavé péči má také dceru z druhého manželství. Žije s partnerkou.

Osobní a školní anamnéza dítěte:

Chlapec je narozen z prvního bezproblémového těhotenství matky, porod proběhl v termínu, spontánně, bez komplikací. Začal brzy chodit, brzy také mluvil, vždy se projevoval jako živé dítě.

V 15 měsících začal chodit do jeslí, od 3 let navštěvoval mateřskou školu. První rok proběhl bez problémů, poté se začal jevit jako dominantní, vyhledával spíše starší děti a mladším se obtížně přizpůsoboval. Na základní školu nastoupil ve věku 6,8 let. Prospěch v první a druhé třídě výborný až chvalitebný, ve třetí třídě došlo ke zhoršení až na trojky, kvůli neovladatelnému chování hodnocen druhým stupněm z chování. Chlapec je v péči pedopsychiatra od sedmi let s dg. Porucha aktivity a pozornosti - ADHD u chlapce s úrovní intelektových schopností při horní hranici pásma průměru. Doporučena medikace, se kterou nesouhlasila matka. U chlapce dominuje impulzivita a poruchy pozornosti. Pedagogicko-psychologickou poradnou byla doporučena individuální integrace s podporou asistenta pedagoga. S přidělenou asistentkou pedagoga nebyli rodiče spokojeni, obviňovali školu, že učitelé nejsou pedagogicky kompetentní ke vzdělávání jejich syna, nemají u něho autoritu. Aktuálně chlapec ve čtvrté třídě, matka se snažila se školou spolupracovat, dvakrát týdně byla přítomna ve vyučování jako asistentka syna. Situaci však vnímala tak, že je zde syn označován, necítí se tu dobře, uvažovali o změně školy Michalovo chování bylo opakovaně řešeno ve škole za účasti rodičů a sociální pracovnice z orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Dominantní problematika:

Problémové chování ve škole prakticky od počátku školní docházky. Michal je velmi živý, nepozorný, vyrušuje ve vyučování (např. mňouká, vykřikuje), nepracuje v hodinách. Někdy reaguje negativisticky i zvýšenou afektivní dráždivostí, aktér mnohých konfliktů se spolužáky, postupně označován za univerzálního viníka. Poradenské pracoviště kontaktovala matka chlapce na doporučení sociální pracovnice orgánu sociálně-právní ochrany dětí poté, co se situace vyhrotila natolik, že chlapec po jednom z konfliktů utekl ze školy.

Z vyšetření psychologa poradenského pracoviště:

Vyšetření bylo zaměřeno na dynamiku vyvíjející se osobnosti a rodinné vztahy při střídavé péči. Hovořeno také s oběma rodiči, kteří shodně vnímali hlavní problém v přístupu školy k řešení problémů a v postoji k synovi, kterého se chtějí zbavit. Usilovali o změnu školy, bohužel již v minulosti naráželi na předsudky vůči nálepkám syna. Uvedli, že mimo školní prostředí s ním žádné problémy nejsou.

Přes veškerou komplikovanost rodinné situace bylo shledáno, že citové vztahy s oběma rodiči jsou ve specifické situaci v rámci širší normy nadstandardní, preferovanější je otec,

který současně nepostrádá výchovný prvek důslednosti a dokáže být chlapci adekvátním mužským identifikačním vzorem. Ze sdělení rodičů a dostupné mimoškolní dokumentace nevyšly najevo zřetelné významnější poruchy chování. Chlapcovy projevy jsou v rámci diagnostické kategorie specifických poruch chování bez shledaného asociálního podílu. Odchytky od normy v projevech chování jsou patrně častěji determinovány výchovně pedagogickým vlivem dospělých. Při respektování specifik pedagogické práce s dětmi se syndromem ADHD je tak rozhodně možné uvažovat o plnějším využití mentálního potenciálu chlapce. Adaptabilita chlapce je bezproblémová, potřebuje trpělivý, podpůrný, oceňující, pozitivně motivující a přijímající přístup.

Zakázka rodiny:

Podpora a pomoc v komunikaci se školou, stabilizace syna ve školním prostředí.

Vývoj situace:

Ve spolupráci s SVP se podařilo zařídit přestup chlapce na jinou školu a to v průběhu druhého pololetí čtvrté třídy. Rodiče chtěli dát synovi novou šanci, bez asistenta pedagoga a s čistým štítem. Během dvou týdnů obdržel Michal důtku třídního učitele za nevhodné chování - vyrušování, vykřikování, odmlouvání, vulgaritu, nerespektování pokynů učitele, lhaní, nepracoval v hodinách, nenosil domácí úkoly. Učitelka s ním musela pracovat individuálně, ve třídě se zhoršila kázeň. V kolektivu vrstevníků není oblíbený, dětem nadává, provokuje je. Na nové škole vytvořil partu problémových dětí z nižší třídy, stal se jejich vůdcem. Situace byla řešena v rámci školy.

Na půdě střediska proběhly dvě případové konference za účasti sociální pracovnice, rodičů a speciálního pedagoga střediska. Rodičům byla doporučena ke zvážení změna střídaté péče - ze zpráv i z vyšetření se jevil jako vhodnější a spolehlivější otec, matka s tímto návrhem zpočátku nesouhlasila. Ve škole byly s třídní učitelkou domluveny pravidelné schůzky za účasti obou rodičů, chlapce a etopeda SVP. Tyto schůzky nepřinesly žádný efekt, naopak docházelo ke zhoršení chování ve škole. Závěrem posledního jednání ve škole bylo doporučeno k internátnímu pobytu chlapce v SVP, protože ambulantní péče se jevila jako nedostačující. Cílem bylo také ověřit, v jaké míře stabilní výchovné prostředí ovlivní jeho chování a vystupování. Dále dáno ke zvážení další školní zařazení chlapce - běžná základní škola s asistentem nebo speciální základní škola pro děti se specifickými vývojovými poruchami chování (ADHD) a vhodnost medikace. S tímto oba rodiče souhlasili.

Chlapec absolvoval dvouměsíční pobyt v SVP. Měl zde problémy s adaptací, respektováním pravidel zařízení, lhaním, mezi ostatními dětmi nebyl oblíben, dospěle respektoval. Chválen školou - intelektově a vědomostně zdatný, avšak s prvky dospěle - autoritativního vystupování, poučování ostatních, nařizování a kritizování. V průběhu pobytu byla také zde vyhodnocena střídavá péče jako nevhodně zvolený způsob výchovy, který negativně ovlivnil chování chlapce. Nebyla tím naplněna potřeba stabilního výchovného prostředí a pevných hranic, důsledného vedení. Větší zájem o syna během jeho pobytu projevoval otec. V průběhu pobytu také proběhlo jednání, kde byla s rodiči dohodnuta změna ve výchově a to tak, že bude ukončena střídavá péče a Michal přejde do péče otce. K tomu také po ukončení pobytu došlo, ošetřeno mimosoudní dohodou rodičů. Byla nasazena medicína. SVP bylo doporučeno setrvání chlapce v běžné třídě s asistentem pedagoga. Krátce poté matka přestala spolupracovat, přestěhovala se, což mělo negativní vliv na chlapcův psychický stav.

Otec na rozdíl od školy vnímal v chování syna po návratu z pobytu výrazný posun k lepšímu, nadále pokračovala intenzivní ambulantní spolupráce s SVP. Ve škole však stále přetrvávaly problémy s chováním, které bylo pedagogy označeno jako nezvladatelné a byl činěn mírný nátlak na změnu školy. Otec vyhodnotil případnou změnu školy ve chvíli, kdy se Michal snaží na sobě pracovat jako nevhodnou a v tomto směru se školou komunikoval.

U otce Michal získal stabilní zázemí, nastolený pevný řád a silnou podporu jeho rodiny. Ve vztahu s matkou došlo ke zhoršení. Michal získal pocit, že pro ni není důležitý. Na nějakou dobu se s ní odmítl stýkat, během prázdnin kontakt obnovili. Díky komunikaci otce s pedagogy se podařilo situaci ve škole zklidnit a chlapec sem po prázdninách znovu nastoupil. Otec mu nastavil pevnou strukturu dne. Je schopen se sám včas vypravit do školy, chodí do kroužků. Ve škole jsou stále problémy s výkyvy v chování, ale nově následují i období, kdy je školou chválen za dobré chování, spolupráci s dětmi a respektování pedagogů. V kolektivu je však na obtíž, nemá kamarády, ve vztahu s vrstevníky se projevuje jako dominantní, což je také důvodem toho, že vyhledává přítomnost mladších dětí. Nově se také objevuje rizikové chování chlapce - trávení části volného času s problematickými vrstevníky z nižšího ročníku venku a záškoláctví. Otec však vcelku respektuje, stará se o něj i jeho partnerka, která o chlapce projevuje zájem a účastní se i konzultací na SVP.

Poslední školní bilance Michala je vysvědčení s téměř výborným prospěchem a snížený stupeň z chování za neomluvenou absenci. I přesto lze konstatovat, že se Michalovi daří

a to hlavně díky stabilnímu rodinnému zázemí. Z rozhovoru s otcem vyplynulo, že společně s partnerkou konzultují výchovné postupy, fungující pak dále uplatňují, mají vytvořený motivační systém. V současné době vidí hlavní problém v Michalových návštěvách matky, ze kterých se vrací vždy destabilizovaný, což se projevuje i ve zhoršení chování ve škole. Současná zakázka otce tedy spočívá v pomoci vytvořit u chlapce náhled na to, co se s ním děje po návratu od matky a naučit se tyto stavy lépe zvládat.

Vyhodnocení případu:

Do jaké míry se podařilo naplnit zakázku rodiny?

Vývoj případu se dá s přihlédnutím k osobním charakteristikám chlapce a všem okolnostem v rodině zhodnotit jako příznivý, zakázku rodiny naplňující.

V jaké oblasti došlo k nejvýraznějšímu posunu?

Zásadním pozitivem je fakt, že se podařilo zajistit chlapci stabilní výchovné prostředí u otce, což bylo odrazovým můstkem pro další dílčí úspěchy.

Prvním z nich je alespoň částečná stabilizace Michala ve školním prostředí, kdy dokáže v určitých obdobích zvládat své chování natolik, že zažívá i pozitivní zpětné vazby od pedagogů, což může působit jako silný motivační faktor pro jeho další postoje a formy chování, které mají samozřejmě vzhledem k terénu ADHD tendence k výkyvům.

Jakým způsobem bylo tohoto posunu dosaženo?

Střídavá péče byla vyhodnocena jako nevhodná nejen speciálními pedagogy SVP, tento postoj zaujali také sociální pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí a odborníci z pobytového SVP. Na základě shody všech stran a ochoty otce převzít chlapce do své péče se podařilo přes počáteční nesouhlas matky ukončit střídavou péči na základě dohody rodičů.

Na stabilizaci chlapce se podílí několik faktorů. Jedním z nich je nastavená medikace, pobyt chlapce na SVP, kde mu byla poskytnuta psychologická a speciálně pedagogická péče a především stabilní rodinné zázemí u otce, který spolupracuje s odborníky a respektuje jejich doporučení ohledně výchovy syna.

V jaké oblasti došlo ke stagnaci nebo k regresu?

Problémový je nadále jeho vztah s vrstevníky, který komplikuje jeho potřeba dominance ve vztahu, kdy nadále vyhledává společnost dětí mladších a problémových, což se jeví jako rizikový faktor jeho dalšího vývoje.

Destabilizačním prvkem je v současnosti také jeho vztah s matkou.

Co mělo vliv na tento stav?

Problémy ve vztahu s vrstevníky jsou typické pro děti se syndromem ADHD. Michal je v kolektivu vrstevníků neoblíbený, nemá zde kamarády, což je také důvodem toho, že vyhledává přítomnost mladších nebo problematických dětí, kde je akceptován.

Matka v současné době výchovně selhává a nedokáže dostatečně sytit chlapcovy emoční potřeby, s Michalem se vídají nepravidelně, bydlí daleko. Pokud jsou spolu, dostatečně se synovi nevěnuje.

4.3.2 Daniela, 9,8**Rodinná anamnéza:**

Dívka je narozena mimo manželství rodičů, sňatek uzavřeli až dva roky po jejím narození. Z manželství je narozena ještě mladší sestra. Manželství rodičů nebylo harmonické, často se hádali. Zpočátku bydlela rodina společně s matkou manžela. Ta měla tendence zasahovat do života svých dospělých dětí a vytvářet tak konflikty s jejich partnery. Situace přetrvávala i poté, co rodina získala vlastní bydlení. Matka dívky se vůči tomuto snažila dlouhodobě, byť neúspěšně vymezovat, což v důsledku vedlo k rozvodu manželství. Děti byly svěřeny do péče matky. S otcem se stýkají pravidelně.

Osobní a školní anamnéza dítěte:

Dívka je narozena z prvního těhotenství matky, průběh bez komplikací, stejně jako porod. V rané anamnéze bez nápadností. Od jednoho roku začala být živější, od dvou let se začaly objevovat noční děsy. Je vedena na neurologii s diagnózou pavor nocturnus, benigní epilepsie, ADHD.

Mateřskou školu začala navštěvovat krátce po čtvrtém roce věku. Zde se projevovala jako velmi komunikativní, chtěla mezi děti, hodně živá, ale v únosné míře. V šesti letech nastoupila do základní školy. Postupně se začaly objevovat výukové obtíže, hyperaktivita, poruchy pozornosti. Od sedmi let je v péči pedagogicko-psychologické poradny se závě-

rem - symptomatologie poruch pozornosti - ADHD, dysortografické obtíže. Jedná se tak o žákyni se speciálními vzdělávacími potřebami, která vyžaduje zohlednění při vzdělávání.

Dominantní problematika:

Středisko kontaktovala matka z vlastní iniciativy z důvodu subjektivní potřeby efektivněji pracovat se svou dcerou. Na podkladě již dříve diagnostikovaného syndromu ADHD se začaly pozvolna vyskytovat výchovné potíže a komunikační dysfunkce ve vztahu matky s dcerou. Zásadním momentem v problematice je rozvod rodičů v osmi letech dívky. Otec zcela nevhodně zasahuje do výchovy dítěte. U dítěte se začínají rozvíjet manipulativní formy chování vůči matce. Matka je nejistá ve výchovných přístupech, přestože zejména z pedagogicko-psychologické poradny je o problematice ADHD maximálně informovaná.

Z vyšetření klinického psychologa, psychologa a speciálního pedagoga PPP:

Z vyšetření klinického psychologa, kdy vyšetření proběhlo ve věku 5,9 vyšla najevo nápadně vyjádřená hyperaktivita a porucha pozornosti, nezralé sociální chování. Intelekt se pohybuje celkově při horní hranici pásma průměru. Grafomotorika obratná, lateralita levostranná. Paměť bez oslabení pro vstřípivost verbálních i vizuálních podnětů. Doporučen vhodný výchovný přístup pro dítě s hyperkinetickou poruchou, jednotné výchovné vedení, oceňování snahy, motivace k dokončování činností a úloh, pomoc při osvojování dalších kroků sebeobsluhy.

Z vyšetření psychologa PPP v 7 letech vyplývá, že se dívka obtížně podřizuje zadané činnosti, testuje hranice, při práci potřebuje časté vedení a motivování, je přítomen motorický neklid. U časově limitovaných úkolů vykazuje krátkodobou koncentraci pozornosti, u činnosti, která ji baví je schopna pracovat soustředěně a v rychlém tempu. Zjištěna grafomotorická neobratnost, vydána doporučení pro práci s dívkou pro školu i rodinu.

Závěr z vyšetření speciálního pedagoga PPP, věk 8 let: dysortografické potíže a syndrom ADHD u dívky s celkovými rozumovými schopnostmi v pásmu průměru.

Zakázka rodiny:

Podpora matky v jejích rodičovských kompetencích, posílení jednotnosti výchovných přístupů u obou rodičů, posilování a rozvíjení samostatnosti dívky, motivace dívky k bezproblémovému zvládnutí režimových denních činností, korekce jejích nevhodných forem komunikace s matkou.

Vývoj situace:

Jako první byly řešeny problematické momenty běžného dne spojené s ranním vstáváním, rutinními úkony a včasným odchodem Daniely do školy. Dívce byla vysvětlena nutnost zaměření pozornosti k včasnému vstávání a respektování matčiných pokynů. Byl vytvořen bodovací formulář, kde matka s dcerou denně vyhodnocovaly situaci a dílčí úspěchy se dostavily velmi brzy, dívka motivována k výdrži v započaté cestě.

Dalším bodem spolupráce bylo posilování a rozvíjení samostatnosti ve shodě s vývojovými potřebami dívky. V tomto směru bylo silným motivačním momentem přání Daniely, aby mohla ráno chodit do školy sama s kamarádkami, což bylo doporučeno jako prostředek, pomocí kterého si dívka může ověřit své dovednosti a kompetence, na nichž je možné následně stavět zdravé sebevědomí a pozitivní sebeobraz.

V komunikaci s matkou se opakovaně objevovalo dívčino nekontrolované skákání do řeči matce. Nutno jasněji vymezovat jako nepřípustné. Dívka byla během intervencí v tomto velmi dobře korigovatelná. Podařilo se jí dobře navázat pro spolupráci. Vystala potřeba jasněji a čitelněji nastavit hranice, ve kterých by se dokázala úměrně věku orientovat. Matka se jevila ve výchovných přístupech a rodičovských kompetencích zralá, bez výraznějších dysfunkčních momentů.

Dalším cílem spolupráce bylo zaměření na posílení jednotnosti výchovných přístupů a stylů u obou rodičů. S ohledem na fakt, že dívku má dlouhodobě ve své péči matka, neměla by druhá strana narušovat její výchovné vedení a její rozhodnutí a to zejména ne před dítětem. Otec problematické momenty u dcery také zaznamenal, zneužíval jich vůči matce dívky upozorňováním na její výchovnou neschopnost a psychickou nezpůsobilost. Byl v razantním odporu vůči snahám dívčiny matky řešit dceřiny problémy např. intervencemi u odborníků. Pokud by se ve spolupráci podařilo dosáhnout viditelných pozitivních výsledků, otec by měl být přístupný kontaktu a spolupráci, pokud k tomuto nedojde, matka bude mít argumenty pro pokračování spolupráce a bude tím podpořena ve svých výchovných kompetencích.

Během prázdnin dívka absolvovala pobyt na táboře, kde si zdravě zvedla sebevědomí především posílením samostatnosti a odpovědnosti, což si velmi užívala a nastavené vzorce chování se dařilo udržovat i v domácím prostředí. Znovu bylo otevřeno a jako dominantní pojmenováno téma nutného zapojení a spolupráce otce. Jako velmi aktuální se jevila potřeba pracovat na konzistentnosti a vyrovnanosti komunikace mezi matkou a otcem, čemuž

se otec velmi aktivně bránil. V tuto chvíli byla tedy pozornost primárně cílena na otce, pozván k setkání - ideálně v párové práci.

Dalším tématem po skončení prázdnin bylo opětovné zhoršení spojené se začátkem školního roku a týkalo se zejména ranního vstávání a ukládání ke spánku. Byla vytvořena dohoda o vstávání i usínání, která spočívala v dřívějším buzení dívky pro příjemnější vstávání a v ustálení hodiny ukládání ke spánku a rituálů před spaním. Společně vytvořena již osvědčená bodovací tabulka. Dívka již samostatnější v chystání věcí do školy a omezila nátlak na matku v nakupování věcí. Prospěch během prvního čtvrtletí bez problémů. Velmi se osvědčila úprava večerního rituálu před spaním. Byla vyřazena televize a jiné pasivní aktivity, místo toho si matka s dětmi společně četli nebo vyprávěli pohádky. Problematictější, nicméně funkční byl proces ranního vstávání a vypravování do školy. Dívka se sice snaží, ale potřebuje stálý dohled a vnější podněty. Celkově matka dlouhodobě referuje o pozitivních posunech.

V průběhu dalšího měsíce nastává obrat k horšímu - opět problém s ranním vstáváním, ve škole vše v pořádku, do školy ji vozí otec. Dívce se daří, ale s výkyvy. Celkově matka hovoří o sestupu, děti ji nerespektují, dceři musí věci do školy chystat sama, jinak by to neudělala. Nadále se snaží stavět na pozitivech, ale je dlouhodobě vyčerpaná. Pojmenovává témata rizikové nepozornosti dcery v dopravním provozu s dopadem na téma jejích samostatných cest do školy a domů. Téma je obsáhle rozebráno včetně averzivních stimulů na videu za přítomnosti dcery i matky. Dívka si dále opět silově začíná na matce vymáhat své potřeby a to zcela nevhodnými formami. Matka vedena směrem k důslednosti a kuráži dává dívce okamžitě razantní zpětnou vazbu. Dle matky se i otec začíná setkávat s dceřinými postoji nerespektujícími autoritu, kterou si ale svými postoji mnohdy narušuje sám. Získat otce ke spolupráci se bohužel stále nepodařilo.

Koncem prvního čtvrtletí se začaly objevovat problémy s prospěchem a to zejména v naukových předmětech. Matka s dcerou věnovaly přípravě na tyto předměty až tři hodiny denně, dívka se špatně soustředí a následně si pamatuje minimum. Otevřeno téma čtenářství. Mohou být potíže s nedostatkem čtenářských dovedností, které čtením nepěstuje a následně v předmětech, kde je důležité porozumění obsáhlejšímu textu a souvislostem, jí uniká jádro sdělení. Dívka nasměrována k aktivní četbě a tvorbě zápisů o ději s následnou kontrolou.

Mírný posun nastal v oblasti bezpečného chování v dopravním provozu, matka aktivně pracovala na zafixování návyků u dcery. Obě velmi dobře hodnotily úpravu procesu ranního vstávání a večerní přípravy ke spánku. Problémy v těchto momentech prakticky vymizely. Při další návštěvě o měsíc později sdělily, že prakticky všechny vytyčené body se daří naplňovat. Dívce se dobře daří téměř ve všem, matka sama nahlédla, že změnila úhel pohledu na věci, přestala s překážkami bojovat a naučila se je trpělivě zdlouhat. Ve své rodičovské roli se takto cítila daleko lépe. Dívce se podařilo výrazně zlepšit prospěch. Také ve vzájemné komunikaci nastal velký posun. Matka přijala návrh, že další spolupráce se bude odvíjet na základě aktuálních potřeb rodiny bez nutnosti pravidelných konzultací.

Po několika měsících, kdy se oběma rodičům podařilo dosáhnout vzájemné výchovné konzistence, začal otec opět z tohoto rámce vystupovat a navýšil svou hyperprotektivitu vůči dceři. Ta si opět pozvolna začala rozšiřovat hranice jak obecně, tak vůči matce. Školní prospěch zůstal stále výborný až chvalitebný, stejně dívka prospívala ve škole bez problémů i v chování. Opět vyvstala potřeba posílení a podpoření zdravějších forem výchovného působení u otce. Dívka začala mít tendenci jej využívat a stejně tak zneužívat napětí, plynoucího z jeho kritičnosti k matce. Otec subjektivně neměl pocit, že by se situace s dcerou nějak dramaticky zhoršila. Spolupráci s bývalou manželkou hodnotil pozitivně, společné setkání nad výchovnými tématy nakonec vyhodnotil jako nesmyslné, ale jeho přístup ke spolupráci se podstatně změnil, je vstřícnější, naslouchající a ochotný spolupracovat individuálně.

Vyhodnocení případu:

Do jaké míry se podařilo naplnit zakázku rodiny?

Vývoj tohoto případu lze označit za velmi pozitivní, naplňující zakázku rodiny ve všech bodech vyjma kolísající úspěšnosti ve výchovné konzistenci rodičů.

V jaké oblasti došlo k nejvýraznějšímu posunu?

Podařilo se upravit problematické momenty spojené s ranním vstáváním a dalšími rutinními denními úkony.

Došlo k posílení samostatnosti dívky.

Podařilo se zlepšit školní prospěch, což také přispělo k pozitivnímu naladění dívky i matky.

Matka se začala lépe cítit ve své rodičovské roli, silnější, schopna řešit problémy postupně, po malých krůčcích, nebojovat s nimi a nevyčerpávat se tak.

Jakým způsobem bylo tohoto posunu dosaženo?

Problematické momenty spojené s ranním vstáváním a dalšími rutinními denními úkony se podařilo upravit pomocí vyhodnocovacího formuláře, kde matka s dcerou zapisovaly každodenní výsledky a na konzultacích předkládaly k nahlédnutí. Dívku se podařilo dobře motivovat, tato forma spolupráce ji zaujala a i když se během roku objevily výkyvy, podařilo se je překonat a díky dobré spolupráci s matkou udržet motivaci dívky a nadále tyto návyky fixovat.

Samostatnost Daniely byla posilována její docházkou do školy bez matky i přes riziko nepozornosti dívky v dopravním provozu - toto téma několikrát probíráno na konzultacích, včetně stimulace příklady. Dalším zásadním momentem byla účast na prázdninovém táboře, kde si dívka zdravě zvedla sebevědomí, získala pocit samostatnosti a zodpovědnosti a nastavené vzorce se podařilo zachovat i po návratu domů.

Ke zlepšení prospěchu došlo s velkou pomocí matky, která vhodně aplikovala doporučení získaná během konzultací na SVP.

Matka byla posilována a vedena směrem k důslednosti a kuráži dát dívce okamžitou razantní a čitelnou zpětnou vazbu v případě její nevhodné komunikace nebo silového vymáhání svých potřeb. V tomto směru matce velmi prospěla její účast na rodičovských skupinách a zpětné vazby, které jí poskytli ostatní rodiče.

V jaké oblasti došlo ke stagnaci nebo k regresu?

Nejproblematictější momentem v tomto případě zůstal ze spolupráce se izolující otec, posílení výchovné konzistence obou rodičů a podpora zdravějších forem výchovného působení u otce.

Co mělo vliv na tento stav?

Přes počáteční odpor otce ke spolupráci se podařilo prostřednictvím několika telefonických konzultací a díky výsledkům ve formě pozitivního posunu v chování dívky, přimět otce ke konstruktivní spolupráci s bývalou manželkou. Začalo se jim dařit vystupovat výchovně jednotně, ale otec má tendence z tohoto rámce vystupovat. I přesto je matka aktuálně spokojena s vývojem situace, kterou i přes výkyvy, jež s sebou nese problematika syndromu

ADHD a stále přítomné riziko destabilizace vztahů mezi ní a otcem dítěte vnímá jako výrazně zlepšenou.

4.3.3 David, 8,1

Rodinná anamnéza:

David pochází z rodiny úplné, dobré sociokulturní úrovně. V době chlapcova nástupu do první třídy se mu narodil bratr. Původně harmonický vztah rodičů je nyní narušen hádkami kvůli chování syna, otec přestal tuto zátěž zvládat, přestal se o chlapce zajímat, snaží se o minimální kontakt a komunikaci, je často pracovně mimo domov.

Osobní a školní anamnéza dítěte:

Chlapec se narodil z prvního bezproblémového těhotenství matky, také porod měl běžný průběh. Jeho psychomotorický vývoj byl předčasný, vždy byl živější dítě. Až do čtyř let s ním nebyly žádné výrazné potíže. Po třetím roce nastoupil do mateřské školy, v druhém roce docházky do MŠ si začaly učitelky stěžovat na jeho nepozornost, roztěkanost, nerespektování jejich pokynů. David také verbálně i fyzicky často napadal ostatní děti. Rodině byla doporučena návštěva pedagogicko-psychologické poradny a neurologie, diagnostikován syndrom ADHD, rodiče však nebyli poučeni o tom, jak k dítěti přistupovat. S nástupem do školy se potíže začaly stupňovat, vzrůstala agresivita a impulzivita. Ve vyučování nesoustředěný, vyrušoval, problémy s prospěchem nebyly. Učitelka sice měla pro chlapce pochopení, ale také si s ním nevěděla rady. Svou roli ve zhoršení chování sehrálo také narození bratra, ke kterému se sice choval láskyplně, ale také projevoval žárlivost.

Dominantní problematika:

Agresivní projevy chlapce na podkladě terénu ADHD, rodiče prozatím odmítli řešit situaci psychofarmaky. Ve škole problémy s respektováním autority, časté poznámky. V kolektivu má potíže se stejně dominantními dětmi. Sám o sobě mluví jako o někom, kdo nemá skoro žádné dobré vlastnosti - je jen zlobivý.

Z vyšetření psychologa a speciálního pedagoga:

Na základě psychologického vyšetření se chlapec jeví jako citlivý, zvýšeně zranitelný, úzkostlivý, náladový a plný obav, introvertně laděný. Jeho prožívání je více ovlivněno vnějšími faktory, je méně přizpůsobivý, ve skupině spíše izolovaný, se sníženou empatií.

Potřebuje delší čas na zklidnění a to i po minimálně emočně aktivujícím prožitku. Ve stresové situaci hrozí vyšší riziko agresivních impulzů, popřípadě sebeagrese. Nejčastější reakcí na frustraci je obrana ega, převažuje obviňování a výčitky vůči druhým.

Z vyšetření speciálního pedagoga vyplynuly potíže s koncentrací a kolísavý pracovní výkon, kompenzace napětí vyrušováním ve vyučování. Chlapec má dobrou úroveň všeobecných znalostí, je verbálně zdatný, zvědavý, má dobrou představivost a fantazii se sklonem ke konfabulacím. Jeho pozornost je rozptýlená, dobrá dlouhodobá i krátkodobá paměť, pohotový a bystrý v myšlení, s bohatou slovní zásobou. Má problém s udržováním pořádku ve věcech, se zápisky ve škole, kde se projevuje jeho chaotičnost. Také se objevují tendence vyhýbat se domácím úkolům a zapomínání pomůcek.

Zakázka rodiny:

Posílit kompetence v rámci doprovázení a výchovy dítěte s ADHD, stabilizace chlapce ve školním prostředí.

Vývoj situace:

Pro rodinu byl vytvořen kognitivně behaviorální plán, na němž spolupracovali společně a výsledky byly vyhodnocovány v rámci konzultací na SVP. Zde získávali další doporučení, probíhala také hrová terapie s chlapcem, byl zařazen do skupiny cannisterapie. Rovněž byla navázána spolupráce se školou. Vzhledem k narůstajícím agresivním projevům zejména v rámci rodiny, bylo rodičům doporučeno kontaktovat pedopsychiatra, opakovat vyšetření na neurologii a nechat Davida vyšetřit v pedagogicko-psychologické poradně z důvodu získání doporučení pro práci ve škole.

Na základě vyšetření u pedopsychiatra byl David medikován a došlo k jeho stabilizaci. Byl také zapojen do skupinového programu pro děti s ADHD v rámci spolupracující neziskové organizace, do rodiny pravidelně docházela terénní pracovnice, která s chlapcem pracovala. Do programu byla zapojena také matka v rámci rodičovské skupiny. O prázdninách chlapec absolvoval letní pobyt ve vrstevnické skupině, kde bylo jeho chování bez výraznějších afektivních projevů, byl schopen korekce při upozornění a spolupracoval. Jeho návrat do rodinného prostředí byl náročnější, objevily se opět afektivní výbuchy a neochota respektovat pravidla, po krátké době došlo ke zklidnění.

Se začátkem nového školního roku se vše vrací do „starých kolejí“. Ve třídě přibýlo více dětí, David má potíže s respektováním autority, nosí poznámky, vzrůstá jeho napětí

a problematické chování doma i ve škole, konflikty se spolužáky. Vzhledem k tomu, že výchova chlapce leží převážně na matce a je nejednotná, byla rodičům doporučena rodinná terapie, což akceptovali. I přesto se situace nadále zhoršovala, rostla agresivita chlapce, někdy si své tenze vybíjel na bratrovi, křičel na něj. Matka přestala situaci zvládat,jevila známky vyčerpání a projevy chlapce v rámci rodiny se významně zhoršily až k hranici neúnosnosti.

Za této situace byl dohodnut jeho pobyt v internátním SVP. Zde se mu v průběhu pobytu podařilo částečně eliminovat negativní projevy v chování, ve škole se postupně zvyšovala jeho sebekontrola a také samostatnost v přípravě na vyučování za průběžné kontroly. Celkově se mu dařilo lépe plnit povinnosti, překonávat se, došlo ke zvýšení jeho odolnosti. Menší pokrok byl zaznamenán v oblasti vztahů s vrstevníky, kde se stále lehce dostával do konfliktů a byla nutná včasná korekce dospělého. Doporučen asistent pedagoga při návratu do kmenové školy, pokračování spolupráce s dětským psychiatrem a neurologem. Zdůrazněna důležitost mužského vzoru, dostatek důslednosti, kontroly, posilování žádoucího chování a jasně vymezené hranice.

Po návratu z pobytu se David v domácím prostředí jevil jako stabilizovaný. Naopak ve škole došlo ke zhoršení jeho chování a projevů ve smyslu zvýšené agresivity vůči spolužákům a to hlavně verbální - vulgární projevy, gesta. Ve vyučování vyrušoval - mluvil, měl připomínky, odmítal učitelce a odmítal spolupracovat (např. odmítal se vrátit od tabule zpět do lavice apod.). Občas musel být odveden mimo třídu. Individuální práce se dařila lépe, také se mu lépe dařilo v době dělené výuky, kdy je ve třídě nižší počet žáků. O přidělení asistenta bylo požádáno. Ve škole byl ze strany SVP proveden náslech a dána doporučení pro další práci. V případě, že by nedošlo ke stabilizaci, bude doporučena změna školy, umístění do třídy s menším počtem žáků.

Rodiče se podařilo motivovat k rodinné terapii, kterou je mimo jiné odbouráváno napětí mezi členy rodiny a posilována jejich soudržnost. Rodiče se snaží aplikovat doporučené postupy ve výchově - větší zapojování otce do výchovy, dostatek důslednosti, kontroly, posilování žádoucího chování a jasně vymezování hranic.

Vyhodnocení případu:

Do jaké míry se podařilo naplnit zakázku rodiny?

Vývoj tohoto případu nelze hodnotit ve všech bodech zakázky pozitivně.

V jaké oblasti došlo k nejvýraznějšímu posunu?

Rodiče se snaží aplikovat doporučené výchovné postupy - důslednost, kontrola, posilování žádoucího chování chlapce a jasné vymezování hranic, otec se více zapojuje do výchovy, posílána soudržnost rodiny.

Jakým způsobem bylo tohoto posunu dosaženo?

Přínosné byly pravidelné konzultace v rámci SVP, kde rodiče získávali doporučení pro práci s chlapcem, matka se účastnila pravidelných rodičovských skupin. Rodiče se podařilo motivovat k rodinné terapii, což také přispělo k částečnému odbourání napětí v rodině.

V jaké oblasti došlo ke stagnaci nebo k regresu?

I přes dočasnou stabilizaci chlapce pomocí medikace, terapie individuální i skupinové, psychologickou i speciálně pedagogickou péči během jeho pobytu na středisku, se nepodařilo dosáhnout zlepšení negativních projevů chlapce hlavně ve školním prostředí.

Co mělo vliv na tento stav?

David dokáže krátkodobě korigovat své chování a udržet pozornost, je však třeba tyto snahy a dílčí úspěchy často oceňovat a Davida tak posilovat a motivovat což se nyní v rámci školy neděje. David je zde již označován a neoblíben, jako nejoptimálnější se jeví jeho přeřazení do jiné školy a třídy s menším počtem žáků.

4.3.4 Ema, 9,9

Rodinná anamnéza:

Dívka je narozena z mimomanželského krátkodobého vztahu rodičů, důvodem rozchodu rodičů byl alkoholismus otce. S dívkou se nestýká, pouze platí výživné. Nějakou dobu žila matka s Emou u své matky, po třech letech se přestěhovaly k novému partnerovi matky, o rok později se za něj provdala. Z manželství je narozen nevlastní bratr dívky. S nevlastním otcem i bratrem má dívka dobrý vztah.

Osobní a školní anamnéza dítěte:

Dívka je narozena z prvního nekomplikovaného těhotenství matky, porod proběhl v termínu, bez potíží. Raný psychomotorický vývoj v normě, v pěti letech začala chodit do mateřské školy, do základní školy v šesti letech. S nástupem do školy nastaly stížnosti pedagogů na její chování, u dívky byly pozorovány velké výkyvy pozornosti, měla špatný prospěch. Na základě doporučení školy absolvovala ve věku osmi let vyšetření

v pedagogicko-psychologické poradně (dále jen PPP), kde byly zjištěny specifické vývojové poruchy učení ve smyslu dysgrafie, dysortografie, lehčí dyslektické potíže, poruchy pozornosti, výchovné potíže. Na základě výsledků vyšetření byla zařazena mezi žáky se specifickými vzdělávacími potřebami, následovalo její přeřazení do jiné základní školy, do speciální třídy pro žáky se specifickými vzdělávacími potřebami.

Dominantní problematika:

Středisko kontaktovala matka na základě doporučení třídní učitelky. Problémem je chování dívky ve školním prostředí - vyrušování v hodinách, nezvladatelnost, nespolupráce při výuce. Doma živa, neklidná, odmítá přípravu do školy. Pedagogicko-psychologickou poradnou doporučena výuka v integrované třídě s nižším počtem žáků, v případě přeřazení do běžné třídy přidělení asistenta. Dívka chodí do třídy pro dyslektiky, zařazení do této třídy s ADHD přímo nesouvisí. Problematická je také komunikace rodiny se školou, rodina se cítí školou ohrožována, matka v konfliktu s třídní učitelkou.

Z vyšetření psychiatra, psychologa a speciálního pedagoga:

Podle psychiatrického vyšetření se jedná o dítě s ADHD syndromem. Při vyšetření spíše uzavřená, subdepresivně laděná. Doporučena medikace, v případě přeřazení zpět do běžné třídy doporučeno přidělení asistenta.

Kontrolní psychologické a speciálně psychologické vyšetření v PPP ve věku 9,2 let: ukazuje na výrazný psychomotorický neklid dívky, má tendence k přerušování úkolů, ale pod individuálním vedením je dokončuje, jeví se jako usměrnitelná. Velmi dobře reaguje na pochvalu a povzbuzování. Její psychomotorické tempo je místy až extrémně pomalé, snadnější unavitelnost. Závěr: jedná se o dívku s rozumovými schopnostmi ve spodním pásmu průměru, přetrvávající specifické vývojové poruchy učení ve smyslu dysortografie, dysgrafie a dyslexie, psychiatricky potvrzené poruchy pozornosti a aktivity ADHD, výchovné potíže. Opakovaně vydána doporučení pro práci ve škole i doma.

Zakázka rodiny:

Podpora a pomoc v komunikaci se školou, stabilizace dívky ve školním prostředí.

Vývoj situace:

S rodinou byla zpočátku složitější komunikace, byla znát i jistá nedůvěra rodiny v instituce. Tuto bariéru se však podařilo překonat, rodina začala vnímat spolupráci se střediskem jako podporující. Byla dohodnuta pomoc střediska spočívající v jednání se

školou. Z jednání s třídní učitelkou vyplynulo, že s matkou dívky je velmi problematická domluva, je útočná, verbálně agresivní, podává zkreslené informace. Dle ní mnoho problémů pramení ze špatné výchovy matky, dívka kopíruje její chování. Pokud je dívka u babičky, je úplně jiná, pohodová, připravená na výuku, spolupracující. Jako dobrá byla hodnocena také spolupráce s nevlastním otcem dívky. Dle třídní učitelky by dívka mohla navštěvovat běžnou třídu s pomocí asistenta. Bylo dohodnuto, že středisko prostředníkem v jednání mezi školou a rodiči, matka se cítí školou ohrožována, bylo by dobré se více zaměřit na její očekávání, přerušit řetěz konfliktů a nedorozumění. V podobném duchu bylo pracováno i s matkou dívky.

Pro dívku se podařilo získat asistenta při jejím setrvání ve speciální třídě, což bylo výrazným přínosem. Třídní učitelka nadále prosazovala zařazení dívky do běžné třídy. Rodina trvala na tom, aby dcera zůstala ve své třídě, což se nakonec stalo, situace se zklidnila. Po měsíci třídní učitelka sděluje, že opět došlo ke zhoršení chování dívky, jsou s ní opět problémy. Na pololetní vysvědčení ohodnocena druhým stupněm z chování.

Mezitím na oznámení učitelky tělesné výchovy, která objevila na těle dívky rozsáhlé podlitiny, jednalo oddělení sociálně právní ochrany dětí o nařízení soudního dohledu nad výchovou dívky. Matka odmítla, že by dceru nepřiměřeně trestala, občasné tělesné tresty však nevyloučila. Upozorněna kurátorkou na možné důsledky, pokud by se tento stav opakoval. Díky tomu se opět vyhrotily vztahy matka - škola, projevilo se to také na psychickém stavu dívky.

Následovala důtka třídního učitele za zapomínání, incident se spolužačkou, která se měla o dívce nelichotivě vyjadřovat, dívka chtěla řešit s učitelkou, ta se jí však nezastala. Situace opět vygradovala tak, že byla svolána výchovná komise za účasti speciálního pedagoga SVP, která probíhala ve velmi napjaté atmosféře. Škola veškerou vinu za vyhrocení situace vidí na straně rodiny, patrná snaha zbavit se problematické žáčky, oznámeno přeřazení do jiné třídy. Vyšlo také najevo, že škola doufá, že žačka odejde ze školy úplně.

Situace řešena nabídkou k měsíčnímu pobytu dívky na oddělení celodenní péče, což škola i rodina uvítaly. Výuka bude probíhat na podkladě plánu učiva, které dodá škola. O výsledcích vzdělávání bude dodáno ze strany střediska závěrečné hodnocení, včetně návrhu klasifikace.

V rámci individuální výuky na středisku prospívala dívka velmi dobře, sdělovala, že se jí tu líbí, do školy se těšila. Navštěvovala zde také canisterapii, začlenila se bez problémů, měla tendence na sebe upozorňovat, ale jinak veselá, komunikativní, slušná. V rámci vyučování byla její pozornost kolísavá, občasné zhoršení pracovní morálky, tendence vymýšlet si, řídit situaci, dělat si věci po svém, nerespektovat pokyny dospělého. Dle matky se situace zklidnila i doma, úspěšně se snaží zcela vyloučit fyzické tresty, výrazně se snížila její tenze. Celkově lze zhodnotit docházku do oddělení celodenní péče jako přínosnou, během této doby se také podařilo zařídit přeřazení dívky do základní školy, která je specializovaná na výuku dětí se specifickými vývojovými poruchami chování (ADHD). Zde byla Ema v rámci adaptace hodnocena vcelku pozitivně, její sklony řídit všechny kolem sebe se podařilo eliminovat, našla si zde kamarádku. Výuka zde probíhá ve třídách s malým počtem žáků pod vedením speciálních pedagogů, což umožňuje individuální přístup, na který dívka reaguje zlepšením chování.

Vyhodnocení případu:

Do jaké míry se podařilo naplnit zakázku rodiny?

Lze konstatovat, že se jí podařilo naplnit beze zbytku.

V jaké oblasti došlo k nejméně výraznějšímu posunu?

Podařilo se stabilizovat dívku ve školním prostředí, v návaznosti na to i v prostředí domácím.

Došlo ke zmírnění napětí v rámci rodinných vztahů, k eliminaci fyzických trestů.

V oblasti spolupráce rodiny a nové školy.

Jakým způsobem bylo tohoto posunu dosaženo?

Prvním krokem ke stabilizaci dívky byl její pobyt na oddělení celodenní péče, kde se při individuální péči a skupinové terapii dařilo dosahovat dílčích úspěchů. Dívka zažila pocit přijetí a podpory, zklidnila se, což mělo pozitivní vliv na její chování v domácím prostředí a zmírnění napětí v rodině. Největší pomocí rodině se jeví zprostředkování změny školy, kde se prozatím při individuálním přístupu a s přihlédnutím ke specifickým vzdělávacím potřebám daří pracovat s negativními projevy v chování dívky. Spolupráce rodiny a školy je bezproblémová, protože se rodina cítí být podporována, nenálepkována, přestala zaujímat obranné postoje.

V jaké oblasti došlo ke stagnaci nebo k regresu?

Nepodařilo se upravit vyhocené vztahy původní školy a rodiny, naopak situace neustále gradovala což bylo kontraindikací pro setrvání a prospívání dívky v tomto prostředí.

Co mělo vliv na tento stav?

Rodina a škola spolu nebyli schopni konstruktivně komunikovat, matka se cítila ohrožená, stigmatizovaná, škola jí dávala najevo vinu za chování dívky, byly jasně patrné tendence zbavit se problémové žačky.

4.4 Shrnutí a interpretace výsledků šetření

Tab. 1. Shrnutí výsledků případových studií

Oblast nejvýraznějšího posunu	Michal <ul style="list-style-type: none"> • zajištění stabilního výchovného prostředí • částečná stabilizace ve školním prostředí pozitivní zpětné vazby od pedagogů • motivace pro jeho další postoje a formy chování
	Daniela <ul style="list-style-type: none"> • úprava problematických momentů spojených s rutinními denními úkony • posílení samostatnosti dívky • zlepšení školního prospěchu • posílení pozitivního naladění dívky i matky • posílení matky v oblasti zvládnání rodičovské role (cítí se silnější, schopna řešit problémy postupně, po malých krůčcích, nebojovat s nimi a nevyčerpávat se)
	David <ul style="list-style-type: none"> • snaha rodičů aplikovat doporučené výchovné postupy (důslednost, kontrola, posilování žádoucího chování, jasné vymezování hranic) • větší angažovanost otce ve výchově • snížení napětí v rodině a posílení její soudržnosti
	Ema <ul style="list-style-type: none"> • stabilizace dívky ve školním prostředí • stabilizace v rámci rodiny • zmírnění napětí v rámci rodinných vztahů, eliminace fyzických trestů • zlepšení kvality spolupráce rodiny a nové školy
Způsob jeho dosažení	Michal <ul style="list-style-type: none"> • nahrazení střídavé péče péčí otce • vhodný způsob vedení v rodině otce, nastolený pevný řád a struktura dne, podpůrné rodinné zázemí, medikace, pobyt v SVP

	<p>Daniela</p> <ul style="list-style-type: none"> • zápis každodenních výsledků do vyhodnocovacího formuláře a následná kontrola na konzultacích při dobré spolupráci matky a motivaci dívky • samostatná docházka do školy, účast na prázdninovém táboře • vhodné vedení matkou využívající doporučení získaná během konzultací • vedení v rámci konzultací, účast matky na rodičovských skupinách - zpětné vazby od ostatních rodičů
	<p>David</p> <ul style="list-style-type: none"> • dobrá spolupráce rodičů v rámci konzultací na SVP, následná realizace získaných doporučení • účast matky na rodičovské skupině • rodinná terapie
	<p>Ema</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuální péče a skupinová terapie v rámci SVP posilující žádoucí chování • přeřazení dívky do základní školy specializované na výuku dětí se specifickými vývojovými poruchami chování (ADHD) • podpurný přístup školy poskytující rodině pocit přijetí
<p>Oblast stagnace nebo regrese</p>	<p>Michal</p> <ul style="list-style-type: none"> • problematický vztah s vrstevníky a následně vyhledávání společnosti mladších a problémových jedinců, kde je akceptován • narušený vztah s matkou
	<p>Daniela</p> <ul style="list-style-type: none"> • posílení výchovné konzistence obou rodičů
	<p>David</p> <ul style="list-style-type: none"> • negativní projevy hlavně ve školním prostředí
	<p>Ema</p> <ul style="list-style-type: none"> • vyhrocené vztahy rodiny a původní školy
<p>Vlivy působící na tento stav</p>	<p>Michal</p> <ul style="list-style-type: none"> • konfliktní chování a silná potřeba dominance jako typické projevy syndromu ADHD • výchovné selhávání matky, která po ukončení střídavé péče na výchovu rezignovala, dostatečně se synovi nevěnuje a nedokáže sytit jeho emoční potřeby
	<p>Daniela</p> <ul style="list-style-type: none"> • neochota otce k systematické spolupráci s SVP • nestabilní výchovné působení otce, • proměnlivost jeho postojů a chování k bývalé manželce

	<p>David</p> <ul style="list-style-type: none"> • absence oceňování dílčích úspěchů chlapce ze strany pedagoga s negativním dopadem na jeho další motivaci a snahu • nálepka obtížného a nezvladatelného žáka
	<p>Ema</p> <ul style="list-style-type: none"> • neschopnost konstruktivní komunikace a spolupráce školy a rodiny • zaujímání obranných postojů rodinou • tendence školy zbavit se problémové žáčky

Získané výsledky z výzkumného šetření byly pro lepší orientaci shrnuty ve výše uvedené tabulce. Jedná se o zodpovězení dílčích výzkumných otázek, jejichž vyhodnocení vede k získání odpovědi na hlavní výzkumnou otázku, která zněla:

Do jaké míry se podařilo naplnit zakázku rodiny?

V první případové studii (Michal) bylo zakázkou rodiny získání pomoci a podpory v komunikaci se školou a stabilizace chlapce ve školním prostředí.

Z výsledků uvedených v tabulce vyplývá, že díky změně střídavé výchovy se podařilo chlapci zajistit stabilní výchovné prostředí u otce s vhodným způsobem vedení konzultovaným s odborníky. Tím také došlo k jeho částečné stabilizaci ve škole, kde bývá oproti minulosti hodnocen pedagogy i pozitivně, což je pro něj velmi silnou motivací. Svou roli zde sehrává i vhodně nastavená medikace a absolvovaný pobyt na SVP, kde chlapec získal korektivní zkušenost a dostalo se mu zde intenzivní psychologické a speciálně pedagogické péče. Prognosticky rizikový je jeho konfliktní vztah s vrstevníky, kompenzovaný vyhledáváním mladších a hlavně problémových kamarádů a aktuálně narušený vztah s matkou, která na výchovu rezignovala, dostatečně se synovi nevěnuje a žije si svůj život. Tato situace je pro chlapce výrazně destabilizační a působí také negativně na jeho chování ve škole. Při vyhodnocení výsledků lze však na výzkumnou otázku odpovědět kladně, **zakázku rodiny se v tomto případě podařilo naplnit.**

Ve druhé případové studii (Daniela) byla zakázkou rodiny podpora matky v jejích rodičovských kompetencích, posílení jednotnosti výchovných přístupů u obou rodičů, posilování a rozvíjení samostatnosti dívky, motivace dívky k bezproblémovému zvládnutí režimových denních činností, korekce jejích nevhodných forem komunikace s matkou.

Výsledky ukazují, že maximálně spolupracující matka, která vhodně využívala doporučení ohledně výchovných postupů získaných na konzultacích, účastnila se rodičovských skupin, kde měla možnost sdílet své problémy s ostatními rodiči a získávat zpětné vazby, posílila své rodičovské kompetence a naučila se problémy řešit více efektivně. Následně byla schopna ve spolupráci s SVP vést dceru k větší samostatnosti a méně konfliktnímu zvládnání problematických každodenních činností, včetně zefektivnění domácí přípravy do školy. To se projevilo zlepšením školního prospěchu dívky a celkovému pozitivnímu naladění v domácnosti. Problematika sjednocení výchovných přístupů obou rodičů byla komplikována neochotou otce k systematické, případně i párové spolupráci s SVP a proměnlivostí jeho výchovných přístupů a postojů k bývalé manželce. **Zakázku rodiny se tedy podařilo naplnit s výjimkou dosažení stability v jednotnosti výchovných přístupů obou rodičů.**

Ve třetí případové studii (David) byla zakázka rodiny definována jako posílení kompetencí v rámci doprovázení a výchovy dítěte s ADHD, stabilizace chlapce ve školním i domácím prostředí.

Z analýzy výsledků vyplývá dobrá spolupráce rodičů, zvláště pak matky, která se účastnila i rodičovských skupin. Rodiče se snažili aplikovat získaná doporučení ohledně výchovných postupů, otec se začal více zapojovat do výchovy. Společně začali docházet na rodinnou terapii, což vedlo ke snížení napětí v rodině, posílení její soudržnosti a lepšímu zvládnání Davidových projevů. Beze změny však zůstaly negativní projevy Davida ve škole. Je zde vnímán jako obtížný a nezvladatelný žák, chybí oceňování jeho snahy a malých pokroků ze strany pedagogů, což je výrazně demotivující faktor. Do budoucna se jeví jako vhodná změna školního prostředí. **Zakázku rodiny se podařilo naplnit v oblasti posílení výchovných kompetencí rodičů a stabilizaci rodiny i chlapce v domácím prostředí, negativní projevy ve školním prostředí zůstaly beze změny.**

Zakázkou čtvrté případové studie (Ema) byla podpora a pomoc v komunikaci se školou, stabilizace dívky ve školním prostředí.

Z výsledků vyplývá, že poskytnutím dočasné celodenní individuální péče a skupinové terapie v rámci SVP se dívku podařilo vytrhnout z prostředí původní školy, kde byla vnímána jako problémová, byly zde jasně patrné tendence zbavit se jí a panovaly vyhrčené vztahy mezi rodinou a školou. Mezitím bylo realizováno její přeřazení do základní školy specializované na výuku dětí s ADHD. Zde se podařilo díky podpurnému

přístupu školy navázat s rodiči dobrou spoluprací. To vše se odrazilo na stabilizaci dívky nejen ve školním prostředí se speciálně pedagogickou péčí, ale i v prostředí domácím, kde se výrazně zmírnilo napětí v rámci rodinných vztahů, došlo k eliminaci fyzických trestů.

Na závěr lze konstatovat, že zakázka rodiny byla naplněna ve všech ohledech.

Zakázky rodin se vesměs týkaly pomoci a podpory v oblasti vhodných výchovných přístupů k dítěti se syndromem ADHD, v oblasti komunikace se školou, posílení rodičovských kompetencí a stabilizace chování dítěte v domácím a školním prostředí. Tyto zakázky se podařilo naplnit v případě systematické a jednotné spolupráce rodiny, která byla schopna vhodně aplikovat doporučené výchovné postupy a opatření, případně se zapojila společně s dětmi do podpůrných terapeutických programů v rámci SVP nebo jiných pomáhajících pracovišť, spoluprací s dalšími odborníky, s využitím vhodné medikace v případě doporučení lékaře a také v případě, že se podařilo zajistit individuální přístup pedagogů k dítěti, akceptující zvláštnosti a potřeby dítěte se syndromem ADHD.

Mezi vlivy, které negativně ovlivňovaly průběh a výsledek spolupráce patří především výchovné selhávání některého z rodičů, jejich nejednotnost, nestabilní výchovné působení a neochota k systematické spolupráci s odborníky. Dalšími problematickými faktory byly vyhrocené vztahy mezi rodinou a školou a neschopnost konstruktivní spolupráce, neoceňování snahy dítěte ze strany pedagoga, jeho stigmatizace a snaha školy zbavit se problémových žáků. Problémovým a také prognosticky rizikovým je také špatné postavení dítěte s ADHD v kolektivu - důsledek projevů typických pro syndrom ADHD.

5 DISKUSE A ZÁVĚRY

Cílem výzkumu bylo zachytit vývoj situace v rodinách, které vychovávají dítě se syndromem ADHD, řeší výchovné problémy za pomoci poradenského pracoviště a zjistit, jak se spolupráce odrazila na kvalitě života dítěte a celé rodiny. Jsou zde zachyceny výsledky spolupráce, kterých bylo dosaženo v průběhu jednoho roku. Součástí zvoleného kvalitativního výzkumu měly být také rozhovory s rodiči. Tyto však nebyly realizovány, protože byly vyhodnoceny jako nadbytečné. Situace byla detailně popsána v případových studiích a analyzované dokumenty, mezi kterými jsou i písemné záznamy z konzultací a z anamnestických rozhovorů s rodiči poskytly dostatek informací potřebných k výzkumnému šetření. Vzhledem k velikosti výzkumného vzorku a zvolené metodě jsou výzkumné šetření a jeho výsledky pouze malou sondou do dané problematiky. Výsledky proto nelze příliš zobecňovat, ale lze konstatovat, že analýza čtyř případových studií prokázala, že spolupráce s odborníky má pozitivní efekt na kvalitu života dítěte se syndromem ADHD a jeho rodiny a je žádoucí součástí komplexní péče o tyto děti. Analýza případových studií také potvrdila poznatky zaznamenané v teoretické části práce.

Jak vnímá i Michalová (2007) důležitou součástí řešení problematiky syndromu ADHD jako psychosociální nemoci je úprava vztahu okolního prostředí k dítěti. Jako zásadní se potvrdila stabilita výchovného prostředí, jednotný přístup rodičů k výchově a jejich informovanost o problematice syndromu ADHD, dále jak uvádí Drtílková (2007) nutnost jasného a pro dítě srozumitelného řádu s pravidly a povinnostmi, strukturou dne a posilování žádoucího chování. Neméně důležitá je důslednost, jednoduchá komunikace a okamžitá zpětná vazba jak v domácím, tak ve školním prostředí, schopnost rodičů i pedagogů aplikovat vhodné výchovné postupy.

Výzkumné šetření také prokázalo význam informovanosti pedagogů o problematice syndromu ADHD, která se, jak zmiňuje i Goetz, Uhlíková (2013) stává prevencí konfliktů a nedorozumění mezi pedagogy, žáky a jejich rodiči. Otevřená a bezproblémová komunikace rodiny a školy, individuální a podpůrný přístup pedagogů k dítěti bez nálepkování, je jedním z účinných nástrojů péče o dítě se syndromem ADHD. Ve své práci zabývající se školní adaptací dětí s ADHD zmiňuje Zpěváková (UTB, 2015), že rodiče vnímají nedostatečnou orientaci pedagogů v problematice syndromu ADHD jako jeden z největších problémů snižující efektivitu reedukace těchto dětí. Tento poznatek vyplynul z rozhovorů s rodiči, které jsou součástí výzkumu v této práci.

Jako nutná se jeví také pomoc a podpora dětí s ADHD v oblasti sociálních vztahů, kde jsou výrazně limitovány svými projevy, které způsobují jejich neúspěšnost ve vztazích, kdy nejbolestnějším a do budoucna velmi rizikovým faktorem je odmítání vrstevníky. Jak uvádí Vágnerová (1999) děti se vnímají jako nežádoucí, neúspěšné, méněcenné, stále očekávající kritiku a odmítání, což výrazně ovlivňuje jejich chování. V rámci vytváření jejich pozitivního sebeobrazu, pro podporu sebevědomí a sebedůvěry je zapotřebí, aby se jim dostávalo také pozitivních zpětných vazeb.

Jako velmi účinná se také potvrdila psychická podpora rodičů a posilování jejich rodičovských kompetencí v rámci zvládnání náročné výchovy dítěte se syndromem ADHD, vytváření a udržení harmonického rodinného zázemí a bezpečného prostředí pro děti a komplexní terapie. Rodiče, které se podařilo v rámci pravidelných konzultací motivovat k práci na sobě samém, např. formou účasti na rodičovských skupinách nebo rodinné terapii, vykazovali dobré výsledky v práci s dítětem i přes limity a výkyvy, které s sebou výchova dítěte se syndromem ADHD nese. Byla naplněna jejich potřeba sdílet své problémy, nezůstávat na ně sami, což je velmi posilovalo v oblasti zvládnání rodičovské role a každodenních problémů.

Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, úspěšnost jakékoliv terapie se hodnotí dosaženou kvalitou života dítěte a jeho okolí a naděje na úspěch se zvyšuje, pokud je ADHD diagnostikováno co nejdříve a je také vhodně řešeno (Šlapal, 2015). V tomto kontextu lze výsledky provedené analýzy hodnotit pozitivně, neboť v každé ze čtyř uvedených případových studií došlo k alespoň částečné stabilizaci dětí v rodinném či školním prostředí, k posílení rodičovských kompetencí, zmírnění napětí v rámci rodinných vztahů nebo ke zlepšení kvality komunikace a spolupráce rodiny a školy, tzn. ke zlepšení kvality života. Jedná se sice o časový úsek jednoho roku, lze však předpokládat, že výsledky spolupráce budou mít dlouhodobější pozitivní dopad a v případě zhoršení situace mají rodiče, kteří ve spolupráci nepokračují, možnost ji kdykoliv obnovit.

Jako podstatný výstup z této práce se jeví doporučení pro rodiče - pokud mají podezření, že s jejich dítětem není vše v pořádku nebo pokud byl u něj syndrom ADHD již diagnostikován, je vhodné řešení problémů neodkládat, nezůstávat na ně sami a obrátit se na odborníky, neboť jak uvádí Michalová (2007) ADHD je porucha chronická, ne zcela vyléčitelná, ale za příznivých podmínek ji lze ovlivnit.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou dětí se syndromem ADHD. V teoretické části práce jsem se ve třech kapitolách zaměřila na shrnutí dostupných a aktuálních poznatků o této problematice. V první kapitole byl popsán vývoj terminologie, historie, etiologie, projevy a komorbidity syndromu. Druhá část se zabývala výchovou dítěte v rodině a ve škole, vhodnými výchovnými postupy, efektivními formami výuky a sociálními důsledky syndromu. Ve třetí kapitole byly zmíněny současné způsoby diagnostiky, dále možnosti léčby a terapie ADHD a formy poradenství.

Čtvrtá kapitola obsahuje praktickou část, jejímž cílem bylo zachytit vývoj situace v rodinách, které vychovávají dítě se syndromem ADHD a při řešení výchovných problémů s dítětem se obrátily na ambulantní poradenské pracoviště - středisko výchovné péče. Cílem práce bylo zjistit, zda se podařilo naplnit zakázku rodiny, se kterou se na SVP obrátila, zda a jaký přínos měla tato spolupráce na kvalitu jejich života.

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou, formou analýzy případových studií čtyř klientů, ve kterých byl zachycen vývoj situace v problémových oblastech během jednoho roku spolupráce s SVP. Byly zde popsány a analyzovány oblasti, kde došlo k nejvýraznější korekci potíží, opatření a kroky, které ke zlepšení vedly, včetně faktorů, které situaci ovlivňovaly. Dále jsou zde rozebrány problematické momenty spolupráce, potíže, které se nepodařilo pozitivně ovlivnit nebo došlo v průběhu spolupráce ke zhoršení a vlivy, které se na tomto podílely.

Po provedené analýze jsem dospěla k závěrům, které jsou shrnuty v páté kapitole práce. Podmínkou úspěchu při řešení problémů s dítětem ADHD je systematickosti, komplexnost, včasná diagnostika, informovanost rodičů, pedagogů a nejbližšího okolí dítěte o této problematice. Významnou roli hraje schopnost a ochota rodičů a pedagogů aplikovat vhodné a podpůrné edukační postupy, být dítěti oporou a provázet je na jeho nelehké cestě k dospělosti. To s sebou nese potřebu rodičovské schopnosti posilovat a rozvíjet, mít možnost sdílet své problémy, nezůstávat na výchovu těchto dětí sami a nenechat si problémy tzv. přerůst přes hlavu a také nepoškozovat dítě nesprávnými výchovnými přístupy, které mohou mít vážné následky. Nejde o to, přenést odpovědnost za vyřešení problémů na odborníky, ale o to, společně s nimi nalézat východiska ze situací, které se mohou jevit jako neřešitelné, s jejich pomocí překonávat překážky a rozvíjet vlastní potenciál. Problémy, které se neřeší, sami neodezní. Je zapotřebí hodně úsilí, trpělivosti a času.

Zde se také otevírá prostor pro možné působení sociálních pedagogů, ve formě jejich spolupodílení se na řešení potíží, které provází výchovu a vzdělávání dětí se syndromem ADHD, například jako prostředníků mezi rodinou, školou a poradenskými pracovišti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANTAL, M. 2013. To dítě je nepozorné. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2898-1.

ASOCIACE DOSPĚLÝCH PRO HYPERAKTIVNÍ DĚTI. Příznaky podle věku dítěte [on-line]. © 2009 [cit. 9.2.2016]. Dostupné z: <http://adehade.cz/diagnostika/priznaky-podle-veku-ditete>.

BAPTIE, J. Pohyb, výživa a hra - Jak důležité jsou pro optimální vývoj nervového systému: Sborník z Konference Dítě s ADHD, 2015, Brno, Projekt prohlubování klíčových kompetencí pedagogů a jiných odborníků a rodičů; jako podpora úspěšného vzdělávání dětí se syndromem ADHD [CD].

BARKLEY, R. 1990 cit. podle ZELINKOVÁ, O. 2009. Poruchy učení. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-514-1.

BRAGDON, A.D., GAMON, D. 2006. Když mozek pracuje jinak. Praha: Portál. ISBN 80-7367-066-6.

CENTRUM PRO RODINU A SOCIÁLNÍ PÉČI [on-line]. (c) 2015 - 2016 Copyright [cit. 14.2.2016]. Dostupné z: <http://www.neklidne-deti.cz>

ČERNÁ, M. et al. 1999. Lehké mozkové dysfunkce. Praha: Karolinum.

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Podporu si zaslouží i rodiny z hyperaktivními dětmi [on-line]. 2010 [cit. 5.2.2016]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8159>.

ČESKO. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Oblast poradenství [on-line] MŠMT © 2013 – 2016 [cit. 15.2.2016].

Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/oblast-poradenstvi>.

ČESKO. Zákon č. 109 ze dne 29. března 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2002, částka 48, s.2983.

DRTÍLKOVÁ, I. 2007. Hyperaktivní dítě. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-447-8.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. 2013. ADHD. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.

- HENDL, J. 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- i DNES.cz/Blog. Hyperaktivní dítě s ADHD. Dá se vůbec zvládnout a vychovat? [online]. 4.6.2014 [cit. 6.2.2016]. Dostupné z: <http://evavaleriemaxova.blog.idnes.cz>.
- KENDÍKOVÁ, J. 2014. Legislativa ADHD pro školy a poradny. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe. ISBN 978-80-7496-167-0.
- KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L. 2008. Rodičovství očima matek neklidných dětí. Brno: Barrister Principal. ISBN 978-80-87029-47-3.
- KUCHARSKÁ, A. Nástin situace v České republice. In: RIEFOVÁ, S.F. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. 2010. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-728-2.
- LUDEWIG, K. 2011. Základy systemické terapie. Praha:Grada. ISBN 978-80-247-3521-4.
- MATEJČEK, Z. 1986. Rodiče a děti. Praha: Avicenum. ISBN 08-011-86.
- MASOPUSTOVÁ, Z. Negativismus, agresivita a vzdor u dítěte s ADHD: Sborník z Konference Dítě s ADHD, 2015, Brno, Projekt prohlubování klíčových kompetencí pedagogů a jiných odborníků a rodičů; jako podpora úspěšného vzdělávání dětí se syndromem ADHD [CD].
- MATOUŠEK, O., MATOUŠKOVÁ, A. 2011. Mládež a delikvence. Praha:Portál. ISBN 978-80-7367-825-8.
- MERTIN, V. 2004. ADHD - pohled psychologa. Pediatrie pro praxi, 2/2004 [on-line.] [cit. 12.1.2016]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz>.
- MICHALOVÁ, Z. 2007. Sonda do problematiky specifických poruch chování. Havlíčkův Brod:Tobiáš. ISBN 80-7311-075-X.
- MIOVSKÝ, M. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. 2008. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-430-4.
- PELLETIEROVÁ, E. 2014. Porucha pozornosti bez hyperaktivity. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0599-9.
- PESESCHKIAN, N. 1999. Příběhy jako klíč k dětské duši. Praha: Portál. ISBN 80-7178 275-0.

- PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, CH. 2008. Neklidné dítě. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-351-2.
- RIEFOVÁ, S. F. 2010. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praha: Portál. ISBN 978 80-7367-728-2.
- SERFONTEIN, G. 1999. Potíže dětí s učením a chováním. Praha: Portál. ISBN 80-7178 315-3.
- STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE. Ambulance. [on-line], [cit. 15.2.2016]. Dostupné z: <http://www.svp-ddu-brno.cz/sluzby/ambulance>.
- STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE. Oddělení celodenní péče [on-line], [cit. 15.2.2016]. Dostupné z: <http://www.svp-ddu-brno.cz/sluzby/celodenni-stacionar>.
- ŠLAPAL, R. Kompletní pohled dětského neurologa na dítě s ADHD. Sborník z Konference Dítě s ADHD, 2015, Brno, Projekt prohlubování klíčových kompetenci pedagogů a jiných odborníků jako podpora úspěšného vzdělávání dětí se syndromem ADHD [CD].
- TRAIN, A. 2001. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál. ISBN 80-7178-503-2.
- TRAIN, A. 1997. Specifické poruchy chování a pozornosti. Praha: Portál. ISBN 80-7178 131-2.
- TŘESOHLAVÁ, Z. et al. 1983. Lehká mozková dysfunkce v dětském věku. Praha: Avicenum.
- VÁGNEROVÁ, M. 1999. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, M. 1998. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum.
- ZATLOUKAL, L. Práce se "zakázkami" v psychoterapii a poradenství - systemický přístup. Sociální práce 2008, 3, s. 82 - 93. Práce se zakázkami [on-line], [cit. 28.3.2016]. Dostupné z: <http://dalet.cz/Clanky/zakazky.pdf>.
- ZELINKOVÁ, O. 2009. Poruchy učení. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-514-1.
- ZPĚVÁKOVÁ, J. Adaptace dětí s ADHD na školní prostředí. 2015. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Ústav pedagogických věd. Vedoucí bakalářské práce Jana Martincová.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
CD	Conduct disorders
CNS	centrální nervová soustava
č.	číslo
ČR	Česká republika
EEG	elektroencefalograf
HYPO	HYperaktivita, POzornost
KUPOZ	KUncová, POZornost
KUMOT	KUncová, MOTorika
LMD	lehká mozková dysfunkce
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
MŠ	mateřská škola
např.	například
ODD	Oppositional defiant disorder
ORL	otorhinolaryngologie
OSPOD	orgán sociálně právní ochrany dětí
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
SPCH	specifická porucha chování
SPU	specifická porucha učení
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Shrnutí výsledků případových studií