

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

**ANALÝZA PŘÍRUČEK PRO RODIČE A UČITELE
DĚTÍ S DIAGNÓZOU ADHD**

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Zuzana Bílková

Autor:

Martina Křížová

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

.....

Datum

.....

Podpis

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Zuzaně Bílkové za její odborné vedení a spolupráci při vypracovávání diplomové práce, poskytnutí cenných rad a připomínek k práci a také za její ochotu a čas, který mi byl věnován.

ANOTACE

Tato práce se věnuje hlubší analýze jednotlivých témat o poruše pozornosti doprovázené hyperaktivitou (ADHD), které se nacházejí ve vybraných studovaných příručkách. Příručky jsou určeny pro rodiče a učitele, příp. další specialisty, žijící v kontaktu s dětmi, příp. dospělými, touto poruchou trpícími.

Úkolem práce není najít nové postupy a metody při řešení problematiky ADHD, ale přinést přehled o informacích, které jsou v současnosti pro čtenáře a zájemce o tuto problematiku k dispozici.

ABSTRACT

This work attends to the deeper analysis of individual themes about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The themes occur in the studied handbooks which have been chosen for this analysis. The handbooks are intended for parents, teachers and eventually for other specialists who are living with the children or adults suffering from ADHD.

The aim of the work is not to find new processes and methods to solve the problem of ADHD but the aim is to bring the view of information which is nowadays available for readers and others interested persons of this problem.

OBSAH

1. ÚVOD.....	3
2. CO JE ADHD?.....	5
2.1. DEFINICE ADHD.....	5
2.2. ZKRATKOVÁ SLOVA ADD/ADHD A DALŠÍ ZPŮSOBY OZNAČENÍ PORUCHY.....	5
3. SYMPTOMY AD(H)D.....	7
3.1. SYMPTOMY AD(H)D A VĚK.....	7
3.1.1. Předškolní věk	7
3.1.2. Školní věk.....	8
3.1.3. Dospělost.....	9
3.2. SYMPTOMY ADD x SYMPTOMY ADHD.....	9
3.3. PORUCHA POZORNOSTI, HYPERAKTIVITA A IMPULZIVITA JAKO HLAVNÍ SYMPTOMY VYSKYTUJÍCÍ SE VE VĚTŠINĚ PŘÍRUČEK.....	11
3.3.1. Porucha pozornosti (ADD).....	11
3.3.2. Hyperaktivita.....	12
3.3.3. Impulzivita/impulzivnost.....	13
3.4. JINÉ PŘÍZNAKY.....	14
3.4.1. Agresivita.....	14
3.4.2. Nepořádnost a ledabylý zevnějšek.....	15
3.4.3. Sociální vztahy.....	15
3.4.4. Nepružnost.....	16
3.4.5. Emoce a chování.....	16
3.4.6. Problémy senzomotorické koordinace pohybu.....	17
3.4.7. Velká výkonnostní variabilita.....	17
3.4.8. Paměť.....	18
3.4.9. Inteligence.....	18
3.4.10. Vývoj řeči.....	19
3.4.11. Zdravotní problémy.....	19
3.4.12. Spánek.....	19
3.4.13. Porucha stravování.....	19
3.5. SYMPTOMY V PŘÍRUČCE PORUCHY POZORNOSTI V DĚTSTVÍ I DOSPĚLOSTI.....	20
4. VÝSKYT AD(H)D.....	22
4.1. PROCENTUÁLNÍ ODHAD.....	22
4.2. CHLAPCI VERSUS DÍVKY.....	23
5. OBECNÝ POJEM „NEKLIDNÉ DÍTĚ“ (VÍCE INFORMACÍ O HYPERAKTIVITĚ).....	25
5.1. NEKLIDNÉ PŘESTO NORMÁLNÍ?.....	26
5.2. NEKLIDNÉ DÍTĚ Z POHLEDU MICHAELA ŠEBKA.....	27
6. AD(H)D A DOSPĚLÍ.....	29
6.1. VÝSKYT A STUDIE ADD U DOSPĚLÝCH.....	29
6.2. JAKÝ JE VLASTNĚ DOSPĚLÝ ČLOVĚK S ADD?.....	31
6.3. ADD A ČESKÉ OBYVATELSTVO.....	33

6.4. A CO NA TO AMERIKA?.....	33
7. AD(H)D V DĚTSTVÍ A ZEJMÉNA VE ŠKOLE.....	35
7.1. AD(H)D VE ŠKOLE.....	36
7.1.1. <i>Problémy s učením a jejich řešení.....</i>	<i>37</i>
7.1.2. <i>Jak může pomoci škola?.....</i>	<i>42</i>
7.1.3. <i>Pomoc při výběru dalšího vzdělávání.....</i>	<i>44</i>
7.2. ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUP K ADHD – STŠR.....	45
8. AD(H)D A RODINA.....	50
8.1. VZTAHY MEZI ČLENY RODINY.....	50
8.2. VÝCHOVA HYPERAKTIVNÍCH DĚTÍ.....	51
8.2.1. <i>Speciální výchovné postupy pro zvládnutí neklidu.....</i>	<i>52</i>
8.3. JÍDLO JAKO PŘÍČINA HYPERAKTIVITY.....	53
9. LÉČBA.....	54
9.1. POUŽÍVANÉ DRUHY LÉČBY.....	54
9.1.1. <i>Výchovná opatření. Může výchova pomoci k vyléčení AD(H)D?.....</i>	<i>54</i>
9.1.2. <i>Psychoterapie.....</i>	<i>55</i>
9.1.3. <i>Farmakoterapie.....</i>	<i>55</i>
9.1.4. <i>Alternativní léčba.....</i>	<i>56</i>
9.1.5. <i>EEG-biofeedback.....</i>	<i>56</i>
10. KLASIFIKACE PŘÍRUČEK.....	58
10.1. ROZDĚLENÍ PŘÍRUČEK.....	58
10.2. PŘÍSTUPY K AD(H)D.....	60
11. ZÁVĚR.....	62
LITERATURA.....	64
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	65
SEZNAM TABULEK.....	66
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	66

1. Úvod

Porucha pozornosti doprovázená hyperaktivitou (ADHD) je v dnešní populaci poměrně častým jevem. Dítě s ADHD vykazuje znaky vysoké aktivity, neklidu, nedostatečné soustředěnosti a impulzivního jednání. Mívá problémy ve škole, učitelé si na něj často stěžují, ale ani v rodině to obvykle nebývá lepší. Vychovávat jej vyžaduje velké úsilí, pochopení a toleranci. Ale i pro děti samotné porucha představuje složitou a náročnou zkoušku, přináší jim řadu potíží v rodině, mezi vrstevníky, narušuje jejich zařazení do společnosti a v neposlední řadě někdy může ohrozit i jejich zdraví. Proto se musíme snažit co nejvíce ulehčit jejich trápení a poskytnout jim adekvátní pomoc ve škole i doma. Určitě se to vyplatí, protože nejen „normální“ děti, ale i tyto děti patří mezi výjimečné osobnosti.

Tato diplomová práce je sepsána jako přehledová studie, která přináší způsob zpracování velkého množství informací o problému poruchy ADHD, které jsou rodičům, učitelům a ostatním čtenářům k dispozici v knižních publikacích aktuálně dostupných v českém prostředí. Struktura práce obsahuje analýzu několika studovaných publikací a jejich vybraných důležitých tematických okruhů, prostřednictvím nichž čtenáře seznamuje s daným problémem. Okruhy jsou z velké části teoretické, nesnaží se přinést nové poznatky o poruše ani žádné nové pohledy na ni, ale usilují o prezentaci ověřené skutečnosti, výběr aktuálních informací a současně pokus o jejich srovnání. Práce není přesně diferencována na část teoretickou a praktickou, nýbrž v ní dochází ke splývání obou částí.

Záměrem práce je také vytvoření klasifikace příruček, jejich rozdělení do určitých kategorií. Tyto kategorie vznikly zejména z důvodu informovanosti lidí, kteří přicházejí s ADHD do kontaktu a potřebují se o této problematice co nejvíce dozvědět. Práce se rovněž zaměřuje na autory, resp. na jejich přístupy k problému ADHD, ukazuje několik možných způsobů nahlížení na poruchu, které se objevily ve studovaných publikacích.

Pro pohodlí čtenáře byly zvoleny dva druhy citování:

- 1) přímé citace – doslovné citování – jsou označeny uvozovacími znaménky a odkaz na autora a jeho publikaci je umístěn v poznámce pod čarou
- 2) nepřímé citování a parafrázování textu je vyznačeno pouze příjmením autora a rokem vydání jeho příručky, např. Podle Traina (1997) znepokojené matky popisují své děti... nebo za pomoci příjmení autora a názvu jeho knihy (datum vydání knihy zde již není uvedeno) např. Train ve *Specifických poruchách chování a pozornosti* také hovoří o ...

Aby došlo ke splnění cíle práce – k vytvoření analýzy příruček pro rodiče a učitele dětí s diagnózou ADHD – čtenář se v textu setká s větší frekvencí opakování názvů příruček, jejich autorů a s vyšším procentem citací, než je u diplomových prací zvykem.

I když z názvu této práce vyplývá, že bude řeč převážně o dětech s ADHD, rovněž pojednává o dospělých trpících touto poruchou, protože i u nich se symptomy ADHD vyskytují.

2. Co je ADHD?

Téměř všechny příručky zabývající se problematikou ADHD (poruchou pozornosti s hyperaktivitou) ji definují a vymezují již na svých prvních stránkách. Důvodem toho je seznámit čtenáře alespoň se základními informacemi a pojmy, které tuto poruchu charakterizují, uvést ho do její problematiky a pokusit se přimět přemýšlet nad nemocí, která není ani po četných lékařských studiích a výzkumech plně objasněná a zřejmá. Totiž nemálo autorů příruček hovoří o potížích správně diagnostikovat a určit tuto poruchu, protože její projevy často bývají shodné s projevy ostatních podobných poruch, např. se specifickými poruchami učení nebo s psychickými poruchami jako jsou pocity úzkosti, deprese aj. Tato kapitola se bude snažit seznámit čtenáře se složitou problematikou ADHD, objasnit základní pojmy, termíny a charakteristiku dané poruchy.

2.1. Definice ADHD

ADHD je považována za vývojovou poruchu, která je charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity a bývá doprovázena ještě dalšími přidruženými symptomy. Její projevy jsou dlouhodobé, vyskytují se proměnlivě a převážně u dětí, ale ADHD může být spojována i s dospělým jedincem.

2.2. Zkratková slova ADD/ADHD a další způsoby označení poruchy

Dříve než přistoupíme k jednotlivým projevům poruchy z pohledu několika příruček, bylo by účinné objasnit zkratky ADD/ADHD a jejich synonymní výrazy označující stejný či podobný obraz dané poruchy.

ADD = pochází z anglického spojení slov **A**ttention **D**eficit **D**isorder (zkratka složena z prvních písmen slov), do českého jazyka překládáno jako **porucha pozornosti**

ADHD = z anglického **A**ttention **D**eficit **H**yperactivity **D**isorder, znamená **porucha pozornosti s hyperaktivitou**

Tyto termíny pochází z amerického klasifikačního systému mentálních poruch DSM-IV (revidovaná verze z r. 2000). Mnozí autoři uvádějí také termíny **ADD s hyperaktivitou** (podobné jako ADHD) či **ADD bez hyperaktivity** a český resp. evropský pojem

hyperkinetická porucha nebo **hyperkinetický syndrom – HPS** (např. Drtílková, 2007), který je začleněn v mezinárodním klasifikačním systému nemocí MKN-10.

Některé příručky užívají a pracují spíše jen s jedním z uvedených termínů (např. příručka Hallowella a Rateye *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti* – používá termín ADD a činí tak proto, aby termín ADD dokázal v sobě pojmut jak jedince, u nichž se projevuje hyperaktivita, tak jedince, kteří ji nemají). V jiných naopak najdeme více označení pro poruchu (např. *Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*), dále jen *Hyperaktivní dítě*, od Drtílkové – používá termín ADHD i hyperkinetický syndrom; dále příručka Riefové *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole – ADHD i ADD* aj.).

LDE, MMD, LMD

Ve starších příručkách se setkáme s dalšími synonymy pro poruchu ADHD, které vykazují jí podobné projevy, ale v dnešní době nejsou tak aktuální, protože v průběhu několika desetiletí přinesly lékařské studie nové pohledy na poruchu a byly o ní získány nové informace. Za tato starší označení poruchy jsou např. dnes považovány termíny **LDE** = lehká dětská encefalopatie a **MMD** = minimální mozková dysfunkce.

Stejně tak se v současnosti omezuje užívání termínu **LMD** = lehká mozková dysfunkce, o které se zmiňuje např. Drtílková: „V průběhu minulého století bylo pro hyperkinetickou poruchu používáno mnoho různých názvů a také pohled na její příznaky prošel určitými změnami. V našich zemích byly řadu let hyperkinetické příznaky zahrnovány pod diagnózu «lehké mozkové dysfunkce» (LMD) a děti byly označovány jako psychomotoricky instabilní.“¹

Jak je jistě vidět z předchozího výčtu, pro označení dané problematiky existuje v příručkách nemálo termínů a pojmů. Přesto vznikl novější výraz, který dnes souhrnně označuje příznaky poruchy, informuje o problémech hyperaktivních, impulzivních dětí/adolescentů/dospělých s poruchami pozornosti a z literatury vytlačuje termíny LMD, LDE a MMD. Je to již několikrát zmíněný termín ADHD vzniklý jako důsledek zahrnutí mnoha projevů, které porucha obsahuje.

Protože termín ADHD v sobě zahrnuje grafém H značící hyperaktivitu a je známo, že u jedinců s poruchou se může, ale nemusí hyperaktivita vůbec objevit, budu v této práci nadále užívat pojem **AD(H)D** s hyperaktivitou „uzavřenou“ v závorce.

¹ Drtílková, I., *Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*, Praha: Galén, 2007, str. 13

3. Symptomy AD(H)D

Protože porucha AD(H)D není jednoduchá a jejích projevů není málo, někteří autoři dávají přednost nejprve ukázce jejích jednotlivých příznaků prostřednictvím určitých příkladů ze života dětí nebo dospělých lidí prožívajících neklid, nadměrnou aktivitu, impulzivitu, přehnané snění a další a další projevy AD(H)D a poté tyto příznaky hodnotí z lékařského hlediska (např. Hallowell, Riefová, která v úvodu nabádá čtenáře přečíst si nejprve příběh ze života dítěte s AD(H)D, dále beletristické dílo o nezvladatelné holčičce od autorky Hayden a další). Takový způsob pomáhá k lepšímu pochopení problematiky poruchy a k utvoření si vlastního názoru na ni.

Jiní autoři čtenáři poskytují nejprve souhrn/výčet vyjmenovaných příznaků, například prostřednictvím klasifikace MKN nebo DSM, a následně jejich praktický pohled na to, jak to vypadá v realitě, v opravdovém životě člověka s AD(H)D (např. Paclt, Ptáček a Florián, Drtílková, aj.).

Tato kapitola slouží k roztřídění množství informací o symptomech AD(H)D a právě z důvodu rozsahu těchto informací je zde rozdělena do několika podkapitol. Předlohou jí byl následný výběr zaznamenávající jména příruček, které byly použity k zpracování těchto informací:

Hyperaktivita – Ivo Paclt, Radek Ptáček, Jakub Florián

Hyperaktivní dítě – Ivana Drtílková

Neklidné děti a jejich výchova – Michael Šebek

Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole – Sandra F. Riefová

Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti – Edward M. Hallowell, John J. Ratey

Potíže dětí s učením a chováním – Gordon Serfontein

Specifické poruchy chování a pozornosti – Alan Train

3.1. Symptomy AD(H)D a věk

3.1.1. Předškolní věk

První symptomy hyperaktivního dítěte se mohou dostavit už v jeho prenatálním věku. Podle Traina (1997) znepokojené matky popisují své děti jako neklidné již od jejich raného věku a mnohé dokonce tvrdí, že ještě než se děti narodily, pohybovaly se v děloze podstatně více než jejich sourozenci. Jako batolata byly k nezastavení a stále se někam hnaly. Když začaly mluvit, žvatlaly nepřetržitě jedno přes druhé, zkoušely všechno, všude se cpaly a nedaly si pokoj.

Zkrátka jsou to vyčerpávající děti. Rodiče je milují, ale oddechnou si, když je konečně uloží do postele. Neuvolní se však zcela: vědí, že dítě nebude spát dlouho, a jakmile se probudí, bude následovat další den plný starostí.

O projevech poruchy v předškolním věku píše také Drtílková v *Hyperaktivním dítěti*, kde se dočteme, že tyto děti jsou nápadně neklidné a ukřičené již v kojeneckém věku, případně mají problémy s usínáním. Některé pospávají během dne, v noci jsou naopak čilé, křičí a dožadují se pozornosti. Také fáze vzdoru a záchvaty vzteku, které jsou projevem problémového těžko zvladatelného chování, trvají u těchto malých dětí delší dobu, než je běžné. Ve školce bývají většinou popisovány jako nadměrně divoké, neukázněné, bouřlivé nebo agresivně reagují v situacích, když se musí něčemu podřídit proti své vůli. Rychle střídají hry a zájmy, ostatním kazí společenské hry nebo ničí hračky. V cizím neosobním prostředí rychle ztrácejí zábrany a nebojí se projevit své touhy. Později se u nich rozvíjí a upevňuje tzv. vnitřní řeč, kdy často mají potřebu hlasitě sdělovat své počínání a připomínají tak děti mladšího věku. Podle Traina (1997) se rodiče mnohdy snaží být k projevům malého dítěte tolerantní, protože se domnívají, že hyperaktivita je znakem nadání a zvědavosti. Omlouvají tedy jejich chování a snaží se jim poskytnout co nejvíce nových podnětů, aby rozšířili jejich obzor a zájem o další věci.

Train ve *Specifických poruchách chování a pozornosti* také hovoří o tzv. hypoaktivitě, což je pravý opak hyperaktivity.² Mezi hypoaktivní/hypokinetické symptomy dětí v předškolním věku patří: pomalé, letargické chování s častým denním sněním. Děti si tiše hrají, takže rodič často zapomene na jejich přítomnost, jsou hodné a bezproblémové.

3.1.2. Školní věk

Autoři se shodují, že úplné příznaky poruchy se projeví až během školní docházky, protože kontakt s ostatními dětmi posiluje typické projevy problémového chování. Do nástupu do školy je tedy ještě šance, že porucha není plně rozvinuta a její projevy se zastaví nebo jsou potlačeny. Hyperaktivita, která děti s ADHD provází od narození, se ve škole střetává s jejich vrstevníky. Neklidné děti jsou podle Traina (1997) obvykle neoblíbené a odmítavé, neboť se trvale něčeho dožadují. Ostatní děti nedokážou tolerovat jejich neustálou aktivitu, neschopnost se soustředit a zaujatost jen svými problémy.

² Některé příručky symptomy hypoaktivity a hyperaktivity buď uvádí současně pod nadřazeným názvem ADHD, nebo rozdělují hypoaktivní (neboli též hypokinetické) a hyperkinetické symptomy zvlášť. Třetím užívaným označením bývá již zmíněné ADD bez hyperaktivity a ADD s hyperaktivitou, tomuto rozdělení se věnuje příručka Riefově *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, viz následující podkapitola: Symptomy ADD x symptomy ADHD.

Děti pomalé a letargické jsou pravým opakem. Vrstevníci je spíše přehlížejí, než odmítají. Tyto děti se ničeho nedožadují a málokdo jim věnuje pozornost. Zdají se být úzkostné, a proto nezískávají přátelství.

Drtílková (2007) souhlasí s předchozím autorem a také hovoří ve své příručce o problémech chování ve školním prostředí, které nejsou v souladu se školním řádem. Dítě podle ní má potíže s dodržováním školního režimu a určitých pravidel chování, se sledováním výuky a soustředěním se na vlastní práci.

3.1.3. Dospělost

Názor, že ADD/ADHD se objevuje jen u dětí a mládeže je jen částečně pravdivý, podle Hallowella „ADD je příznačná pro děti i dospělé, muže i ženy, chlapce i dívky; setkáme se s ní u různých etnických skupin, socioekonomických vrstev, u různých stupňů vzdělání i inteligence. Kdysi platival názor, že ADD je porucha vyskytující se v dětství a že v průběhu dospívání odezní. Nyní víme, že z ADD lidově řečeno „vyroste“ jen třetina jedinců. Dvě třetiny lidí s ní žijí i v dospělosti.“³

3.2. *Symptomy ADD X symptomy ADHD*

(zpracováno podle příručky *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, Sandry F. Riefové, která se věnuje zejména potížím ve školním prostředí; údaje vychází z amerického diagnostického manuálu nemocí - třetí revidované vydání z r. 1987; dnes je již považován za starší manuál, s přepracovanou verzí DSM-IV pracuje např. Drtílková, Paclt a kol.; DSM-IV je k dispozici v **příloze č. 1**, kde najdeme také evropský klasifikační systém MKN-10, podle kterého se řídí např. opět Drtílková)

Riefová (1999) se snaží rozlišovat poruchu pozornosti s hyperaktivitou a poruchu pozornosti bez hyperaktivity a poukazuje na jejich podobné a odlišné symptomy. Symptomy ADHD jsou nápadnější, upoutávají rodičovskou i učitelskou pozornost více než symptomy ADD. Přesto však podle příručky může pro dítě porucha ADD představovat vážný problém, stejně jako ADHD. Hlavními kritérii při diagnostice poruch a mezi jejich rozhodováním hrají nejdůležitější role hyperaktivita, tedy nadměrná aktivita při jakékoli činnosti, a impulzivita, obě jsou patrné na první pohled již při prvním setkání s problematickým jedincem.

³ Hallowell, E. M., Ratey, J. J., *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*, Praha: Návrat domů, 2007, str. 11

A. Porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD)

- snadná rozptýlitelnost vnějšími podněty
- problémy s nasloucháním a s plněním pokynů
- potíže se zaměřením a udržením pozornosti
- potíže se soustředěním na úkol a jeho dokončením
- nevyrovnaný výkon v práci ve škole (jednou je schopen úkol splnit, podruhé ne; jeho výkon se mění neustále)
- „vypínání“ pozornosti, což může vypadat jako „zasnění“
- nepořádnost (žák ztrácí nebo nemůže najít svoje věci např. sešity, tužky, knihy); na pracovním stole a ve svém pokoji mívá dokonalou spoušť
- nedostatečné studijní dovednosti
- potíže se samostatnou prací

B. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)

- vysoká míra aktivity:
 - vypadá, že je v neustálém pohybu
 - nenechá v klidu ruce ani nohy, vrtí se, padá ze židle
 - vyhledává blízké předměty, s nimiž si hraje nebo je vkládá do úst
 - prochází se po třídě (nedokáže setrvat na místě)
- impulzivita a malé sebeovládání:
 - často něco vyhrkne, mnohdy nepřípadně
 - nemůže se dočkat, až na něj přijde řada
 - často skáče do řeči ostatním nebo je ruší
 - často nadměrně mluví
 - dostává se do nesnází tím, že si věci nedokáže předem promyslet (nejdříve reaguje, teprve pak přemýšlí)
 - nezřídká se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by předem uvážil možné následky (např. skáče dolů z velké výšky, vjíždí na kole na silnici bez rozhlédnutí); proto se často zraní
- potíže s přechodem k jiné činnosti
- agresivní chování, nepřiměřeně silná reakce i na drobné podněty
- sociální nevyzrálosti
- malá sebeúcta a značná frustrovanost

3.3. Porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita jako hlavní symptomy vyskytující se ve většině příruček

Porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita bývají hlavními příznaky poukazující na fakt, že s dítětem je něco v nepořádku. Rodiče k nim bývají u malých dětí v batolecím a „školkovém“ věku shovívaví, tolerují občasnou neposlušnost dětí a věří, že s přibývajícím věkem se jejich chování zlepší a usměrní. Pokud ne, jedná se o poruchu.

3.3.1. Porucha pozornosti (ADD)

Dříve než se dostaneme k definicím poruchy pozornosti, je na místě zmínit i jiné shodné názvy používané příručkami. Vyjma pojmenování poruchy pozornosti, které užívá např. Train ve *Specifických poruchách chování a pozornosti*, Drtílková v *Hyperaktivním dítěti* nebo Hallowell v *Poruchách pozornosti v dětství i dospělosti*, užívají někteří autoři např. deficit neboli nedostatek pozornosti (Paclt a kol. – *Hyperaktivita*), krátké trvání pozornosti (Šebek – *Neklidné děti a jejich výchova*) a neschopnost udržet pozornost (Serfontein – *Potíže dětí s učením a chováním*). Uvedené názvy samozřejmě vykazují stejný nebo podobný význam pro označení problému s udržením pozornosti.

Podle příručky Traina (1997) „dávat delší dobu pozor“ bývá pro děti s ADD obvykle problém, nedokážou se soustředit a nevydrží pracovat tak dlouho, aby byly schopny dokončit zadaný úkol. S tímto názorem se shodují všichni autoři. Drtílková (2007) dodává, že pozornost takových dětí je přelétavá, snadno se odpoutá a rozptýlí. Takové děti obvykle ve škole pracují povrchně, dělají mnoho chyb z nepozornosti (např. v diktátech), jejich prospěch bývá nevyrovnaný (někdy mají jedničku, jindy jsou klasifikovány pětkou), celkově však známky bývají horší, než odpovídají jejich inteligenci.

Paclt, Ptáček a Florián v *Hyperaktivitě* říkají, že souborný pojem „deficit pozornosti“ obsahuje větší rozsah, hovoří zde o poruše čilosti, vzrušivosti, výběrovosti podnětů, soustředěné pozornosti, tékavosti, nedostatečném rozsahu chápání apod. Dále si pohrávají s myšlenkou zaměnit tuto poruchu za poruchu vytrvalosti, protože je podle ní zřejmé, že pozornost dětí s AD(H)D je odváděna k zajímavějším věcem a činnostem než je například poslech zdlouhavé vyučovací výkladové hodiny.

Train (1997) v souvislosti s poruchou pozornosti mluví opět o obou typech – hypoaktivním a hyperaktivním dítěti. Hypoaktivní i hyperaktivní děti mají právě poruchu pozornosti společnou, je to projev, který se vyskytuje u obou a vyznačuje se neschopností soustředit a setrvat u dané činnosti.

3.3.2. Hyperaktivita

Hyperaktivita, tedy nadměrná, přehnaná, neúměrná aktivita je v mnoha příručkách považována za poruchu. Přesto si někdo pod přívlastkem „hyperaktivní“ může představit samé pozitivní vlastnosti. Dítě, které je hyperaktivní a zároveň tvořivé a hravé, může zvládnout dvakrát tolik než dítě, které je lenivé, bez naprostého zájmu o jakoukoli činnost. Pokud je hyperaktivní dítě zároveň i velký nadšenec pro sport, může zde svoji energii velmi dobře využít.

Jsou to určitě kladné připomínky, ale negativem bývá, že takové dítě většinou trpí i poruchou pozornosti, což vede k nedostatku soustředění, k malé vytrvalosti a tak dále, jak již bylo popsáno výše. K tomuto názoru se spíše přiklání Drtílková (2007). Uvádí, že zvýšená aktivita dětí je bohužel samoučelná a neslouží k zvládnutí většího množství úkolů a práce. Děti se díky ní obtížně dají usměrnit, nedokážou delší dobu sedět klidně, vrtí se na židli nebo vstávají, pobíhají od jedné věci ke druhé, u ničeho déle nevydrží. Často bývají hlučné a upovídané, ve škole ruší ostatní spolužáky, střídají rychle zájmy, obvykle je nebaví aktivity, při kterých je nutný klid a ticho atd.

Objasnění slova „hyperaktivní“ najdeme také v příručce Serfonteina (1999), která říká, že takové děti jsou neposedné, roztěkané, posedět chvíli v klidu je pro ně téměř nadlidský úkol. Mezi další synonymní výrazy pro nadměrnou aktivitu dítěte, které mohou čtenáři vyvolat úsměv na rtech, ale jsou ověřené skutečností, patří: „stále je vzhůru, pořád někde rejdí“, „dělá, jako by měl v zadku motorek“, „pořád někde leze“, „chvilku klidně neposedí“, „moc povídá“, „často si pro sebe brumlá a vydává podivné zvuky“, „pořád se nějak kroutí“ atd.

Nezasvěceným lidem, tedy těm, kteří nemají takové dítě doma nebo často ve své blízkosti, se mohou zdát tyto výroky vtipné a dovedou si představit, že by jim takové hyperaktivní dítě dělalo příjemnou, zábavnou společnost. Určitě ano, ale je to otázka jen určité doby, než by jim lidově řečeno „lezlo na nervy“. Možná by pak více přemýšleli o trpělivosti rodičů a pedagogických pracovníků, kteří jsou s nimi v neustálém kontaktu a snaží se o jejich alespoň částečné „zklidnění“ a o „přinucení“ k nějaké účelné práci.

Není divu, že příručky hovoří o mnohdy obtížných vztazích hyperaktivního dítěte s jeho okolím. Hallowell (2007) ve své příručce dokonce poskytuje rady, jak tyto problémové děti zvládnout, aniž by na nás byly zanechány nějaké „stopy“ po nezvládnutelných situacích a střetech s nimi. Není jednoduché neustále se v takových situacích ovládat, dospělí to mnohdy nedokážou a děti (spolužáci nebo sourozenci hyperaktivních dětí) už teprve ne, protože oni si sami ve svém věku ještě neuvědomují, že svými nepřiměřenými slovy mohou hyperaktivnímu

dítěti ublížit. Spolužáci dávají hyperaktivnímu dítěti, neschopnému vydržet chvíli na místě, svůj nesouhlas k jeho osobě otevřeně najevo. Jedincův neklid se tak ještě zvyšuje; bloumá po třídě a rozčlívá se, když ho někdo napomene. Cítí, že je odmítáno, a za každou cenu se snaží upoutat pozornost.

Naopak dítě hypoaktivní vnitřně může trpět tím, že úkoly nezvládá a ostatní se mu proto posmívají. Stáhne se do svého vlastního světa, jeho sebedůvěra rychle klesá, prohlubuje se jeho úzkost a zmatek. Dítě se uzavírá do sebe, pronásledují ho pocity viny a vlastního neúspěchu. Může se dokonce stát, že si ublíží nebo se pokusí ukončit své trápení sebevraždou.

Šeběk v *Neklidných dětech a jejich výchově* zmiňuje v souvislosti s hyperaktivitou tzv. situační hyperaktivitu. Situační hyperaktivita, jak už vyplývá z názvu, existuje jen za určité situace, která dítě rozruší a ono pak reaguje přehnaným způsobem. Tou situací může například být osamělost, kdy se dítě ocitá bez své matky, nebo jiné blízké osoby, která o něj pečovala od jeho narození a ono se cítí zmatené a bezmocné. Zde jde ale spíše o malé děti v kojeneckém a batolecím věku. Situační hyperaktivita se ale může například objevit i ve školním prostředí, kdy nastane určitá situace a dítě zpanikaří. Podle příručky děti se situační hyperaktivitou jsou schopny nalézt ztišující a zklidňující postavu ve svém okolí – matku, otce, na základní škole učitelku nebo učitele, kteří je svým přístupem dokážou zklidnit. Tyto děti se totiž během svého vývoje nenaucily ovládat a regulovat vlastní napětí a vzrušení a jsou stále závislé na někom, kdo je „utěší“. Přesto existuje naděje, že situační hyperaktivita vymizí nebo alespoň nebude příliš frekventovaná.

3.3.3. Impulzivita/impulzivnost

Impulzivita neboli též impulzivnost je třetím hlavním příznakem AD(H)D. Impulzivní chování u dětí vede k častým úrazům, to je fakt, o kterém hovoří většina příruček a pojmenovává takové děti dalšími přívlastky jako zbrklý, chaotický, má tzv. co na srdci, to na jazyku, nejdříve jedná, než myslí atd.

Podle Drtílkové (2007) jsou to děti, které činí zpravidla podle jejich prvního popudu a neohlížejí se na následky. Mívají problémy se sebeovládáním, proto všechno chtějí a dělají „teď hned“. Nedokážou podržet nebo utlumit svou prvotní reakci, ve škole vykřikují bez přihlášení, mají-li potřebu něco sdělit. Těžce nesou různé příkazy a pravidla, nemají rády autority, stereotypy a disciplínu. Nesnášejí čekat, až na ně přijde řada (např. ve frontách)...

Podle Serfonteina (1999) se ke zbrklému jednání obvykle přidává i neschopnost plánování a nahodilé přebíhání od jedné činnosti k druhé. Impulzivnost mnohdy vede k dalším problémovým jevům jako je lhaní, krádeže, zhářství a jiné delikventní chování, které

se projevuje spíše u dětí na druhém stupni základní školy, u žáků navštěvujících střední školy nebo učiliště a u dospělých.

Paclt, Ptáček a Florián v *Hyperaktivitě* odkazují na výsledky výzkumů z nedávné doby, kde se sledovala nonverbální komunikace normálních dětí a dětí s AD(H)D a bylo prokázáno, že impulzivní, netlumené projevy chování nebo slabé sebeovládání jsou skutečnou charakteristikou choroby AD(H)D.

3.4. Jiné příznaky

Vyjma hlavních tří rysů – poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity – jedinci s AD(H)D mohou být obtěžováni ještě dalšími zvláštnostmi, které mnohdy ale nemusí být až tak závažnými jako zmíněné první tři symptomy. Příručky se zabývají těmito oblastmi, kde se mohou vyskytnout různé odchylky od normálu:

- agresivita
- nepořádnost a ledabylý zevnějšek
- sociální vztahy
- nepružnost
- emoce a chování
- problémy senzomotorické koordinace pohybu
- velká výkonnostní variabilita
- paměť
- inteligence
- vývoj řeči
- zdravotní problémy
- spánek
- porucha stravování

3.4.1. Agresivita

Agresivitě a AD(H)D se věnuje Drtílková a Šebek, mohla by patřit pod oblast poruchy chování, ale protože zejména příručka Šebka *Neklidné děti a jejich výchova* se o ni zajímá zevrubným způsobem, vyčlenila si zde samostatnou pozornost.

Podle Šebka (1990) se agresivita k hyperaktivitě často přidružuje a dohromady vytvářejí nepříznivou kombinaci se špatnou prognózou. Tomuto nepěknému spojení se ale dá podle něj předcházet. Agresivní děti mají sklon k výbuchům zlosti nebo reagují zbrkle pod vlivem momentální pohnutky nebo podnětu.

Podle Drtílkové: „Děti s hyperkinetickou poruchou bývají zvýšeně dráždivé, snadno se nechají vyprovokovat, někdy reagují agresivně, dostávají se do konfliktů s vrstevníky, na napomínání reagují podrážděně, málokdy vyhoví okamžitě příkazům a rodičům se může zdát, že je jakoby přeslechnou.“⁴

3.4.2. Nepořádnost a ledabylý zevnějšek

S nepořádností a ledabylým zevnějškem se často u těchto dětí setkáváme. Nepořádnost se obvykle projevuje ve školním a domácím prostředí, kde dítě nevěnuje dostatek času uklízení svých rozházených školních pomůcek, hraček, oblečení a stále něco hledá nebo zapomíná. Úprava zevnějšku pro ně také nebývá důležitá, nosí nezastrčenou košili, nezapnuté knoflíky, rozvázané tkaničky a jsou schopny jít s každou botou jinou.

3.4.3. Sociální vztahy

Navazovat a udržet vztahy, kamarádství bývá pro tyto děti, ale i pro dospělé, těžkým „oříškem“. Obvykle jim nedělá problém někoho zaujmout a spřátelit se s ním, ale kvůli své problematické povaze nedokážou čisté přátelství úplně opřít, proto interakce mezi nimi a okolím v určité míře nefunguje.

Podle Drtílkové (2007) se dítě s AD(H)D špatně soustředí při rozhovoru s dospělými, mohou mu tedy unikat některé informace a instrukce, zejména je-li rozhovor delší a připomíná spíše přednášku. Proto rodiče někdy mohou mít pocit, že dítě jejich rady a poučování ani nevnímá a to negativně narušuje jejich vzájemné vztahy.

Hallowell se v *Poruchách pozornosti v dětství a dospělosti* zabývá sociálními vztahy z pohledu dospělého s AD(H)D, podle něj si oni své nepěkné chování vůči ostatním lidem ani neuvědomují, nedokážou ho totiž správně vnímat. Člověk s AD(H)D například odejde pryč v půlce rozhovoru, nedívá se při komunikaci ostatním do očí, nedokáže zcela porozumět nonverbálním prostředkům ostatních lidí, zapomene na domluvenou schůzku, je nespolehlivý atd. Proto soužití s člověkem s AD(H)D může být pro jeho okolí někdy těžké až bolestné.

V příručce Paclta, Ptáčka a Floriána (2006) se dočteme o vztahu mezi hyperaktivním dítětem a jeho spolužáky ve škole. Podle ní přes 50% dětí trpících AD(H)D má výrazné problémy v sociálních vztazích s ostatními spolužáky. To se projevuje agresivitou, děti jsou rozkolničtější, despotichtější, dotěrnější, upovídánější, hlučnější a po společenské stránce více odmítavé než normální děti, obzvlášť pokud se jedná o chlapce. Toto chování vyvolává u

⁴ Drtílková, I., *Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*, Praha: Galén, 2007, str. 21

ostatních vrstevníků dohlížející a direktivní chování a oni se často proti dítěti s AD(H)D semknou. Co se týče komunikace, příručka upozorňuje, že přestože jsou tyto děti upovídanější než ostatní, při odpovídání na otázky kladené jejich vrstevníky dělají jako by neslyšeli nebo nerozuměli. Také vědí méně o sociálních dovednostech a o pravidlech chování v určitých situacích.

3.4.4. Nepružnost

U většiny dětí s AD(H)D se setkáváme s rysy nepružné a nepoddajné osobnosti. Často si zatvrzele stojí na svém, odmítají měnit své zvyklosti a přizpůsobit se změně ve škole nebo doma. Na změny pořádku reagují neochotou, podrážděností, nebo dokonce výbuchy hněvu, proto jsou pro ně přirozeně jednodušší zažité postupy. Nepružnost ještě zvyšuje jejich snížená schopnost vyrovnávat se s neúspěchy a zklamáním.

3.4.5. Emoce a chování

Podle Serfonteina (1999) emoce a chování bývají u dětí s AD(H)D nevyrovnané. Pokud jim je věnována dostatečná pozornost, neprojevuje se u nich emoční labilita a nepřiměřené chování. Pokud však nejsou jejich potřeby uspokojeny, dávají to náležitě najevo. Když jsou odmítáni nebo jim je ubližováno, reagují násilnou snahou převzít vedení, nebo se naopak stáhnou do ústraní. Často se u nich vyskytuje nízká sebedůvěra a mají problémy se sebezpřijetím. Nefunguje u nich sebereflexe, tedy neschopnost se poučit z dřívějších zkušeností. Nedostatek sebedůvěry může vést až k psychotickým odchylkám.

O psychických poruchách hovoří také Drtílková (2007), uvádí procentuální vyjádření týkající se jedinců trpících AD(H)D a jejich vztahu k emočním poruchám a k poruchám chování. Podle ní až 44% dětí s AD(H)D trpí nejméně ještě jednou psychickou poruchou, 32% jich trpí dalšími dvěma poruchami a 11% dokonce třemi či více. Mezi takové poruchy obvykle patří: úzkost, deprese a nižší sebehodnocení než mají ostatní zdraví vrstevníci.

U dětí s AD(H)D se rovněž projevuje výraznější stupeň opozičního, vzdorovitého, již zmíněného agresivního, a dokonce antisociálního chování oproti normálním dětem. Nejběžnějšími typy problémového chování u těchto dětí jsou lhaní, krádeže, záškoláctví a v menší míře i fyzická agresivita.

Hallowell v *Poruchách pozornosti v dětství i dospělosti* označuje, mimo jiného, i tyto projevy chování za sekundární symptomy poruchy. Podle něj existují dva druhy symptomů – primární (základní) a sekundární (druhotné): „Primární příznaky jsou prvotní projevy

poruchy: potíže s udržením pozornosti, impulzivita, neklid a podobně. Sekundární příznaky představují doprovodné problémy, které se velmi obtížně léčí. Vznikají v důsledku nerozpoznání a nedagnostikování primárních příznaků. Patří k nim nízké sebevědomí, deprese, nespokojenost ve škole a nuda, obavy z nutnosti učit se nové věci, narušené vztahy s vrstevníky, někdy též zneužívání drog či alkoholu, krádeže, ba dokonce násilné chování v důsledku narůstajícího vnitřního neklidu, který se dere ven. Čím déle zůstává ADD nerozpoznána, tím početnější a vážnější bývají sekundární příznaky.“⁵

3.4.6. Problémy senzomotorické koordinace pohybu

Příručky Serfonteina – *Potíže dětí s učením a chováním* a Paclta, Ptáčka, Floriána – *Hyperaktivita* se shodují na tom, že problémy s koordinací pohybů jsou pro děti s AD(H)D typické. Projevují se zejména v oblasti jemné motoriky, při činnostech jako je například zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, což bývá pro takové děti zdrojem frustrace. V pozdějším věku mohou nastat problémy s úhledným až čitelným psaním, vyskytují se i poruchy hrubé motoriky, např. při učení jízdě na kole, při skákání, kopání a házení míče. Více jak polovina dětí s AD(H)D je charakterizována jako děti se zhoršenou motorickou koordinací. Dále takové děti mohou mít i zrakové potíže, např. šilhání.

3.4.7. Velká výkonnostní variabilita

Velká výkonnostní variabilita se u dětí s AD(H)D projevuje zejména při plnění různých úkolů a rozkazů. Nemají rády žádná časová omezení, potřebují na vše svůj čas a neomezený prostor k plnění zadaných úkolů. Paclt, Ptáček a Florián (2006) zmiňují, že se u těchto dětí objevuje mnohem větší výkonnostní variabilita než u dětí normálních, která spočívá v měnivosti správně vyřešených či dokončených úkolů, které byly prováděny opakovaně na stejném místě, ale v jiný den. To znamená, že takové děti poprvé zadanou úlohu správně vyřeší a podruhé se jim to nepovede. Podobně jak učitelé ve škole i rodiče doma mohou sledovat, že práce, kterou svému dítěti zadali, je jednou vykonána pohotově a přesně a jindy ledabyle, možná proto mohou mylně soudit, že jejich dítě je líné. Podle jejich příručky tato mimořádně výkonná variabilita může být rozhodujícím projevem této poruchy.

⁵ Hallowell, E. M., Ratey, J. J., *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*, Praha: Návrat domů, 2007, str. 57

3.4.8. Paměť

Z hlediska učení děti s AD(H)D mají potíže s krátkodobou pamětí, která slouží k uchování nových informací po dobu několika hodin. Všechny nové poznatky musejí být nejprve po určitou dobu uchovávány, aby mohly být podle potřeby znovu použity, upevněny a případně uloženy v dlouhodobé paměti. Ve škole se děti učí hlavně akustickým způsobem, tzn. informace jsou sdělovány hlavně verbálně. Podle Serfonteina (1999) pro děti s AD(H)D taková metoda učení není moc přijatelná, proto mnohdy nejsou schopny vybavit si informace, které se učily dříve.

3.4.9. Intelligence

Na paměť navazuje intelligence, která s ní úzce souvisí, protože kapacita zejména krátkodobé paměti je důležitá pro optimální intelektuální výkon. Může být mylně domněváno, že děti s AD(H)D jsou hloupé a jejich školní znalosti a schopnosti se nikdy nevyrovnají normálním dětem. Mnohé příručky dokazují, že dítě s AD(H)D může mít stejně tak vysoké IQ (i vyšší) jako zdravé dítě.

Pro příznivý vývoj intelligence dítěte s AD(H)D je jistě důležitá neustálá spolupráce a podpora rodičů, učitelů a také vrstevníků, která mu poskytne také pocit kladného sebehodnocení a zbaví ho pocitu strachu před neúspěchem.

Pomoc pro správnou adaptaci dítěte s AD(H)D na školní prostředí poskytuje Riefová v knize *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, kde se můžeme dočíst o speciálních programech, které mají za úkol dítě zařadit do školního procesu a pomoci mu s prosazením jeho schopností a intelligence. Na těchto programech se musí podílet jak student a učitelé, tak i studentovi rodiče. Důležité je nevzdávat se a nevytrvávat na něčem, co nefunguje.

(viz kapitola **AD(H)D v dětství a zejména ve škole**)

Přestože děti s AD(H)D nejsou hloupé, není to jejich znak, Paclt, Ptáček a Florián v *Hyperaktivitě* říkají, že tyto děti jsou náchylnější ke zpomalení intelektového vývoje ve srovnání s normálními dětmi. Zároveň poukazují na fakt, že podávají slabší výkony právě kvůli své nepozornosti a impulzivitě. Pokud by byly nepozornost a impulzivita potlačeny, jejich intelligence by se jistě více prosadila. Na druhou stranu je tu riziko, že jejich intelekt se nepodaří odhalit a oni budou nesprávně zařazováni do speciálních škol, které pro ně nebudou vhodné.

3.4.10. Vývoj řeči

Mezi další příznak AD(H)D může patřit odlišný vývoj řeči. Podle Serfonteina (1999) se řečové schopnosti během prvního roku života vyvíjejí normálně, ale pak dochází ke zpoždění ve schopnosti tvořit věty a ve verbálním vyjadřování, dále se mohou objevit i poruchy výslovnosti a koktavost.

Studie zabývající se vývojem řeči u dětí s AD(H)D dodávají, že potíže s vývojem řeči a řečovým projevem mívá až 54% dětí s AD(H)D, při řečovém projevu například používají více pauz nebo řečových vložek (jako „uh“, „eh“, „hm“...) než zdravé děti.

3.4.11. Zdravotní problémy

Výzkumy potvrdily, že některé děti s AD(H)D trpěly ve svém dětství závažnou nemocí, která by mohla být příčinou vzniku jejich současné choroby.

Podle Paclta, Ptáčka a Floriána (2006) byl u hyperaktivních dětí rovněž zjištěn častější výskyt chronických zdravotních problémů (infekce horních cest dýchacích, astma, alergie, aj.).

Jak již bylo zmíněno dříve, jedinci s AD(H)D jsou náchylnější k úrazům a nemocím vyplývajícím z jejich nepozornosti a impulzivity.

3.4.12. Spánek

Problematický spánek byl v minulosti považován za jeden z rysů hyperaktivních dětí, ale důkazy nebyly zcela potvrzeny. Naopak podle Serfonteina (1999) mnohé z hyperaktivních dětí spí velmi tvrdě, ale může se u nich během spaní objevit mluvení, noční děsy, chození ze spaní nebo potíže s večerním usínáním či probouzením se několikrát za noc.

Bohužel děti s AD(H)D mají větší pravděpodobnost vzniku problémů se spánkem než zdravé děti. První náznaky poruchy spánku stejně tak jako příjmu potravy jsou patrné v prvních letech dítěte s AD(H)D.

3.4.13. Porucha stravování

Hyperaktivní děti buď mají neustále hlad a žízeň, protože jejich organismus během dne vydá nadměrné množství energie, nebo jsou naopak vybíravé, vystačí si s nízkou potřebou potravy a upřednostňují stravu určité konzistence. Porucha stravování patří mezi obvyklé jevy AD(H)D a podle Serfonteina (1999) se různé poruchy stravování objevují u většiny dětí s touto poruchou.

3.5. *Symptomy v příručce Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*

Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti (Hallowell, Ratey) jsou knihou lišící se od ostatních zmíněných příruček hlavně dvěma body (v potaz se bere téma symptomy AD(H)D):

1. příručka se zabývá symptomy dospělého i dětského jedince s AD(H)D, naopak většina příruček nahlíží na poruchu jako na záležitost vesměs dětskou
2. příručka obsahuje několik podrobných, reálných příběhů jedinců s AD(H)D - dospělých i dětských, na kterých čtenáři mohou pochopit příznaky dané poruchy a udělat si na ni svůj názor. Podle autora příručky, Hallowella (2007) si čtenáři při podrobném čtení příběhů vyvodí definici AD(H)D a zároveň i její příznaky sami.

Z předchozích důvodů zde příručka dostává svou vlastní kapitolu.

Právě bod 2., tedy vyprávění zážitků lidí s poruchou AD(H)D, pasuje příručce na zvláštní a netradiční. V přílohách na konci této práce uvádím vybrané příběhy v nezkrácené podobě, prostřednictvím nichž můžeme blíže nahlédnout do myšlenek těchto lidí, do jejich soukromého a pracovního života neustále pronásledujícího poruchou, která je s nimi ve dne i v noci. Autor současně vkládá do příběhů své názory a odborné poučky, aby seznámil čtenáře a poučil ho o daném problému.

Následující věty obsahují shrnutí příběhů v přílohách, resp. výtah symptomů a charakterových vlastností osob s poruchou. Přílohy jsou pojmenovány podle jmen osob s AD(H)D tak, jak uvádí příručka, kde jsou jména osob pozměněna, aby byla zachována jejich anonymita.

Jim (Příloha č. 2)

- dospělý muž, věk cca 50 let

Charakterové vlastnosti: nepořádný, viz ukázka z přílohy: *“Rozhlédl se po místnosti. Zrakem přešel nepořádek. Věci byly rozházené tady a tam, jako by někdo vysypal tašku na hromadu. Všude byly knihy, papíry, špinavé ponožky, dopisy, poloprázdné krabičky od cigaret, nedopalky se válely na zemi. V pracovně byl stejný zmatek jako u něj v hlavě.”*; má nízké sebehodnocení, je agresivní, viz ukázka: *„Co když to nevyjde? Budu vypadat jako hlupák, možná mě i vyhodí. To by nebylo nic nového. Proč by taky mělo, že? Má velké plány a bezvadné nápady, ale nedokáže je dotáhnout. Vzteky kopl do odpadkového koše. No jo, typický Jim. Odpadkový koš se vysypal. Uklidni se, nařídil si. Klidně dýchej. Nádech, výdech...“*; trpí nesoustředěnou pozorností, viz ukázka: *„Jim se snažil návrh sepsat, ale pořád mu něco odvádělo pozornost. Venku mňoukala kočka, pak musel přemýšlet nad něčím, co mu*

před třemi dny řekl kolega v práci. Co tím chtěl říct? Šel si pro jinou propisku, protože ta, s níž psal, mu najednou připadala moc těžká.“; ale je odhodlaný dotáhnout věci do konce; je nedochvilný, zapomětlivý, neklidný, hádavý, ale nápaditý, chytrý, „pořád něco musí dělat“ = aktivní; při mluvení „skáče“ z tématu na téma; má potíže se svým okolím, ve své práci, potíže byly i v dětství – s rodiči, ve škole...

Symptomy AD(H)D jsou patrné: porucha pozornosti, impulzivita (agresivita), zvýšená aktivita a další sekundární symptomy vyplývající z neléčené poruchy

Diagnóza: porucha pozornosti s hyperaktivitou

Max (Příloha č. 3)

- zde je sledován vývoj chlapce od narození k dospělosti

Charakterové vlastnosti a symptomy: je společenský a čínorodý už od narození; přezdívka „Rychlý Max“; náročný na zvládnutí (zejména ve škole); impulzivní, viz ukázka z přílohy: „...Max vztekle praštil pastelkou, začal dupat po čtvrtce a navíc se začal bouchat do obličeje.“; má nízké sebehodnocení, viz ukázka: „Nic neumím pořádně, všechno zkažím...“, „Jsi strašně zlobivej!“, křičel na sebe. „Proč se nemůžeš změnit?“; trpí nesoustředěnou pozorností, ale je chytrý; snivý, viz ukázka: „Někdy se nechal pohltit svými úvahami, byl zcela ponořený ve svém světě a čas mu nepozorovaně plynul.“; zmatený, viz ukázka: „Tak mě pošli zpátky do továrny jako toho fiata, třeba tam na děti taky něco mají. Anebo by vám dali někoho jiného.“; je milý, tvořivý; vnitřně neklidný (hl. na střední škole); sportem se uklidňuje – je rychlý, hbitý, odhodlaný; vyhledává přítomnost drog – experimenty s drogami; bývá deprimovaný, viz ukázka: „Mami, víš, jak si připadám? Jako časovaná bomba.“

Diagnóza: porucha pozornosti, nízká sebedůvěra, deprese

4. Výskyt AD(H)D

Výskyt poruchy, resp. číslo, které by obsahovalo přesnou informaci o tom, jaké množství dětí a dospělých trpí poruchou pozornosti s hyperaktivitou či bez ní nelze určit s naprostou přesností. Důvodem nejsou nedostatečné lékařské výzkumy, které by danou věc zkoumaly, těch existuje na odborném poli několik a stále probíhají, ale ničitelem je právě čas. Doba, která plyne a díky ní se číslo postižených touto poruchou stále mění a nejde přesně říci, kolik dětí ji má, protože zrovna teď se mohlo jedno další narodit. Přesto se můžeme prostřednictvím současné moderní medicíny zabírat otázkou, zda se počet postižených zvyšuje či snižuje, nemalou zásluhu na tom jistě mají stále se zdokonalující lékařské metody směřující ke správné diagnostice. Na základě několika příruček čerpajících z lékařských studií se pokusím o ucelení informací týkajících se hyperkinetické poruchy, které jsou k dispozici na literárním trhu. V potaz musí být brán fakt, že některé příručky nepocházejí z českého prostředí, jsou cizí, a tudíž uvádějí čísla v souvislosti s jejich zeměmi. Díky tomu může být porovnána situace v České republice a jinde. Dále musíme přihlížet ke vzniku jednotlivých příruček, tedy k době, kdy byly sepsány, protože studie provádějí v minulosti se mohou lišit a liší od těch současných.

Drtilková v *Hyperaktivním dítěti* upozorňuje, že čísla, která udávají frekvenci výskytu poruchy v mezinárodní odborné literatuře, velmi kolísají. Příčinami jsou rozdílná diagnostická kritéria aktuálních klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV a rozdílná dostupnost lékařské péče umožňující správnou diagnostiku a léčbu. Také kulturu a temperament životního prostředí je podle příručky hodnotné zmínit: „Určitý vliv také může mít rozdílné prostředí se svými kulturními zvyklostmi a temperamentovými rozdíly. Například méně komplikací budou hyperkinetické příznaky působit dítěti, které žije na venkově, s dostatečnou volností pohybu, s nižšími nároky na úspěšné zvládnání řady studijních i mimoškolních aktivit, než dětem, které musí vyhovět vysokým nárokům prestižního sociokulturního prostředí.“⁶

4.1. Procentuální odhad

Co se týče výskytu vyjádřeného číslicí nebo procentem, podle americké autorky Riefové (1999) se odhadovaný výskyt AD(H)D velmi různí právě podle toho, jaké studie čteme a jakých se použije přístupů. V příručce uvádí dvě hodnoty s procenty dětí s AD(H)D: první (na základě odhadu odborníků) činí 3-10% dětí školního věku; druhá (na základě

⁶ Drtilková, I., *Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*, Praha: Galén, 2007, str. 27

nejčastějších hodnot odborné literatury) je 3-5%. Velmi pravděpodobně se jedná o podcenění výskytu vzhledem ke skutečnosti, že se u dívek AD(H)D často nerozpozná, protože se objevuje spíše bez hyperaktivity. Pro shrnutí, AD(H)D postihuje jen ve Spojených státech amerických nejméně 2 milióny dětí, v České republice by tomu odpovídalo několik desítek tisíc dětí školního věku (rok vydání příručky je 1999). Podle Hallowella (2007), který uvádí výskyt poruchy nejen u dětí, ale i u dospělých, trpí ve Spojených státech amerických touto poruchou přibližně 15 miliónů lidí.

Studie zmíněné v publikaci Drtílkové (2007) vyděluje ADHD a hyperkinetickou poruchu a říká, že výskyt ADHD je odhadován v populaci dětí do 18 let mezi 3 a 18%, výskyt hyperkinetické poruchy asi mezi 1 a 3%.

Česká brožurka *Hyperaktivita* (Paclt, Ptáček, Florián) z roku 2006 uvádí 5% dětské populace, která trpí AD(H)D a potřebuje lékařské opatření. Zároveň upozorňuje, že vzhledem k tomu, že definice AD(H)D se může v jednotlivých výzkumných projektech lišit, nelze zcela přesně procentuálně stanovit skutečný výskyt.

Pro shrnutí dodávám, že výše uvedená procenta se od sebe markantně neliší, což může znamenat, že studie nezaznamenaly za určité časové období žádný velký pokles ani vzestup osob s AD(H)D. Tento výrok může být ale diskutabilní vzhledem k problematice zjišťování potřebných údajů z důvodu odlišných lékařských postupů v různých zemích.

4.2. Chlapci versus dívky

Téměř každá příručka zaznamenává, že se vyskytuje vyšší počet chlapců s AD(H)D než dívek. V literatuře se udávají poměry, které vycházejí vítězně pro chlapce, např. 5:1 (Šebek, 1990), 6:1 (Paclt, Ptáček, Florián, 2006). Drtílková (2007) říká, že hyperaktivita se objevuje 3-9krát častěji u chlapců ve srovnání s dívkami.

Šebek (1990) věnuje této problematice jednu kapitolu nazvanou „Hyperaktivní dívka je kuriozita“ a řeší se zde otázka, čím je tento nepoměr mezi chlapci a dívkami způsoben: „Mezi oběma pohlavími existují pozorovatelné rozdíly v tom, jak pracují s vnitřními prožitky: se vzrušením, city, fantaziemi přáními. U chlapců je patrna větší tendence převádět napětí, city a vůbec vzrušení do pohybového aparátu. U dívek se napětí, vzrušení a negativní city více manifestují jako duševní zážitky: strach, úzkost, podrážděná nálada, nutkavé myšlenky, smutek apod. Je možné, že u chlapců je těsnější vztah mezi psychikou a motorikou podmíněn větší pudovou tendencí k aktivitě a sebezprosování, která má v raném batolivém věku především pohybovou podobu, a to jak v neustálém přemísťování z místa na místo, tak

v intenzivní manipulaci s předměty. Chlapci také více než děvčata preferují pohybové hry; je to patrné po celé období dětství. Je dost možné, že u dívek se hyperaktivita jako znak poruchy více odehrává „uvnitř“, ve vnitřním neklidu a napětí, což tolik nepoutá pozornost okolí a neruší např. vyučování. Pokud je hyperaktivita patrná v chování, bere na sebe u dívek zřejmě mírnější formy. Je to např. „upovídání“ a výraznější a měnlivá citová reaktivita (např. hned se směje, hned pláče apod.). Přesto se u některých dívek objevuje hyperaktivita chlapeckého typu a je pozoruhodné, že se u nich nedobře nebo vadně vyvíjí také psychická identifikace s vlastním pohlavím; je například patrná v malém zájmu o typicky dívčí hry s panenkami a pokojíčky.“⁷

U dívek se tedy objevuje spíše porucha pozornosti bez hyperaktivity, tento termín užívá hlavně Hallowell v *Poruchách pozornosti v dětství i dospělosti*, kde natrefíme na vyprávění příběhů žen, ale i mužů, kteří v mládí prožívali pocity vnitřního neklidu a tlaku, ale u nich se objevoval ještě další příznak a to snivost, kdy byli jakoby „mimo realitu“.

Prekopová a Schweizerová (1994) mají pro vyšší výskyt hyperaktivních hochů svou teorii, která objasňuje, proč jsou právě oni hyperaktivnější než dívky. Hovoří o chronicky působící dysfunkci, která se u postižených tvoří během dozrávání mozkových struktur během prvních třech let jejich života. Chlapci jsou podle ní mnohem náchylnější k onemocnění nebo poškození mozku než děvčata, proto se u nich projeví hyperaktivita nebo jiná onemocnění jako například dyslexie, koktání a pomočování. Dysfunkce má za příčinu neschopnost správné mozkové koordinace schopností jako je soustředění, vytrvalost, pozornost, sebeovládání a koordinace pohybů, které jsou potřebné pro správné prožití a rozhodování se v určitých situacích života.

⁷ Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 38/39

5. Obecný pojem „neklidné dítě“ (více informací o hyperaktivitě)

Přestože se dá porucha nazývat konkrétními odbornými jmény, rodiče a mnozí pedagogičtí pracovníci častují problémové děti mnohem obecnějšími pojmy. Říkají o nich, že jsou neklidné, příliš „živé“ nebo naopak zasněné, nevychované, lajdácké atd. Všichni jistě známe přirovnání: chovat se tak, jako kdybychom byli z hadích ocásků nebo jako kdybychom píchli do vosího hnízda. Tak přesně tak se mohou chovat děti, které mají impulzivitu a hlavně hyperaktivitu v „krvi“.

Tato kapitola se snaží poukázat na fakt, že hyperaktivita není jen patologický syndrom, ale může fungovat i jako normální temperamentový rys. Existuje tedy určitý rozdíl mezi dítětem s odborně diagnostikovanou hyperaktivitou a obecně neklidným dítětem, které poruchou vůbec netrpí.

S obecným pojmenováním „neklidný člověk/dítě“ pracuje nejedna příručka. V italské příručce *Máte neklidné dítě?* od autorky Nessia Laniado můžeme najít zmínku o americkém výzkumu z roku 1956 (doba trvání výzkumu 18 let) zabývajícího se 133 dětmi od jejich tří let až po dospělost. Cílem výzkumu bylo zjistit, do jaké míry je povaha dětí stálá, nebo naopak proměnlivá. V závěru studie vyšlo najevo 7 základních rysů, které činí dítě víceméně těžko zvladatelným. V příručce je těchto 7 rysů vypracováno jako test, na základě kterého si rodič může vyzkoušet, zda je jeho dítě spíše klidné nebo živé. Zde je test také k dispozici.

Test: Které z těchto rysů nacházíme u svého dítěte?

Rys	Klidné dítě	Živé dítě
1. Živost	Je čilý, ale klidný.	Je neklidný.
2. Sebeovládání	Umí se ovládnout. Je trpělivý.	Je impulzivní.
3. Soustředěnost	Umí se soustředit. Vytrvale provádí svěřený úkol.	Snadno se rozptýlí, ale někdy velmi tvrdohlavě vyžaduje splnění svého přání.
4. Pravidelnost	Pravidelně spí.	Nemá pravidelný rytmus.
5. Přizpůsobivost	Snadno se otevírá neznámým lidem. Snadno se přizpůsobuje novým situacím.	Je nedůvěřivý a nemá rádo novinky. Odmítá změny.
6. Citlivost	Lehce snáší nepříjemné věci.	Reaguje na hluk, světla, pachy. Silně vnímá bolest. Snadno se rozhněvá.
7. Chování	Je klidný a nepotřebuje neustálou pozornost.	Je hlučný, neukázněný, energický. Své city vyjadřuje dramaticky.

Tabulka č. 1 Zdroj: Nessia Laniado, *Máte neklidné dítě?* str. 14

V příručce pod testem si může rodič podrobně přečíst, co jednotlivé body – živost, sebeovládání, soustředěnost, pravidelnost, přizpůsobivost, citlivost a chování obnáší prostřednictvím uvedených příkladů vycházejících ze života s hyperaktivními dětmi.

Jistě není jednoduché z laického pohledu poruchu diagnostikovat. Mnohým rodičům se může zdát, že jejich dítě se ztotožňuje, alespoň v minimální míře, se všemi výše uvedenými kritérii pro „živé dítě“ a začne mít pocit, že jeho potomek by mohl trpět AD(H)D. Mnoho příruček nabádá rodiče, aby nezapomněli na fakt, že dítě občas „zlobí“, je to naprosto normální jev, který bude na světě vždy, ale je jen na rodičích a okolí žijící s problematickým dítětem, aby rozpoznalo, kdy je situace s ním zvládnutelná a kdy by bylo naopak zapotřebí pomoci odborníka. Stejně tak je důležité, aby rodiče nedávali vinu sami sobě za to, že se jejich dítě nechová jako ostatní. Jejich podpora a spolupráce s dalšími příslušnými specialisty s množstvím užitečných názorů a cenných rad velice přispívá k jeho dobrému zdravému růstu a vývinu v zodpovědnou a zdravě sebevědomou osobnost.

5.1. Neklidné přesto normální?

Autoři Paclt, Ptáček a Florián v *Hyperaktivitě* poskytují dvě tvrzení o těžko zvladatelných, ale absolutně normálních dětech, která mohou rodiče vyléčit z mnoha nemístných obav:

1. „Obtížně zvladatelné“ děti jsou zcela normální – netrpí poškozením mozku, emočními potížemi ani psychickými chorobami.
2. Na tom, jaké jsou, nenesou vinu rodiče – je to otázka temperamentu.

Na základě těchto dvou tvrzení, která byla ověřena dlouholetým vědeckým zkoumáním a prací s rodinami, dokážeme ke svému velmi náročnému dítěti přistupovat bez pokořujících pocitů viny nebo přílišné úzkosti. Neboli dosáhneme dokonce toho, že jeho temperament budeme oceňovat, podaří se nám nabyt mnohem větší trpělivosti a jednat účinněji. Jinými slovy, na své dítě se dokážeme podívat novým pohledem.⁸

Pokud je u dítěte diagnostikována porucha pozornosti s hyperaktivitou či bez ní, tak první tvrzení (konkrétně spojení slov *emoční potíže a psychické choroby*) by se mohlo zdát poněkud nepravdivé. Hallowell (2007) věnuje psychickým poruchám a AD(H)D jednu celou kapitolu, zvanou „Mozaika střípků – Dílčí typy ADD“, kde se dozvídáme o dalších potížích, které jdou ruku v ruce s poruchou. Mezi takové obtíže se řadí například psychické poruchy jako je úzkost, deprese, mánie atd., které se obvykle projeví až v dospělosti a patří mezi již zmíněné sekundární symptomy. Přesto se nějaké příznaky mohou objevit již v dětském věku,

⁸ Paclt, I., Ptáček, R., Florián, J., *Hyperaktivita*, Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, str. 21

dítě se může cítit hloupé, méněcenné, má pocity selhání, a to může vést až k budoucí psychické poruše.

5.2. *Neklidné dítě z pohledu Michaela Šebka*

Při posuzování neklidu dítěte Šebek (1990) vyjmenovává několik **faktorů**, které s ním určitým způsobem souvisí nebo na něj mají vliv. Patří sem tělesný neklid, kterého si můžeme povšimnout při pozorování jedince většího množství pohybů za určitou časovou jednotku, např. za minutu. Podle příručky: „Neklidné děti mají více tělesných pohybů než děti klidné. Typické je pro ně poposedávání, vrtění, šoupání nohama, hraní si s nějakou věcí v ruce, žmoulání, otáčení, pobíhání, škrábání se atd. Čím déle trvá neklid, tím více je rozpoznatelný v běžných společenských situacích.“⁹

Opakem tělesného neklidu je neklid vnitřní, neboli vnitřní napětí, projevující se uvnitř jedince ve formě tichého prožívání. Tudíž na povrch nejsou vidět žádné příznaky tělesného neklidu, jedinec své prožitky v sobě lidově řečeno „dusí“. S vnitřním napětím se setkáváme častěji u dívek než u chlapců, nebo u obou pohlaví v době dospívání a v dospělém věku, kdy jde o pokus potlačit či utlumit své projevy nahlas.

Třetí faktor se soustředí na osobní toleranci pozorovatele neklidného dítěte. Pozorovatelem je zde rodič, učitel, výchovný poradce, psycholog, psychiatr, ale i vrstevník neklidného dítěte, který je schopen posuzovat jeho chování a na základě míry své tolerance uvést, zda je příliš neklidné, nebo zda se jeho chování ocitá v „normě“. Podle příručky: „Je pravda, že dítě se samo zřídka kdy označí za neklidné a že jsou to rodiče nebo jiní vychovatelé, kteří tímto označením k němu vyjadřují svůj vztah. Přesnější by bylo říci: „*Toto dítě je vzhledem k mé současné toleranci neklidné.*“ Tolerance rodiče nebo učitele se k neklidu dítěte mění. Nejvíce nám neposedné dítě vadí, když jsme unaveni, máme nějakou důležitou práci, máme špatnou náladu, řešíme vlastní problém. Jindy, když jsme v dobré náladě, míváme větší pochopení pro potomka, který právě přeskakuje televizi, věší se na věšák na kabátky nebo si udělal v kuchyni klouzačku.“¹⁰ Zde byly naznačeny další faktory neklidu, a to situace, ve které se neklidné dítě nachází, a momentální stav pozorovatele, což ve velké míře ovlivňuje vztah pozorovatele a pozorovaného a pozorovatelovo hodnocení vůči neklidnému dítěti, které se může stát i přehnaně agresivní.

Poslední faktor je asi nejpodstatnější pro diagnostiku a vývoj hyperaktivity dítěte. Jedná se o již zmíněný jedincův věk. Hyperaktivita, stejně jako jiné poruchy, má také svůj

⁹ Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 15

¹⁰ Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 14

vývoj, který lze rozdělit například podle věkové linie. Když je dítě malé, v batolivém věku, každý předpokládá a očekává, že bude živé, hravé, neobratné, zbrklé a že na něj budeme muset dávat neustálý pozor. S postupem času, jak dítě roste a vyvíjí se jeho fyzická a psychická stránka, se od něj očekává, že jeho neklid zmizí. První odlišnosti od „normálu“ přichází s nástupem do mateřské školy, dítě se musí naučit přizpůsobit svou činnost ostatním dětem, počítá se s větší výdrží a soustředěním např. při nějaké hře nebo kolektivní práci, musí zvládat řízení své aktivity a odkládání uspokojení některých svých potřeb. Pokud má nějaké problémy s dodržением těchto zásad, může se jednat o hyperkinetickou poruchu.

Je tedy důležité vývoj dítěte sledovat a srovnávat jej s ostatními dětmi. Někdy se rodič zbytečně strachuje, protože podle odborníků se může jeho neklidný stav změnit k lepšímu a psychický, motorický vývoj se ostatním nakonec vyrovná sám. Problém nastává, pokud potíže přetrvávají v průběhu druhé třídy a výše, tehdy je zapotřebí odborné péče.

Klademe-li si otázku, kdy se tedy neklid stává poruchou? Příručka poskytuje jednoduchou definici: „Neklid, který trvá krátce a ustoupí rychle s vyřešením situace, nepovažujeme za poruchu. Je projevem určitého citového stavu a mobilizace energie v situaci, kdy se dítě připravuje k obraně nebo k určité činnosti. Neklid se stává poruchou, jakmile zůstává trvalým rysem chování dítěte, který je nezávislý na situaci a momentálním duševním stavu, nebo je závislý jen částečně (např. dítě je doma klidné, ale ve škole je neklidné).¹¹

K uzavření této kapitoly použiji věty z příručky *Neklidné dítě* od Prekopové a Schweizerové, kde autorky užily zajímavá, ale pravdivá slova související s hyperaktivitou – osud a výzva. „Být neposedou je osud. Neposednost je totiž způsobena konstitučním založením, které se nedá jen tak beze všeho změnit. Postižený člověk se s ní musí naučit zacházet, chce-li se plně realizovat. Zvláštní osud a zvláštní výzva. Tím více potřebuje postižené dítě všestrannou odbornou pomoc, aby dovedlo žít.“¹²

¹¹ Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 17

¹² Prekopová, J., Schweizerová, Ch., *Neklidné dítě*, Praha: Portál, str. 12

6. AD(H)D a dospělí

Přestože tato práce pojednává zejména o dětské poruše AD(H)D a jejích účincích na dětského jedince a jeho okolí, neodpustím si nevěnovat dostatečnou pozornost osobám odrostlým z dětských let, tedy dospělým, kteří se stejně jako děti musí potýkat se svými zvláštnostmi lišícími se od „normálního“ stavu stanoveného společností.

Inspiraci k vytvoření tématu o dospělých s AD(H)D jsem našla v již několikrát zmíněné příručce Hallowella a Rateye *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*, která jako jedna z mála upozorňuje na vysoké procento neléčené AD(H)D v dětském období přecházející do života dospělého jedince.

V souvislosti s dospělou osobou příručky užívají pouze zkratku ADD (porucha pozornosti) nikoli AD(H)D. Důvod je zřejmý – hyperaktivita se u dospělého jedince nevyskytuje ve stejné podobě jako u dítěte, proto grafém H je v tomto případě ze zkratky vypuštěn. Dospělý nepobíhá neustále po místnosti, nepošťuchuje své kolegy v práci, nevěnuje se tisícům věcí najednou, ale vydrží po určitou dobu (pokud časový interval nepřesáhne hranici jeho pozornosti) vnímat, co mu ostatní říkají a setrvávat u zajímavé činnosti, která ho naplňuje a přináší mu uspokojení. Všechno je to jen proto, že s vývojem své osobnosti se naučil své chování, alespoň do určité míry, korigovat a přizpůsobit jej svému okolí. Malé dítě takové způsoby ještě neumí. Ono nesleduje, zda jsou jeho činy zlé nebo dobré a nedělá si pranic z toho, jestli si o něm ostatní pomyslí, že je nějaké „divné“. Přesto někdy nastane situace, kdy se u dospělého porucha plně projeví, bohužel to nebývá pouze občas, a on není schopen ji sám zvládnout. Autoři příruček se snaží takovéto situace postihnout, rozebrat, přijít na to, co je způsobuje, a poté poskytnout pomoc a rady.

6.1. Výskyt a studie ADD u dospělých

Drtílková se v *Hyperaktivním dítěti* zabývá současnými údaji hyperkinetické poruchy u dospělých, říká, že hyperkinetická porucha přetrvává asi u 30-50% dospělých, kteří ji měli v dětství, přičemž jejich příznaky se liší od těch dětských, mohou být často přehlédnuty nebo považovány právě jen za povahové zvláštnosti příslušného jedince. S tímto názorem v podstatě souhlasí všechny příručky zabývající se dospělostí a ADD. Podle nich si lidé žijící v okolí dospělého s ADD o něm myslí, že se chová odlišně než ostatní a že svým chováním tzv. „vybočuje z řady“, ale nepřipouští si, že by mohl trpět nějakou poruchou, kterou je silně ovlivňován. Jedním z důvodů ulpívání na tomto názoru bývá právě nedostatek potřebných informací o ADD.

Dále Drtílková (2007) rozlišuje tři hlavní symptomy – hyperaktivitu, impulzivitu a poruchu pozornosti vyskytující se jednak u již zmíněných dětí s poruchou a jednak u dospělých s ADD. Podle ní: „Hyperaktivita, která je nejnápadnějším příznakem u velké části dětí s hyperkinetickou poruchou v dětství, se projevuje v dospělém věku jako pocity neklidu, problémy setrvat u sedavých aktivit nebo překotná řeč a může připomínat nervozitu. Ve větší míře přetrvávají poruchy pozornosti a impulzivita. V důsledku poruchy pozornosti dělá dospělým potíže soustředění na konverzaci, ztrácejí a hledají běžné předměty, zapomínají na schůzky, termíny, Impulzivita se projevuje netrpělivostí, ukvapenými rozhodnutími a nákupe, přerušováním ostatních při rozhovoru,“¹³

Výzkumy z první poloviny 20. století a z padesátých let 20. století, probíhající především na americkém území, silně prosazovaly názor o ubývání neklidu s rostoucím věkem. Přesto se v tomto období najdou práce, které souhlasí s myšlenkami Drtílkové.

„Tak např. O’Neilova a Robinsova studie z roku 1958 ukázala, že zejména ty děti, u nichž se vedle hyperaktivity projevovalo i protispolečenské jednání, „nevyrostly“ ze svých problémů.

I jiné starší studie přinášely údaje o tom, že zhruba u 40-50% dětí přetrvávají obtíže i v době dospívání a dospělosti. Příčiny, proč tomu tak je, nejsou dnes ještě plně objasněny, i když již dávno víme, že hyperaktivní syndrom zahrnuje různé podskupiny dětí, které se od sebe v mnohých charakteristikách osobnosti i v charakteristikách neklidu liší.“¹⁴

Šebek (1990) uvádí ještě další studie týkající se především hyperaktivního syndromu sledovaného v dětském věku a jeho změny na základě vývoje osobnosti dětského jedince: Studie Weissové a kol. ze 70. let 20. století sledovala určitý počet hyperaktivních (tzv. experimentálních dětí) a jejich normálních vrstevníků (tzv. kontrolní skupiny). Podle ní: „Výrazné projevy neklidu sice s věkem slábly, ale zůstávala i nadále nepozornost, citová nezralost, neschopnost sledovat dlouhodobější cíle a nízké sebehodnocení. Asi 25% hyperaktivních dětí mělo po pěti letech sledování protispolečenské sklony; bylo to mnohem vyšší procento než v kontrolní skupině normálních dětí.“¹⁵

Téměř všechny studie nacházející se v příručkách se shodují na ověřené skutečnosti, že hyperaktivní dětský syndrom se v průběhu dospívání a dospělosti mění převážně v impulzivitu, která vykazuje naneštěstí zejména negativní vlastnosti.

¹³ Drtílková, I., *Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*, Praha: Galén, 2007, str. 39

¹⁴ Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 88

¹⁵ Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 89

6.2. Jaký je vlastně dospělý člověk s ADD?

Autoři obvykle uvádějí podobné či významově stejné charakteristiky dospělého trpícího ADD (některé z nich už byly uvedeny), proto jsem se rozhodla sestavit přehlednou tabulku obsahující hlavní odlišnosti problematického jedince a shrnující veškeré informace z příruček. V tomto případě zejména příruček: *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti* (Edward M. Hallowell, John J. Ratey), *Potíže dětí s učením a chováním* (Gordon Serfontein), *Neklidné děti a jejich výchova* (Michael Šebek), *Hyperaktivní dítě* (Ivana Drtílková).

Vzhledem k optimistické skutečnosti, která říká, že u člověka s ADD nenajdeme pouze samé záporné vlastnosti, ale i ty kladné, které ho činí zajímavým a výjimečným, jsem rozdělila tabulku do dvou okruhů: Negativní vlastnosti a Pozitivní vlastnosti dospělých osob s ADD.

Některé zmíněné vlastnosti samozřejmě mohou spadat jak do oblasti negativní, tak do pozitivní, mohou se prolínat, záleží na míře jejich prožívání, která buď přesahuje rámec normálu, nebo do normálu patří.

Tabulka nezahrnuje omezený počet, existuje více způsobů, jak na poruchu nahlížet, a proto se rodí nové znaky poruchy vytvářející společně neuzavřenou skupinu.

Negativní vlastnosti	Pozitivní vlastnosti
impulzivnost	čínorodost
pochybnost o svých činnostech, nedostatek zdravého sebevědomí, podceňování	výkonnost
Okolí je považuje za nervózní osoby orientované na výkon.	nedokážou jen tak „vypnout“ a odpočívat
Mají zvýšené svalové napětí, jehož výsledkem je značná únava.	V zaměstnání mají velmi dobré až nadprůměrné výsledky.
porucha sebepřijetí	Snědí spoustu jídla, ale spálí obrovské množství energie, tudíž nemají potíže s nadváhou.
porucha v oblasti vnímání a pozornosti	výborné pozorovací schopnosti
problémy se zapamatováním jmen nových lidí při seznamování	vysoce vyvinuté manažerské schopnosti
nevynikají v četbě, nestanou se vášnivými čtenáři	mají nepřeborné množství energie
písemné vyjadřování je omezené	bývají dobrými a zábavnými společníky

nepoddajnost, tvrdohlavost	pokud se pro něco rozhodnou, dokážou dotáhnout myšlenku až do konce
snadno se dostanou do potíží, projevy antisociálního chování; inklinují k alkoholismu, užívání drog, vyhledávání rizikových situací, adrenalinových sportů; rychlá jízda autem atd.	na rozdíl od lidí trpících např. depresemi ve většině případů nejsou schopni vykonat sebevraždu, i když o ní občas přemýšlí
mají komplikované sociální vztahy se svými blízkými, v rodině, s kolegy a nadřízenými v zaměstnání	snivost, fantazie – vyskytuje se převážně v dětství, ale může zasahovat i do dospělosti
nejsou schopni správně vnímat neverbální vyjadřovací prostředky ostatních lidí	zájem o nové zkušenosti, zážitky
nedokážou být v klidu – vrtění na židli, pohupování nohou, hraní s prsty, přešlapování, ...	
nedokážou správně relaxovat a na konci dne bývají často unaveni	
občas mohou mít problémy se spánkem díky zvýšenému nervovému napětí a emocionálními potížemi	
překotný způsob vyjadřování, zadrhávání, rychlé vyslovování, špatná artikulace	
mírná fyzická neobratnost, přehnaný stisk ruky při seznamování, rychlá chůze, ...	
zapomnětlivost, nespolehlivost, nepořádnost	
častá změna zaměstnání, střídání partnerů a přátel, častá rozvodovost	
souvislost s dalšími poruchami, např. s poruchami chování, depresemi, úzkostmi, se specifickými poruchami učení – dyslexií, dysgrafií, ... s tzv. Benignovým základním třesem	
potřeba pevné struktury – v osobním i pracovním životě; vytváření plánů	
nedochvilnost	

Tabulka č. 2

Zdroj: několik dříve zmíněných příruček

Jistě mnoho autorů souhlasí se zjištěním, že osoba s ADD není hloupá, obyčejná a nezajímavá. Je to prostě člověk, který na sebe upozorní, i když si to zrovna nepřeje. Hallowell (2007) velice dbá na to, aby vyšlo najevo, že ADD se nijak neslučuje s názorem, který prohlašuje, že lidé trpící touto poruchou, jsou méně chytrí nebo nevzdělatelní. Naopak příručka *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti* dokazuje na svých příbězích, že lidé, kteří měli a stále mají problémy sami se sebou - se svou nepozorností, roztržitostí, nízkou sebedůvěrou, impulzivitou, netrpělivostí a s dalšími projevy ADD se dokázali v životě prosadit, podařilo se jim vystudovat vysoké školy a uplatnit se úspěšně v zaměstnáních tolerujících jejich občasné „výkyvy“. Ať již to dokázali s pomocí odborníků a patřičné medicíny, nebo jen tak, že „vyrostli“ z dětských let.

Serfontein (1999) prostřednictvím své příručky zmiňuje jména slavných postav, u kterých se zřetelně projevovaly rysy ADD. Mezi ně například patří Albert Einstein, geniální vědec dvacátého století; Ludwig van Beethoven, průkopník nového hudebního romantického směru; Leonardo da Vinci, významný italský renesanční umělec a další vynikající osobnosti, které se zapsaly do dějin.

6.3. České ADD obyvatelstvo

S ohledem na české prostředí by nebylo na škodu upozornit na ADD versus české dospělé obyvatelstvo. Drtílková upozorňuje, že: „... dospělí u nás nebyli dosud systematicky sledováni a jen ojediněle byli léčeni. V jiných evropských zemích a především v USA je porucha u dospělých dlouho známá, postiženým je poskytována komplexní léčba včetně farmakoterapie, existují informace pro jejich rodiny a partnery (tisk, internet), jak s těmito jedinci jednat a žít. V současné době začíná být také v naší republice věnována pozornost a léčba dospělým s hyperkinetickou poruchou na vybraných pracovištích.“¹⁶

6.4. A co na to Amerika?

Skutečně, v příručkách zahraničních autorů je možno najít více informací o ADD a dospělých. Američané Hallowell a Ratey (2007) shromáždili nejčastější příznaky, se kterými se setkali ve své lékařské praxi. Opět je to výčet neuzavřený, může být příslušnými odborníky doplněn o další symptomy na základě vlastních postřehů a zkušeností. Seznam nejčastějších příznaků pojmenovali: „Navržená diagnostická kritéria poruchy pozornosti u dospělých“, sami v něm upozorňují na to, že některá témata se mohou opakovat. Seznam rozšiřuje tabulku

¹⁶ Drtílková, I., *Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*, Praha: Galén, 2007, str. 39

vlastností člověka s ADD a najdeme ho v **příloze č. 4**, nazvané Navržená diagnostická kritéria poruchy pozornosti u dospělých.

Po přečtení přílohy čtenáři může přijít na mysl myšlenka přinášející pocit, že i on je svým způsobem postižen touto poruchou, protože každý z nás má někdy potíže s udržením pozornosti, s dodržováním pravidel nebo s neklidem. Autoři však dodávají, že abychom trpěli poruchou pozornosti, musí náš stav odpovídat alespoň patnácti charakteristikám z celkových dvaceti uvedených v příloze. Pokud pojmem charakteristiky jako test, každý si může sám na sobě nebo na svém okolí vyzkoušet, jak by v tomto testu dopadl.

7. AD(H)D v dětství a zejména ve škole

V této rozsáhlé kapitole se budeme věnovat analýze tématu školního dětského období v souvislosti s poruchou pozornosti a hyperaktivitou. Na literárním trhu dnes již existuje velké a pestré množství pedagogických a rodičovských příruček, které mohou být zařazeny pod souhrnný název v jednotném čísle „rádce pro rodiče a vychovatele“ a zabývají se odborným (obvykle je píše pedagogové, psychologové nebo jiní odborníci na AD(H)D) i laickým pohledem na problematické děti ve školním a domácím prostředí.

Laická úroveň pohledu je zaměřena především na rodiče, kteří nemají patřičné vzdělání k pedagogické a psychologické práci s těmito dětmi, a jsou tak odkázáni na knižní materiály, učitele svých dětí, výchovné poradce ve školách, pedagogicko-psychologické poradny a jiná podobná zařízení poskytující jim cenné informace, prostřednictvím kterých dokážou své problematické děti lépe zvládat a sami se do určité míry vyrovnat s jejich potížemi. Mnozí rodiče ale dokážou být natolik zkušenými ve výchově dětí s AD(H)D, že se často stává, že odborníci čerpají z jejich zkušeností a velmi respektují jejich názory.

Jak již bylo napsáno dříve, literární trh nabízí více tištěných informací týkající se spíše dětí s AD(H)D, než dospělých s podobnou diagnostikou. Důvodem jistě bude vyšší míra pozornosti pedagogických, psychologických pracovníků a ostatních lékařů na dětskou poruchu pozornosti s hyperaktivitou, kteří činí tak proto, aby byla včas podchycena léčba malých problematických dětí a mladistvých, a aby bylo zabráněno rozšiřování poruchy do dospělého období. Druhým důvodem může být nevelká autorova znalost dospělého jedince a jeho AD(H)D projevů, která je často doprovázena neochotou spolupráce ze strany vyšetřovaného jedince, anebo jeho nízkou informovaností o této poruše, což může bránit v rozvoji odborných studií a v získávání nových lékařských poznatků.

V této kapitole se nebudeme zabývat příznaky hyperkinetických dětí, ty byly dopodrobna analyzovány v příslušné předcházející kapitole, přesto na ně i zde narazíme, protože se plně realizují zejména ve školním prostředí.

Následující seznam obsahuje názvy příruček, ve kterých mohou učitelé a rodiče hyperkinetických dětí najít užitečné rady pro svá nezbedná dítká:

Hyperaktivita – Ivo Paclt, Radek Ptáček, Jakub Florián

Jak řešit problémy dětí se školou – Michael Martin, Cynthia Waltmanová-Greenwoodová – Ed.

Máte neklidné, nesoustředěné dítě? – Hana Žáčková, Drahomíra Jucovičová

Neklidné děti a jejich výchova – Michael Šebek
Neposedné dítě – Nancy E. O'Dell, Patricia A. Cook
Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole – Sandra F. Riefová
Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti – Edward M. Hallowell, John J. Ratey
Potíže dětí s učením a chováním – Gordon Serfontein
Proč zlobím? – Jaroslava Škvorová, David Škvor
Specifické poruchy chování a pozornosti – Alan Train
Spratek – Torey L. Hayden
Vaříme hyperaktivnímu dítěti – Margrit Sulzberger, Sonja Hutter

7.1. AD(H)D ve škole

Mnoho autorů upozorňuje na skutečnost, že pokud se dítě jeví jako hyperaktivní, jeho chování nás o tom přesvědčí již v jeho předškolním věku, ale úplné symptomy se projeví až při nástupu na základní školu.

Šebek (1990) ve své příručce píše: „Neklidné děti a škola – to je stará bolest. Nic nevadí průběhu vyučovacího procesu tolik jako hyperaktivita a nepozornost žáků. Některé děti jsou chronicky jen nepozorné, jiné jsou neklidné, ale jejich nepozornost není tak závažná. Nejhorší kombinací je nepozornost, neklid, impulzivnost a agresivita. Děti s touto nejméně příznivou kombinací – a jsou to v naprosté většině případů chlapci – jsou postrachem vyučujících a celého pedagogického sboru.“¹⁷

Tento výrok nevyznívá moc optimisticky, ale bohužel bývá pravdivý. Opravdu není příjemné mít ve třídě někoho, kdo neustále vyrušuje, ničí kázeň a stabilitu celé vyučovací hodiny. Přesto k těmto dětem musíme hledat cestu, snažit se pochopit jejich potíže, pomoci jim zapojit se do kolektivu třídy, vymyslet pro ně speciální vyučovací programy a další vymoženosti, které jim umožní projevit a prosadit své pravé „já“. Na tom se shodují všechny příručky a autoři v nich přichází s mnohdy zajímavými a účelnými prostředky a vyučovacími metodami, které se uplatnily v jejich pedagogické či jiné praxi a mohou být dále realizovány.

Šebek (1990) také hovoří o tzv. rolí školáka, tzn. jakým způsobem se hyperaktivní děti a děti s poruchou pozornosti s rolí školáka ztotožňují, zda ji přijímají za svou či nikoli. Bohužel z jeho slov vyplývá, že díky nezrálému organismu se hyperkinetické děti nedokážou bez cizí pomoci zcela přizpůsobit školním povinnostem a nárokům, které vyplývají ze školního řádu. V jeho příručce můžeme také vycítit nelibost k učitelům a

¹⁷ Šebek, M., Neklidné děti a jejich výchova, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 79/ 80

učitelkám, kteří s neklidnými žáky nezacházejí citlivým způsobem, nýbrž jsou plny předsudků, mýtů a jsou tak ovládáni emocemi, které mohou ovlivnit jejich objektivní rozhodování. Důkazem učitelova negativního postoje může být následující dopis adresovaný rodičům hyperaktivního žáka, který dokazuje, že ve vztahu učitele a žáka neprobíhá kladná interakce. Učitel totiž nepřišel na způsob, který by pomohl neklidnému dítěti pozitivně se zapojit do školního vyučovacího procesu.

„... Vás syn Marek dnes při hodině matematiky opět nepracoval a psal si něco úplně jiného. Přes dvojí upozornění, že mu papír s poznámkami roztrhám, psal klidně dál. Když jsem mu papír chtěla sebrat, odmítl ho vydat s odůvodněním, že je to soukromý dopis a že mi do toho nic není. Když jsem na něm vyžadovala žákovskou knížku, abych mu mohla zapsat poznámku, opět odmítl a chtěl mě vyprovokovat svými poznámkami. Upozorňuji vás na to, že s vaším synem není možné pracovat, neboť na jakékoli upozornění reaguje negativně, ...“¹⁸

Negativní vztah učitele k žákovi s AD(H)D poměrně přesně vystihli autoři Paclt, Ptáček a Florián v *Hyperaktivitě*, kteří odkazují na studie profesorky Vágnerové, a hovoří o nesprávných domněnkách mnoha učitelů o nevychovanosti a drzosti dětí s AD(H)D, kteří si nepřipustí možnost, že odlišné chování těchto dětí může být projevem vývojového oslabení, a proto se k němu chovají jako k nevychovanému a nevladatelnému jedinci.

V příručkách tedy můžeme najít určitou kritiku učitelských praktik, metod a přístupů k neklidným dětem a to zejména tehdy, kdy učitel považuje žáka za nepřijatelného k docházce do normální školy a snaží se ho přesunout např. do různých speciálních škol, které by nemusely posunout jeho vývoj správným směrem. Jedním z hlavních úkolů příruček však bývá poskytnout rady při výchově a vzdělání problematických dětí a dodat odvalu k vytrvalosti při řešení náročných situací nejen učitelům, ale i rodičům a jiným vychovatelům.

7.1.1. Problémy s učením a jejich řešení

Pro většinu hyperaktivních dětí a dětí s poruchou pozornosti je škola místem, kde zažívají mimo osvojování si procesů výchovy a vzdělávání i krušné chvíle v podobě pocitů méněcennosti, frustrace, snížené sebedůvěry, strachu před selháním při písemném zkoušení a čteném projevu či nepříjemné situace vzniklé narušenými sociálními vztahy mezi nimi a ostatními vrstevníky a učitelem.

¹⁸ Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 83

Proto je nesmírně důležitý přístup k dítěti s AD(H)D a spolupráce všech, kteří mají takové dítě ve své péči, a to jak doma, tak i ve škole.

Není novinkou, že děti s AD(H)D trpí specifickými poruchami učení (jsou k nim náchylnější než normální děti), a to dyslexií (nejvíce), dysfázií, dysgrafií, dyskalkulií aj. Serfontein (1999) v souvislosti s AD(H)D a specifickými poruchami učení píše: „Většinou jde jen o lehké nesrovnalosti, které žáka omezují, takže nemůže podávat stejné výkony jako jeho vrstevníci. V některých vyhraněných případech však dochází k závažnějším poruchám, které brzdí ovládnutí základních školních dovedností.“¹⁹ V tomto případě je tedy důležité k žákovi přistupovat jako k žákovi se specifickými potřebami.

Problémům v učení a jejich řešení se důsledně věnuje Riefová (1999) jakožto významná pedagožka, uznávaná hlavně v oboru speciální pedagogiky. Ve své knize *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole* ukazuje praktické postupy pro výchovu a vzdělání dětí s AD(H)D, snaží se nejen řešit problematické situace objevující se ve škole, ale upozorňuje na jejich prevenci, která dopomůže k tomu, aby se problematickým situacím předcházelo. Současně se ve své příručce snaží poskytnout rady zaměřené k motivaci učitelů, rodičů a jiných výchovných členů při uvědomování si výjimečnosti a jedinečnosti osobnosti hyperkinetického dítěte.

V kapitole č. 2 nazvané „Nejvýznamnější faktory v práci s dětmi s ADD/ADHD“ sepsala seznam činitelů, které vyzdvihují potíže těchto dětí a současně fungují jako rádci učitelům při vyučování ve školní třídě a fungování ve školním prostředí vůbec. Stejně nebo podobné faktory nalezneme i v dalších příručkách o AD(H)D, někteří jejich autoři však odkazují na přehledný seznam a vesměs celou příručku Sandry F. Riefové (např. Paclt, Ptáček a Florián – *Hyperaktivita*).

Nejvýznamnější faktory v práci s dětmi s ADD/ADHD (podle Sandry F. Riefové):

- a. Učitelova pozornost, zainteresovanost a ochota pracovat se žákem na osobní rovině.**
- b. Další vzdělávání učitelů a získávání znalostí o ADD/ADHD.**
(na potřebu dalšího vzdělávání upozorňuje většina autorů, např. Šebek, 1990)
- c. Úzká spolupráce mezi rodiči a školou.**
(Podle Šebka (1990) je spolupráce mezi rodiči a školou choulostivým momentem výchovy neklidných dětí, protože: „Je pedagogickou a

¹⁹ Serfontein, G., *Potíže dětí s učením a chováním*, Praha: Portál, 1999

psychologickou chybou, když učitel před rodičem jeho dítě v ničem nepochválí. Zraní to sebecit každého rodiče. Dítě je jeho ozdobou, i když je hyperaktivní. Spolupráce ve prospěch dítěte vzniká teprve na kladném vztahu k dítěti nebo – lépe řečeno – alespoň na ocenění kladných stránek dítěte, a zde musí vyjít vstříc učitel, i když k tomu má někdy pramalou chuť.“²⁰)

d. Vytváření přehledného a strukturovaného prostředí.

(strukturu dále používá např. Hallowell v *Poruchách pozornosti v dětství i dospělosti*. Říká, že dospělí i děti potřebují mít stanovený pevný řád, pravidla, kterých se drží a které dodržují; dokáže je „vykolejit“ např. obyčejná dovolená)

e. Tvořivé, poutavé a interaktivní vyučovací metody, které žáky zaujmou a přimějí je spolupracovat se spolužáky, jsou naprosto nezbytné!

(netradičních vyučovacích metod najdeme v této publikaci nemálo, Riefová (1999) ukazuje různé metody a styly vyučování při psaní, počítání, čtení, mluveném projevu atd., které pomáhají dětem s AD(H)D; podrobnější popis jednotlivých vyučovacích předmětů zaměřující se na určité úlevy pro neklidné děti najdeme také v publikaci O'Dell a Cook *Neposedné dítě*)

f. Týmová práce v zájmu žáka s ADD/ADHD.

g. Podpora ze strany vedení školy.

- škola by měla zajistit určité podmínky pro vyučování žáků se speciálními potřebami, např. soukromý dohled učitele, možnost dočasně žáka odloučit z vyučování, snížený počet žáků ve třídě, speciální vyučovací pomůcky a potřeby atd.

h. Respekt k soukromí žáka a zachování důvěrnosti.

- pokud si žák nebo rodina žáka nepřeje zveřejňovat např. výsledky zdravotního vyšetření, nebo aby ostatní děti věděly, že dotyčný trpí AD(H)D (Hallowell (2007) spíše radí vyjít se vším na „povrch“, AD(H)D podle něj není nemoc, není se za co stydět! Otiskl v knize epizodu ze své lékařské praxe, kde konejší dítě s AD(H)D a snaží se mu vysvětlit, co porucha obnáší.

Úryvek z textu:

„ADD má řada dalších dětí, zdaleka nejsi sám. Když se tě na to někdo zeptá, je jen na tobě, co řekneš. Hlavně si pamatuj, že na ADD není nic špatného, stejně jako není nic špatného na tom, když někdo nosí brýle.“²¹

²⁰ Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 83

²¹ Hallowell, E. M., Ratey, J. J., *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*, Praha: Návrat domů, 2007, str. 218

V knize také najdeme několik rad, jak objasňovat dětem AD(H)D, určeným rodičům a učitelům. Vesměs se v nich klade důraz na pravdomluvnost, získávání dostatek informací a jejich přizpůsobení slovníku dětí, poskytnutí dostatek prostoru na dotazy, upozornění, že AD(H)D se neztotožňuje s hloupostí a v neposlední řadě na fakt, že AD(H)D není nemoc)

- i. Přizpůsobení zadávaných úloh, méně psaní!*
- j. Méně domácích úkolů.*
- k. Více času na úlohy než mají ostatní.*
- l. Citlivý přístup učitele, který problémové děti neztrapňuje a neponižuje před spolužáky.*
- m. Pomoc s udržením pořádku pro žáky s ADD/ADHD.*
- n. Přizpůsobení studijního prostředí.*
 - místo, kde žák sedí; světelné osvětlení ve třídě; nábytek; uspořádání lavic, židlí; časté větrání místnosti atd.
- o. Oceňování toho, čím se žáci liší od druhých, a poskytování možností, aby ukázali své silné stránky.*
- p. Víra v žáka (nevzdávat se, když učitelův plán A, B a C nefunguje).*

Další faktory podle Michaela Martina a Cynthie Waltmanové-Greenwoodové:

- *Více používejte okamžitou zpětnou vazbu a umožněte dítěti ve větší míře pocít'ovat pozitivní důsledky jeho činů.*

(zpětná vazba by měla být stručná, jasná a neměla by představovat rušivý prvek v činnosti dítěte, Paclt a kol., 2006)
- *Zpětnou vazbu a odměnu používejte co nejčastěji.*
- *Poskytujte významnější odměny než pro děti ostatní.*

(Paclt a kol.(2006) dodává, že pochvaly u těchto dětí by měly směřovat ke všem projevům žádoucího chování a naopak tresty by měly být mírné, jasně definované a součástí přímo té časové souvislosti, tzn. měly by následovat přímo po nežádoucím aktu žáka)
- *Vždy se snažte působit spíše pozitivně než negativně.*
- *Bud'te důslední a zásadoví.*
- *Naučte se předvídat obtíže.*
- *Udržujte si odstup.*

- ***Cvičte svou schopnost odpouštět.***

Prevence

Prevence je důležitým faktorem, který nebyl přímo zmíněn a zařazen do již uvedeného seznamu činitelů pro práci s dětmi s AD(H)D, přesto do něj svým způsobem patří, protože pod slovem „prevence“ si můžeme představit nadřazený pojem všech zmíněných faktorů, tzn. pomocí dodržování určité struktury a řádu, přizpůsobování studijního prostředí atd. docílíme toho, že se problémům ve třídě bude předcházet.

Podle Riefové (1999) právě prevence problémového chování ve třídě může zabránit mnoha potížím. Ve své příručce radí stanovit si soupis určitých pravidel (nebo vytvořit tzv. smlouvu o dobrém chování), na kterých se celá třída dohodne a bude je dodržovat. Pokud se tak nestane, tzn. pravidla budou porušena, následují tresty. Pokud se naopak žákovi povede docílit požadovaného výsledku, bude nějakým způsobem odměněn (pochvala, obrázek, bonbón...), což pozitivně posiluje jeho chování.

Podle Riefové pravidly může být např.:

1. Dávám pozor.
2. Ovládám se.
3. Poslouchám učitele.
4. Neobtěžuji spolužáky.
5. Chci-li něco říci, nejdříve se přihlásím.
6. Snažím se pracovat co nejdéle.
7. Sedím spořádaně na židli.
8. S ostatními mluvím zdvořile.

(Pro „normální“ žáky jsou tato pravidla samozřejmá, ale pro žáky s AD(H)D představují každodenní zkoušku.)

Podle autorky dalším sympatickým způsobem, který pozitivně modifikuje chování žáka a pomáhá k prevenci problematického chování, je smlouva žáka a učitele o určité časové jednotce (např. jeden týden), po kterou bude žák odměňován (např. hvězdičkami do tabulky s jeho jménem) za dodržování domluvených pravidel. Pokud se na konci této časové jednotky žákovi podaří nashromáždit požadovaný počet odměn (hvězdiček) vyplývajících ze smlouvy, může si splnit nějaké přání. V následujících rámečcích objevíme příklady těchto smluv.

<p>Pokud v tabulce budu mít _____ hvězdiček do středy odpoledne, získám _____</p> <p>Podpis _____</p> <p>Datum _____</p>	<p>Pokaždé, když získám _____ hvězdiček, dostanu _____ .</p> <p>Podpis _____</p> <p>Datum _____</p>
--	---

Z předchozích názorů je jasno, že pedagogické zásady, speciální vyučovací metody a styly vyučování, dodržování pravidel, jasná a přehledná struktura, systematičnost, komplexnost a hlavně trpělivost a čas patří mezi důležité a nezbytné prvky při vyučování a výchově dětí s AD(H)D. Bez nich by náprava poruchy chování neměla vůbec smysl.

7.1.2. Jak může pomoci škola?

V příručkách najdeme zmínky o potřebě pozitivní spolupráce školy s učiteli a rodiči problematických žáků. Ředitelé a ředitelky škol by měli umožnit žákovi, co nejsnazší průběh jeho školního působení, spolupracovat s učiteli a vyjít jim vstříc při jejich žádostech na speciální vyučovací potřeby, které jsou nezbytné pro plynulý, kladný průběh vyučovací třídy s hyperaktivními žáky(em). Často to ovšem bývá záležitost finanční, která brzdí a do značné míry ovlivňuje tolerantní a vstřícné chování vedení školy.

Záležitost dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami je ošetřována školským zákonem, podrobněji se touto problematikou zabývá vyhláška MŠMT č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Tato vyhláška byla několikrát novelizována, poprvé v březnu r. 2007 (vyhláška č. 62/2007), kde se k původní vyhlášce přiřadila příloha o počtu žáků s určitým druhem a stupněm zdravotního postižení v jedné třídě nebo skupině a o počtu pedagogickým pracovníků, kteří by se o tuto třídu nebo skupinu starali. Třetí a čtvrtá novelizace vyhlášky z r. 2007 a 2008 v podstatě nepřinesla žádné nové informace a změny o dětech trpících poruchou pozornosti a hyperaktivitou, proto se odvolávám na vyhlášku č. 73/2005.

Co vyhláška obsahuje, najdeme zestručněno v příručce *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?* od Žáčkové a Jucovičové. V kostce se zde autorky zmiňují o rozdělení žáků do dvou typů a to na žáky se závažnějšími projevy, se silnou formou poruchy a na žáky s lehčí formou AD(H)D.

Pokud je u žáka po příslušných vyšetřeních zjištěna silná forma poruchy, má být podle zákona zařazen mezi žáky se zdravotním postižením a je pro něj vypracován individuální vzdělávací plán nebo program, který je flexibilní a mění se podle proměnlivosti potřeb a nároků žáka.²²

Na základě toho škola čerpá od státu určitou finanční sumu, která ale není nijak závratná, určenou na nákup potřebných pomůcek nebo na platby zaměstnanců. Úkolem pedagogicko-psychologické poradny je podle zákona kontrola a vyhodnocení dodržování postupů a opatření stanovených v individuálním vzdělávacím plánu. V případě nedodržování těchto pravidel je pedagogicko-psychologická poradna povinna informovat ředitele školy.

Druhý typ, tedy dítě s lehčí formou AD(H)D, může být zařazen mezi žáky se zdravotním znevýhodněním a má také nárok na specifický přístup, i když jeho rozsah je už menší a pro situaci dítěte dostačující.

V příručce Žáčkové, Jucovičové (2007) také nalezneme konkrétní doporučení pro zacházení s žákem s AD(H)D, která se často objevují v jeho lékařském hodnocení. Tato doporučení jsou podobná již zmíněným faktorům Riefové (1999) ale zaměřují se konkrétnějším způsobem na určité potíže daného žáka. Mezi ně například patří:

- umožnit pohybové uvolnění i v průběhu vyučování (nechat např. rozdat sešity, smazat tabuli);
- na projevy typické pro AD(H)D pokud možno nereagovat, postupně naučit reagovat na oční pokyn, na dotyk apod.;
- vzhledem k porušené krátkodobé sluchové paměti umožnit u diktovaných matematických příkladů zřetelnou oporu (tj. zadání příkladů dát předepsané – odlišit tak chybovost způsobenou neschopností udržet v paměti zadání příkladů);
- při ústním ověřování vytvořit vstřícnou atmosféru, nenaléhat na pohotovou odpověď, dát čas na rozmyšlení, umožnit přípravu, v případě nezdaru dát možnost opravy (i vzhledem k výkyvům ve výkonnosti);
- dohlédnout na zaznamenání domácího úkolu, pomůcek; aj.

Serfontein (1999) řeší také otázku školy a žáků s poruchou a stanovil několik kritérií, v kterých popisuje možnosti školského zařízení pro neklidné a nesoustředěné žáky. Některé z nich se neliší od těch již zmíněných v příručkách Riefové (1999) Martina, Waltmanové-Greenwoodové (1997) a dalších, ale důraz je u něj kladen hlavně na:

- důležitost speciálních tříd pro žáky s poruchami učení;

²² O speciálních vzdělávacích programech hovoří např. Riefová v *Nesoustředěném a neklidném dítěti*, kde poskytuje čtenáři ukázky výsledků chování a školní práce dětí, kterým byl tento program stanoven.

- možnost opakovat ročník či přeřazení zpět do mateřské školy, pokud žák není řádně připraven na první třídu;
- variabilitu zájmových kroužků a příležitost k doučování méně zvladatelných předmětů;
- učitelův dohled nad žákem, který pravidelně užívá medikamenty atd.

7.1.3. Pomoc při výběru dalšího vzdělávání

Často si rodiče kladou otázku, co bude s jejich dětmi, až dostudují druhý stupeň základní školy. S normálními dětmi je situace poměrně jednodušší než s dětmi trpícími specifickými poruchami učení a chování, u kterých se musí brát v potaz, zda budoucí škola bude splňovat podmínky nezbytné pro školní úspěšnost jejich dcery či syna. Autorky Žáčková a Jucovičová (2007) ve své příručce hovoří o pomoci těmto dětem při výběru vzdělání po základní škole, nabízejí instrukce, které umožňují rodičům a jejich dětem vytvořit si představu při volbě budoucí střední školy nebo učiliště. Podle nich je nutné brát v potaz nejenom žákovy intelektové schopnosti, ale i symptomy poruchy, které mohou mít velký vliv na způsob žákovy učení na základní škole, který nemusí být dostačující pro určitý typ střední školy či učiliště.

Hovoří o učebních návycích každého žáka, o tzv. kompetenci k učení. Podle nich: „Přestože se to zdá být samozřejmé, pro spoustu hyperaktivních nebo hypoaktivních dětí to samozřejmostí není – učí se nárazově, nepravidelně, nesystematicky, spíše náhodně. ... Důležité je tedy i to, zda se dítě učí efektivně - tzn. zda je schopné si informace zapamatovat, vybavit z paměti a použít v praxi. ... Učební návyky jsou pro úspěšné absolvování středního školství velmi důležité, ale nezdědka bývají podceňovány a děti i rodiče očekávají, že to „nějakým způsobem zvládnou“. Tento předpoklad bývá často mylný, a pokud si nejsme studijními návyky a předpoklady svých dětí jisti, měli bychom volit spíše méně náročnější variantu studia (například cestu tříletého odborného učiliště s případnou možností maturitní nástavby).“²³

Radí tedy být opatrní při výběru dalšího školního vzdělávání, ale rozhodně netvrdí, že studenti, kteří mají silnější projevy poruchy, nemohou navštěvovat střední školu. Upozorňují však na to, že se musí pro ně hledat takový typ školy, který respektuje specifické poruchy učení a je do potřebné míry připravený umožnit studentovi, co nejjednodušší studium.

Dalším faktorem ztěžujícím výběr školy jsou osobností charakteristiky a volní vlastnosti dítěte. Zda je vůbec schopno snést zátěž, které bude na střední škole nebo učilišti

²³ Žáčková, H., Jucovičová, D., Máte neklidné, nesoustředěné dítě?, Praha: D + H, 2007, str. 66/ 67

vystaveno, zda má potřebnou odolnost a hlavně vytrvalost zvládnout nároky školy. Vytrvalost je právě u hyperaktivních dětí slabé místo.

Hallowell (2007) se také zmiňuje o celkem úspěšných dětech, které se na základní škole jeví jako průměrné, neměly velké problémy s osvojováním si učení, přičemž na střední škole nebyly schopny přizpůsobit se jejímu chodu a požadavkům a měly potíže s dokončením vzdělání vůbec. Mimo prvotních nesnází v učení se mohou u těchto dětí dostavit i problémy s chováním a jedinec se ve škole stane sledovaným problematickým žákem. Nepíše si poznámky, nenosí domácí úkoly, dostává špatné známky, lže rodičům a učitelům, chodí za školu a další mírnější prohřešky, které mohou postupně vést až k projevům asociálního chování jako jsou podvody, krádeže nebo sklony k užívání návykových látek - drog ve skupině lidí stejných myšlenkových názorů.

Důležitá je tedy nejen péče v období studentova prvního a druhého stupně základní školy, ale i následný dohled nad efektivním výběrem dalšího studia a tamějšího studentova působení.

7.2. Alternativní přístup k ADHD - STŠR

STŠR označuje jeden z velkého množství pojmů, které se pojí s dětskou hyperaktivitou, ale nemůžeme si pod ním představit její přímé označení, tzn. neobsahuje ten samý význam jako zkratka AD(H)D, nýbrž existuje jako její příčina – jeden z důvodů, proč hyperaktivita mohla vzniknout.

S pojmem STŠR, resp. se „Symetrickým tonickým šíjovým reflexem“, pracují O'Dell a Cook v publikaci *Neposedné dítě*, kde se zaměřují na nový přístup zjišťování ne vždy viditelných příčin hyperaktivního chování (velký důraz kladou právě STŠR) a ukazují řadu cvičení pomáhající k lepší udržení pozornosti a k snížení nadměrné aktivity.

Symetrický TŠR probíhá v rané fázi dětského vývoje, pokud je podle autorek jeho vývoj narušen, tzn. stane se nesprávně vyvinutým, bude nadále nežádoucím způsobem ovládat tělo dítěte a to je také důvod, proč mnohé příručky hovoří o hyperaktivitě jako o vývojové poruše.

Definice z knihy:

„STŠR – Symetrický tonický šíjový reflex je automatický pohyb (reflex), který se vyvíjí mezi čtvrtým a osmým měsícem věku dítěte. Pokud není tento reflex integrován (zcela

vyvinut) pomocí správného a dostatečného lezení, pak přispívá k pocitu nepohodlí, špatné pozornosti a koordinaci, zvláště pak při úkolech, jako je psaní.“²⁴

Lezení batolete zde tedy funguje jako hlavní aspekt, který není radno brát na lehkou váhu. Pro zdravý vývoj je podstatné umožnit dítěti volný pohyb a možnosti jeho realizace. (viz. tabulka „Jak dosáhnout u dítěte normálního vývoje STŠR?“)

Pro lepší pochopení STŠR příručka poskytuje seznam reflexů vyskytujících se u malých dětí (hledací, sací, Babinského atd.).

Zkratka STŠR obsahuje slova a jejich významy:

Symetrický = obě strany těla pracují společně.

Tónický = způsobující změnu ve svalovém napětí nebo tonu.

Šíjový = aktivovaný změnou v pozici krku.

Reflex = automatická akce.

Pro shrnutí: STŠR je tedy pohyb ovlivňující obě strany těla = způsobuje, že horní polovina těla pracuje v protikladu k dolní polovině = když je horní polovina napnutá, dolní polovina se ohýbá a naopak; nemáme ho od narození, jak již bylo napsáno, vyvíjí se mezi 4. a 8. měsícem věku dítěte a je potřeba, aby během procesu vývoje motoriky – kolébání a lezení – bylo tělo dítěte stále méně a méně kontrolováno STŠR: „Získá-li dítě nezávislou kontrolu nad svým krkem, rukama a nohama, říkáme, že STŠR je „zcela vyvinutý“. Dokončení vývoje STŠR je dosaženo díky správnému a dostatečnému lezení.“²⁵

Pokud tomu tam nebude, mohou se podle odborníků objevit problémy s učením ve formě neklidu při činnostech, které vyžadují stálou pozornost, a při sezení v lavici např. v průběhu psaní (viz „Pozice při psaní“).

V příručce se dočteme o formách nesprávného a nedostatečného lezení či spíše pohybů, které přispívají k nedokončení vývoje Symetrického TŠR. Mezi takové formy například patří:

posouvání se po hýždích

převalování se na podlaže

plazení vzad

lezení s rukama a nohama po podlaže, se zadečkem vystrčeným do vzduchu, což nazýváme „velbloudí chůze“

skákání jako žába nebo králík

²⁴ O'Dell, N. E., Cook, P. A., Neposedné dítě, Praha: Grada Publishing, 1999, str. 130

²⁵ O'Dell, N. E., Cook, P. A., Neposedné dítě, Praha: Grada Publishing, 1999, str. 26

časná chůze

atd.

Následující tabulka poskytuje rady matkám a otcům, jak vést svá dítká, aby dopomohli k normálnímu vývoji STŠR. Autorky v knize neskrývají svůj nesouhlas s tzv. chodítka, která podle nich odepírají dítěti příležitost lézt.

Jak dosáhnout u dítěte normálního vývoje STŠR?

CO DĚLAT:

Pokládejte děti na několik minut na břicho, třikrát nebo čtyřikrát denně.

Přítom na ně určitě dohlížejte.

Podporujte děti v lezení.

Poskytněte dětem dostatek příležitostí k lezení.

CO NEDĚLAT:

Nedávejte děti do chodítek.

Příliš nepřehánějte používání ohrádek.

Nepodporujte u dětí časnou chůzi (před dosažením jednoho roku věku.)

Poslední dobou zde byla snaha udržet novorozence a děti co nejdéle v poloze na zádech, aby se zabránilo nebezpečí „náhlého úmrtí kojence“ (NÚK). Předkládáme následující doporučení, abychom zabránili NÚK i neúplnému vyvinutí reflexu.

Jakmile dítě vykazuje znaky dobré kontroly hlavy (může zvednout hlavu z ramene rodiče, obvykle kolem čtvrtého měsíce), pokládejte dítě na břicho, s hlavou vzpřímenou a rukama před sebou, aby si hrálo s hračkou. Položte dítě na relativně pevnou podložku, s polštářem pod břichem nebo pod hrudníkem, abyste mu pomohli držet hlavu vzpřímeně.

Zůstaňte v místnosti a pozorujte ho. Zajistěte dítěti každý den dostatek času, aby leželo na břiše. Pak bude schopné postupovat do vývojových stádií houpání a lezení.

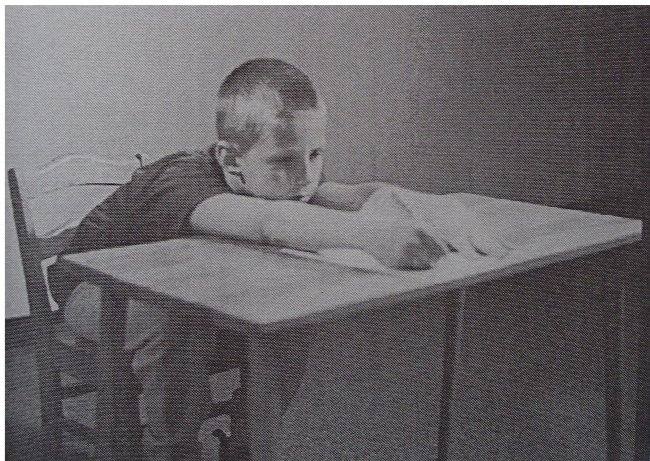
Tabulka č. 3

Zdroj: Nancy E. O'Dell, Patricia A. Cook, Neposedné dítě, str. 27

Pozice při psaní

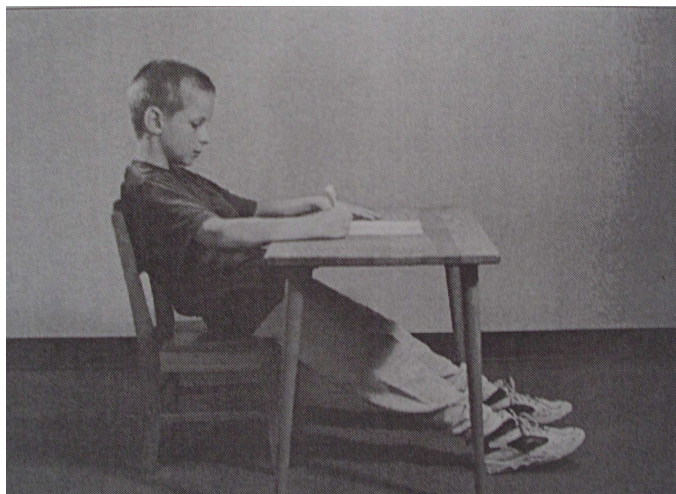
V definici STŠR bylo zmíněno (a vůbec je o hyperaktivních dětech známo), že mívají výrazné problémy při psaní, nedokážou sedět v klidu, vrtí se, nejraději by psali ve stoje a nejlépe při chůzi či běhu. Jejich nejčastější oblíbené polohy těla při psaní autorky ukazují na následujících čtyřech obrázcích, ze kterých je patrný (zejména u posledního obr.) vnitřní neklid dítěte a nepohodlnost narušující stabilitu jeho těla.

Obr. č. 1 *Student píšící s nataženýma rukama*



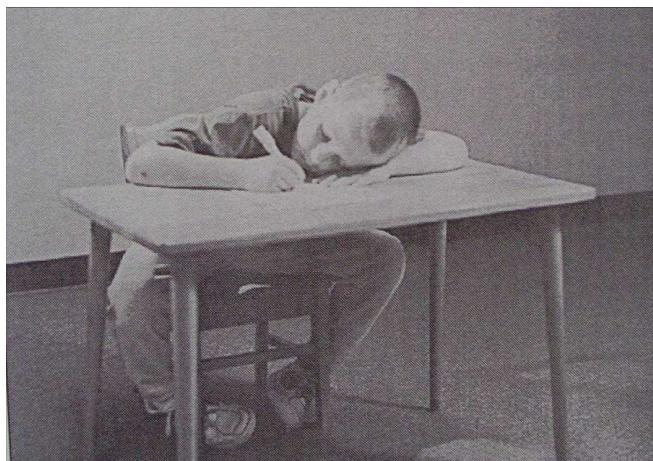
Zdroj: Nancy E. O'Dell, Patricia A. Cook, *Neposedné dítě*, str. 35

Obr. č. 2 *Student sedící s nataženýma nohama*



Zdroj: Tamtéž, str. 36

Obr. č. 3 *Student píšící s hlavou položenou na desce stolu*



Zdroj: Tamtéž, str. 38

Obr. č. 4 *Student stojící při psaní u stolu*



Zdroj: Tamtéž, str. 40

8. AD(H)D a rodina

Převážnou část pracovního dne tráví děti ve školním prostředí, kde se o ně starají pedagogičtí pracovníci (na mysli jsou spíše děti navštěvující základní školy). Rodiče si tak mohou od svých aktivních dětí relativně „odpočinout“ a nabrat síly na tu část dne, kdy se děti vrátí ze školy domů. V příručkách nalezneme mnoho příběhů o hyperaktivních dětech a dětech s poruchou pozornosti vyprávěných z pohledů rodičů, kteří považují výchovu svých ratolestí za těžkou, a proto se může stát, že nedokážou i přes veškeré vynaložené úsilí „zvládnout“ své dítě alespoň do té míry, aby si sami na chvíli mohli odpočinout. Často totiž bývají nemálo vyčerpaní a unavení. Přesto se snaží přijít na způsob, jak vést hyperaktivní dítě, aby nedošlo k úplnému narušení či zničení domácí pohody a atmosféry u rodinného krbu. Rady jak vychovávat tyto děti, abychom neovlivnili jejich fyzický a psychický vývoj, poskytuje rovněž řada autorů příruček pro rodiče dětí s AD(H)D.

Drtílková si myslí, že: „Ideální rodina by měla být na jedné straně dostatečně tolerantní k nedostatkům dítěte, chápat, že se nejedná o nedbalost, schválnost a neposlušnost, na druhé straně by měly být dítěti určeny jasné a srozumitelné mantinely, »co se ještě může a co už ne«.“²⁶

8.1. Vztahy mezi členy rodiny

O poněkud odlišných sociálních vztazích mezi jedincem s AD(H)D a jeho okolím jsem se zmínila již v kapitole **Symptomy AD(H)D – Sociální vztahy**: jeho chování je nevyzpytatelné, chvíli je kamarádský a ve vteřině je schopný své chování zcela změnit; stejně jako ve školních výsledcích (nebo pracovních pokud se jedná o dospělého jedince) i v chování vůči rodině a svým blízkým u něj nemůžeme nic předvídat. Z toho tudíž vyplývá, že jedinec není zcela zodpovědný za své chování, jsou to ony příznaky poruchy, které vztahy s jeho okolím ovlivňují i bez jeho vědomí. Přesto však on je tím „trnem v oku“, který způsobuje potíže nejen sobě.

Aby rodina žila v harmonickém prostředí musí se sledovat a pečovat nejen o chování dítěte s poruchou, ale v potaz musí být brány i vztahy mezi všemi členy rodiny – rodiči, matkou a dítětem s AD(H)D, otcem a dítětem s AD(H)D a v neposlední řadě i vztahy mezi všemi sourozenci, kteří by neměli chápat zvýšený zájem rodičů o dítě s poruchou jako nějaké privilegium. Podrobnější informace o rodinných vztazích poskytují knihy Serfonteina – *Potíže*

²⁶ Drtílková, I., *Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*, Praha: Galén, 2007, str. 31

děti s učením a chováním (kap. „ADD a rodina“), Hallowella a Rateye – *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti* (kap. „Velká bitva“), kde nalezneme tipy, kterak zvládnout situaci, že v naší rodině existuje člen s AD(H)D, v **příloze č. 5** jsou tipy k dispozici.

8.2. Výchova hyperaktivních dětí

Výchova je důležitá u každého dítěte, ať už je bílé, černé nebo hyperaktivní. Rodiče by si měli uvědomit, že záleží jen na nich, na jejich výchově, jaká osobnost z jejich dítěte vyroste. Samozřejmě do určité míry zasahují do vývoje i genetické faktory.

Příručka Šebka, *Neklidné děti a jejich výchova*, je zaměřena, jak už z názvu vyplývá, mimo jiné i na výchovu hyperaktivních dětí, na jejích stránkách si můžeme přečíst nejen o výchově dětí, které již navštěvují základní školy, ale velký důraz je zde kladen právě na kojenecké a batolící ratolesti, které vyžadují neustálou pozornost své matky. Šebek si také pohrává s myšlenkou, že příčiny hyperaktivity mohou být nejen genetické, tudíž zděděné, ale také psychologické, tzn. u dětí se může vyskytnout hyperaktivní chování díky nedostatečné nebo naopak přehnané rodičovské péči. Podle něj: „Výchova je hlavní prevence vzniku hyperaktivity, i když jejímu vzniku nemůžeme vždy zabránit. U dítěte, jehož mozek byl poškozen porodním nebo jiným traumatem, nebo které trpí nějakou vrozenou anomálií stavby mozku či jeho funkcí, se může vyvinout hyperaktivní syndrom; výchova dítěte v rodině může jenom zmírnit nebo zesílit projevy neklidu a jejich dosah v oblasti učení, vzdělávání a citového zranění.“²⁷

Výchově hyperaktivních dětí se věnují též Žáčková a Jucovičová (2007). Ve své příručce se pokusily o vytvoření přehledu hlavních zásad, které by pomohly rodičům při výchově dětí s AD(H)D.

Hlavní výchovné zásady důležité pro výchovu dětí s AD(H)D podle Žáčkové, Jucovičové:

1. vytvořit klidné, citově propletené rodinné prostředí/dát najevo lásku k dítěti
2. stanovit řád a jasně a pevně vytyčit hranice ve výchově/pravidelný režim dne
3. rodič musí důsledně dbát na dodržování pravidel ve výchově
4. požadavek sjednocení rodičů, prarodičů, rodičů a školy... při výchově dítěte
5. soustředit se zejména na kladné stránky osobnosti dítěte/chvála za správné chování
6. usměrňování aktivity dítěte a dostatečný přívod přiměřených podnětů k jeho seberealizaci

²⁷ Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990, str. 108

Zároveň si uvědomují, že není jednoduché dítě vést a vychovávat tím správným způsobem, a proto se rodiče často mohou dopustit několika chyb. Mezi ně např. patří:

- nejednotná výchova - tedy porušení čtvrté výchovné zásady
- perfekcionistická výchova = výchova příliš náročná, autoritativní a přísná, při které není na prvním místě dokázat lásku k dítěti a jeho pochopení
- příliš liberální, uvolněná výchova = je opakem perfekcionistické výchovy, kdy je dítěti vše povoleno; chybí řád v rodině
- nevyvážená, nedůsledná výchova = vychovatel jednou něco zakáže, podruhé to povolí; výchova opět postrádá systém a řád

Při výchově hyperkinetického dítěte je na prvním místě podstatné si uvědomit, že péče o něj není totožná s péčí o normální dítě. Hlavním cílem by mělo být nalezení způsobu, jak si počínat v soužití s dítětem tak, aby se dosáhlo stavu přijatelného pro obě strany – pro rodiče i pro ono dítě. Toho se dosáhne jedině tehdy, pokud rodiče budou dodržovat výše zmíněné zásady a uvědomí si, že jejich dítě vyžaduje netradiční a důslednou výchovu.

8.2.1 Speciální výchovné postupy pro zvládnutí neklidu

Při výchově dítěte se dále dají použít speciální výchovné metody, které pomohou z velké části zklidnit jeho nestálost a přehnanou aktivitu v rodinném i školním prostředí, ale slouží rovněž k rozvoji jeho schopností a dovedností, ke snížení případného agresivního chování a zároveň k posílení komunikace a interakce mezi ním a jeho vychovatelem. Mluví se např. o různých druzích her, muzikoterapiích, relaxačních cvičení aj.

Šimanovský se v příručce *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu* zaměřuje na široké spektrum her, které jsou určeny pro děti navštěvující základní a střední školy, ale některé z nich se dají použít i při výchově dětí mladších. Jeho příručka je tedy vesměs praktická, obsahuje množství her rozdělených do několika okruhů zaměřujících se na procvičování určitých činností, např. „Rozehrívací, aktivizační hry“ nebo „Hry na soustředění a zklidnění“.

Pro děti předškolního a mladšího školního věku byly vytvořeny příručky Janečkové *Podej mi ruku* a Stiefenhofera *55 dobrý rad, když je vaše dítě neklidné*. V obou nalezneme zábavné a kreativní činnosti umožňující mladšímu dítěti správný tělesný a duševní vývoj, který bude zapotřebí ve školním období.

Riefová ve své knize *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole* vyčleňuje kapitoly zabývající se relaxací, řízenou imaginací, vizualizací a hudbou, která slouží pro zklidnění a také jako přechodová fáze mezi přestávkou a školní vyučovací hodinou. Zmiňuje se o

relaxačních cvičeních, józe a meditaci, které mají kladné účinky na žákovu psychiku - „vyčistí si hlavu“ a zbaví se vnitřního napětí. Řízená imaginace a vizualizace umožňuje rozvíjet žákovu představivost a zvyšuje jeho slovní zásobu, viz následující ukázka hádanky:

„Vznášíte se na vodě, pohupujete se neustále sem a tam. Cítíte, jak celé vaše tělo odpočívá v teplé vodě. Něžné vlnky k vám připlouvají a zase od vás odplouvají. Jste pevní a silní. Svítí slunce a zahřívá dřevo, ze kterého vás vyrobili. Vane vítr a mírně vás směřuje do moře. Velká plachta se vám vzdouvá a pohybuje s vámi ve vánku. Co jste?“ (Plachetnice)²⁸

Další příklady vybraných speciálních výchovných postupů pro školu a rodinu poskytují v **příloze č. 6**.

8.3. Jídlo jako příčina hyperaktivity

Na vznik AD(H)D se podílí více faktorů. Z rozsáhlých studií převažují genetické příčiny, ale velké procento se přiklání také k ohrožení plodu matkou během těhotenství (např. požíváním alkoholu, kouřením tabákových produktů), ke komplikacím během porodu (např. přidušení dítěte), k zmíněnému nesprávně vyvinutému STŠR a rovněž k celkovému životnímu stylu obou rodičů, výchově dítěte a dalším faktorům.

Menší důraz je kladen na určitý druh potravin, které mohou způsobit, že se dítě stane hyperaktivním, přesto zde taková možnost existuje. Sulzberger a Hutter v knize *Varíme hyperaktivnímu dítěti* přináší zajímavou a zvláštní informaci říkající, že hlavní příčinou hyperaktivity dětí je jejich výživa, respektive hyperaktivní reakce na určitý druh potravin, v podstatě jsou označovány za alergiky. Zdůrazňují, že je údělem matky postarat se o to, aby se dítě těmto druhům potravin vyvarovalo. Záleží tedy jen na jejich opatrnosti, obezřetnosti a hlavně péči, protože aktuálně v dnešní době je na potravinovém trhu k dispozici velké množství výrobků způsobující tuto alergii. Mezi nejčastější alergeny patří např. kravské mléko, vajíčka, obilí – hlavně pšenice a oves, zředka žito, čokoláda, kakao, uzeniny, zvýšený dohled rodiče musí dávat hlavně přídatným látkám, dochucovadlům aj.

Důležité je tedy sestavit dítěti jídelníček z potravin, které hyperaktivní reakci nevyvolávají a dohlédnout, aby byl dodržován. Pomáhá, když se přidá celá rodina. Mezi vhodné potraviny autorky řadí: maso ze šetrného, biologického chovu (žádné vepřové, a když, tak v biokvalitě), ryby ze zdravých vod, zelenina, saláty, ovoce z ekologického zemědělství, špaldové těstoviny bez vajec, špaldová chlebová mouka, žitná nebo ječmenná mouka aj.

²⁸ Riefová, S. F., *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, Praha: Portál, 1999, str. 132

9. Léčba AD(H)D

Stejně jako léčba jiných nemocí, ani léčba AD(H)D není jednoduchá a krátkodobá, je to záležitost téměř na celý život a výsledky mnohdy nemusí být stoprocentní, přesto je léčení člověka s AD(H)D nutné. Předchází mu lékařská vyšetření, diagnostika problému za pomoci např. diagnostických a statistických manuálů DSM-IV, MKN-10 a různých specializovaných psychologických testů, které dopomáhají ke stanovení přiměřené diagnózy, to vše jsou první kroky směřující k léčbě a terapii. Hallowell (2007) klade důraz nejen na sestavení osobní anamnézy člověka s AD(H)D, ale důležitá je podle něj i anamnéza celé jeho rodiny, protože jak je známo, AD(H)D může mít příčinu genetickou a není vyloučeno, že jí trpí zrovna rodič dítěte.

9.1. Používané druhy léčby

Dosavadní studie léčby poruchy prokázaly, že neexistuje jednotný druh léčby pro všechny jedince touto poruchou trpící. Lékaři sledují individualitu poruchy každého jedince a obvykle se přiklání ke kombinaci několika léčebných postupů zároveň. K druhům léčby patří:

- výchovná opatření
- psychoterapie
- farmakoterapie
- alternativní léčba
- EEG-biofeedback

9.1.1. Výchovná opatření. Může výchova pomoci k vyléčení AD(H)D?

Drtilková (2007) se přiklání k názoru, že za pomoci výchovných prostředků, úpravy režimu a životního stylu dítěte, popř. psychologické terapie, se rodičům některých dětí může podařit jejich AD(H)D úplně vyléčit, anebo alespoň dojde k viditelnému zlepšení. Na mysli jsou ale přidružené projevy AD(H)D jako je záškoláctví, lhaní, krádeže atd., hlavní příznaky – hyperaktivita, impulzivita a nesoustředěnost obvykle musí podstoupit farmakologické léčbě, tedy léčbě prostřednictvím léků.

9.1.2. Psychoterapie

Psychoterapie obvykle probíhá za účasti rodičů, dítěte s poruchou, popř. jeho sourozenců, a psychoterapeuta – dětského psychologa. Zpočátku je velice důležité, aby se mezi všemi a hlavně mezi terapeutem a jedincem s AD(H)D vytvořil pocit důvěry a otevřený, upřímný vztah, ve kterém není místo pro zatajování informací. Průběh terapie nespočívá ve stanovení diagnózy, ale spíše se snaží řešit problematické situace, přijít na to, proč k nim dochází a zabránit, aby se více opakovaly.

Podle Hallowella (2007) se výborně osvědčuje spolupráce mezi dítětem s poruchou a tzv. trenérem, tedy člověkem, který vede dítě a poskytuje mu podporu. Trenérem může být jeho terapeut, jeden z rodičů nebo spolužák ve škole. Úkolem trenéra je posilovat pozitivní chování, motivovat, poskytovat dítěti opěrný bod a možnost utěšení, pokud nejde vše, tak jak má. Mimo jiné připomíná např. čas k užití léků, pokud se dítě léčí farmakologicky. Pokud oba rodiče nemají potřebný čas, aby se dítěti věnovali, stává se trenér velice užitečnou osobou v jeho životě a při léčbě poruchy.

9.1.3. Farmakoterapie

Léčení medikamenty patří zatím k nejuspěšnějšímu druhu léčby, i když jeho výsledky také nejsou vždy jisté. K nejvíce používanému léku u nás, který tlumí příznaky nedostatečné aktivity CNS – hyperaktivity a nepozornosti, patří psychostimulancium methylphenidate, známější pod obchodním názvem Ritalin. Mezi dalšími jsou např.: Strattera, Dexedrin, Cylert a antidepresiva, která podporují vyšší hladinu serotoninu, neurotransmiteru zajišťujícího duševní pohodu a tlumícího příznaky hyperaktivity, Norpramin, Wellbutrin, Ludiomil, Prozac aj.

Mezi jednu z nevýhod Ritalinu odborníci řadí jeho kratší účinnost – trvá pouze 3-4 hod. po užití. Pokud si tedy dítě lék vezme v ranních hodinách, učitel musí dohlédnout, aby další nezapomnělo vzít odpoledne. V několika zemích je již známější formou léků lék Concerta, který obsahuje kapsle s postupným uvolňováním účinné látky po dobu 12 hod, takže příznaky poruchy jsou usměrňovány delší čas a učitel nemusí na dítě ve škole dohlížet.

Další nevýhody léků jsou jejich vedlejší účinky – nechutenství, ztráta na váze, nespavost, poruchy usínání a ospalost, únava, bolesti hlavy, závratě, útlum růstového hormonu aj., které ale nebývají závažné a mohou být zastaveny poté, co lékař upraví dávkování.

9.1.4. Alternativní léčba

Alternativní léčba se řadí mezi ty metody léčení, které: „...nepatří k oficiálně schváleným nebo uznávaným postupům léčby v medicíně. Některé z nich mohou mít racionální jádro, například používání přírodních, bylinných přípravků v lidovém léčitelství, jiné mohou být částečně úspěšné díky placebo efektu, některé se však nebezpečně blíží na hranici šarlatánství.“²⁹

Drtílková (2007) rovněž odkazuje na odborné studie, které neprokazují, že by léčba hypnózou, akupunkturou, minerály, vitamíny aj. měla nějaký vliv na eliminaci projevů AD(H)D. Někteří lékaři a odborníci na AD(H)D tedy nesouhlasí s alternativní medicínou a bývají k ní skeptičtí a to i k tzv. protialergickým postupům, které jsou také považovány za alternativní léčbu, a o kterých jsem se zmínila již dříve. Autorky Sulzberger a Hutter (2008) ve své knize sympatizují s výzkumy, které ověřovaly výskyt alergické reakce – hyperaktivní reakce na některé druhy potravin a podivují se tomu, že: „Školní medicína a psychiatrie dodnes neuznávají souvislost mezi hyper-, popřípadě hypoaktivitou a alergiemi či nesnášenlivostmi! A to i přesto, že se o tom publikují po celém světě tucty odborných knih (např. také od lékařů) a bezpočet postižených rodičů se přesvědčilo o účincích protialergické diety.“³⁰

Některé druhy her, muzikoterapie, relaxace a další speciální výchovné metody zapsané v předchozí kapitole mohou být také přiřazeny k alternativní léčbě AD(H)D, protože díky nim se projevy poruchy do jisté míry zmírňují a reguluje se jejich intenzita.

Rozsah alternativních metod v léčení AD(H)D se v dnešní době rozšiřuje, velkou podporou pro ně jsou reklamy, internet a tisk. Jejich vědecká hodnota mnohdy může značně kolísat, proto se někteří lékaři a odborníci přiklánějí ke klasické léčbě - za pomoci léků - která má ověřené pozitivní výsledky.

9.1.5. EEG-biofeedback

EEG-biofeedback nepatří mezi standardní postupy při léčení poruchy AD(H)D, dodnes je považován za metodu experimentální a je používán jako doplněk ke klasické léčbě. Odborníci ji považují za vysoce specifickou metodu při tréninku pozornosti a soustředění, sebeovládání, zklidnění impulzivity a hyperaktivity a zlepšení výkonu intelektu.

²⁹ Drtílková, I., *Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*, Praha: Galén, 2007, str. 76

³⁰ Sulzberger, M., Hutter, S., *Vaříme hyperaktivnímu dítěti*, Praha: Grada Publishing, 2008, str. 19

Pomocí speciálního přístroje lze změřit elektrickou aktivitu mozku a znázornit ji jako EEG záznam, který nezůstává stejný, ale mění se s věkem nebo odráží změny mozkové aktivity např. při spánku, ve stavu bdělosti nebo při zjištění nějaké choroby.

Průběh léčby biofeedbackem: „EEG-biofeedback je založen na principu zpětné vazby. Snímaná EEG aktivita je během sezení převáděna na obrazovce do podoby jednoduché videohry, jejíž průběh je možno ovládat změnami psychického stavu, spojenými s výskytem »žádoucí« nebo »nežádoucí« mozkové aktivity. Výskyt žádoucí aktivity je odměňován úspěchem ve hře nebo jiným signálem. Opakovaným tréninkem se mozek teoreticky učí fungovat v požadovaném frekvenčním pásmu, které je spojováno se zlepšením psychického výkonu v určitých oblastech, případně umožňuje nácvik relaxace.“³¹

³¹ Drtílková, I., Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD), Praha: Galén, 2007, str. 78

10. Klasifikace příruček

Tato kapitola rekapituluje zmíněné příručky týkající se problému AD(H)D, pokouší se pro čtenáře vytvořit jejich přehlednou klasifikaci a zabývá se shrnutím a utříděním informací z předchozích kapitol.

10.1. Rozdělení příruček

A. rozdělení příruček podle různých typů lidí, kteří v nich hledají specifické informace

(nelze přesně stanovit, které příručky se hodí spíše pro rodiče a které pro učitele a ostatní pracovníky s AD(H)D, všichni mohou čerpat informace i z těch příruček, které nejsou zařazeny do jejich skupiny, klasifikace je vytvořena jen jako doporučení k přečtení určité příručky pro čtenáře určitého typu a snaží se vymezit vhodnost příručky pro čtenáře)

1. příručky, které mohou uspokojit potřeby rodičů (ale zároveň i příručky sloužící jako rádci učitelům a ostatním pracovníkům s AD(H)D):

(většina příruček je obvykle směřována primárně do rukou rodičů dětí s AD(H)D, takže rodičům víceméně patří všechny studované publikace o AD(H)D, ale uvádím zde pouze ty příručky, které jim pomohou najít odpovědi na jejich otázky – zejména na to, co porucha znamená, jaké jsou její projevy a co s ní dělat, aby se jim i jejich dítěti „ulevilo“; zároveň rodiče jistě potěší, že tyto příručky jsou psány pro ně „srozumitelným“ jazykem)

Neklidné dítě – Jiřina Prekopová, Christel Schweizerová

Potíže dětí s učením a chováním – Gordon Serfontein

Neposedné dítě – Nancy O'Dell, Patricia A. Cook

Hyperaktivní dítě – Ivana Drtílková

Proč zlobím? – Jaroslava Škvorová, David Škvor

Máte neklidné, nesoustředěné dítě? – Hana Žáčková, Drahomíra Jucovičová

Hyperaktivita – Ivo Paclt, Radek Ptáček, Jakub Florián

Máte neklidné dítě? – Nessia Laniado

Neklidné děti a jejich výchova – Michael Šebek

Specifické poruchy chování a pozornosti – Alan Train

2. příručky spíše pro učitele a ostatní pracovníky s AD(H)D:

Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole – Sandra F. Riefová

Jak řešit problémy dětí se školou – Michael Martin, Cynthia Waltmanová-Greenwoodová, Ed.

B. příručky, které se netýkají pouze poruchy AD(H)D, ale ukazují i další problematické jevy v životě dítěte, mezi které patří např. násilí, plachost, šikana, týrání, aj.

Odlišné dítě – Jana Drtilová, František Koukolík

Nejčastější poruchy chování – Alan Train

C. příručky, ve kterých najdeme speciální výchovné postupy pro výchovu dětí s AD(H)D

Hry pro zvládnání agresivity a neklidu – Zdeněk Šimanovský

Podej mi ruku – Daniela Janečková

55 dobrých rad, když je vaše dítě neklidné – Martin Stiefenhofer

Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole – Sandra F. Riefová

D. příručky, které informují také o dospělých jedincích s AD(H)D

Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti – Edward M. Hallowell, John J. Ratey

E. příručky, které beletristickým způsobem zpracovávají téma AD(H)D

Spratek – Torey L. Hayden

F. příručky poskytující recepty pro děti s AD(H)D, u kterých byla zjištěna hyperaktivní reakce na určité druhy potravin

Vaříme hyperaktivnímu dítěti – Margrit Sulzberger, Sonja Hutter

G. příručky rozdělené na starší a ty, které jsou pro současnost více aktuální

(toto rozdělení se nesnaží říct, že příručky, které vznikly dříve, jsou nesprávné resp. pro čtenáře nepoužitelné, přesto se musí brát v potaz některé informace v nich obsažené např. výskyt poruchy, nové studie o léčbě atd.)

1. starší příručky (vydané před rokem 2000)

Odlišné dítě

Podej mi ruku

Jak řešit problémy dětí se školou

Neposedné dítě

Neklidné dítě

Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole

Potíže dětí s učením a chováním

Neklidné děti a jejich výchova

Specifické poruchy chování a pozornosti

2. aktuální příručky (vydané po roce 2000)

Hyperaktivní dítě

Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti

Spratek

Máte neklidné dítě?

Hyperaktivita

55 dobrých rad, když je vaše dítě neklidné

Vaříme hyperaktivnímu dítěti

Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu

Proč zlobím?

Nejčastější poruchy chování

Máte neklidné, nesoustředěné dítě?

10.2. Přístupy k AD(H)D

Celkové pojetí problematiky AD(H)D je různé, proto v příručkách najdeme nejeden, ale několik přístupů k nahlížení na tuto poruchu a její prezentaci.

Jeden z přístupů je spíše medicínský, poruchu představuje jako skladbu různých symptomů, pro jejich vymezení se inspiruje diagnostickými a statistickými manuály (např. americkým DSM-IV a evropským MKN-10). Vymezuje hlavně základní a přidružené projevy poruchy a zdůrazňuje otázky diagnostiky a léčby. Reprezentují jej např. příručky Serfonteina (1999) Paclta, Ptáčka a Floriána (2006) Riefové (1999) nebo Drtílkové (2007).

Drtílková, jakožto česká představitelka, zdůrazňuje rozdíly mezi termíny hyperkinetická porucha a ADHD. Říká, že pojem hyperkinetická porucha se spíše užívá v českém lékařství a kritéria pro její vymezení jsou složitější než u ADHD, americké diagnostiky.³²

Druhý možný přístup k problematice AD(H)D je založen spíše na pohledu lidí, kteří touto poruchou trpí, zaměřuje se více na jednotlivce jako na nositele daného problému. Typickým příkladem může být buď beletrie *Spratek* od Hayden, o příběhu nezvladatelného a nemilovaného dítěte, nebo kniha Hallowella a Rateye (2007). Autoři se v ní nesnažili

³² Hyperkinetická porucha je podle české klasifikace nemocí rozdělena na dva typy: porucha aktivity a pozornosti a hyperkinetická porucha chování. ADHD, podle americké klasifikace, se na základě svých kritérií přiřazuje právě k český označené poruše aktivity a pozornosti, protože jejich symptomy jsou si podobné.

definovat AD(H)D klasickým způsobem jako ostatní příručky, použili při psaní netradiční formu prostřednictvím příběhů a rozhovorů s osobami, které mají s poruchou osobní zkušenosti a byly ochotny se o ně podělit se čtenáři. Příběhy, které jsou uvedeny na začátku knihy, tak pomáhají čtenáři pochopit, porozumět a následně definovat poruchu AD(H)D. Fungují zde jako jakési vodítko, pomocí něhož se dozvíme odpovědi na otázky týkající se problematiky AD(H)D. Hlavní autor, Hallowell, v celé knize figuruje jako průvodce a rádce zároveň. Příběhy jsou vzaty z praktické lékařské činnosti obou autorů - lékařů a mají za úkol ukázat reálné vlastnosti dané poruchy, ukazují její pravou tvář. Jsou realizovány formou rozhovoru mezi lékařem a jeho pacienty, jedinci trpícími AD(H)D. Ti obvykle nemají jednoduché životy, v podstatě pořád se musí učit vyrovnávat sami se sebou, se svými zvláštnostmi lišícími se od „normálu“, který je stanoven společností.

Další pojetí problému se zrodilo na základě položené otázky týkající se etiologie poruchy, zkoumá, jaké jsou příčiny, proč porucha nastala. Výzkumy prokázaly, že existuje několik příčin vzniku AD(H)D, ale pro většinu příruček nejsou důvody vzniku poruchy prioritním bodem, spíše se zajímají o vymezení a hlavně o řešení problému. Zjištěním příčiny poruchy se zabývá Šebek (1990). Jeho přístup k problematice AD(H)D je specifický, pohlíží na poruchu jako na duševní problém. Ve své příručce *Neklidné děti a jejich výchova* vychází z psychoanalýzy jedince s poruchou a příčiny problému hledá ve vztazích v rodině, resp. ve výchově. Podobné názory mají také Prekopová a Schweizerová. V knize *Neklidné dítě* ukazují, že neklidné chování dětí je podmíněno mnoha činiteli, mezi které patří také vlivy životního prostředí, společenské klima, ale především prostředí rodiny, citových vztahů v ní, výchovných postupů a přístupů k dítěti. Opakem tohoto přístupu je pojetí AD(H)D z hlediska tělesné stránky člověka, tzn. porucha vznikla nikoli jako porucha psychická, ale fyzická. Tímto názorem se zabývá např. O'Dell a Cook v *Neposedném dítěti*, které za vznik AD(H)D činí odpovědným nesprávně vyvinutý Symetrický TŠR.

Další přístupy se zabývají řešením problému a to z pohledu školního nebo domácího prostředí, snaží se přijít s nápady a metodami, které by ulehčily dítěti s poruchou život. Takový přístup najdeme také v příručce Žáčkové, Jucovičové (2007), Martina a Waltmanové-Greenwoodové (1997), Šimanovského (2002) aj.

V předchozích příručkách autoři upřednostňují jeden přístup, ale příručky obecně pracují s více přístupy. Nahlížejí na poruchu z mnoha stran, zkoumají její příčiny, projevy v dětském i dospělém věku, diagnostiku, léčebná opatření a další možné formy řešení.

11. Závěr

Tato diplomová práce pojednávala o problematice poruchy ADHD. Její hlavní myšlenkou bylo vytvořit přehled o jednotlivých tématech zpracovávaných příručkami, které by mohly být přínosem pro rodiče dětí s poruchou, jejich učitele, příp. další odborníky pracující s těmito dětmi.

Začátek práce byl věnován definování poruchy ADHD. Zdůrazňovala se její problematika, složitost a nejednotvárnost, vyzdvihovalo se množství termínů, kterými je porucha označována, a jejich užití platné v minulosti a současnosti. Velká pozornost byla věnována hlavně projevům poruchy, nejen těm základním – hyperaktivitě, nepozornosti a impulzivitě, vyskytující se v různé intenzitě v určitých věkových etapách, ale v potaz byly brány i druhotné symptomy tuto poruchu doprovázející. Realizace směsi těchto všech projevů byla ukázána na příkladech ze života jedinců žijících s touto poruchou.

O poskytnutí důkazu, že porucha ADHD není ojedinělá, ale rovněž ne úplně a přesně diagnostikovatelná, se postarala kapitola zabývající se výskytem poruchy, jejím procentuálním stanovením v určitých zemích a poměrem mezi jednotlivými pohlavími. Z několika studií vyplývá, že na poruchu ADHD je v posledních desetiletích nahlíženo s větší pozorností než v minulosti, ale není přesně dokázáno, zda jí dnes trpí více lidí než dříve. Co bylo průzkumy ověřeno, je fakt, že výskyt ADHD je u chlapců vyšší než u dívek.

Práce také přinesla zmínku o obecném „rodičovském“ pojmu „neklidné dítě“, který by mohl fungovat jako nadřazený termín pro pojem „hyperaktivita“, užívaného spíše na odborném poli. V této části práce se řešila otázka, kdy je neklid normální a kdy se naopak stává poruchou. Byla zde poskytnuta další realizace hyperaktivity – nejde jen o neklid, který je vidět na první pohled, ale může existovat i neklid v duši člověka s poruchou – a byly zde vyjmenovány faktory související s hyperaktivitou.

Mimo vyložení dětských příznaků poruchy a jejích náhledů na ni se práce také zaměřila na dospělého jedince, který vykazuje podobné symptomy jako dítě s ADHD. Byly zrušeny mýty říkající, že ADHD nemůže mít dospělý člověk, a ukázány symptomy poruchy pro dospělého člověka typické.

Další část práce se obrátila opět k dětem a k jejich problémům s poruchou, které se uskutečňují převážně ve školním a domácím prostředí. Byly vymezeny problémové a obtížné situace, poskytnuty rady a možnosti pro jejich řešení z pohledu učitele dítěte s ADHD, školy, do které dítě dochází a rodiny, která se stará o jeho výchovu. Důraz byl kladen také na

eliminaci bezmocnosti, která může rodiče a učitele napadat při zvládnání určitých těžkých momentů, které se zdají být nezvladatelné.

Nabídnuto bylo také několik druhů léčby, které mohou jedinci s poruchou pomoci k vytoužené „úlevě“, dokázat, že jeho momentální stav se může zlepšit. Některé druhy léčby nejsou lékaři považovány za účinné (alternativní léčba). Nejlepší výsledky poskytuje farmakologická léčba, v České republice se používá hlavně lék Ritalin.

Předzávěrečná část práce poskytla čtenáři shrnutí informací obsažených ve studovaných příručkách. Příručky byly rozděleny do několika kategorií podle určitých hledisek. Vymezilo se, které z nich se hodí spíše pro rodiče a které pro učitele, ale zkoumáním se zjistilo, že většina příruček může posloužit pro všechny čtenáře zajímající se o danou problematiku. Na závěr práce bylo stanoveno několik možných přístupů k problematice ADHD, kterými se jednotliví autoři v příručkách zabývali a prostřednictvím nichž na poruchu nahlíželi.

V souladu se širokým spektrem informací obsažených v příručkách, které jsou většinou napsány přehledným a pro čtenáře dostačujícím způsobem, je vidět, že porucha ADHD nepatří v dnešní době mezi neprozkoumané oblasti. Stále ale nejsou přesně známy její příčiny a v případě léčby nemusí vždy dojít k úplnému vyléčení jedince s poruchou. ADHD také není záležitostí omezenou pouze na malé množství populace v jedné zemi, ale existuje, a možná i vždy existovalo, jako problém celosvětový.

LITERATURA

- Drtilková, I., *Hyperaktivní dítě – vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*, Praha: Galén, 2007
- Drtilová, J., Koukolík, F., *Odlišné dítě*, Praha: Vyšehrad, 1994
- Hallowell, E. M., Ratey, J. J., *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*, Praha: Návrat domů, 2007
- Hayden, T. L., *Spratek*, Praha: Portál, 2008
- Janečková, D., *Poděj mi ruku*, Plzeň: Pedagogické centrum Plzeň, 1997
- Laniado, N., *Máte neklidné dítě?*, Praha: Portál, 2004
- Martin, M., Waltmanová-Greenwoodová, C., Ed., *Jak řešit problémy dětí se školou*, Praha: Portál, 1997
- O'Dell, N. E., Cook, P. A., *Neposedné dítě*, Praha: Grada Publishing, 1990
- Paclt, I., Ptáček, R., Florián, J., *Hyperaktivita*, Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006
- Prekopová, J., Schweizerová, Ch., *Neklidné dítě*, Praha: Portál, 1994
- Riefová, S. F., *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, Praha: Portál, 1999
- Serfontein, G., *Potíže dětí s učením a chováním*, Praha: Portál, 1999
- Stiefenhofer, M., *55 dobrých rad... když je vaše dítě neklidné*, Havlíčkův Brod: Fragment, 2002
- Sulzberger, M., Hutter, S., *Vaříme hyperaktivnímu dítěti; Příznaky, jednání a 100 receptů pro celou rodinu*, Praha: Grada Publishing, 2008
- Šebek, M., *Neklidné děti a jejich výchova*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990
- Šimanovský, Z., *Hry pro zvládnání agresivity a neklidu*, Praha: Portál, 2002
- Škvorová, J., Škvor, D., *Proč zlobím?*, Praha: TRITON, 2003
- Train, A., *Nejčastější poruchy chování dětí*, Praha: Portál, 2001
- Train, A., *Specifické poruchy chování a pozornosti*, Praha: Portál, 1997
- Žáčková, H., Jucovičová, D., *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?*, Praha: D + H, 2007

INTERNETOVÉ ODKAZY

http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf

http://www.msmt.cz/uploads/soubory/vyhlasky/sb027_07.pdf

http://www.msmt.cz/uploads/soubory/narizeni_vlady/sb072_07.pdf

http://www.msmt.cz/uploads/soubory/vyhlasky/Novela_ucinnost_326_08.pdf

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Test: Které z těchto rysů nacházíme u svého dítěte?.....	25
Tabulka č. 2	Negativní a pozitivní vlastnosti dospělých osob s ADD.....	31/32
Tabulka č. 3	Jak dosáhnout u dítěte normálního vývoje STŠR?.....	47

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1	Student píšící s nataženýma rukama.....	48
Obrázek č. 2	Student sedící s nataženýma nohama.....	48
Obrázek č. 3	Student píšící s hlavou položenou na desce stolu.....	49
Obrázek č. 4	Student stojící při psaní u stolu.....	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Klasifikace poruchy pozornosti s hyperaktivitou podle MKN-10 a Klasifikace ADHD podle DSM-IV	
Příloha č. 2	Symptomy poruchy pozornosti s hyperaktivitou - JIM	
Příloha č. 3	Symptomy poruchy pozornosti s hyperaktivitou – MAX	
Příloha č. 4	Navržená diagnostická kritéria poruchy pozornosti u dospělých	
Příloha č. 5	Dvacet pět tipů pro zvládnání ADD v rodinném systému	
Příloha č. 6	Ukázky speciálních výchovných postupů při výchově hyperaktivního dítěte doma i ve škole	

Klasifikace poruchy pozornosti s hyperaktivitou podle MKN-10 (zkráceno)

Kritéria: Vznik před 7. rokem věku, trvání symptomů nejméně 6 měsíců.

- **Porucha pozornosti** (přítomno 6 příznaků z 9)
 - obtížně koncentruje pozornost;
 - nedokáže udržet pozornost;
 - neposlouchá;
 - nedokončuje úkoly;
 - vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí;
 - nepořádný, dezorganizovaný;
 - ztrácí věci;
 - roztržitý;
 - zapomětlivý.
- **Hyperaktivita** (přítomny 3 příznaky z 5)
 - neposedný, vrtí se;
 - nevydrží sedět na místě;
 - pobíhá kolem;
 - vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho;
 - »on the go« (v neustálém pohybu);
 - mnohomluvný (excesivně).
- **Impulzivita** (přítomen 1 příznak ze 4)
 - nezdrženlivě mnohomluvný;
 - vyhrkne odpověď bez přemýšlení;
 - nedokáže čekat;
 - přerušuje ostatní.

Klasifikace ADHD podle DSM-IV (zkráceno)

Některé ze symptomů hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti se vyskytují již před 7. rokem věku. Některé z příznaků se objevují na dvou či více místech (doma, ve škole...). Musí být přítomna evidence vztahů sociálních. Dochází ke zhoršení v oblasti společenské, vzdělávací nebo v zaměstnání. Příznaky není možno vysvětlit jinou psychickou poruchou.

Kritéria: A I: Šest nebo více symptomů přetrvávajících minimálně 6 měsíců v míře, která zhoršuje přízpůsobivost a výkon dítěte.

- **Porucha pozornosti:**
 - nepozornost při školních úkolech, pomíjení detailů, chyby z nepozornosti;
 - neudrží pozornost při hře;
 - zdá se, že neposlouchá během rozhovoru;
 - neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly;
 - má organizační problémy;
 - nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim;
 - ztrácí věci (hračky, školní potřeby...);
 - vnější stimuly snadno přeruší jeho soustředění;
 - zapomětlivý v denních aktivitách.

Kritéria A II: Šest nebo více symptomů hyperaktivity-impulzivity trvajících minimálně 6 měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni dítěte.

- **Hyperaktivita:**
 - často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli;

- často opouští lavici ve třídě;
- často pobíhá nebo přelézá v nepřiměřených situacích (adolescenti a dospělí mají subjektivní pocit neklidu);
- obtížně při hrách zachovává klid a ticho;
- stále v pohybu - »jako by měl v sobě motor«;
- nadměrně mnohomluvný.
- **Impulzivita:**
 - často vyhrkne odpověď před dokončením otázky;
 - dělá mu obtíže čekat v pořadí;
 - často přerušuje ostatní (při hrách, v hovoru...).

Subtypy ADHD:

- ADHD typ s převahou poruch pozornosti – kritéria A I alespoň 6 měsíců;
- A/HD typ hyperaktivně impulzivní – kritéria A II alespoň 6 měsíců;
- ADHD typ kombinovaný – kritéria A I a A II alespoň 6 měsíců;
- ADHD typ nespécifický – prominentní symptomy nepozornosti, hyperaktivity-impulzivity, které však nesplňují kritéria ADHD;
- ADHD v částečné remisi – současné symptomy již nesplňují všechna kritéria.

JIM

Bylo jedenáct hodin v noci. Jim Finnegan neklidně přecházel po pracovně. V noci do ní chodil poměrně často. Byl tam sám, rázoval sem a tam, snažil si v hlavě udělat pořádek. Blížil se k zlomovému věku padesáti let. Připadal si naprosto bezradně. Rozhlédl se po místnosti. Zrakem přešel nepořádek. Věci byly rozházené tady a tam, jako by někdo vysypal tašku na hromadu. Všude byly knihy, špinavé ponožky, dopisy, poloprázdné krabičky, od cigaret, nedopalky se válely na zemi. V pracovně byl stejný nepořádek jako u něj v hlavě.

Podíval se na nástěnku. Měl ji pověšenou na zdi nad pracovním stolem. Připíchl si na ni seznam věcí, které je třeba udělat. Bylo na ní sedmnáct položek. Poslední z nich ve znění „Návrh na reorganizaci odevzdat v út. 19. 3.“ byla několikrát zakroužkovaná černou propiskou, za ní následovalo několik vykřičníků. Bylo pondělí 18. března. A Jim ještě ani nezačal. Návrh nosil v hlavě několik týdnů. Od doby, kdy řekl nadřízenému, že by měl plán na reorganizaci, která by přinesla zvýšení produktivity práce a angažovanosti zaměstnanců, nad ním ustavičně přemýšlel. Nadřízený souhlasil, Jim mu má plán sepsat a pak se na něj společně podívají. Ještě dodal, že se to snad Jimovi konečně podaří dotáhnout do konce.

Jim věděl, co tím jeho nadřízený chtěl říct. Celé měsíce měl představu o tom, co by bylo dobré udělat. Jejich oddělení potřebuje nový počítačový systém. Zaměstnanci ve vedoucích pozicích potřebují získat oprávnění k tomu, aby mohli samostatněji rozhodovat a nemuseli si nechat každý návrh schválit vedoucím či ředitelem. Omezil by se počet schůzí, neproplýtvalo by se tolik času. Pracovní morálka by se zvýšila a pracovní výkon právě tak. Podstata návrhu byla jednoduchá. Jednotlivé body si psal na papírky. Ležely na zemi.

Jim však nedokázal všechny nápady sepsat na jediný papír. Chodil sem a tam. Kde mám začít? naříkal si. Co když to nevyjde? Budu vypadat jako hlupák, možná mě i vyhodí. To by nebylo nic nového. Proč by taky mělo, že? Má velké plány a bezvadné nápady, ale nedokáže je dotáhnout. Vzteky kopl do odpadkového koše. No jo, typický Jim. Odpadkový koš se vysypal. Uklidni se, nařídil si. Klidně dýchej. Nádech, výdech...

Sedl si k počítači a zadíval se na monitor. Vstal, přešel ke stolu a začal na něm rovnat věci. Zazvonil telefon. „Copak nevidíš, že mám práci?“ křikl na něj. Spustil záznamník. Ozval se Paulinin hlas: „Ahoj Jime, jdu spát. Jen jsem se tě chtěla zeptat, jak jsi daleko s tím návrhem. Zítرا ti přeju hodně štěstí.“ Nedokázal zvednout sluchátko. Nešlo to.

Přibývala hodina za hodinou. Jim se snažil návrh sepsat, ale pořád mu něco odvádělo pozornost. Venku mňoukala kočka, pak musel přemýšlet nad něčím, co mu před třemi dny řekl kolega v práci. Co tím chtěl říct? Šel si pro jinou propisku, protože ta, s níž chtěl psát, mu najednou připadala moc těžká. Nakonec se mu podařilo nadepsat papír slovy „Návrh na reorganizaci dílčího oddělení ve společnosti Unger Laboratories“. Nic víc. „Prostě to napiš tak, jak si to myslíš,“ poradil mu kamarád. Dobře, zkusí to. Nic ho nenapadlo. Začal přemýšlet nad novou prací. Možná by toho měl nechat a jít se vyspat. Ne, to nejde. Musí dopsat ten návrh, i kdyby celou noc nezamhouřil oči.

Ve čtyři hodiny ráno ho začaly napadat první věty. Odhodlání pokořilo únavu. Jim se pustil do psaní. Návrh sepsal. Byl s ním spokojený. V šest hodin si šel lehnout. V devět měl jednání s nadřízeným, chtěl se trochu prospat.

Bohužel si zapomněl nařídít budíka a v devět ještě spal. V poledne přiletěl do práce. Podle výrazu tváře svého nadřízeného pochopil, že bez ohledu na kvalitu návrhu dostane vyhazov. „Zkuste si najít práci, kde byste měl flexibilnější pracovní dobu, co říkáte?“ navrhl mu. Za návrh mu poděkoval. „Máte plno nápadů, Jime, jen byste potřeboval zaměstnavatele, který by více vyhověl vašim nárokům.“

„Nechápu to,“ posteskl si Jim Paulině u skleničky. Mezitím uběhlo několik týdnů. „Vím, že bych zvládl víc, mám co nabídnout. Nevím, proč v žádné práci nevydržím a do půl roku letím.“

Opakuje se to pořád dokola. Parádní nápady, ale neumím je dotáhnout. Měl jsem s tím problémy už na střední. Školní psychologka mi řekla, že mám nejvyšší IQ z celé třídy, tudíž nechápe, proč nejsem úspěšnější.“

„Víš, co mi vadí?“ ozvala se Pauline. Opatrně vzala skleničku s vínem mezi palec a ukazováček. „Vadí mi, že si od tebe vzali ten návrh, využijí ho, dojde ke zlepšení produktivity, každý bude šťastný jak blecha, ale ty z toho nemáš nic, tebe vykopli. To není fér.“

Nevím, co to se mnou je, povzdychl si Jim. „A ani nevím, co mám se sebou udělat.“

MAX

Matka se na Maxwellovo narození velmi těšila, a když její syn přišel na svět, plakala radostí. McCarthyovi již měli dvě dcery, syn pro ně byl požehnáním. Maxwell pátravýma očima pozoroval své rodiče. Otec mu na čele něžně kreslil malé kroužky.

„Je podobný mému otci,“ pronesl Patrick McCarthy.

„Takhle brzy se to přece nepozná,“ s úsměvem namítla Sylvia.

„Prostě mám takový pocit,“ odpověděl Patrick. Jeho otec, rovněž Maxwell, byl významný bostonský právník, Patrickův hrdina a velký vzor. Kladl důraz na intelektový výkon a na úspěchy v práci, miloval alkohol a také dobré jídlo, byl dobrosrdečný a vstřícný. Když se Patrick s láskou díval na svého syna, nemohl v něm nevidět alespoň náznak podobnosti se svým otcem. Velká hlava pro něj symbolizovala chytrost, jiskra v očích *životní radost*. Chtěl syna vychovávat přísně, ale láskyplně. Očekával od něj mnohé.

Sylvia si užívala malého tvorečka a těšila se z jeho přítomnosti. O jeho budoucnosti přemýšlela ještě před porodem. Přála si pro něj totéž co pro své dcery. Doufala, že se mu dostane to, co ona mít nemohla. Její vlastní rodina se rozpadla pod tíhou duševní nemoci, deprese a alkoholismu. Usilovně na sobě pracovala, doslova si vybojovala možnost chodit na práva. Absolvovala je. Na právnické fakultě se seznámila s Patrickem. Aktuálně pracovala na částečný úvazek, aby měla dost času na děti. V průběhu času se odcizila se svou původní rodinou, což ji neskutečně mrzelo. Vše se zadívala na syna a v duchu mu slíbila, že pro něj bude středem světa, že o něj budou pečovat s láskou.

Max nikdy nechtěl být sám, odmalička vyžadoval, aby s ním pořád někdo byl. Byl společenský a činorodý. Když se učil chodit, rodiče nedokázali odstraňovat nebezpečné předměty z jeho dosahu, jelikož byl neobyčejně rychlý. Byl to milý chlapec, ale péče o něj byla náročná. Paní na hlídání McCarthyovým jednou řekla, že péče o jejich syna by se měla platit zlatem, jak je vyčerpávající.

Max si brzy vysloužil přezdívku „Rychlý Max“. Ve čtyřech letech začal chodit do školky. Paní učitelky s ním prožívaly krušné chvílky. „Váš syn je... jak bych to řekla... velmi aktivní,“ nejistě řekla učitelka rodičům, když se zeptali na syna.

„S námi klidně můžete mluvit na rovinu,“ vybídl ji Patrick.

„No, Max prostě rád dělá plno věcí, nejlépe najednou. Je všude. Jakmile něco začne, nestačíte se rozkoukat a on už dělá něco jiného. Je moc milý, ale mezi dětmi dokáže natropit neplechu. Někdy to bývá náročné.“

Cestou domů Patrick řekl manželce: „Mám takový dojem, že se nám snažila naznačit, že Max je pěkný spratek.“

„To určitě ne,“ bránila Sylvia syna. „Je hodně aktivní, přece jsi to slyšel.“

„Moc mu povolujeme, měli bychom být přísnější. Nemá pevné hranice, dělá si, co chce.“

„Proboha, co od něj chceš? Vždyť jsou mu teprve čtyři,“ zlobila se Sylvia. „Nech ho být, je to ještě dítě.“

„Jo, rozmazlené dítě,“ dodal Patrick.

„Aha, a teď mi budeš chtít namluvit, že to je moje vina, že?“ kousavě podotkla Sylvia.

„To jsem neřekl,“ bránil se Patrick.

„Ne, to ani říkat nemusíš, protože jsem doma podstatně víc než ty. Už dřív jsi mi dal jasně najevo, že péče o děti je hlavně moje starost. Patricku, ale kluci potřebují hlavně tátu.“

„Jasně, takže se dostáváme k tomu, že za to můžu já. Hezky jsi to obrátila proti mně.“ Odmlčeli se. Jeden se zlobil na druhého.

Max v šesti letech začal chodit do školy. Rodiče mu vybrali soukromou instituci. Zprvu se zdálo, že se Max adaptuje dobře, žádné problémy s ním nebyly. Až jednou, když děti pracovaly ve dvojicích a na zemi malovaly temperami, Max vztekle praštil paletou, začal

dupat po čtvrtce a navíc se začal bouchat do obličeje. Učitelka ho vzala na chodbu. Její asistentka pokračovala v práci s dětmi. „Maxi, copak se stalo?“ zeptala se ho.

„Nic neumím pořádně, všechno zkazím,“ zalkal. Po tvářích mu kanuly slzy.

„To přece není pravda,“ namítla učitelka. „Tvůj výkres byl moc hezký.“

„Nebyl,“ umíněně si Max trval na svém. „Byl hloupý.“

„Maxi, co to do tebe vjelo?“

Max si povzdechl a smutně dodal: „No jo, já vím. Potřebuju pevné hranice a přísnější řád.“

Na doporučení učitelky vzali rodiče Maxe na psychologické testy. Na otázky bohužel odpověď nenašli, jelikož se jednalo pouze o testy inteligence. Maxova inteligence dosahovala 145, rozdíl mezi perforační (výkonovou) a verbální (slovní) částí dosahoval deseti bodů.

„Vidíš? Je to chytrý kluk,“ spokojeně řekl Patrick manželce. „Jen by se potřeboval zklidnit.“

Na prvním stupni měl Max dobré známky, ovšem slovní hodnocení vždy obsahovalo nepříliš povzbuzující komentáře: „Navzdory svým dlouhodobým snahám nedokážu zajistit, aby se Max dokázal delší dobu soustředit na práci; Max si sice snaží, ale ustavičně ve škole ruší. Nicméně vidím, že to nedělá záměrně; Maxův sociální vývoj zaostává za průměrem; Max je chytrý, šikovný chlapec, bohužel spoustu času tráví denním sněním a nevěnuje pozornost výuce“.

Max byl sám sebou zaskočený. Snažil se poslouchat, když měl sedět, tak seděl, ale prostě se nedokázal udržet. A tak musel řešit jeden problém za druhým. Vadila mu jeho přezdívka Rychlý Max, ovšem kdykoli si na ni postěžoval, sestry si ho okamžitě začaly dobírat. Max se rychle rozzlobil a začal se s nimi prát. Sestry si stěžovaly rodičům a Max pak měl nepříjemnosti. Vůbec nevěděl, co si má se sebou počít.

„Maxi, já už nevím co s tebou,“ jednou si povzdychl otec.

„Tak mě pošli zpátky do továrny jak toho fiata, třeba tam na děti taky něco mají. Anebo by vám dali někoho jiného.“

Otec se zhrozil. Objal chlapce a pohládl ho po vlasech. „Maxi, co tě to jen napadá? Tebe bychom nevyměnili za nic na světě. Máme tě moc rádi.“

Max se zarazil. „Tak proč jsi nedávno říkal mamce, že všechny problémy doma jsou kvůli mně?“

„Maxi, to jsem neřekl.“

„Ale řekl,“ trval Max na svém.

„Dobře, Maxi, ale to jsem nemyslel doslova. Potřebovali bychom pro tebe nějaký lepší herní plán, abych tak řekl. Víš, když hrajeme třeba Člověče, nezlob se, tak taky platí pravidla, která se prostě musí dodržovat. Přemýšlíme nad tím, jaká pravidla by ti pomohla s tím, aby ses nedostával do potíží.“

„Tati, povídal jsi, že to je vždycky na trenérovi, ne? Ten vysvětluje pravidla. A když se mu to nedaří, měli by ho vyhodit. Doma jsi trenér ty, že jo? Ty a mamka.“

„Ano, jsme, ale výpověď v tomhle případě není na nic. Navíc potřebujeme, abys nám s těmi pravidly pomohl.“

„Tak jo, budu se víc snažit,“ přislíbil mu Max. Bylo mu devět let. V noci hodně přemýšlel. Na útržek papíru napsal: „Přál bych si, abych umřel.“ Pak papír zmačkal a hodil do koše.

Max však neřešil jen samé problémy, byl i hodně chválený. Učitelka na druhém stupni o něm říkala, že je studna energie. Byl i moc milý. Rád se podílel na nejrůznějších aktivitách. Z telefonní budky dokázal vytvořit hřiště, z telefonního seznamu mrknutím oka stvořil román. Patrick se domníval, že Max je neobyčejně tvořivý, bohužel nevěděl, jak by jeho tvořivost mohla být účelně využita. Kéž by Maxovi uměl nějak pomoci.

Max se snažil, ale nedokázal sedět v klidu, nedokázal poslouchat na slovo, u ničeho nevydržel, ve škole se prostě nedokázal hlásit a čekat, až ho paní učitelka vyvolá. Sám nevěděl, proč to tak je. Chtěl se polepšit, jenže mu to nešlo, i když se snažil, seč mohl. Časem dospěl k závěru, že je asi jiný než ostatní děti. Myslel si o sobě, že je zlý, hloupý a pitomý.

Přesně těmi nadávkami ho častovali spolužáci. Začal jim věřit. Když se maminky zeptal, co je to retard, zarazila se a zeptala se ho, kde to slyšel.

„Četl jsem to v knížce,“ lhal.

„V jaké?“ vyzvídala matka.

„Nevím, na tom přece nezáleží. Nepíšu si, co jsem všechno přečetl.“

„Ne, Maxi, o to nejde, jen mám takový pocit, že ti někdo tímhle slovem nadával, ale ty mi nechceš říct, kdo to byl.“ Zaraženě se podívala na syna. Bála se, že mu to řekla až příliš otevřeně. „Každopádně to slovo nic neznamená.“ Chtěla syna obejmout, ale vytrhl se jí.

„Nech mě být.“

„Maxi, nic to neznamená. A ten, kdo to řekl, je pěkný hlupák.“

„Třeba i táta?“ odsekl jí Max. Oči měl zalité slzami.

Šestá třída připomínala horskou dráhu. Jeden den Max přinesl několik jedniček, další den byl samá pětka.

„Maxi, jak je možné,“ zeptala se ho jedna učitelka, „že jeden týden ve škole záříš a další týden neumíš nic?“

„Nevím,“ zachmuřil se Max. Už měl toho věčného dotazování dost.

„Asi mám nějaký pomotaný mozek.“

„Tomu nevěřím, jsi chytrý kluk, mozek určitě máš v pořádku,“ namítla učitelka.

„Tak nevím. Mozek je prostě mozek,“ zafilozofoval. „Ale hodný člověk se hledá stejně těžko jako jehla v kupě sena.“

Učitelka na něj vytřeštila oči. Takové filozofování nečekala. Max využil momentu překvapení. „Radši se ani nesnažte, abyste mě pochopila. Potřebuju přísnější řád. Budu se víc snažit.“

Později, na třídní schůzce, jim jedna z vyučujících řekla: „Víte, když se tak dívám na Maxe při vyučování, mám pocit, jako bych byla na baletním představení. Nejdřív se objeví noha, za chvíli i obkrouží ruka, náhle zmizí hlava a místo ní se objeví bota. Poté zpravidla následuje rána. A vzápětí nadávka. Max je na sebe strašně přísný. Ani mu nemůžu a nechci nic vyčítat nebo předhazovat. Snaží se.“

Maxovi rodiče si ji s provinilými pocity vyslechli. Povzdychli si.

Max si o sobě nemyslel nic pěkného, ale jeho hrdost mu bránila v tom, aby si o svých starostech popovídal s někým dalším. Mluvil si sám pro sebe, někdy se ve vzteku i bil. „Jsi strašně zlobivej!“ křičel na sebe. „Proč se nemůžeš změnit?“ Sepsal si i seznam věcí, které by na sobě chtěl změnit. „Budu se víc učit. Budu psát úkoly včas. Nebudu dělat věci, ze kterých mají mamka a taťka starosti. Nebudu dělat to, do čeho mi nic není.“

McCarthyovi byli katolíci, věřili v Boha. Max se ho často ptával: „Proč jsi mě stvořil tak, abych byl jiný než ostatní?“

Někdy se nechal pohltit svými úvahami, byl zcela ponořený ve svém světě a čas mu nepozorovaně plynul. Zpravidla se mu to stávalo při čtení. Sotva začal číst, fantazie se mu rozběhla na plné obrátky a než stačil otočit list, byl v úplně jiném světě. Například chodil na Měsici nebo vyhrál fotbalový zápas. Snil si třeba i půl hodiny. Bez ustání měl upřený zrak na stránku, kterou původně hodlal číst. Únik do fantazií a představ měl moc rád, bohužel právě kvůli nim obyčejně nestihl udělat úkoly.

Max měl několik kamarádů, ale zlobil je tím, co oni označovali jako sobectví. Pro něj totiž bylo čím dál tím náročnější sledovat tok hovoru. Zpravidla byl tělem přítomný, ale duchem byl jinde. „McCarthy, co je s tebou?“ houkli na něj. „Ty snad bereš drogy nebo co.“

Ve škole se mu nadále docela dařilo. Vděčil za to i své veselé povaze a bystrému úsudku. Kdyby nebyl od přírody tak chytrý, nejspíš by jeho školní docházka skončila katastrofálně.

V deváté třídě se situace doma ustálila, všichni si na něj zvykli jak ona Rychlého Maxe. Max se přestal přezdívat bránit, spíš si z ní dělal legraci. Zkoušel i dělat šaška, aby situaci odlehčil. Schválně zakopával, pak si ukázal na hlavu a podotkl: „To víte, blázen.“ Matka se rozhodla,

že mu přemístí pokoj do přízemí. „Radši si ten svůj nepořádek drž z mého dosahu,“ doporučila mu. „Přinejmenším nebudeš tahat věci po celém domě.“ Max změnu rád přijal, alespoň měl klid.

Jeho otec doufal a modlil se, aby se Max v tvrdé realitě uplatnil. Moc si přál, aby si Max jednou našel práci, v níž bude moci jednat se vstřícnými lidmi a v níž uplatní svou tvořivost. Báł se, že bude mít problémy s pracovní morálkou, protože je nezodpovědný. Matka mívala výčitky, že Maxe nezvládla a nezvládá. V pracovním i osobním životě musela udělat tolik kompromisů, o jakých se jí nikdy ani nesnilo. Ničeho však nelitovala. Postupem času si i dokázala odpustit, nebyla na sebe tak tvrdá. Byla ráda, že problémy s Maxem nerozložily rodinu, jako tomu bylo v případě jejích rodičů.

Situace se dramaticky změnila po nástupu Maxe na střední školu. Přibýlo nových příležitostí a vábení. Max prožíval vnitřní neklid. Zbavil se ho jen tehdy, když se pustil do nějaké činnosti, v níž si nadbytečnou energii vybil. Potřeboval napětí a adrenalin, pak se na nějaký čas zklidnil.

Velkou úlevu mu přinesla atletika. Začal běhat na dlouhé tratě a zápasil. Měl rád únavu po dlouhém běhání, při posledním kilometru prožíval „absolutní dušení očistu“, jak říkával. Zápasení mu také šlo skvěle. Jeho výkon byl nejvyšší první vteřiny po zahájení zápasu a pak chvílích, kdy se vyprošťoval z protivníkovy sevření. Bojoval jako lev. Konečně mohl pustit uzdu své energii, konečně mohl uvolnit napětí. Při zápasení se téměř vždy z protivníkovy sevření vyprostí. Byl rychlý, hbitý, odhodlaný.

Kromě sportu přišel na další, mnohem riskantnější zábavu: začal se oddávat nebezpečí. Začal experimentovat s drogami, především s kokainem. Postřehl, že se po něm zklidní a že se i lépe soustředí. Pořád někde byl. Měl víc kamarádek, než si mohl zapamatovat. Na studium mu moc času nezbyvalo. S oblibou i nadále hrál hru na štěstí, která spočívala v tom, že přišel na zkoušku naprosto nepřipravený, a zkoušel, nakolik mu bude přát štěstí. Časem poznal, že se mu to daří stejně dobře jako na základní škole.

V nitru však tušil, že tak nemůže žít pořád. Když jednou odcházel ven, prohodil k matce: „Mami, víš, jak si připadám? Jako časovaná bomba.“ Sylvia si myslela, že si syn dělá legraci, a proto se smíchem odpověděla: „Tak to jsem ráda, že nejsi nevybuchlá puma.“ Rodina se totiž naučila obracet Maxovy sebezničující a sebedepresivní výroky v žert. Nešlo o to, že by ho neměla ráda, ale členové rodiny prostě nevěděli, co jiného mají dělat.

To, co se stalo pak, se mohlo zrealizovat mnoha různými způsoby, ale také se to nemuselo stát vůbec. Po světě chodí plno dospělých, kteří jsou jako Max a nějak si se sebou poradí, aniž by zakopli a spadli. Žijí zmatečné životy, pořád něco dělají, jsou výkonní; současně se bojí, že se jejich chaotický život jednou rozpadne na trosky.

Max našťěstí zakopl a spadl. Ono zakopnutí mohlo být jakékoli, například se mohlo jednat o drogy, problémy ve škole, alkohol, nějakou riskantní akci a podobně. V jeho případě se kamenem úrazu stalo zápasení. Tak usilovně se snažil, aby si udržel váhu, až přestal jíst a pít. Rodiče ho našli v jeho pokoji. Strnule ležel na zemi, byl naprosto dehydratovaný. Odvezli ho do nemocnice. Ošetřující lékař našťěstí pochopil, že se v Maxově případě bezesporu jedná o projev hlubšího psychického problému.

Z neurologických testů vplynuly informace směřující k diagnóze porucha pozornosti. Opět se potvrdilo jeho vysoké IQ. V projektivních testech osobnosti na povrch vyplavala nebývale nízká sebedůvěra. Depresivní témata a představy. Oproti veselé tváři jeho vnitřní svět představoval spáleniště. Psycholog jeho stav komentoval tak, že Maxův vnitřní život „je obrovský zmatek a nutkání pořád něco dělat, proti němuž směřuje deprese a zoufalství“.

Rodiče a Max se sešli s psychologem. Sylvia se zhroutila. Neutěšitelně plakala. „To přece není tvoje vina,“ konejšil ji Max. Otec si odkašlal. „Tati, ty taky za nic nemůžeš,“ obrátil se na něj Max.

„Není to ničím vina,“ konstatoval psycholog a vysvětlil McCarthyovým a Maxovi, s čím se vlastně celé ty roky potýkali.

„Dobře, ale pokud se jedná o poruchu pozornosti, tak jak je možné, že jsme na ni nepřišli dřív?“ podivila se Sylvia. „Mám pocit, že za to nesu vinu já.“

Porucha pozornosti docela často nebývá diagnostikovaná,“ uklidňoval ji psycholog. „Obzvláště u nadaných a chytrých dětí nevzniká pádné podezření.“

Čím víc informací získávali, tím lépe Maxovi zapadaly jednotlivé dílky hádanky do celkového obrazu. To, co o sobě tušil, co se domníval, najednou získalo konkrétní pojmenování. „Je skvělé, že konečně vím, o co šlo,“ usmál se.

„Určitě je to lepší, než když jsme ti říkali Rychlý Max,“ povzdechl si otec. „Všichni na tom máme svůj díl viny.“

„Dobrá zpráva je, že se nám otevřela cesta k nápravě,“ povzbudil je psycholog. „Nebude to jednoduché, ale určitě se vám bude žít o poznání spokojeněji než dosud.“

Navržená diagnostická kritéria poruchy pozornosti u dospělých

A. Dlouhodobě přetrvávající stav přesahující hranice průměru. Popis stavu musí odpovídat alespoň patnácti níže uvedeným charakteristikám:

1. Pocit nedostatečného, nekvalitního výkonu, nenaplnování vlastních cílů (bez ohledu na skutečné výsledky)

Tento příznak uvádíme jako první, jelikož právě z tohoto důvodu dospělí vyhledají odbornou pomoc. Nejčastěji se setkáváme se stesky typu „Nedokážu nic dokončit“, „Nic neumím udělat pořádně“, přičemž se nezřídka jedná o jedince, kteří jsou uznávanými pracovníky a podle objektivních kritérií jsou schopní. Dále přicházejí jedinci, kteří si sami se sebou nevědí rady, mají pocit, jako by uvízli v bludišti, nedokážou využít svůj potenciál.

2. Potíže se strukturou a řádem

Tento příznak představuje pro většinu dospělých s ADD naprosto zásadní problém. Nemají k dispozici opěrné body v podobě docházky do školy, systému učení; nevedou je rodiče, nedohlízejí na to, aby měli vše v pořádku. Dospělí s ADD se tak mohou ocitnout ve stavu, kdy si sami se sebou nevědí rady, a to, co je pro jiného drobnost, pro ně znamená leckdy až neřešitelný problém. Zapomínají na dohodnuté schůzky, ztrácejí důležité dokumenty, zapomenou odevzdat nějakou práci včas ... a odtud je jen krůček ke ztrátě zaměstnání, problémům v partnerském životě a podobně.

3. Zdlouhavé řešení úkolů, neschopnost přimět se k zahájení práce

Pro dospělé s ADD je zahájení úkonů spojeno s notnou dávkou úzkosti, jelikož se obávají, že to, co mají udělat, nezvládnou správně. Proto úkoly odkládají, čímž se úzkost nadále stupňuje.

4. Současné řešení několika úkolů, neschopnost práci dokončit

Tento příznak se stává důsledkem chování uvedeného v předchozím bodě. Jeden úkol ještě není dokončený, ale jedinec již zahajuje další. Do konce dne, týdne či roku se tak může nahromadit neuvěřitelná kupa nedokončených záležitostí.

5. Tendence nahlas sdělovat to, co má dotyčný na mysli, jinak řečeno „co na srdci, to na jazyku“, bez zohlednění případných důsledků

Dítě i dospělý s ADD se snadno nechá unést nadšením, emocemi. Jakmile se v mysli objeví nějaký nápad, okamžitě musí ven. Takt či diplomacie ustupují dětské nevázanosti.

6. Časté vyhledávání intenzivních podmětů

Dospělý s ADD ustavičně hledá nové podněty, zajímavé aktivity, zábavu... jen aby se vnější svět přiblížil tornádu vnitřního světa.

7. Neschopnost snášet nudu a nicnedělání

Tento příznak je důsledkem chování uvedeného v bodu 6. Jedinec trpící ADD se jen zřídka nudí, jelikož v okamžiku, kdy začne tušit, že by se mohla přiblížit nuda, okamžitě se pustí do hledání něčeho nového; jednoduše řečeno „přeladí se na jinou vlnu“.

8. Potíže s udržením pozornosti, tendence „rozutíkání“ myšlenek i při hovoru s druhými; Toto chování bývá doprovázeno okamžikem, kdy se jedinec naopak dokáže soustředit s nebývalou intenzitou a zaujetím

Tento příznak ADD je klíčový. Rozptylování pozornosti není záměrné, dochází k němu samovolně. Dotyčný člověk je najednou myšlenkami jinde. Protikladem jsou okamžiky zvýšené soustředěnosti, jež podtrhují názor, že se porucha netýká nedostatku pozornosti, spíše její nestálosti.

9. Tvořivost, rozvinutá intuice, vysoká inteligence

V tomto případě se nejedná o příznak, nýbrž o vlastnosti a schopnosti. Dospělí s ADD bývají neobyčejně tvořiví, mívají chvíle, které je možno označit za vlny geniality. Jedním z cílů léčby je dovést jedince k pochopení, že tyto významné okamžiky jsou cenné a důležité.

10. Potíže s dodržováním pravidel a nařízených postupů

Někdo si myslí, že neschopnost dodržovat pravidla pramení z nedořešeného problematického vztahu s autoritami. Tento příznak však spíše bývá projevem nudy a frustrace, protože tytéž úkony opakované stále dokola jsou pro jedince s ADD neskutečně nudné a nezajímavé. On potřebuje změnu, nový přístup. Jedinci s ADD navíc prožívají již zmíněnou úzkost z toho, že by úkol nemuseli zvládnout dobře.

11. Netrpělivost, nízká práh frustrace

Frustrace a neúspěch všeho druhu připomínají dospělému s ADD všechna selhání, která mu kdy vstoupila do života. „No jo, už je to tu zase“, posteskuje si. „To se dalo čekat.“ Jedinec s ADD se na sebe rozzlobí a přestane se snažit. Netrpělivost pramení z potřeby zajišťovat si trvalý zdroj nových podnětů, což může druhé vést k názoru, že dospělý s ADD je duševně nevyzrálý nebo že se mu nic nelíbí.

12. Impulzivita projevující se v řeči a chování, například nutkavé utrácení peněz, nečekané změny plánů, obrat v přístupu k práci, změna profese a podobně

Tento příznak patří podle obsahu a náplně buď k nejnebezpečnějším, nebo k nejprospěšnějším

13. Tendence ustavičně si s něčím dělat starosti, vyhledávat podněty k obavám, přičemž se tento stav střídá s ignorováním či odmítáním skutečných rizik

Není-li pozornost zaměřena na konkrétní cíl, přesmykne se do stadia obav.

14. Pocit vnitřní nejistoty

Řada dospělých s ADD trvale prožívá pocit nejistoty, a to bez ohledu na skutečný stav věcí. Často mívají pocit, že se jim svět co nevidět zhroutí.

15. Proměny a zvraty nálad, nestabilní nálada, především poté, co se s někým rozejde nebo když náhle skončí či přeruší nějakou práci

Jedinec s ADD zničehonic propadne špatné náladě, pak se přesmykne do pozitivního ladění, zanedlouho se špatná nálada vrací. Tyto změny mohou proběhnout v rámci několika málo hodin, přičemž důvod zpravidla nebývá zřejmý, okolí se domnívá, že se tak děje bez příčiny. Intenzita změny však nebývá tak výrazná jako u bipolární afektivní poruchy (dříve maniodeprese) či deprese.

16. Neklid

U dospělých se zpravidla nevyskytuje tak nápadná hyperaktivita jak u dětí, spíše lze vnímat jakousi „nervózní energii“: jedinec přešlapuje, bubnuje prsty, ustavičně se vrtí na židli, často odchází z místnosti nebo vstává od stolu. Má-li být v klidu, je celý nesvůj.

17. Tendence k závislostem

Jedinci trpící ADD propadají závislosti zpravidla na alkoholu či kokainu, případně na nějaké činnosti, například na hazardním hráčství, nakupování, jedení nebo práci.

18. Přetrvávající nízké sebevědomí a nízká sebeúcta

Tyto problémy bývají přímým a velmi sužujícím výsledkem mnoha let frustrace, zklamání, neúspěchu, selhání. Dokonce i ti lidé s ADD, kteří dosáhli objektivně výborných výkonů, mají pocit, že nejsou příliš cenní lidé. Zajímavé je, že lidé s ADD se navzdory prožívaným neúspěchům obvykle nevzdávají, jsou nebyvale vytrvalí.

19. Nepřesné závěry ze sebepozorování

Lidé trpící ADD nedokážou objektivně vnímat své chování. Zpravidla neumějí dohlédnout, jaký dojem činí na druhé. Obvykle se považují za méně výkonné či méně schopné než druzí.

20. Rodinná anamnéza obsahující případy ADD, bipolární afektivní poruchy či deprese, případně též zneužívání psychotropních látek či další poruchy spojené s neschopností ovládat impulzivitu a náladu

ADD je patrně předávána potomkům prostřednictvím genetického kódu a souvisí se stavu uvedenými v tomto bodě. Výskyt ADD v rodině bývá častý, avšak není podmínkou.

B. Projevy ADD v dětství. (Porucha však nemusela být diagnostikována, ovšem při sepisování osobní anamnézy je nutno sledovat a zjistit příznaky a projevy ADD.)

C. Stav, který není možno vysvětlit jiným tělesným či duševním stavem a poruchou.

Dvacet pět tipů pro zvládání ADD v rodinném systému

1. Je třeba stanovit správnou diagnózu. Právě ona je základním stavebním kamenem a výchozím bodem léčby.
2. Shánějte si informace. Všichni členové rodiny by se měli o ADD dozvědět co možná nejvíc. Jakmile všichni hlouběji proniknou do podstaty poruchy, záhy se vyřeší hned několik problémů. Je samozřejmé, že všichni budou mít k ADD nějaké dotazy. Na všechny z nich je třeba získat odpověď.
3. Snažte se v rodině změnit „jméno“ jedince s ADD. Pověst jedince v rodině, podobně jako ve městě či v práci zásadním způsobem ovlivňuje jeho prožívání. Bude-li člen rodiny, který trpí ADD, vědět, že je přijímán pozitivněji, získá tak motivaci k dalším snahám. Očekáváme-li od někoho, že něco zkazí, nejspíš se nám naše očekávání potvrdí. Předpokládáme-li, že dotyčný člověk uspěje, dáváme mu od samého začátku o poznání vyšší naději na úspěch. Věřit v úspěch může být zpočátku náročné, jelikož mu předcházela řada neúspěchů. V takovém případě je užitečné vnímat ADD jako dar, nikoli jako prokletí. Zkuste se zaměřit na pozitivní stránky jedince s ADD, zdůrazňujte jeho úspěchy. Jedinec s ADD zpravidla vnáší do rodiny nové podněty, například novou energii, tvořivost, specifický druh humoru. Obvykle dokáže bavit jakoukoli společnost; pro lidi s ADD bývá příznačné, že jednat s nimi je náročné, ale každý je má rád. Srážejí nabubřelost na kolena, odmítají uznávat hlupáky. Nebojí se říct, co si myslí. Na nic si nehrají. Mají mnoho co nabídnout. Rodina jim – víc než kdokoli – dokáže pomoci naplnit svůj potenciál.
4. Zdůrazněte, že ADD není ničím vina. Nemůže za ni otec ani matka, ani sestra nebo bratr. Viníkem nejsou ani prarodiče, natož jedinec, který ADD trpí. Toto stanovisko by mělo být vysloveno naprosto jednoznačně; rodiče by si navíc měli ověřit, že mu každý v rodině rozumí a ztotožňuje se s ním. Nejasné pocity ohledně toho, že ADD je pouze účelná omluva pro nezodpovědné chování či že ADD je zapříčiněna leností a podobně, pouze komplikují léčbu.
5. Zaměřte se na to, aby ADD byla záležitostí celé rodiny. ADD má vliv na všechny členy domácnosti, netýká se pouze jedince trpícího poruchou – na rozdíl například od rýmy se ADD stává součástí rodiny, protože se objevuje u snídaně, na dovolené, u večeře, o víkendech. I proto by se měl každý člen podílet na řešení.
6. Usilujte o vyváženou pozornost věnovanou ovšem rodinným příslušníkem. Snažte se nerovnováhu vyvažovat. Stává se totiž, že dítě trpící ADD získává více pozornosti rodičů než jeho sourozenci. Sice se ve velkém procentu jedná o negativní pozornost, ale každopádně platí, že dítě s ADD pro sebe získává více času rodičů než ostatní. Tato nerovnováha pozornosti může u sourozenců vyvolávat zlobu, mohou se začít objevovat rozepře mezi sourozenci, protože na dítě s ADD žárlí. Zároveň se může stát, že potřeby sourozenců dítěte s ADD nemusejí být uspokojivě naplněny. Mějte na paměti, že sourozenci si také nesou své břímě. Potřebují říct nahlas, co je trápí, co jim dělá starosti, co je zlobí a z čeho mají strach. Sourozencům byste měli dát prostor pro vyjádření vzteku. Samozřejmostí je pomoci jim. Udělejte vše, co je ve vašich silách, aby pozornost všem členům rodiny byla v rovnováze; nedopusťte, aby si jedinec s ADD osoboval právo na ustavičnou pozornost, aby určoval, co se bude a nebude dít, co se smí a nesmí.
7. Snažte se zabránit vzniku velké bitvy. V rodinách, v nichž se ADD vyskytuje, avšak nebyla diagnostikována, případně byla diagnostikována, ale nebyla léčena úspěšně, vypuká velká bitva a rozděluje rodinu na jednotlivé tábory. Rodiče bojují proti jedinci s ADD, případně dospělý s ADD bojuje proti partnerovi. Rozjíždí se každodenní bitva

vůli. Rodinu zaplavuje negativní vlna, šíří se jak lavina. Tato velká bitva dokáže zničit rodinu, pozor na ni. Podobně jak popření bývá ničivou silou rodin zasažených alkoholismem, velká bitva pohlcuje spokojenost v rodinách s ADD.

8. Po stanovení diagnózy a získání informací by se rodina měla sejít a vyjednat si dohodu. Na základě vymezených pravidel se snažte formulovat pravidla hry, s nimiž každý v rodině souhlasí. Vyjednávání mimo jiné představuje prevenci proti vypuknutí velké bitvy, ne-li rozsáhlé války, Někdy stojí hodně práce a téměř nekonečné úsilí, ale věřte, že se vyplatí. Postupem času najdete společnou notu a budete dospívat k společným řešením stále snadněji. Dohodnutá pravidla a podmínky by měly být sepsány, abyste se k nim v případě potřeby mohli vracet. Mělo by se zapsat, na čem se celá rodina shodla, jaké byly stanoveny cíle a podobně. Zkuste ukončit válku vyjednaným mírem.
9. Stane-li se, že vyjednávání uvízne na mrtvém bodě, zvažte konzultaci u psychologa specializujícího se na rodinnou terapii. Z tohoto postupu mívají zisk především rodiny, v nichž hádky vypuknou velmi snadno. Přítomnost nezávislé osoby u jednání, dohlížející na dodržování pravidel a usměrňující jednání, bývá neuvěřitelně prospěšná.
10. Při nácviu způsobu vyjednávání bývá užitečné takzvané hraní rolí, při němž se různé situace zkoušejí jaksi nanečisto. Lidé trpící ADD totiž příliš neumějí reflektovat své chování, proto je pro ně užitečné, když jim na konkrétní chování rodinní příslušníci poskytnou zpětnou vazbu. V tomto procesu bývá velkým pomocníkem kamera.
11. Jakmile vycítíte, že se schyluje k velké bitvě, snažte se ji ustát. Poodstupte zpět. Mějte na paměti, že jakmile bitva vypukne, půjde zastavit velmi obtížně. Nejosvědčenějším způsobem, jak jejímu vypuknutí zabránit, je neangažovat se na jejích přípravách. Nenechte se proto vtáhnout do hádek a konfliktů.
12. Každému členovi rodiny umožněte, aby mohl říct, co potřebuje. ADD skutečně zasahuje do života všech rodinných příslušníků, ačkoli to někdo nemusí dávat najevo. Obzvláštní pozornost věnujte těm, kteří mlčí.
13. Snažte se negativa proměnit v pozitiva. Každý úspěch pochvalte a oceňte. Cíle formulujte pozitivně, neočekávejte jen to nejhorší. Netvrdím, že se jedná o jednoduchý úkol, naopak. V rodinách, kde někdo trpí ADD, patří k těm nejtěžším. Ovšem výsledky bývají vynikající. Potřebujete-li, vyhledejte odbornou pomoc.
14. Konkrétně se dohodněte, kdo bude za co zodpovědný, kdo bude mít to a ono na starosti. Každý potřebuje vědět, co se od něj očekává, jaká jsou pravidla a jaké důsledky má jejich porušení.
15. V roli rodiče dítěte s ADD se nekompromisně vyhýbejte nedůslednému přístupu, kdy jeden den dítě nenávidíte a druhý den byste ho láskou snědli. V žádném případě není vhodné, aby docházelo k situacím, kdy vás dítě jeden den popuzuje a vy ho trestáte a odmítáte, zatímco druhý den vám dělá radost, a tak ho chválíte a zahrnujete láskou. Tento vykřičník platí pro všechny děti, ovšem pro děti s ADD je dvojnásobný, jelikož například v pondělí jsou učinění andělci a v úterý by si v ničem nezadaly s pekelníkem. Snažte se jednat vyrovnaně, nenechávejte se strhnout výkyvy. Budete-li se pohybovat v extrémech podobně jako dítě, rodinný systém bude nepředvídatelný a přestane pro rodinné příslušníky představovat bezpečnou kotvu.
16. Vyhradte si s partnerem čas na společné diskutování. Snažte se sjednotit svůj přístup, dávejte dětem najevo, že za sebou stojíte. Čím méně sebou necháte manipulovat, tím lépe. Důslednost je při léčbě ADD nedocenitelná.
17. Netajte ADD před příbuznými. Nemáte se zač stydět, naopak, čím více příbuzných bude o poruše vědět, tím více pomoci máte k dispozici, Navíc není vyloučeno, že ADD trpí i někdo z příbuzných, aniž by o tom věděl.

18. Snažte se konkrétně pojmenovat problémové oblasti. K těm naprosto typickým patří: učení, vstávání, odchod do postele, společná jídla, odchody a příchody, prázdniny. Jakmile problémovou oblast pojmenujete, budete ji řešit snáz. Svojte rodinný vyjednávací tým a společně hledejte řešení, jak by bylo možno situaci zlepšit. Každý by měl vyslovit svůj názor.
19. Na rodinných setkáních se zabývejte hledáním řešení pomocí brainstormingu. Neprochází-li rodina právě krizovým obdobím, zkuste si promluvit o tom, jak by bylo možno řešit problémové chvíle či oblasti. Poté co nejdříve zkuste aplikovat řešení v praxi, abyste zjistili, zda funguje. K problémům přistupujte společně, soustředte se na pozitivní faktory a cíle.
20. Využívejte informací ze zpětné vazby od lidí z blízkého okolí. Patří k nim učitelé, dětské lékařky, terapeuti, děti a rodiče, s nimiž se vy a vaše děti stýkáte. Někdy se totiž stává, že rodinnému příslušníkovi není uznán jeho názor, avšak vyřkne-li ho někdo „zvenku“, ihned nabývá na významu a všichni ho konečně vnímají.
21. Snažte se ADD přijmout jako cokoli jiného, co vám během života přijde do cesty, a udělejte vše proto, aby ADD nebyla obluda, ale něco, co je docela normální. Využijte nadání člena s ADD, poskytněte mu možnost, aby chodil do výtvarného kroužku, maluje-li rád, a podobně. Snažte se ADD přizpůsobit, ovšem v žádném případě jí nedovolte, aby vás ovládla. Když nastane krize, zdá se nemožné tomu zabránit, ale nezoufejte. Mějte na paměti, že krize nebude trvat věčně.
22. Porucha pozornosti dokáže rodinu doslova vysát. Člověk ani neví jak, a najednou jsou na sebe všichni naštvaní, ustavičně se někdo s někým hádá. Výsledky léčby se neprojevují hned, vyžadují čas. Někdy nezbyvá nic jiného než v léčbě vytrvat a především si zachovat smysl pro humor. V takových chvílích je to sice velmi těžké, ale vydržet se vyplatí. Myslete na to, že výsledky léčby se někdy projeví za dlouhou dobu, a ačkoli se zdá, že se nic neděje, není tomu tak. Potřebujete-li, vyhledejte pomoc jiného odborníka nebo požádejte o častější konzultace, hlavně se nevzdávejte.
23. Nezůstávejte se starostmi sami. Zajistěte si pro sebe podporu, zkuste si vybudovat co nejbytelnější podpůrný systém. Podporu vám může poskytnout kdokoli, komu věříte a od něhož ji přijmete, například dětská lékařka, praktický lékař, terapeut, podpůrná skupina, kamarádi, přátelé, příbuzní, učitelé a další. Někdy se zdá až k nevíře, jak podpora druhých dokáže obří problém zmenšit na minimum a navíc najít řešení. Jakmile zjistíte, že nejste jediná rodina, která tento problém – respektive ADD – řeší, nesmírně se vám uleví. Pro tyto účely výborně fungují podpůrné a rodičovské skupiny. Nebojte se a nestyďte se zajistit si pomoc a podporu.
24. V rámci rodiny dohlédněte na to, aby nebyly stanovované nepřiměřené hranice a aby doma nepanovala atmosféra nadměrné kontroly. Lidé trpící ADD navíc nezřídka překračují hranice a porušují pravidla, aniž by to mysleli zle nebo aniž by to vlastně chtěli udělat. Každý člen rodiny by měl vědět, že je jedinečná osobnost, nejen člen rodinného „týmu“. Rodiče by si měli dát pozor na to, aby nepřeháněli kontrolu. ADD v rodině totiž jaksi automaticky aktivuje tendenci vše kontrolovat a na vše dohlížet. Z rodičů se nezřídka stávají hotoví tyrané. Důsledkem bývá zvýšené napětí v rodině. Patrně tušíte, že tato situace zakládá živnou půdu pro vzpouru. Kromě jiného nadměrná kontrola znemožňuje dětem, a vlastně všem členům rodiny, aby v sobě posilovali nezávislost a také zodpovědnost za vlastní jednání vně rodiny.
25. Nevzdávejte se naděje. Naděje je východiskem a těžištěm léčby ADD. Najděte si člověka, který vás v horších dobách podrží a povzbudí. Připomínejte si pozitiva ADD: energii, tvořivost, intuici, dobrosrdečnost. Lidé s ADD se v životě dobře uplatňují. Nastane-li období krize, věřte, že skončí. Zase bude lépe.

**Ukázky speciálních výchovných postupů
při výchově hyperaktivního dítěte doma i ve škole**

1. ukázka

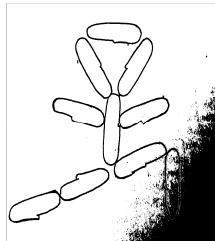
Potřeby:

sklenička s kancelářskými svorkami (nejméně 15), papír (kancelářský nebo čtvrtka), ostře ořezaná tužka

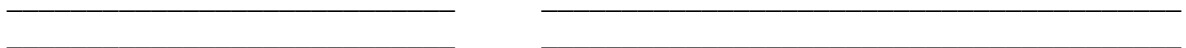
Úkoly:

Dobře si prohlédneme kancelářskou svorku. Obkreslíme ji. Nyní položíme na papír svorky tak, aby z nich byl „panáček“. Panáčka obkreslíme.

Dokážeme sestavit panáčka tak, aby cvičil? Podaří-li se nám to, pak ho obkreslíme. Zacvičíme si podle nakreslených obrázků s maminkou nebo s tatínkem (popř. s paní učitelkou).



Spojíme kancelářské svorky v řetěz, který je tak dlouhý jako jedna řádka v této knížce. Úkol je dost těžký. Můžeme se rozhodnout, zda budeme pokračovat. Pokud ano, děláme řetěz, který je dlouhý jako tři řádky. Vytvoříme z něj: dům, horu, vlak, na kterém vezeš hrách, fazole, čočku.



Do nastavené maminčiny nebo tatínkovy ruky velmi pomalu, pomalounku položíš řetěz. Pokus se ještě jednou a to ještě pomaleji řetěz položit. Nyní zavři oči a řetěz bude pomalu pokládán do tvé ruky. Bylo to příjemné?

Teď budeme řetěz rozkládat.

Nejdříve se podívej, jak to umí maminka nebo tatínek (paní učitelka). Pak to zkus sám. Svorky dávej do skleničky a přitom poslouchej, jak cinkají.

Naučili jsme se spojovat kancelářské svorky v řetěz a umíme ho rozložit. To nebylo jistě jednoduché. Nyní uděláme řetízek na ruku a někomu, komu si myslíme, že udělá radost, ho dáme. Vytvoříme společně jeden řetěz. Nakonec ho každý z jednoho konce rozložíme.

(zdroj: Daniela Janečková, Podej mi ruku, str. 2-6)

2. ukázka

Naslouchat zvířatům

Využijte teplých letních večerů nebo víkendů ke hrám s dítětem na zahradě či v parku. Když se vaše dítě důkladně vyřádí, pěkně si spolu odpočíte. Najděte si klidně stinné místo pod stromem a lehněte si spolu na deku. Zavřete oči, dýchejte zhluboka a poslouchajte, co se kolem vám děje. Bzučení much, štěbetání ptáků, vzdálené zvuky aut, hlasy štěkání psa... To všechno zní najednou ostřeji a zaslouží si větší pozornost. Soustřed'te se společně na rozličné zvuky.

(zdroj: Martin Stiefenhofer, 55 rad, když je vaše dítě neklidné, str. 8)

3. ukázka

Žába a čáp

Při hře na čápa a žábu si s vaším dítětem můžete role měnit. Čáp stojí na jedné noze, je trpělivý a opatrný, žába se zatím schovává v úkrytu. Pak žába vyskáče v podřepu z rákosí, čáp ji začne pronásledovat, musí jí však dát malý náskok. Dokud se čápmu nepodaří žábu lapit, musí skákat po jedné noze, druhou nohu si přidržuje rukou. Pokud to čáp nevydrží a postaví se na obě nohy, získá žába náskok tří skoků. Takto pronásleduje čáp žábu kolem stolu, po chodbě – žábě se možná podaří doskakat až na svobodu. Pak se role vymění a žába dostane opět malý náskok. Hra končí, když každý z hráčů byl alespoň třikrát čápmem a třikrát žabou. Nakonec si žába s čápmem lehnou pohodlně vedle sebe, zavřou oči a sní o obrovských rybnících a rozlehlých lukách plných žab.

(zdroj: Martin Stiefenhofer, 55 rad, když je vaše dítě neklidné, str. 18/19)

4. ukázka

Ospalí námořníci

Každý hráč dostane přiděleno číslo. Pohodlně si potom sedne nebo lehne. Hra začíná tak, že si kormidelník (vedoucí hry) stěžuje nahlas, že námořníci by pořád spali a spali: „Tehle spí, tamten spí. Musíme probudit pětku...!“

Hráč, který má číslo pět, vyskočí, postaví se do pozoru a hlásí: „Co, pane? Já, pane?“

Kormidelník kývne: „Ano, pane, vy, pane.“

Pětku: „Já, pane? Ne, pane!“

Kormidelník: „Vy ne, pane? Kdo tedy, pane?“

Pětku: „Kdo, pane? Čtyřka, pane.“ A sedne si.

Okamžitě vyskočí čtyřka. Postaví se do pozoru a rozhovor se opakuje s číslem čtyři atd.

Námořník, který se spletl, nestál v pozoru nebo se rozesmál, dá fant.

(zdroj: Zdeněk Šimanovský, Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu, str. 70/71)