

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Diplomová práce

ADHD v MŠ – jak se rodí diagnóza

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Bílková

Autor práce: Veronika Vetchá

Studijní obor: Aj-Čj/ZŠ

2010

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.

.....

Veronika Vetchá

## Poděkování

*Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce, Mgr. Zuzaně Bílkové, za odborné vedení, cenné rady a podporu při vypracování této práce.*

*Děkuji také všem pedagožkám z mateřských škol, zejména ředitelkám, též všem dalším odborníkům a také maminkám dětí s ADHD za poskytnuté informace, vstřícnost a spolupráci.*

# OBSAH

<b>I. ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>II. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
1. ADHD – definice, vymezení pojmu .....	9
2. Výskyt .....	12
3. Příznaky .....	14
3. 1. Nejranější projevy .....	14
3. 2. Základní symptomy .....	16
3. 2. 1. Deficit pozornosti .....	17
3. 2. 2. Impulzivita .....	20
3. 2. 3. Hyperaktivita .....	22
3. 3. Citový život dětí s ADHD .....	25
3. 4. Sociální chování dětí s ADHD .....	27
3. 5. Další, jiné příznaky .....	29
3. 6. Přidružené choroby .....	30
4. Příčiny.....	32
4. 1. Čím je ADHD způsobeno? .....	32
4. 2. Genetické faktory .....	32
4. 3. Fyziologické příčiny .....	34
4. 4. Organický původ poruchy ADHD .....	37
4. 5. Jiné možné etiologie .....	38
5. Diagnóza .....	42
5. 1. Stanovování diagnózy ADHD .....	42
5. 2. Kdo stanovuje diagnózu ADHD ? .....	43
5. 3. Diagnostická kritéria, postupy .....	44
5. 3. 1. Klasifikační systémy poruchy ADHD .....	45
5. 4. Zaměňované poruchy aneb „špatná diagnóza“ .....	46

6. Reedukace, léčba .....	48
6. 1. Druhy odborné pomoci .....	48
6. 2. Farmakoterapie .....	49
6. 3. Další možné způsoby reedukace .....	50
7. Projevy dítěte s ADHD v MŠ a přístupy k nim .....	51
7. 1. Přístupy k dítěti s ADHD .....	52
<b>III. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>54</b>
1. Cíl výzkumu .....	54
2. Užité výzkumné metody .....	55
2. 1. Technika sběru dat .....	55
2. 2. Charakteristika výzkumného vzorku .....	55
3. Prezentace výsledků .....	56
3. 1. Kasuistiky dětí .....	56
3. 1. 1. Ondrášek .....	56
3. 1. 2. Radek .....	62
3. 1. 3. Pavlík .....	66
3. 1. 4. Dominik .....	70
3. 1. 5. Petřík .....	75
3. 1. 6. David .....	79
4. Odpovědi na výzkumné otázky .....	83
5. Shrnutí empirické části .....	85
<b>IV. ZÁVĚR .....</b>	<b>88</b>
Použitá literatura .....	89

## **Anotace**

Diplomová práce je zaměřena na vznik a okolnosti diagnózy syndromu ADHD v mateřských školách u dětí předškolního věku. V úvodu práce jsou vysvětleny základní pojmy týkající se syndromu ADHD (terminologie, dílčí symptomy – hyperaktivita, impulzivita, poruchy pozornosti, ..atd). Dále jsou zmíněny jeho možné příčiny, druhy reedukace a léčby a přístupy k hyperaktivnímu dítěti. Práce obsahuje také popis postupů při odhalování a stanovování odborné diagnózy této poruchy. Praktická část je zaměřena právě na proces a cestu stanovování diagnózy syndromu ADHD, kde hodnotí jaké byly příčiny a okolnosti pro její stanovení, kdo tak učinil a jaký měla vliv na život samotného dítěte a jeho okolí.

Klíčová slova: ADHD, hyperkinetická porucha, hyperaktivita, poruchy pozornosti, impulzivita, diagnóza, předškolní věk

## **Annotation**

The thesis is focused on the origin of the syndrom ADHD and its influence and impact on ensuant life of the pre-schoolers in kindergarten. The main terms connected with ADHD are explained at the beginning of the work, containig terminology, partial symptoms such as hyperaktivity, impulsivity and attention deficit, atc. Furthermore, there are mentioned its possible etiologies, various ways of rectification and treatment and convenient and professional approaches to hyperactive children. The describtion of the the procedures and ways of the revealing and later professional assignment of the diagnosis of this disorder is also mentioned in these thesis. The practical part of the thesis is focused just on the proces and proceeding to the professional assignment of ADHD and its causes and circumstances for this decision , who did that and how the diagnosis influenced life of that child and his/her surroundings.

Key words: ADHD, hyperkinetic syndrom, hyperactivity ( overactivity), attention deficit, impulsivity, diagnosis, pre-school age

## I. ÚVOD

Pojem hyperaktivita, nadměrná aktivita, neklid či přílišná živost jsou v poslední době velmi užívané termíny v souvislosti s dětmi a hojně diskutované téma. Nejmodernějším termínem je však ADHD. Je nutno zdůraznit že pojem hyperaktivita je v poslední době nadužíván a často uniká pravá podstata termínu. Tímto termínem jsou často označovány děti, které nevydrží chvíli na místě, jsou nadměrně pohyblivé a „živé“. Avšak děti se skutečným syndromem ADHD bývají častěji než hyperaktivní laickou veřejností nazývány a hodnoceny jako děti zlobivé, nevychované a nezvladatelné. Je zde tedy rozdíl i v laickém stanovování diagnózy a užívání termínu oproti odbornému diagnostikování. Tato diplomová práce se zabývá právě problémem vyslovování a udělování diagnózy ADHD. Včasnou diagnostikou lze výrazně pomoci zkvalitnit život dítěte. Samotný proces náleží odborníkům a velmi často vzniká na podnět ze strany rodičů dítěte či jeho učitelů. Díky výraznějším symptomům je možné tuto poruchu odhalit již v předškolním věku.

Práce je rozdělena do pěti základních částí. První je částí úvodní. Druhá podává základní informace poruše ADHD. Přináší poznatky z terminologie a osvětluje užívání označení ADHD, LMD, ADD a dalších. Též zde nalezneme poznatky o základních symptomech, příčinách, léčbě a v neposlední řadě o diagnostice syndromu ADHD. Třetí, praktická část se zabývá vznikem samotné nejdříve laické diagnózy a následnou cestou k odbornému potvrzení poruchy. Čtvrtou, poslední částí je samotný závěr a shrnutí práce.

V rámci empirické části práce byl proveden kvalitativní výzkum s cílem shromáždit co možná nejvíce informací o dětech se syndromem ADHD v mateřských školách, zmapovat jejich kritické životní situace, projevy a důvody pro následné přidělení odborné diagnózy ADHD, porovnat diagnostická kritéria a základní symptomy užívané odborníky a zmiňované v teoretické části a konfrontovat je se skutečnou situací „v terénu“ a zjistit tak důležitost stanovení odborné diagnózy v životě dítěte.



## II. TEORETICKÁ ČÁST

### ADHD

#### 1. Definice, vymezení pojmu

Syndrom ADHD je „ *psychiatrická diagnóza, která se vztahuje na děti ( a dospělé) s vážnými sociálními a kognitivními obtížemi*“ ( Train, 1997, s. 31 ) Je to porucha, o které se hovoří již od roku 1902 (Koukolík, Drtilová, 2001). Jedná se tedy o specifickou vývojovou poruchu, která zahrnuje potíže v oblasti regulace chování projevující se v menších zábranách, dále je provázena problémy s udržováním pozornosti, také s menší odolností vůči jakémukoli rozptýlení a řízení určité činnosti v závislosti na nároky a její splnění. Vše je doprovázeno nervozitou a neklidem. Jedná se tedy o oslabenou schopnost reakce, zábran, ovládnání impulsů a neschopnost zabránit reakci na určitý podnět a s tím související potíže s odoláním náhlého pokušení k reakci a oddalování uspokojení. Zjednodušeně lze říci, že zde hovoříme o neschopnosti jedince myslet před tím, než jedná. ( Barkley, 1990).

V dřívějších letech se k označení užívalo mnoho termínů. Nejčastěji užívaný pojem byl LMD ( lehká mozková dysfunkce) a děti s touto diagnózou byly charakterizovány jako psychomotoricky nestabilní ( Drtílková, 2007). Dle Drtílkové a Šerého byl tento termín vytvořen z důvodu potřeby sjednotit terminologii a také stanovovat diagnostická kritéria této poruchy v celkovém mezinárodním měřítku a všechny potíže v oblasti chování a učení a jejich různé formy byly spojovány s odchylkami funkcí centrálního nervového systému ( CNS ). Zdůrazňují také, že tento koncept LMD neumožňoval správné diagnostické dělení a v této kategorii poruch se objevovaly i děti pouze se špatným školním prospěchem. A dalším problémem bylo i časté užívání nootropik. Nootropní preparáty jsou látky, které určitým způsobem ovlivňují metabolismus mozkových buněk a velmi dobře také působí na vigilitu tj. bdělost. A jak dodávají „ *jejich lehce stimulující vliv může u dětí zvýraznit projevy hyperaktivity a neklidu.*“ ( Drtílková, Šerý, 2007, s. 161). Tyto

stimulující preparáty sice pomáhaly dětem se specifickými poruchami učení ( SPU ), nikoli dětem s hyperkinetickou poruchou. Naopak stimulační léky užívané k léčbě ADHD nejsou doporučovány pro léčbu dětí trpících SPU, jsou-li bez projevů ADHD. ( Drtílková, Šerý, 2007)

Užívány byly také termíny LDE ( lehká dětská encefalopatie) a ještě starší MMD ( minimální mozková dysfunkce) ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006). Užívalo se však i pojmenování hyperkinetická reakce, hyperkineze či označení poškození mozku ( Munden, Arcelus, 2002). Jak ovšem uvádí Train (1997), k pojmenování obtíží tohoto typu sloužil i termín specifické vývojové poruchy chování.

Lékařka dr. Ch. Schweizerová a psycholožka J. Prekopová užívají prostý pojem hyperaktivita „ *„Hyper“ pochází z řečtiny a znamená „nad“, „nadmíru“.* „Aktivita“ je odvozena z latinského slovního základu, který vyjadřuje jak pohyb tak také vnější jednání, dostat se do pohybu, být činný. „ Kinetický“ je opět z řečtiny a znamená „zakládající se na pohybu“, resp. na pohybové energii. „Hyperaktivita“ tedy značí : *nadměrné nutkání k činnosti a „hyperkinetický“ znamená nadměrné nutkání k pohybu.*“ ( Ch. Schweizerová, J. Prekopová 1994, s. 100 )

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) z roku 1992 zařazuje tento typ odchylky do skupiny hyperkinetických poruch, značených F-90 a charakterizuje je jako poruchy vznikající v raném dětství. Dnes se odborníci přiklánějí k užívání termínu ADHD ( Attention Deficit Hyperaktivity Disorder), který se užívá mezinárodně. „*ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity*“ ( Zelinková in Kucharská ed., 2000, s. 23 ). Je to v současnosti velmi užívaná zkratka, která je převzata z klasifikačního systému psychiatrické asociace vydaného ve Spojených státech amerických s názvem Diagnostický a statistický manuál (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association) značený DSM-IV a jedná se tedy o termín běžně užívaný v zahraniční literatuře, který má mírnější požadavky na diagnózu oproti diagnostickým kritériím pro hyperkinetickou poruchu ( Drtílková 2007). Tento manuál definuje ADHD více ze široka a v rámci poruchy rozlišuje tři podtypy: „ *ADHD, inattentive type ( s převládající poruchou pozornosti), ADHD,*

*hyperaktivity/impulsivity type ( s převládající hyperaktivitou a impulzivitou) a ADHD, combined type ( smíšený typ).*“ ( Drtílková, Šerý, 2007, s. 22). Tento třetí kombinovaný typ je nejčastějším a spadá do něj až 50% dětí ze všech diagnostikovaných, které mají potíže jak v oblasti pozornosti, tak hyperaktivity i impulsivity. ( Goetz, Drtílková, 2009).

Zde je rozdíl oproti kritériím a dělení MKN-10, kde není vyčleněn typ s převládající poruchou pozornosti ( inattentive type), jelikož nespĺňuje daná kritéria pro hyperkinetickou poruchu a jak autoři zdůrazňují, neododstává se do naší evidence a nenastupuje léčba. ( Drtílková, Šerý, 2007).

Existuje také pojem ADD (Attention Deficit Disorder) neboli porucha pozornosti. Někteří odborníci užívají toto označení jako synonymum pro ADHD, jak ale uvádí Riefová „ *dítě se syndromem ADD ovšem hyperaktivní často není*“ (Riefová 1999, s. 17 ). Děti se syndromem ADHD ovšem problémy v oblasti pozornosti mají, jedná se ale o těžkosti s jejím udržením, naproti tomu ti, kteří trpí syndromem ADD mají obtíže se zaměřením pozornosti na určitou věc či činnost ( Zelinková in Kucharská ed., 2000). Jak uvádí Barkley (1990) dle Americké psychiatrické asociace z roku 1980 se rozlišují v rámci diagnózy syndromu ADHD ještě podtypy na základě výskytu či naopak absence hyperaktivity a případně poté jejího stupně. Vzniklo tedy také označení ADD/-H (bez hyperaktivity) a ADD/+H ( s hyperaktivitou). Vyskytuje se i označení jedinců trpících syndromem ADHD s agresivitou a bez agresivity (Zelinková in Kucharská ed., 2000). Je nutno zmínit ještě jeden termín užívaný zejména v zahraničí a to ODD ( Oppositional Deficit Disorder) tj. opoziční chování a jak uvádí Zelinková in Kucharská ed. ( 2000) a Barkley (1990) mezi dětmi trpícími syndromem ADHD je téměř 60% jedinců trpících i ODD a vzdorovitostí.

Barkley (1990) hovoří o ADHD jako o souboru vývojových nedostatků v oblasti řízení a udržování způsobů chování založených na určitých pravidlech a pozdějších následcích. Jedná se o problém kontroly „hnací síly“, která se projevuje zejména v oblasti chování jako je sebeovládání, řešení problémů či překonávání překážek, a jejíž nesprávná regulace vyúsťuje v menší sociální zábrany. Tyto deficity je možno vysledovat již v ranném dětství a jsou ve své podstatě chronické. U dítěte se

syndromem ADHD problémy přetrvávají i po neurologickém dozrání, na rozdíl od „normálního“ dítěte stejného věku, u kterého se vše zlepší vlivem vývoje. (Barkley, 1990). A jak uvádí Munden a Arcelus základem ADHD je „*relativní neschopnost zdržet se reakcí na cokoli, co je v dané chvíli nejzajímavější nebo nejpřitažlivější*“ (Munden, Arcelus, 2002, s. 22 - 23).

Důležitým faktem je ten, že typ této poruchy není možné vyléčit a neodezní ani v průběhu dospívání, zůstává po celý život, a proto je důležité pomoci postiženým jedincům naučit se se syndromem ADHD žít. ( Riefová, 1999). Důvodem je skutečnost, že „*ADHD je porucha, v jejímž pozadí leží biologická příčina*“ ( Munden, Arcelus, 2002, s. 11)

## 2. Výskyt

Informace o počtu jedinců trpících syndromem ADHD se liší výzkum od výzkumu. Někdy bývá uváděno 3-20% z počtu obyvatel trpících ADHD ( Zelinková in Kucharská ed., 2000). V celosvětovém měřítku je však nejčastěji užívaný počet 1-5% postižených z celého obyvatelstva (Munden, Arcelus 2002). Rozdíl je důsledkem užívání různých diagnostických kritérií pro stanovování diagnózy syndromu ADHD. Kritéria pro ADHD v DSM-IV jsou benevolentnější, nevyžadují přítomnost všech základních symptomů pro stanovování diagnózy. Proto se liší poměr výskytu podle toho, zda se pro diagnostikování užívá DSM-IV, kde se uvádí výskyt od 4 – 19 % nebo kritéria z MKN-10, která zahrnuje až ty závažnější typy poruch a uvádí cca 1-3 %. ( Drtílková, Šerý, 2007). Drtilová a Koukolík uvádí, že je postiženo syndromem ADHD ve školním věku 3-5% dětí (Koukolík, Drtilová, 2001). Jak zmiňují také Munden a Arcelus, vedou se různé polemiky o benevolentnějších kritériích DSM-IV, a proto dle klasifikace MKN-10 je výskyt poruchy pouze 0,5 %. Riefová (1999) se však také přiklání k počtu 3-5% a 5% dětské populace postižené ADHD uvádí i Paclt, Ptáček, Florián ( 2006).

Výzkumy také prokázaly, že se tento typ odchylky vyskytuje častěji u chlapců než u dívek. Syndrom ADHD postihuje chlapce čtyřikrát a někdy až devětkrát více než dívky (Koukolík, Drtilová, 2001). A jak uvádí Schweizerová a Prekopová (1994) chlapci jsou náchylnější nejen k tomuto syndromu, ale trpí i častěji ostatními vývojovými poruchami než dívky. Dle Drtílkové a Šerého u dívek nemusí být porucha provázena určitými nápadnými behaviorálními příznaky, a proto se pro okolí jeví jako méně nápadné a lehce tak uniknou pozornosti. (Drtílková, Šerý, 2007). Jak uvádí Šebek, u dívek se hyperaktivita projevuje převážně uvnitř, v jejich vnitřním neklidu či napětí a nepůsobí tak rušivě a nápadně, proto si ji nemusí nikdo povšimnout. Dodává však, že i dívky mohou trpět hyperaktivitou chlapeckého typu, je to však méně časté. A důvodem, proč je tento deficit častější u chlapců je podle něj jejich silnější pudová tendence k určité formě aktivity či sebeprosazování a obecně větší oblíbenost pohybových her, na rozdíl od děvčat. (Šebek, 1990).

A jak uvádí Munden a Arcelus v Austrálii byl zjištěn poměr mezi chlapci a dívkami až 10:1. Dle Laniadové (2004) je za hyperaktivní považováno 5-10% chlapců a 2-3% dívek. Ve Spojených státech amerických je diagnostikováno syndromem ADHD nejméně 2 milióny dětí (Riefová, 1999).

A jak uvádí Goetz a Uhlíková (2009), syndromem ADHD u nás trpí téměř 20 000 dětí, přestože se všechny k odborníkovi z mnoha důvodů nedostanou. Hlavní příčinou je užívání různých kritérií pro stanovení diagnózy. Obecně se nejvíce diagnóz ADHD stanovuje u dětí ve věku mezi 6. a 9. rokem života. (Drtílková, Šerý, 2007).

### 3. Příznaky

Hyperaktivní děti, děti s hyperkinetickým syndromem, děti s ADHD, jakkoli je označíme, jedno mají společné – na první pohled jsou to děti odlišné od ostatních. Díky projevům této odchylky vyčnívají z davu. Ne každé z postižených dětí však vykazuje všechny příznaky hyperkinetického syndromu, každý případ je jiný. „*Každé dítě je totiž jedinečná bytost a vykazuje jinou kombinaci projevů chování, silných a slabých stránek, zájmů, vloh a dovedností.*“ ( Riefová, 1999, s. 19).

#### 3. 1. Nejranější projevy

ADHD se může projevat již v nejtělejší věku dítěte, a to v novorozeneckém, kojeneckém a batolecím období. Munden a Arcelus zmiňují, že děti trpící ADHD byly velmi aktivní ještě v děloze před narozením. ( Munden, Arcelus, 2002). Po narození se objevují se potíže s rytmem života během dne i noci. Dítě s hyperkinetickým syndromem mívá velmi nápadně nepravidelný režim spánku, bdění, krmení a pláče. ( Goetz, Uhlíková, 2009). „*Čím více je dítě v zasetí svých vlastních (náhradních ) rytmů, tím více se mu jeho nesmyslné, neklidné jednání stává osudným.*“ ( Schweizerová, Prekopová, 1994, s. 38).

Též Weissová uvádí, že několik výzkumů prokázalo, že matky diagnostikovaných dětí s ADHD retrospektivně potvrdily potíže dětí již v prvním roce života dítěte. Kromě již zmiňovaných komplikací se objevovaly i časté koliky a jejich „rituály“ byly zcela nepravidelné . Dodává také, že potíže s jídlem mohou přetrvávat i během růstu dětí a později se tak mohou stát i vybíravé v jídle. (Weissová, 1993).

„*Někdy prospí celý den, častěji pláče jakoby bez důvodu.*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 43). Také se velmi často stane, že dítě usne přes den i u nějaké hry či činnosti, ale v noci spí špatně. Dle Weissové je také velmi těžké či až nemožné tyto děti uklidnit a

utišit, v některých případech se u nich objevují až záchvaty pláče. (Goetz, Uhlíková, 2009).

Dle Drtílkové a Šerého (2007) jsou tyto kojenci nápadně ukřičeni oproti jiným dětem a také výrazně neklidní. Patrné rozdíly u kojenců, kterým bylo později ADHD diagnostikováno vidí i Šebek (1990) a to zejména v jejich spontánní aktivitě a dráždivosti.

Jak uvádí Schweizerová a Prekopová, některé děti byly neklidnější již před narozením i během porodu a dle jejich výzkumu se neklid projevil již během prvních měsíců života u 6,4 % dětí. U ostatních to bylo bez výjimky do 18. měsíce jejich života a bylo těžké udržet tyto děti v klidu na klíně. Schweizerová a Prekopová značí toto období jako velmi důležité a citlivé „*I když si dítě přináší vlohly k hyperaktivitě, dá se v této citlivé fázi správným učením, to znamená cíleným řízením aktivity, hyperaktivní chování oslabit.*“ (Schweizerová, Prekopová, 1994, s. 20). Nejrapidnější změnou však byl začátek chůze, kde „živost“ ještě nabrala na síle. A jak uvádí i Weissová, hyperaktivní dítě nikdy nechodilo, rovnou běhalo.

Weissová dále uvádí, že tyto děti se v ranném dětství i méně často usmívaly a obecně byly spíše podrážděné a jevily se také jako méně mazlivé. Dále dodává, že se objevuje opožděná mluva. Uvádí, že se období žvatlání a broukání může opozdit a objevit až téměř v roce života a tím se opozdí i první slova, fráze i krátké věty. (Weissová, 1993). Při kontaktu s matkou a při chování v náruči byly děti často velmi napjaté až strnulé, uvolnění a zklidnění přicházelo velmi málo a objevovalo se i tzv. ohýbání do luku. (Kolčarová, Lacinová, 2008).

Největším problémem, který je způsobem všemi těmito projevy je možný narušený vztah dítěte a matky. Ty se často cítí vinné za nespokojenost dítěte, mívají pocity znepokojení, méněcennosti až beznaděje a nejistoty, často trpí únavou či frustrací. (Weissová, 1993).

Přestože některé děti prokazují tyto výše zmíněné příznaky, či projevy, neznamena to však, že v budoucnu budou všechny takto se jevící děti diagnostikovány ADHD. „*U některých obtíže časem vymizí a dítě se dále vyvíjí v souladu s normami, jindy však přetrvávají až do dospělosti, a proto nelze*

*předpokládat prosté vymizení symptomů s přibývajícím věkem“ ( Paclt, 2007, sec. Cit. Kolčarová, Lacinová, 2008, s. 36).*

### **3. 2. Základní symptomy**

Děti trpící syndromem ADHD mají problémy především s udržením pozornosti, ovládním reakcí na určité podněty a přemírou aktivity. Hovoříme tu o třech základních symptomech této poruchy, které tvoří její hlavní pilíře, jedná se tedy o poruchu pozornosti, impulzivitu a hyperaktivitu, Barkley je nazývá „*svatou trojicí syndromu ADHD*“ ( Barkley, 1990, s. 40, dále např. Train 1997).

Impulzivitu můžeme charakterizovat jako „*neschopnost dítěte kontrolovat a tlumit své projevy*“ ( Train, 1997, s. 33) a „*kategorii*“ poruch pozornosti vysvětluje jako potíže dítěte se soustředěním, dokončením určitého úkolu a obtížemi s koncentrací své pozornosti. Riefová (1999) přidává k impulzivitě také malé sebeovládání. Třetím základním „*kamenem*“ ADHD je výše zmiňovaná hyperaktivita, neboli „*nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity*“ ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006, s. 8).

Děti s hyperkinetickým syndromem chronicky trpí těmito symptomy. Důležité je, že se objevují již v ranném stádiu jejich vývoje a především v takovém stupni a závažnosti, který je nepřiměřený jejich mentálnímu věku a je v rozporu s normami. Příznaky se vyskytují výrazně zejména v situacích, kde je kladen důraz na sebeovládání, udržení pozornosti, požadována kontrola pohybů a také tlumení okolních impulsů. Celkově v situacích, vyžadující přizpůsobení se společenským pravidlům a normám ve všech výše zmiňovaných oblastech. ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006).

A jak uvádí Barkley, primární příznaky se mohou lišit ve své četnosti či intenzitě v závislosti na různém prostředí, účastníků či samotnému rozpoložení a náladě dítěte. ( Barkley, 1990). Avšak i když jsou projevy utlumené, vždy ve většině prostředí jsou tyto děti odlišnější od ostatních. ( Zentall a kol., 1985, sec. Cit. Paclt, Ptáček, Florián, 2006).



Obecně je však každý případ hyperkinetického dítěte a jeho vlastních projevů zcela individuální. ( Riefová, 1999).

### **3. 2. 1. Deficit pozornosti**

Do podtypu s převažující poruchou pozornosti spadá dle Goetze a Uhlíkové, 25-35% dětí s ADHD. Většinou se však tento problém plně projeví až nástupem do školy, kde je koncentrovanost vyžadována. ( Goetz, Uhlíková, 2009).

Důležitý je fakt, že tyto děti mají potíže s pozorností v daleko větší míře než normální děti stejného věku a pohlaví. Jejich pozornost je snadno odvedena k jiným, pro ně zajímavějším jevům. ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006).

Obecně mají děti trpící poruchou pozornosti potíže se soustředěním, jsou roztěkané a nepozorné a často zapomínají. Neustále ztrácejí věci, nepamatují si dané pokyny od rodičů či pedagogů a reagují někdy opožděně a někdy až na několikrát opakované výzvy. Jsou charakterizované jako netrpělivé a nevydrží dlouho u činnosti, která vyžaduje delší soustředění. Proto nejsou schopny řadu činností a úkolů dovést do konce a jejich reakcí na neúspěch se často stává agrese či afektivní chování. (Žáčková, Jucovičová, 2000).

U dětí s poruchou pozornosti se objevuje těkavost, oslabení pozornosti a nedostatečné ponoření se do určitých souvislostí. ( Schweizerová, Prekopová, 1994). Nepozornost vůči určitým podrobnostem uvádí i Koukolík a Drtilová. Tyto děti se jeví jako neposlušné, jelikož vypadají, jakoby záměrně neposlouchaly a často zadané činnosti ani nedokončí a rozptylují je i jakékoli slabé podněty. (Koukolík, Drtilová, 2001).

U těchto dětí se objevují potíže jak s udržení pozornosti, tak s jejím zaměřením na určitou věc a to trvale. Je možné vyčlenit i různé formy obtíží v oblasti poruch pozornosti. Může jít jak o komplikace s jejím udržení či nedostatkem schopností záměrné pozornosti, tak se objevují i potíže s jejím ovládním a tříděním mezi nabízejícími se podněty. Jedná se tedy o určité problémy při zpracování zrakových vjemů, zvuků a informací, které na dítě působí a následná neschopnost dětí

rozlišovat důležitost mezi všemi podněty a věnovat jim pozornost. ( Taylor, 1995, sec. Cit. Elliot, Place, 2002).

Svoboda, Krejčířová a Vágnerová ( 2001) uvádí několik dílčích příznaků poruch pozornosti. Rozlišují její slabou koncentraci, která lze snadno narušit jakýmkoli podněty. Dalším typem je tenacita pozornosti, neboli extrémně krátká délka soustředění, kde pozornost bývá velice často kolísavá. Dále distribuce pozornosti, která značí její malý rozsah, což se projevuje neschopností dětí vnímat komplexní podněty, ale koncentrují se pouze na ty náhodně vybrané. Autoři rozlišují ještě vigilitu, tj. pružnost pozornosti, v tomto případě hovoříme o její nedostatečném rozvinutí, což u dětí způsobuje špatné adaptování na změnu činnosti, kde je nutné přenášet pozornost. Poslední je selektivita, nebo se užívá také termín Z. Matějčka vázanost na podněty a dítě se tak soustředí na vše a nedokáže rozlišovat podstatné znaky.

*„ Jejich pozornost upoutá nejen cokoliv v dětském pokoji, ale i to, co se děje za oknem na ulici.“ ( Žáčková, Jucovičová, 2000, s. 4).*

Děti trpí velice slabou pozorností, jsou snadno unavitelné a nejsou schopné nějakého kvalitnějšího soustředění, které by trvalo delší časový úsek. Mají neustálé nutkání v oblasti vnímání, což je rozptyluje. ( Vágnerová, 1997)

Dále nejsou schopné odolat vnějším vlivům a podnětům, které na ně působí. Vyruší a rozptýlí je cokoliv, velice snadno a rychle *„ jakoby nedokázaly odlišit, co je důležité a co ne, dávají pozor na všechno.“ ( Žáčková, Jucovičová, 2000, s. 4).* A proto je velmi důležité volit vhodné prostředí pro dítě, aby se kolem něj vyskytovalo co nejméně rušivých věcí, co by mohlo odvádět jeho pozornost a tím mu pomoci s lepší koncentrací. ( Žáčková, Jucovičová, 2000).

Drtílková uvádí, že děti s poruchou pozornosti všechno rozptýlí a působí tak dojmem přelétavých nestálých jedinců. Když už se na něco soustředí, zabere jim to delší dobu, než na danou věc dokáží svou pozornost zaměřit a také je to rychleji vyčerpává. Navíc mají tyto děti potíže i během komunikace, soustředit se na dané informace, a proto jim během rozhovoru uniknou některá důležitá fakta a instrukce a

musí se jim vše několikrát opakovat. Velmi často dělají mnoho chyb právě z nepozornosti. ( Drtílková, 2007).

Train uvádí jako základní znak tohoto typu poruchy krátké rozpětí pozornosti u dětí, což vyvolává dojem, že toto dítě nic nezajímá a nebaví, protože nadšení pro věc, hračku či určitou činnost není trvalý. A dodává, že dítě se zajímá všeobecně o vše, co se děje kolem něho, avšak nesoustředí se na činnost, kterou provádí ono samotné. (Train, 1997). Dle Žáčkové a Jucovičové, tím, že děti s ADHD trpí poruchami biorytmu, neboli spánku a bdění se jim také snižuje schopnost soustředění a udržování pozornosti. Spí totiž často ve dne a v noci bdí, vydrží tak proto dlouho beze spánku, ale mají potíže se soustředit delší dobu na hru a poté, často když se jim nedaří, se objevuje zlost až agrese. „ *Neadekvátně silně reagují na menší podněty.*“ (Žáčková, Jucovičová, 2000, s. 2 ).

Barkley o dětech s převládající poruchou pozornosti hovoří jako o denních snílících, kteří jsou myšlenkami jinde, zdající se být v mlze a zmatení, nedávajících pozor, což působí dojmem, že neposlouchají. ( Barkley, 1990).

Matějček nahlíží na tento deficit z organické podmíněnosti. „ *Pozornost je vlastnost nervového systému – není věcí vůle, morálních zásad, inteligence, apod.*“ (Matějček, 1991, s. 198). Hovoří o vázanosti na podněty, kdy nehodnotí tyto děti jako nepozorné, ba naopak je vidí jako nadměrně, nezdravě a nadbytečně pozorné a citlivé ke všemu, co se kolem nich děje. ( Matějček, 1991). Pozornost je také určována komplexní kapacitou neuronální sítě celkově korigovat informace a podněty, také je třídit, selektovat i jejich interpretace a poté i možné plány různých akcí či činností a to vše pouze v případě bdělého vědomí, které je udáváno správnou aktivitou retikulární formace, dále limbického systému, tonizujícího kortexu a hypothalamu. (Horáček, Švestka, 2004 sec. Cit. Šerý, Drtílková, 2007).

Obecně děti trpící touto poruchou velice málo vytrvají u jedné činnosti a často rychle přebíhají k jiné, zejména od jedné hračky či hry ke druhé. Mají potíže s vynaložením úsilí pro zaměření se na plnění daných úkolů a tím se projevuje i jejich snížená vytrvalost. ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006).

### 3. 2. 2. Impulzivita

Tento základní symptom ADHD lze charakterizovat jako „*neschopnost selektivní regulace způsobu reagování, aby odpovídal požadavkům dané situace.*“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s.669 ). Jedná se o jakýsi útlum v schopnosti regulace chování jedince na určité požadavky společnosti projevující se v jednání bez zábran v porovnání s dětmi stejného mentálního věku a pohlaví. ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006). Munden a Arcelus, 2002 hovoří o neschopnosti zamezení okamžité reakce na určitý impulz ať už je vhodná, či nikoli. Šebek, 1991 jej hodnotí jako určitou tendenci k okamžitému uspokojování vlastních potřeb, neuváženým, předem nepromyšleným až náhodným a chaotickým přístupem k řešení obtíží a různých situací. Zmíněna je též neschopnost udržet orientaci na dlouhodobější cíle. Celkově tento deficit hodnotí jako vývojový nedostatek osobnosti, který zasahuje činnost jáské regulační schopnosti, avšak struktura potřeb zde zůstává zcela primitivní a malá je i diferencovanost emocí u těchto dětí. ( Šebek, 1991).

Děti jednájí tak, jak je v tu danou chvíli napadne, zcela bez rozmyslu a okamžitě a nedokáží promyšlet důsledky svého chování, které je velice spontánní, živelné, často hlučné a zbrklé a „*bývají označovány jako velká voda.*“ ( Žáčková, Jucovičová, 2000, s. 3 ) Obecně však tyto děti mají dobré a zcela nevinné záměry pro své jednání, přestože se tak nejeví. ( Munden, Arcelus, 2002).

Typické pro ně je ukvapené a zbrklé jednání, které se často podepisuje na jejich celkovém dojmu dětí nešikovných, neohrabaných a z toho plynoucí i jejich vysoká úrazovost. (Šebek, 1990).

Dle Drtílkové, 2007 dělají děti se zvýšenou impulzivitou věci zcela nahodile a téměř chaoticky v závislosti na jejich momentálním podnětu. Objevují se u nich potíže se sebeovládáním, které se projevují v jejich zbrklých reakcích, neschopností je pozdržet či utlumit, vše chtějí dělat ihned, nedokáží delší dobu počkat, zejména ne ve frontách. Mají také tendenci skákat jiným lidem do řeči či hovoru, přerušovat, vykřikovat a nedbají na různá omezení či příkazy. ( Drtílková, 2007).

Jejich deficit autoregulace se projevuje také v neschopnosti dodržování určitých nařízení či pravidel hry. Dělají tak četné chyby, jelikož se snaží na vše odpovědět nebo vykonat úkol dříve, než si dovslechnou celé instrukce a nejsou také schopny odhadnout důsledky jejich vlastních činů, s čím je spojena jejich vysoká úrazovost. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Impulzivní jednání se pro ně tak stává velice nebezpečné. (Žáčková, Jucovičová, 2000).

Nejsou schopné soustředit se na dlouhodobější cíle, a proto volí rychlou cestu za bezprostřední odměnou, kde vynaloží pouze minimální úsilí a času k vykonání úkolů. (Paclt, Ptáček, Florián, 2006). A část bere věci či hračky druhým, jde tu o projev jeho bezprostřednosti a nedomyšlení následků, chce něco, tak si to ihned vezme. (Goetz, Uhlíková, 2009).

Jak uvádí Riefová (1999) často se zapojují do nebezpečných aktivit, jelikož nedomyšlí důsledky svého chování, protože nejdříve reagují a jednájí a až poté přemýšlí. Dle Žáčkové a Jucovičové (2000) jednájí tyto děti bez zábrán a předem připraveného plánu či rozmyslu, a tak při práci velmi často zmatkují. Nejedná se však o záměrné vyhledávání nebezpečí, ale impulzivní jednání, neboli neschopnost nějakým způsobem korigovat své reakce na podněty jim nedovoluje a ani nestihne představit si možné ohrožení a důsledky. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Problémy se u nich objevují i v komunikaci s ostatními. Nejen, že přerušují hovory jiných a skáčou do řeči, ale často vyhrknou věci bez rozmyslu a ublíží tak ostatním, lze je charakterizovat jako „co na srdci, to na jazyku“ (Train, 1997). Též Barkley uvádí, že tyto „nedočkavé“ děti odpovídají často na otázky dříve, než si je vyslechnou celé či vyřknou věci zcela indiskrétně bez ohledu na city druhých a to má dopad na jejich sociální postavení, které je tím ohroženo a stávají se dětmi víceméně neoblíbenými. Dále dodává, že díky své spontánnosti často ničí věci druhých daleko častěji než ostatní děti a působí tak na své okolí negativně, destruktivně až nebezpečně. Také vidí největší problém v neschopnosti ovládnout své vlastní reakce na signály či podněty vyskytující se kolem nich, které však nijak nesouvisejí s činností, kterou právě dělají. (Barkley, 1990).

Hlavním problémem impulzivity u dětí je jejich riskantní chování a tím se zvyšující možnost úrazu. Vrhání se bez rozmyslu do rizikové činnosti, vbíhání do silnice, nebo problémy v porovnání nového nápadu či momentálního impulsu k činnosti již s předešlou zkušeností a malá schopnost plánovat jsou u nich velkou komplikací. (Goetz, Uhlíková, 2009)

### 3. 2. 3. Hyperaktivita

Hyperaktivita, nadměrná aktivita či výrazný neklid, to jsou termíny užívané pro popis třetího základního symptomu ADHD. Vágnerová (1997) ji chápe jako variantu odchylky v určité oblasti aktivační úrovně a nadměrnou pohyblivost, která je neúčelná, také netlumená a zcela nesmyslná. Dítě není schopno ji nějakým způsobem korigovat a tím se zvyšuje jeho unavitelnost a podrážděnost. Rozlišuje také dvojí napětí, které je propojené. Jedno se projevuje právě v oblasti chování a neustálého pohybu a druhé v oblasti prožívání jako vnitřní tenze, které často přechází právě v motorický neklid. Paclt, Ptáček, Florián, 2006 přidávají k zjevnému nadměrnému pohybu i vyšší úroveň hlasové aktivity, která se projevuje častým mluvením či brumláním, častými hlasitými monology a objevuje se i vydávání podivných atypických zvuků, obecně se jedná o četné komentáře a časté řečové projevy. (Zentall, 1985, sec. Cit. Paclt, Ptáček, Florián, 2006).

Přestože se často tyto děti jeví jakoby by překypovaly energií a jako neunavitelné, je tomu právě naopak. Jejich nervová soustava je vystavována velkému tlaku a je přetížená, jelikož tyto děti nejsou schopné si odpočinout. Důvodem jsou jejich časté potíže se spánkem. (Žáčková, Jucovičová, 2000).

Obecně jsou tyto děti charakterizované jako velice nápadně pohyblivé, živé, hlučné, pobíhající a poskakující. Pokud sedí, tak se často vrtí, nevědí, co by udělaly dříve, a tak vstávají a pobíhají od jedné věci ke druhé zcela bez nějakého cíle či záměru. Tyto projevy se jeví jako rušivé a nevhodné zejména v situacích, které vyžadují určitý stupeň regulace chování a sebekontroly. (Drtílková, 2007).

Jak uvádí Matějček ( 1991) jedná se o nízkou schopnost dítěte koordinovat a tlumit svůj vlastní energetický výdej. Tím se také dítě s tak nadměrným výdejem energie snáze unaví, a proto potřebuje činnosti střídat, jelikož je nutné pro jeho regeneraci používat i jiná mozková centra a svaly. Matějček to hodnotí jako vlastní fyziologický děj, kterému by se nemělo bránit. Z tohoto důvodu doporučuje pohyblivost nezakazovat či utlumovat, ale naopak pomoci mu se uvolňovat. Zmiňuje zde např. i metodu psychobaletu, která je zavedena na Kubě pro neklidné děti. ( Cruz, 1985, sec. Cit. Matějček, 1991). Dodává však, že přílišná řízenost pohybu neklidnému dítěti moc nepomáhá, je důležité, aby mělo možnost si aktivně samo řídit přívod podnětů. Hovoříme tu tedy o jistém druhu relaxace a uvolňování napětí, které dle Žáčkové a Jucovičové ( 2000) pomáhají především velmi výrazně tlumit agresivitu. Způsob relaxace by však měl trvat pouze krátký časový úsek, aby byla dítěti příjemná. Dlouhý a nucený odpočinek může mít opačný efekt. Celkově je tedy důležité vést dítě k určitému aktivnímu odpočinku. A velkou pomocí a oporou je pro neklidné dítě určitý řád a pravidelný režim, či různé stereotypní rituály, které dodávají dítěti jistotu.

*„Hyperaktivita se projevuje nadměrným nutkáním k pohybu, aktivitě, která je bezúčelná až nesmyslná a dítě ji nedokáže nijak tlumit a ovládat.“* (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Děti s ADHD také velice často působí velmi neorganizovaným dojmem. (Goetz, Uhlíková, 2009). Jsou neustále puzeny k pohybu, který je zcela neplánovaný, bez určitého cíle, je nepromyšlený a především je bez zlého úmyslu. ( Schweizerová, Prekopová, 1994). A jak uvádí Matějček neklid a tendence k pohybu jsou v jejich případě nepřekonatelné, přestože jsou svým způsobem bezúčelné a bez cíle. Avšak dodává, že nucení dítěte zůstat v klidu má spíše opačný efekt a vzbuzuje v něm větší napětí a zhoršuje jeho pozornost. (Matějček, 1991).

Šebek ( 1990) uvádí, že pohybový neklid je jedním z hlavních příznaků toho, že není něco s dítětem v pořádku. Avšak jedná-li se o neklid, který netrvá dlouhou dobu a rychle ustoupí, nejedná se zde o poruchu. O té hovoříme až v případě, že se neklid stává nedílnou součástí chování dítěte a trvalým rysem, který nezávisí na

situaci. Není možné, aby dítě trpící hyperaktivitou, syndromem ADHD, bylo doma klidné a trpělo nadměrnou aktivitou pouze ve školských zařízeních.

Jedná se o neustálé a nutkavé puzení k pohybu, které nelze utlumit. „ *Naše děti se staly hromosvodem nespoutané životní energie.*“ ( Schweizerová, Prekopová, 1994, s. 10). Také dodávají, že takovéto děti místo jakékoli normální pomalé chůze pobíhají, lítají či poskakují, kývají se různými směry, houpají a mohou se objevovat i různé tiky a často se projevují velmi hlasitě a křičí, kdy hlavním motivem je neklid, který je v tomto případě pohání a děti tak působí jako mrzuté a rozčílené.

Děti vykazující tento symptom se jeví jako velice živé, vybíhají často z určeného místa, pobíhají a šplhají na vše, co se jim objeví v cestě i v situacích, kdy se to nehodí. Jsou velmi hlučné, objevuje se u nich neklid pak trupu tak horních končetin pokud sedí a vypadají, jakoby je popoháněl nějaký motor. ( Koukolík, Drtilová, 2001). Neustále bere do rukou různé předměty, které jsou okolo něj, neustále se prochází či probíhá, když musí sedět tak se pořád vrtí a nenechá v klidu jak ruce, tak ani nohy či si začne poskakovat a působí nepředvídatelným dojmem. Obecně trpí zvýšenou fyziologickou potřebou se pohybovat. ( Riefová, 1999).

Drtilková ( 2007) je hodnotí jako děti těžko usměrnitelné, nervózní, hlučné a neposedné, taktéž je označuje za nadměrně divoké, neukázněné a reagující velice bouřlivě, často vyžadující pozornost za každou cenu a mívají sklon k podrážděnostem, hněvu a rozmrzelosti. Jsou popisovány jako neuvěřitelně živé, „ *stále na pochodu, jakoby by byly na motor, který se nedá vypnout*“ ( Goetz, Uhlíková, 2009, s. 44 ).

Weissová hovoří také o hyperaktivních dětech „ pravých“ a „ situačních“. Kdy ti praví mají svou hyperaktivitu způsobenou organicky, kdežto ti situační neboli nepraví pochází z dysfunkčních rodin. Děti obou typů měly později potíže i na základní škole a prokázalo se, že trpí velice nízkým sebehodnocením. Výzkum prokázal, že mezi těmito dvěma podtypy nebyl téměř žádný rozdíl během volných aktivit a her, ten se objevil až při řízených aktivitách. U pravých hyperaktivních dětí se objevilo i agresivní chování spojené s nadměrným pohybem, vybíhaly, házely věcmi, které jim přišly pod ruku, ničily majetek druhých, kopaly kolem sebe a občas i



někoho udeřily či kously. ( Weissová, 1993). To je způsobeno také jejich rychlým jednáním, které je spojeno s „tryskovým“ pohybem. Většinu věcí provádí velice rychle, s velkou vervou a okamžitým, ale chvilkovým zápalem, že se často stane nějaká nehoda či úraz. Celkově jsou tyto děti málo obratné a zručné, právě také díky špatnému dávkování energie do svých úkonů a tělesných projevů. Jejich zvýšená pohyblivost je zaznamenávána také během spánku, často se budí s nohama na místě polštáře či si shazují peřinu. Nevydrží v klidu téměř u žádné činnosti včetně jídla, od kterého také neustále odbíhají. ( Goetz, Uhlíková, 2009).

Tyto děti mají potíže vědomě regulovat procesy zaměřování aktivity a střídání s útlumem. „ *Dítě musí být ve své nezralé touze po pohybu brzděno a usměrňováno, aby postupně umělo zaměřit své vědomí k tělu.*“ ( Schweizerová, Prekopová, 1994, s. 22).

Na závěr je nutno zdůraznit, že intenzita nadměrného pohybu u těchto dětí je zcela individuální. U některých jedinců může docházet až k extrémnímu neklidu a dítě tak vyžaduje neustálou přítomnost a kontrolu dospělého, na druhé straně jsou případy, kde hyperaktivita nemusí být nejvýraznějším symptomem a pohybová aktivita dítěte může být naopak i snižena. ( Drtílková, 2007).

### **3. 3. Citový život dětí s ADHD**

Děti s ADHD postrádají schopnost hrát si sami a samostatně. Šebek to vysvětluje jako poruchu jejich vlastní identity a sebe-pojetí a dodává, že jim chybí „ *jasný a pevný prožitek sebe sama, své vlastní ohraničenosti od okolí*“ ( Šebek, 1990, s. 47 ) a to se projevuje právě v jejich neschopnosti být samy, jelikož „ *nedostatečný identifikační proces nemohl přispět k hlubšímu prožitku vlastní individuality.*“ (Šebek, 1990, s. 47 ).

Dalším typickým znakem jsou jejich časté výkyvy nálad. Tyto emocionální odchylky se projevují ve střídání nápadné pasivity až skleslosti a apatie s afektivními výbuchy. Tyto děti bývají často citově labilní. ( Vágnerová, 1997).

Velmi často se stává, že si hrají velmi hlasitě a vyrušují tím ostatní. Jak uvádí Goetz a Uhlíková, jejich hlasitá samomluva je důsledkem jejich méně rozvinuté vnitřní řeči, což způsobuje potíže s tvorbou vnitřních instrukcí, a proto si často své úkoly předříkávají. Nebo se delší dobu rozhodují k započetí určité činnosti. ( Goetz, Uhlíková, 2009).

Je také velmi těžké děti s ADHD něčím zaujmout. Často se totiž u nich projevuje nuda a nezájem. Obrovské nadšení je rychle vystřídáno lhostejností až apatií a zájem o určitou činnost opadá, to platí zejména při neúspěchu, kde se tendence rychle se vzdát zvyšuje. Naopak u počítačových her vydrží sedět o mnoho déle, jelikož jsou pro ně velmi pestré a proměnlivé a zaujmou je na delší dobu. Nejdůležitější je však odměna, která se v tomto případě dostaví ihned. ( Goetz, Uhlíková, 2009). A jak uvádí Šebek, trpí tím však i jejich citový život. Děti se syndromem ADHD nejsou schopny prožívat typické a běžné dětské radosti. Často utíkají k jiné činnosti, jiným podnětům a neradují se tak z té jedné, „ *bývají u nich naznačeny depresivní prožitky prázdnoty a nudy.*“ ( Šebek, 1990, s. 48)

Vágnerová ( 1997) dále uvádí, že děti s ADHD bývají velice egocentricky zaměřeny a koncentrují se pouze na své vlastní a také bezodkladné uspokojení. Stejně tak jako Barkley hovoří o jejich neschopnosti odepření si, oddálení či zamezení reakce na určitý impuls ( Barkley, 1990). S tím souvisí i jejich problémy s motivací a neschopností dětí s ADHD se soustředit na dlouhodobé a vzdálené cíle a vytvořit si dlouhodobý plán ( Vágnerová, 1997).

Dle Goetze a Uhlíkové mají potíže i s uvědoměním si delšího časového úseku, „ *mají zhoršený smysl pro čas.*“ ( Goetz, Uhlíková , 2009, s. 23. Schweizerová a Prekopová v tomto případě hovoří o slabosti vůle a také jako o oslabenosti síly „já“, což se jeví jako „ *Nedostatečná schopnost překonat sama sebe a vynaložit úsilí k dosažení nějakého cíle.*“ ( Schweizerová, Prekopová, 1994, s. 101 ). Děti s ADHD nebývají vytrvalé ani cílevědomé a projevuje se u nich citová nevyzrállost, snadno rychle a

často se urážejí, ale stejně rychle je to zase opustí. ( Goetz, Uhlíková, 2009). „ *Pro hyperaktivní dítě je důležité to, co je právě teď, a budoucnost nemá pro ně určitější rozměr.*“ ( Šebek, 1990, s. 20).

Celkově mají děti se syndromem ADHD potíže s akceptováním autority a dodržováním určitých pravidel. Z toho plynou potíže s usměrňováním jejich chování, protože jak uvádí Weisssová, jsou jistým způsobem nenapravitelné. Nic u nich nepomáhá, věci, které se jim ukáží dělají znovu a jeví se tak jako velice neposlušné. Celkově jejich chování může na okolí působit jako záměrná provokace. ( Goetz, Uhlíková, 2009).

Jsou také popisovány jako vysoce dráždivé a často je u nich možno pozorovat výbuchy zlosti. ( Šebek, 1990). Objevují se u nich časté pocity rozladěnosti, neklidu a výkyvy nálad. (Drtílková, 2007). Jak uvádí Vágnerová: „ *Zvýšená energetická náročnost hyperaktivity vede k snadnější unavitelnosti a z toho vyplývající podrážděnosti.*“ ( Vágnerová, 1997, s. 41 ). Únava se však u dětí s ADHD může projevovat různě. Nemusí jít pouze o útlum v činnosti, ale naopak u některých dětí se objevuje zvýšená aktivita i pohyblivost, děti se jeví také jako více podrážděné a vzrušivé a tím i vysoce náladové. ( Žáčková, Jucovičová, 2000 ).

### **3. 4. Sociální chování dětí s ADHD**

U hyperaktivních dětí se objevují i problémy v sociální oblasti. Jejich projevy a druhy „ neschopností“ způsobené syndromem ADHD mají za následek nezvládnutí základních pravidel společenského chování, což je předurčuje k tomu, že jsou ve společnosti neoblíbené. Mívají tím pádem poměrně málo kamarádů, mají-li vůbec nějaké a svým způsobem jsou osamělé. ( Munden, Arcelus, 2002 ). „ *Pokud by děti s hyperkinetickou poruchou žily na pustém ostrově, pravděpodobně by jim jejich způsob chování nepřinášel závažnější potíže.*“ ( Drtílková, 2007, s. 31 ). Hrají si totiž

samy, často je jejich hra doprovázena monology či prozpěvováním. ( Goetz, Uhlíková, 2009). Děti trpící syndromem ADHD mívají opožděný vývoj v oblasti socializace a tím jsou jejich sociální dovednosti sniženy, na jiné, nižší úrovni oproti zdravým vrstevníkům a nejsou tak schopné se dobře orientovat a chovat ve společenských situacích tak, jak je obecně očekáváno. Bývají tak i méně citlivé k sociálním signálům ostatních. Reagují tak nepřiměřeně, často se chovají až příliš familiárně či se snaží na sebe upoutat různými podobami šaškování a předvádění se, aby tak navázali sociální kontakt. ( Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001 ).

Problémy soužití se projevují i v rodinném prostředí. Děti s ADHD bývají častým terčem kritik a výčitek, také bývají více trestány a méně často se setkávají s pocitem úspěchu oproti ostatním dětem. (Drtílková, 2007). Sami také velmi těžce přijímají jak pomoc, tak příkazy či zákazy od ostatních. (Šebek, 1990).

A jak uvádí i Vágnerová, bývají celkově okolím přijímány spíše negativně, velmi často jsou posuzovány jako neúspěšné, zažívají více kritiky a často jsou odmítány, což negativně ovlivňuje i jejich sebehodnocení. ( Vágnerová, 1997). „*Hyperaktivní dítě vyvolává napětí ve všech lidech, kteří s ním musí být v delším kontaktu. Jeho problémem je, že působí nepříjemně a tomu obvykle odpovídá zpětná vazba, kterou dostává.*“ ( Vágnerová, 1997, s. 42 ). Týká se to také jejich zbrklého jednání, které působí rušivě. Při hře jednájí ihned, aniž by počkaly na instrukce a navíc se často stává, že ničí věci a majetek druhých. ( Barkley, 1990). Je ovšem velmi důležité zabránit situacím dlouhodobého chronického frustrování dítěte kvůli jeho neúspěchům, či trestům ať už ze strany rodičů nebo pedagogů, aby nedošlo k rozvoji nevhodných a nežádoucích kompenzačních projevů v jejich chování. ( Šerý, Drtílková, 2007).

Jak uvádí Schweizerová a Prekopová, svým způsobem se u nich projevuje nevypěstlost sociálního chování. Je zcela proti jejich možnostem a schopnostem hrát si či pobývat ve skupině. Mají velké potíže s přizpůsobením se druhým ze své vlastní vůle. „*Mnohem lépe se vpraví do situace, když se jim přizpůsobí ten, kdo je vede.* „ (Schweizerová, Prekopová, 1994, s. 16 ). Jejich hlavní překážkou je jejich výrazný egocentrismus, který je posilován jejich nedostatečnou schopností sebekontroly a

stálosti a vyúsťuje v potřebu být neustále středem pozornosti. Je-li tomu tak i ve skupině vrstevníků, je vše vpořádku. Problém nastane, jakmile dítě s ADHD svou vedoucí a řídicí pozici ztratí, roste v něm neklid a nervozita či agresivita jako obrana proti neuspokojení jeho egocentrických potřeb. Celkově pak bývají děti se syndromem ADHD opožděny ve svém sociálním a citovém vývoji. ( Šebek, 1990).

A jak uvádí Riefová, u dětí s ADHD je časté agresivní chování, také nepřiměřené reakce i na zdánlivě malé podněty. ( Riefová, 1999). Ovšem to, jak okolní svět reaguje na jejich přítomnost či základní projevy, jak je hodnotí, kárá či oceňuje, má veliký vliv na utváření jejich vlastním sebehodnocení a sebepojetí a celkového utváření osobnosti. ( Drtílková, Šerý, 2007). Děti pak trpí malou sebeúctou a velkou frustrovaností. ( Riefová, 1999).

### **3. 5. Další, jiné příznaky**

Další příznaky, které mohou naznačovat ADHD, avšak nemusejí se vždy vyskytovat je např. agresivita, která má velmi blízko opozičnímu chování, poruchy chování. Porucha opozičního vzdoru či ODD ( Oppositional defiant disorder) se objevuje až u 40% dětí, které trpí i syndromem ADHD. Hlavním problémem zde je vzdorovitost, neposlušání příkazů, hádky, odporování a porušování daných pravidel.. Mohou se objevit i poruchy chování, které se vyskytují u 14% nemocných ADHD. ( Goetz, Uhlíková, 2009) Munden a Arcelus ( 2002) uvádí až 60% dětí s ADHD, které jsou postihnuty i poruchou opozičního vzdoru.

Dalším příznakem může být velká výkonnostní variabilita při plnění zadaných úkolů a výsledky dětí velice výrazně kolísají. Jednou se jim vyřešení problémů podaří výborně a pohotově, podruhé se jim nedaří, vykonávají úkoly povrchně až ledabyle a někdy je zcela neakceptují a neplní, je snižená i jejich produktivita práce i v kooperaci s ostatními vrstevníky. ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006).

A dle Drtílkové ( 2007) se mohou objevit i potíže s vyjadřováním a lze vyzorovat i vady řeči či výslovnosti a často je nutná návštěva logopeda.

### 3. 6. Přidružené choroby

U dětí s ADHD se mohou vyskytovat i další problémy a choroby. Komorbidita, nebo-li výskyt více psychiatrických diagnóz u jedince s ADHD není neobvyklé a výzkumy uvádí téměř 60-70% dětí s ADHD, u kterých byla zjištěna přítomnost další poruchy. Mezi nejběžnější potíže, kterými mimo hyperkinetický syndrom mohou trpět, patří specifické vývojové poruchy učení (SPU) s výskytem asi u 30% jedinců, dále jsou to různé typy poruch chování, cca 14%, úzkostné poruchy s výskytem až 40% u školních dětí, deprese asi u 4% či tikové poruchy s četností asi kolem 10% z počtu dětí. (Goetz, Uhlíková, 2009).

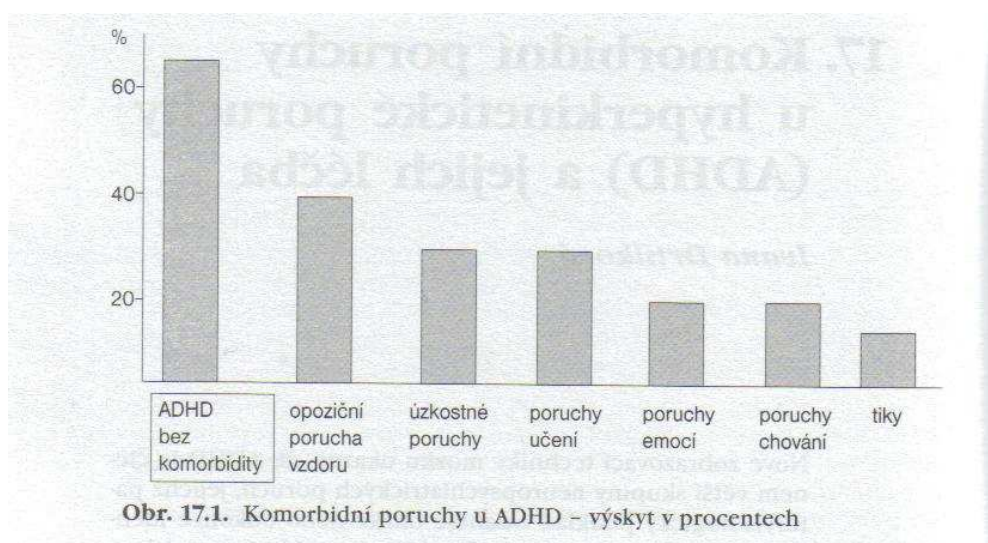
Munden a Arcelus (2002) dodávají, že ADHD může také provázet některé těžší diagnózy, jako je např. Tourettův syndrom či poruchy autistického spektra a to dětský autismus či Aspergerův syndrom.

Děti se syndromem ADHD také trpí vyšší mírou nemocnosti oproti jiným zdravým dětem a byl u nich zjištěn vyšší výskyt určitých chronických chorob včetně alergií a astmatu. Dále častěji trpí enurézou, zvláště noční a objevují se u nich časté poruchy spánku.

Jak uvádí Barkley (1990) tyto děti mají vyšší pravděpodobnost a náchylnost k dalším psychiatrickým obtížím a kromě již výše zmiňovaných poruch se u nich daleko častěji než u zdravých dětí objevuje i zánět středního ucha a vůbec obecně trpí více somatickými obtížemi. Největším problémem jsou však poruchy učení, které se vyskytují velmi často. Dle Amerického výzkumu dr. Barkleyho 25 – 36 % dětí s ADHD nedokončí střední školu.

Častá je také specifická vývojová porucha motorické funkce, někdy nazývaná jako syndrom neobratného dítěte. Dítě se tak prezentuje jako velmi nešikovné a neobratné. (Drtílková, 2007). Barkley (1990) uvádí až 50% dětí s ADHD, které mají zhoršenou motorickou koordinaci těla, která se projevuje jako jejich nápadná neohrabanost, pro kterou se často stávají terčem posměchu. Může tak i docházeti k nadměrným až nadbytečným motorickým pohybům a odráží se to v obtížích s psaním a rukopisem, který nebývá úhledný.

V některých případech se objevuje i balbuties, nebo-li koktavost, různé typy tikových poruch a poruch chování a je též časté zneužívání návykových látek v pozdějším věku dětí a celkově větší sklon k rizikovému chování. Fakt, že tyto děti se potýkají s dalšími různými obtížemi komplikuje správné stanovení diagnózy, ale i následnou péči a léčbu. ( Malá, 2001, sec. Cit. Kolčarová, Lacinová, 2008).



( Šerý, Drtílková, 2007, s. 184)

## **4. Příčiny**

### **4.1. Čím je ADHD způsobeno?**

Příčiny a vznik a syndromu ADHD a také jeho dílčích symptomů jsou způsobeny a ovlivněny mnoha různými faktory. ADHD je určitým ilustrujícím příkladem tzv. bio-psyho-sociální poruchy, která je způsobena různými vlivy prostředí a individuálního psychického a biologického uskupení jedince. ( Munden, Arcelus, 2002). A jak uvádí Šebek ( 1990) u každého jsou však příčiny zcela individuální, může jít pouze o jednu z nich, ale může se stát, že je porucha způsobena kombinací příčin, kdy některé z nich nemusí zcela poruchu „spustit“, ale mohou dílčí symptomy ADHD zesilovat. Avšak přesné a jasné příčiny syndromu ADHD stále ještě nebyly definovány a teorie se různí. ( Barkley, 1990).

Obecně však převažuje etiologie genetická, může ovšem jít i o organické či fyziologické příčiny či o řadu dalších faktorů. ( Drtílková, 2007).

### **4. 2. Genetické faktory**

Nejčastější a nejrozšířenější příčinou ADHD jsou genetické predispozice. Je výzkumy doloženo, že se v některých rodinách syndrom ADHD vyskytuje opakovaně. ( Riefová, 1999). Jak uvádí Barkley ( 1990) během svého výzkumu vysledoval stejné příznaky, které se vyskytovaly u dětí se syndromem ADHD také u jejich rodičů a to až u 50%. Genetické činitele hrají tedy u této poruchy velmi významnou roli. Dle Paclta, Ptáčka, Floriána, 2006 je odhad dědičnosti rysů tohoto syndromu mezi 30 až 50%.

Genetika hyperkinetické poruchy se stala předmětem velkého zájmu a zkoumání v posledních patnácti letech a byly zaváděny nové metody molekulární biologie do psychiatrického výzkumu. V roce 1990 v něm byla poprvé použita



metoda řetězové polymerázové reakce ( Polymerase Chain Reaction – PCR ) a vznikl tak nový obor molekulární psychiatrie, která se mimo jiné zabývá studiem syndromu ADHD. ( Šerý, Drtílková, 2007).

Studie také prokázaly, že u mužů, kteří trpí ADHD je pětikrát vyšší pravděpodobnost, že jejich děti budou později trpět stejným typem poruchy ve srovnání s normálními jedinci. ( Drtílková, 2007). A Munden a Arcelus ( 2002 ) také dodávají, že nebezpečí zdědění této poruchy od příbuzného druhého stupně je vyšší celkově po mužské linii, tj. po dědečcích či strýcích, proti linii ženské, tj. babičkách či tetách.

Dle řady výzkumů se na přenosu ADHD podílí několik určitých typů genů. *„Značný význam je přikládán vrozenému genetickému defektu, který ovlivňuje metabolismus a funkce dopaminu a noradrenalinu, což jsou látky, které umožňují přenos signálů v různých částech mozku.“* ( Drtílková, 2007, s. 47). Taktéž Munden a Arcelus, 2002 uvádějí jako příčinu pozmeněného vzorce mozkové aktivity, který se u postižených ADHD objevuje, konkrétní podobu genu pro receptor dopaminu D4, jeví se totiž, že má mnoho variant a jedna konkrétní z nich se vyskytuje hojně u lidí s ADHD.

V Americe byl proveden výzkum, který ukázal, že určité choroby, které jsou uvnitř spřízněné a zároveň se i překrývají jako je ADHD, Tourettův syndrom, poruchy chování či poruchy opozičního vzoru jsou pravděpodobně zapříčiněny sdílenými genetickými anomáliemi ( Comings, 1990, sec. Cit. Munden, Arcelus, 2002).

Výsledky některých molekulárně genetických studií z poslední doby také vedou k možnosti, že *„specifické polymorfismy genů a jejich kombinace mohou podmínit vznik určitých subtypů hyperkinetické poruchy se specifickou symptomatologií.“* ( Šerý, Drtílková, 2007, s. 43 ).

Závěrem lze říci, že genetický podklad je jeden z nejvýznamnějších faktorů, který způsobuje syndrom ADHD, je nutno však zdůraznit, že dědičnost je záležitostí velmi složitou a podílí se na ni mnoho genů a spousta dalších okolních vlivů.

Výzkumné studie však ukazují, že dědičný základ ADHD má téměř 80% podíl na vzniku této poruchy. ( Goetz, Uhlíková, 2009).

*„ Děti přicházejí na svět s různě velkou náchylností ( vulnerabilitou ) ke vzniku hyperkinetické poruchy ( nebo ADHD ), která je naprogramovaná geneticky.“* (Drtílková, 2007, s. 47 ).

### 4. 3. Fyziologické příčiny

Mnoho odborníků a specialistů popisuje a nazývá syndrom ADHD poruchou neurologickou, která postihuje určitou oblast mozku, jež se podílí na řízení impulsů a třídí také smyslové vjemy jedince a ovládá schopnost koncentrace. ( Riefová, 1999). Jako nejpravděpodobnější zdroj obtíží se jeví oblast spojující prefrontální krajinu a limbický systém, a to především striatum, což je oblast, která zodpovídá za učení stimulací, pozornost a útlum reakcí. ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006). Dle tohoto úhlu pohledu na poruchu se odborníci snaží najít příčiny biologické. *„ U hyperkinetické poruchy dochází k chybnému fungování některých neuronálních okruhů v mozku, které souvisejí s nerovnováhou takzvaných neuropřenašečů ( neurotransmiterů ).“* (Drtílková, 2007, s. 49). Dále je nazývá tzv. „ chemickými posly mozku“, které přenáší signály a impulsy mezi jeho určitými oblastmi.

Dle Riefové ( 1999 ) je to způsobeno nerovnováhou nebo též nedostatečným množstvím dopaminu, což je chemická látka, která přenáší již výše zmiňované nervové signály. Dále dodává, že při soustředění mozek normálního jedince uvolňuje poměrně mnoho přenašečů signálů mezi neurony. Díky tomu je pak člověk schopen se soustředit na určitou jednu věc či činnost a nenechá se rozptylovat jinými okolními podněty. Jedinci s ADHD však dle autorky trpí nedostatkem těchto přenašečů.

Jak ale uvádí Drtílková ( 2007 ) pro tuto schopnost jsou nezbytně důležité dva neuropřenašeče, a to dopamin a noradrenalin. U těchto dvou nejvýznamnějších neurotransmiterů byly zjištěny jisté odchylky v souvislosti s ADHD. Dopamin se

podílí na kontrole pohybové aktivity a také na její koordinaci, řídí také reakce na podněty a ovlivňuje pozornost. Druhý neuropřenašeč noradrenalin je významný pro svou úlohu při řízení spánku a bdění a také hraje roli v udržování pozornosti. Celou důležitost těchto dvou neurotransmitterových systémů, které zprostředkovávají výměnu informací neboli přenos vzruchu mezi ostatními mozkovými buňkami, potvrzuje účinek léčebných psychostimulujících léků, které mají za úkol stimulovat právě tyto neuropřenašeče a zvyšovat jejich aktivitu. ( Drtílková, 2007, dále např. Goetz, Uhlíková, 2009).

Dle Barkleyho ( 1990 ) však pouhá reakce na tyto léky a následná zlepšení však sama o sobě nestačí pro průkaznost hypotézy o neurochemické abnormalitě, která je příčinou ADHD. Dodává, že se ale vyskytují jiné jasné důkazy z výzkumů o složení mozkomíšního moku dětí se syndromem ADHD, ve kterém byla prokázána snížená hladina dopaminu ve srovnání se zdravými dětmi. „ *U dětí s hyperkinetickým syndromem se vyskytují nižší hladiny dopaminbetahydroxylázy ( Freedman a kol., 1972; Paclt, Koudelová, 1997) a vyšší hladiny monoaminoxidázy ( Young a kol., 1980), což ukazuje na sníženou dopaminergní a noradrenergní transmissi ve srovnání se zdravými jedinci.*“ ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006, s. 16).

U jedinců trpící syndromem ADHD byly také nalezeny určité jemné, ačkoli zřetelné odchylky jak ve stavbě, tak ve funkci mozku. ( Castellanos a kol. 1996, sec. Cit. Koukolík, Drtilová, 2001). A jak uvádí i Barkley, 1990, určitá neuropsychologická vyšetření prokázala deficity ve funkci čelního mozkového laloku u dětí s ADHD. Studie též ukázaly, že tyto děti mají menší „ *oblasti mozkové tkáně v pravém frontálním laloku.*“ ( Munden, Arcelus, 2002), která řídí plánování a ovládání podnětů jedince. Drtílková ( 2007) dodává, že jedinci s ADHD mají menší celkový objem mozku, dále zmiňuje také odchylky v jeho struktuře a také tito jedinci trpí sníženým metabolismem některých jeho částí např. v již výše zmiňovaném čelním laloku. Důležitým faktem je ten, že menší celkový objem a hmotnost mozku neznamenaí ihned nízkou inteligenci.

Dle některých vyšetření však jedinci se syndromem ADHD při řešení různých úkolů používají a zapojují jiné a odlišné části mozku než ti zdraví a je vykázána právě nižší aktivita nejen prefrontální kůry, ale i bazálních ganglií. ( Goetz, Uhlíková, 2009). „*ADHD je poruchou, která úzce souvisí s problémy ve vývoji a funkci zejména čelního mozkového laloku a jeho propojení s podkomorovými centry.*“ ( Goetz, Uhlíková, 2009, s. 67).

Jiné výzkumy zase prokázaly, že se u dětí s ADHD objevuje v určitých částech jejich mozku redukováný průtok krve, který může mít podíl na vzniku některých ze symptomů ADHD. A oproti zdravým dětem byl u dětí s ADHD zjištěn menší corpus callosum, což je „*svazek nervových buněk spojující pravou a levou hemisféru, a umožňující tak integraci informací zpracovaných v obou hemisférách.*“ (Munden, Arcelus, 2002, s. 53).

Jak uvádí Šebek ( 1990 ) u dětí trpících syndromem ADHD byla také zjištěna „*slabší vzrušitelnost vegetativního nervového systému.*“ ( Šebek, 1990, s. 31 ).

Současné výzkumy a badatelé přicházejí se spoustou různorodých přístupů a modelů, které se zabývají etiologií ADHD. Některé z nich zdůrazňují právě biologické faktory. Např. neurobiochemický model, který hodnotí ADHD jako psychomotorickou poruchu, která je způsobena poškozením podkomorových struktur, které hrají důležitou roli v zabezpečování souhry mezi volnými a mimovolnými pohyby. ( Kotasová, 1999, sec. Cit. Drtílková, Šerý, 2007).

Je nutno ovšem zdůraznit, že nejnovější pojetí ADHD, klasifikované dle DSM-IV se zabývá deskriptivním hodnocením poruchy na základě dílčích symptomů, na kterých je postavena i celá diagnóza a příčiny syndromu zde nehrají důležitou roli, jak tomu bylo v pojetí dřívějším užívaným název LMD. ( Kolčarová, Lacinová, 2008).

#### 4. 4. Organický původ poruchy ADHD

Mezi nejčastější organické příčiny patří řada exogenních faktorů, zejména komplikace v perinatálním období dítěte. Jedná se především o těžké a zdlouhavé porody a jejich možné komplikace, jako je například přidušení dítěte či stlačení jeho hlavičky při porodu, což může vést k poškození mozku, které může být zapříčiněno i jeho nedostatečným okysličením. ( Šebek, 1990) Důvodem je skutečnost, že *„mozkové struktury zapojené do vývoje ADHD jsou obzvláště citlivé na hypoxické poškození během porodu.“* ( Munden, Arcelus, 2002, s. 57). Řada retrospektivních výzkumů také prokázala hojný výskyt těžkých porodů u dětí s ADHD či jejich nízkou porodní hmotnost, které byla také připisována rizika vzniku hyperaktivity u dětí. (Barkley, 1990). Asfyxie (nebo-li nedostatek kyslíku ) dítěte při porodu a také krvácení do mozku mohou jistým způsobem být brány jako jedny z možných příčin ADHD. ( Vágnerová, 1997). *„ Pokud je při porodu z libovolné příčiny omezen přísun krve, je striatum ( část mozku, která má při ADHD narušenou funkci) ve velkém nebezpečí poškození, protože je situováno v mozkové cirkulační síti ve vodním stínu.“* ( Luk a Lenung, 1989, sec. Cit. Munden, Arcelus, 2002, s. 57).

Dalšími možnými organickými příčinami mohou být plodová tíseň ( fetal distress ), klešťový porod, toxémie tj. akutní onemocnění cévního systému matky během těhotenství či eklampsie, při které dochází ke křečím až bezvědomí a je tak v ohrožení jak matka, tak plod. ( Hartsough a kol.,1985 sec. Cit. Paclt, Ptáček, Florián, 2006).

Mezi další okolnosti, které mohou mít za následek ADHD je možné považovat úrazy hlavy vzniklé např. při dopravních nehodách či encefalitidu. ( Munden, Arcelus, 2002). ADHD tak může být způsobeno významnou poruchou nebo neurologickým zraněním určitých drah či center nervové soustavy a nemusí být podmíněno geneticky. ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006).

## 4. 5. Jiné možné etiologie

Vliv prostředí a působení různých vnějších faktorů v prenatalním období jedince může být další možnou příčinou vzniku syndromu ADHD. Tato etiologie je velmi diskutována a někteří odborníci je zcela nepodporují. Tyto příčiny však hrají důležitou roli ve vývoji obtíží a projevu symptomů a podílí se také na utváření negativního chování, je však zřejmé, že nejsou prvotní, ale řadí se mezi rizikové faktory. ( Vágnerová, 1997).

Mezi exogenní a velmi negativně působící faktory patří konzumace alkoholu, užívání drog a zejména kouření žen během těhotenství znamená vystavování plodu toxickým látkám a jejich následným vlivům na jeho vývoj, což zvyšuje riziko vzniku ADHD. ( Riefová, 1999). Čtyřicet klinických studií také potvrdilo výrazný vliv těchto rizikových negenetických faktorů. ( Drtílková, 2007).

*„ Nikotin a další složky tabákového kouře, které procházejí placentou, tedy ovlivňují nežádoucím způsobem mozek vyvíjejícího se plodu.“* ( Koukolík, Drtilová, 2001, s. 194, dále např. Riefová, 1999, Goetz, Uhlíková, 2009). Dodávají také, že dle výzkumu 22% matek dětí, kterým bylo ADHD diagnostikováno, kouřilo během gravidity. Fakt, že matky „ kuřačky“ rodí více dětí s ADHD oproti matkám „abstinentkám“ potvrzuje i Barkley ( 1990 ). Vágnerová ( 1997 ) zmiňuje též velmi negativní vliv nikotinu matky na dopaminový systém vyvíjejícího se plodu. Kromě těchto vlivů v prenatalním období, je možné zmínit další těhotenskou komplikaci, jež může být příčinou syndromu ADHD a to jsou různé infekce matek v době těhotenství, které znamenají dlouhodobý snížený přísun kyslíku pro plod. (Goetz, Uhlíková, 2009).

Okrajově bývá též zmiňováno negativní působení životního prostředí a vliv toxinů, zejména olova a mědi. Jejich vyšší hladiny v krvi dětí lze spojovat se silnější náchylností ke vzniku hyperaktivity a nepozornosti. Působí v těle totiž jako neurotoxiny, které tak zvyšují u dětí dráždivost. ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006). V některých případech je tedy možné hovořit o mírném typu chronické otravy

olovem. ( Šebek, 1990). Objevují se i názory, že hyperaktivita u dětí může být zapříčiněna „*poruchou metabolismu enzymů, na něž působí kovové prvky v krevním séru.*“ ( Šebek, 1990, s. 22).

Některé z publikací zdůrazňují i uplatnění sociokulturních vlivů a důležitost všech vnějších faktorů z prostředí, ve kterém dítě žije na spolu-vzniku syndromu ADHD, jelikož dle nic „*výchova a postoje rodičů mohou mít určitý podíl na frekvenci a intenzitě nežádoucích projevů.*“ ( Zelinková, 2003, sec. Cit. Kolčárková, Lacinová, 2008).

Nepříznivé sociokulturní podmínky umocňují pravděpodobnost projevení poruchy a zejména v situacích, kdy se kumulují. Jedná se zejména o dysfunkční rodinu, konfliktní a disharmonické prostředí, psychopatologie u rodiče a to především pokud se týká matky. ( Drtílková, Šerý, 2007). Míra a závažnost nepříznivého sociálního tlaku je možné zjistit, změřit a přesně určit objektivním měřením pomocí tzv. Rutterova indexu psychosociální tísně ( Rutter's Adversity Index). Pomůže nám tak nastínit a vystihnout míru bídy, chudoby a doprovodných jevů, které společně s nesouladem mezi rodiči, velkým počtem členů v rodině nebo kriminality rodičů jsou velmi významnými rizikovými faktory pro rozvinutí poruchy. ( Koukolík, Drtilová, 2001).

Jiné zdroje tuto etiologii ADHD nepodporují, avšak jsou i odborníci, kteří jejich vliv zcela nevylučují. Závěrem lze říci, že jako samostatné prvotní příčiny se tyto faktory neuvádějí, připouští se však jejich okrajový a spoluutvářející vliv. (Zelinková, 2003, sec. Cit. Kolčárková, Lacinová, 2008).

Šebek ( 1990) také uvádí, že existuje určitý počet hyperaktivních dětí, u kterých je neklid a jejich nesoustředěnost a četné poruchy pozornosti zapříčiněny přílišným zahlcováním podněty a mohou být doprovázeny i úzkostnými pocity.

Velmi originální pohled na psychosociální příčiny mají psycholožka J. Prekopová a lékařka Ch. Schweizerová ( 1994 ), které spojují vznik hyperaktivity se stresem a napětím, způsobenými neuspokojováním základních potřeb dítěte,

vyvolávající neklid, jenž se projevuje v tělesně podobě a vytváří se tak možnost vzniku organického poškození. Prvotní příčinou je dle autorek zčásti oslabení nervového systému dítěte a poté je nadměrná aktivita dotvářena výchovnými postoji, očekáváním a také citovými vazbami utvořených v rodině. Společenské klima a současné moderní pojetí společnosti považují za velmi důležitý jev, který negativně ovlivňuje rodiče i děti. ADHD dle nich vykazuje charakteristické rysy civilizační choroby, kdy příklad panovačného dítěte odráží touhu po moci materiálně založené a bohaté společnosti a celkově hodnotí tuto poruchu jako důkaz a důsledek nemocného ducha doby. „ *Hyperaktivní chování u dítěte je odrazem hektiky naší doby.*“ (Prekopová, Schweizerová, 1994, s. 10).

Objevují se i určité hypotézy o vlivu složení stravy, která může do jisté míry ovlivňovat chování. Existuje řada spekulací o možnosti vlivu stravy na vznik symptomů ADHD. Prokázalo se, že některé potraviny mohou u některých dětí s ADHD jejich projevy zesilovat. (Munden, Arcelus, 2002). Tuto možnost připouští i Prekopová a Schweizerová, 1994, alergie, nebo-li nesnášenlivost určitého druhu potraviny může být spojena se zhoršujícím se stavem hyperaktivního dítěte. V případě, že se prokáže určitá nesnášenlivost nějaké potraviny, je dobré dodržovat dietu a poté se neklid zmírní.

Šebek (1990) zmiňuje výzkum, který byl proveden americkým alergologem dr. Benem F. Feingoldem, který hovoří o určitých potravinářských přísadách a barvivech, jež mohou zhoršovat poruchy soustředění, nepozornost, neklid až podrážděnost. Zavedl poté léčbu neklidu, která spočívala právě v dietě.

„ *Dietetická opatření sama o sobě nestačí k tomu, aby se odstranily symptomy ADHD. Pokud rodiče vypozerují, že některá jídla ( patří sem bonbony a jiné sladkosti) u dětí symptomy zhoršují, stojí za to se jim vyhnout.*“ (Munden, Arcelus, 2002, s. 57).

Na závěr je nutné zdůraznit, že na každý organismus vždy působí vnější vlivy, který si každý individuálně zpracovává a reaguje na ně. Záleží však i na jeho vlastních kompenzačních schopnostech, jak se s různými negativními faktory a pozdějšími nedostatky vyrovná. „ *Výsledkem interakce jednotlivých dílčích faktorů je*



*velká variabilita příznaků.*“ ( Vágnerová, 1997, s. 47). Existuje tak i různá míra závažnosti poruchy, která je zcela nestabilní a vývojově proměnlivá. ( Vágnerová, 1997).

Příčiny ADHD jsou mnohočetné a je velmi těžké až nemožné zcela vystihnout „*složitou psychiku hyperaktivního dítěte*“ ( Šebek, 1990, s. 51). Tím, že každé dítě s ADHD je jiné a má své zcela individuální projevy, má i své specifické možné i prokazatelné příčiny. ( Šebek, 1990).

## 5. Diagnóza ADHD

Diagnostika hyperkinetického syndromu není snadnou záležitostí. V jejím procesu hledání a identifikování poruchy je třeba zvážit řadu faktorů, které mohou symptomy ADHD vyvolávat, či zdánlivě připomínat. ( Drtílková, 2007).

### 5. 1. Stanovování diagnózy ADHD

Proces stanovování diagnózy ADHD ztěžuje a komplikuje fakt, že neexistují žádné správné a jasné diagnostické testy, které by poruchu přesně určily. Syndrom ADHD je řazen mezi tzv. spektrální poruchy, a proto se symptomy vyskytují u jedinců ve velmi různých stupních závažnosti. Může se jednat o závažný typ, který svými výraznými a nápadnými projevy upoutává pozornost a usnadňuje tak diagnostiku. Je však těžké odlišit mírnou poruchu ADHD od určitých situačních změn chování zdravých jedinců. ( Munden, Arcelus, 2002).

*„ Přítomnost jiných poruch může symptomy ADHD zakrýt, a některé symptomy ADHD se mohou naopak objevit i u jiných poruch.“* ( Munden, Arcelus, 2002, s. 59). Proto je důležité u jedince odhalit skryté symptomy ADHD včas a poté je vyhodnotit, v jaké míře se projevují v jeho chování. ( Munden, Arcelus, 2002).

Nejdůležitější však není poruchu označit přesným odborným termínem a přímo ji pojmenovat, záleží na tom, co z tohoto zjištění plyne. Diagnóza by měla pomoci nejen dítěti s poruchou, ale i jeho okolí. Označení správné poruchy však nesmí *„ vytvářet v dítěti úzkost a v rodičích pocit ponížení, ale naopak: snímá z dítěte nespravedlivé nálepky a přináší mu osvobození od jejich výchovných důsledků.“* (Šebek, 1990, s. 68). Šebek ( 1990 ) též zdůrazňuje důležitost následné naděje pro budoucí zlepšení, nápravu a vhodný způsob terapie, čímž se diagnostikování poruchu poměrně zlomovým momentem pro další možný a nadějný vývoj dítěte. Také zdůrazňuje úkol odborníků ukázat cestu *„ jak tuto naději proměnit ve skutečnost.“*

(Šebek, 1990, s. 68). Při přijetí diagnózy se však objevuje i riziko využití tohoto „zaškatulkování“ jako určitou omluvu pro jakékoli společností nepřijatelné chování a dítě se tak může snažit vyhnout odpovědnosti za své chování. „Nálepka“ hyperaktivního dítěte, kterou každá diagnóza přináší může i podněcovat základní projevy poruchy. Na druhou stranu pro rodiče je to často, ne však vždy, pomoc a osvobození od pocitu viny ze selhání ve výchově. Přidělení diagnózy ADHD má tedy své klady i zápory. ( Train, 1997).

## 5. 2. Kdo stanovuje diagnózu ADHD ?

Určení diagnózy ADHD je předmětem práce mnoha odborníků. Náleží speciálním pedagogům a také psychologům v pedagogicko – psychologických poradnách či speciálně pedagogických centrech, ale i psychiatrům a neurologům. Zřídka se objevuje i diagnostikování poruchy praktickým dětským lékařem. (Žáčková, Jucovičová, 2000). Významným a velmi cenným diagnostikem je učitel dítěte ať už v mateřské či základní škole, který tráví s dítětem hodně času. Nejdůležitějším zdrojem informací jsou však rodiče, především matka dítěte, která může zhodnotit retrospektivně jeho celkový vývoj. ( Šerý, Drtílková, 2007). Rodiče a učitelé také podávají důležité údaje o četnosti výskytu symptomů a popisují detailně konfliktní situace, do kterých se dítě dostává. ( Zelinková in Kucharská ed., 2000)

V případě, že někdo v okolí dítěte má podezření, že něco není v nepořádku či se objeví laicky stanovená diagnóza hyperaktivity nebo poruch pozornosti, je vždy třeba vyhledat odbornou pomoc. Aby se mohla stanovit přesná diagnóza „ *je nutné získat vyšetření kvalifikovaného a dostatečně zkušeného odborníka.*“ ( Munden, Arcelus, 2002, s. 60). Celá porucha ADHD a její dílčí symptomy, kterými může dítě trpět je „ *velice složitým jevem, ke kterému je potřeba postupovat komplexně.*“ ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006) A na základě těchto komplexních informací obdržených od různých cenných zdrojů jako je již zmiňovaná rodina dítěte či jeho pedagog, daný

odborník získává společně s těmito fakty a provedením odborného vyšetření celkový obraz onemocnění, kterým dítě trpí. ( Goetz, Uhlíková, 2009).

Celkové vyšetření dítěte zahrnuje velmi pečlivé zvážení a posouzení symptomů, zohledňuje jeho celkový zdravotní a psychologický stav a stává se také z psychiatrické, psychologické, studijní, osobní a rodinné anamnézy získaných z klinických pozorování, lékařských zpráv, rozhovorů a vyšetření. V neposlední řadě je prováděn rozhovor s dítětem. ( Munden, Arcelus, 2002).

*„Diagnóza se proto skládá jako mozaika z jednotlivých výsledků různých vyšetření, jejichž potřebný rozsah většinou určuje dětský psychiatr ve spolupráci s dalšími odborníky.“* ( Drtílková, 2007, s. 55). Pokud se potvrdí, otevírají se možnosti léčby a reedukace.

*„Diagnóza ADHD může v neposlední řadě být také přijatelným vysvětlením pro problémy dítěte.“* ( Kolčárková, Lacinová, 2008, s. 33).

### **5. 3. Diagnostická kritéria, postupy**

K tomu, aby byla určena jakákoli diagnóza je zapotřebí sledovat určité symptomy poruchy. K základním symptomům syndromu ADHD řadíme nedostatečnou schopnost soustředění, impulsivitu a hyperaktivitu. Příznaky se vyskytují v různých stupních závažnosti, jelikož se jedná o spektrální poruchu. Pro stanovení diagnózy není však důležité v jakém stupni se příznaky vyskytují, přestože nápadnější projevy urychlují její proces, ale důraz je kladen na jejich četnost a dlouhodobý výskyt. ( Kolčárková, Lacinová, 2008).

Ať už budeme poruchu nazývat poruchou hyperkinetickou či syndromem ADHD, hlavní je fakt, že se projeví v ranném období vývoje dítěte, obvykle již v prvních pěti letech života. (Šerý, Drtílková, 2007). Pohybová aktivita je u malých dětí jevem normálním a do tří let jejich věku roste, poté se však začne snižovat. U dětí s ADHD tomu tak není. Aby však byly tyto symptomy brány jako klinicky významné *„ musí se vyskytovat ve významném počtu a v dostatečném stupni vážně postihovat*

*schopnosti daného jedince. Rovněž se musí vyskytovat v rozsahu, který překračuje meze normální pro jedince daného věku a vývojového stádia.*“ ( Munden, Arcelus, 2002, s. 21). Důležité také je, že symptomy přetrvávají u jedince dlouhou dobu a stávají se tak jeho součástí. „ *Neklid se stává poruchou, jakmile zůstává trvalým rysem chování dítěte, který je nezávislý na situaci a momentálním duševním stavu, nebo je závislý jen částečně.*“ ( Šebek, 1990, s. 17). Dalším závazným kritériem je výskyt příznaků minimálně po dobu šesti měsíců. ( Goetz, Uhlíková, 2009). Základní symptomy poruchy ADHD jsou nápadně stálé v průběhu času a včetně vzorce chování těchto dětí zůstávají nezměněné v průběhu týdnů i měsíců a většinou i let. (Munden, Arcelus, 2002). Důležitým faktorem pro to, aby se porucha mohla kvalifikovat jako syndrom ADHD je výrazný rozpor mezi jeho učební schopností a produktivitou, tj. kapacitou a intelektovými schopnostmi. ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006).

Každé hodnocení a posuzování stavu dítěte je však do určité míry záležitostí relativní a je závislé na situaci a také na hodnotiteli, „ *jeho aktuálním stavu, frustrační toleranci, názorech a postojích.*“ ( Vágnerová, 1997, s. 41). Záleží tedy nejen na odborníkovi, který poruchu posuzuje, ale také různých parametrech pro zjišťování, které lze použít na základě mezinárodních klasifikačních systémů. Na prvním místě je však snaha pomoci dítěti zbavit se nálepky neposlušného dítěte, jelikož „ *ADHD představuje menší stigma než již zmíněná nevychovanost.*“ (Kolčárková, Lacinová, 2008, s. 21).

### **5. 3. 1. Klasifikační systémy poruchy ADHD**

V současnosti existují dva základní klasifikační systémy, které obsahují soubory všech diagnostických kritérií, které je nutné splňovat k potvrzení a přiřazení diagnózy ADHD, a kterými se odborníci řídí.

Prvním je Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace, nazývaný Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize ( The International Classification of

Diseases, 10th edition), zkráceně MKN-10, který je běžně užívaný u nás nebo také v Británii a pracuje s názvem hyperkinetické poruchy, značené F90. Tato klasifikace pro diagnostikování poruchy vyžaduje výskyt obou hlavních rysů, a to narušenou pozornost a hyperaktivitu a musí být viditelné ve více než jen v jedné situaci. Zmiňuje se zde také diferenciální diagnóza, která se užívá v případě, že tato kritéria nejsou přesně splněna a je možné zařadit ji do dalších podtypů. Kategorie hyperkinetických poruch F90 zahrnuje ještě poruchu aktivity a pozornosti F90.0, dále hyperkinetickou poruchu chování F90.1, skupinu jiných hyperkinetických poruch F90.8 a hyperkinetickou poruchu nespecifikovanou F90.9. ( MKN, 1992)

Dle klasifikačního systému vytvořeného ve Spojených státech Amerických, Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí, čtvrté revize (The Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition), DSM-IV se nazývá porucha: syndrom ADHD. Dle této klasifikace se nemusí objevovat všechny symptomy, stačí pouze některé z nich, které se vyskytují před 7. rokem života dítěte a některé z nich se mohou objevovat na dvou či více místech. ( Munden, Arcelus, 2002). Rozdíl mezi těmito dvěma systémy byl zmíněn již v kapitole 1. Definice, vymezení pojmu.

#### **5. 4. Zaměňované poruchy aneb „špatná diagnóza“**

Stanovování diagnózy ADHD je velmi složité a existuje řada dalších psychických i somatických onemocnění, která mohou být za ADHD zaměňována. Mezi takovéto poruchy můžeme zařadit lze zařadit potíže se sluchem či zrakem, které mohou dětem znesnadnit orientaci v běžném životě a škole. Další možnou zaměňovanou poruchou je epilepsie. Ta je jednou z nejzávažnějších a také nejběžnějších chronických neurologických poruch a některé z jejích symptomů jsou podobné ADHD a to snížená schopnost soustředění, neklid a narušené chování. Při neurologickém vyšetření se pak prokazují mozkové abnormality. Není však vyloučené, že dítě s epilepsií nemůže trpět i ADHD, je tu však vyšší riziko

nevhodnosti léku užívaných při poruše ADHD, které mohou zvyšovat četnost epileptických záchvatů. Spánkové deficity či přímo chronický nedostatek spánku může dítěti zhoršovat schopnost soustředění, emoční ladění a způsobovat podrážděnost. Dalším jiným problémem je užívání drog či jiných léků, které mohou mít vedlejší účinky a vyvolávat tak symptomy podobné ADHD. Či se může jednat o jiné různé psychické poruchy, např. o obsedantně- kompulzivní poruchu. ( Munden, Arcelus, 2002).

## 6. Reedukace, Léčba

Hlavním cílem léčby a reedukace dětí se syndromem ADHD je pomoci mu si zvyknout na určitý denní režim, naučit se využívat své inteligence a potenciálu ve škole, vylepšit vztahy mezi vrstevníky a začlenit ho do kolektivu. (Goetz, Uhlíková, 2009). Je ovšem nutné zdůraznit, že na tento typ poruchy nebyl dosud nalezen žádný lék, který by ji kompletně vyléčil, existuje však mnoho jiných léčebných a reedukačních prostředků, které mohou usnadnit život s touto poruchou. (<http://www.russellbarkley.org/adhd-facts.htm>, 21.11.2009).

### 6. 1. Druhy odborné pomoci

„ *Pochopitelným základem kvalitativní léčby hyperaktivních dětí je dobře stanovená diagnóza.*“ ( Šerý, Drtílková, 2007). Základním východiskem pro výběr vhodného nápravného či léčebného prostředku pro dítě se syndromem ADHD je tedy důkladné prostudování všech získaných informací během diagnostikování poruchy a „ *na základě syntézy poznatků vytyčujeme hlavní postupy při reedukaci.*“ (Kolčárková, Lacinová, 2008). Důležitým faktorem je také závažnost poruchy, druh a stupeň projevů. Prekopová a Schweizerová ( 1994) doporučují řadu terapeutických aktivit založených na psychologickém podkladě. Dle současných výzkumů se mezi dva nejzákladnější a nejúčinnější reedukační postupy řadí farmakoterapie a dále psychoterapeutické, behaviorální techniky avšak nejúspěšnějším způsobem nápravy je kombinace obou. ( Šerý, Drtílková, 2007). Důležité jsou i jistá režimová a výchovná opatření a stanovení jasných pravidel. (Goetz, Uhlíková, 2009). „ *Jde o to vytvořit jakousi terapeutickou alianci, která spolupracuje na komplexní léčbě.*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 81).

Ve většině případů se začíná pedagogicko- psychologickými opatřeními a terapií a pokud nejsou příliš účinné a dostačující, přechází se na farmakologickou



léčbu. Každý případ je však zcela individuální. Záleží však také na odborníkovi, ke kterému jde dítě na vyšetření. Je zřejmé, že psycholog provádí především psychoterapii, nazývanou „léčení slovem“, avšak psychiatr, což je lékař, při stanovení diagnózy v odůvodněných případech předepisuje léky. Psychiatr, jakožto lékař může provést více různých vyšetření, které mu pomohou diagnózu stanovit. Zjišťuje tělesný stav jedince, provádí neurologické orientační vyšetření a je možné provést vyšetření mozku, moderní zobrazovací metodou, zejména EEG (elektroencefalogram), ( dále např. CT, MR,.. a další). ( Drtílková, 2007). Elektrická aktivita mozku některých hyperaktivních dětí je dost nepřiměřená jejich věku a řadili bychom ji k dětem zdravým, avšak mladšího věku. (Šebek, 1990). U většiny dětí, které ADHD trpí byl při tomto vyšetření nalezen určitý abnormální či atypický záznam, ten ovšem není sám o sobě důkazem o ADHD, avšak je-li odhalen a vyskytuje se společně se základními symptomy ADHD ulehčuje stanovení diagnózy. ( Goetz, Uhlíková, 2009).

## **6. 2. Farmakoterapie**

V současné době se při léčbě syndromu ADHD používají dvě základní kategorie léků a to stimulancia a tricyklická antidepresiva. V některých případech se však užívají i jiné léky, je to však méně časté. ( Riefová, 1999). V naší republice je v současnosti registrován ze stimulancií pouze standardní methylphenidát, nebo-li Ritalin.( Šerý, Drtílková, 2007). Stimulancia jsou nejčastěji předepisovanými léky při poruše ADHD a jejich následný efekt je sledován již dlouhou dobu. Základem této léčby spočívá ve stimulaci a posilování funkce přenašečů signálů mezi neurony, která tak zlepšuje koncentraci dětí a také zeslabuje hyperaktivní a impulsivní jednání. (Riefová, 1999). Studie totiž prokázaly, že psychostimulancia ovlivňují velmi pozitivně nejen základní symptomy ADHD, ale výrazně snižují projevy impulzivní agresivity a na oblast sociálních interakcí mají velmi příznivý vliv. ( Šerý, Drtílková, 2007).

Goetz a Uhlíková ( 2009) uvádějí, že nejlepší doba pro začátek užívání léků je mezi 5. a 7. rokem života dítěte, než začne dítě chodit do školy. Tímto pak lze předejít případným školním neúspěchům a dalším problémům. Train, 1997 uvádí počet více jak 70% dětí trpících ADHD reaguje na léky velice příznivě.

Na počátku každé farmakoterapie je určitá zkušební lhůta, která pomáhá určit vhodný lék a také vhodné dávkování. ( Riefová, 1999). Následná „ *úspěšná farmakologická léčba hyperkinetických dětí má příznivý vliv na emoční klima v rodině, zlepšuje vztahy dítěte s matkou a sourozenci, snižuje hladinu stresu rodičů a přispívá k pozitivní interakci a komunikaci rodičů s dítětem.*“ ( Šerý, Drtílková, 2007, s. 143).

### **6.3. Další možné způsoby reedukace**

Mimo výše zmíněných standardních postupů léčby ADHD existují další alternativní přístupy k této poruše. Patří sem zejména diety, které jsou založené na eliminaci určitých potravin, u kterých se prokazatelně zvyšuje a zesiluje výskyt symptomů, je to však zatím vědecky nepodložené. Dalším častým reedukačním prostředkem je EEG trénink, tj. biofeedback, který „ *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.*“ ( Drtílková, 2007, s. 78). K tomu, aby byl dosažen určitý efekt léčby je třeba delší a velmi časté sezení a opakování tréninku, což je pro rodiče dítěte s ADHD poměrně náročné, navíc není hrazen pojišťovny a účinky nejsou zcela vědecky prokázány. ( Goetz, Uhlíková, 2009).

Největším rizikem užívání těchto alternativních prostředků a technik je možnost opoždění zahájení vhodné a účinné terapie. ( Drtílková, 2007).

## 7. Dítě s ADHD v mateřské škole

Jak uvádí Koukolík a Drtilová ( 2001) diagnóza ADHD by se měla stanovit až po 4. či 5. roce života dítěte. Jelikož před tímto věkem je určení poruchy obtížné a mělo by k tomu docházet jen ve výjimečných případech. Nicméně dodávají, že děti, kterým je později syndrom prokázán byly výrazně neklidné již ve věku kolem tří let. Jak ale uvádí MKN 10 ( 1992) velmi těžko se ADHD rozpoznává v tomto útlém věku kvůli větším rozdílům v normě.

Jak uvádí Weissová ( 1993) pedagog v předškolním zařízení se stává důležitým pozorovatelem, posuzovatelem a diagnostikem. Hlavním úkolem se pro něj stává rozpoznat „ pravé hyperaktivní děti“ oproti těm „ situačním“, u kterých se podobné symptomy ADHD vyskytují jen v některých situacích. Obecně dodává, že předškoláci s ADHD jsou pořád „ v jednom kole“, u ničeho vydrží a co je nejtěžší pro pedagogy v mateřských školách, vůbec neposlouchají. Přímé pozorování v mateřské škole se zaměřuje na dvě základní období dítěte během dne, a to na volnou hru a poté řízené aktivity. V první činnosti se rozdíl mezi „ pravými“ a „ situačními“ hyperaktivními dětmi neobjevil, avšak ve strukturované aktivitě založené na plnění příkazů a instrukcí jsou rozdíly markantní. Objevuje se obtěžování druhých dětí, hyperaktivními dětmi, pošťuchování, přerušování a překřikování ostatních, házení věcmi, kopání, bouchání a někdy i kousání jiných dětí. Tento rozdíl je tedy velmi cenným diagnostickým vodítkem pro učitelky v mateřských školách. Velmi nápomocné se v tomto případě jeví mít pedagogy dostatečně obeznámené, „trénované“ a informované v této oblasti. Následné diagnostikování ulehčí život a práci nejen jim, ale zejména postiženému dítěti.

Po třetím roce a s nástupem do mateřské školy se také počítá s větší výdrží dítěte při hře, očekává se jistá přizpůsobivost své činnosti ostatním dětem, jistý druh kooperace a schopnost soustředit se na kolektivní práci. Dětem s ADHD toto však dělá veliké potíže a tím se od ostatních dětí v mateřské škole liší, velmi výrazné je jejich nedostatečné sebeovládání, zejména v situacích, kde je nutné oddálit uspokojení některých potřeb. ( Šebek, 1990).

Pokud se dítě v mateřské škole stále jeví jako nezvladatelné, neposlouchá, je nepozorné a jeví známky hyperaktivity ve věku 3-4 let po dobu nejméně jednoho roku, je zde vysoká pravděpodobnost výskytu syndromu ADHD a příznaky časem nevymizí. Obecně tedy děti s ADHD v mateřské škole často pobíhají po třídě, vyskytují se zcela někde jinde, než zněla instrukce učitelky, jsou výrazně upovídané a hovoří hlasitě, a výrazně narušují hry a aktivity druhých dětí.

(<http://www.russellbarkley.org/images/BarkleyCh01.pdf>, 14. 1. 2010)

„ Podle švédských badatelů Ch. Kadesjö, B. Kadesjö, B. Hägglöfa a Ch. Gillberga ( 2001) jsou nadměrná aktivita a problémy se soustředěním ( na rozdíl od impulzivitu ) nespornými klinickými znaky již v předškolním věku, a je tudíž žádoucí začít s vhodnou intervencí již v tomto období.“ ( Kolčárková, Lacinová, 2008, . 38).

Výrazné projevy, odlišnosti a potíže dětí s ADHD v mateřské škole velice stresuje i rodiče, a proto je velmi nutná dobrá spolupráce pedagogů MŠ a rodinou. Volit vhodné přístupy jak k částečné adaptaci a později zejména při vzniku diagnózy. ( Munden, Arcelus, 2002).

## 7. 1. Přístupy k dítěti s ADHD

„ Zatímco běžné dítě je s to kompenzovat i méně příznivé výchovné a vzdělávací podmínky a postupy, dítě s ADHD vzhledem ke svým sníženým předpokladům vyžaduje mnohem kultivovanější vedení.“ ( Mertin, 2004, sec. Cit. Kolčárková, Lacinová, 2008, s. 46).

Žáčková a Jucovičová ( 2000 ) uvádí mezi hlavními zásadami výchovy a práce s dětmi s ADHD stanovení určitého řádu a jasných pravidel, které musejí děti dodržovat, dále zdůrazňuje potřebu být důslední ve výchově a především ji sjednotit zejména s výchovnými postupy školských zařízení. Dalším důležitým faktorem je zdůrazňování kladných stránek dítěte, nešetřit pochvalou, usměrňovat aktivitu a různé činnosti střídát s relaxacemi, které mají být krátké a dítěti příjemné. Riefová ( 1999) dodává, že by se měly objevovat zábavné, podnětné hry a tematické aktivity, aby se

v dítěti nevzbuzovala nuda a naopak podněcovala pozornost novými, neotřelými podněty. A důraz klade na určitý systematický přístup, který je strukturovaný, založen na jasných a předem daných pravidlech a doprovázen pozitivním přístupem pedagoga. Paclt, Ptáček, Florián ( 2006) zmiňují také nácvik žádoucího, pozitivního chování, učitelův optimismus a nácvik metakognitivních strategií. Významný je také oční kontakt a při případném upozorňování na chyby či vytýkání nevhodného chování je důležité dítěti zdůraznit, že se nám nelíbí určitý způsob jednání a to, co provedlo, aby se necítilo méněcenně nebo aby si nezačínalo myslet, že ho nemá nikdo rád. (Zelinková, 2003).

Na závěr je tedy nutné zdůraznit, že pedagog v mateřské škole by měl mít určité znalosti nejen k tomu, aby dokázal rozpoznat určitý, svým způsobem léčitelný problém a nezaměňoval ho za nepřípustné chování dítěte a projevování schválností, ale měl by mít i určité dovednosti a znalosti, jak s těmito dětmi pracovat. ( Goetz, Uhlíková, 2009). „ *Dobrá informovanost o ADHD může předejít řadě nedorozumění mezi učitelem, dítětem a jeho rodiči.*“ ( Goetz, Uhlíková, 2009, s. 132). Tím se dostáváme k druhému významnému bodu a to je důležitost spolupráce nejen učitelk MŠ s rodiči, ale také vzájemná spolupráce s dalšími odborníky. ( Munden, Arcelus, 2002).

### III. PRAKTICKÁ ČÁST

Empirická část diplomové práce se zabývá metodologií a výsledky provedeného kvalitativního výzkumného šetření. Jeho hlavním cílem bylo zjistit průběh a různé okolnosti vzniku diagnózy syndromu ADHD u dětí předškolního věku a její následný vliv v životě dítěte po jejím stanovení. Pozorování bylo podrobena šest dětí a dále byly provedeny rozhovory s jejich matkami a především s třídními učitelkami z mateřské školy. Ve třech případech proběhl i rozhovor s odborníky, kteří stanovili diagnózu ADHD.

#### 1. Cíl výzkumu

Cílem provedeného výzkumu bylo zjistit základní biografické údaje o dětech diagnostikovaných syndromem ADHD v předškolním věku, zhodnotit jejich kritické životní situace, které vedly k podezření a následně k identifikaci hyperkinetického syndromu.

Jedná se tedy o cestu a proces stávání se hyperaktivním dítětem a soužití s určitou „nálepkou“, které dítě při vyřčení ať už počáteční „laické“ diagnózy a později při jejím odborném potvrzení, obdrží. Hovoříme tu o jakémsi zhodnocení vzniku a „zrodu“ diagnózy ADHD u dětí v mateřské škole. Kladli jsme si také otázku, zdali je tato cesta nevyhnutelná, zdali děti a jejich rodiče tato označení integrují do svého obrazu, nebo zdali tato skutečnost nemění jejich náhled na sebe a na dítě.

Cílem též bylo shromáždit co možná nejrůznější pohledy na kritéria hodnocení dítěte jako hyperaktivního v předškolním věku a následné udělování nálepky či diagnózy.

Tato studie se také pokusí najít odpovědi na některé z těchto otázek:

Jak se vlastně projevuje dítě s ADHD v mateřské škole? Co bylo prvními signály, že se dítě zdálo „odlišné“ – hyperaktivní? Na čí podnět začalo hledání správné diagnózy? Bylo stanovení diagnózy zlomovým momentem? Jak probíhala spolupráce mezi všemi zainteresovanými stranami? (pedagogové, rodiče, odborníci)

## 2. Užité výzkumné metody

Jelikož hlavním cílem výzkumu bylo proniknout do podstaty vzniku diagnózy syndromu ADHD a všech jejích okolních vlivů, příčin a podnětů pro její stanovení a taktéž popsat její vliv v životě dítěte, byl proveden výzkum kvalitativní, který dává možnost prostudovat dané okolnosti hlouběji. Tímto označením také „*rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 10). Základním cílem tohoto typu výzkumu je tedy „*do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.*“ (Švaříček, Šeďová a kol., 2007, s. 24)

### 2. 1. Technika sběru dat

Pro provedení kvalitativního výzkumu byla užita zejména metoda pozorování, která slouží k popisu určitého chování a jednání pozorovaných jedinců a dále metody rozhovorů. Rozhovor je jednou z nejčastěji užívaných metod při provádění kvalitativního výzkumu, bývá nazývaný též rozhovorem hloubkovým (Švaříček, Šeďová a kol., 2007) a v této studii převažoval typ strukturovaného rozhovoru, nebo-li vycházejícího z předem připravených témat.

### 2. 2. Charakteristika výzkumného vzorku

Ve výzkumu o vzniku diagnózy ADHD v předškolním věku byly jako hlavní zkoumaní jedinci zvoleny děti se syndromem ADHD, již řádně diagnostikovaným. Analyzované děti byly ve věku od 4 – 6 let. Informace byly získávány od jejich matek a zejména od jejich učitelek z mateřských škol a okrajově dalších odborníků jak z kraje jihočeského, tak i z Vysočiny.

### **3. Prezentace výsledků**

Studie je založena na sběru dat a informací a jejich následné analýzy o dětech se syndromem ADHD získaných především od jejich rodičů, pedagogů a částečně i odborníků. Získané informace o daných jedincích jsou strukturovány do kasuistik, jež přináší základní poznatky o hlavních projevech poruchy u těchto dětí v mateřské škole a jejich sociálních vztazích, též o jejich rodinném soužití a v neposlední řadě cenné informace o procesu a dlouhé cestě ke vzniku a odbornému stanovení jejich diagnózy ADHD.

#### **3.1. Kasuistiky dětí**

##### **3.1.1. Ondrášek**

Rodinná anamnéza:

Ondráškovi jsou čtyři roky a sedm měsíců a nyní žije v „čerstvě“ neúplné rodině. Posledního půl roku, co se rodiče rozvedli, tráví nejvíce času se svým starším bratrem ( 11 let) , který navštěvuje základní školu, maminkou (35 let) a babičkou ( 58let). Tatínek (39 let) rodinu opustil s tím, že Ondráška a jeho poruchu již nezvládá. Ondráškovi se však dostává velké pomoci ze strany babičky, se kterou má dobrý vztah a staršího bratra, který je oproti „ živému“ Ondrovi velmi klidný, flegmatický a někdy působí až apatickým dojmem. „ Rodina“ se též vídá i s jinými vzdálenějšími členy rodiny, avšak s nikým nemá Ondrášek pevný vztah, kromě matky.

Sociální anamnéza, projevy v MŠ:

Samotná porucha přináší dítěti výrazné komplikace v sociální oblasti, jak už bylo zmíněno v teoretické části. Ondrášek, jakožto „ vyvrhel“ ze dvou školek neměl



s dětmi ani s učitelkami příliš dobré zkušenosti, nikde ho nechtěli, neustále byl okřikován a ve druhé školce byl i výrazně separován od dětí. Maminka při rozhovoru uváděla různé situace, jak ho nacházela ve školce, např. samotného v koutku třídy s hromadou vysypaných hraček a kostek a podrážděného či na zahradě samotného v altánu, do kterého kopal, nedaleko pískoviště, kde byly ostatní děti a učitelka. Zde, ani kdyby chtěl, žádné vztahy navázat nemohl a ani učitelka se nesnažila o rozvoj jeho sociálních dovedností. A do další školky vůbec nechtěl. „ *Byla jsem zoufalá, nikde nás nechtěli, fakt ho jako oddělovali od dětí, bylo mi tak líto a když jsem na to něco řekla nebo se zeptala proč to tak je, řekli mi, že až si ho pořádně vychovám, může mít v kolektivu. To jsem obřečela.*“

Po nástupu do třetí školky s ním nejdříve chodila jen na 2-3 hodiny maminka společně s asistentkou, kterou mu školka přidělila a on si na vše postupně zvykal. Po dvou týdnech chodil do školky již bez maminky. Asistentka zde sehrála velmi důležitou roli v začlenění Ondráška do kolektivu a nemenší podíl měly dvě paní učitelky, které přijaly nového kamaráda velice přívětivě. Děti jsou zde vedeni k toleranci a Ondrášek sám, pokud je dobře naladěný a má poměrně dobrý den, dostává za úkol řešit „ důležité“ úkoly, přinést tašku či hru, jít se podívat, kdo ťuká či být první, kdo dostane možnost promluvit při sezení v kruhu. Jedná se o jistou motivaci k plnění základních sociálních dovedností. Asistentku měl Ondrášek po dobu šesti a půl měsíce, v té době došlo k velkému pokroku v sebeovládání a tlumení pohybu. Byl totiž neustále neklidný, podupával nohama, hýbal se a houpal se na místě, šermoval kolem sebe neustále rukama, také prováděl nejrůznější a velmi hlasité zvuky. Jedna z jeho učitelek zmínila jeho potřebu se někdy i předvádět a dělat „ opičky“ zejména při svačince. Také u žádné činnosti nevydrží dlouho. Delší časový interval stráví u hry či hračky, kterou si zvolí sám, nikoli při řízené aktivitě, avšak sebemenší podnět či zvuk z okolí ho rychle rozptýlí a okamžitě hru či hračku opustí a věnuje se něčemu jinému. Je ale šikovný na úkoly jemné motoriky, což je u dětí s ADHD spíše ojedinělé. Výborným motivačním činitelem je pochvala a ocenění, když se mu něco povede, paní učitelka ho nahlas pochválí přede všemi a zatleská se mu, poté má větší chuť pokračovat či vydržet u činnosti o trochu déle.

Díky prvnímu adaptačnímu půl roku za pomoci asistentky se chování trochu zlepšilo. Stalo se, že občas chytil kamaráda příliš silně za ruku, zmáčknul ho z ničeho nic či mu skočil na záda, postupně se to však tlumilo. O kamarády však nikterak nestojí, ke hře je nepotřebuje, avšak je ve třídě jedna holčička, za kterou jde třeba požádat o pomoc, když mu nejde něco otevřít nebo rozbalit, či jí nese ukázat svůj výrobek nebo výkres a jde se jím za ní pochlubit. Děti si na Ondráška zvykli a díky výbornému vedení paní učitelek se ve třídě cítí dobře jak on, tak všechny ostatní děti. „*Někdy se třeba některé s dětí trochu naštvě, že mu něco zbořil, ale alespoň se tím učí soužití s jinými. Vadí to totiž hlavně Patričkovi, to je jedináček, takže pro něj je to jako výborná lekce*“ dodává paní učitelka. V případě, že někoho udeří či rozbortí vystavené stavebnice, má s paní učitelkou naučenou omluvu, že to udělat nechtěl, pohladí děti, aby nebyly smutné ony z jeho hyperaktivních „záchvěvů“ a ani on z neustálého napomínání a okřikování.

Ondrášek je velice veselé povahy a paní učitelky mu říkají sluníčko třídy, takže klima třídy je opravdu dobré. „*On je prostě naše sluníčko. Když jsem byla nemocná, byla tu chvíli paní učitelka z vedlejší třídy a ta ho prostě nemohla vystát, ale mně to vůbec nevadí, že je takovej živej, on je tak bezprostřední, mám ho moc ráda.*“ Celkově v sociální oblasti dělá Ondrášek veliké pokroky, jen mu vše stěžuje těžká vada řeči, kterou trpí. Jedná se o poruchu druhého stupně a chlapec si vytvořil svou vlastní slovní zásobu. Učitelky v mateřské škole mají sepsaný jeho slovníček základních zvuků, co který zvuk znamená za slovo ( např. ají – ahoj, pat – potom, ci – chci, brum – medvěd , haf – pes). Paní učitelky však zmínily jeho pokrok v užívání gestikulace během mluvení a dochází také dvakrát týdně na logopedická sezení k logopedce ze speciálně pedagogického centra, které sídlí v budově školky.

Cesta k diagnóze:

Ondrášek vykazoval výrazné symptomy již v novorozeneckém, kojeneckém i batolecím věku. Neklid se projevoval zejména v situacích, kdy musel být v kočárku či postýlce, kde mu vadil nedostatek místa. Neustále pohyboval nožičkami i ručičkami.

Byl také velmi plačtivý, objevovaly se i záchvaty křiku, maminka použila výraz „*pořád řval a řval, zcela bezdůvodně, nebyl hladový ani ho nebylo třeba přebalovat a dudlík pořád vyplivával*“. Největší potíže se však objevovaly v noci, kdy Ondrášek nespál, neustále se vrtěl v postýlce a plakal. Kvůli vytíženosti rodičů chodil do jeslí. Tam však s ním byli poměrně spokojeni, jelikož většinu dne prospal. Někdy se však přihodilo, že spával v kratších intervalech a často se budil a pak zase znovu usnul. Ale doma se v noci velmi často budil. Ačkoli se Ondrášek jevil jako velmi neklidné dítě již v útlém věku, nepůsobilo to rodičům větší potíže a nepřipadalo jim to ničím zvláštním, a tak tomu dále nevěnovali pozornost.

Komplikace se objevily se vstupem do mateřské školy. Tam nastoupil ve třech letech a po necelém měsíci byl ze školky poslán domů s doporučením, že není dostatečně zralý na pobyt v předškolním zařízení. Po necelé dvou měsíční pauze, kterou strávil doma se svou babičkou a ta byla popisována maminkou jako velmi těžké období, jelikož se symptomy stále zesilovaly, nastoupil do školky druhé. Po dvou a půl měsíci byl ze školky vyloučen, označen za nevychovaného a nezvladatelného. Maminka se setkala s velmi negativním postojem jak jeho dvou učitelek, tak vedení školky, které ji upozornili i na stížnosti ostatních rodičů, kteří si nepřáli, aby jejich děti s jejím „nevychovaným“ synem chodili do třídy. Označili ji za „špatného rodiče“. Pro Ondráška, který byl velmi nechtěný ve školce jak učitelkami, které ho odmítali dle maminky zcela otevřeně, se musel potýkat i s nezájmem ze strany dětí to byla špatná zkušenost s předškolním zařízením. Těžké období završilo odloučení otce, který se odstěhoval a jako důvod uvedl právě „nezvladatelného syna“. Nikoho ze zúčastněných v tu chvíli ani nenapadlo, že Ondrášek trpí nějakým druhem či typem poruchy.

Maminka, zcela nešťastná hledala pomoc u svých kamarádek, Ondrášek ji začal „přerůstat“ přes hlavu a nevěděla si rady. Začal být více náladový, podrážděný, doma házel s hračkami, kopal do nábytku, házel věci po pokoji a ačkoli byl jeho bráška o několik let starší, odnesl si pár modřin, přestože nebyly zaviněny úmyslně. Jedna z přítelkyň ji doporučila jinou mateřskou školku, se kterou ona sama měla

dobré zkušenosti, a u které bylo připojené i speciálně pedagogické centrum. Zde se mamince konečně dostalo rady a pomoci.

Ondrášek šel tedy do třetice zkusit štěstí v další školce. Sám tam ale chodit nechtěl, nejdříve s ním postupně školku navštěvovala matka, spolupracovali s asistentkou, kterou měl necelých sedm měsíců.

Při přestupu na tuto školku nové paní ředitelce vyprávěla veškeré komplikace, které byly s Ondráškem ve školkách předešlých a že neví, co dál. Zde ji, jak sama maminka zdůraznila „*Byla mi tu podána pomocná a záchranná ruka, bylo to neuvěřitelné, poprvé měl někdo na Ondráška pozitivní pohled, bylo to neuvěřitelné. Jsem paní ředitelce vděčná doteď, moc, ona je fakt úžasná*“. Ředitelka ji po necelé hodině schůzky, kterou absolvovala, domluvila sezení u speciální pedagožky a psycholožky v jejich speciálně-pedagogickém centru s tím, že se pravděpodobně bude jednat o poruchu ADHD na základě maminkou sdělených informací o projevech jejího syna. Ale že ona tu není od toho, aby určovala diagnózu, že na to tu jsou jiní, speciálně vyškolení lidé. A maminka začátkem dalšího měsíce navštívila odborníky, kde paní psycholožka provedla několik vyšetření a domluvila se s maminkou na několika dalších sezeních a domluvila si s ní i několik pozorování, které absolvuje v mateřské škole, aby viděla Ondráška během spontánní činnosti ve třídě.

Díky vzájemné výborné spolupráci, nejen psycholožky s maminkou, ale i dvou třídních učitelek, speciální pedagožky, zainteresovanosti ředitelky školky mohla následně za nějaký čas a týden po Ondráškových čtvrtých narozeninách, být diagnostikována porucha ADHD a mohlo se přejít k následné reedukaci. Diagnóza přinesla velkou úlevu zejména pro maminku, která ze sebe mohla konečně svalit vinu a pocit, že byla špatnou matkou, jak ji nejen označovaly učitelky a rodiče v předcházejících školkách, ale jak i ona sama se po všech událostech začínala cítit. Ředitelka školy upravila třídní prostředí pro integraci žáka Ondráška a nastavení individuálnější péče a integračního programu. Došlo ke snížení počtu dětí ze 17 na celkových 8 dětí ve třídě, aby mu byla poskytnuta lepší péče a sám začal dělat velké pokroky. Zejména díky včasnému podchycení a diagnostikování poruchy.

## Shrnutí:

Malý Ondra žije v neúplné rodině se svou matkou, starším bratrem a babičkou. Díky jeho výraznějším projevům poruchy a výborné spolupráci a rychlé reakci ředitelky jedné z mateřských školek mu byla porucha ADHD diagnostikována v ranných čtyřech letech. Byl integrován do třídy se sníženým počtem dětí, kde je mu věnován poměrně kvalitní individuální přístup. Sám si vytvořil vřelý vztah k jedné ze svých učitelek a začal dělat pokroky. Stanovení diagnózy mu přineslo několik výhod v rámci vzdělávání a reedukace a uvolnění atmosféry doma. Výrazný úlevný účinek to mělo pro Ondráškovu maminku, která označení hyperaktivní dítě přijala bez sebemenších problémů, je to totiž výstižné označení pro jejího syna a navíc je prokázáno, že jeho výrazné projevy nejsou způsobeny ani jí ani jím. Nepoužívá však ani diagnózu k tomu, aby omluvila jeho chování, přesto se snaží být důsledná ve výchově a naučit ho lepšímu sebeovládání. Jak sama uvedla, hlavní je, že teď na to není sama a navíc má více pochopení od okolí.

### 3. 1. 2. Radek

Rodinná anamnéza:

Radkovi je 6 let a 1 měsíc a vyrůstá v úplné rodině s matkou ( 34 let) a otcem ( 37 let). Také má dva starší bratry ( 9 let ) a ( 11 let), kteří navštěvují základní školu a oba trpí specifickými poruchami učení. Svého mladšího bratra akceptují takového jaký je a spíše se mu snaží vytvářet klidné a nekonfliktní prostředí doma, ale venku ho rádi učí hrát fotbal. Prý je nejlepší v brance, protože se nebojí střel. Prarodiče má už jen z matčiny strany, ti však žijí daleko a vídají se jen sporadicky. Nejpevnější vztah má Radek se svou matkou.

Sociální anamnéza, projevy v MŠ:

V rodině byl Radkovi dáván velký prostor, jeho starší bratři byli naučení mu téměř ve všem ustupovat, aby nedocházelo ke konfliktům a matka mu věnovala neustále pozornost. Nepoznal tedy žádnou „podřízenou“ sociální roli.

Do školky nastoupil ve třech letech a šesti měsících a začalo se tak velmi náročné období. Radek se ihned lišil od ostatních, nechtěl se zapojovat do kolektivních her, nevydržel počkat, až na něj přijde řada, děti ho stále napomínaly, připomínaly mu pravidla, on se za to často urážel. Žádné stálé kamarády si tedy nevytvořil a děti o něj více méně také příliš nestály, jelikož je při společných aktivitách vyrušoval a kazil jim práci. Našlo se zde pár hodných trpělivých dobrovolníků, kteří se ho občas snažili zapojit do hry či s ním jít po boku na vycházce, on sám je však vyhledával jen velice zřídka spíše vyžadoval přítomnost a pozornost učitelky, nejlépe být neustále středem pozornosti.

Jedna z jeho učitelek uvedla, že také záleží na náladě, se kterou ráno přijde, že jsou dny, kdy je to lepší a reaguje na děti přívětivěji, jindy s nimi nechce být a chce si dělat vše jen po svém a sám. Někdy se také stane, že chodí a přikazuje dětem jak přesně a kam dát některé hračky, lpí na určitém pořádku a jakém-si stereotypu

uklizení, když není po něm, buď bouchne do věci, nebo se vzteká. Komunikaci s druhými mu také komplikují obtíže vyslovování určitých hlásek a s jednou učitelkou ze školky se věnuje logopedické prevenci dvakrát týdně během dne a chodí i ke specializované logopedce. Největší problém má s vyslovováním l a r/ř.

Cesta k diagnóze:

„ *Už od začátku, co se začal v břiše hýbat, byl neuvěřitelně živý!*“ začala rozhovor Radkova matka. Protože již měla zkušenosti se dvěma jeho staršími bratry, u kterých těhotenství probíhalo v klidu, na tohle si stále živě pamatuje. Také se přiznala, že během těhotenství občas i kouřila. Radek se narodil o měsíc a půl dříve a byl čtyři dny v inkubátoru. Maminka také brzy ukončila kojení, jelikož Radek prý dělal všechno možné jen nejedl, když měl, matka po dvou a půl měsíci ukončila a přešla na umělou výživu. Jinak prý byl poměrně klidné dítě. Kolem jednoho roku, kdy přišly první krůčky nastal obrat, Radek skákal v postýlce a okousával hrany, často plakal, ale nejhorší stále bylo jídlo. Když měl jíst tak nejedl a když měl třeba zrovna spát, křičel a přestal až dostal něco k jídlu anebo také nepřestal a prokřičel půl noci. Matka ho popisovala jako absolutní protipól jeho dvou bratrů. „ *Ne nadarmo se říká, že každé dítě je jiné, ale on byl tak moc odlišným a tak hyperaktivní! Strčil své dva bratry hravě do kapsy.*“ S prvními kroky a vysvobozením se z postýlky začal napadat hry jeho starších bratrů, maminka si to nejdříve vysvětlovala jako období bortění a rozbíjení, kterým si prošli oba jeho bratři, když to však s věkem nemizelo a přidalo se rozhazování hraček a neustále lítání po celém bytě, bouchání bratrů a často to prý odnesl i jejich jezevčík, začalo ji být jeho chování nepříjemné. Začala na něj být přísnější, dostával více trestů a úkolů, avšak nic nepomáhalo, Radek neposlouchal a ještě se k tomu vztekal a kopal kolem sebe nohama.

Když přišlo období nástupu do školky, maminka se toho hrozila. Doma už to bylo nesnesitelné. Při zápisu pedagogy varovala, že Radek je „ živější“ než oba kluci, které také ze školky znali. „ *No, bála jsem se, to bylo období, kdy jsem nevěděla, co s ním. Domluva nezabírala, já jsem mu jako i občas dala výprask, ale nic nezabíralo.*

*Už jsem si někdy říkala, jak su asi hrozná matka, ale někdy mě fakt štvál a těšila jsem se, až přijde manžel a bude s ním chvíli on.“* Obavy byly opodstatněné, ve školce docházelo k výrazným kritickým momentům. Radek ničil hry a hračky ostatních, narážel a kopal jim do stavebnic, tahal děti za vlasy, neposlouchal učitelky. Ty radily mamince, aby zpřísnila doma výchovu a aby byla jednotná se školkou, co se smí a co ne. Nastavená pravidla však Radek nedodržoval a objevovaly se další a závažnější problémy, začal ostatní děti kousat, s některými hodil v šatně o věšák či měly modřiny po rukách a po nohách a škrábance na tváři, ale jak vysvětlila učitelka, nešlo o záměr, on tak silně vyjadřoval náklonnost k dětem či radost.

Přicházeli stížnosti ze strany jiných rodičů, že si děti doma ztěžují na kamaráda, který je na ně zlý ve školce. Ani učitelky a ani rodina Radka nevěděli, co dál, doma se také situace zhoršovala, tak je učitelka odeslala do pedagogicko- psychologické poradny na vyšetření a pro radu. Nikdo však nespekuloval, o co by mohlo jít.

V pedagogicko- psychologické poradně se Radek podrobil několika vyšetřením a s maminkou, která tam s ním byla, bylo domluveno pár dalších termínů. Psycholožka již předem navrhla diagnózu ADHD avšak upozornila maminku, že to chce čas a neunáhlit se, protože se zdá, že u toho bude ještě nějaká komorbidní porucha. Po dalším pozorování, sezení, rozhovory s jeho třídními učitelkami ze školky, které přinesly spoustu poznatků o projevech ze třídy a vyšetření se dospělo ke stanovení diagnózy ADHD s agresivitou. Rodiče vůbec o existenci této poruchy nevěděli, takže to pro ně bylo novinkou a Radkovy učitelky sice o výskytu této poruchy věděly, ale to bylo vše.

Takže po spolupráci s psycholožkou z poradny, která přijela za všemi do školky si stanovili určitá pravidla a řád, která musejí dodržovat na obou místech, jak ve školce, tak doma a poučila je o základech syndromu ADHD. Rodičům také doporučila navštívit psychiatra v místní nemocnici. Ten provedl také několik vyšetření, diagnózu ADHD potvrdil a navrhl léčbu pomocí léku Ritalin.

Po nasazení léku a díky spolupráci učitelek ( kdy jedna z nich si prý vyhledala v knihovně dostupnou literaturu o ADHD snažila se dovědět co možná nejvíc informací o poruše) a rodičů byl lék Radkovi podáván a potvrzené velké zlepšení jak



v sebeovládání a tlumení aktivity, tak v lepším soustředění se na dané úkoly a plnění různých aktivit.

Shrnutí:

Radek žije v úplné rodině a se dvěma bratry. Jeho výrazné a agresivní projevy vedly k navštívení pedagogicko-psychologické poradny, kde mu bylo diagnostikováno ADHD a agresivita a potvrzeno psychiatrem, který naordinoval léčbu Ritalinem. Stanovení diagnózy v tomto případě bylo přínosné pro informování zejména pedagogického personálu o detailním popisu poruchy, pro budoucí poučení. Pro rodiče to nebyla až tak zásadní změna, avšak lék výrazně ztlumil hyperaktivní projevy Radka a to prospělo celkovému klimatu jak v rodině, tak v Radkově třídě v MŠ.

### 3. 1. 3. Pavlík

Rodinná anamnéza:

Pavlíkovi je pět let a deset měsíců. Žije v neúplné rodině pouze se svou matkou ( 25 let), otce nikdy nepoznal, jelikož ten o něj nejeví zájem. Pavlík je jedináček. S výchovou matce samoživitelce občas pomáhá babička, avšak ta z důvodu nezvladatelnosti a nevyzpytatelnosti Pavlíka ho odmítá hlídat o samotě. Pavlík tedy kromě doby strávené zejména s matkou, tráví nejvíce času sám, „ ve svém světě s vlastními pravidly“. Pevný a stálý řád mu doma nic neříká. Nemá kolem sebe žádné jiné příbuzné ani vrstevníky.

Sociální anamnéza, projevy v MŠ:

Dobrý vztah tedy udržuje s matkou, která se vyjádřila, že jejich vztah je bezproblémový a že je vše pořádku, „ *beru Pavlíka jako úplně normální dítě, vůbec nic se s ním neděje, není nijak odlišný a nikdy takový nebyl.*“ Přestože je vidět, že matka syna nezvládá a její výchova neodpovídá potřebám dítěte.

Pavlík nastoupil do mateřské školy ve věku čtyř let a pěti měsíců a ihned začaly komplikace. Paní učitelky ho popisují jako velmi hlučného, neustále křičícího, bez nějakého důvodu si Pavlík lehá na zem, kope nohama a velmi hlasitě se směje. Ve třídě poměrně vyhledává přítomnost dětí, nevyhledává pouze hru o samotě, avšak tato jeho „spolupráce“ s ostatními dětmi většinou končí špatně. Pavlík je agresivní na děti, ubližuje jim, ničí hračky nebo jim v šatně rozhazuje oblečení a kope do jejich bot. Přes toto všechno je podle jedné paní učitelky v kolektivu dětí poměrně oblíbený, když nemá „špatný den“ dokáže velmi dobře děti rozesmát a někdy se dokáže i podělit o hračky, když si donese ukázat dětem své oblíbené z domu. „ *Má rád dramatizace, když mu vybereme roli třeba nějakého zvířátka, například divoké prase, kde může využít svůj pohyb, tak chvíli vydrží spolupracovat, no, je to takový šašek, rád je středem zájmu.*“ Občas se však stává, že děti využívají Pavlíkovo

výrazně „odlišné“ chování k tomu, že na něj čas od času svádějí věci, které neudělal a schovávají se za jeho poruchu. V počtu 23 dětí, které s ním ve třídě jsou, je jeho výchovně-vzdělávací proces pro paní učitelky velmi náročný. Ve třídě má jednoho až dva stálé kamarády, které poměrně často vyhledává, přestože spolupráce netrvá dlouho, jelikož téměř u žádné činnosti Pavlík dlouho nevydrží. Má malou schopnost soustředit se na danou činnost či úkol a velmi často nereaguje na pokyny učitelek a už vůbec se nechce podřídit jakémukoli zákazu či příkazu. Jeho druhá paní učitelka ho označila za „nezaujmutelného“, ničím ho nelze zaujmout či upoutat a nic ho nebaví, pokud si on sám zajímavou činnost nenajde.

Cesta k diagnóze:

Pavlíkova maminka chlapce popsala jako bezproblémové dítě, které ovšem mělo řadu komplikací při nástupu do mateřské školy, kde mu byl znemožněn „demokratický přístup“ výchovy, který ona praktikovala. Chlapec tedy měl velké problémy s autoritou učitelek, neposlouchal, nereagoval na příkazy, utíkal často ze třídy, rozhazoval věci kolem sebe, u žádné činnosti nesetřval příliš dlouho a také fyzicky napadal ostatní děti. Informovala Pavlíkovu matku a upozornila ji na určité odlišnosti v jeho chování a zjišťovala, jak se chlapec chová doma. Matka však na výzvy sjednocení výchovy, stanovení pravidel a „řešení“ Pavlíkova do určité míry neadekvátního chování nereagovala a naopak tvrdila, že doma je naprosto klidný. „*Já jsem tomu nevěřila, to prostě nebylo možné, on byla neudržitelný, chodila jsem z ranních služeb zničená a vyčerpaná, odpoledne byl totiž o chloupěk klidnější, ale fakt jenom o chlup. Není však možné, aby byl doma v klidu.*“ Učitelka, informovaná a poučená o různých poruchách chování v dětském věku a na základě svých dosavadních pedagogických zkušeností, mezi které lze započítat i dva případy hyperaktivních dětí, které prošly její třídou a také dle průběhu prvních třech týdnů pobytu Pavlíka v mateřské škole, jeho výrazných příznaků a stále nelepšícího se stavu aklimatizace, vyslovila matce podezření na poruchu ADHD a tím „stanovila předběžnou diagnózu“. Doporučila jí návštěvu pedagogicko-psychologické poradny,

či jiného odborníka, aby chlapce vyšetřil. Matka však reagovala velmi negativně a dostavilo se velké zapírání symptomů poruchy. Tvrdila, že „takto“ se chlapec v domácím prostředí nechová a musí tedy jít o její špatné působení a nekvalitně provedenou pedagogickou činnost. Promluvit si s maminkou Pavlíka se snažila i jeho druhá učitelka, která zdůrazňovala mamince nutnost sjednocených pravidel, avšak vše skončilo se stejným scénářem, že na vině je školský institut a Pavlík je zcela pořádku a doma je úplně klidný. Vznikl tedy bludný kruh obviňování, kdo za co může a Pavlíkovi to nikterak nepomohlo.

Negativní vztah matky ke školce a pedagožkám se odrážel na stále zhoršujícím stavu Pavlíka, který byl neustále podrážděný a agresivní, utíkal učitelkám na vycházkách a nedbal jejich instrukcí, či štípal děti. Z toho se také stalo, že hyperaktivní stav byl vystřídán neobvyklou pasivitou a znuďností, nebo ve třídě usnul při svačince u stolečku.

Nešťastné paní učitelky se obrátily na paní ředitelku tamější školky. Ta se byla několikrát podívat na Pavlíka a snažila se hovořit s maminkou a vysvětlit jí, že se nejedná o „útok“ na ní, či na syna, ale že odborné vyšetření by mu velice prospělo. Ta ovšem nechtěla o žádné poruše ani slyšet, vše odmítala a popírala a obviňovala školku a její pracovníky ze špatného vlivu na jejího syna. „*To bylo vážně hrozný, křičela tu na nás, že si půjde ztěžovat, že jí pomlouváme syna a vymýšlíme si, absolutně nerespektovala naší alespoň částečnou odbornost v tomto oboru a na naše doporučení nereflektovala.*“ Jelikož Pavlíkovo chování a nelepšící se stav výrazně ztěžovaly práci učitelek ve školce, žádala ředitelka o pomoc psychologku, aby se přišla na chlapce podívat. Ta ovšem nemohla nic dělat dokud nedá svolení matka. To však nepřipadalo v úvahu. „*Já jsem ji jako znala, byla to má kamarádka a ta mi prostě řekla, že to bez souhlasu nepůjde, nevěděla jsem chvíli, co dělat, Pavlík se horšil, byl nezvladatelný a my se nemohly dovolat pomoci nikam.*“ Nakonec, po dvou měsících, svolané rodičovské sdružení a přesvědčování ostatních rodičů přimělo Pavlíkovu matku k tomu, aby svolila k návštěvě psychologky ve školce. Při pozorování Pavlíka ve třídě a následném rozhovoru dala za pravdu učitelkám, že je zde podezření na syndrom ADHD. Pohovořila si s matkou a domluvila si s nimi další

sezení. Přestože s ním souhlasila, fakt, že její syn trpí nějakou poruchou stále nebyla schopna přijmout. Psycholožka nabídla též spolupráci učitelkám ve školce, které ocenily rady jak nejlépe pracovat s hyperaktivním dítětem či čemu se naopak vyvarovat. Přestože je roky praxe naučily mnoha věcem, odborné a především účinné metody práce s Pavlíkem uvítaly s radostí. Taktéž navrhovala snížit počet dětí ve třídě, to se však ředitelce z důvodu „plnosti“ a vyčerpaných kapacit školky nepodařilo prosadit.

#### Shrnutí:

Pavlík žije v neúplné rodině jako jedináček pouze se svou matkou samoživitelkou. Jeho výrazně odlišné chování vedlo třídní učitelky z mateřské školy ke stanovení „laické diagnózy ADHD“, s čímž však nepochodily u jeho matky. Ta se odmítá smířit s faktem, že její syn trpí jakoukoli poruchou včetně již zmiňovaného a jí neznámého syndromu ADHD. Po zdlouhavém boji mezi učitelkami a rodičem se dostalo Pavlíkovi odborného vyšetření a diagnostikování syndromu ADHD s výraznými poruchy pozornosti. Navrhované způsoby reedukace se však poněkud mívají účinkem, jelikož je Pavlíkova matka nedodrhuje a spolupráce se školkou i psycholožkou je velmi špatná, čímž ovšem nejvíce trpí samotný Pavlík.

### 3. 1. 4. Dominik

Rodinná anamnéza:

V úplné rodině s matkou ( 31 let) a otcem ( 33 let) žije Dominik, kterému je šest let a dva měsíce. Je jedináček. Vzhledem k náročné práci, kterou jeho maminka vykonává a kvůli které často cestuje, i do zahraničí, tráví nejvíce času se svým otcem a občas vypomáhá i babička z matčiny strany, která bydlí nedaleko.

Vztahy v rodině jsou i na častá odloučení poměrně dobré a pevné, ačkoli jsou narušované Dominikovými hyperaktivními projevy, které jsou podle maminky nejvíce rušivé mimo domov. „ *On jako zlobí hodně ve školce, nebo víme, že se tam hodně projevuje, doma jsme na to tak nějak zvyklí, ale hodně těžký je to při návštěvách a cejtím se tam bezmocná. Nemůžu ho udržet sedět, neposlouchá a ani hračky ho nezaujmou. Jednou na návštěvě u kamarádky tak dlouho lítal kolem, až ji vyrazil hrnek s kafem z ruky.*“

Sociální anamnéza, projevy v MŠ:

Přestože maminka hodně cestuje, mají spolu s Dominikem dobrý vztah. Výborně si rozumí i se svým otcem, který jako učitel tělesné výchovy je sportovně zaměřen a „ lítání“ po hřišti či zahradě s tatínkem má velmi rád. Babička si stále ještě nemůže zvyknout na to, že jí Dominik často neposlouchá, avšak nijak se mu nestraní a snaží se mu pomáhat.

Dominiček nastoupil do mateřské školy ve věku tří a půl let a maminka ho do školky vedla s velkými obavami, jak to zvládne, již v této době totiž docházeli s Pavlíkem na sezení k psychologce pro podezření na syndrom ADHD. Ihned při prvním dni ve školce na vše maminka paní učitelku upozornila. „ *Když k nám do školky Dominiček nastoupil, přišlo tornádo*“ , popisovala jej jedna z jeho učitelek, „ *jak při volných aktivitách, tak při hrách nebo i v situacích, kdy provádíme klidové*

*činnosti, kolem nás neustále poletoval a vydával nejrůznější zvuky a někdy přidával i pošklebky.“* Mezi děti tedy Dominik nezapadal. Při klidových činnostech v komunikačním kroužku nevydržel vůbec sedět v klidu, neustále pošťuchoval, štípal či bouchal své kamarády a při napomínání se velmi často urážel a přestával komunikovat. Během zdravotního cvičení nikdy nenásledoval pokyny učitelek „*vůbec neposlouchal, pořád se jen válel po zemi a narážel do dětí.“* Během poslechu písniček či relaxační hudby, často překřikuje různými pokřiky magnetofon, šaškuje a upoutává na sebe pozornost a děti tím vyrušuje.

Paní učitelky se ho snaží nenásilným způsobem začleňovat mezi kamarády do her, avšak Dominiček to vydrží krátce, a tak ho raději paní učitelky nechají samotného zvolit si aktivitu, která je mu příjemná. S dětmi v kolektivu spolupracuje pouze v případě, že se jedná o nějakou „*rušnější*“ a živější činnost, hraní si na zvířátka, běhaní po třídě či po zahradě, hra na peška.. atd., musí však být všude první. Často na sebe upozorňuje tím, že vše kolem sebe boří, ničí, rozhazuje peřiny v postýlkách nebo kope do molitanových kostek.

Zpočátku si na něj děti nemohli zvyknout „*Bylo to těžký, často jsme s kolegyní slýchávaly stížnosti typu: jaktože on to může a my ne, paní učitelko on zase dělá tohle či tamto, neustále na něj upozorňovaly žalovaly.“* Paní učitelky však dětem vždy vysvětlovali, že musejí postupně všem pravidlům Dominička naučit, takže mu rád připomínáme a výraznějších projevů kamaráda si nevšímáme. Jedna z paní učitelek také zmínila, že je poměrně nerozhodný v případě, že si má ve volném čase vybrat aktivitu či hračku. „*Váhá, neví co by, pak vystřelí a rozplácne se na zem nebo narazí do zdi.“* V případě, že má zájem o nějakou hračku, chce vždy pouze tu, kterou chtějí či už mají ostatní děti. Často jim hračky bere a poté je pohází po třídě a některé děti přitom utrhá pár ran. Žádné stálé kamarády ve třídě nemá, avšak je tu jedna výjimka „*když zkoumáme a tvoříme z přírodnin, nějaké hmoty nebo i plastelíny, jako pro něj netradičního materiálu ve školce, vyhledává jednoho kamaráda, ten je na to šikovný a taky poměrně trpělivý, snaží se mu pomáhat, jinak si s ním ale nehraje.“*

Cesta k diagnóze:

Dominiček vyrůstá v rodině jako jedináček, nebylo to však přímé přání rodičů. Maminka s ním prodělala rizikové těhotenství a poté se narodil předčasně o téměř dva měsíce, navíc přidušený pupeční šňůrou a více jak týden strávil v inkubátoru. Ke všem těmto obtížím se objevily zdravotní komplikace matky, která musela být operována. Dominiček tedy nebyl kojen a maminka následně ztratila možnost mít další děti kvůli zdravotním obtížím. Maminka Dominička zpětně popisovala jako hodné a bezproblémové miminko. Komplikace začaly, jakmile začal chlapec chodit. *„Byl jako vítr, pořád jsem se bála, že se mu něco stane. On byl totiž Domča tak trochu „knedla“, sice často a rychle běhal a utíkal, ale neustále padal, zakopával, každou chvíli měl odřené koleno, ruku, bradu a pádama si vyrazil i dva zuby.“* Navíc, jak dodala maminka nereagoval na volání, jakmile se „rozletěl“ nedalo se ho zastavit, neposlouchal a na zavolání nepřišel. Nejdříve si maminka myslela, že se jedná o „obyčejnou živost“ a nepřikládala tomu velký význam. Když však nadměrný pohyb, lítání, běhání a nekázeň přetrvávaly dále a Dominik ve třech letech utíkal z domu, věčně se vrhal na zem *„to se mi stalo třeba i ve městě, z ničeho nic, jak když do něj střelí se mi vytrhnul z ruky, letěl a nasoukal se pod veřejnou lavičku,“* začala maminka potíže řešit se svými kamarádkami, jejichž děti si také občas odnesly nějaký ten šrám či modřinu, kterou jim Dominik způsobil. *„Byly chvíle, kdy jsem se za něj styděla připadala jsem si hrozně a hledala jsem příčinu, proč je takový? Čím to je? Můžu za to já?“* říká maminka. Objevila se první zásadní otázka, zda její syn je „normálně hyperaktivní“ jak se dnes běžně moderně nazývá jakékoli „živé“ dítě či zda jsou jeho projevy již za hranicemi „normality“. Po domluvě s tatínkem se rozhodli vyhledat psychologku a raději se poradit s odborníkem. S psychologkou se domluvili na několika sezeních, na které budou docházet a během nichž se rozhodne o stanovení diagnózy. Doporučila také rodičům, aby Dominik začal docházet do mateřské školy, aby mohli porovnat i příznaky mezi řadou vrstevníků a v novém prostředí.

Dominik tedy nastoupil do školky, ve věku tří a půl let a maminka upozornila paní učitelky na podezření syndromu ADHD a na současné pozorování. Ve školce



však Dominikovy symptomy byly výrazné. Přestože si paní učitelky sjednotily pravidla a dodržovaly určitý řád a uzpůsobily práci a věnovaly se mu, narušoval výrazně kolektivní aktivity, nevydržel chvíli v klidu, utíkal jim na vycházkách a schovával se, napadal děti a bral i ničil jim hračky a často je tahal za vlasy. Po dvou měsících ve školce mu byl diagnostikován syndrom ADHD a kvůli zvyšující se četnosti výskytu příznaků mu byl po dalších třech měsících předepsán lék Ritalin. Díky výborné spolupráci a vstřícnosti paní učitelek společně s maminkou hodnotí a sledují účinky léku, zda hyperaktivitu tlumí či nikoli, zda se lepší jeho pozornost a poté domlouvají vhodnou dobu dávkování, se Dominikův stav výrazně zlepšil. Maminka, která ze všech sil se snaží pro svého syna dělat to nejlepší přijala diagnózu hyperkinetického syndromu dobře. Sama zdůraznila důležitost tohoto zjištění v tom smyslu, že přizpůsobily výchovu., *Když nám bylo ADHD odborně potvrzeno, dostala jsem od paní psychologky spoustu dobrých výchovných rad, taky jsme zjistili, že mu nedělá dobře čokoláda, po které je viditelně „aktivnější“ a tak po domluvě s psychologkou jsme ji výrazně omezili. Že máme „čertíka“ jsme už věděli, pak nám to paní psychologka jen odborně nazvala ADHD.*“ Díky včasné diagnóze se jak maminka, tak paní učitelky ve školce zaměřily na Dominikovy speciální potřeby a výrazně ovlivnily jeho aklimatizaci v mateřské škole a předešlo se zde potížím i v sociální oblasti, kdy se zlepšila i jeho spolupráce s dětmi ve školce. Jedna z paní učitelek ovšem zmínila, že by uvítala užší spolupráci s psychologkou či jinými odborníky, že často se vše řeší prostřednictvím rodičů a mimo ně. Stanovení diagnózy a pojmenování problému a zejména zdůraznění, že za to rodiče nemohou bylo pro maminku obrovské uvolnění.

Shrnutí:

Dominik žije jako jedináček v úplné rodině. Jeho „hyperaktivní“ projevy přiměly rodiče vyhledat odbornou pomoc. Díky výborné spolupráci mezi všemi třemi stranami – rodiči, psychologkou a mateřskou školou došlo ke stanovení diagnózy

ADHD a následně byla ještě nastolena farmakologická léčba pomocí léku Ritalin. Celkově zjištění a pojmenování poruchy nejen vysvětlilo Dominikovo odlišné chování, ale díky nastolení reedukačních metod napomohlo k zefektivnění výchovně-vzdělávacího procesu chlapce. V tomto případě se tedy diagnóza stala zlomovým momentem zejména v životě Dominika a pomohla mu jej zkvalitnit. Pro rodiče a zejména maminku měla diagnóza ulevující účinek.

### 3. 1. 5. Petřík

Rodinná anamnéza:

Petříkovi je pět let a osm měsíců, žije v úplné rodině se svou matkou ( 29 let) a otcem ( 32 let) a starší sestrou ( 9 let), která navštěvuje základní školu. Jeho starší sestřička se podle maminky dlouho snažila vyrovnat nejen s jeho příchodem do rodiny a „ odstavení“ její samé ze středu pozornosti, ale jeho výrazné neklidné projevy jí bránily k nalezení si cesty ke svému mladšímu bratříčkovi. Stanovení diagnózy, psychologická sezení, na které občas bratříčka doprovázela ji však velmi pomohlo a tím i Petříkovi, který našel výraznou oporu ve své sestře. Nyní mají dobrý vztah, stejně tak jako s rodiči. Důležitou roli v životě Petříka hraje také jeho babička z matčiny strany, která s nimi bydlí v jednom domě a často se o něj stará.

Sociální anamnéza, projevy v MŠ:

Vztahy doma mezi členy rodiny jsou poměrně dobré. Sestřička se naučila brát svého bratříčka takového jaký je, schovává však před ním své oblíbené hračky, protože jí je Petřík ničí. „ *Od malička ničil vše, na co přišel. Měli jsme omláčené rohy nábytku a zdi, otrhané kytky a vytahané záclony, když se Peťa neustále snažil šplhat na okna, byla to hrůza, cokoli nového jsem si do bytu koupila, zničil.*“ popisuje maminka Petříkovo chování doma. V současnosti je to prý lepší, avšak zdi jsou neustále omláčené od klik dveří, které doma všude svým „prolítáváním“ bytem rozráží.

Petřík nastoupil do školky poměrně brzy, již ve dvou letech a deseti měsících, jelikož se maminka potřebovala vrátit do zaměstnání, aby nepřišla o místo. Z počátku do školky vůbec nechtěl, doprovázela ho občas jeho babička, která však nemohla chodit každý den, jelikož stále pracovala na poloviční úvazek. Příchodem do školky se začalo krušné období. Přestože se alespoň částečně aklimatizoval během prvního půl roku a naučil se dodržovat alespoň základní pravidla, stále byl výrazně odlišný od

ostatních dětí zejména kvůli neustálému pohybovému neklidu. Petřík zde nemá žádného stálého kamaráda, neustále je střídá a společnost dětí nijak zvlášť nevyhledává. Při vycházce, když si má vybrat kamaráda, se kterým půjde za ruku si obvykle vybírá někoho trochu „živějšího“ nebo poněkud zlobivého a také mladšího než je on, s vrstevníky stejně starými jako on vychází špatně. Ve většině případů to však dopadne tak, že musí jít za ruku s učitelkou, protože kope do dětí, tahá je za bundy nebo se snaží utéct do silnice. „*Kolikrát ho skoro smýkám za sebou, když se vzpírá a nechce jít za ruku, ale ve městě u silnic je to nebezpečný a on je nevyzpytatelný*“ popisuje jedna z učitelek vycházku s Petříkem. Sám od sebe se ale do kolektivu dětí nehrne, raději je sám. Jakmile se k dětem přidá, tak obvykle rozkopává hračky, bere jim papíry a pastelky, strká do dětí, silně je mačká za ruku nebo je štípe. Někdy je dokonce i kouše. Všemi těmito projevy se ze něj stává neoblíbený kamarád, dětmi vnímaný jako zlobivý, neposlušný a nechtějí si s ním hrát. Záleží také v jakém rozpoložení přijde ráno mezi děti, jeho chování je totiž závislé na jeho náladách, které se střídají také neuvěřitelně rychle. „*On je až extrémně pohyblivý, pořád lítá sem a tam, když ho zbrzdím, vydrží to jen na chvíli a zase maže! A má neuvěřitelný elán!*“ popisovala Petříka jedna z učitelek. „*Moc mu nejdou úkoly a cvičení na motoriku, tak je dělat nechce, nebo je jen tak odflákne a uteče od toho*“, nebaví ho ani kreslení, místo malování udělá dvě či tři čáry na svůj papír a pak čmárá do výkresů dětem.

Cesta k diagnóze:

„*No, byl tak nějak hrr do všeho, bouchal do nábytku, lítal a ničil věci, ale pořád jsme si říkali, že je jako pořád malej a že ho to přejde, doma jsme si zvykli před ním schovávat věci, ale bylo pak čím dál horší a hlavně vůbec neposlouchal*“ popisovala maminka malého Petříka. „*Někdy to bylo neúnosný, mlátil s věcma, neposlouchal, rozhazoval kolem sebe jídlo od stolu a k tomu jeho sestra, kerá na něj asi nějak žárčila a často se bili, bylo to fakt šílený.*“

Když Petřík nastoupil do školky již v necelých třech letech, jeho chování ve školce připodobnila jedna z učitelek k „*živelné pohromě*“. „*Měla jsem zrovna poměrně*

*klidnou a hodnou třídu a pak přišla živelná pohroma v podobě našeho Petříka.“* Petřík lítal po třídě „jako vítr“, plácal s sebou o zem, narážel do dětí nebo o ně zastavoval, naskakoval jim na záda, jakmile se někdo ohnul. Občas k někomu jen tak z ničeho nic přiběhl a silně ho zmáčknul za tváře, ruku či nohu a zase odběhl pryč. Při svačince neustále odbíhal od stolu, v šatně byl napůl oblečený a už vybíhal ven ze školky, nevydržel chvíli v klidu a na jednom místě. Nadměrný pohyb však nebyl takový problém jako jeho neposlouchání, nereagování na pokyny připomínající lhostejnost. „ *Prvně jsem si myslela, že to dělá schválně, že neslyší a neposlouchá, pak jsem ale zjistila, že ne.“* Paní učitelka totiž dostala radu od jedné ze svých kolegyně z vedlejší třídy, která měla ve třídě hyperaktivního chlapce a doporučila jí důkladnější pozorování projevů a konzultaci s rodiči, zda by nemohlo jít o stejný typ poruchy. Učitelka začala Petříka důkladněji pozorovat a věnovat mu větší pozornost. Petřík sice trpěl vadami řeči a komunikace tím byla ztížená, avšak téměř nic nepomáhalo. „ *Já jsem se snažila několikrát mu vysvětlit, že nemůže utíkat, že se to nedělá, nebo že se nedělá tamto, odkejval mi všechno, ale pár minut na to, už jsem ho hledala v šatně, protože mi utek ze třídy a tam rozházel všem dětem jejich boty.“*

Učitelka se tedy poradila s rodiči a doporučila jim návštěvu pedagogicko-psychologické poradny. Maminka nejdřív váhala, ale pak začala s Petříkem docházet na sezení k psycholožce a občas je doprovázela i Petříkova sestřička. Petřík nejdřív odmítal jakoukoli komunikaci „ s cizím člověkem“ a první dvě sezení neřekl paní psycholožce ani slovo. Po několika vyšetřeních a sezeních u dvou psycholožek, jelikož jedna požádala o pomoc kolegyni, zda by ji potvrdila diagnózu, mu byl stanoven syndrom ADHD. Rodiče sdělili paní učitelce, jak vše dopadlo a prosili jí, aby to zůstalo v tajnosti před ostatními dětmi i rodiči. Maminka se totiž určitým způsobem styděla za to, že její syn trpí „ nějakou psychiatrickou poruchou“. „ *No, bylo mi to strašně trapný, všichni mě tam znají a nechtěla jsem prostě, aby to věděli.“* Sdělila maminka. Označení zlobivý, živý a dokonce i „ nevychovaný“ jí bylo příjemnější než „ trpící poruchou“. Samozřejmě, že všechno chtělo čas, paní učitelka se snažila postupně vysvětlit mamince, že i pro ostatní rodiče a děti bude toto vysvětlení především podnět pro to, aby změnili pohled na jejího syna, že za určité

projevy v jeho chování není zodpovědný syn a předejde tam hromadnému odsuzování. Díky této podpoře ze strany učitelky se postupně maminka s diagnózou smířila i veřejně. Paní učitelka si stanovila určitá pravidla, sepsala je a snaží se je společně s maminkou dodržovat, aby měl Petřík jednotnou výchovu a jistý řád. Pojmenovala je např. nožičková pravidla – v šatně a umývárně neběháme, nožičky odpočívají nebo oušková pravidla – posloucháme reagujeme na první zavolání, když kamarád mluví, neskáčeme mu do řeči atd..

#### Shrnutí:

Petřík žije v úplné rodině a má jednu starší sestru. V rodině se potýkali s jeho hyperaktivními projevy již od Petříkova útlého věku, kdy ničil vše, co kolem sebe našel, včetně nábytku. Symptomy zesílily s nástupem do mateřské školy, kde byla vyžadována poslušnost a kázeň, kterou Petřík nedodržoval a nezapadal ani do kolektivu dětí. Po upozornění paní učitelky se po delším přesvědčování rodiče vydali s Petříkem do pedagogicko- psychologické poradny na vyšetření, kde byl vyšetřen dvěma psycholožkami a následně stanoven syndrom ADHD. Maminka nesla stanovení diagnózy těžce a nechtěla se s faktem „nemocného“ dítěte smířit. Díky „jemné a citlivé“ spolupráci ze strany paní učitelky ze školky došlo k vyrovnání se s výskytem choroby. Uznání diagnózy zbavilo Petříka „nálepky nevychovaného a zlého“ chlapečka. Spolupráce paní učitelky s maminkou vedla k sjednocení výchovy a pokroky či nezdařené pokusy spolu konzultují.

### 3. 1. 6. Davídek

Rodinná anamnéza:

Davídkovi je šest let a tři měsíce a žije v úplné rodině se svou matkou ( 33 let) a otcem ( 41 let). Má jednoho staršího nevlastního bratra ( 15 let) z otcova předešlého manželství, který trpí poruchami chování typu záškoláctví a toulky, avšak se svým mladším bratrem se téměř nestýkají. Davídek také bydlí za městem na vzdáleném statku a nemá kolem sebe ani žádné jiné příbuzné ani děti – vrstevníky, žije pouze ve společnosti dospělých – rodičů, kde ovšem vztahy jsou velmi proměnlivé.

Sociální anamnéza, projevy v MŠ:

Do školky Davídek nastoupil ve čtyřech letech, když mamince skončila mateřská dovolená, nadále však zůstala doma, jelikož nemohla najít zaměstnání.

Paní učitelky Davídka popisují jako velmi těžko zvladatelné a usměrnitelné dítě, která jedná neuvěřitelně impulzivně. Hlavním problémem v adaptaci na prostředí ve školce byla neschopnost přizpůsobit se organizaci a dodržovat pravidla v kolektivu. „ *Chce být pořád středem pozornosti a když není, tak začne dělat různé zvuky a překřikovat tím ostatní nebo kamaráda vystrčí či shodí na zem.*“ Paní učitelka dodává, že Davídek působí „ *nabíty obrovskou energií, která ale nejde dostat ven.*“ Je také velmi roztěkaný, nedokáže na nic zaměřit pozornost, zejména v přírodě, když se pozorují zvířátka „ *Sledujeme třeba vrabce na stromě a když je ukážu, chvíli hledá a když je nevidí hned, začne vykřikovat, že vidí třeba psa na ulici.*“ Zde se projevuje i jeho výrazná netrpělivost.

Bývá též hodně náladový a vadí mu kolektivní hry a činnosti, jelikož není středem pozornosti, proto tyto aktivity odmítá a nechce se účastnit, zalézá pod stůl či uteče na chodbu pod umyvadlo. „ *Upřednostňuje pohybové hry, ale jen v případě, když má hlavní roli a taky nesmí delší dobu čekat na místě, nevydrží to, buď uteče, nebo děti odstrčí a předežene je nebo se vzteká a dupe*“ popisuje paní učitelka

Davídkovu hru. Dalším výrazným odlišným rysem je jeho poměrně častý pláč ve školce, většinou když je nespokojen a není ve středu zájmu ostatních tak buď uteče nebo se vzteká či začne neuvěřitelně ječet a plakat. Mezi dětmi není oblíbený, přestože se ho paní učitelka snaží zapojovat a začleňovat, „*děti totiž mají z jeho chování a nepředvídatelných a hyperaktivních projevů strach a celkově je třída velmi neklidná.*“ On sám však nevyžaduje kontakt s dětmi, nejraději je ve společnosti dospělých, buď paní učitelky, nebo se nehne od paní uklízečky, vrstevníky vůbec nevyhledává. Nejraději si hraje s velkými nákladními auty, kterými však často naráží do dětí. Také ho baví „*výroba střelných zbraní, hra na mafiány a lupiče, to je ve svém živlu, rád na sebe upozorňuje.*“ Také paní učitelka dodává, že bylo velmi těžké dodržovat základních pár pravidel, které si spolu s Davídkem stanovili, ale po roce těžké a důsledné práce se podařilo osvojit více jak polovinu z nich a vztah mezi paní učitelkou a Davídkem je velmi dobrý, má ji rád a těší se za ní do školky.

Cesta k diagnóze:

„*Jako zdál se mi až moc živý a dost zlobivý, ale manžel mi pořád říkal, že jeho starší kluk byl stejnej a možná i horší a on jako malej taky, takže je to normální. A ve školce je víc zlobivých dětí, učitelky by to měly zvládat.*“ A tak Davídkovým výrazným projevům neklidu nepřikládali význam. Často se ale setkávali s kritikou okolí, že mají výrazně nevychovaného syna a že je to strašné.

Po nástupu do školky se tyto stížnosti objevovaly čím dál častěji od rodičů ostatních dětí. Děti měly z Davídka strach a působil na ně nepříjemně. „*Někdy si ztěžovaly, že je jako privilegovaný, když nedělal, co měl a hodně zlobil, nechali jsme ho hrát s čím chtěl sám, ale dětem se to fakt špatně vysvětlovalo.*“ Paní učitelka měla také velké problémy s Davídkovým nereagováním na příkazy a neposlouchání. Největším problémem byly vycházky, jelikož se školka nachází těsně vedle hlavní silnice, bylo jakékoli vyjítí z areálu školky nebezpečné. „*Byly to vážně nervy, musela jsem ho vždycky držet, on se vytrhával z ruky, utíkal, schovával se za popelnice, chtěl neustále jít opačným směrem a jít pryč od dětí. K tomu hlídat malé děti, no děs, fakt.*“ Kromě



těchto kritických situací paní učitelce dělali starosti i jeho „neplechy“ jak je nazvala vůči ostatním dětem. Neustále děti kopal, napadal, bouchal je pěstí do zad, štípal, vrážel je na zeď nebo se postavil mezi dveře, zatarasil jim cestu a když se přiblížily, odstrkoval je pryč. Přestože se paní učitelka snažila Davídka do kolektivu začlenit a při „komunikačním okénku“ jak ho nazývají vše vyřešili, děti si tyto zážitky nenechávaly pro sebe a rodiče si pak ve školce ztěžovali. Paní učitelka několikrát upozorňovala maminku, jak se Davídek ve třídě chová, tak však nijak situaci neřešila. „ *Prostě mi to přišlo normální, někdy jsem mu domluvila, ale stejně von jako neposlouchá ani, když mu něco říkám.*“

Přestože se paní učitelka snažila dát Davídkovi čas na aklimatizaci ve školce, jeho zhoršující se stav jí vedl ke konzultaci s paní ředitelkou. Ovšem „předběžnou diagnózu“ ADHD zatím nevyslovily, Davídkovi stavy se totiž občas zlepšily a někdy byl výrazně klidnější a občas i poslechnul. „Špatné dny“ však převažovaly a toho si všimla také paní ředitelka během několikadenního suplování druhé paní učitelky a s Davídkovou současnou paní učitelkou se shodli na tom, že jeho projevy nejsou již adekvátní jak jeho věku tak ve srovnání s ostatními dětmi jsou jeho projevy abnormální. „ *Díky našim dlouholetým zkušenostem jsme zvážili jeho stav a v porovnání s jeho vrstevníky a dětmi, které také od nového školního roku nastoupili, jsme zhodnotili jeho stav jako „něco patologického“, prostě, že nám na Davídkovi něco nehraje a díky jeho zřejmé hyperaktivitě, jsme pomýšleli na ADHD.*“ Zhodnotila situaci paní ředitelka.

Paní ředitelka si pozvala do školky maminku a snažila se jí vysvětlit a popsat situaci a nastínila jí i jejich podezření na poruchu ADHD. Maminka zpočátku odporovala, že to není pravda a zapírala výraznější projevy Davídka doma, ovšem po nějaké době nakonec odhalila ředitelce důležitá fakta. Prozradila totiž, že již přes půl roku dochází se svým synem na psychiatrii a že mu syndrom ADHD byl již diagnostikován. Občas, že mu dává léky ( Ritalin) avšak, že je shledala jako nepotřebné, protože podle ní Davídkovi vůbec nepomáhají a nezabírají. Paní ředitelka byla zděšená, proč o tomto důležitém zdravotním stavu školku neinformovala, aby mohla učinit nějaká opatření. „ *Vůbec si neuvědomovala, jak tím škodí Davídkovi, my*

*jsme se nemuseli dlouhosáhle ptát po příčině jeho „jiného“ chování a mohli jsme rovnou zavést důsledný typ výchovy a přidělit mu asistentku.“* Po dlouhém rozhovoru, kdy mamince vysvětlila „laicky“ základní poznatky o ADHD, jelikož jí maminka tvrdila, že na psychiatrii jí nic o poruše neřekli. Paní ředitelka domluvila Davídkovi asistentku, se kterou pracuje Davídek již od prosince loňského roku a jeho stav se výrazně zlepšil, avšak spolupráce s maminkou či tatínkem není moc dobrá. Na rady příliš nereflektují a po každém víkendu přijde Davídek „*jak utržený z řetězu*“. „*Téměř každé pondělí začínám od nuly, znovu řád a pravidla, maminka na naše rady moc nedá, ale my se snažíme pomoci Davídkovi alespoň ve školce.*“

Shrnutí:

Davídek vyrůstá v úplné rodině jako jedináček. Má sice staršího nevlastního bratra, avšak příliš se nestýkají. Symptomy syndromu ADHD vykazoval Davídek již doma, avšak rodiče tomu nedávali velkou důležitost. Po nástupu do školky si paní učitelka snažila o jeho stavu promlouvat s maminkou, ta však stále opakovala, že jeho starší bratr byla také takový i otec a že je prostě z živé rodiny. Paní učitelka po poradě s paní ředitelkou se shodli na „*předběžné diagnóze*“ ADHD, která se jim později potvrdila díky odhalení Davídkovy matky, že mu již tato porucha byla diagnostikována a že je v péči psychiatrů, kteří mu naordinovali léčbu pomocí léku Ritalin, který mu maminka však podává jen sporadicky a na pokyny lékařů nereaguje. Ve školce mu byla přidělena asistentka, se kterou dobře spolupracuje a dělá pokroky. Spolupráce rodičů však není dobrá a jistý druh reedukace probíhá tedy jen částečně v mateřské škole. Stanovení diagnózy tedy pro Davídka příliš důležitou změnu neznamenal, jelikož to rodiče tajili, avšak pro matku, která se zdráhala ji prozradit byla zřejmě nepříjemným zjištěním.

#### 4. Odpovědi na výzkumné otázky

Jak se vlastně projevuje dítě s ADHD v mateřské škole? Co bylo prvními signály, že se dítě zdálo „odlišné“ – hyperaktivní? Základní projevy zkoumaných dětí v mateřských školách byly poměrně identické. Paní učitelky často opakovaly, že tyto děti jsou nadměrně pohyblivé, „živé“, stále běhají, vrhají se na zem, stále chtěly utéct, nevydržely na jednom místě, ničily a bořily, často se objevovala přirovnání typu „je jako tornádo“, „přišla živelná pohroma“ či „byl jako vítr“. Nejzávažnějšími projevy, které ve všech šesti případech vedly k zamyšlení a konzultaci mezi rodiči a pedagožkami bylo neposlušání, nereagování na pokyny či příkazy a svým způsobem „agresivní“ (více či méně) chování vůči ostatním dětem, kdy bylo zmiňováno škrábání, štípání, bouchání či kopání ostatních kamarádů. Jednalo se tedy nejen o základní symptomy poruchy a výrazné projevy v kolektivu, ale i o první a výrazné signály odlišnosti těchto dětí od ostatních, „normálních“.

Na čí podnět začalo hledání a stanovování diagnózy? Ve většině případů se jednalo o podnět ze strany pedagogických pracovníků, kteří vysledovali výrazně odlišné a svým způsobem „problémové“ chování v předškolním zařízení. Ve dvou případech podezření vzniklo na základě společné komunikace a pozorování obou stran – rodičů i učitelek a v jednom případě na očividné nerovnosti v chování chlapečka upozornila jeho maminka. Důležitá však byla společná spolupráce, která vedla či nevedla k hledání té správné diagnózy.

Bylo stanovení diagnózy zlomovým momentem? Ano, ve všech případech tomu tak bylo, avšak u každého jiným způsobem. U třech maminek to bylo přinesení ulevujícího účinku, který přišel společně s diagnózou. Jedna se zcela proti diagnóze ohradila a nepřijala ji a diagnóza se tak výrazným mezníkem v jejím životě, další se při jejím vyřčení za výskyt poruchy styděla a jiná ji tajila. Zlomovým momentem se tedy diagnózy stala i z toho důvodu, že jistým způsobem změnila život nejen rodičům, ale zejména samotným dětem, které se tak zbavily nálepky „zlobivých a neposlušných“ dětí a téměř ve všech případech byla díky stanovení diagnózy zavedena reedukační a léčebná opatření.

Jak probíhá spolupráce mezi pedagogy, rodiči a odborníky? Zde nám naše výzkumné šetření ukázalo mnoho variant, jak může koordinace mezi všemi zúčastněnými stranami fungovat. Spolupráce mezi pedagogy a rodiči probíhala vcelku dobře u tří případů. U jednoho z případů docházelo k vzájemnému obviňování a spolupráce byla zcela „zavržena“, v dalším byla ztížena částečným zatajováním ze strany rodičů, avšak postupem času došlo k jejímu zlepšení. A u jednoho pozorovaného případu došlo nejdříve k ne-spolupráci ze strany školky, avšak se změnou zařízení byla spolupráce výborná. Na základě našeho výzkumného šetření, jsme tedy došli k závěru, že u těchto šesti zkoumaných případů pedagogové, rodiče a jiní odborníci tvoří jakýsi „začarovaný kruh“ a v jeho středu stojí rodiče. Na nich samotných záleží, jak bude probíhat spolupráce mezi pedagogy a odborníky. Učitelky z mateřských škol by dle našeho zjištění uvítaly užší kontakt a spolupráci s psychology, speciálními pedagogy či dalšími odborníky.

## 5. Shrnutí empirické části

Praktická část diplomové práce nabízí zjištěné informace o dětech se syndromem ADHD a také celkové zhodnocení jejich atypických projevů od útlého dětství, které vedly nejdříve k zamyšlení, zdali něco není v nepořádku, následně ke konzultaci s odborníkem a v neposlední řadě ke stanovení diagnózy. Hovoříme tu o „zmapování“ cesty za diagnózou syndromu ADHD.

Zdlouhavý proces hodnocení projevů dítěte a porovnávání s kritérii ať už odbornými či laickými měl společnou jednu zásadní věc a to důležitost spolupráce všech zúčastněných. Výzkumné šetření prokázalo, že pokud je kooperaci při hledání příčiny odlišného chování, stanovování diagnózy či následné péči, dobrá může vést ke zkvalitnění života dítěte i jeho okolí. A zájem dítěte, v tomto případě s individuálními potřebami, byl měl být na prvním místě. Vzájemná spolupráce se však skládá z mnoha různých částí. Nejedná se zde pouze o spolupráci rodičů s mateřskou školkou, ale také o vzájemnou spolupráci mezi rodiči a v rámci rodiny, dále mezi jednotlivými pracovníky v předškolním zařízení, též se projevila důležitá i zainteresovanost odborníků ( návštěva mateřských škol a vlastní pozorování v „domácí třídě“ dítěte se prokázalo jako velmi přínosné) a jejich kooperace jak s rodiči, tak s pedagogy, kteří často potřebovali a uvítali cenné rady odborníků, jak pracovat s hyperaktivním dítětem. Dobrá spolupráce též vytváří dobré vztahy mezi všemi zúčastněnými a důvěra, pochopení a pozitivní přístup výrazně ovlivňuje život určitým způsobem znevýhodněného dítěte.

Dalším výrazným činitelem, který se ukázal jako zásadní v situaci hodnocení projevů dítěte jako normálních či abnormálních je dostatečná informovanost či vzdělání a poznatky o chorobě nebo základní poznatky o existenci podobných poruch, a to jak na straně pedagogů, tak rodičů. Znalost, přehled a informovanost o poruše ADHD vedla nejen k včasnějšímu podchycení poruchy, ale také pomohla předejít frustraci jak dítěte tak rodičů z pocitu méněcennosti a odmítání. Některé maminky či učitelky během rozhovorů přiznaly, že se jim dítě zdálo odlišné a z nedostatečné

informovanosti nevěděli, že se může jednat o nějakou poruchu či kde vyhledat pomoc. Některé z učitelek též zmínily zájem o různá školení či semináře, které by uvítaly pro zvýšení kvalifikace a též rozšíření rozhledu v psychologické problematice. Jedna z psychologek během výzkumu poznamenala, že moderní trend užívání pojmu hyperaktivita často vede ke způsobu omlouvání opravdu výchovně zanedbaného jedince. Do poradny se tak za ní dostane mnoho dětí pro podezření na tento typ poruchy, není jim pak ale diagnostikován. V každém případě lepší zbytečná návštěva u odborníka než zanedbané dítě trpící ADHD.

Proto, aby mohlo dojít k úspěšné diagnostice bylo také prokazatelně důležité „mít zájem“, mít zájem nejen řešit problémy, které symptomy hyperkinetického dítěte přinášejí, ale též se angažovat v následném reedukačním procesu, a to jak ze strany pedagogů, tak rodičů. V obou případech však byly zjištěny výrazné nedostatky.

Diagnóza ADHD se ve všech uvedených případech stala zlomovým momentem. Na jedné straně přinesla některým maminkám výraznou úlevu a zbavení pocitu viny a následnou lepší péči pro dítě. V jiném případě se stala obrovskou zátěží, stresujícím momentem a problémem pro akceptování a přiznání si výskytu poruchy.

Objevily se tedy různé typy reakcí na „možnou“ a později „určitou“ přítomnost poruchy. Pouze jedna z dotazovaných maminek vidí ADHD jako skutečnou chorobu, a proto se za její výskyt u syna stydí. Tři ostatní maminky pocítili při odůvodnění chování jejich chlapečků citelnou úlevu a označení „hyperaktivní“ přesně zapadá do jejich pohledu na syny a diagnóza jim tedy mírně pohled na jejich děti pozměnila. Jedna z maminek však diagnózu hyperkinetického syndromu zcela „zavrhovala“ a nepřipouštěla si jí. Stále opakovala, že jej bere a vidí za zcela „normálního“ chlapečka, jejího syna a výskyt poruchy a pohled jiných lidí to nezmění. Zvláštní typ reakce se objevil u poslední maminky, která poměrně dlouhou dobu tajila přítomnost poruchy u svého dítěte. Zjištění pro ni bylo nepříjemné, avšak na druhou stranu též nedávala výskytu poruše a potřebě léčby a reedukace přílišný důraz a váhu. Bohužel pouze na úkor jejího chlapečka.

„Jak se rodí diagnóza?“ to byla otázka, kterou jsme si kladli na počátku naší práce. Dle provedeného výzkumného šetření a u šesti dětí podrobených zkoumání,

bylo zjištěno, že se jedná o velmi složitý proces, který se skládá z mnoha částí, jež jsou závislé jedna na druhé. Jedná se o : informovanost a znalost, zájem a spolupráci. Pokud fungují, vytvoří celek – správnou diagnózu.

## IV. ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem ADHD v MŠ – jak se rodí diagnóza je rozdělena do dvou základních částí. První z nich, teoretická, se zabývá základními pojmy a poznatky o behaviorální poruše s názvem ADHD. Obsahuje poznatky z různých zdrojů české i zahraniční literatury týkající se základní terminologie, primárních příznaků, možnostech léčby či terapeutických přístupech. Přináší též informace o diagnostických kritériích, užívaných pro určení poruchy a následné péči a přístupu k dítěti s ADHD.

Ve výzkumné části nalezneme výsledky provedené kvalitativní studie, která se zaměřovala na vznik diagnózy syndromu ADHD u dětí v předškolním věku. Přináší též informace o kritických situacích v životě dítěte, které předcházely samotnému vyslovení diagnózy a také o jejím následném vlivu. Studie se také zaměřila na projevy hyperaktivních dětí v mateřské škole. Předškolní věk je totiž velmi důležitým mezníkem v životě a s nástupem do mateřské školy s sebou přináší řadu změn a nových situací, se kterým se musí dítě vyrovnat a nejvýraznější změna přichází v oblasti sociální, ve které mají právě děti se syndromem ADHD výrazné obtíže.

Jednotlivé biografie šesti sledovaných dětí byly po analýze strukturovány do kasuistik, které přinesly celkový obraz dítěte s hyperkinetickým syndromem v mateřské škole, jeho základní projevy, které vedly k podezření výskytu poruchy. Z výzkumu též vyplynulo, že v těchto šesti případech hrála roli zainteresovanost či naopak lhostejnost okolí vůči příznakům, kterými děti trpěly. Hlavním zjištěním však je nezanedbatelná důležitost vzájemné spolupráce mezi všemi zúčastěnými. Ta je však společně s přístupem k dětem v různých předškolních zařízeních odlišná.



## Seznam použité literatury:

- Barkley, R. A. – *Attention – deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press 1990
- Drtílková, I. – *Hyperaktivní dítě*. Praha: Galén 2007. ISBN 978-80-7262-447-8
- Drtílková, I.; Šerý, O. – *Hyperkinetická porucha / ADHD*. Praha: Galén 2007 ISBN 978-80-7262-419-5
- Elliott, J.; Place, M. – *Dítě v nesnázích, prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing 2002. ISBN 80-247-0182-0
- Goetz, M.; Uhlíková, P. – *ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén 2009 ISBN 978-80-7262-630-4
- Kolčárková, I.; Lacinová, L. – *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal v koedici s Masarykovou univerzitou 2008. ISBN 978-80-87029-47-3
- Koukolík, F., Drtilová, J. - *Život s deprivanty I*. Praha: Galén 2001. ISBN 80-7262 088-6
- Kucharská, A., ed. – *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 2000*. Praha: Portál 2000 ISBN 80-7178-389-7
- Laniado, N. – *Máte neklidné dítě?* Praha: Portál 2004 ISBN 80-7178-868-6
- Matějček, Z. – *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN 1991. ISBN 80-04-24526-9
- Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize – *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha 1992 ISBN 80-85121-37-9
- Munden, A.; Arcelus, J. – *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-625-X
- Paclt, I.; Ptáček, R.; Florián, J. – *Hyperaktivita*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí 2006. ISBN 80-86991-71-7
- Prekopová, J.; Schweizerová, Ch. – *Neklidné dítě*. Praha: Portál 1994. ISBN 80-7178 019-7

- Reifová, S. F. – *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-287-4
- Strauss, A.; Corbinová, J. – *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert 1999 ISBN 80-85834-060x
- Svoboda, M. (ed.); Krejčířová, D.; Vágnerová, M. – *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál 2001 ISBN 80-7178-545-8
- Šebek, M. – *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: SPN 1990 ISBN 80-04-23643-X
- Švaříček, R.; Šed'ová, K. – *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál 2007 ISBN 978-80-7367-313-0
- Train, A. – *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál 1997 ISBN 80-7178-131-2
- Vágnerová, M. – *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum 1997 ISBN 80-7184-488-8
- Weiss, G. – *Hyperactive Children Grown Up (ADHD in Children, Adolescents and Adults)*. New York: Guilford Press 1993 ISBN 0-89862-596-3
- Zelinková, O. – *Poruchy učení*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-800-7
- Žáčková, H.; Jucovičová, D. – *Metody práce s dětmi s LMD – především pro rodiče a vychovatele*. Praha: D&H 2000.

**Internetové zdroje:**

<http://www.russellbarkley.org/adhd-facts.htm>

<http://www.russellbarkley.org/images/BarkleyCh01.pdf>

<http://newideas.net/adhd/adhd-diet>