

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Motivace rodičů předškolních dětí s ADHD k výchově**

**Motivating parents of preschool children with ADHD to get involved in  
their children's education**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Markéta Trnková

Praha 2018

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této práce.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci: „Motivace rodičů předškolních dětí s ADHD k výchově“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

Markéta Trnková

.....

## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku výchovy předškolních dětí s ADHD v prostředí MŠ a prostředí rodinném. V rodinném prostředí mě nejvíce zajímá, jak působí přístup rodiny na možnost kompenzace negativních projevů syndromu ADHD a následně jak jsou rodiče motivováni k výchově. Práce obsahuje teoretické ukotvení problému a vlastní kvalitativní průzkum. V teoretické části se zabývám syndromem ADHD, jeho vymezením, symptomům, diagnostice a etiologií. Průzkum se zaměřuje na vliv rodiny a možné kompenzace negativních projevů plynoucí ze syndromu ADHD. V průzkumu je použita metoda přímého pozorování dětí s ADHD a rozhovorů s jejich rodiči a učiteli.

## **Klíčová slova**

Dítě předškolního věku, motivace, rodič, syndrom ADHD, výchova.

## **Annotation**

The thesis is focused on the issue of preschool children with ADHD in kindergarten and at home. In the family environment, I am most interested in how the approach of family is influencing the possibilities of compensating negative manifestation of ADHD. I am also interested in motivation of parents in their children's education. The thesis contains the theoretical anchorage of the problem and own qualitative research. The theoretical part deals with ADHD syndrome, its delineation, symptoms, diagnosis and etiology. The survey focuses on family influence and possibilities of compensation negative manifestation of ADHD. The survey uses a method of direct observation of children with ADHD and interviews with their parents and teachers.

## **Key words**

Preschool child, motivation, parent, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, education.

# Obsah

Seznam zkratk	7
ÚVOD	8
1. ADHD Z POHLEDU ODBORNÍKŮ	10
1. 1. Vymezení pojmu ADHD	10
1. 2. Hlavní symptomy ADHD	11
1. 2. 1. Porucha pozornosti	11
1. 2. 2. Hyperaktivita	13
1. 2. 3. Impulzivita	14
1. 3. Další projevy ADHD	15
1. 4. Historie pojmu ADHD	17
1. 5. Současná klasifikace	18
1. 5. 1. Jednotlivé subtypy ADHD	20
1. 6. Diagnostika dětí	21
1. 6. 1. Kritéria pro diagnostiku hyperkinetické poruchy v dětství dle MKN-10	21
1. 6. 2. Kritéria pro diagnostiku ADHD v dětství dle DSM-V	23
1. 7. Výskyt	25
1. 8. Etiologie	25
1. 9. Diagnózy s podobnými symptomy – komorbidní poruchy	29
2. ADHD z pohledu rodičů	32
2. 1. Vnímání odlišnosti dítěte	32
2. 2. Vyrovnávání se s ADHD v rodině	33
3. ADHD z pohledu dětí	35
3. 1. ADHD jako osobnostní rys dítěte	35
3. 2. Stres ve výchově	36
3. 3. Obranné mechanismy dítěte s ADHD	38
4. Úloha rodičovství při výchově dětí s ADHD	40
4. 1. Výchovné styly	40
4. 2. Hranice ve výchově	43
4. 3. Motivace rodičů ve výchově dětí	45
4. 3. 1. Návrhy, jak zvýšit motivaci rodičů s ADHD k výchově	46
5. Konkrétní metody práce s dětmi s ADHD	48
6. PRŮZKUM	51
6. 1. Cíl průzkumu	51
6. 1. 1. Dílčí cíle průzkumu	51
6. 2. Charakteristika zkoumaného vzorku	51
6. 3. Metoda průzkumu	51
6. 4. Předpoklady	51
6. 5. Způsob sběru dat	52
7. Kazuistika Michal	52

7. 1. Komparace získaných dat z rozhovorů .....	56
7. 2. Prognóza .....	56
8. Kazuistika Ondřej .....	57
8. 1. Komparace získaných dat z rozhovorů .....	61
8. 2. Prognóza .....	61
9. Kazuistika – Petr .....	63
9. 1. Komparace získaných dat z rozhovorů .....	68
9. 2. Prognóza .....	68
10. Kazuistika – Rebeka.....	69
10. 1. Komparace získaných dat z rozhovorů .....	71
10.2 Prognóza .....	72
11. Výsledky průzkumu .....	73
11. 1. Interpretace dat .....	74
13. Diskuse.....	79
Závěr .....	81
Seznam použité literatury.....	83
Přílohy.....	89

## Seznam zkratek

<b>ADD</b>	angl. „Attention Deficit Disorder“ (porucha pozornosti bez hyperaktivity) diagnostická kritéria vychází z DSM-V
<b>ADHD</b>	angl. „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (porucha pozornosti s hyperaktivitou), diagnostická kritéria vychází z DSM-V
<b>CNS</b>	Centrální nervová soustava
<b>DSM-V</b>	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, pátá revize Americké psychiatrické asociace
<b>HKP</b>	Hyperkinetická porucha, diagnostická kritéria vychází z MKN-10
<b>LDE</b>	„Lehká dětská encefalopatie“
<b>LMD</b>	„Lehká mozková dysfunkce“
<b>MBD</b>	angl. „Minimal brain dysfunction“ (minimální mozková dysfunkce)
<b>MKN-10</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, koordinovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO)
<b>MŠMT</b>	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
<b>OCD</b>	angl. Obsessive-compulsive disorder (obsedantně kompulzivní porucha)
<b>PAS</b>	Poruchy autistického spektra
<b>PCH</b>	Poruchy chování
<b>PPP</b>	Pedagogicko-psychologická poradna
<b>MŠ</b>	Mateřská škola
<b>SPC</b>	Speciálně pedagogické centrum
<b>SPCH</b>	Specifické poruchy chování
<b>SPU</b>	Specifické poruchy učení
<b>ŠPZ</b>	Školská poradenská zařízení
<b>WHO</b>	angl. „World health organization“ (Světová zdravotnická organizace)
<b>ZŠ</b>	Základní škola

## ÚVOD

Problematika integrace dětí se „speciálními vzdělávacími potřebami“, jak je definuje aktuální školský zákon a mezi které děti s ADHD patří, je v dnešní době stále více diskutované téma, jak v odborné, tak laické společnosti.

Společnost si je vědoma odlišných potřeb dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Je běžnou praxí, že tyto děti, ať už s tělesným, mentálním postižením či sociálním znevýhodněním jsou většinou individuálně integrovány do tzv. běžných tříd. Ačkoli je ve společnosti obecně povědomí o syndromu ADHD, mám dojem, že syndrom je stále obestřen řadou nejasností, mýtů a předsudků. Děti s ADHD bývají často nespravedlivě hodnoceni kvůli svým projevům plynoucí z poruchy, které přináší komplikace při vzdělávání a výchově obecně.

Rodiče bývají často psychicky vyčerpaní, mohou mít strach z toho, že je lidé odsoudí například za nedostatečnou péči o potomka či špatnou výchovu. Musíme mít ovšem na paměti, že neexistuje dokonalá výchova či pravidlo na to, jak být dokonalý rodič. Výchova je vždy o více faktorech, některé neovlivníme, ale jiné ovlivňovat můžeme.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma motivace rodičů předškolních dětí s ADHD k výchově, domnívám se, že pokud chceme při výchově dětí účinně kompenzovat negativní projevy plynoucí ze syndromu ADHD, je nutné začít pracovat s rodiči těchto dětí a všimnout si i jejich motivace, jenž může pramenit z vlastního sebepojetí rodičovské kompetence ve výchově.

Termín ADHD vychází z americké klasifikace, z aktuálního Diagnostického statického manuálu duševních poruch (DSM-V), páté revize Americké psychiatrické asociace. Toto označení jsem volila, jelikož jeho diagnostická kritéria zahrnují široké spektrum dětí, se kterými se v rámci mé pedagogické praxe setkávám nejčastěji. Jako učitelka v MŠ jsem se setkala s rodiči dětí s ADHD, kteří tuto problematiku nechtěli řešit – to negativně ovlivnilo vývoj těchto dětí a zkomplikovalo výchovu jak v rodinném, tak školním prostředí. Tato zkušenost práce s dětmi s ADHD a spolupráce s jejich rodiči byla důležitým faktorem pro sepsání mé bakalářské práce.

Svoji pozornost v bakalářské práci jsem zaměřila na děti s ADHD v MŠ a jejich rodiče, jejichž přístup má na vývoj dítěte velký vliv a může pozitivně či negativně ovlivňovat zvládnutí negativních projevů plynoucí z poruchy ADHD.

Cílem mé práce je zjistit, jak ovlivňuje přístup rodiny možnost kompenzace negativních projevů syndromu ADHD u dětí předškolního věku a následně jak jsou rodiče motivováni k výchově dětí s ADHD. Výstupem mé práce by měly být i příspěvky, jak zvýšit motivovanost těchto rodičů k výchově.

Negativní projevy syndromu způsobují výchovné problémy, často se stává, že se u dětí s tímto syndromem objeví i nějaké komorbidní poruchy, jako jsou například emoční poruchy, specifické poruchy učení (SPU) nebo poruchy chování (PCH). Při řešení výchovných problémů u dětí s ADHD je úkol vychovávajících (rodičů, učitelů) značně ztížen, jelikož samotná specifika



tohoto syndromu se mohou projevit jako problém při dané práci s dětmi, proto je nutné začít se specifickými negativními projevy ADHD pracovat, a společně usilovat o jejich reedukaci jak v prostředí MŠ, tak v prostředí rodinném. Domnívám se, že včasná, sjednocená a komplexní výchova, může dítěti usnadnit spoustu problémů, kterým by v budoucnu mohly čelit, zároveň může sloužit jako prevence vzniku dalších komorbidních poruch.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části, první část je zaměřená teoreticky s cílem interpretovat a nastínit známé a relevantní informace vztahující se k tématu práce. V druhé části bakalářské práce se nachází vlastní průzkum, ve kterém bylo využito šetření kvalitativního charakteru – formou rozhovorů s rodiči a učiteli a přímého pozorování integrovaných dětí ve vybraných mateřských školách, získané údaje budou popsány a shrnuty v kazuistikách dětí.

# 1. ADHD Z POHLEDU ODBORNÍKŮ

## 1. 1. Vymezení pojmu ADHD

Zkratka ADHD vychází z anglického termínu: „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ – porucha pozornosti s hyperaktivitou. Charakteristické pro ADHD jsou tři hlavní symptomy: deficit pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Kromě těchto základních symptomů si můžeme všimnout i dalších projevů, které se často vyskytují u jedinců s ADHD, jde především o emoční labilitu, percepčně – motorická a sociální oslabení.

Při diagnostice ADHD musí být zjištěno, že symptomy nejsou projevem jiného – senzomotorického, motorického postižení nebo důsledkem nějakých emočních problémů (Lechta, 2010). Příznaky podobné ADHD mohou plynout z jiného postižení, Vágnerová (1999) uvádí, že například děti s citovou deprivací se mohou projevovat hyperaktivně. Podobných primárních příčin, které nejsou ADHD, ale na první pohled tak vypadají je více, ty by ovšem odborník při diagnostice měl být schopen rozeznat.

Děti s touto diagnózou bývají často označovány jako „velmi živé“, „neposedné“, „jak z divokých vajec“, „výstřední“, „neukázněné“, „klauni“, někdy mohou být pro své projevy plynoucí z poruchy nespravedlivě označovány jako „nevychované“. O něco pozitivněji, ovšem se silným náboženským kontextem hnutí New Age, bývají děti vykazující určité znaky syndromu ADHD nazývány jako „indigové děti“.

ADHD je neuro-vývojová porucha, která má mezi-oborový charakter a dotýká se oblastí jako: psychologie, speciální pedagogiky, psychiatrie nebo neurologie. Tato porucha se projevuje již od raného dětství, časem se můžou specifické projevy poruchy mírnit vlivem zrání centrální nervové soustavy (dále už jen CNS) a vlivem dalších faktorů jakými jsou například sociokulturní prostředí a výchova.

Za důležitý faktor vzniku této poruchy označuje Drtílková (2007) genetickou složku. Jucovičová, Žáčková (2015) uvádějí, že mezi nejčastější příčiny vzniku ADHD stojí drobné poškození centrální nervové soustavy v době před narozením, při porodu nebo brzy po porodu. Existuje spousta teorií zkoumající biologické, genetické či psychosociální příčiny vzniku ADHD – více se jimi budu zabývat v podkapitole 1. 8. „Etiologie“.

Další definici ADHD uvádí (Čermáková, Papežová, Uhlíková, 2013, s. 5), které ho popisují jako: vrozený, neuro-vývojový syndrom daný narušeným fungováním v těch oblastí mozku, které souvisejí s plánováním, předvídaním, zaměřením a udržením pozornosti a sebeovládáním.“

Poslední definici, která akcentuje četnost faktorů, podílejících se na konkrétní podobě syndromu zní: „ADHD je klasickým příkladem bio-psycho-sociální poruchy. Symptomy jsou výsledkem jedinečného biologického a psychického ústrojí jedince, jeho životní zkušeností a vlivu prostředí, v němž se nalézá“ (Arcelus, Munden, 2002, s. 47).

Výchova a prostředí působící na jedince s ADHD mají také vliv na vývoj CNS, správným

výchovným vedením dítěte můžeme zmírnit negativní projevy plynoucí ze syndromu ADHD. Výchova dětí s tímto syndromem je náročnější a klade větší nároky na vychovávajícího, než je tomu u dětí zdravých. Je důležité, abychom při výchově měli na paměti, že stejné problémy řeší a řešili rodiče a děti po celém světě, je důležité, abychom byli informovaní o možnostech pomoci, znali obecné zásady pro práci s dětmi s ADHD, mezi které patří například důslednost ve výchově či využití některých kompenzačních technik, které dítěti pomohou lépe zvládat nežádoucí projevy plynoucí z poruchy. Při výchově musíme mít dále na paměti konkrétní stav dítěte, výchovná opatření a nároky na jedince musí být uzpůsobeny jeho inteligenci, věku a typu poruchy – jinak budeme pracovat s dítětem se silným typem ADHD a jinou metodu zvolíme při mírném nebo středním typu ADHD. Při silném typu ADHD bývá často doporučena medikace v kombinaci s další nelékovou terapií (Drtílková, 2007).

Nejvíce problémů ve vývoji jedince se objevuje v období předškolní a školní docházky (Train, 1997). K problémům dochází, jelikož syndrom ADHD nepříznivě ovlivňuje adaptaci na školní prostředí, 90 % dětí, mající poruchu hyperaktivity a pozornosti, mívá problémy ve škole (Merck Manual, 1996 in Vágnerová, 1999) S ohledem na specifika a míru postižení konkrétního dítěte bývá často doporučen odklad školní docházky (Lechta, 2010).

## **1. 2. Hlavní symptomy ADHD**

ADHD se projevuje specifickými symptomy. Dle diagnostických kritérií, můžeme ADHD označit jako „behaviorální diagnózu“ (Kolčárková, Lacinová, 2008), jelikož při diagnóze jsou sledovány projevy dítěte, projevující se dlouhodobě, alespoň ve dvou různých prostředích, nutné je také zvážit různé faktory, které měly vliv na dosavadní vývoj jedince (Lechta, 2010). Mezi hlavní projevy, které jsou určující při diagnóze jsou:

### **1. 2. 1. Porucha pozornosti**

Jak již bylo řečeno výše, porucha pozornosti může souviset s impulzivitou (nedostatkem inhibice). Porucha pozornosti a impulzivita se ve svých projevech překrývají, dalo by se říci, že si děti s ADHD počínají stejně impulzivně při soustředění jako při chování.

Pozornost dítěte ADHD může být narušena velmi rychle, ať už na základě zajímavějších vnějších podmětů v okolí dítěte nebo díky jeho vnitřním myšlenkovým pochodům. Jakýkoli předmět soustředění je typicky vybírán impulzivně, bez rozmyslu, děti nepřemýšlí nad tím, čemu budou věnovat pozornost jako první, tato slabá organizovanost myšlení způsobuje, že jedinci s ADHD mívají problém rozlišit podstatné od nepodstatného.

Slabá organizace se objevuje nejen v myšlení, ale také v okolí dítěte, děti mají velké problémy dokončovat úkoly, odcházejí od rozdělané práce, protože jejich pozornost upoutalo něco jiného, dále pak mají problém udržet si pořádek ve svých věcech, které často zapomínají nebo ztrácejí.

Jucovičová, Žáčková (2015) popisují pozornost těchto dětí jako „nevýběrovou“, děti dávají pozor „na všechno“ a tím jim unikají potřebné informace nebo instrukce, úkoly se jim proto musí často opakovat. Hallowell (2007) poruchu pozornosti u dětí s ADHD charakterizuje jako „neustálou pozornost“ - děti jsou neustále ve střehu k novým podnětům. Barkley (in Hallowell 2007) tuto specifickou vlastnost nazývá hyperreaktivitou, což je vlastně synonymum pro impulzivitu.

Paclt, Ptáček, Florián (2006) zmiňují, že porucha pozornosti se u dětí dá rozpoznat aplikací některého z „hravých testů“ typu „World-Test“ – součástí tohoto testu je pozorování dítěte při hře s rozmanitými hračkami, které se nachází v jeho okolí, dítě s poruchou pozornosti vykazuje častější „přebíhání“ od jedné hračky ke druhé, je tedy méně vytrvalé při hře. Dále Paclt, Ptáček, Florián (2006) zmiňují, že problém vytrvalosti, ať už při soustředění se na hru či plnění konkrétního úkolu, je dán deficitem relevantní stimulace dítěte, který ovlivňuje výkonnost dítěte více než vlivy okolí, bezprostředně nesouvisející s konanou činností. Jinými slovy za nesoustředěnost stojí spíše nedostatečná stimulace k činnosti nežli to, co se děje v okolí a co bývá popisováno jako příčina odklonu pozornosti – dítě zahlédne veverku za oknem, všimne si díry na ponožce, může se jednat prakticky o cokoli (Paclt, Ptáček, Florián, 2006). U dětí s poruchou pozornosti je potřeba větší a častější stimulace k činnosti, pokud má dítě motivaci k práci, je velmi dobré tuto motivaci pomoci dítěti udržovat, zvláště potřeba je to u těch činností, které nejsou sami o sobě pro dítě příliš zajímavé (Jucovičová, Žáčková, 2015).

*Domnívám se, že děti s poruchou pozornosti mohou mít v budoucnu problémy při vzdělávání, ačkoli mají spoustu roztráštěných informací o něčem, díky jejich oslabené pozornosti při získávání informací jim často chybí jednotící prvek a následná schopnost využít informace v praxi, proto by se u žáků/studentů s ADHD neměla podceňovat domácí příprava na vyučování. Proces zapamatování informací je u dětí s poruchou pozornosti značně ztížen nepozorností.*

### **1. 2. 1. 1. Porucha pozornosti bez hyperaktivity**

Porucha pozornosti se může vyskytovat i bez přítomnosti hyperaktivity, dle DSM-V se tato porucha (subtyp ADHD s převažující poruchou pozornosti) nazývá ADD (Attention deficit disorder – porucha pozornosti).

Stejně jako je pro děti s ADHD typická hyperaktivita, pro děti s ADD bývá typická hypoaktivita, která bývá označována jako opak hyperaktivity. Hypoaktivní děti bývají charakterizováni jako líné, lhostejné nebo pomalé. Za jejich pomalým tempem můžou stát např. zdlouhavé přechody z jedné činnosti ke druhé, kdy zaujetí pro následující činnost může lehce vystřídat pocit nudy (pokud není dostatečná stimulace) či frustrace z přílišného množství informací, které je nutné zpracovat (Pelletier, 2014). Děti s ADD často utíkají do vlastního světa svých myšlenek, dělá jim problém zůstat delší dobu u jednoho tématu, jsou impulzivní. Děti s ADD stejně jako děti hyperaktivní se vyznačují svojí hyperreaktivností – u dětí hyperaktivních je tato reaktivnost lépe vidět než u dětí s ADD. Děti s ADD také ve vysoké míře reagují na podněty z vnějšku, bývá ovšem

častější, že výsledek jejich reakce není pozorovatelná aktivita, ale jejich fantazie, která je zaměstnává stejně, jako hyperaktivní děti zaměstnává fyzická aktivita. Jejich nadměrná pozornost na vnitřní myšlenky a stavy se může projevat například roztržitostí.

Děti s ADD mají velmi rozvinutou fantazii, často se během dne ubírají k dennímu snění. Některé děti mohou dávat přednost samotě, která jim umožní věnovat se vlastním myšlenkám (Pelletier, 2014).

Typické pro děti s ADD bývá také časté dívání z okna, které může sloužit jako branou do světa vlastních myšlenek. Dalším typickým jevem je „zmatenost“ – dítě je často tolik zaujaté vnitřními pocity a představami, že mu unikají některé důležité věci z okolí a tím pádem se může ve společnosti jevit zmateně.

Při hře s ostatními dětmi to může vypadat, že si dítě hraje spíše vedle někoho nežli s někým (Pelletier, 2014). Děti s ADD mohou mít problémy navazovat přátelství, to může být způsobeno celou řadou faktorů, které se pojí s jejich poruchou, jde například o:

- snížené uvědomování si sociálních důsledků svého jednání
- nesprávná interpretace verbální/neverbální komunikace jako celku
- přecitlivělost – na to, co druhý říká či dělá. Přecitlivělé reakce mohou být i na prostředí, stravu, hluk či dotek

(Pelletier, 2014).

U dětí s ADD se může objevit úzkostná porucha, která se některými projevy podobá ADD, ale příčinu nemá v poruše pozornosti nýbrž v úzkosti – dítě s úzkostnou poruchou se může jevit roztržité, protože ho trápí obavy, může se vyhybat situacím ve kterých je na něj kladeno mnoho nároků a taktéž může mít problémy v navazování vztahů (Pelletier, 2014). Úzkost může být vyvolaná představy nebo to může být výsledek frustrace z nedostatečných výsledků či častých chyb. Dítě s ADD má k úzkosti předpoklady, je proto důležité, abychom při výchově dítěte učili, jak se s možnými stresovými, úzkost spouštějícími situacemi vyrovnávat.

(Pelletier, 2014)

## 1. 2. 2. Hyperaktivita

Hyperaktivita bývá u dětí s ADHD typicky to první, čeho si díky svým nápadným projevům pozorovatel všimne. Projevy hyperaktivity se mohou objevit již v děloze, ještě před narozením (Arcelus, Munden, 2002). Mezi projevy hyperaktivity patří zvýšená aktivita nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity (Paclt, Ptáček, Florián, 2006). Hyperaktivní děti se projevují neklidně, jejich spontánní aktivity jsou samoúčelné - „neslouží ke zvládnutí většího množství úkolů a práce“ (Drtilková, 2007/b, s. 19.). Mezi typické projevy hyperaktivity patří např. vrtění se, mimovolné pohyby rukama či nohama, houpání se na židli, poskakování, vstávání od stolu či rozdělané práce, upovídanost, hlučnost a časté střídání aktivit (Drtilková, 2007, Černá 1999).

Nadměrná aktivita dětí způsobuje to, že jejich rodiče musí být „neustále ve střehu“, aby mohli včas zasáhnout a zabránit například úrazu či zničení majetku v okolí dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2015).

Hyperaktivní dítě bývá často označováno jako „neřízená střela“, dle mého názoru se jedná o jedno z nejuvýstižnějších označení hyperaktivního dítěte, jelikož v sobě zahrnuje slovo „neřízená“, to může odkazovat na impulzivitu a zároveň na výše zmíněnou samoučelnost jednání dítěte s ADHD.

Spojení impulzivity a hyperaktivity dává vzniknout spoustě nepříjemných a leckdy život ohrožujících událostí dítěte s ADHD při hlídání hyperaktivních dětí je proto nutná zvýšená obezřetnost.

### **1. 2. 3. Impulzivita**

Dle předního odborníka na problematiku ADHD Russella Barkleyho je impulzivita hlavní příčinou většiny problémů vycházející ze syndromu ADHD (Arcelus, Munden, 2002).

Děti s ADHD mají díky impulzivě problém ovládnout své reakce či domýšlet důsledky svého jednání (Jucovičová, Žáčková 2015). Velmi typické pro impulzivní jednání je „myslet až potom“, to se projevuje například tím, že děti s ADHD odpovídají na otázky velmi rychle – bez fáze rozmyslu, časté je také to, že odpovídají ještě dřív, než je otázka položena. Impulzivita se projevuje zbrklostí, sníženou schopností plánovat a organizovat věci. Jedinci s ADHD mívají díky své impulzivě problém počkat až na ně přijde řada (Drtilková, 2007, b) – může se jednat o čekání fronty v obchodě nebo čekání až na ně přijde řada v rozhovoru. Se sníženou trpělivostí souvisí časté skákání do řeči, řeč jedinců s ADHD je také často chaotická – přechází od jednoho tématu k druhému bez nutnosti jejich vzájemné souvislosti.

Zmiňovaný Russell Barkley definuje impulzivitu jako problém „ovládnout své reakce na signály, podněty nebo události nesouvisející nijak s tím, co právě dělají“ (Arcelus, Munden, 2002, s. 22).

Michael Gordon poukazuje na to, že: „problémy s nepozorností jsou pouze důsledkem neschopnosti zdržet se čehokoli, co je zrovna „na ráně“, ať se jedná o zvuky, myšlenky nebo vytrženou nit na svetr“ (Michael Gordon in Arcelus, Munden, 2002, s. 22).

Jucovičová, Žáčková (2015) dávají impulzivní jednání do souvislosti s oslabenými volními, ovládacími schopnostmi (schopnostmi ovládané vůlí). Konstatují, že toto oslabení je umocněno nerovnoměrným zráním dítěte s ADHD, jehož jednání se v jistých směrech projevuje jako dítě vývojově mladší. Jako pozitivní informaci dále uvádějí, že volní schopnosti se postupem času vyvíjejí a děti se učí ovlivňovat své projevy vůlí.

Při zamýšlení se nad impulzivním jednáním jedince s ADHD musíme mít na paměti, že problémy s impulzivitou pramení z oslabení exekutivních funkcí (rozsálá podmnožina kognitivních funkcí), nacházejících se v prefrontálním kortexu v mozku. Jedna ze základních exekutivních funkcí je schopnost kontrolovat a řídit vlastní chování. Oslabení těchto funkcí mj. způsobuje to, jak zmiňuje

Mark Bertyn (2015), že jedinec s ADHD se hůře učí ze svých chyb a učení správných návyků u něj bude trvat déle, než je tomu u zdravého jedince běžné. Proto je při výchově jedinců s ADHD nutné obrnit se trpělivostí a pochopením pro jejich nedostatky plynoucí z poruchy. „Základní poučka, kterou můžeme rodičům a ostatním vychovatelům takového dítěte předat, zní takto: Slabost nervového systému se neléčí, nervový systém se posiluje!“ (Matějček, 2011, s. 202)

## **1. 3. Další projevy ADHD**

### **1. 3. 1. Emoční labilita**

Děti s ADHD bývají citlivější, emočně nevyrovnaní a častěji se u nich objevují výkyvy nálad (Kolčárková, Lacinová 2008). U více než 50 % dětí s ADHD byly zaznamenány emoční problémy, 33 % dětí s ADHD splňovaly kritéria deprese a u 30 % dětí s ADHD byly zaznamenány úzkostné poruchy (Arcelus, Munden, 2002).

Jucovičová, Žáčková (2007) uvádějí, že změna nálady může nastat zdánlivě bez příčiny, například jako reakce na počasí – vlivem klimatických podmínek může dítě reagovat zvýšenou vzrušivostí, útlumem nebo afektivitou.

Typické pro děti s ADHD je nízká frustrační tolerance – děti s nízkou frustrační tolerancí mají nižší toleranci k zátěži, to se u dětí projevuje přehnanou reakcí na nepříliš silné podněty (Jucovičová, Žáčková 2015). Dle Vágnerové (1999) jsou výkyvy v oblasti emočního prožívání sekundárního charakteru. Interpretuje je jako „obranou reakci v situaci subjektivně nadměrné zátěže“ (Train, 1997, s. 50 in Vágnerová, 1999), která se projevuje například agresí nebo afektivním chováním. Vágnerová (1999) dále popisuje, že původ subjektivně nadměrné zátěže plyne z vyšší emoční dráždivosti (hyperexcitability) dítěte s ADHD.

Dle MKN-10 jsou emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (nalezneme je pod kódem F93) definovány takto: „Jde v podstatě o zveličením normálního vývojového trendu, spíše než o samostatnou poruchu“, patří sem například nadměrně úzkostná porucha (kód 93.8) nebo porucha sourozenecké rivality (kód 93.3), jejíž stupeň nebo trvání je statisticky abnormální (MKN-10).

### **1. 3. 2. Percepčně – motorická oslabení**

Percepční oslabení plyne z výše popsaných projevů ADHD, děti mohou mít problémy v oblasti sluchového či zrakového vnímání (Jucovičová, Žáčková, 2015). Dle mého názoru se jedná o oslabení způsobené především neschopností se dobře soustředit po určitou dobu. Žáci/studenti mohou mít problémy zapamatovat si výklad či jednotlivé části výkladu, zvláště pokud nejsou využity žádné podpůrné opatření ve výchově. Tato oslabení se mohou projevit i při běžném rozhovoru, kdy dítě už po chvíli zapomene, co mu druhý řekl, přeslechne nějaké části rozhovoru či si chybně domyslí, co mu druhý člověk řekl. Pro dítě bývá velmi náročné vnímat, zvláště pokud se jedná o téma pro dítě nezajímavé. Při soustředění se na takové téma, musí dítě s ADHD vynakládat velké

úsilí a důsledkem soustředění se na jednu složku dítě může přehlédnout, nezaregistrovat další relevantní informace. Dítě s ADHD dělá často „chyby z nedbalosti“ - nevšimne si, že nevybarvilo všechny předměty na pracovním listě, přehlédne nějaké cvičení nebo jen jeho část.

Dle Jucovičové, Žáčkové (2015) poruchy percepčních funkcí souvisí s dysgnózií – poruchou vývoje v oblasti vnímání, autorky popisují, že někdy samostatné percepční funkce fungují bez deficitu, problém se může ukázat až ve fázi převádění podnětů z jedné percepční oblasti na další, děti mohou mít problémy v „intersenzonické integraci“ (například při čtení dítě vnímá zrakem tvar a k tomu se mu vybavuje zvuk). Deficity v percepční oblasti mohou někdy působit jako problémy se sluchem nebo zrakem (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 69). *Tento jev s vysvětlují následovně: pokud se dítě nesoustředí na to, co mu druhý člověk říká, tak prakticky „neslyší“, v případě ADHD nejde ovšem o poruchu sluchu, ale pozornosti, dítě by nám sice neřeklo, co mu daný člověk v rozhovoru říkal, ale bylo by schopné popsat jiný jev, který upoutal jeho krátkodobou paměť.* Jucovičová, Žáčková, 2015 tyto percepční deficity označují jako „poruchu funkce, ne orgánu“ (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 69).

Z výše napsaného vyplývá, že možné oslabení percepčních funkcí u jedinců s ADHD s sebou přináší značné obtíže při výuce. Arcelus, Munden (2002) uvádí, že 90 % dětí s ADHD zvládá školní práci podprůměrně, 20 % dětí s ADHD má problémy s učením, 60 % dětí má problémy s rukopisem. Paclt, Ptáček, Florián (2006) uvádějí, že až 25 % dětí s ADHD trpí specifickými poruchami učení. Goetz, Uhlíková, 2009 uvádí výskyt specifických poruch učení u dětí s ADHD až 30 %. Paclt a kol. (2007) uvádí 24-70 %. Mezi specifické poruchy učení se řadí například dyslexie (specifická porucha čtení), dysgrafie (specifická porucha psaní) nebo dyskalkulie (specifická porucha počítání). Jucovičová, Žáčková (2015) konstatují, že percepční oslabení tvoří podklad pro vznik specifických poruch učení.

Motorická oslabení, stejně jako percepční oslabení mohou také vést ke vzniku specifických poruch učení. Jako nejvíce rizikovou poruchu učení při motorickém oslabení vidím dyspraxii (porucha pohybové koordinace), děti s touto poruchou bývají označovány jako nemotorné, často jim padají věci z ruky, často do něčeho naráží, padají, mohou mít problém chytit předmět a při praktických činnostech si počínají neobratně. Dyspraxie může postihovat jemnou i hrubou motoriku. Specifické poruchy učení, které se vážou na jemnou motoriku jsou například zmiňovaná dysgrafie nebo dyspinxie (specifická porucha kreslení). Stejně jako je pro děti s ADHD typické, že se hůře učí ze svých chyb (Bertyn, 2015), totéž platí i pro děti s dyspraxií, Zelinková (2017) uvádí, že běžná cvičení obvykle nevedou ke zlepšení, jako účinnější uvádí fyzioterapii se zaměřením na pohybové dovednosti a posílení svalstva.

### **1. 3. 3. Oslabení v oblasti sociálních kompetencí**

Děti s ADHD díky svým specifickým často nezapadají do společnosti, mohou mít problémy v oblasti navázání, udržování přátelství, respektování autorit aj.



Vágnerová (1999) popisuje, že mnohé odchylky v osobnostním vývoji dítěte s ADHD vznikají sekundárně – jako důsledek negativního hodnocení jeho okolí na typické projevy dětí s ADHD. Dále konstatuje, že hyperaktivní děti jsou často odmítány nebo přijímány ambivalentně (Vágnerová, 1999, s. 45).

Pokud je školní neúspěšnost a kritika dítěte častá, může to vést ke změně vztahu dítěte ke školní práci. Děti mohou reagovat různými obrannými mechanismy viz podkapitola 3. 3. „Obranné mechanismy dítěte s ADHD“, jejichž smyslem je zachovat si alespoň přijatelné sebehodnocení a sebeúctu. „Dítě musí negativní informaci vytěsnit nebo odmítnout. Eventuálně musí zkeslit realitu natolik, aby se pro ně stala alespoň přijatelnou“ (Vágnerová, 1999, s. 46). (Vágnerová, 1999)

## **1. 4. Historie pojmu ADHD**

Terminologie syndromu ADHD se v průběhu času měnila. V této podkapitole se pokusím shrnout některé odborné zmínky, odkazující na symptomy ADHD v historii.

### **1. 4. 1. Odborné zkoumání ADHD v historii**

Emmerson, Yehling (2017) datují začátek odborného zkoumání dnešního ADHD již od druhé poloviny 18. století, kdy německý lékař Melchior Adam Weikard vydal roku 1775 třetí díl učebnice „Der Philosophische Arzt“ ve které napsal charakteristiku „nepozorného člověka“, jehož popis se shoduje s dnešním ADHD, jak jej definuje DSM-V. (Emmerson, Yehling, 2017)

Černá a kol. (1999) rozdělují historii zkoumání LMD (dnešního ADHD) na 3 období:

#### **1. Prehistorie odborného zkoumání (přibližně od roku 1830–1930).**

Charakteristické pro toto období je sbírání dílčích poznatků o dané problematice v rámci konkrétních oborů (neurologie, psychiatrie, pedagogika), nejvíce akcentovaným paradigmatem odborného zkoumání se stává poškození mozku.

- V roce 1838 belgický psychiatr Guislain ve svém pojednání o frenepatiích (poruchách mysli) uvádí souvislost mezi poruchou chování a poškozením mozku u některých dětí.
- 20. léta 20. století vznikají odborné práce, které zkoumají vztah mezi poškozením mozku a specifickým chováním, které by bylo jeho následkem.<sup>1</sup>

#### **2. Klasická éra bádání (do počátku 60. let 20. století).**

Charakteristické pro toto období je snaha odborníků postihnout danou problematiku v širších souvislostech, buď přesahem vlastního oboru nebo spoluprací pracovníků různého profesního zaměření.

- Ve 30. – 40. letech 20. století v USA spolupráce srovnávacího psychologa Wernera a

---

<sup>1</sup> Drtílková (2007) uvádí, že po první světové válce se u řady dětí objevily následky epidemie encephalitis lethargica, které se projevovaly změnami psychiky a chování, čímž mohla posílit hypotéza o biologickém podkladu některých behaviorálních syndromů.

neuropsychiatra Strausse.

- V roce 1941 vychází kniha: „Vývojová diagnostika“ Gessela a Amatrudové. „V souvislosti s časnými mozkovými poškozeními hovoří autoři o rozličných nepříznivých důsledcích pro rozvoj osobnosti... Upozorňují také na různou míru postižení.“ (Černá a kol, 1999, s. 9)

### 3. Současnost (od 60. let 20. století)

Charakteristické pro současnost je snaha o sjednocení různých názorů a terminologií, nejvíce akcentovaným východiskem odborného zkoumání je behaviorální pojetí, které se odráží v současné terminologii. Zdůrazňuje se vliv a vzájemná propojenost více faktorů (biologické, psychické, prostředí), jenž působí na vznik a konkrétní průběh daného postižení.

(Černá a kol., 1999)

## 1. 4. 2. Vývoj terminologie ADHD

První terminologie odrážela předpoklad organického podkladu poruchy:

- **MBD** – angl. „minimal brain dysfunction“ (minimální mozková dysfunkce). Tento termín byl poprvé použit v roce 1930. Na základě překladu anglického názvu se u nás prosadil termín: **MMD** – „minimální mozková dysfunkce“ (Jucovičová, Žáčková, 2015)
- **LDE** – „lehká dětská encefalopatie“. Z názvu je opět patrné, že je zde kladen důraz na souvislost s lehkým poškozením mozku projevujícím se v dětském věku. Tento koncept u nás poprvé zavedl psychiatr Kučera, který vedl tým odborníků a roku 1961 společně vydali: „Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích“. (Černá a kol., 1999)
- **LMD** – „lehká mozková dysfunkce“. Termín se v Českém prostředí začal prosazovat od šedesátých let 20. století. Možné příčiny odchylek CNS mohly být geneticky nebo biochemicky podmíněné, ovšem za nejčastější vysvětlení vzniku LMD bylo považováno poškození mozku v průběhu těhotenství, z pohledu neurologů byla LMD chápána jako lehká forma dětské obrny. (Drtilková, 2007)

Současná terminologie („ADHD“/ „Hyperkinetická porucha“) pochází z devadesátých let 20. století (Jucovičová, Žáčková, 2015) a odráží symptomatické pojetí poruchy – viz podkapitola 1. 5. „Současná klasifikace“.

## 1. 5. Současná klasifikace

V současné době se v odborné literatuře můžeme setkat s rozdílnými termíny označující poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou, jednotlivé názvy se mohou lišit svými diagnostickými kritérii.

- **Hyperkinetická porucha** – termín používající se převážně ve zdravotnictví (v hovorové psychiatrii bývá ovšem často nahrazován rozšířenějším pojmem „ADHD“). Diagnostická kritéria vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), která je výsledkem desáté revize, koordinované Světovou zdravotnickou

organizací, zkráceně WHO – „World Health Organization“.

(Jucovičová, Žáčková, 2015)

### **Hyperkinetická porucha se dělí na specifické typy:**

- Hyperkinetická porucha – porucha aktivity a pozornosti. Stejně jako ADHD se vyznačuje poruchou pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou, diagnostická kritéria MKN-10 se od DSM-V mírně liší (Drtílková, 2007).
- Hyperkinetická porucha chování – Může být diagnostikována pouze v případě současného výskytu poruchy aktivity a pozornosti (Drtílková, 2007). U jedinců s touto diagnózou se může dle Drtílkové (2007) dlouhodobě projevovat agresivita, opoziční chování, záškoláctví, nepřizpůsobivost, krádeže, lhaní aj.
- **ADHD** – nejrozšířenější označení, využívá se v poradenské praxi a školských zařízeních (Jucovičová, Žáčková, 2015). Diagnostická kritéria vycházejí z aktuálního Diagnostického statického manuálu duševních poruch (DSM-V), páté revize Americké psychiatrické asociace. Výskyt ADHD se uvádí vyšší než výskyt hyperkinetické poruchy, to může být způsobeno širšími diagnostickými kritérii DSM-V (Drtílková, 2007).

**ADHD (dle aktuálně platného DSM-V) tvoří 3 subtypy**, které rozlišují přítomnost jednotlivých symptomů (poruchy pozornosti, impulzivity a hyperaktivity) a rozdělují je do „menších“ diagnostických celků/subtypů.

1. s převahou poruchy pozornosti (ADD)
2. s převahou motorické hyperaktivity a impulzivity
3. kombinovaný typ

- **Specifické poruchy chování (SPCH)**

Toto označení se používá především ve školství a pochází z osmdesátých let 20. století. SPCH jsou zohledněny v aktuální školské legislativě školského zákona, především § 12 Vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Jucovičová, Žáčková (2015) zdůrazňuje odlišení SPCH od běžných „poruch chování“ - „specifické“ pro SPCH je to, že je jedinci svými silami nemohou ovlivnit, jelikož se jedná o vrozené predispozice.

SPCH se často vyskytují společně s poruchami učení (SPU). Kombinace SPCH a SPU je vyjádřena zkratkou SPUCH „specifické poruchy učení a chování“, tyto děti bývají evidovány jako „žáci se speciálními vzdělávacími potřebami“ nebo jako „žáci se zdravotním postižením“.

(Jucovičová, Žáčková, 2015)

Pro účely mé bakalářské práce nebudu rozlišovat jednotlivé subtypy ADHD či hyperkinetické poruchy, termín ADHD budu používat jako pojem nadřazený, zahrnující ty specifické projevy, které jsou společné (alespoň svojí dílčí částí) všem výše zmiňovaným termínům.

## 1. 5. 1. Jednotlivé subtypy ADHD

### 1. ADHD s převahou poruchy pozornosti

Běžně známý pod zkratkou ADD (Attention deficit disorder – porucha pozornosti). Jedná se o ADHD bez hyperaktivity. U tohoto subtypu je typická hypoaktivita viz podkapitola 1. 2. 1. 1. „Porucha pozornosti bez hyperaktivity“.

Drtílková, Fiala v článku: „Rozdílné dimenze subtypů ADHD“ in Česká a slovenská psychiatrie (2016; 112/3) uvádí, že na rozdíl od ostatních subtypů, u kterých projevy hyperaktivity a impulzivity u adolescentů do dospělosti klesají až k podprahovým hodnotám, problémy s poruchou pozornosti zůstávají, to způsobuje vyšší výskyt tohoto subtypu (1) u adolescentů a v dospělosti → v průběhu školního věku se subtyp (1) stává nejčastějším subtypem ADHD v populaci. Mezi časté komorbidní poruchy u tohoto subtypu patří úzkostné poruchy, deprese nebo specifické poruchy učení (Drtílková, Fiala, 2016).

### 2. ADHD s převahou motorické hyperaktivity a impulzivity

Nezahrnuje poruchu pozornosti. Nejvyšší zastoupení dle Willcuttovy studie (2012) in Drtílková, Fiala (2016) se vyskytuje u předškolních dětí, které činí 4,9 % z 52 % všech dětí s ADHD, u žáků základní školy byl zaznamenán výskyt pouhé 2,9 % z celkového počtu 26 % dětí s ADHD, u adolescentů 1,1 % z celkového počtu 14 % dětí s ADHD.

Mezi časté komorbidní poruchy u tohoto subtypu patří poruchy chování, tikové poruchy, bipolární afektivní poruchy nebo porucha opozičního vzdoru (Drtílková, Fiala, 2016).

### 3. ADHD kombinovaný typ

Svémi kritérii nejvíce podobný „hyperkinetické poruše“, zahrnuje poruchu pozornosti spojenou s motorickou hyperaktivitou a impulzivitou.

Z Willcuttovy studie (2012) in Drtílková, Fiala (2016) se dozvídáme, že většina (59%) zkoumaných dětí s ADHD kombinovaného typu po 5 až 9 letech splňovalo kritéria jednoho ze subtypů ADHD, ale pouze 35 % dětí potvrdilo výskyt stejného subtypu.

Riziko komorbidních poruch u tohoto subtypu je stejné jako u předchozích dvou subtypů.

Dle DSM-V (in Jucovičová, Žáčková 2015) zastoupení jednotlivých subtypů z celkového počtu jedinců s ADHD tvoří:

- **60 % kombinovaný typ** (hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti)
- **30 % subtyp s převahou poruchy pozornosti** (porucha pozornosti)
- **10 % subtyp s převahou motorické hyperaktivity a impulzivity** (hyperaktivita, impulzivita).

*Dle mého názoru jednotlivé subtypy slouží dobře jako vodítko k rozpoznání, jaké specifické symptomy u člověka převládají, domnívám se ovšem, že opomíjení impulzivity u 1. subtypu výše nebo poruchy pozornosti u 2. subtypu je dle mého názoru zavádějící.*

*Osobně souhlasím s inhibiční teorií, formulovanou Barkleym (2005), která uvádí jako primární příčinu ADHD deficit inhibičních mechanismů – impulzivitu (nebo také hyperreaktivitu), jenž se*

vyskytuje napříč všemi subtypy ADHD.

## 1. 6. Diagnostika dětí

Diagnostika ADHD/HKP by měla vycházet ze spolupráce odborných pracovníků. Diagnostika HKP (vycházející z kritérií MKN-10) je u nás preferovaná především lékaři, provádí ji dětský psychiatr, neurolog nebo klinický psycholog. Důležitou roli má i pediatr, který zná zdravotní stav dítěte a může vyloučit, že by za příznaky měly svůj původ v nějakém jiném onemocnění.

V případě diagnostiky ADHD (vycházející z kritérií DSM-V) se jedná o spolupráci psychologa, speciálního pedagoga, případně etopeda nebo metodika prevence. Samotné vyšetření provádí psycholog, který údaje získává „...pomocí rozhovoru, pozorování, testových a dotazovacích a projektivních metod (většinou kresba), vyšetření dítěte by mělo být prováděno tak, aby pro dítě nebylo zátěží, mělo by probíhat, pokud možno hravou formou“ (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 25).

Důležité údaje pro stanovení diagnózy jsou informace z prostředí, ve kterém se dítě pohybuje – to zajišťuje pedagogické posouzení dítěte v MŠ (případně ZŠ) – učitelé vyplní dotazník vztahující se k chování dítěte ve školním prostředí. Informace z rodinného prostředí jsou získávány rozhovorem s rodiči.

Diagnostika ADHD může být prováděna ve školských poradenských zařízeních (ŠPZ) – mezi které patří pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a speciálně pedagogická centra (SPC). ŠPZ jsou primárně určeny dětem od 3 let, některá SPC mohou být zaměřena na ranou péči, tzn. poskytují péči i dětem mladším 3 let. V některých případech bývá vyžadováno i vyšetření dětského psychiatra nebo neurologa.

(Jucovičová, Žáčková, 2015)

### 1. 6. 1. Kritéria pro diagnostiku hyperkinetické poruchy v dětství dle MKN-10

MKN - 10 definuje hyperkinetické poruchy následovně: „Skupina poruch charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům, dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušeny a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporcionálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.“ (MKN-10)

## **Diagnostické podtypy dle (MKN-10):**

### **F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti**

- Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou
- Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou

### **F 90.1 Hyperkinetická porucha chování**

- Hyperkinetická porucha se vyskytuje s poruchou chování

### **F 90. 8 Jiné hyperkinetické poruchy**

### **F 90. 9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná**

Pro diagnózu hyperkinetické poruchy je nutná přítomnost hlavních symptomů – poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Symptomy musí být patrné ve více než 1 situaci v prostředí domova i školy. Cahová, Pejčochová, Ošlejšková (2011) podávají seznam diagnostických kritérií HKP následující:

#### **Symptomy poruchy pozornosti**

→ nejméně 6 příznaků vyskytujících se po dobu 6 měsíců.

- obtížná koncentrace pozornosti
- neposlouchá
- nedokončuje úkoly
- vyhýbá se úkolům vyžadujících mentální úsilí
- nepořádný, dezorganizovaný
- ztrácí věci
- zapomnětlivý

#### **Symptomy hyperaktivity**

→ nejméně 3 příznaky vyskytující se po dobu 6 měsíců.

- neposedí, vrtí se
- pobíhá kolem
- vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid
- v neustálém pohybu
- excesivně mnohomluvný

#### **Symptomy impulzivity**

→ nejméně 1 příznak vyskytující se po dobu 6 měsíců

- nezdrženlivě mnohomluvný
- vyhrkne odpověď bez přemýšlení
- nedokáže čekat
- přerušuje ostatní

Cahová, Pejčochová, Ošlejšková: „Hyperkinetická porucha/ „Attention Deficit Hyperactivity

Disorder“ u dětských pacientů s epilepsií“ in Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie (2011; 74/107 (2), s. 157).

## 1. 6. 2. Kritéria pro diagnostiku ADHD v dětství dle DSM-V

ADHD patří mezi tzv. spektrální poruchy – vyskytující se v různých stupních (Kolčárová, Lacinová, 2008), specifické symptomy (poruchy pozornosti, hyperaktivity, impulzivity) jsou patrné od raných vývojových stádií a nejsou úměrné mentálnímu věku dítěte (Paclt, 2010). Jucovičová, Žáčková (2015) uvádí, že ADHD může být diagnostikováno, vyskytuje-li se u dítěte alespoň jedna porucha ze dvou (porucha pozornosti nebo hyperaktivita s impulzivitou), diagnostická kritéria dle DSM-V popisují příznaky syndromu ve všech věkových kategoriích – od předškolního věku po dospělost.

Při diagnostice se zjišťuje aktuální závažnost ADHD, 3 rozdělení:

- Mírná (mírný typ ADHD) – vyskytuje se jen málo příznaků, které způsobují jen mírné funkční narušení v sociální nebo pracovní oblasti.
- Středně těžká (střední typ ADHD) – příznaky nebo funkční narušení se pohybují mezi stupněm „mírná“ a „těžká“.
- Těžká (závažný typ ADHD) – je přítomno mnoho příznaků nad rámec vyžadovaných pro naplnění diagnózy nebo jsou některé příznaky zvláště závažně a/nebo způsobují značné potíže v oblasti sociální, školní a pracovní oblasti.

(DSM-V, Český překlad, Hrdlička, Mohr, Raboch, Pavlovský, Ptáček; 2015)

**Čermáková, Papežová, Uhlíková (2013) popisují změny, které s sebou nové vydání DSM-V z roku 2013 oproti předešlému DSM-IV přináší:**

- Více konkrétních příkladů chování pro konkrétní věk,
- snížení celkového počtu požadovaných symptomů nutných pro diagnostiku,
- zvýšení minimálního věku, od kdy se mají symptomy projevat (ze 7 na 12 let),
- zmírnění požadavku působení ADHD na život jedince – stačí, pokud budou symptomy „narušovat pacientův život“.

Čermáková, Papežová, Uhlíková (2013, s. 7)

Ch. Galea, M. Galea, Sciberras, 2014 rozšiřují výčet změn nového DSM-V o:

- možnost výskytu ADHD s poruchami autistického spektra (PAS),
- rozlišená diagnostika třemi stupni – mírného, středního a závažného typu
- Jednotlivé subtypy („subtypes“) dostávají nové označení: „presentations“ („přítomnosti“), jenž se mohou měnit. (Například člověku s diagnostikovaným kombinovaným typem ADHD může být v budoucnu diagnostikováno ADHD s převažující poruchou pozornosti)

(Ch. Galea, M. Galea, Sciberras, 2014)

**DSM-V popisuje diagnostická kritéria ADHD následovně:**

Pro stanovení diagnózy je nutná přítomnost příznaků nepozornosti a/nebo hyperaktivity – impulzivity, které neodpovídají vývojové úrovni jedince a mají přímý negativní dopad na sociální nebo školní/pracovní aktivity. Některé z příznaků se musely objevit již před 12. rokem života jedince a aktuálně se objevují ve 2 nebo více oblastech života jedince (v prostředí domova, školy, práce, ve společnosti kamarádů apod.). Dále musí být při diagnóze vyloučeno, že příznaky popsané níže nejsou výsledkem nějaké jiné psychické poruchy (poruchy nálady, úzkostné poruchy, disociativní poruchy, poruchy osobnosti), intoxikací organismu nebo abstinčního syndromu.

(DSM-V, Přeložili, Hrdlička, Mohr, Raboch, Pavlovský, Ptáček; 2015)

### **Nepozornost**

→ nejméně 6 příznaků vyskytující se po dobu 6 měsíců. (Pro diagnostiku jedinců starších 17 let stačí 5 příznaků.)

- Často nevěnuje plnou pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti při práci ve škole, zaměstnání nebo během jiných aktivit (například přehlédne detaily nebo si jich nevšimne, práce je nepřesná)
- Často má problémy udržet pozornost při plnění úkolů, konverzaci nebo při hře.
- Často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká (např. je myšlenkami jinde, dokonce i když nejsou přítomny rušivé podněty).
- Často se nedrží instrukcí, selhává v dokončování prací nebo povinnosti.
- Má problémy zorganizovat si úkoly nebo aktivity.
- Často se vyhýbá úkolům vyžadující trvalé duševní úsilí, nemá je rád nebo se mu je nechce dělat.
- Často ztrácí věci.
- Často je rozptýlen vnějšími stimuly (v případě adolescentů a dospělých k rozptýlení mohou vést i nesouvisející myšlenky).
- Je zapomětlivý při běžných denních aktivitách.

### **Hyperaktivita – impulzivita**

→ nejméně 6 příznaků vyskytující se po dobu 6 měsíců.

- Často neklidně pohybuje nebo poklepává rukama či nohama nebo se vrtí na židli.
- Často odchází z místa v situacích, kdy se očekává, že by měl sedět.
- Často pobíhá nebo není schopen klidně sedět v situacích, kdy to není vhodné (u dospělých může být nahrazeno pocitem neklidu).
- Často není schopen hrát si potichu.
- Je neustále v pohybu.
- Často nadměrně mluví.
- Často vyhrkne odpověď na otázku dřív, než byla otázka dokončena.
- Dělá mu problém čekat, až na něj přijde řada.



- Často přerušuje nebo vyrušuje ostatní (v konverzaci nebo při hře)  
(DSM-V, Český překlad, Hrdlička, Mohr, Raboch, Pavlovský, Ptáček; 2015)

Pokud dítě nenaplnuje všechna kritéria pro ADHD, přestože u něj převažují charakteristické příznaky ADHD – poruchy pozornosti s hyperaktivitou, může mu být diagnostikována

1. „Jiná specifikovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou“ s následným uvedením specifických důvodů – např. „s nedostatečnými příznaky nepozornosti“.
2. „Nespecifikovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou“ – při této diagnóze se neuvádí specifický důvod, kvůli kterému se nenaplnily diagnostická kritéria pro ADHD.

(DSM-V, Přeložili, Hrdlička, Mohr, Raboch, Pavlovský, Ptáček; 2015)

## 1. 7. Výskyt

Vzhledem k mírně rozdílným diagnostickým kritériím DSM-V a MKN-10 bývá výskyt ADHD uváděn vždy v kontextu daných diagnostických kritérií. U dětí se uvádí výskyt 4-19 % dle DSM-V, podle MKN-10 se výskyt pohybuje v rozmezí 1-3 % z dětské populace (in Jucovičová, Žáčková, 2017). Paclt a kol. (2007) uvádí výskyt okolo 6 % z dětské populace, Barkley (2006) uvádí 3-7 % z dětské populace.

Přetrvávající syndrom ADHD v dospělosti bývá uváděn ve 40-50 %, u dospívajících až v 80 % (Jucovičová, Žáčková 2017). Celkové zastoupení dospělých jedinců s tímto syndromem v populaci se liší – Arcelus, Munden (2002) uvádí 1–2 %, Cahová a kol. (2010) uvádí 4-5 %.

ADHD bývá třikrát až devětkrát častěji diagnostikováno u chlapců v porovnání s děvčaty (Drtílková, 2007/b) To může být způsobeno tím, že jejich chování bývá velmi často nápadnější, chlapci mívají větší sklon k hrubosti a tím pádem se snáze rozpozná případná diagnóza (Arcelus, Munden, 2002). Jako další možné vysvětlení, proč ADHD bývá častěji diagnostikováno u chlapců ve srovnání s děvčaty může být to, že v době nejranější etapy vývoje mozku, kdy může dojít k poškození CNS, bývají chlapci více zranitelní k tomuto poškození, které obvykle vede ke vzniku ADHD (Černá a kol., 1999).

## 1. 8. Etiologie

Etiologie ADHD není jednoznačná, příčiny vzniku ADHD mohou být různé a různě se na vznik a vývoj hlavních symptomů ADHD podílí celá řada faktorů působící na člověka (faktor výchovy, prostředí, komorbidních poruch...).

Jak jsem již naznačila, ADHD můžeme označit jako diagnózu „popisnou“, „symptomatickou“ nebo „behaviorální“. Hledání příčin je opravdu náročný proces, stejné symptomy mohou být výsledkem různých příčin či jejich kombinací. Na vzniku symptomů se může podílet nervové oslabení CNS, lehké poškození mozku, genetika, biochemie mozku, sociokulturní prostředí,

výchova a životní zkušenosti jedince s ADHD.

Jucovičová, Žáčková (2015, s. 15) uvádí procentuální zastoupení příčin vzniku ADHD následovně:

**60 % Genetické příčiny,**

**30 % příčiny negativního vlivu v období těhotenství, při porodu nebo v raném dětství,**

**10 % nejasná etiologie nebo kombinace obou předchozích faktorů.**

V současné době se předpokládá, že vznik ADHD je způsoben působením několika faktorů zároveň. Za nejdiskutovanější jsou považovány faktory:

### **1) Genetické**

Moderní studie díky stále se rozvíjející molekulární psychiatrii identifikovaly více genů, které jsou odpovědné za vznik ADHD a které specificky ovlivňují funkci neurotransmiterů a některé neurofyziologické funkce (Uhrová, 2007).

Zjištění přítomnosti specifických genů, které stojí za vznikem ADHD do značné míry potvrzuje „hereditární model“ zdůrazňující genetické faktory při vzniku ADHD, ale zároveň díky neurobiologické provázanosti potvrzuje „neurobiologický model“, který vysvětluje příčiny vzniku ADHD na platformě neurotransmiterů (Uhrová, 2007).

Neurofyziologický model popisuje syndrom jako psychomotorickou poruchu s příčinou poškození podkorových struktur, které slouží při kooperaci volních a mimovolních pohybů (Kotasová, 1999 in Uhrová, 2007).

### **2) Biologické**

Díky moderním zobrazovacím technikám na principu nukleární magnetické rezonance (MRI) byly u dětí s ADHD zjištěny strukturální změny mozku ve srovnání s dětmi zdravými.

Nucleus caudatus – jedna z mozkových struktur, která se morfoloicky řadí mezi bazální ganglia a jejíž funkcí je řízení uvědomělých pohybů, byla u dětí s ADHD pozorována menší než u dětí zdravých. Dále pak bylo pozorováno, že pravostranné nucleus caudatus u lidí s ADHD bylo větší než levé.

Další strukturální změny mozku u dětí s ADHD byly zjištěny v oblasti mozkové tkáně v pravém frontálním laloku, jehož funkce je například plánování a ovládání podmětů. Důležité je zmínit, že jak nucleus caudatus, tak pravý frontální lalok mají významné neurologické spojení s limbickým systémem, mezi jehož funkce patří například řízení emocí, motivace a paměti. Strukturální změny byli častěji zjištěny u chlapců s ADHD.

(Arcelus, Munden, 2002)

Shaw a kol. (2011) u ADHD popisují opožděný vývoj kortikální vrstvy v prefrontálních oblastech.

### **3) Psychosociální**

Psychosociální jevy se rovněž odrážejí na funkci CNS, pokud je psychika jedince s ADHD narušena například přílišným stresem, špatným výchovným vedením, traumatem, citovou deprivací

apod., tak daný psychický stav může výrazně ovlivnit symptomy ADHD, umocnit je nebo dokonce dát příčinu k jejich vzniku (Prekopová, Schweizerová, 2008). Faraone (2000) in Drtílková (2007) uvádí, že výskyt deprese v rodině se dá pokládat za predispozice k ADHD.

Psychické problémy mohou vést ke vzniku dalších komorbidních poruch, například poruše chování aj. (Drtílková, 2007).

Psychosociální model hledání příčin ADHD je znázorněn ve schématu č. 1. (Příloha č. 1), autorky Kolčárová, Lacinová (2008) zde přehledně interpretují koncept Prekopové, Schweizerové (2008), jenž odborným způsobem předkládá možné příčiny vzrůstajícího počtu „hyperaktivních dětí“. Koncept Prekopové, Schweizerové (2008) popisuje, jakým způsobem na děti, ale i rodiče může působit stres, který je pro dnešní dobu charakteristický. Konstatují, že psychické trauma a psychický stres se podílí na funkci CNS, blokují jednotlivé funkce nebo spojení a dávají vzniknout neklidu.

#### 4) Životního prostředí

##### ADHD jako reakce na stravu:

Výzkumy prokázaly, že některá barviva, jmenovitě: E 110; E 104; E 122; E 124; E 129; E 102 (Food Standards Agency, 2018) způsobují projevy podobné ADHD. Evropská unie proto v roce 2010 vydala nařízení, aby všechny potraviny obsahující výše zmíněné látky byly řádně označeny varováním: „může nepříznivě ovlivňovat činnost a pozornost dětí“ („may have an adverse effect on activity and attention in children“), výzkumy ovšem neprokázaly, že by dané látky stály přímo za vznikem ADHD (McBurney, 2011 in Ch. Galea, M. Galea, Sciberras, 2014).

##### ADHD vzniklé díky drobnému poškození CNS

Příčiny drobného poškození CNS mohou být různé – CNS dítěte může být poškozena negativním působením vnějších vlivů v době vývoje a zrání CNS (období těhotenství, po porodu nebo v rané fázi dětství). Jedná se o vlivy:

- nepříznivý zdravotní stav matky v průběhu těhotenství,
- abúzus návykových látek,
- hypoxie (nedostatek kyslíku),
- předčasný porod,
- přenošenost dítěte,
- úrazy hlavy,
- infekční a horečnatá onemocnění dítěte po porodu aj.

(Jucovičová, Žáčková 2015)

Zjednodušeně řečeno můžeme říci, že na symptomy plynoucí z ADHD je možné se dívat různými prizmaty, které nám zprostředkují pouze částečné poznání o daném syndromu jako celku.

**Prizmatem neurologa** (kterého můžeme pracovníčně zařadit do kategorie genetické a biologické) můžeme popsat, jak ADHD ovlivňuje funkce našeho mozku – můžeme určit, jaký specifický neurotransmitter stojí za dysfunkcí té či oné oblasti mozku. Vzhledem k tomuto prizmatu by neurolog například mohl navrhnout užívání stimulantů podporující tvorbu žádoucích

neurotransmiterů.

Důležité je si zde uvědomit, že dílčí příčina, která stojí za dysfunkcí mozku – tj. nesprávná funkce neurotransmiterů je velmi důležitá pro odborníky (neurology, lékaře, biochemiky), po lepší pochopení syndromu, ale málo podstatná, pokud bychom se na syndrom ADHD dívali pouze z této jedné perspektivy, jelikož hrozí, že zaměřením se na jednu složku poruchy nám unikne primární příčina těch či oněch projevů ADHD. Ačkoli lehká dysfunkce mozku je s ADHD spojená, ovlivňuje i další rozměry poruchy, jako například psychiku, která má své dílčí příčiny rovněž ve fungování neurotransmiterů, biochemie formou medikamentů neléčí primární příčiny poruchy, ba naopak, medikamenty poruchu v pravém slova smyslu neléčí, jen dočasně pomáhají řešit problémy z poruchy vyplývající.

U ADHD bychom se měli dívat na poruchu ve svém celém kontextu – kontextu biologie/biochemie, genetiky, prostředí, výchovy, ale také kontextu konkrétního jedince, který rovněž vstupuje do „rovnice ADHD“<sup>2</sup> svým individuálním nastavením a který v rovnici reaguje s proměnnými ADHD, které jsou svým vymezením do jisté míry stejné u každého jedince s ADHD, ale jinak-v jiné míře a jiným způsobem se u každého projevují.

**Prizmatem psychologa** (kterého bychom mohli zařadit do kategorie psychosociální) můžeme vidět souvislost projevů ADHD například s horší adaptací na prostředí, nesprávnými výchovnými postupy, výchovným řízením či jinou dysfunkcí rodiny, která může způsobovat neklid dítěte – přílišný stres či citová deprivace prokazatelně mohou umocňovat příznaky ADHD – touto problematikou se zabývá psycholožka Jiřina Prekopová a Christel Schweizerová, které ve své knize (2008) vysvětlují, že oslabení nervového systému působí jen částečně na nadměrnou aktivitu dítěte (Kolčárová, Lacinová, 2008). Hyperaktivita bývá často rovněž vytvářena ranou citovou vazbou, očekáváními rodičů a jejich výchovnými postoji. (Kolčárová, Lacinová, 2008)

Teeterová a Semrudová-Clikemanová (1995) in Uhrová (2007) integrovaly různá paradigmatu ADHD se vzájemnými souvislostmi do tzv. transakčního modelu (Schéma č. 2, příloha č. 2), do kterého zahrnuly paradigmatu:

- neurobiologické,
- neurofyziologické,
- kognitivní,
- psychologické,
- behaviorální,
- sociální.

Dle autorek léčba zaměřená pouze na jeden aspekt nemůže dosáhnout dlouhodobých výsledků.

---

<sup>2</sup>Představme si syndrom ADHD jako matematickou rovnici, která v sobě obsahuje „proměnné“ hyperaktivity (h), impulzivity (i) a nepozornosti (n), které reagují s dalšími proměnnými vycházející ze života konkrétního jedince. (h; i; n) jsou děleny (například inteligencí, výchovou) nebo umocněny (například komorbidními poruchami, temperamentem), časem mohou svou hodnotu měnit v závislosti na ostatních členech rovnice, matematicky platné je i přesunutí daných proměnných na druhou stranu rovnice.

V Transakčním modelu vidí přínos pro diagnostiku, léčbu i výzkum ADHD. Popisují, že každé z paradigmat se významně podílí při různých fázích diagnózy a je proto potřeba je při diagnostice, léčbě i výzkumu ADHD reflektovat.

(Uhrová, 2007)

Transakční model rovněž odpovídá současným odborným trendům, jenž se snaží postihnout ADHD ve své komplexnosti. Tento trend je patrný v diagnostice ADHD – která by měla být výsledkem spolupráce odborníků (lékařů, psychologů, pedagogů...), dále pak v následné léčbě – za nejefektivnější je v dnešní době pokládána léčba zaměřená komplexně na všechny aspekty poruchy.

Transakční model ukazuje, jaké možné faktory mohou ovlivňovat vznik a vývoj syndromu ADHD, nevidí poruchu jen jako dílčí část konkrétního paradigmatu, ale snaží se na ADHD dívat jako na celek, jenž se nejen skládá z mnoha částí, ale jenž je v neustálé interakci, která se odráží na výsledné podobě ADHD.

## **1. 9. Diagnózy s podobnými symptomy – komorbidní poruchy**

Neuro-vývojové poruchy se dle Drtílkové (2013) vyznačují vysokou komorbiditou (současným výskytem nějakých dalších přidružených chorob).

Szatmari, Offord, Boyle (1989) in Paclt (2007) udávají, že až 44 % dětí s ADHD mívá jednou další psychickou poruchu, 32 % dětí s ADHD dvě poruchy a 11 % dětí s ADHD tři poruchy.

Molekulární genetické studie dokonce připouští možnost souvislosti mezi ADHD a jiných poruch jako je Tourettův syndrom, autismus nebo hereditární alkoholismus (Drílková, 2007).

Arecelus, Munden (2002) podávají výčet a popis psychických poruch, které lze zaměnit s ADHD, tyto poruchy se mohou vyskytovat samostatně, ale zároveň mohou být diagnostikovány společně s nějakou další přidruženou poruchou – včetně ADHD. Jedná se o tyto poruchy:

- **Poruchy autistického spektra**

K poruchám tohoto spektra patří problémy v oblasti sociálních dovedností, vztahů, emocí a komunikace. Jedinci s poruchou autistického spektra mají sklon ke stereotypům a rituálům. Děti vypadají, jako by byly ve „vlastím světě“ - při hře a komunikaci s vrstevníky se liší od svých vrstevníků. Pokud jsou v napětí, často se chovají hyperaktivně nebo agresivně.

- **Obsedantně-kompulzivní porucha**

Jedinec trpící obsedantně-kompulzivní poruchou (angl. „obsessive-compulsive-disorder“ - zkratka OCD) mívá obsese – nutkavé potřeby nebo představy, které sám považuje za nerozumné nebo bláznivé, ale čím více se jim snaží bránit, tím větší problém mu to činí. Může se jednat i například o nutkání vykonat nějaký rituál nebo čin. Důsledek OCD – přehlčení představami, může působit jako porucha pozornosti, nutkavé potřeby vyhovět obsesi se pak mohou jevit jako projev impulzivity.

- **Tourettův syndrom**

Pro Tourettův syndrom jsou typické opakované mimovolní motorické tiky – záškuby těla.

Motorické tiky se nejčastěji týkají hlavy (mrkání, krčení nosu, mimické tiky) nebo ramenou, v úvahu ovšem připadá kterákoli svalová skupina. Společně s motorickými tiky se u tohoto syndromu mohou vyskytovat vokální tiky – vyřazené zvuky nebo zkomolená slova. Při snaze o potlačení tiků dochází ke zvýšenému napětí. Děti se obvykle snaží tiky zakrýt těkavým chováním – například vrtěním – to se může jevit jako znak hyperaktivity.

- **Porucha chování**

Porucha se projevuje agresivním, delikventním, opozičním, asociálním chováním. V praxi se těžko odlišuje od ADHD, komplikací je i to, že porucha chování se s ADHD často vyskytuje. Ptáček (2006) uvádí, že dle mezinárodních statistik jsou děti s poruchou chování, častěji týrané, zneužívané a zanedbávané.

- **Porucha přichylnosti**

„Děti, které jsou vystaveny těžkému, opakovanému nebo dlouhodobému odloučení od rodičů, nebo ty, které s rodiči měli již dříve problémové vztahy, mohou trpět poruchou přichylnosti“ (Arcelus, Munden, 2002, s. 42). Děti s touto poruchou mohou projevovat příznaky slabého sebeovládání, špatné pozornosti nebo být příliš společenské a důvěřivé.

MKN-10 řadí poruchu pod „Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání“ s kódem F 94.1 (Reaktivní porucha přichylnosti), kde uvádí, že syndrom je pravděpodobně výsledkem (reakcí dítěte) výrazného rodičovského nezájmu o dítě, zneužívání dítěte nebo špatného zacházení s ním.

- **Deprese a jiné emoční problémy**

Mezi hlavní symptomy patří špatná nálada, negativní myšlenky, pocit neštěstí, nechut' k jídlu. S depresí souvisí i problémy s pozorností a pracovním nasazením. Aby se vyloučila přítomnost poruchy pozornosti (ADD) je potřeba určit, zda se příznaky deprese objevily dříve nebo až po problémech s pozorností.

(Arcelus, Munden, 2002, s. 39–43)

Drtilková (2007) uvádí procentuální přehled nejčastějších komorbidních poruch vyskytujících se společně s ADHD u dětí následující:

- **33 %** dětí s ADHD..... **porucha opozičního vzdoru**
- **25–50 %** dětí s ADHD .....**poruchy chování**
- **25 %** dětí s ADHD.....**úzkostné poruchy**
- **20 %** dětí s ADHD.....**deprese**
- **20–40 %** dětí s ADHD.....**různé specifické vývojové poruchy** (řeči, školních dovedností a motorické funkce)

Hartsough a kol., (1985) in Paclt (2007) uvádějí, že až 54 % dětí s ADHD mívá problémy s řečovým projevem, ve srovnání s dětmi zdravými, u kterých se problémy s řečí vyskytují ve 25 %.

Dle Malé (2001) jsou nejčastějšími komorbidními poruchami ADHD:

- enuréza (porucha schopnosti udržet moč),

- emoční poruchy,
- specifické vývojové poruchy motorické funkce:
  - dyspraxie (porucha praktických činností-dítě působí neobratně, špatná koordinace pohybů),
  - dyspinxie (porucha kreslení),
- specifické vývojové poruchy školních dovedností:
  - dyslexie (porucha čtení),
  - dyskalkulie (porucha matematických schopností),
  - dysgrafie (porucha grafické podoby psaného projevu),
  - dysortografie (porucha pravopisu),
  - balbutiés (kóktavost),
- tikové poruchy, včetně Tourettova syndromu,
- poruchy chování,
- zneužívání návykových látek.

## 2. ADHD z pohledu rodičů

### 2. 1. Vnímání odlišnosti dítěte

„Jedním z nejčastějších výchovných prohřešků, kterých se dopouštějí jinak dobří a rozumní rodiče, je nedostatek ohledu k individualitě dítěte. K jeho individuálním potřebám, sklonům, tendencím, temperamentu, životnímu zaměření“  
(Matějček, 1999, s. 50).

Dítě s ADHD se bezesporu liší od svých vrstevníků. V závislosti na míře jeho postižení, inteligenci, temperamentu a životních zkušeností je tento rozdíl buď velmi patrný, nebo jen mírný. ADHD se pojí s opožděným psychomotorickým vývojem, který s sebou zákonitě přináší rozdílné projevy ve srovnání se zdravými vrstevníky.

Děti mohou vyčnívat v kolektivu svojí neřízenou hyperaktivitou, vzdorovitým chováním. agresivitou, emoční labilitou, mnohomluvností, „lelkováním“, atd.

Velmi podstatné v souvislosti s vnímáním odlišnosti dítěte je zmínit, že děti s ADHD jsou také specifické svojí obtížnou vychovatelností.

Dle studie Chessové a Thomase in Lacinová, Škrdlíková (2008) patří 40 % všech dětí k bezproblémovým, 10 % dětí k obtížně vychovatelným („mother killer“) a 15 % dětí k pomalu se přizpůsobujícím. Zbýlých 35 % patří dětem, které nelze spolehlivě přiřadit k žádnému předchozímu typu.

Autorky Lacinová, Škrdlíková (2008) ve své knize popisují, že matky, jejichž děti patří mezi „šťastných“ 40 % bezproblémových jedinců, mívají sklon všechny děti vnímat jako „snadno vychovatelné“ a děti problémové chápou jako výsledek pochybení ve výchově.

Opět se vrátím k přirovnání ADHD k matematické rovnici – matky, jenž posuzují těžko zvladatelné děti, jako výsledek pochybení ve výchově si dle mého názoru často neuvědomují, s jakou hodnotou „schopností být vychován“ dítě do rovnice vstupuje. Rovnici vychovatelnosti dítěte si můžeme představit následovně:

$$D = (a \times b) + (a \times c)$$

***a*** = schopnost dítěte být vychován

***b*** = kvalita výchovy rodičů

***c*** = kvalita výchovy okolí

***D*** = jak bude dítě ve výsledku vychováno

Hodnotu daných členů rovnice si můžeme představit například ve stupnici 0–10, kde 0 představuje absolutní neschopnost výchovy či absolutní neschopnost být vychován.

Rovnice má sloužit jen pro lepší představu vychovatelnosti, mohli bychom namítnou například to, že dítě na základě vlastního nastavení nemusí reagovat stejně na rodiče jako na okolí, proto by měl být i daný člen nějak rozlišen – takovéto a jiná rozlišení pro dané účely mého pojednání nepovažuji za podstatné, proto mi postačí základní rovnice výše.



Představme si, že snadno vychovatelné dítě (**a**) má například hodnotu 8, dále můžeme uvažovat, že dítě s ADHD (**a**) má hodnotu například 2 (jedná se o těžko vychovatelné dítě). To by znamenalo, že výchova rodičů a okolí dítěte s ADHD by musela být čtyřikrát větší (čtyřikrát kvalitnější) než výchova rodičů a okolí snadno vychovatelného dítěte, abychom dosáhli stejného výsledku ve výchově.

Touto rovnicí jsem chtěla demonstrovat to, že děti s ADHD na výchovné metody nereagují stejně jako děti „snadno vychovatelné“, vždy musíme počítat s individuálním nastavením každého jedince. Pokud budeme od dětí s ADHD, řečeno matematicky: „očekávat ideální čísla“, tzn. očekávat vzorné chování bez toho, abychom kompenzovali jeho nedostatky v dostatečné míře, budeme muset čelit frustraci, která v kombinaci s těžko zvladatelným potomkem může vést například až k syndromu vyhoření.

Kolčárová, Lacinová (2008) uvádějí, že na rodiče negativně působí, když neznají příčinu odlišnosti dítěte, nevhodné chování dítěte si pak mohou vykládat jako jeho špatný úmysl, což negativně ovlivňuje jejich vzájemný vztah.

## 2. 2. Vyrovnávání se s ADHD v rodině

„Neustálé breptání, hluk, pohyb, hádky, ničení různých přístrojů a „všeho cenného“, to je typický obrázek rodinného života“ (Arcelus, Munden, 2002, s. 26)

„Neklidné dítě vyvolává napětí ve všech lidech, kteří s ním musí být v delším kontaktu“ (Vágnerová, 1999, s. 44). Není pochyb o tom, že diagnóza ADHD v rodině působí četné problémy. Z předchozí podkapitoly 2. 1. „Vnímání odlišnosti dítěte“ je patrné, že výchova neklidného dítěte je podstatně náročnější než výchova zdravého, klidného dítěte.

Dle Novákové (2003) in Kolčárová, Lacinová (2008) strach z trestu na děti s ADHD často působí jen krátkodobě, neboť jejich zaujetí pro dané podněty je silnější než emoce strachu.

Čeledová, Pemová, Ptáček (2010) uvádějí oblasti, které kladou na rodiče dětí s ADHD zvýšené nároky:

- **fyzické** – děti mohou trpět nespavostí, motorický neklid dětí způsobuje, že rodiče musí být „neustále ve střehu“, aby dítě nepřišlo k úrazu.
- **psychické** – vyrovnávání se s vzdorovitým až agresivním chováním dítěte vyžadujícím neustálou pozornost je psychicky náročné a vyčerpávající.
- **časové** – děti s ADHD zpravidla častěji navštěvují lékaře, rehabilitace, logopedii, podpůrné programy.
- **sociální** – projevy dítěte s ADHD často vedou k sociální izolaci rodičů, kteří mají strach nebo nemohou svěřit hyperaktivního potomka někomu na hlídání z důvodu jeho nepředvídatelného chování.

- **organizační** – doporučovaný terapeutický postup jsou režimová opatření v podobě pravidelného denního režimu dítěte, kterému se rodina musí přizpůsobit.

Vágnerová (1999) popisuje krizi rodičovské identity, která se projevuje ve 3 fázích a nastává jako: „...reakce na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv, částečně nejasných a částečně negativních, to znamená hůře akceptovatelných.“ (Vágnerová, 1999, s. 54)

Vágnerová (1999) uvádí, že rodiče vyrovnávající se se skutečností, že je jejich dítě postižené (platí i pro děti s ADHD) prochází 3 fázemi krize rodičovské identity:

### 1. Fáze šoku a popření

Fáze šoku nastává jako „reakce na subjektivně nepříjemnou skutečnost“ (Vágnerová, 1999, s. 54). I diagnóza jako ADHD může vyvolávat šokující reakce rodičů, po kterých následuje popření dané skutečnosti.

Stanovení diagnózy může být na jedné straně motivující k hledání informací, které by pomohly řešit problémy plynoucí z poruchy, ale na druhé straně může podporovat **obrané reakce rodičů**, například snaha rodičů skutečnost nějakým způsobem modifikovat či úplně

popřít. Rodiče, prarodiče, příbuzní často nesouhlasí s diagnózou a tvrdí, že dítě žádnou poruchu nemá.

„Rodiče rozumově vědí, že jim lékař říká pravdu, ale oni ji nechtějí slyšet. Proto je lékař jako posel špatné zprávy trestán kritikou, stává se pro tuto chvíli náhradním viníkem“ (Vágnerová, 1999, s. 55).

### 1. Fáze postupné akceptace a vyrovnávání s problémem

V této fázi se rodiče již nebrání hledáním informací o dané diagnóze, stále ovšem nejsou se skutečností zcela smířeni. Přetrvává hledání viníka, diagnóza u rodičů stále vyvolává negativní emoce. „Prožitky rodičů jsou obvykle kombinací pocitů viny bezmoci a hanby. Lze je interpretovat jako reakci na prožité trauma“ (Vágnerová, 1999, s. 55).

Jak se rodiče se skutečností vyrovnávají se odvíjí od mnoha faktorů, které se obecně vztahují k jejich osobnosti.

### 2. Fáze realismu

V této fázi dochází ke smíření se s realitou a přizpůsobení podmínek. Rodiče mohou zkorigovat své nároky na dítě a začít se chovat více přiměřeně vzhledem k dané diagnóze dítěte.

*Domnívám se, konflikty s dítětem mohou přerůst v konflikty partnerské, zvláště pokud partneři zastávají rozdílný názor na výchovu. Vyrovnání se s diagnózou je těžké, může se stát, že jeden z rodičů bude diagnózu dítěte popírat, přestože druhý rodič bude již ve fázi „postupné akceptace a vyrovnávání se s problémem“. Je potřeba, aby vychovávající spolu o výchovných problémech mluvili a snažili se pochopit nejen chování dítěte, ale také jeden druhého a s pochopením hledali řešení problémů. Rodičům s dětmi s ADHD jsou k dispozici různé podpůrné skupiny.*

## 3. ADHD z pohledu dětí

### 3. 1. ADHD jako osobnostní rys dítěte

„Hledět na dítě jako na osobnost neznámá zabývat se hotovými projevy osobností kvality člověka... Hledět na dítě jako na osobnost znamená zabývat se tím, jak tyto kvality vznikají, vyvíjejí se – případně jak jsou ve svém vzniku a vývoji brzděny či deformovány. Dítě je osobností v dynamice jejího konstituování.“ (Helus, 2004, s. 86)

Pro děti s ADHD se specifické vlastnosti plynoucí z modifikace hlavních symptomů poruchy stávají součástí jejich identity. Ačkoli ADHD působí zvláště v dětském věku více problémů, než „užitku“, jsem přesvědčená, že některé konkrétní vlastnosti dítěte podmíněné jejich diagnózou mohou být zároveň jejich přednostmi.

Jucovičová, Žáčková (2017) podávají výčet pozitivních dopadů ADHD následující:

- vyšší výkonost, rychlost, pohotovost;
- schopnost rychlého rozhodování;
- schopnost dělat více věcí najednou;
- zvýšená aktivita, angažovanost, agilnost, flexibilita;
- energičnost, „akčnost“;
- komunikativnost, pohotovost v řeči, originální způsoby komunikace;
- vstřícnost, spontánnost až hravost;
- vyšší citlivost, vnímavost, opravdovost citů;
- zvýšená schopnost vnímat a reagovat na podněty;
- schopnost reagovat na více podnětů a vyvozovat neotřelé, nestandardní, originální závěry;
- bezprostřednost, spontánnost, otevřenost, přátelskost, společenská;
- schopnost vnímat, myslet a reagovat odlišným způsobem, originalita, nápaditost;
- vyšší kreativita, bohatě rozvinutá fantazie;
- vesměs kvalitní intelektové schopnosti
- kvalitní dlouhodobá paměť jako podklad pro učení

(Jucovičová, Žáčková, 2017, s. 153)

Výčet pozitivních dopadů ADHD může dobře posloužit jako vodítko, jak začít o projevech dítěte uvažovat. Pokud o negativních projevech ADHD například zbrklosti budeme uvažovat jako o potenciálu k tomu, aby dítě do budoucna bylo schopno dělat rychlá a pohotová rozhodnutí, měli bychom ho v jeho potenciálu podpořit a zároveň správně nasměrovat – například vhodnými hrami, kde by dítě mohlo uplatnit a dále rozvíjet svůj potenciál.

Důležité je, abychom se primárně při hodnocení dítěte neorientovali na chybu a selhání, nýbrž na rozvoj dítěte (Helus, 2004).

Helus (2004) ve své knize uvádí tři výchozí předpoklady osobnostního pojetí dítěte:

## 1. Odkázanost

Dítě je odkázané na rodiče, kteří uspokojují jeho potřeby (biologické potřeby; potřeby lásky; potřeby začleňování do společnosti a kulturních poměrů; edukační potřeby).

Pokud není problém odkázanosti patřičně řešen, může být negativně ovlivněn vývoj dítěte v celé jeho osobnosti.

Na jedné straně dítě přirozeně usiluje o překonání této odkázanosti na rodičích (patrné například v období vzdoru), na druhé straně odkázanost přináší uspokojení, které může vést k tendenci setrvávat v odkázanosti na rodičích.

„Patří k náročným úkolům vychovatele, aby s taktem a uvážlivou moudrostí řešil tento rozpor mezi sklony dítěte ve své odkázanosti spočinout a na druhé straně se ze své odkázanosti vymaňovat“ (Helus, 2004, s 93).

(Helus, 2004)

## 2. Směřování

Helus (2004) rozlišuje směřování dítěte na 3 základní manifestace

- **Směřování k dospívání a dospělosti** – které je patrné jak na platformě biologické, tak psychické a sociální, dítě je fascinováno světem dospělých.
- **Směřování k sebepojetí a autentickému vyjádření** – dítě se začíná orientovat v tom, kým je, co dokáže a jak se hodnotit. Jeho sebepojetí se formuje na základě vlastního sebezkoušení, sebeprosazování v interakci s jeho okolím, jehož reakce mají významný vliv na to, jak se dítě vyrovná s úskalími této cesty sebehledání.
- **Směřování k svébytné nezávislosti** – v tomto směřování dítě usiluje o vymanění se z odkázanosti. Při svých snahách se učí přejímat odpovědnost, jde ovšem o náročný proces a neobejde se bez problémů.

(Helus, 2004)

## 3. Potenciality

„Dětství je bohatstvím potencialit růstu a rozvoje“ (Helus, 2004, s. 94). Úkolem rodičů je snažit se objevit potenciality dítěte a dále je podporovat. Jako potenciality dítěte můžeme chápat různé osobnostní kvality jako empatičnost – schopnost vnímat a odpovídat na projevy láskyplnosti, dále pak přijímání výzev budoucnosti apod.

Rodina a okolí může vyvolat v dítěti nejrůznější zábrany a bariéry. Často za vznikem blokace potencialit stojí například nesprávná interpretace tvořivosti a svérázu dítěte jako nepatřičného chování, které je posléze nějak potrestáno.

Citlivost rodičů k osobnostním specifikům dítěte a následné přizpůsobení přístupu těmto specifikům je dobrý předpoklad pro rozpoznání a následné podpoření identity dítěte.

(Helus, 2004)

### 3. 2. Stres ve výchově

Shanker, Banker (2017) se ve své knize zabývají tím, jak negativně působí stres ve výchově

na dítě a jak může ovlivňovat jeho chování. Autoři popisují, že ve většině případů za afektivním (špatným) chováním dětí stojí stres. Stres v lidském těle vyvolává metabolické procesy, které spotřebovávají energii a následně spouští kompenzační procesy, které podporují regeneraci. Čím větší je stres, tím je proces regenerace omezenější.

„Schopnost prefrontálního kortexu chovat se racionálně a inhibičně je výrazně narušena, je-li daný člověk vystaven nadměrnému stresu“ (Shanker, Banker, 2017, s. 19). Jako stresor můžeme považovat například i venkovní chlad. Pokud je v prostředí dítěte více externích stresorů (na rozdíl od běžných emočních, sociálních a kognitivních) může mozek reagovat přecitlivěle na jakýkoli náznak ohrožení (ať už reálný či nereálný), který aktivuje režim „bojů nebo úteč“, jak jej popisuje Shanker, Barker (2007).

(Shanker, Barker, 2017)

### **Režim bojů nebo úteč**

Neurovědec MacLean (in Shanker, Banker 2017) v 60. letech přispěl teoretickým modelem mozku (Obrázek č. 1, příloha č. 3), který lidský mozek rozděluje na 3 části, z nichž se každá vyvíjela v jiném evolučním období.

Evolučně nejstarší část lidského mozku je mozkový kmen, MacLean jej nazývá „plazí mozek“, který společně s evolučně mladší částí mozku „savčím mozkem“ stojí za obranným reflexem „bojů nebo úteč“. Tyto dvě evolučně nejstarší části mozku zaregistrují potencionální hrozbu dříve, než ji „rozumný“ neokortex dokáže vyhodnotit.

Obranný reflex „bojů nebo úteč“ se pojí s uvolňováním stresových hormonů, které mohou v nadměrném množství narušovat běžnou funkci orgánů a orgánových soustav či dokonce způsobit poškození buněk v částech vyvíjejícího se mozku (Shanker, Banker, 2017, s. 22).

Ve stavu „bojů nebo úteč“ má dítě velké problémy vyhodnocovat, co se děje v jeho okolí, má tendence úplně přestat vnímat, chová se impulzivně nebo je agresivní.

Shanker, Barker (2017) konstatují, že čím častěji se zmiňovaný obranný reflex u dětí aktivizuje, tím spíše je připraven se aktivizovat znovu.

Pro vypořádání se se stresem potřebuje tělo dostatek energie – nyní se dostáváme k dalšímu rozměru problému „bojů nebo úteč“, pokud tělo nemá dostatek energie, začne spoléhat na adrenalin a kortizol (stresové hormony), které udrží tělo „v chodu“.

Dalším obranným mechanismem dítěte, kterým reaguje na přetížení v souvislosti s příliš vysokým stresem může být reakce až chronické malátnosti, kdy dítě působí apaticky nebo líně.

„Pokud je dítě ve stavu chronického abnormálně vysokého nebo naopak nízkého vzrušení, dojde k zásadnímu posunu v činnosti mozku, který se místo na učení soustředí na přežití“ (Shanker, Banker, 2017, s. 26).

Na obrázku č. 2, přílohy 3 je znázorněno, jak se mozek vyrovnává a reguluje vzrušení. Nejnížší stupeň vzrušení je spánek, nejvyšší je režim „bojů nebo úteč“. Regulace vzrušení je funkcí sympatického nervového systému, který vzrušení zvyšuje a parasympatického nervového systému,

který všechno zpomaluje. Se zvyšujícím se vzrušení energie roste, se snižujícím se vzrušením tělo obnovuje energetické rezervy. Čím většímu stresu dítě čelí, tím hůře jeho mozek tyto přechody zvládá. (Shanker, Banker, 2017, s. 24-25)

„Otázka, kterou si musíme neustále klást, není: *Proč nemohu toto nutkání ovládnout? Má znít: Proč pociťuji toto nutkání – a proč právě nyní?*“ (Shanker, Banker, 2017, s. 29)

### **Základní rozdělení možných stresorů dle autorů Shanker, Banker (2017)**

- **Biologické** – mohou sem patřit **intenzivní emoce** (pozitivní či negativní), které spouštějí biochemické reakce, jenž energii buď dodávají (pozitivní emoce) nebo odčerpávají (negativní emoce). Dále se může jednat o nedostatek spánku; nedostatečná výživa, fyzická aktivita, zvuky, zrakové vjemy, senzomotorické potíže...
- **Emoční doména** – emoce mohou mít vliv na vnímání všech možných stresorů. Děti neví, jak s emocemi pracovat, potřebují se naučit, jak se s každodenními emocemi vyrovnávat.
- **Kognitivní doména** – smyslové vjemy, které dítě obtížně registruje; přílišné množství informací, které má dítě problém zpracovat; smyslové prožitky, kterým dítě nerozumí, snížené uvědomování si vnitřních nebo vnějších podnětů.
- **Sociální doména** – složité nebo nejasné sociální situace; osobní konflikty, konfrontace s agresí.
- **Prosociální doména** – nutnost vyrovnat se se silnými emocemi druhých osob; požadavek na upřednostnění cizích potřeb před potřebami vlastními; vina.

(Shanker, Banker, 2017, s. 87-92)

*Závěrem této podkapitoly bych ráda přidala komentář ke koncepci autorů (Shanker, Banker, 2017), popsané výše. S podobnou koncepcí jsme se již setkali v kapitole 10, kde se nachází schéma č. 1 – interpretující kořeny neklidu, jak jej definují autorky Prekopová, Schweizerová (2008). Oproti autorkám Prekopové, Schweizerové (2008), které se primárně zabývají vysvětlením hyperaktivity dětí jakožto něčím, co je podmíněno stresem, autoři Shanker, Banker (2017) vysvětlují nejen problém hyperaktivity, nýbrž si všímají, že i „hypoaktivita“ může být reakcí na stres. Ve své publikaci dále rozvíjejí možnosti, jak úspěšně rozeznat možné stresory dítěte a jak pomocí zvýšené empatičnosti rodičů na potřeby svých dětí znovu obnovit harmonický vztah.*

### **3. 3. Obranné mechanismy dítěte s ADHD**

Děti s ADHD se musí vyrovnat se spoustou překážek jenž jim přináší oslabení plynoucí z poruchy. „Denně se setkávají se situacemi, které jsou pro ostatní děti normální, běžné, ale ony na ně nestačí, nezvládají je, a navíc si to velmi často uvědomují. Protože děti tyto situace nedokáží přiměřeně zvládnout, řeší je jinak „po svém“, což nebývá pro jejich okolí přijatelné.“ (Jucovičová,

Žáčková, 2007, s. 9)

Autorky Jucovičová, Žáčková (2007) uvádějí 5 obranných mechanismů, které dítěti s ADHD do jisté míry kompenzují negativní dopad poruchy v běžném životě.

1. **Únik** – dítě utíká (většinou nevědomě) od svých problémů například:
  - únikem do nemoci
  - únikem do vnitřního světa/ vlastních fantaziích
  - útekem z domova/ ze školy
2. **Regrese** – „Dítě se začne chovat jako věkově mnohem mladší dítě, jako by se vracelo do doby, kdy ještě nároky na sebe kladené zvládalo. Někdy i tímto chováním jako by po rodičích vyžadovalo více lásky a méně nároků.“ (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 10)
3. **Popření neúspěchu nebo jejich zlehčování** – popírání neúspěchu je nevědomý proces a může vést až ke zkreslování reality jedince. Zlehčování neúspěchu je vědomý proces, dítě si sice neúspěch uvědomuje, ale rozhodne se se tím netrápit, problém namísto toho bagatelizuje.
4. **Poutání pozornosti** – jedná se o snahu se prosadit a uspět, nejčastěji způsoby:
  - předváděním se
  - vytahováním
  - provokací
5. **Útok** – dítě své neúspěchy ventiluje nějakým útokem:
  - Slovním (nadávky, ponižování)
  - Fyzickým útokem – (směřovaným k ostatním dětem, dospělým, věcem nebo sobě samému)

(Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 9-11.)

*Domnívám se, že nejlepší prevencí před vznikem a zvykem dítěte na nějaký z obranných mechanismů výše je cílevědomá snaha rodičů řešit s dítětem jeho konkrétní neúspěchy a potíže plynoucí z poruchy, pomocí vhodnějších strategií, které by dítě mohlo dříve či později přijmout za své. Za vhodnější strategie považují například racionalizaci problémů, vysvětlování konkrétních problematických situací a opakované ujišťování, že dítě rozumí všemu, co mu rodič vysvětluje. Je důležité, aby dítě pochopilo smysl správného chování, respektive, abychom jej k tomu alespoň vedli a zároveň ho v jeho nelehké cestě podporovali a povzbuzovali. Čím více budeme dítě chválit za jeho konkrétní dobré výkony, snahu, dovednosti, tím větší sebedůvěru dítě bude mít, a tedy pro něj nebude tak obtížné postavit se nějakým neúspěchům čelem.*

## 4. Úloha rodičovství při výchově dětí s ADHD

„To, že maminka vychovává dítě, vlastně znamená, že mu ukazuje svět svými očima“ (Herman, 2008, s. 148)

„Výchova se běžně chápe jako proces působení vychovávajících na vychovávané, jedná se o proces záměrný, cílevědomý, směřující k určitému výchovnému cíli – rozvinout v dítěti určité vlastnosti, názory, postoje a hodnotové orientace... V tomto procesu se vyvíjí a formulují jak vychovávaní, tak vychovávající<sup>3</sup>“ (Čáp, 2001, s. 247-248). Výchova je spojena s vývojem a socializací, vychovávaní jedinci ovlivňují sami sebe svojí aktivitou a samoregulací, stejně jako ovlivňují své okolí svojí přítomností (Čáp, 2001). Způsob výchovy je závislý na zkušenosti vychovávajících, jejich nevědomého napodobování toho, co sami ve výchově jako děti zažily, na konkrétních osobnostních rysech rodičů, včetně temperamentu, který je dán dědičností, z toho vyplývá, že způsob výchovy je do určité míry dán dědičností (Čáp, 2001).

Kolčárová, Lacinová (2008) uvádí, že rodičovská kompetence je souborem různých „multidimenzionálních“ komponentů (specifické chování rodičů, emoční prožívání, kognitivní schopnosti...), za nejpodstatnější prvek autorky považují metakognitivní schopnosti rodičů, zvláště jejich schopnost nahlížení na vlastní kompetence v rámci rodičovské role nebo jejich hodnocení osobní schopnosti pozitivně ovlivňovat výsledné chování dítěte. Kolčárová, Lacinová (2008) interpretují závěry výzkumu Hozy a kol. (2000), který byl zaměřen na rodičovské poznávací schopnosti jako predikce dětské reakce na léčbu ADHD, následovně: „Podle autorů mohou být matky, jež zažívají pochybnosti o svých rodičovských schopnostech, náchylnější k dysfunkčním výchovným metodám a ty mohou následně souviset s horším výsledkem léčby“ (Kolčárová, Lacinová, 2008, s. 59). S tímto do značné míry souhlasí Čáp (2001, s. 314), který konstatuje, že krajně nepříznivé způsoby výchovy jsou ponejvíc charakteristické pro rodiče s nezralou osobností, nepřiměřeným sebehodnocením, vysoce labilních, nespokojených s rolí rodiče, aj.

### 4. 1. Výchovné styly

V průzkumu bakalářské práce jsem při hodnocení stylu výchovy vycházela z modelu devíti polí (Čáp, 2001, s. 306), který je znázorněn v příloze č. 4. Tento koncept zohledňuje jak výchovné řízení, tak emoční vztah rodiče k dítěti. Kombinací emočního postoje a výchovného řízení získáme celkový způsob výchovy dítěte (Čáp, 2001). Jako nedostatek modelu 9 polí vidí autor v nereflexivní možné ambivalenci ať už při řízení (rodiče se někdy mohou chovat striktně a autoritativně, jindy mohou projevovat slabé, benevolentní výchovné řízení) nebo v emočním vztahu (dvojná vazba), z tohoto důvodu označuje model 9 polí za zjednodušený.

Způsob výchovy považuje autor za velmi podstatný pro vývoj osobnosti dítěte –kreativita,

---

<sup>3</sup> Čáp (2001) hovoří ho „retroaktivní socializací, která se zabývá tím, jak děti svými specifickými vlastnostmi, zvláštnostmi a problémy mají vliv na vývoj osobnosti rodiče – jeho sebepojetí, zájmy apod.



prosociální chování, agresivita závisí mimo jiné na emočním vztahu rodičů k dítěti. (Čáp, 2001) V podobném duchu se vyjadřují i autorky Jucovičová, Žáčková (2007, s. 12), které stejně jako Čáp (2001) považují kladný emoční vztah k dítěti za velmi podstatný a zdůrazňují, že bychom děti neměli trestat „neláskou“, láskyplný přístup není v rozporu s důsledným dodržováním pravidel, zvláště pokud se dítě aktivně podílí na jejich tvorbě.

Kladný nebo záporný vztah rodičů k dítěti dle Čápa (2001) odráží jejich osobnostní pojetí člověka. Kladný emoční vztah odráží humanistickou koncepci člověka, tj. optimistický názor, že člověk je ve své podstatě dobrý a je schopen příznivého vývoje. Záporný emoční vztah naopak vyplývá z negativního hodnocení člověka, tj. s pesimistickým pohledem na možnosti jeho vývoje a výchovy. (Čáp, 2001, s. 309)

Silné výchovné řízení (přísná, autoritativní výchova, v extrémních případech vyžadující až „slepou kázeň“) v extrémní podobě souvisí opět s negativním pohledem na člověka a jeho možnostech vývoje. „Kdo nedůvěřuje dětem, kdo je považuje „od přirozenosti“ za sobecké, neukázněné, neschopné přijmout mírnou domluvu, ten se uchyluje k přísné výchově se silným omezováním dítěte, s četnými hrozbami a tresty“ (Čáp, 2001, s. 309). Mírnější forma výchovného řízení a omezování dítěte, která vede k větší samostatnosti a zodpovědnosti dítěte je odrazem humanistického pohledu na člověka (Čáp, 2001, s. 309).

Autoři (Kopřiva, Kopřivová, Nováčková, Nevolová) se ve své knize: Respektovat a být respektován (2008) zamýšlejí nad tím, co je ve výchově to nejpodstatnější, úvahy nad tím, že by to měla být láska odmítli s argumentací, že „ve jménu lásky se ale dá napáchat mnoho zlého“ (Kopřiva, Kopřivová, Nováčková, Nevolová, 2008, s. 14). Jako nejpodstatnější ve výchově autoři označují respekt a vzájemnou úctu (Kopřiva, Kopřivová, Nováčková, Nevolová, 2008). „Tím, že dáváme dětem prostor pro jejich názor a řešení ve věcech, které se jich týkají, necháváme je vybrat a nesoudíme je, tím jim postupně předáváme zodpovědnost za to, pro co se rozhodly“ (Kopřivová, 2008, s. 8).

**Přehled jednotlivých polí (1-9) dle autora Čápa (2001, s. 318-319) v konceptu modelu 9 polí (tabulka 9 polí v příloze č. 4):**

**1** **Výchova autokratická, tradiční, patriarchální.** Záporný emoční vztah, silné – střední výchovné řízení rodičů.

V extrémních případech rodiče projevují nenávist k dětem. Ve výchově je minimum společných aktivit rodičů s dítětem. Při společných aktivitách dochází ke konfliktům, rodiče dítě do společných aktivit nutí, a to se vzpírá. Rodiče opakovaně dítěti vyčítají, kolik toho pro něj učinili a kolik mu obětovali.

**2** **Liberální výchova s nezájmem o dítě.** Záporný emoční vztah, slabé výchovné řízení rodičů. Jediní s touto výchovou mívají podobné vlastnosti, jaké jsou popsány v poli č. 3, které se projevují v menší míře. Pro chlapce je tato výchova více nepřívznivá než pro dívky, dívky vykazují svědomitost, ale jsou zpravidla labilní a hůře se ovládají.

**3** **Pesimální forma výchovy.** Záporný emoční vztah, rozporné výchovné řízení rodičů.

Tato výchova vede děti k menší svědomitosti, slabému ovládnutí, výrazné emoční labilitě a sklonu k dominanci.

**4** **Výchova přísná a přitom laskavá.** Kladný – extrémně kladný emoční vztah, silné výchovné řízení rodičů.

V populaci se vyskytuje jen zřídka. Jedinci s touto výchovou mají podobně dobré výsledky, jaké jsou popsány v poli č. 8.

**5** **Optimální forma výchovy se vzájemným porozuměním a přiměřeným řízením.** Kladný – extrémně kladný emoční vztah, střední výchovné řízení rodičů.

Výchova vede děti ke svědomitosti, dobrému sebeovládání, stabilitě a k absenci dominance.

**6** **Laskavá výchova bez požadavků a hranic.** Kladný – extrémně kladný emoční vztah, slabé výchovné řízení rodičů.

U chlapců se objevují spíše příznivé formy, u dívek spíše nepříznivé.

**7** **Rozporné řízení relativně vyvážené kladným emočním vztahem.** Kladný – extrémně kladný emoční vztah, rozporné výchovné řízení rodičů. Jedinci s kladným až extrémně kladným emočním vztahem rodičů prokazují výrazně lepší vlastnosti než jedinci se záporným emočním vztahem (pole č. 3).

**8** **Kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem.** Kladný – extrémně kladný emoční vztah, slabé výchovné řízení rodičů.

V menší míře platí to, co bylo napsáno v 5. poli. I tato výchova může mít dobré výsledky, Čáp (2001) si je vysvětluje tím, že děti s původně středním řízením mohly díky silné identifikaci s rodiči převzít výchovné požadavky a normy za vlastní, kterými se již sami řídí.

**9** **Výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici.** Záporně – kladný emoční vztah, Silné – střední – slabé – rozporné výchovné řízení (může zahrnovat jakoukoliv variantu).

Pro dívky je tato výchova ještě relativně příznivá, u chlapců se projevuje převážně nesvědomitostí a slabým ovládnutím.

Čáp (2001, s. 318-319)

Z průzkumu Žáčkové, 2015 in Jucovičová, Žáčková, 2015 vyplývá, že optimální výchovný styl pro výchovu dětí s ADHD je kombinace silnějšího, důsledného výchovného vedení s jasně stanovenými hranicemi ve výchově a citlivým, láskyplným, přijímáním dítěte. Zkoumané hyperaktivní děti s touto výchovou vykazovaly nejméně výchovných problémů. (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 110)

„Nejvíce výchovných problémů bylo zaznamenáno u dětí, které byly vedeny příliš volně, bezhraničně, liberálně, třebaže byly milovány a přijímány“ (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 110).

## 4. 2. Hranice ve výchově

Základní poučka, která se objevuje napříč všemi publikacemi zabývající se problematikou výchovy dětí s ADHD zní: „děti potřebují mít jasně stanovené hranice“. Tato rada se nevztahuje výlučně jen na děti s ADHD, všechny děti potřebují vědět, co smí a co ne, důvod, proč se tato rada často zdůrazňuje právě u dětí s ADHD vychází z praxe ověřeného předpokladu, že pokud chybí hranice ve výchově dětí s ADHD bývají následky podstatně horší, než by tomu bylo u dětí zdravých.

Pokud děti nemají jasně stanoveny hranice, začnou na sebe upozorňovat tím, že budou vyhledávat extrémní situace (Rogge, 2016). Absence hranic ve výchově vede nejen k nepříjemným výchovným střetům, nýbrž má také negativní dopad na budoucí život dítěte (Cloud, Townsend, 1998). Dítě se na základě hranic ve výchově učí přijímat zodpovědnost za své chování, učí se seberegulace a respektu k druhým lidem, pokud dítěti ve výchově hranice chybí: „bude se snažit ovládat druhé a samo nad sebou mít vládu nebude“ (Cloud, Townsend, 1998, s. 16).

Cloud, Townsend, 1998 uvádí několik osobnostních rysů, které si děti osvojí v případě, že budou ve výchově jasné hranice:

- Jasně vědomí toho, kdo jsou.
- Vědomí toho, za co jsou odpovědné.
- Schopnost rozhodovat se.
- Poznání, že když se rozhodnou dobře, přinese jim to prospěch, ale pokud se rozhodnou špatně, budou trpět.
- Přípravenost ke stutečné lásce založené na svobodě.

(Cloud, Townsend, 1998, s. 16)

### Disciplína

Ředitelka Montessori školky „Aldea Montessori – A Children’s Village“ D’Hoostelaere (2010) hovoří o tom, jak je disciplína ve výchově dětí důležitá. Disciplína pro ni znamená proces osvojování si určitého chování na základě instrukcí a praxe.

Cílem rodiče není být nejlepším kamarádem svého dítěte, cílem rodiče je dítě něco naučit, od dětí nemůžeme očekávat, že nás za to budou mít rády (D’Hoostelaere, 2010). „Nejde o uplatnění vlastní převahy nad dítětem, pokud po něm vyžadujeme poslušnost“ (Lacinová, Škrdlíková, 2008, 118). Vyžadováním poslušnosti u dětí trénujeme schopnost přizpůsobit se (Lacinová, Škrdlíková, 2008).

### 4. 2. 1. Zásady výchovného vedení dětí k disciplíně

- „Hranice je nutné předvádět“ (Cloud, Townsend, 1998, s. 77). Pokud něco od dětí vyžadujeme, je potřeba, abychom se tím sami řídili. Pokud hranice porušíme, je důležité přiznat svoji chybu.

(Cloud, Townsend, 1998)

- Důležité je sjednotit výchovné přístupy v rodině (Jucovičová, Žáčková, 2015).
- Vždy musíme zvažovat, zda naše požadavky na dítě jsou adekvátní vzhledem k jeho věku a schopnostem (Jucovičová, Žáčková, 2015).
- Vytváříme správné podmínky k tomu, aby se dítě mohlo něco naučit.
  - Klidné, láskyplné prostředí, kde se snažíme být dítěti oporou.
  - Chválíme dítě za žádoucí chování, za snahu, soustředěnost...
  - Pomáháme dítěti osvojit si správné návyky například formou rituálů – zavedením pravidelného denního režimu.  
(Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 100-101)
- Snažíme se vést děti k tomu, aby pochopily smysl konkrétních pravidel a určitého chování a přijaly je za své. Děti nezatěžujeme přílišným množstvím pravidel, spíše lpíme na věcech opravdu důležitých.  
(Lacinová, Škrdlíková, 2008)
- Ve výchově jsme trpěliví, pro děti s ADHD je nepřekračování hranic vzhledem k jejich impulzivitě obzvláště těžké, s pochopením je opakovaně vedeme k respektování hranic  
(Lacinová, Škrdlíková, 2008, s 76).
- Nehodnotíme děti na základě našich očekávání, respektujeme a přijímáme je takové, jaké jsou (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 101).
- Dětem dáváme na výběr, nehrozíme něčím, co nejsme ochotni splnit. Volíme takové možnosti, které jsou pro danou situaci přijatelné.  
D'Hoostelaere (2010)
  - *Nevhodná možnost volby: „Bud' půjdeš s námi, nebo tě tady necháme a odejdeme bez tebe, vyber si“*
  - *Vhodnější varianta: „Odcházíme domů, půjdeme přes silnici, můžeš mi dát ruku nebo se chytit kočárku, co si vybereš?“ (V případě, že si dítě nevybere ani jednu možnost, je potřeba ho upozornit, že pokud nepůjde, budete ho muset odvést násilím, jelikož ho nemůžete nechat na ulici samotného...)*
- Jsme pevní ve vyvozování důsledků nevhodného chování dítěte. Dítě je předem s důsledky nevhodného chování obeznámeno, po varování by měl nastoupit důsledek. D'Hoostelaere (2010)

### 4. 3. Motivace rodičů ve výchově dětí

Barkley (2006) shrnuje, že děti s ADHD mívají horší studijní výsledky než děti zdravé. Studijní výsledky často neodpovídají schopnostem dětí s ADHD, problémy s udržení pozornosti a výkyvy aktivity dítěte se mohou negativně odrážet nejen ve studijním hodnocení, ale rovněž ve vnitřní motivaci ke studiu (Arcelus, Munden, 2002).

„Příčinou některých problémů související s ADHD je nedostatečná motivace a nízké sebevědomí, což může být důsledkem toho, že učitelé a rodiče s dětmi s ADHD špatně pracují... Mohou se u nich (dětí s ADHD) vyvinout i přidružená onemocnění, například deprese, poruchy chování nebo poruchy opozičního vzoru. Také ony ovlivňují chování dítěte a schopnost učit se.“ (Arcelus, Munden, 2002, s. 97)

„Skutečnost je taková, že učitelé, kteří se pokoušejí čelit mnoha požadavkům, mívají často pocit prohrané bitvy. Bez ohledu na to, jak dobře to myslí a jak jsou trpěliví, není jednoduše možné vyhovět potřebám dítěte bez zvláštní pomoci.“ (Arcelus, Munden, 2002, s. 99)

Pocit „prohrané bitvy“ souvisí s termínem „self-efficacy“, který autorky Kolčárová, Lacinová (2008) definují jako: „posouzení vlastní kompetence související s plněním rodičovské role nebo jako vnímání své schopnosti pozitivně ovlivňovat chování a vývoj svých dětí“ (Kolčárová, Lacinová, 2008, s. 59).

Rodiče se silným přesvědčením o své rodičovské kompetenci<sup>4</sup> a o schopnosti pozitivně ovlivňovat chování a vývoj svého dítěte se dle autorů Colemana, Karrakera, (2000) in Kolčárová, Lacinová (2008) více angažují ve výchově a pozitivně působí na vývoj dítěte.

Aktivní rodičovský přístup ve výchově, jenž se snaží vytvářet optimální podmínky pro učení (rodiče dítěti pomáhají s přípravou do školy, sledují jeho aktuální psychický/fyzický stav, snaží se vzbudit zájem dítěte...) je mnoha odbornými studiemi<sup>5</sup> charakterizován jako přínosný a žádoucí z hlediska sledování dílčích cílů jako:

- Zprostředkování zkušenosti zvládnutí úkolu. Úspěšné zvládnutí nějakého úkolu dítětem zvyšuje jeho „self-efficacy“ a motivaci pro budoucí zvládnutí dalších (podobných) úkolů. (Bandura, 1994)
- Utužení pracovní morálky dítěte. Rodič na dítě působí jako vzor, který vlastním příkladem, instrukcemi a vhodnou motivací dítěte k výkonu může docílit postupné interiorizace správných pracovních návyků dítěte. (Hoover-Dempsey a kol., 2001)

Autorky Kolčárová, Lacinová, 2008 interpretují výsledky Harrisonovy a Sofronoffovi studie

<sup>4</sup> Se silným „self-efficacy“ (Kolčárová, Lacinová, 2008).

<sup>5</sup> Studie zabývající se danou problematikou:

- Hoover-Dempsey a kol.: „Parental Involvement in Homework“, *Educational Psychologist*, 36/3 (2001), s. 195–209.
- Fan, Chen: „Parental Involvement and Students' Academic Achievement: A Meta-Analysis“, *Educational Psychology Review*, 13/1 (2001), s. 1-22
- Gonzalez-DeHass a kol.: Examining the Relationship Between Parental Involvement and Student Motivation, *Educational Psychology Review*, 17/3 (2005), s. 99-123.

z roku 2002, jenž se zaměřuje na příčiny rodičovského stresu a úzkosti při výchově dětí a ADHD následovně: „...spíše, než atribuce rodičů ohledně chování dítěte je rozhodující vnímaná kontrola rodičů nad chováním dítěte (perceived parental control). Volně bychom ji mohli charakterizovat jako přesvědčení rodičů, že jsou schopni ovlivnit chování dítěte a dosáhnout žádoucích výsledků. Nízká intenzita takového přesvědčení přímo souvisela s vyšší mírou rodičovského stresu a depresí. Také závažnost nežádoucích projevů chování byla v citovaném výzkumu přímo spojena s prožívaným stresem.“ (Kolčárová, Lacinová, 2008, s. 56)

Train (1997) uvádí, jaké negativní pocity často výchova dětí s ADHD může přinášet (zklamání, ponížení, bezmoc, frustrace, vyčerpání), zároveň konstatuje, že děti s ADHD bývají velmi citlivé k tomu, jaký k nim rodiče zastávají postoj a dle toho přizpůsobí své chování. „Řada našich názorů na „problémové“ děti vychází z nepochopení. Tváří v tvář jejich zlostnému výbuchu si nejsme jisti sami sebou ani tím, co vůči nim cítíme.“ (Train, 1997, s. 82)

#### **4. 3. 1. Návrhy, jak zvýšit motivaci rodičů s ADHD k výchově**

Již jsem zmínila, že výchova dětí s ADHD je velmi náročný proces. Ráda bych zmínila několik návrhů, jenž by mohly pomoci vyčerpaným rodičům nabrat sílu v prohlubování vztahu s hyperaktivním dítětem. V prvních dvou bodech jsem se inspirovala knihou Markhamové: „AHA rodičovství“, další body vycházejí z postřehů vlastní praxe péče o dítě.

1. Řada nešťastně zvolených výchovných metod může vycházet z neznalosti, proto je pro rodiče důležité získávat informace – o rodičovství obecně, či přímo zaměřené na výchovu dětí s ADHD. Získávání informací o významu láskyplného přístupu či seberegulace ve výchově může motivovat rodiče k postupnému zkoušení těch výchovných metod, které budou pro jejich dítě nejlepší. (Markhamová, 2012)
2. Výchova by měla být rodiči chápána nejen jako zprostředkující činnost, nýbrž jako příležitost k vlastnímu růstu (Markhamová, 2012). Domnívám se, že pokud rodič přistupuje ve vztahu k dítěti otevřeně a nebrání se změny v osobním názoru či přístupu, může s dítětem navázat hluboký vztah založený na vzájemné otevřenosti a důvěře. Musíme mít na paměti, že dítě není ani zdaleka na takové psychické úrovni, na jaké jsme my. Ve výchově je nezbytné „vyrovnávat vztahy“ – pokud dítě není dostatečně zralé, aby se v danou situaci zachovalo, jak se od něj očekává, tak kromě vysvětlení situace dítěti je potřeba projevit naší duševní zralost tím, že dětem dáme prostor dělat chyby a s láskou se budeme snažit z každé chyby společně s dítětem hledat nějaké ponaučení. Motivací pro rodiče může být vyhlídka duševní rovnováhy, které se praxí může přibližovat.
3. Každodenní plánování aktivit na následující den. Pro udržení motivace ve výchově doporučuji naplánování několika společných aktivit s dítětem na následující den, na který by se rodič společně s dítětem skutečně těšil.
4. Všimání si malých úspěchů dítěte. Každý posun dítěte je malou výhrou, která se může stát

motivací pro jakékoli další rodičovské snahy dítě něco naučit. Je dobré o daných úspěších s dítětem mluvit a chválit je za ně.

5. Někoho může motivovat psaní diáře, ve kterém by popsal nejzajímavější společné události s dítětem, psaním těchto událostí si člověk může spoustu věcí uvědomit, a to jej motivuje k tomu, aby se příště zachoval jinak, či učinil nějaká preventivní opatření.
6. Motivací rodičů dětí s ADHD mohou být příběhy a zkušenosti jiných rodičů, kteří mají dítě se stejnou diagnózou. Nejen, že příběhy mohou dát motivaci vytrvat v náročné výchově, zároveň mohou zprostředkovat cenné rady a postřehy, jak s dítětem pracovat.
7. Načerpání síly relaxační činností. Vidina relaxačního odpočinku může rovněž dodat motivaci ke zvládnutí vyčerpávajících situací ve výchově.

## 5. Konkrétní metody práce s dětmi s ADHD

V současnosti je nepřehledné množství podpůrných programů, terapií, režimových a výchovných opatření pro děti s ADHD a jejich rodiny. Dle obsahu konkrétních přístupů můžeme rozdělit metody do jednotlivých kategorií:

### 1) Nelékové terapie:

#### a) Výchovná a režimová opatření

- Pozitivní posilování – Tato metoda vychází z psychologického obecného principu učení: „...organismus má tendenci chovat se způsobem, jenž se v prostředí setká s příznivou odezvou, je pochválen, kladně zpevněn“ (Černá a kol., 1999, s. 118)
- Terapie pevným obětím podle Prekopové – Delší držení dítěte s ADHD v těsném kontaktu s cílem „otevřeně vyjádřit averzivní pocity a tím odstranit konfliktní vztahy. Slovo „terapie“ vypovídá, že je zde nutný návod a doprovod terapeuta.“ (Prekopová, Schweizerová, 2008, s. 141)
- Jasně vymezení pravidel a důslednost při jejich dodržování – Řád a rutina přináší dětem pocit jistoty, bezpečí a pomáhá jim ovládnout sebe sama a své okolí. (Markham: „Proč děti potřebují rutinu“, dostupné [online]: <https://www.aharodicovstvi.cz/proc-deti-potrebuji-rutinu/>)
- Sjednocení výchovných stylů – Jedná se o velmi často odborníky doporučované výchovné opatření, jenž má pomoci dítěti osvojit si daná pravidla a přijmout je jako autoritu.
- Upravení stravy dítěte s ADHD – Existuje několik druhů diet, které mají za cíl zmírnit hyperaktivní projevy. Diety dle svého zaměření eliminují výskyt:
  - umělých barviv, umělých sladidel, konzervantů a dochucovadel ve stravě (Feingoldova dieta)
  - Fosforečnanů (Fosfátová dieta)

(Hubáček, 2014)

#### b) Individuální terapie

- EEG Biofeedback – Dítěti je během sezení snímána mozková aktivita, která je převáděna do videohry na obrazovce, cílem je podpořit žádoucí mozkovou aktivitu, jenž je ve hře odměňována. (Drtilková, 2007/b, s. 78-79)
- Kognitivně behaviorální terapie – „Učí adaptivnímu chování pomocí různých technik (modelování situací, hraní rolí, sebe-instrukce), dítě se snaží kontrolovat své projevy impulzivity a nepozornosti.“ (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 221)

#### c) Skupinová terapie

- Rodinná terapie – „Rodinní terapeuti většinou považují problém ADHD za záležitost celé rodiny, neomezují ho pouze na dítě samo. Nehledají obvykle příčiny, ale soustředí se na zlepšení komunikace a porozumění mezi členy rodiny s cílem pomoci jim najít vlastní řešení problémů, které ADHD a jiné okolnosti způsobily.“ (Arcelus, Munden,



2002, s. 93)

- Výcvik rodičů – Terapeut pracuje s rodiči dítěte s ADHD, analyzuje konkrétní situaci rodiny a následně vybírá vhodný psychologický postup nápravy – učí rodiče, jak lépe zvládat problematické chování dítěte a připravuje plán nápravy, který rodině pomáhá zrealizovat. (Arcelus, Munden, 2002, s. 89)

#### **d) Preventivní/podpůrné programy**

- Bazénová terapie – Zahrnuje netradiční cvičení v bazénu s cílem naučit dítě relaxovat, odbourat stres, agrese a podpořit psychomotorický vývoj. Tuto terapii u nás vytvořila Heyrovská. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)
- Arteterapie – „Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Jde o tvořivou činnost s výtvarným materiálem. Je možné také rozlišovat arteterapii (léčbu) od artefietiky (vzdělávání a výchova prostřednictvím výtvarných prvků).“ (Česká arteterapeutická asociace, dostupné [online]: <http://www.arteterapie.cz/>)
- Zooterapie – „Využívá zprostředkovaného kontaktu mezi pacientem a zvířetem a nejčastěji se uplatňuje v případech, kdy supluje sociální kontakt pacienta s jinými lidmi.“ (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012, s. 123)
  - Hipoterapie – Dítě pomocí jízdy na koni stimuluje CNS, dochází ke střídání napětí a uvolnění těla dítěte. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)
- Fyzioterapie – Prostřednictvím pohybu a fyzických technik se cíleně ovlivňuje tělesný a psychický stav pacienta.
  - Neurovývojová terapie „Red Tulip“ paní M. Volemanové-Mud, fyzioterapeutky působící u nás. Cílem této terapie je pomocí specifických cvičení odbourat přetrvávající primární reflexy, které mohou způsobovat některé symptomy ADHD.

(<http://www.red-tulip.cz/>)

- Programy podporující koncentraci pozornosti, percepčně – motorické a kognitivní funkce
  - Program „HYPO“ – Program obsahuje deset týdenních, výukových lekcí s úkoly na každý den. Rodiče většinou dochází s dítětem jednou týdně k lektorovi na úvodní lekci, kde dítě za přítomnosti rodičů řeší hravé rozličné úkoly s lektorem v přibližném rozsahu 15-30 minut. Součástí sezení je samostatný rozhovor lektora s rodičem a zhodnocení domácí práce dítěte. Rodiče doma pracují s dítětem na úkolech, které dostanou od lektora na následující týden.

(Informace jsem získala absolvováním kurzu HYPO pod vedením paní Michalové – autorky programu)

- Program „Kupoz“ – Program je strukturou podobný výše popsanému programu

Hypo, liší se například v délce – celý program trvá 15 týdnů a instruktáž s odborným pracovníkem se koná jednou za čtrnáct dní.

(Kupoz, program pro rozvoj pozornosti, dostupné [online]: [http://www.kuprog.cz/?page\\_id=51](http://www.kuprog.cz/?page_id=51))

- Návčik sociálních dovedností – Pomocí her a modelových situací si děti osvojují specifické sociální dovednosti.

## 2) Léková terapie

„Pro děti se středně těžkou až těžkou poruchou může užívání léků znamenat skutečnou změnu v chování, myšlení a ve schopnosti učit se, stejně jako ve vztazích k lidem. V některých případech je správné užívání léků jedinou možností, jak zajistit účinnost ostatních opatření.“ (Arcelus, Munden, 2002, s. 75)

- Psychostimulancia – Arcelus, Munden (2002) uvádí, že se jedná o deriváty amfetaminu, které jsou při správném užívání bezpečné a účinné. Snižují hyperaktivitu a impulzivitu a zvyšují rozsah pozornosti. Jako příklad stimulancí uvádí:
  - Ritalin
  - Dexadrin
- Tricyklická antidepresiva – „Máme mnoho důvodů domnívat se, že některá tricyklická antidepresiva účinně snižují klíčové symptomy ADHD, ačkoli neak efektivně jako vhodná stimulancia. Zlepšují náladu, upravují hyperaktivitu, ale protože mají sedativní účinky, nezvyšují proces učení.“ (Arcelus, Munden, 2002, s. 81)
  - Impramin

## **6. PRŮZKUM**

### **6. 1. Cíl průzkumu**

Cílem mé práce je zjistit, jak ovlivňuje přístup rodiny možnost kompenzace negativních projevů syndromu ADHD u dětí předškolního věku a následně jak jsou rodiče motivováni k výchově dětí s ADHD.

#### **6. 1. 1. Dílčí cíle průzkumu**

1. Jsou rodiče a učitelé seznámeni s odlišnými metodami práce s dětmi s ADHD?
2. Jaká byla motivace k odbornému vyšetření, kdo dal podnět?
3. Jaký je postoj rodičů dětí s ADHD k výchově, jaký výchovný styl zastávají a jaké změny s sebou odlišné metody práce do rodiny přinášejí?
4. Jak hodnotí spolupráci s rodiči škola?

### **6. 2. Charakteristika zkoumaného vzorku**

Průzkumný vzorek tvoří děti s diagnostikovaným syndromem ADHD, docházející do MŠ, jejich rodiče a učitelé. Výběr zkoumaného vzorku byl záměrný, probíhal oslovením státních mateřských škol v Praze a následnou selekcí těch zařízení, kde bylo integrované dítě s diagnózou ADHD.

Celkem se průzkumu zúčastnily čtyři děti mající diagnózu ADHD, z toho tři chlapci a jedna dívka ve věku od 4 do 6 let, dále se průzkumu zúčastnili jejich rodiče, ve třech případech šlo o otce a v jednom případě o matku. Ve dvou případech rodiče žili společně v jedné domácnosti s druhým rodičem dítěte, které společně vychovávali, v jednom případě se jednalo o vztah „na dálku“, kde jeden rodič pracoval v Japonsku a druhý zůstal s dítětem v České republice, v dalším případě byli rodiče dítěte rozvedení a jejich dítě bylo ve střídavé péči. Učitele jsem oslovovala v rámci mého pozorování ve třídě. Počet oslovených učitelů, jenž měli přímou zkušenost s výukou pozorovaných dětí, byl čtrnáct – z toho byly dvě asistentky pedagoga, informace vztahující se k jednomu dítěti jsem získávala od dvou až čtyř učitelů, jenž měli přímou zkušenost s výukou pozorovaných dětí.

### **6. 3. Metoda průzkumu**

Metoda průzkumu byla kvalitativního charakteru – v průzkumu byla použita metoda přímého pozorování dítěte s ADHD při běžném chodu třídy – v prostředí MŠ a metoda polostrukturovaného rozhovoru s rodiči a učiteli daného dítěte.

### **6. 4. Předpoklady**

Hlavní předpoklad průzkumu:

*Předpokládám, že přístup a výchovné působení rodiny na dítě s ADHD významně ovlivňuje možnosti kompenzace negativních projevů plynoucí z poruchy.*

Předpoklady k jednotlivým dílčím cílům (1-4) průzkumu – označené (1-4):

*1: Předpokládám, že rodiče a učitelé dětí s diagnózou ADHD jsou seznámeni s odlišnými metodami práce s dětmi s ADHD.*

*2: Předpokládám, že motivací k vyšetření nejčastěji bývá tlak učitelů z důvodů možnosti dosáhnout na nějaký z podpůrných programů MŠMT.*

*3: Předpokládám, že postoj rodičů dětí s ADHD k výchově bývá příliš liberální, snahy o odlišné metody práce s dětmi ztroskotávají na neschopnosti vymezit hranice ve výchově.*

*4: Předpokládám, že škola hodnotí spolupráci s rodiči negativně, rodiče nespolupracují tak, jak by si učitelé představovali.*

## **6. 5. Způsob sběru dat**

Data byla sbírána:

1. Přímým pozorováním – při pozorování jsem si všímala specifického chování dítěte, které by odkazovalo na syndrom ADHD, interakce s ostatními spolužáky, jeho projevy v kolektivu, vztahu a komunikace s učiteli a zapojení do činností ve třídě.
2. Polostrukturovaným rozhovorem s učiteli – při rozhovoru s učiteli jsme vycházela z předem připravených otázek (příloha č. 13). Snažila jsem se klást otázky konkrétním učitelům jednotlivě, abych eliminovala možné ovlivňování názory jiných kolegů.
3. Polostrukturovaným rozhovorem s rodiči – při rozhovoru s rodiči jsem vycházela z předem připravených otázek (příloha č. 12). Rozhovory se uskutečnily v prostoru MŠ v částečné izolaci od dětí a učitelů.

## 7. Kazuistika Michal

- **Jméno:** Michal
- **Věk:** 4 roky
- **Diagnóza:** Porucha ADHD, podezření na Aspergerův syndrom.

### Osobní anamnéza

Michal se narodil v roce 2013, při porodu došlo ke zdravotním komplikacím viz zdravotní anamnéza.

Michal od svých tří let navštěvoval státní mateřskou školu, odtud byl ovšem pro svoji nevladatelnost vyloučen, personál se dle slov matky neuměl o Michala postarat. Michal se v kolektivu projevoval agresivně.

Další zkušeností pro Michala bylo volnočasové centrum pro rodiny s dětmi, kam docházel na 2-3 hodiny denně, zde byl matce doporučen asistent.

Od září 2017 dochází Michal do státní školky (již druhé v blízkosti bydliště) se kterou je maminka velmi spokojená. Michal dostal svého asistenta pedagoga hned při nástupu. Navštěvuje třídu s dětmi ve věku od 3 do 4 let. Ve třídě má nejlepšího kamaráda Jirku, se kterým si hraje nejčastěji, v kolektivu se projevuje společensky.

Při nástupu do školky dle učitelek nebyl Michal zvyklý na kolektiv, pokud byl v kolektivu, tak nevěděl, jak si s ostatními dětmi hrát. Jeho projevy byly agresivní – škrábal a kousal. Teď už Michal interakci s kamarády zvládá lépe a v kolektivu se projevuje „normálně“. Při nástupu do školky řekla matka Michala učitelkám, že syn nejeví zájem téměř o nic, při práci s Michalem ovšem učitelky objevily jeho zájem o spoustu věcí, jako je například počítání, skládání mozaiek aj. Učitelky se domnívají, že se mu doma moc nevěnují. V příloze č. 9 a 10 jde vidět, jak asistentka pedagoga dokázala využít chlapcův zájem o počítání a aplikovala jej na podpoření rozvoje dalších (grafomotorických) dovedností.

Jako hlavní problém chlapce při nástupu do školky učitelky popisují, že chlapec neměl stanoveny hranice. Celý měsíc s ním učitelky pracovaly na osvojení si základních pravidel jako je například sezení u jídla. Michal byl zvyklý používat fráze typu: „udělej mi to“ „musíš mi to udělat“, když vyžadoval pomoc při sebeobsluze. Učitelky se domnívají, že tyto problémy způsobila přílišná benevolence Michalových rodičů a jejich slabá výchova.

### Rodinná anamnéza

Michal bydlí se svojí maminkou, které je 40 let a prarodiči ve vícegeneračním bytě. Nemá žádné sourozence.

Tatínek pracuje v Japonsku a do Čech jezdí jen párkrát do roka, se synem hodně komunikuje přes skype. Otec má Aspergerův syndrom. Žádné další diagnózy se v rodině nevyskytují.

Maminka by měla ráda se synem „partácký“ vztah v kombinaci s důsledným dodržování pravidel při výchově. K synovi má láskyplný vztah. V otázkách výchovy se střetává s názory svých rodičů, kteří se také podílejí na výchově.

Michalovi prarodiče nerespektují matkou nastavený režim, co se stravování a spánku týče. Hranice ve výchově jsou spíše jen přáním než něčím, co by se dodržovalo. Dále prarodiče nesouhlasí s Michalovou diagnózou a odmítají aplikovat jakékoli odlišné výchovné přístupy.

### **Zdravotní anamnéza**

Michalova Matka v průběhu těhotenství trpěla preeklampií, porod byl vyvolaný. Vzhledem k vysokému věku matky (přes 36 let), se jednalo o rizikové těhotenství.

Michal se narodil s velmi nízkou porodní hmotností, pouze něco málo přes 2 kg a ke všemu ztrácel váhu, nepřijímal adekvátně potravu.

Tři dny po porodu matka musela volat záchrannou službu – Michal měl reflux, zvracel a začal se dusit zvrátky. Při vyšetření v nemocnici mu byly nalezeny dvě malé perforace srdečního obalu. Jako další komplikací se ukázalo to, že se Michal neuměl opírat, používal jen jednu ruku. Byla mu doporučena rehabilitace, cvičili tzv. Vojtovu metodu a dechová cvičení. Později praktikovali orofaciální rehabilitaci, jelikož Michal nechtěl kousat.

Diagnóza byla Michalovi stanovena ve 2 letech a 2 měsících na doporučení volnočasového centra, kam Michal docházel, žádná jiná komorbidní onemocnění mu stanovena nebyla, je zde ovšem podezření na Aspergerův syndrom.

Aktuální zdravotní stav je velmi dobrý. Po tělesné stránce je Michal pohybový nad svůj věk. Po emoční stránce má maminka obavy z jeho navazování vztahů. Má obavy z toho, že Michal není schopen vnímat „kdo to je“, natož utvářet vztahy.

Chlapcův zdravotní stav se dle názoru matky i učitelek lepší.

### **Popis školky, kde se uskutečnilo pozorování:**

Školka se nachází blízko panelového sídliště, kde Michal bydlí. V současné době má školka 4 třídy, děti jsou rozděleny podle věku. V areálu se nachází prostorná zahrada s moderním vybavením, kde často v době před obědem sejdou děti ze všech tříd a společně si hrají. Děti mají na zahradě mlhoviště, umělé kopce z měkkého materiálu se zabudovanými trampolínami v zemi.

V okolí školky se také nachází pěkný les, kam učitelky rády s dětmi chodí.

Budova mateřské školy je celá v průběhu dne uzavřena, pouze v ranních hodinách jsou dveře do zahrady otevřené, příchozí ovšem musí zazvonit na zvonek jednotlivé třídy, kde je snímán videotelefonem.

Ve třídě, do které Michal dochází jsem měla při hospitacích možnost napočítat vždy kolem 13 dětí. Aktuální počet dětí zapsaných do třídy je 17. Učitelky se zmínily, že při větším počtu dětí, tedy při větším riziku hluku ve třídě je Michal více náchylný k projevu agresivity, kterému se učitelky

– především asistentka pedagoga, snaží předcházet pozorováním Michala a včasným doporučením, aby se Michal odebral do relaxačního koutku, který se nachází v oddělené místnosti. V relaxačním koutku je sedací vak a dřevěný stoleček s psacími potřebami.

Třída má velkou místnost pro komunikativní kroužky s učitelkou, pohybové aktivity s možným doprovodem piana, které je umístěné v rohu místnosti. Tato místnost zároveň slouží jako ložnice, kterou paní na úklid pro děti připraví v průběhu dopoledne.

### **Pozorování:**

Michala jsem pozorovala dvakrát v měsíci lednu 2018. Pozorování probíhalo v dopoledních hodinách až do příchodu jeho maminky, která pravidelně Michala vyzvedává po obědě.

V ranních hodinách měly děti prostor pro hru, který Michal využil pro hraní s kamarády – válčení s plastovými dinosaury nebo stavění z lega. Michal se k dětem choval přátelsky, projevoval se velmi společensky a aktivně. Několikrát ke mně Michal přišel a ukazoval mi hračky se kterými si zrovna hrál. Když jsem se ho zeptala na doplňující informaci o jeho hračce, většinou mi neodpověděl a prostě si s hračkou přede mnou hrál nebo začal povídat o něčem jiném. Domnívám se, že toto chování by mohlo poukazovat na Aspergerův syndrom, ale zároveň by se mohlo jednat jen o projev jeho poruchy soustředění.

Vzhledem k jeho společenskému vystupování by v případě, že by se prokázalo podezření na Aspergerův syndrom, nebyl výskyt syndromu ADHD ničím neobvyklým. Z odborné literatury je známo, že u dětí s Aspergerovým syndromem v kombinaci s aktivním sociálním chováním se ADHD běžně vyskytuje.

Překvapující pro mě bylo, jak pozitivně reagoval na pokyny učitelky a bez nějakého odmítnutí je plnil, šlo o věci jako úklid, výměna nevhodné hračky za vhodnou na pokyn učitelky apod. Michal se v průběhu dne projevoval bez výrazných projevů odkazujících na jeho syndrom. Několikrát během dne ho učitelky napomenuly, ale vždy šlo jen o drobnosti, ve kterých po upozornění nepokračoval.

Při delším povídání si v kroužku, kterému předcházela deseti minutová rozvíčka, byla na Michalovi vidět únava, kdy se přestal koncentrovat a zakrýval si hlavu dlaněmi. Asistentka ho po pokusech o jeho obnovení zájmu o činnost kolektivu odvedla stranou ke stolečku, kde si kreslili, ale po chvíli se už šel Michal odpočinout na 3 minuty do relaxačního koutku. Když se vrátil, zapojil se opět do kolektivu. V průběhu dne mu vždy byla k dispozici asistentka, která sledovala jeho stav, projevy a radila mu, jak se v dané situaci zachovat.

Při pozorování jsem se také zaměřila na to, jak se Michal chová ke svým kamarádům a jak s nimi komunikuje. Zajímalo mě, jestli si pamatuje jména svých kamarádů. Učitelky mi řekly, že jména kamarádů, se kterými si hraje nejčastěji – tři chlapci v podobném věku – zná a v porovnání s ostatními dětmi nevidí, že by na tom byl s pamatováním si jmen hůře než ostatní. Když za mnou Michal přišel a upřeně se na mě díval, zeptala jsem se ho na jména chlapců, se kterými si v průběhu dne hrál, odpověděl mi, že to budou asi „nějací panáci“ a začal se smát. Později jsem si ale všimla, že jednoho

z těch chlapců několikrát oslovoval jménem, bylo to zrovna při hře, ve které mu Michal telefonoval a šlo skutečně o jméno chlapce, ačkoli na něj hned napoprvé nereagoval.

## 7. 1. Komparace získaných dat z rozhovorů

V příloze číslo 5 je tabulka porovávající odpovědi matky a učitelského sboru na ty otázky, které jim v rozhovoru byly kladeny stejně. V tabulce jsou uvedeny kladené otázky a odpovědi respondentů, jejich komparace je vyjádřena shodou nebo neshodou v závislosti na tom, zda se jejich odpovědi lišily, či nikoliv.

## 7. 2. Prognóza

V otázce budoucího vývoje chlapce se názor učitelek shoduje s názorem matky. Jak učitelky, tak matka vidí velké posuny v Michalově chování od doby, co nastoupil do školky. Jedná se zejména o potlačení agresivity, společensky přijatelnější projevy chování při interakci s ostatními dětmi, dále osvojení si základních pravidel stolování, práce u stolu a celkové úspěšné začlenění do kolektivu. Prognózu vidí jak učitelky, tak matka pozitivně.

Z mého pohledu se jedná z velké části o úspěch sešraného učitelského sboru, především pak velmi dobrého působení asistentky pedagoga na chlapce. V příloze č. 9 a 10 je vidět, jak se za relativně krátkou dobu můžou dostavit výsledky v podobě zlepšení (grafomotorických) dovedností.

Dle rozhovorů s matkou a učitelkami a díky vlastnímu pozorování chlapce se domnívám, že integrace Michala se jeví velmi úspěšně, myslím si, že pokud i nadále bude dodržován individuální přístup z řad učitelů, a to i v budoucím studiu na základní škole, neměl by mít chlapec větší problémy zvyknout si na nové prostředí ZŠ. Prognózu vidím pozitivně, zvláště pokud bude škola spolupracovat s rodiči a obě strany vynaloží úsilí pomoci Michalovi začlenit se do kolektivu.

Ačkoli matka Michala popsala komunikaci se školkou jako velmi dobrou a efektivní, učitelky nemají stejný názor. Přály by si, aby matka, případně prarodiče Michala s chlapcem doma více pracovali a více dbali na jejich doporučení.

Vzhledem k rozdílným názorům na výchovu matky a prarodičů Michala doporučuji omezení vlivu výchovy prarodičů. Domnívám se, že při sjednoceném výchovném působení na chlapce by mohly být pokroky ve vývoji větší.

Michalovi bych doporučila diferenciální diagnostiku, pro případné vyloučení PAS nebo potvrzení hyperaktivity. V rozhovorech učitelky vyjádřily pochybnosti o Michalově diagnóze ADHD, při stavění mazaiky se dle výpovědí učitelek dokáže velmi dobře soustředit a dlouho u dané práce vydrží, domnívají se, že Michalova diagnóza je Aspergerův syndrom, nikoli ADHD. Vzhledem k tomu, že Aspergerův syndrom se v rodině Michala vyskytuje, je podezření učitelek dle mého názoru oprávněné.



## 8. Kazuistika Ondřej

- **Jméno:** Ondřej
- **Věk:** 5 let
- **Diagnóza:** ADHD, porucha chování a sociální začlenění

### Osobní anamnéza

Ondřej se narodil v roce 2012, porod proběhl přirozeně bez zdravotních komplikací. Mateřskou školu začal navštěvovat ve svých 3 letech, do školky se těšil.

Při nástupu personál rozpoznal, že Ondřej trpí poruchou ADHD. Učitelky popisují, že komunikace s rodiči před stanovením diagnózy byla velmi obtížná, rodiče nechtěli slyšet o problematickém chování Ondřeje, tvrdili, že doma se chová normálně a vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně se bránili.

Chování Ondřeje při nástupu do školky bylo velmi těžko zvladatelné, učitelky popisují, že se často obětovaly afekty-ve chvílích, kdy nebylo „po jeho“ utíkal ze třídy na schody, odkud dále pokračoval do šatny. Měl časté konflikty se svými kamarády, se kterými neshody řešil agresí a praním. Jednou se snažil vylézt na okno na záchodech a přitom křičel, že ve školce nebude, skočí z okna a zabije se. O útěk se úspěšně pokusil také na zahradě areálu MŠ, kde přelezl plot a pohyboval se v sídlištním vnitrobloku hned u budovy MŠ, na výzvu učitelky se vrátil zpátky. Ředitelka školky řešila problematické chování na osobní schůzce s rodiči Ondřeje, kde jim doporučila vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně, se kterým rodiče souhlasili. Ondřej získal asistenta pedagoga. Problematické chování u Ondřeje stále přetrvává, učitelky mají dokonce pocit, že jeho afekty jsou častější.

Jeden z Ondřejových nejlepších kamarádů, navštěvujících stejnou třídu je Lukáš, který se svým chováním také projevuje hyperaktivně, učitelky se domnívají, že je to způsobeno syndromem ADHD, který ovšem není diagnostikovaný. Chlapci si spolu rádi hrají, ale vzhledem k problematickým projevům plynoucím z hyperaktivity se často dostávají do konfliktních situací, které většinou vedou k napadání či provokování druhého. Velmi hezký vztah má Ondřej k oblíbeným dívkám ze třídy,

Ondřej navštěvuje jednou týdně pedagogicko-psychologickou poradnu, kde dostane materiály na týdenní práci s programem HYPO. Pracovnice PPP mentoruje 1. lekci týdenního plánu s Ondřejem za přítomnosti rodičů, rodiče se tím mohou inspirovat, jak k jednotlivým úkolům doma přistupovat. Tatínek u Ondřeje vidí zlepšení pozornosti a program HYPO hodnotí v tomto směru jako efektivní.

Každé úterý odpoledne dochází Ondřej na sportovní kroužek – florbal, organizovaný MŠ, který se koná ve sportovní hale v areálu nedaleké základní školy. Sportovní aktivity Ondřeje moc baví, nejvíce má rád běhání.

## **Rodinná anamnéza**

Ondřej žije současně ve třech rodinách – s maminkou a jejím přítelem; tatínkem, jeho přítelkyní a jejich roční dcerou; babičkou. Rodiče se rozvedli, když byly Ondřejovy 3 roky. Jeden čas chtěl Ondřej bydlet jen u babičky. Výchova ve třech rodinách se velmi liší, dle tatínka nejvíce benevolentní výchova je u babičky, která dle jeho slov nemá žádný režim. Tatínek se snaží o důslednou výchovu a dodržování určitých pravidel a přál by si, aby nějaká pravidla respektovala i babička při její výchově. Popisuje, že vždy, když se Ondřej vrací od babičky dělá mu problém dodržovat zásady, které u babičky neplatily. Konkrétně se jedná například o pravidla hygieny či správného stolování. S maminkou Ondřeje tatínek problémy týkající se výchovy a komunikace nemá.

Ondřej má jednoho mladšího sourozence – sestřičku, která se narodila tatínkovi a jeho nové přítelkyni, když bylo Ondřeji 5 let. Se sestřičkou se Ondřej vidí dva dny v týdnu, když je zrovna u tatínka. Žádné další sourozence nemá.

V rodině se nevyskytují žádné zdravotní poruchy.

## **Zdravotní anamnéza**

Diagnóza ADHD s poruchou chování a sociálního začlenění byla Ondřeji stanovena v roce 2017 na doporučení MŠ.

Dosavadní vývoj Ondřeje probíhal bez zdravotních komplikací.

V názoru na medikaci se všechny tři vychovávající strany shodují, neradi by, aby Ondřej užíval léky, které by ho utlumovaly. Doposud k medikaci nedošlo. Ondřej užíval pouze přírodní bylinné esence k podpoření vnitřního klidu, konkrétně šlo o Bachovu květovou terapii - „Bachovy kapky“, které mají harmonizovat energii v těle a rodičům byly doporučeny při vyšetření na kineziologii (alternativní léčebná metoda „One Brain“). Tatínek nedokáže posoudit, zda měly kapky nějaký pozitivní vliv na Ondřeje, tuto možnost nevylučuje.

Aktuální zdravotní stav je dobrý, Ondřej nevykazuje žádné problémy v oblasti jemné a hrubé motoriky. Emoční stránka je oslabena, u Ondřeje přetrvávají afekty – agresivního až destruktivního charakteru.

## **Popis školky, kde se pozorování uskutečnilo**

Školka se nachází v okolí panelového sídliště nedaleko pěší zóny a lesa. Ve školce jsou 4 smíšené třídy, kde jsou děti různého věku 3-7 let. V každé třídě je většinou jedno integrované dítě. Školka má celkovou kapacitu 104 dětí.

MŠ se zařadila do celosvětového programu sítě Mateřských škol podporujících zdraví, jejímž cílem je vést děti k zodpovědnému a zdravému přístupu k životu.

Budova MŠ má prostornou zahradu, kde se nachází několik dřevěných prolézaček různých velikostí a tvarů, dále se zde nachází přístřešky připomínající tropické pláže s pískovištěm nacházejícím se pod nimi. Na zahradě nechybí ani dostatek zatravněné plochy pro volnou hru.

Interiér je vybaven velmi moderně. Vše uvnitř MŠ je sestaveno tak, aby to co nejvíce vyhovovalo dětem. Schody vedoucí do horního patra, mají zábradlí rozděleno do 2 výškových stupňů – pro děti a dospělé. Jednotlivé třídy jsou rozděleny podle barev, dle barvy stěn dítě hned pozná, v jaké třídě nachází. Třídy jsou odděleny chodbou.

Ve třídě, do které dochází Ondřej je velká místnost, která slouží pro výuku, sportovní, relaxační aktivity, tanec (v místnosti je umístěno piano) a zároveň po obědě slouží jako ložnice. Další místnost, která navazuje na ložnici, je rozdělena do dvou funkčně diferencovaných celků – jedna část je pokrytá kobercem a primárně slouží dětem k samostatné hře na koberci, vaření na dětské kuchyňce či odpočinku na matraci s polštářky. Druhá část místnosti je pokrytá linem, jsou zde plastové stoly a židle, které dětem slouží pro výtvarnou činnost, svačinku či oběd. Nechybí zde ani učitelský stůl v rohu místnosti, nástěnky s dětskými výtvy a didaktické hračky umístěné v regálech, většina z nich je dětem volně k dispozici. Ve třídě mě zaujal regál s didaktickými hračkami a výukovými materiály rozdělenými dle jednotlivých smyslů, tento regál sloužil hlavně učitelkám pro výuku. Děti mají možnost vybrat si z různých hraček, rozvíjejících celé spektrum dovedností, vybavení této třídy hodnotím pozitivně jako nadstandartní. Další místnosti patřící k Ondřejovi třídě jsou: koupelna se záchody, komora pro uskladnění např. výtvarných potřeb, učitelská místnost se skřínkami a šatna pro děti. Šatna je určena jen pro oblečení a přezůvky, boty na ven si děti nechávají v otevřené šatně pod schody nazývané „botošatna“.

### **Pozorování**

Pozorování Ondřeje se uskutečnilo v únoru 2018, ačkoli jsem na hospitaci ve školce byla vícekrát, Ondřej byl za dobu mých hospitací přítomen jen jednou. Za dobu mých návštěv jsem se mohla seznámit s rozdílnými názory a přístupy Ondřejových učitelek, které jsem v kazuistice reflektovala.

Do školky jako první z dětí dorazil Ondřej. Paní ředitelka, která měla ve třídě dopolední směnu připravovala program pro děti a zrovna nebyla ve třídě, tak jsem Ondřeje přijala a zeptala jsem se ho, s čím by si chtěl dnes hrát. Ondřej mi řekl, že má rád běhání a lítání. Předváděl mi jeho běh ve velké třídě a říkal, že rychlejší už je snad jen gepard. Když se objevila paní učitelka (která zároveň vykonává funkci ředitelky), přivítala se s Ondřejem, objala ho a domluvila se s ním, jak se dnes bude ve školce chovat. Ondřej souhlasil a slíbil, že dnes bude všem pomáhat. Dle slov paní učitelky je nutné Ondřeje hned ráno správně naladit, aby nedošlo k nějakým nepříjemným afektům. Běhání Ondřeje po třídě je velmi rizikové, proto se ho učitelky snaží zabavit nějak jinak a nasměrovat ho k činnosti méně rizikové.

Ve školce mají všechny učitelky k dětem velmi vřelý vztah, je běžné, že učitelky říkají dětem, jak je milují a často dochází k obětí, děti jsou na to zvyklé, projevy lásky berou jako samozřejmost.

V den mého pozorování bylo ve třídě přítomno 17 dětí.

V ranních hodinách si děti mohly hrát samostatně, s kamarády nebo požádat učitelku, případně asistentku pedagoga, která přišla v devět hodin o spolupráci. Přítomna byla i hospodyně,

kteřá pomáhala během dne učitelkám při práci s dětmi, servírovala svačinky, oběd a připravovala postýlky na odpolední odpočinek.

Ondřej si s kamarády začal stavět bunkr z velkých plastových puzzle dílků. Při stavbě především dohlížel na práci kamarádů, sám se do práce moc nezapojil. Když je bunkr hotový, kamarádi si hrají na kavalerii, hru, kterou pro ně vymyslel Ondřej. Hra spočívá v chození na pochůzky a občasné schování se v bunkru.

Při dopoledním kruhu se děti střídaly ve vyprávění k danému tématu, které určila učitelka – každý vyprávěl co se mu v noci zdálo. Ondřej při tom občas strkal do souseda, sedícího vedle, několikrát vstal a po chvíli se zase vrátil na své místo. Učitelky si toho nevšimly a nijak nepřerušovaly ostatní děti v kroužku. Pokud se Ondřej vzdálil na delší dobu, asistentka, která také seděla v kroužku mu naznačila, aby se vrátil, Ondřej uposlechl. Když na něj byla řada, aby se podělil o to, co se mu v noci zdálo, na nic si nevzpomněl, tak předal slovo sousedovi.

Po komunikačním kroužku následovalo procvičování správného určení místa – před, nad, pod, vlevo, vpravo. Děti čekaly ve frontě před stolečkem s květinou, kterou a pokyn učitelky dávaly buď vpravo, vlevo, na stůl nebo pod něj... Když se děti řadily do fronty, Ondřej upadl, začal plakat, dal si hlavu do dlaní a tiše trpěl stranou. Asistentka ho politovala, pohladila a řekla, aby se přidal k dětem až se bude cítit dobře. Za chvíli ho bolest přešla a zapojil se do fronty. Při čekání ve frontě se pohupoval v bocích, třepal rukama nebo nohama, vypadal, jako by tancoval, dokonce si občas něco pobrukoval. Jednou si odběh, skočil na žebřiny a párkrát si zacvičil s nohama a zase se vrátil ke kamarádům. Jelikož je Ondřej předškolák dostal těžší úkoly na správné určení místa dle zadaných instrukcí učitelky, které splnil téměř všechny bez větších problémů.

Když se všechny děti vystřídaly, učitelka zapnula rádio a ukazovala dětem, jak mají tancovat, děti bez problémů zvládaly tancovat podle vzoru učitelky. Ondřej vypadal, že ho aktivita moc baví, mezi dětmi byl při intenzivním tancování nejvíce vidět.

Po tanci si všechny děti lehly na zem, poslouchaly vyprávění učitelky a když ucítily dotek jemnou látkou po tváři, mohly vstát a začít pracovat u stolečku. Ondřej neměl problém ležet na zádech se zavřenými očima a čekat až se ho učitelka dotkne. U stolečku pak namaloval krásného geparda.

V průběhu dopoledne šly děti s učitelkami na zahradu, kde stavěly sněhuláka a hrály si s dětmi i z jiných tříd, se kterými se často na zahradě setkávají. Ondřej si hrál s kluky ze své třídy, se kterými se kouloval. Jeden jeho kamarád neměl rukavice a v průběhu koulování potřeboval čas na zahřátí, než se opět vrátí do hry. Když jsem viděla, že po něm Ondřej hází koule, řekla jsem mu, ať dá kamarádovy čas, že se k nim za chvíli přidá. Ondřej počkal se sněhovou koulí, dokud byl kamarád zase schopen hrát. Když jsme se vrátili ze zahrady, byl čas oběda.

V průběhu oběda si Ondřej sedl vedle mě, řekl mi, že nechce, abych seděla sama. Při obědě jsme se bavili o jídle, řekl mi jedno tajemství a také na mě dělal obličej – ukazoval mi otevřenou pusou s jídlem. Po tom, co jsem mu několikrát řekla, že se na to nechci dívat, a prosila ho ať nedělá hlouposti, jsem se rozhodla jeho projevy ignorovat a po chvíli jsem se snažila zavést řeč jinam, to

pomohlo. Když jsem se začala bavit o nějakém neutrálním tématu, Ondřej zapomněl na děláni ošklivých obličejů a zase začal konverzovat, když si na děláni obličejů rozpomněl, ignorovala jsem to a dívala se jinam.

Po obědě se všechny děti uchýlily do ložnice, kde před spaním následovalo společné masírování, vycházející z programu MISP – Massage in School programme. Vize programu je, aby děti ve školách měly možnost se setkat s uzdravujícím dotekem každý den.

Učitelka instruovala děti, aby si vybraly kamaráda, kterého „nejvíce milují“ a zeptaly se jej na dovolení k masáži. K mému překvapení si mě vybral jeden chlapec do páru, jelikož jak jsem zjistila, nejvíce ze spolužáků miloval mě. Ondřeje si vybral jeho nejlepší kamarád Lukáš. Učitelka vyprávěla příběh, do kterého zakomponovala masážní prvky, které demonstrovala na jednom klukovi ze třídy. Když příběh i masírování skončilo, všichni jsme poděkovali tomu, kdo nás masíroval a vyměnili jsme si role. I tuto relaxační techniku zvládal Ondřej bez problémů. Po masáži si Ondřej spolu s dalšími předškoláky zavolala učitelka, měli se jít dostavit na test školní zralosti.

Po testu školní zralosti šel Ondřej kroužek florbalu, jelikož bylo úterý.

Učitelky Ondřejovo chování zhodnotily jako dobré, při reflexi mi sdělily, že měl Ondřej jeden z „lepších dnů“, ředitelka se domnívá, že jeho vzorné chování mohlo být způsobeno přítomností cizí osoby (mě) a tudíž jeho větší kontroly nad svým chováním.

## **8. 1. Komparace získaných dat z rozhovorů**

V příloze číslo 6 je tabulka porovnávající odpovědi otce a učitelského sboru na ty otázky, které jim v rozhovoru byly kladeny stejně. V tabulce jsou uvedeny kladené otázky a odpovědi respondentů, jejich komparace je vyjádřena shodou nebo neshodou v závislosti na tom, zda se jejich odpovědi lišily, či nikoliv.

## **8. 2. Prognóza**

Učitelky nevidí prognózu budoucího vývoje Ondřeje pozitivně. Mají názor, že jeho afektivní chování se spíše zhoršuje a nedomnívají se, že by se to v následující době mohlo změnit.

Paní ředitelka se k tomu nechtěla moc vyjadřovat, ale z rozhovoru vyplynulo, že nemá pozitivní očekávání.

Další z Ondřejových učitelek, kterou jsem kontaktovala má názor takový, že dětem s ADHD v kombinaci s poruchou chování nelze pomoci. Tato učitelka pracuje ve školství dlouho a s integrací dětí s ADHD má mnoho zkušeností. Když jsem ji pozorovala při práci s dětmi, chovala se profesionálně, její postupy i komunikaci s dětmi hodnotím pozitivně, domnívám se, že ačkoli se učitelka k dětem chová dobře, její negativní hodnocení dětí s poruchou chování může být výsledkem syndromu vyhoření, únavy nebo přetížení.

Asistentka Ondřeje (Asistentka pedagoga) vidí prognózu lépe než ostatní učitelky, myslí si,

že za přítomnosti asistenta pedagoga a uplatnění individuálního přístupu se může jeho chování zlepšit.

Tatínek Ondřeje vidí prognózu také pozitivně. Jako pozitivní vidí to, že je Ondřej schopen mluvit o svých problematických projevech (například po odeznění afektu) s rodiči a uvědomit si, co dělal špatně.

Dle mého názoru si Ondřej dokáže poradit v situacích, kdy je od něj vyžadováno nějaké úsilí nebo je na něj vyvíjen tlak. Z pozorování mohu uvést příklad, kdy si Ondřej v nekomfortní situaci při čekání ve frontě šel na chvíli zacvičit na žebřiny, aby se mohl následně znovu přidat k ostatním a dělat to, co mu není přirozené, čekat s ostatními až na něj přijde řada. Myslím si, že Ondřej je velmi inteligentní a své projevy se může naučit zvládat, potřebuje k tomu ovšem správné výchovné vedení a také pocit, že mu někdo věří. Myslím si, že u Ondřeje je zásadní, aby byl vždy někdo, kdo ho bude neustále pozorovat a v případě afektu ho včas zastaví – ať už obětím, které aplikují v jeho školce nebo jinými metodami. Rodinná situace je u Ondřeje sice složitá, ale věřím, že díky své inteligenci si dokáže v lecčem poradit, bylo by žádoucí, kdyby se vychovávající strany byly schopné dohodnout na základních zásadách ve výchově. Rovněž podstatné ve výchově je udržovat optimismus a víru, že naše výchovné snažení na dítě působí, třebaže jen v omezené míře, díky jeho indispozicím. Můj pohled na Ondřejovu prognózu je pozitivní za předpokladu, že v jeho okolí bude dostatek lidí, kteří mu budou věřit, podporovat ho a s láskou vychovávat.

## 9. Kazuistika – Petr

- **Jméno:** Petr
- **Věk:** 6 let
- **Diagnóza:** ADHD

### Osobní anamnéza

Petr se narodil v roce 2011, porod proběhl přirozeně bez komplikací. Mateřskou školu poprvé začal navštěvovat ve 3 letech, ve školce měl značné problémy s chováním, nadměrnou aktivitou a neschopností začlenit se do kolektivu. Ačkoli byla Petrovi při nástupu do školky stanovena diagnóza ADHD, nebyl mu přidělen asistent pedagoga, který by mohl pomoci se zvládnutím integrace. Tatínek Petra popisuje, že syn nebyl ve svých 3 letech připraven na nástup do školky, a proto jej s manželkou vzali ze školky zpět domů, kde se o něj starali jako dřív.

Do současné mateřské školy Petr začal chodit ve svých 5 letech. Stejně jako ve školce předešlé i zde jeho chování způsobovalo učitelkám potíže při výchově. Nejvíce problematické pro učitelky byla Petrova hyperaktivita, kterou popisují jako nezvladatelnou. Petr většinu času ve školce trávil běháním a bouřlivými až destruktivními snahy o zapojení se do hry s vrstevníky, které většinou končily pláčem jedné či druhé strany. Jeho projevy se jevily jako neúměrné k jeho věku. Učitelky nebyly obeznámeny s tím, že má Petr ADHD, již po týdnu stráveném ve školce jej znovu posílaly na vyšetření, které diagnózu potvrdilo a doporučilo přítomnost asistenta pedagoga, který mu byl následně přidělen. Problémy plynoucí z hyperaktivity byly stále značně problematické, učitelé popisují, že první tři měsíce nedělali nic jiného, než „chytali Petra“, který „lítal“ po třídě. Rodiče se na doporučení MŠ rozhodli začít Petrovi podávat léky tlumící jeho hyperaktivní projevy – jak učitelé, tak rodiče hodnotí vliv medikace na Petrovo chování jako pozitivní.

Petrovi byl doporučen odklad školní docházky, do základní školy nastoupí v září ve věku 7 let.

Petr v současné době nenavštěvuje žádné kroužky ani volnočasové aktivity, ředitelka, která vyučuje v jeho třídě se domnívá, že důvodem by mohla být špatná sociální situace rodiny. Do rodiny v rámci preventivního opatření pravidelně dochází psycholog, který s rodiči rozebírá Petrovo chování a konzultuje s nimi výchovné postupy. Ve volném čase Petr doma nejraději sleduje anglické pohádky na webové stránce youtube.com, pokud má možnost, rád si hraje s ostatními kamarády například puzzle, stavitelské hry, potěšení mu také přináší improvizované hry jako je například hra „na rodinu“.

Ve školce má oblíbenou mladší spolužačku, která se zdá být v kolektivu populární a jejíž přítomnost rád vyhledává. Popularita spolužačky s sebou nese i časté boje o to, kdo bude sedět vedle ní (u ranního kruhu, hry u stolečku nebo oběda). Petr se neprojevuje agresivně, do „bojů“ se dostane většinou díky impulzu někoho jiného a při šarvátce nevyužívá své silové výhody (oproti mladším a slabším spolužákům), spíše se brání útokům, které oplácí dle mého názoru stejnou silou.

V kolektivu, dle slov ředitelky, není Petr přijímán dobře, ačkoli se intenzivně snaží zapojovat se do her se spolužáky, jeho snahy se nesetkávají moc často s úspěchem. Děti si s ním většinou nechtějí hrát, ředitelka se domnívá, že jedním z faktorů může být například pach kouře, který je z něj cítit a který působí na ostatní děti odpudivě. Jako další možné příčiny špatného navazování kontaktu se spolužáky připadá v úvahu Petrovo snížené sociální citění, neschopnost přizpůsobit se konkrétním pravidlům hry, do které vstupuje nebo také přístup učitele, který budu reflektovat v interpretaci kazuistiky.

### **Rodinná anamnéza**

Jak již bylo naznačeno, Petr pochází ze sociálně slabší rodiny. Oba jeho rodiče jsou vyššího věku a oba dochází pravidelně do zaměstnání. Maminka je ve věku 46 let, tatínek ve věku 55 let, rodiče bydlí s Petrem v bytě panelového domu.

Petr má 2 dospělé sestry, které s nimi v domácnosti nebydlí, sestry jsou dcery z předchozího vztahu Petrovy matky a jejího bývalého přítele. Sestry žijí ve svých domácnostech, ale rodinu nepravidelně navštěvují.

Výchova v domácím prostředí je dle slov tatínka hodně kompromisní – rodiče Petrovi často ustupují. Při výchově kladou důraz hlavně na plnění úkolů, kde se snaží být důslední. Petra se snaží motivovat k práci a za splnění úkolu často dostává nějaké výhody či odměny.

V rodině se nevyskytují žádné diagnózy.

### **Zdravotní anamnéza**

Přestože těhotenství maminky s Petrem bylo díky jejímu věku (39 let) považováno za rizikové, v průběhu těhotenství ani při porodu nenastaly žádné komplikace.

Poprvé byla diagnóza ADHD chlapci stanovena ve věku 3 let na doporučení školky, kam Petr začal docházet. Žádné další komorbidní poruchy stanoveny nebyly. Léky začal Petr užívat až ve svých 5 letech – od ledna 218, tedy 4 měsíce po nástupu do současné MŠ.

U Petra je patrná vada řeči, při verbálním projevu mu je těžko rozumět, ředitelka školky doporučovala rodičům návštěvu logopedie, která je dětem k dispozici v budově školky, ale doposud Petr u odborníka s tímto problémem nebyl.

Aktuální zdravotní stav se dle tatínka mění díky Petrově oslabené imunitě. Petr bývá často nemocný, na jeho zdravotní stav může působit například i změna počasí, u chlapce se objevuje dýchavičnost.

V průběhu vývoje nedošlo k žádným závažným zdravotním komplikacím, nemocím či úrazu.

### **Popis školky, kde se uskutečnilo pozorování**

Školka se nachází uprostřed sídliště v okrajové části Prahy, v bezprostřední blízkosti základní školy. MŠ má pět věkově smíšených tříd, z nichž jedna je logopedická, pro děti s logopedickými i



kombinovanými postiženími.

V areálu školky se nachází zahrada připomínající klasické dětské hřiště, přítomna je klouzačka, pískoviště a také houpačky na pružině.

Jednotlivé třídy mají každá svůj vchod z venkovní, zastřešené, prostorné chodby, nacházející se v zadní části budovy. U vchodu do každé třídy je zvonek s videotelefonem.

Petrova třída je vybavena moderně, podlaha je pokrytá linem imitující dřevo, uprostřed místnosti se nachází čtvercový koberec, který společně s učitelským stolem odděluje prostory se stolečky a prostory připomínající dětskou hernu s relaxačním koutkem. Stolečky jsou různých velikostí, které děti využívají jak pro stolování, tak pro práci – v blízkosti se nachází vybavení potřebné pro výtvarnou činnost.

V oblasti připomínající hernu se na stěně nachází plastové, lezecké úchyty tvořící dětskou horolezeckou stěnu. V místnosti nechybí ani piano. Prostorná třída je víceúčelová, v době odpočinku se celá promění v ložnici, kde děti spí na plastových postýlkách, které jsou během dne uloženy v komoře.

Vybavení třídy je dle mého názoru plně dostatečné, všechno má své místo, zvláště oceňuji zajímavě řešené regály, které jsou vestavěny přímo do stěn a nezabírají místo v prostoru. V jednom z regálů je zaparkovaná pojízdná knihovnička na kolečkách, která obsahuje ilustrované pohádkové knihy.

V regálech jsou dětem dále k dispozici nejrůznější stolní hry, skládačky nebo hlavolamy, ke kterým mají děti volný přístup. V rohu místnosti se nachází barevně zdobený dřevěný domek s polštářky a sedáky, který dětem slouží jako místo odpočinku (relaxační koutek). U dětí je rovněž oblíbená plně vybavená dřevěná kuchyňka v rohu místnosti, dále pak nejrůznější stavebnice, železnice aj.

### **Pozorování**

Pozorování Petra se uskutečnilo dvakrát v březnu 2018, vždy za přítomnosti různých učitelek, paní asistentka byla v obou případech nemocná a bohužel jsem neměla možnost vidět, jak s Petrem pracuje.

Abych rozlišila rozdílné přístupy jednotlivých učitelek, budu hovořit o paní ředitelce, která zároveň vykonává funkci učitelky v Petrově třídě, jako o „ředitelce“. Pokud budu hovořit o událostech z druhého pozorování, kde byly přítomny již 2 učitelky v Petrově třídě (jejichž přístup k dětem byl téměř identický), budu o nich hovořit jako o „učitelkách“.

V ranních hodinách měly děti prostor pro volnou hru, která je dle slov ředitelky u Petra nejvíce problematická. Paní ředitelka byla celé dopoledne (až do odchodu na zahradu – v 10:30) jediná učitelka ve třídě dvaceti dětí, pokud by se potřebovala ze třídy vzdálit, byla domluvená, že zavolá do vedlejší třídy, aby ji na chvíli šel někdo ve třídě zastoupit. Ředitelka je zvyklá pracovat s dětmi sama v případě, že není přítomen asistent pedagoga, je si ovšem vědoma, že zvláště pro Petra je individuální přístup žádoucí.

Petr si po příchodu do školky hrál na koberečku s vláčky, které mu připravila ředitelka, po chvíli si k němu sedl kamarád a připojil se ke hře tím, že se koukal, jak si Petr hraje. Ve chvíli Petr vstává a začíná s kamarádem nižšího věku běhat po koberci, oba vypadají, že je běhání baví více než železnice, která zůstala na koberci. Petr na pokyn ředitelky, aby si dráhu uklidil nereaguje – naštěstí pro Petra se železnice ujímá spolužák a povinnost úklidu tím pádem mizí.

Po krátkém proběhnutí, Petrův kamarád odchází a hraje si s někým jiným. Petr odchází na horolezeckou stěnu, na kterou se mu nedaří vyšplhat, tak se prochází po místnosti, bere si kočárek a jezdí po koberci. S kočárkem začíná najíždět do relaxačního dřevěného domu, kde jsou jeho spolužáci, kteří zvědavě vykukují z okna domečku a čekají, jak na Petrovo chování zareaguje ředitelka. Ředitelka chytá Petra za ruku a domlouvá mu, aby tam nejezdil, poté odchází a Petr v nájezdech pokračuje. Ředitelka si dál Petra nevšímá.

Z pozorování interakce mezi ředitelkou a Petrem je znát lehce našťvaný tón ředitelky při komunikaci s Petrem, ředitelka sama konstatuje, že na Petra musí být přísná, aby se dostavily alespoň nějaké výsledky. Přijde mi důležité zmínit, že ředitelka s Petrem komunikuje téměř výhradně jen v případech, kdy Petrovi domlouvá nebo mu něco direktivně nařizuje, to částečně vysvětluje zmiňovaný „našťvaný tón“, který je z komunikace cítit.

Další Petrova aktivita při volné hře, do které ředitelka musela zasáhnout byla hra s molitanovými kostkami, které Petr začal házet na koberec. Reakce ředitelky byla zabavení kostek.

Při ranním kruhu, který začal v 9 hodin Petr spolupracoval, jeho projevy byly nejvýraznější, projevoval se nejhlasitěji, při fyzických aktivitách byl nejméně aktivní, ale nijak výrazně ranní výuku nenarušoval. Ředitelka v případě potřeby Petra přesazovala, určovala mu, s kým má utvořit dvojici a pokud se Petr projevoval moc nahlas, dokázala jej napomenutím ztišit. Když začala hrát hudba, na kterou měly děti tancovat, Petr si stěžoval, že ho z rádia bolí hlava, přesto se do tance zapojil. Když se děti vracely zpět do kruhu, k Petrovi si sedla jeho oblíbená spolužačka, kterou začal radostně objímat, holčičce to příjemné nebylo a Petra odstrkovala, ke konfliktu nedošlo.

Po skončení ranního kruhu se děti střídaly u výtvarné aktivity s učitelkou, která jim připravila malování barvami. Ředitelka se ptala Petra, jestli s ní půjde pracovat, ten se zapojit odmítl. Řekla mu, že si pro něj tedy přijde za chvíli, za chvíli si pro něj přišla a musela ho odvést ke stolu, dobrovolně by ke stolu nepřišel, kladl menší odpor, ale nakonec se dostal ke stolu a práci, která nebyla náročná zvládl.

V době svačinky se mě Petr zeptal, jestli si může sednout vedle mě, souhlasila jsem a on se usadil. Za chvíli si ho všimla ředitelka, která mu bere talíř a řekne, že tady sedět nesmí, ať si jde sednout k předškolákům, talíř mu pokládá na vedlejší stůl. Petr hlasitě protestuje, ředitelka si nevšímá ani Petra ani mé snahy jí vysvětlit, jak k situaci došlo. Petr

si následně bere talíř a sedá si sám k malému stolu, určenému pro menší děti.

Jako další konflikt nastal, když k Petrovi, který si hrál se stavebnicí přišel kamarád, který si chtěl ze stavebnice postavit něco svého. Petr vzal většinu dřevěných kostek, se kterými si hrál, vstal, z výšky je hodil na zem a začal křičet. Ředitelka k němu přiběhla, Petr okamžitě začal hystericky vysvětlovat, že mu to jeho kamarád chtěl zbořit. Ředitelka mu nařídila, aby to uklidil a přestal vyvádět, když uklízel kostky, snažila se mu vysvětlit, proč je takové chování ve škole nepřipustné. Petr se při úklidu uklidnil, další konflikt během dopoledne již nenastal.

Když jsem Petra pozorovala podruhé, ve třídě byl stejný počet dětí, učitelky byly přítomny dvě. Celková atmosféra ve třídě byla klidnější. V ranních hodinách měly děti volnou hru, učitelky sledovaly děti a zároveň si s některými hrály u stolečku nebo na koberci.

Petr se připojil k malé skupince dětí, sedících u stolu s učitelkou a začal skládat mazaiku dle předlohy. Děti u stolečku se učitelky ptaly, jaké dílky mají pro daný obrázek použít, aby byl výsledek stejný jako předloha. Petr zvládal práci samostatně, ačkoli se předlohou neřídil přesně, vyrobil si pěknou postavičku, se kterou si následně hrál. Petr u stolečku vydržel sedět 20 minut, během kterých stavěl z mozaiky, pomáhal ostatním dětem s hledáním barevných dílků skládačky nebo si hrál se svojí postavičkou. Na pokyn učitelky začal bez odmlouvání uklízet.

V průběhu dopoledne učitelky Petrovi věnovaly zvýšenou pozornost a na všechny děti včetně Petra byly velmi laskavé. Když si Petr lehl na lavičku, dostal od jedné z učitelek pohazení.

Při ranním kruhu se opět projevoval výrazněji než ostatní děti, ale nijak ostatní nerušil.

V době svačinky, při mytí rukou v koupelně Petra začal šťouchat a plácát po těle jeho mladší spolužák. Petr se ze začátku brání a odstrkuje spolužáka, ten je ovšem neoblomný a při plácání ještě přidá na intenzitě. Petr situaci řeší tím, že spolužáka vystrčí za dveře do koupelny, které zavře. Řešení bylo efektivní, spolužák v provokacích dále nepokračoval.

Po svačince do třídy přišla další učitelka, která s dětmi a učitelkami měla jít na procházku. Tato učitelka se zapojila do volné hry, která po svačince následovala. Učitelka na mě působila přísným dojmem – k dětem měla kritické poznámky, zvláště k Petrovi. Petr pracoval u stolu, kde si maloval a vystříhoval postavičky z anglického seriálu. Nově příchozí učitelka se Petra na obrázky zeptala, z její otázky nebyl cítit skutečný zájem, když jí Petr odpovídal na otázku, nepodívala se na něj, jeho vysvětlení komentovala slovy, že by se měl Petr věnovat něčemu jinému než sledováním seriálů. Učitelka odchází od stolu, bez upozornění si půjčuje Petrovu fixu, která ležela na stole a jde si něco zapsat. Když Petr dostřihá obrázek, hledá fixu, řekla jsem mu, že si jí půjčila učitelka a že mu ji za chvilku vrátí, Petr začne panikařit a křičet, že fixu potřebuje, že ležela na stole. Když mu učitelka fixu vrátí, Petr se uklidní.

Poslední konflikt u Petra vznikl při odchodu na procházku, kdy si uklízel své výtvary do šatny. Všechny vystřížené postavičky chtěl uschovat jako překvapení pro nějakého jeho kamaráda. Požádal mě, jestli je mohu svázat mašlí, výtvary chtěl použít jako dárek. Problém nastal, když se mu mašle rozvázala v době, kdy už téměř všechny děti byly připravené jít ven. Jedna z učitelek mu

výtvary znovu zavázala a schovala do poličky, Petr se rozčiloval, ať mu to nedává do poličky, že dárek musí někde schovat. Zoufale hledal místo, kam by výtvary schoval, v tom se mu mašle znovu rozvázala a Petr ztropil scénu. Uklidnil se, když učitelka svolila mu mašli naposledy zavázat a dárek schovala k Petrovým botám. Situaci komentovala přihlížející učitelka, která přišla později dopoledne, se slovy, že Petr nemá žádné vychování a že neumí učitelkám vykat.

## 9. 1. Komparace získaných dat z rozhovorů

V příloze číslo 7 je tabulka porovnávající odpovědi otce a učitelského sboru na ty otázky, které jim v rozhovoru byly kladeny stejně. V tabulce jsou uvedeny kladené otázky a odpovědi respondentů, jejich komparace je vyjádřena shodou nebo neshodou v závislosti na tom, zda se jejich odpovědi lišily, či nikoliv.

## 9. 2. Prognóza

Tatínek vidí prognózu pozitivně, ačkoli se domnívá, že Petr bude mít při nástupu do ZŠ problémy, věří, že se to napraví až si na nové prostřední zvykne.

Ředitelka se domnívá, že Petr bude mít velké problémy při nástupu do ZŠ, neumí si představit, že by se mohl dokázat soustředit a sedět v lavici 45 minut. Myslí si, že Petr má potenciál dosahovat lepších výsledků a lépe zvládat integraci, problém vidí v přístupu rodičů, kteří se Petrovi málo věnují a všechno mu dovolí.

Další dvě učitelky jsou toho názoru, že by nástup do ZŠ Petr mohl zvládnout za podpory asistenta a přizpůsobení podmínek ve třídě.

Po rozhovoru s ředitelkou a díky vlastnímu pozorování se domnívám, že komunikace s rodiči je špatná mj. díky slabému zájmu ředitelky o Petra. V rozhovoru mi bylo ředitelkou sděleno, že Petr má asi 5 sourozenců, tuto informaci tatínek v rozhovoru vyloučil. Ředitelka se dále domnívala, že Petr šel poprvé na diagnostické vyšetření až ve svých 5 letech na doporučení MŠ, tatínek v rozhovoru uvedl, že diagnóza ADHD byla Petrovi stanovena poprvé již ve 3 letech.

Rodičům Petra a učitelkám bych doporučila více komunikovat, netrestat Petra neláskou a mít více pochopení pro negativní projevy plynoucí z ADHD.

Osobně souhlasím s prognózou dvou učitelek, Petr může fungovat dobře v kolektivu za předpokladu správného přístupu učitele a asistenta pedagoga – přítomnost asistenta by měla být dle mého názoru dostatečné opatření pro zvládnání případných afektů či jiných konfliktních situací, důležité je, aby měl Petr ve třídě oporu, učitele, kteří budou mít pochopení pro jeho problémy a kteří se mu budou snažit s láskou pomáhat a zvládat všechny překážky.

## 10. Kazuistika – Rebeka

- **Jméno:** Rebeka
- **Věk:** 4 roky
- **Diagnóza:** ADHD

### Osobní anamnéza

Rebeka se narodila v roce 2013, porod proběhl přirozeně, bez komplikací.

Do školky Rebeka začala chodit ve 3 letech, nikdy předtím do žádné školky nebo zájmového klubu nechodila. Její začátky ve školce byly problematické, učitelky měly problém především s jejími návaly vzteku, které se objevovaly, pokud nebylo po jejím a také s agresivními projevy vůči spolužákům, které byly často spojené se zmiňovanými návaly vzteku. Rebeka měla již od samého začátku své docházky do MŠ asistenta pedagoga.

V současné době se afekty u Rebeky objevují spíše výjimečně, učitelky popisují, že se objevují v etapách, například po 1-2 měsíci klidu může nastat období, kdy se objeví několik afektů, které již nejsou doprovázeny agresí, převládá pouze vztek a pláč, případně věty typu: „nemám tě ráda“ mířené na některou z učitelek. Učitelky konstatují, že v současnosti se nejedná ani tolik o „záchvat“/ „afekt“, jelikož si Rebeka dá spoustu věcí vysvětlit a tím pádem se daří případný záchvat omezit na minimum. Učitelky se snaží ke všem dětem, a zvláště k těm s ADHD chovat stejně – nikomu nechtějí prokazovat žádné úlevy, obávají se, že pokud by Viktorka měla jakákoli privilegia (vzhledem k její diagnóze), začala by toho brzo zneužívat.

V kolektivu se Rebeka projevuje velmi sociálně, má spoustu kamarádů a vždy má přehled o tom, co se zrovna ve třídě děje. Chce být u všeho jako první a s nadšením se pouští do činností, které učitelky připraví. Typická pro Rebece je mnohmluvnost, její touha po konverzaci ať už s učitelkou nebo s někým ze spolužáků je velmi výrazná. Učitelky popisují, že v komunikaci s Rebekou neuspějí s rozkazovacími věty, zákazy nebo příkazy. V komunikaci se snaží používat vysvětlování, proč je potřeba udělat to či ono a jak toho dosáhnout.

### Rodinná anamnéza

Rebeka bydlí se svými rodiči a mladším bratrem, kterému je 8 měsíců. O děti se nejvíce stará jejich matka, která je doma na mateřské dovolené. Otec Rebeky chodí do práce, manželce pomáhá s výchovou dětí, když se vrátí z práce domů.

Výchova v domácím prostředí je laskavá, s důrazem na stanovený režim a daná pravidla. Hranice ve výchově jsou pro oba rodiče velmi důležité. Rodiče sdílejí stejný názor na výchovu. V případě, že Rebeka neposlouchá nebo se chová nevhodně se rodiče nebrání přistoupit k fyzickým trestům jako je naplácání na zadek.

Oba rodiče se domnívají, že v dětství měli poruchu ADHD, jako děti byly hodně živí.

## **Zdravotní anamnéza**

Diagnóza byla Rebece stanovena ve 2 letech z iniciativy rodičů. Rebece bylo doporučeno užívat medikamenty na utlumení hyperaktivních projevů, po měsíci podávání léků rodiče přestali medikamenty dceři podávat, tatínek popisuje, že z podávání tlumících léků dceři neměli s manželkou dobrý pocit, připadalo jim, její stavy v době užívání léků byly příliš utlumené a celkově Rebeka vypadala jako „na drogách“.

Aktuální zdravotní stav Rebeky je dobrý. V průběhu vývoje nedošlo k žádným zdravotním komplikacím.

## **Popis školky, kde se uskutečnilo pozorování**

Školka se nachází v blízkosti sídliště v hezké části města, poblíž rozlehlého lesa. MŠ je trojtřídní s kapacitou 84 dětí, třídy jsou věkově smíšené. Vybavení školky je dle mého názoru nadprůměrné, děti mají prostornou zahradu se spoustou klasických atrakcí jako je klouzačka, houpačky, pískoviště, prolézačky. Každá třída má svůj vlastní vchod – samozřejmě je zvonek s videotelefonem, jako nadprůměrné hodnotím vybavení třídy. V Rebečině třídě byla k dispozici interaktivní tabule s možností připojení na internet (tedy i s možností využívat různé online výukové programy), malování speciálními „fixami“ a přehráváním videí různých formátů. Kromě této interaktivní tabule visely na stěnách i běžné magnetické tabule s magnetickými číslicemi, písmeny nebo s tematických obrázky vztahující se k právě probíranému učivu.

Celou třídu tvoří velká místnost, která je rozdělena na několik funkčních celků, v zadní části místnosti nejvíce dominují stolečky jak pro výtvarnou činnost, tak pro stolování, dále se zde v rohu nachází učitelský stůl. Stěny lemují nástěnky s dětskými výtvary a regály s výtvarnými pomůckami, stavebnicemi a dalšími hrami, které je vhodné hrát u stolečku. Ve středu místnosti se nachází piano, interaktivní tabule, veliký koberec s dostatkem volného místa i pro prostorově náročné pohybové hry a regály s hračkami a moderními učebními pomůckami umístěné u stěn. Ze středu místnosti je proskleným okénkem ve stěně vidět do dětské koupelny, učitelky tak mají možnost větší kontroly dětí. Poslední funkční část třídy tvoří dětský relaxační koutek, který je zároveň koncipován jako místo, kde se čas od času uskuteční divadelní představení, nachází se zde divadelní rekvizity a velká matrace. Prostor je možné oddělit velkým závěsem záclonového typu.

Po obědě se třída zaplní dětskými plastovými postýlkami, které jsou během dne uloženy v jedné z odkládacích místností (třída disponuje několika malými komorami).

## **Pozorování**

Pozorování Rebeky se uskutečnilo jedenkrát v dubnu 2018 v dopoledních hodinách. Ve třídě bylo přítomno 20 dětí, 1 učitelka a 2 asistentky pedagoga.

Po mém příchodu do třídy byla Rebeka první dítě, které se se mnou snažilo navázat rozhovor.

Přestože jsem nestihla být informována, která z holčiček je Rebeka, po její prezentaci všech hraček, se kterými si hrála jsem se jí zeptala: „ty jsi Rebeka?“ holčička mi odpověděla s naprostou samozřejmostí „ano“. Rebeka působila velmi přátelským a společenským dojmem, od doby, kdy se mě zeptala, zda mi může ukázat její hračky mi pořád něco vyprávěla. Pak mi začala ukazovat, jak tancují barevní poníci, se kterými si ráda hrála. Tancovala a když viděla, že si dělám poznámky, chtěla mi ukázat, jak chodí čáp, abych měla „zápis kompletní“. Snažila jsem se jí moc nepodporovat v komunikaci se mnou, jelikož jsem stála o to vidět, jak se projevuje v kolektivu. Když Rebeka skončila s tanečními variacemi, šla si hrát s kamarády a mojí přítomnosti již nevěnovala větší pozornost.

V kolektivu se Rebeka rovněž projevovala velmi hovorně. Chodila za svými kamarády, bavila se o hračkách, komentovala aktuální činnosti nebo kladla spolužákům otázky značící její zájem o kamarády. Zapojovala se do her svých kamarádů, kteří ji vždy bez problémů přijali mezi sebe. Často se stalo, že vlivem nadšení či jiné silnější emoce v rámci hry Rebeka v komunikaci zvýšila hlas a mluvila hlasitě.

Při ranním kruhu děti seděly v kroužku a jeden po druhém se střídaly ve vyprávění na téma: „co dělali o víkendu“, následoval výklad paní učitelky, který byl veden zajímavou formou, Rebeka se často hlásila, když chtěla něco říct, odpovědět na otázku učitelky nebo prostě jen něco komentovat. Několikrát se stalo, že ji učitelka nevyvolala vůbec, Rebeka nijak neprotestovala, při dalších příležitostech se opět několikrát hlásila, občas vykřikla „můžu něco říct?“, při tom vypínala ruku hodně vysoko, až se sama celou horní polovinou těla vytahovala. V rámci ranního kruhu se děti účastnily hry na auta, nejprve měly udělat silnici, aby následně mohly po silnici jako auta jezdit. Rebeka byla jako první, kdo se práce ujal, pokládala papírové kostky jednu za druhou a opravovala směr kostek spolužáků tak, aby dohromady tvořily jednu řadu. Při práci byl vidět její zápal a nadšení pro danou činnost. Rebeka si ve všem počínala samostatně a mám dojem, že také úspěšně.

Když nastal čas svačiny, Rebeka si sedla ke stolečku ke svým kamarádkám, kterým téměř po celou dobu u stolečku něco vyprávěla. Učitelky si jejího hovorného způsobu stolování nevsímaly, Rebeka ani její kamarádky nemluvily nijak zvlášť hlasitě, tedy se jejich rozhovory nezdály být rušivé.

Po svačině následovala venkovní procházka do blízkého lesa. V průběhu mého pozorování nenastala žádná konfliktní ani problematická situace.

## **10. 1. Komparace získaných dat z rozhovorů**

V příloze číslo 8 je tabulka porovnávající odpovědi otce a učitelského sboru na ty otázky, které jim v rozhovoru byly kladeny stejně. V tabulce jsou uvedeny kladené otázky a odpovědi respondentů, jejich komparace je vyjádřena shodou nebo neshodou v závislosti na tom, zda se jejich odpovědi lišily, či nikoliv.

## **10.2 Prognóza**

Učitelství sbor se shoduje s názorem rodičů, kteří vidí prognózu budoucího vývoje Rebečky jako pozitivní. Tatínek se domnívá, že by v první třídě Rebecka již nepotřebovala osobního asistenta, jelikož práci v kolektivu a komunikaci s učitelem zvládá již nyní dobře. S názorem učitelky a rodičů souhlasím.



## 11. Výsledky průzkumu

Každá ze čtyř kazuistik specifickým způsobem ukazuje, jak rozdílné přístupy a motivace vychovávajících k výchově dětí ovlivňují možnosti kompenzace negativních projevů, které z poruchy plynou.

Motivace k vyšetření dítěte byla ve třech případech ze čtyř dána zvnějšku – na popud či doporučení MŠ či volnočasového centra. V případech, kdy byla motivace rodičů k výchově dána zvnějšku hodnotili učitelé spolupráci s rodiči jako špatnou (nedostatečnou) nebo neutrální. V jednom případě, kdy motivace vycházela z přání rodičů „znát pravdu“ byla spolupráce s rodiči učiteli hodnocena jako výborná.

Ukázalo se, že největší shoda odpovědí (s celkovým počtem čtyř shodných odpovědí) na otázky, které byly kladeny stejně učitelům i rodičům byla v případě kazuistiky Rebecky – tedy kazuistiky, ve které rodiče projevili vlastní motivaci k vyšetření. Celkový počet tří shodných odpovědí byl zaznamenán u kazuistiky Petr, nejméně shodných odpovědí měly kazuistiky Michal a Ondřej s celkovým počtem dvou shodných odpovědí. V porovnání shodných a neshodných odpovědí (viz přílohy 5-8) všech sledovaných kazuistik se rodiče a učitelé jednohlasně neshodují v otázkách:

- Zdroje seznámení se s odlišnými metody práce s dětmi s ADHD.
- Výchovného stylu – jaký zastávají.
- Osvědčených metod práce s konkrétním dítětem.

Z rozhovorů se ukazuje, že rodiče nejvíce získávají informace o problematice ADHD prostřednictvím internetu a odborníků na danou problematiku (pracovníků PPP, psychologů), učitelé ve většině případů čerpají informace z odborných seminářů, případně od psychologa.

V otázce výchovného stylu se většina učitelů napříč všemi kazuistikami shodovala ve středně silném až silném výchovném řízení s kladným emocionálním vztahem (4/5 pole, příloha č. 4), výjimkou byl pouze výchovný styl učitelů v kazuistice Petr, kde učitelé zastávali 9 pole výchovného stylu. 5. pole v modelu 9 polí je autorem tohoto konceptu označeno jako „optimální forma výchovy“. Rodiče se na rozdíl od učitelů významně lišili ve svých stylech výchovy. Nejbližší „optimální formy výchovy“ byli rodiče kazuistiky Rebecky, kteří jednotně zastávají 4. pole v modelu 9. polí. Další výchovné styly rodičů byly: 7 pole (kazuistika Michal), 8 pole (kazuistika Petr), 9 pole (kazuistika Ondřej).

V otázce „co činí největší problémy ve výchově“ byla nejčastější odpovědí agrese a nepozornost.

V otázce na osvědčené metody práce s dítětem se rodiče nejvíce shodují na pozitivním posilování, kdy své dítě chválí za dobré výsledky, chování nebo snahu. Dále rodiči často zmiňovaná odpověď je motivace dítěte ke správnému chování (verbální motivace – kazuistika Ondřej, motivace skrze soutěživost – kazuistika Michal). Učitelé se shodují na důsledném dodržování pravidel a sledování aktuálního stavu dítěte.

V otázce prognózy se téměř všichni respondenti shodují, budoucí vývoj dítěte vidí pozitivně. Výjimku tvoří kazuistika Ondřej a kazuistika Petr, v obou případech došlo k neshodě uvnitř učitelského sboru, část učitelů vidí prognózu pozitivně za předpokladu podpory dítěte při nástupu do školy, část učitelů vidí prognózu negativně.

Pozorování dětí popsaných v kazuistikách se liší svojí délkou, to je způsobeno hlavně tím, zda při mém pozorování nastaly situace, jenž si žádaly nějakou reflexi.

Nejdelší popis pozorování je v kazuistice Petr, dané pozorování mi přišlo nejvíce problematické, vzhledem k různým výchovným stylům učitelek, zároveň jsem v průběhu pozorování zpozorovala nejvíce znaků ukazující na syndrom ADHD. Nejsilnější projevy ADHD jsem pozorovala v kazuistice Petr a kazuistice Ondřej. Nejméně znaků, které by odkazovaly na syndrom ADHD shedávám v kazuistice Michal.

## 11. 1. Interpretace dat

Hlavní předpoklad průzkumu:

Předpokládám, že přístup a výchovné působení rodiny na dítě s ADHD významně ovlivňuje možnosti kompenzace negativních projevů plynoucí z poruchy.

Jedná se o předpoklad, který staví výchovu a přístup rodičů k dítěti na přední místo činitelů, jenž ovlivňují vznik a vývoj specifických symptomů ADHD. Na ověření tohoto předpokladu by bylo vhodné využít rozsáhlejší výzkum, z mého průzkumu jsou patrné pouze náznaky, které ukazují na propojenost přístupu a výchovného působení rodičů dětí s ADHD s možností kompenzace negativních projevů plynoucí z poruchy.

### **Kazuistika Michal:**

V této kazuistice je patrný vliv rodičovského přístupu na možnosti kompenzace negativních projevů ADHD. Kromě matky, jejíž výchova o dítě převládá se na výchově podílí i prarodiče, kteří si nepřipouští možnost, že by měl jejich vnuk nějakou poruchu. Tento jejich přístup negativně ovlivňuje možnosti kompenzace negativních projevů jenž plynou z jeho oslabení. Snahy o nastolení pevného řádu, který je doporučován odborníky na danou problematiku se mívá účinkem, jelikož doporučení odborníky nemají pro prarodiče vzhledem k jejich přístupu žádnou autoritu. Domnívám se, že eliminace vlivu prarodičů na výchovu dítěte by mohla pomoci, je nutné, aby prarodiče akceptovali výchovné zásady stanovené rodiči a nenabourávali systém výchovy rodičů.

Rozdílnost výchovných stylů ve výchově působí četné problémy, v případě rodinné výchovy Michala jsou rozdíly do jisté míry kompenzovány společným kladným emočním vztahem vychovávajících k dítěti.

### **Kazuistika Ondřej:**

V této kazuistice vidím vliv přístupu a výchovného působení na možnosti kompenzace negativních projevů jen nepřímo. Byla jsem velmi překvapená, jak vzorně se Ondřej během mého pobytu v MŠ choval, zvláště vzhledem k jeho diagnóze, která je spojena s poruchou chování. Paclt (2007) jako sociální faktory poruchy chování, uvádí: rozvrácený domov nebo vliv masmédií, zejména sledování televize s častými agresivními tématy. Z výčtu, jenž uvádí Paclt (2007) jsem vybrala faktory, které se týkají Ondřeje. Z rozhovoru s učitelkami jsem se dozvěděla, že rodiče nechávají Ondřeje u počítače sledovat i takové filmy, které by vzhledem k jejich obsahu sledovat neměl.

Přestože se učitelky během mého pozorování staraly o chlapce velmi dobře, nejspíš z důvodu vyčerpání či únavy učitelky (s výjimkou asistentky pedagoga) nevidí prognózu budoucího vývoje Ondřeje pozitivně. Moderní výzkumy ukazují na propojenost motivace vychovávajících k výchově s jejich vědomím vlastní kompetence vychovat dítě či schopností pozitivně ovlivnit chování dítěte viz podkapitola 4. 3. „Motivace rodičů ve výchově dětí“, toto vědomí vlastní kompetence při výchově obtížně vychovatelného dítěte rovněž čelí zkouškám a v případě četných, stále přetrvávajících afektů, nevhodného chování, útěků, či jiného problematického chování dítěte je potřeba znovu obnovovat víru v pozitivní vliv výchovy na dítě. Motivace k výchově a víra ve své rodičovské/vychovatelské kompetence pozitivně ovlivňuje možnosti kompenzace negativních projevů dítěte, které plynou z poruchy.

### **Kazuistika Petr**

Při pozorování jsem se setkala se dvěma odlišnými přístupy učitelek, mohu tedy reflektovat, jak výchovný přístup působil na výsledné chování dítěte a případné možnosti kompenzace negativních projevů plynoucí z poruchy.

#### Přístup ředitelky:

Výchovný přístup ředitelky hodnotím jako autokratický se záporným emočním vztahem k dítěti (pole 1 v příloze č. 4). Za celou dobu pozorování jsem nezaregistrovala žádné pozitivní posilování žádoucího chování Petra. V komunikaci s Petrem se ředitelka omezovala jen na příkazy a napominání. Z rozhovoru s ředitelkou vyplývá, že problém v komunikaci se objevuje rovněž ve vztahu k Petrovým rodičům, ředitelka má zkreslené údaje o Petrově rodině a o Petrovi samotném. Přístup ředitelky působil jako boj o moc, tomu odpovídá i četnost konfliktních situací vzniklých za dobu pozorování paní ředitelky při práci. Petr reagoval na příkazy ředitelky s revoltou, ve výchovném přístupu ředitelky chyběl zájem o dítě a pochopení pro jeho potřeby. Ředitelka se domnívá, že na Petra musí být přísná, aby se dostavily nějaké výsledky, Petrově asistence již několikrát vyčetla, že je k Petrovi příliš benevolentní. Stejný přístup, jako měla ředitelka zastává i další učitelka, která se objevila při druhém pozorování, tato učitelka, která přišla na výpomoc, když se děti pomalu chystaly jít ven. I v případě další učitelky autokratický styl výchovy se záporným emočním vztahem nesl důsledky zvýšeného počtu konfliktních situací.

### Přístup dalších učitelek:

Výchovný přístup dalších učitelek, jenž jsem měla možnost sledovat byl zcela opačný, emoční vztah učitelek byl kladný až extrémě kladný se středně silným řízením (pole 5 v příloze č. 4). Učitelky Petrovi věnovaly zvýšenou pozornost a tím eliminovaly počet možných konfliktních situací. Počet konfliktních situací byl výrazně nižší než tomu bylo u pozorování práce ředitelky. Laskavý přístup učitelek se projevoval při hře s dětmi, při kterých byly učitelky pozorné k tomu, co děti dělají nebo o jakých přiběžích se baví. Domnívám se, že tento přístup pozitivně ovlivnil Petrovu koncentraci při práci u stolečku, u které dokázal sedět 20 minut, během kterých se choval velmi pozorně ke svým spolužákům i učitelkám.

Z porovnání dvou rozdílných výchovných přístupů výše vyplývá, že „optimální výchovný styl“ dle konceptu 9 polí, jenž zastávaly učtelky výše vede ke snížení počtu konfliktních situací a dle mého názoru k lepší atmosféře ve třídě. Dále se ukazuje, že může mít pozitivní vliv na posílení koncentrace pozornosti při práci, pozitivní přístup Petra více motivoval k zapojení se do praktických činností se spolužáky ve třídě.

### **Kazuistika Rebeka:**

Výchovný přístup rodičů Rebeky byl ve srovnání s ostatními rodiči jediný, který se nejvíce blížil optimálnímu stylu výchovy, rodiče zastávali výchovu přísnou a přitom laskavou. Ve výchově rodiče občas využívají fyzických trestů – naplácání na zadek. Prognóza budoucího vývoje se jeví ve srovnání s ostatními sledovanými jako nejlepší.

Motivace rodičů k výchově je umocněná vlastní zkušeností rodičů s diagnózou ADHD, rodiče mají větší pochopení pro negativní projevy plynoucí z poruchy, otec Rebeky považuje za podstatné Rebeku nenechat nudit se, proto s manželkou vymýšlí aktivní program na každý den. Otec Rebeky při rozhovoru jevil zájem o problematiku ADHD, jejich motivace k výchvě pramení z opravdového zájmu o dítě. Přestože výchovu hodnotí jako vyčerpávající a mající negativní dopad na rodinné vztahy, jejich přístup je zodpovědně optimistický.

Hlavní předpoklad průzkumu se **PROKÁZAL**.

Předpoklady k jednotlivým dílčím cílům (1-4) průzkumu:

1: Předpokládám, že rodiče a učitelé dětí s diagnózou ADHD jsou seznámeni s odlišnými metodami práce s dětmi s ADHD.
--

Rodiče i učitelé ve všech případech vyjádřili, že jsou s odlišnými metodami práce s dětmi s ADHD více či méně seznámeni.

Nejméně seznámená byla matka Michala, která se považuje za „začátečníka“ v problematice ADHD, informace získává nejvíce prostřednictvím

facebookových skupin týkajících se výchovy dětí s ADHD. Z učitelů nejméně informovaně působila vedoucí učitelka v Michalově třídě, informace čerpala pouze od psychologů, která Michala vyšetřovala, získané informace byly ovšem pro praxi dostatečné.

Nejvíce informovaní rodiče a učitelé byli v kazuistice Ondřej. Rodiče získali informace prostřednictvím pracovníků PPP a vlastním hledáním alternativních podpůrných programů pro děti s ADHD. Učitelky ve třídě Ondřeje byly velmi vzdělané v problematice ADHD, informace získaly absolvováním odborných seminářů a čtením odborné literatury, získané informace uměly využít i v praxi.

V průzkumu u rodičů převažoval jako zdroj informací nejvíce hledání informací na internetu a zprostředkování informací odbornými pracovníky (psycholog, pracovníci PPP). U učitelů převažoval jako zdroj informací o ADHD účast na odborném semináři.

Předpoklad č. 1 průzkumu se PROKÁZAL.

2: Předpokládám, že motivací k vyšetření nejčastěji bývá tlak učitelů z důvodů možnosti dosáhnout na nějaký z podpůrných programů MŠMT

Ve třech případech ze čtyř byla motivace rodičů k vyšetření dána zvnějšku na popud učitelů MŠ nebo volnočasového centra. Motivací byla především snaha řešit vzniklé problémy nezvladatelného chování dítěte. Ve všech čtyřech případech pozorovaných dětí, jimiž byla diagnostikováno ADHD byl rovněž přidělen asistent pedagoga.

V kazuistice Rebeka byla motivace rodičů dána z jejich potřeby „znát pravdu“, pramenila z jejich upřímného zájmu a snahy poskytnout dítěti potřebnou péči.

Předpoklad č. 2 průzkumu se PROKÁZAL.

3: Předpokládám, že postoj rodičů dětí s ADHD k výchově bývá příliš liberální, snahy o odlišné práce s dětmi ztroskotávají na neschopnosti vymezit hranice ve výchově

Postoje rodičů pozorovaných dětí se od sebe lišili, proto nemůžu říci, že by nějaký přístup v kazuistikách převládal. Výchovný postoj jsem stanovila kombinací výchovných postojů těch členů rodiny, jenž na dítě přímo výchovně působí.

Rodiče Michala, dle rozhovoru s matkou mají sjednocený výchovný styl, ale jelikož s nimi otec Michala nebydlí nemá jeho výchovný postoj příliš velkou váhu. Matka Michala vzhledem k rozdílným názorům na výchovu s rodiči zastává kompromisní postoj k výchově, ráda by při výchově dodržovala stanovený režim a pravidla – střední až silné řízení s kladným emočním vztahem, prarodiče Michala, kteří ho také vychovávají zastávají ovšem slabé výchovné řízení s kladným emocionálním vztahem, výsledný výchovný postoj vychovávajících jsem určila jako 7. pole v příloze č. 4.

Rodiče Petra splňují předpoklad, přestože otec uvedl, že se snaží na určitých věcech Ipět, převládá příliš liberální výchova a dobrovolné dodržení norem – 8. pole (příloha č. 4).

Rodiče Rebecky zastávají přísnou a přitom laskavou výchovu – 4. pole (příloha č. 4).

Ondřeje žije současně ve třech rodinách, ve kterých není sjednocen výchovný postoj vychovávajících. U babičky je dle rozhovoru s otcem nejvíce benevolentní režim – příliš liberální výchova s dobrovolným dodržováním norem. Otec s přítelkyní zastávají důslednou výchovu se silným řízením a kladným emocionálním vztahem. Matka Ondřeje rovněž zastává důslednou výchovu. Ondřej jeden čas chtěl bydlet jen u babičky. Výchovný styl všech vychovávajících jsem určila jako 9. pole (příloha č. 4).

Předpoklad č. 3 průzkumu se NEPROKÁZAL.

4: Předpokládám, že škola hodnotí spolupráci s rodiči negativně, rodiče nespolupracují tak, jak by si učitelé představovali.
--

Z odpovědí učitelů na otázku týkající se zhodnocení spolupráce s rodiči plyne:

Spolupráci s rodiči Michala učitelé hodnotí jako nedostatečnou, učitelky by si přály, aby rodiče více dbaly na jejich doporučení.

Spolupráce s rodiči Ondřeje učitelé hodnotí jako neutrální, nikoli jako dobrou.

Spolupráce s rodiči Petra učitelé hodnotí jako neuspokojivé. Učitelé by uvítali, kdyby se Petrovi doma rodiče více věnovali.

Spolupráce s rodiči Rebecky učitelé hodnotí jako výbornou.

Vzhledem ke dvěma negativním hodnocením, jednomu neutrálnímu a jednomu pozitivnímu, převládá v odpovědích spíše negativní hodnocení učitelů.

Předpoklad č. 4 průzkumu se PROKÁZAL.

### 13. Diskuse

Vzhledem ke kvalitativní povaze mého průzkumu, konkrétní kazuistiky pozorovaných dětí otevírají celou řadu témat a problémů vztahující se k širokému tématu práce. Diskusi k některým tématům jsem již naznačila ve vlastní interpretaci dat, zmíním jen nejdůležitější otázky vztahující k průzkumu.

Za důležité považuji zjištění, že ve třech případech ze čtyř byla motivace k vyšetření dána zvnějšímu – na popud učitele dítěte. V kazuistice Ondřej dokonce doporučení učitelů k odbornému vyšetření vyvolalo obranné reakce rodičů, jenž považovali předpoklad učitelů, že by jejich syn mohl mít poruchu spíše za nařčení než-li za snahu řešit problém a tím i pomoci rodičům. Obranná reakce byla nejspíš produktem „fáze šoku a popření“, v rámci první fáze krize rodičovské identity, jak je definuje Vágnerová, 1999. Pozitivní je, že nyní již rodiče Ondřeje přijali synovu diagnózu a snaží se mu pomoci při zvládnání všech negativních projevů, které s sebou přináší (odpovídá poslední, třetí fázi „realismu“, jak jej popisuje Vágnerová, 1999).

Výjimkou v otázce motivace rodičů byli rodiče Rebeky, kteří mě překvapili svým zaujetím pro danou problematiku. Prokázalo se, že jejich zaujetí a silná motivace k výchově, jenž by byla založená nejen na jejich názorech a pocitech, ale také na poznacích o výchově dětí s ADHD, je pro kompenzaci negativních projevů ADHD velmi pozitivní. Ve srovnání s ostatními dětmi a jejich rodiči vykazovala Rebeka dle mého názoru, nejlepší studijní předpoklady, její prognóza budoucího vývoje je rovněž nejlepší.

Do jaké míry výchovný přístup a otevřenost rodičů Rebeky k diagnóze souvisí s jejich vlastní zkušeností s ADHD je otázkou spekulativní, přesto mi přijde zajímavé zmínit tento rozměr péče o dítě s ADHD. Je mnoho rodičů, jenž mají vlastní zkušenost s ADHD a jsem ráda, že jsem mohla vidět příklad, kdy vlastní zkušenost rodičů se syndromem mohla být užitečná pro hlubší pochopení problémů jejich dítěte.

Průzkum ukázal, že všichni rodiče vidí prognózu svých dětí pozitivně. Zjištění shledávám jako podstatné pro výchovu a budoucí vývoj dítěte.

Za problematické považuji narušování výchovy prarodiči, jenž se ukazuje jako problém v kazuistice Michal a Ondřej. Domnívám se, že dané výchovné problémy plynoucí z rozdílných přístupů ve výchově by se měly řešit a nikoli jen přecházet.

Další problematická otázka se objevuje v kazuistice Michal, kde jsem ke svému překvapení neshledala významné znaky, které by odkazovaly na syndrom ADHD. Z rozhovoru s učitelkami vyplývá, že ani ony si nejsou jisté, zda stanovená diagnóza ADHD je správná, vyjádřily určité pochybnosti – vzhledem k Michalově zálibě ve skládání mozaiek, jenž si žádá soustředění na práci. Domnívám se, že v případě Michala mohlo dojít při diagnostice k záměně PAS za ADHD. Thorová (2012) uvádí, že k podobným diferenciatnědiagnostickým omylům u PAS často dochází z důvodů široké škály příznaků PAS, které se zároveň objevují i u jiných dětských vývojových poruch jako je například ADHD.

Výsledky mého průzkumu se shodují s tím, co jsem se dozvěděla studiem odborné literatury. Jako nejlepší výchovný přístup rodičů vzhledem k míře úspěšnosti kompenzace negativních projevů ADHD dítěte se prokázal výchovný přístup, který se nejvíce blížil optimálnímu výchovnému přístupu, jak jej uvádí Čáp, 2001 a který se rovněž shoduje s výsledky průzkumu Žáčkové, 2015, jenž definuje optimální výchovný styl obdobně.

Zmiňovaný optimální výchovný přístup rodičů jsem zaznamenala u rodičů Rebeky. Rodina Rebeky jako jediná zastávala sjednocený výchovný přístup ve výchově, který je odbornou literaturou rovněž doporučovaný. Domnívám se, že kompenzaci negativních projevů ADHD také pozitivně ovlivňuje motivace rodičů k výchově, kterou v případě rodičů Rebeky hodnotím jako vysokou.



## Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit, jak ovlivňuje přístup rodiny možnost kompenzace negativních projevů syndromu ADHD u dětí předškolního věku a následně jak jsou rodiče motivováni k výchově dětí s ADHD. Předpokladem pro zhodnocení vlivu rodiny na projevy ADHD bylo nejprve téma teoreticky ukotvit.

V kapitole 1. „ADHD Z POHLEDU ODBORNÍKŮ“, jsem se zabývala základní problematikou ADHD, vymezením pojmu, diagnostikou a etiologií. V kapitolách 2. „ADHD Z POHLEDU RODIČŮ“ a 3. „ADHD Z POHLEDU DĚTÍ“ jsem se snažila vidět problematiku poruchy z různých hledisek, které by mi pomohly více objasnit, jak přístup rodiny může působit na projevy ADHD a zároveň jsem postupně pomocí odborné literatury přicházela na to, jakou roli v přístupu rodiny hraje motivace rodičů. Motivací rodičů se více zabývám v podkapitole 4. 3. „Motivace rodičů ve výchově“, ve které zmiňuji, že vědomí vlastní kompetence rodičů je podstatná část motivace k výchově. Rodiče s dětmi s ADHD vzhledem ke zvýšeným nárokům výchovy „obtížně vychovatelného“ dítěte mohou být nejistí vlastní kompetencí či schopností správně vychovat dítě, jelikož nevidí takové výsledky, jaké by očekávali, a to může mít vliv na snížení jejich motivace k výchově. V podkapitole 4. 3. 1. podávám návrh konkrétních možností, jak zvýšit motivovanost rodičů ve výchově.

Cíl mého průzkumu byl totožný s cílem celé práce. V průzkumu jsem se snažila zjistit, jak ovlivňuje přístup rodiny možnosti kompenzace negativních projevů syndromu ADHD u dětí předškolního věku a následně jak jsou rodiče motivováni k výchově dětí ADHD. Průzkumu se účastnily čtyři děti (jedna dívka a tři chlapci) s diagnostikovaným ADHD ve věku od 4 do 6 let, jejich učitelé a rodiče.

Pozorováním dětí s ADHD v prostředí MŠ, rozhovorem s jejich rodiči a učiteli jsem zjistila, jak rozdílné výchovné přístupy mohou ovlivňovat možné projevy dítěte a jeho vyrovnávání se se symptomy, které z poruchy plynou, získané údaje jsem shrnula v kazuistikách dětí.

Zjistila jsem, že jak učitelé, tak rodiče jsou většinou dostatečně informovaní o problematice ADHD a odlišných metod práce s dětmi s tímto syndromem.

V rozhovorech s rodiči a učiteli mě zajímala motivace rodičů k odbornému vyšetření dítěte. Z vlastní praxe práce v MŠ vím, že rodiče dětí s ADHD často dostávají impulz k odbornému vyšetření z řad učitelů v MŠ. Z průzkumu se ukázalo, že motivace byla ve třech případech ze čtyř dána zvnějšku – na doporučení učitele, v jednom případě jsem se setkala s rodiči, jenž čerpali motivaci z vlastní potřeby pomoci dítěti, z potřeby „znát pravdu“. Přístup rodičů, kteří prokázali vnitřní motivaci byl v porovnání s ostatními výchovnými přístupy nejvíce optimální – v určování a hodnocení výchovných stylů jsem vycházela z koncepce modelu devíti polí pana Čápa (2001). Výchovné postupy rodičů se od sebe lišily, naopak přístupy většiny učitelů byly téměř identické.

V rozhovorech s rodiči a učiteli mě dále zajímalo, jak hodnotí spolupráci s rodiči škola a jaký

názor na spolupráci se školou mají rodiče. Učitelé vyjádřili spokojenost pouze v případě kazuistiky Rebeka, rodiče naopak byli se spoluprací spokojeni všichni.

Vzhledem ke stanoveným cílům a šíři celé problematiky ADHD, výchovy a motivace, jsem svojí prací pouze otevřela otázky, které mě celou prací provázely, v práci jsem se snažila odpovědět na některé otázky týkající se výchovných přístupů, problematiky ADHD u dětí předškolního a motivace rodičů těchto dětí k výchově. Díky teoretickým poznatkům a díky realizaci průzkumu jsem zjistila, že daná problematika v sobě obsahuje více otázek než odpovědí, se zájmem budu proto sledovat odborné práce, které budou rozšiřovat danou problematiku o nové poznatky.

## Seznam použité literatury

ARCELUS, Jon a MUNDEN, Alison. Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky. Vyd. 3. Přeložila Dagmar TOMKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika. ISBN 978-807367-4304.

BARCLEY, Russell. ADHD and the Nature of Self-Control. New York: The Guilford Press: 2005. ISBN: 978-1593852313.

BARCLEY, Russell. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press: 2006. ISBN: 978-1572303010.

BERTYN, Mark. Mindful parenting for ADHD: guide to cultivating calm, reducing stress and helping children thrive. Oakland: New Harbinger Publication, 2015. ISBN: ISBN 978-1-62625-180-9.

CARROLL, Lee a TOBER, Jan. Indigové děti: nové indigové děti přicházejí. Přeložila Veronika GLOGAROVÁ. Olomouc: Fontána, 2012. ISBN: 978-80-7336-696-4.

CLOUD, Henry a TOWNSEND, John. Hranice: Hranice a děti. Vyd. 2. Přeložila Alena ŠVECOVÁ. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN: 978-80-7255-35-5.

ČÁP, Jan, MAREŠ Jiří. Psychologie pro učitele. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-463-X.

ČERNÁ, Marie. a kol. Lehké mozkové dysfunkce. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-880-8.

DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Omar, UHROVÁ, Alena a kol. Hyperkinetická porucha: ADHD. Praha: Galén, 2007. ISBN: 9788072624195.

DRTÍLKOVÁ, Ivana. Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD). Praha: Galén, 2007/b. ISBN: 978-807262-4478.

DSM-V Diagnostický, statistický manuál duševních poruch. Přeložili, Hrdlička, Mohr, Raboch, Pavlovský, Ptáček. Praha: Portál 2015. ISBN: 978-80-86471-52-5

EMMERSON, Jeff, YEHLING, Robert. Beyond ADHD: overcoming the label and thriving. Lanham: Rowman and Littlefield, 2017. ISBN: 978-14-42275-119.

HALLOWELL, Edward, RATEY, John. Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti. Přeložila Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Návrat domů, 2007. ISBN: 80-725-5154-5.

HELUS, Zdeněk, Dítě v osobnostním pojetí. Praha: Portál, 2004. ISBN: 978-80-717-8888-1.

HERMAN, Marek. Najděte si svého maršala: co jste vždycky chtěli vědět o psychologii, ale ve škole vám to neřekli. Olomouc: Hanex, 2008. ISBN: 978-80-260-6070-3.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a ŽÁČKOVÁ, Hana. Máte neklidné, nesoustředěné dítě?: metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele. 2. vyd. Praha: D + H, 2007. ISBN 978-80-903869-1-4.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a ŽÁČKOVÁ, Hana. Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5347-8.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a ŽÁČKOVÁ, Hana. Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporné aspekty ADHD v dospělosti. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0204-4.

KOLČÁROVÁ, Irena a LACINOVÁ, Lenka. Rodičovství očima matek neklidných dětí. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barriester and Principal: MASARYKOVA UNIVERZITA, 2008. ISBN: 978-80-87029-47.

KOPŘIVA, Pavel, KOPŘOVOVÁ, Jana, NEVOLTOVÁ, Dobromila, NOVÁČKOVÁ, Jana. Respektovat a být respektován. Vyd. 2. Kroměříž: Spirála, 2006.

LACINOVÁ, Lenka, ŠKRDLÍKOVÁ, Petra. Dost dobří rodiče aneb drobné chyby ve výchově dovoleny. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-442-7.

MARKHAM, Laura. AHA! Rodičovství. Přeložila Jana VLKOVÁ. Mladá fronta, 2015. ISBN: 978-80-204-3950-5.

MATĚJČEK, Zdeněk. Co, kdy a jak ve výchově dětí. Vyd. 2. Praha: Portál, 1999. ISBN: ISBN 80-7178-320-X.

MATĚJČEK, Zdeněk. Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-262-0000-0.

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

PACLT, Ivo a kol. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada, 2007. ISBN: 80-2471-426-4.

PELLETIER, Emmanuelle. Porucha pozornosti bez hyperaktivity: pomoc rodičům a učitelům. Přeložila Veronika MATIÁŠKOVÁ. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0599-9.

PREKOPOVÁ, Jiřina, SCHWEIZEROVÁ, Christel. Neklidné dítě. Přeložily Alžběta SIROVÁTKOVÁ a Daniela VRBOVÁ. Praha: Portál, 2008.

ROGGE, Jan-Uwe. Děti potřebují hranice. Přeložila Alžběta SIROVÁTKOVÁ. Praha: Portál, 2016.

SHANKER, Stuart, BARKER, Teresa. Samoregulace: Jak pomoci svému dítěti (i vám) prolomit cyklus stresu a úspěšně se zapojit do života. Přeložil Karel, MARTINEC. Praha: Omega, 2017. ISBN: 978-80-7390-479-1.

STEHLÍKOVÁ, Petra. Stres u dětí – relaxační techniky a možné využití bazénové terapie při zvládnutí stresových situací u dětí. Praha, 2009. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA. Vedoucí práce Vladimír Mašát.

ŠAUEROVÁ, Markéta, ŠPAČKOVÁ, Klára, NECHLEBOVÁ, Eva. Speciální pedagogika v praxi: kompletní péče o děti se SPUCH. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-4369-1.

THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0215-8.

TRAIN, Alan. Specifické poruchy chování a pozornosti. Přeložila Michaela ŠÁROVÁ. Praha: Portál, 1997. ISBN: 80-7178-131-2.

VÁGNEROVÁ, Marie Psychologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. ISBN: 978-807178-2148.

ZELINKOVÁ, Olga. Dyspraxie: vývojová porucha pohybové koordinace. Praha: Portál, 2017. ISBN: 978-80-262-1266-9.

### **Elektronické zdroje:**

CAHOVÁ, Pavlína, PEJČOCHOVÁ, Jana, OŠLEJŠKOVÁ, Hana: „Hyperkinetická porucha/ „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ u dětských pacientů s epilepsií“ in Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie (2011; 74/107 (2), s. 157). Dostupné [online]: [http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/hyperkineticka-porucha-attention-deficit-hyperactivity-disorder-u-detskych-pacientu-s-epilepsii-35097?message=add&id\\_topic=35097&confirm\\_rules=1](http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/hyperkineticka-porucha-attention-deficit-hyperactivity-disorder-u-detskych-pacientu-s-epilepsii-35097?message=add&id_topic=35097&confirm_rules=1)

CAHOVÁ, Pavlína, PEJČOCHOVÁ, Jana, OLŠEJCHOVÁ, Hana: „Hyperkinetická porucha/ ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita“ in Neurologie pro praxi (2010; 11/6). Dostupné [online]: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/04.pdf>

ČELEDOVÁ, Libuše, PEMOVÁ, Terezie, PTÁČEK, Radek a kol. „Podporu si zaslouží i rodiny s hyperaktivními dětmi“. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010. Dostupné [online]: <https://www.mpsv.cz/cs/8159>

ČERMÁKOVÁ, Markéta, PAPEŽOVÁ, Hana a UHLÍKOVÁ, Petra. Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD). Praha: Portál (prevence rizikového chování), 2013. Dostupné [online]: <http://www.prevence-praha.cz/adhd?start=3>

DEHASS, Gonzalez a kol.: Examining the Relationship Between Parental Involvement and Student Motivation, Educational Psychology Review, 17/3 (2005), s. 99-123. Dostupné [online]: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10648-005-3949-7>

D'HOOSTELAERE, Donna. „Discipline in Montessori – with Miss Donna“. Publikováno 10. 11. 2010. Dostupné [online]:

[https://www.youtube.com/watch?v=I1wojtOxz\\_4&t=114s](https://www.youtube.com/watch?v=I1wojtOxz_4&t=114s) (část I.)

Publikováno 11. 11. 2010. Dostupné [online]:

<https://www.youtube.com/watch?v=tcrIf3i7vMc&t=600s> (část II.)

DRTÍLKOVÁ, Ivana: „Diagnostika a léčba dětí s ADHD a komorbidní úzkostí“ in Pediatrie pro praxi (2013; 14/1). Dostupné [online]: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/01/09.pdf>

DRTÍLKOVÁ, Ivana, FIALA, Adam: „Rozdílné dimenze subtypů ADHD“ in Česká a Slovenská psychiatrie (2016; 112/3) Dostupné [online]:

[www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2016\\_3\\_127\\_132.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_3_127_132.pdf)<http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=10>

FAN, Xitao CHEN, Michael: „Parental Involvement and Students' Academic Achievement: A Meta-Analysis”, *Educational Psychology Review*, 13/1 (2001), s. 1-22. Dostupné [online]: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1009048817385>

FOOD STANDARDS AGENCY: „Food additives, different food additives and advice on regulations and the safety of additives in food, publikováno 9. 1. 2018. Dostupné [online]: <https://www.food.gov.uk/safety-hygiene/food-additives>.

GALEA, Christine, SRIBERRAS, Christopher, GALEA, Marthese, „Attention Deficit Hyperactivity Disorder – an overview“ in *The Journal of the Malta College of Family Doctors* (2014; 3/3). Dostupné [online]: <https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/handle/123456789/4495/Attention%20Deficit%20Hyperactivity%20Disorder.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

KUPOZ, program pro rozvoj pozornosti, dostupné [online]: [http://www.kuprog.cz/?page\\_id=51](http://www.kuprog.cz/?page_id=51).

HOOVER-DEMPSEY, Kathleen a kol.: „Parental Involvement in Homework“, *Educational Psychologist*, 36/3 (2001), s. 195–209. Dostupné [online]: <https://pdfs.semanticscholar.org/bf02/276fa7118ec3ca0090e91600b2de265a1af4.pdf>

HUBÁČEK, Jiří. „ADHD a výživa“. Publikováno dne 27. 2. 2014. Dostupné [online]: <http://www.dlouhovestbezleku.cz/mod/forum/discuss.php?d=214>

MALÁ, Eva. „Hyperkinetické poruchy“ *Pediatric pro praxi* 2002 (1). Dostupné [online]: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/01/04.pdf>

MARKHAM, Laura. „Proč děti potřebují rutinu“. Dostupné [online]: <https://www.aharodicovstvi.cz/proc-deti-potrebuji-rutinu/>

MATĚJČEK, Zdeněk. „Poznámka k evolučnímu pohledu na syndrom ADHD“, in *Psychiatrie pro praxi* (2003; (3), s. 131-133)

MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, aktuálně platná k 1. 1. 2018, dostupné [online]: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

SHAW, Philip et al. „Cortical Development in Typically Developing Children With Symptoms of

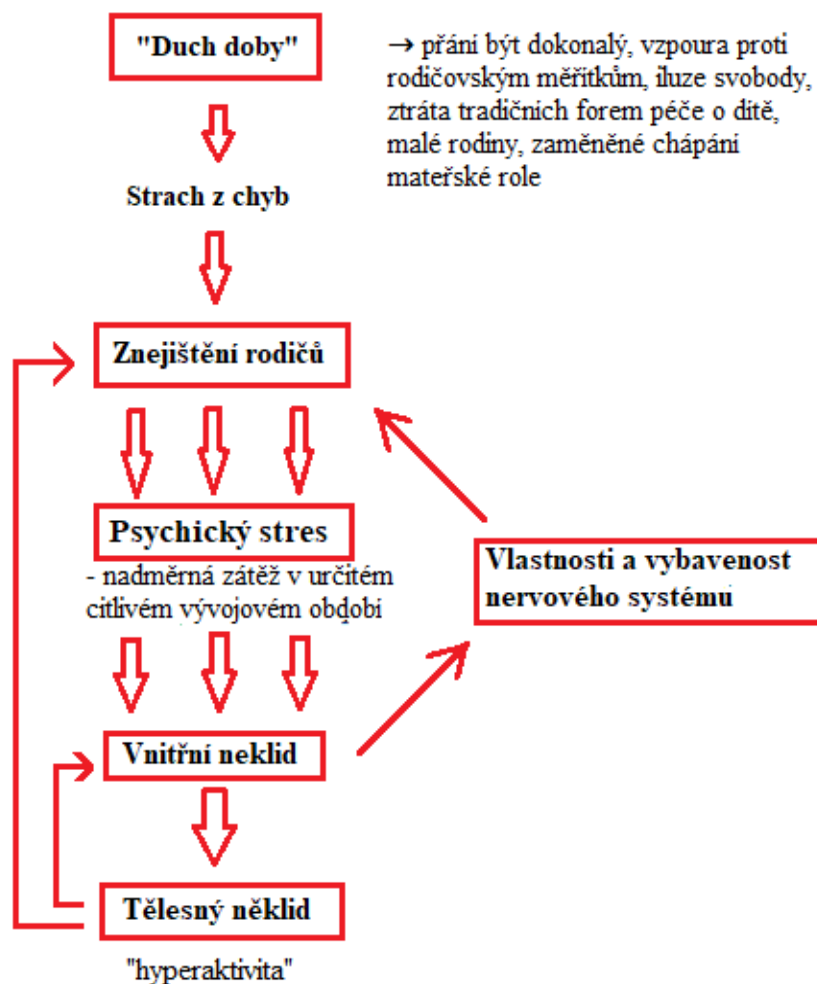
Hyperactivity and Impulsivity: Support for a Dimensional View of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.” in The American Journal of Psychiatry (2011; 168 (2), s. 143–151).

VOLEMANOVÁ, Marja. Neuro-vývojová terapie „Red tulip“. Dostupné [online]: <http://www.red-tulip.cz/>



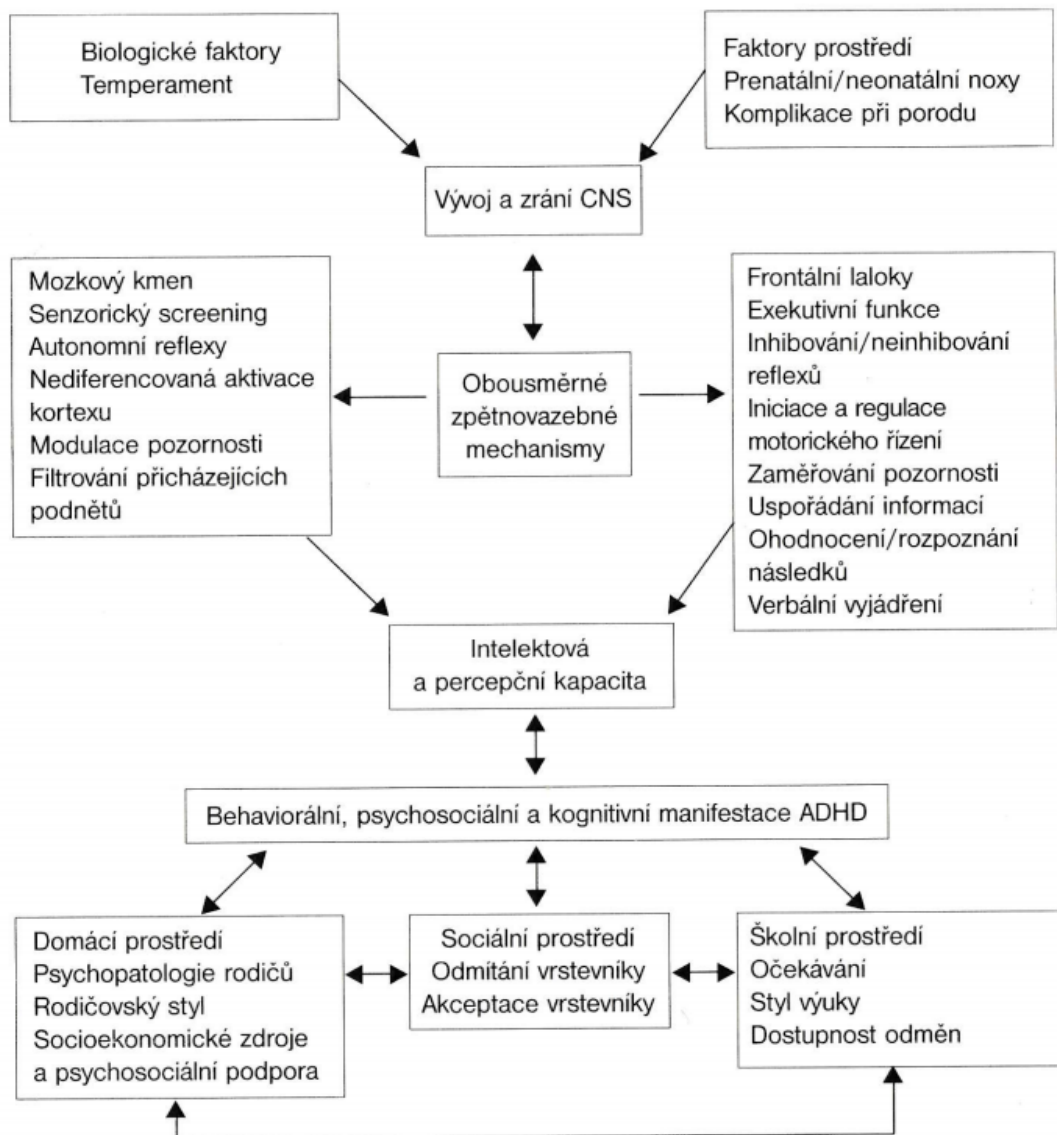
## Přílohy

### Příloha č. 1 Schéma č. 1: Kořeny neklidného chování



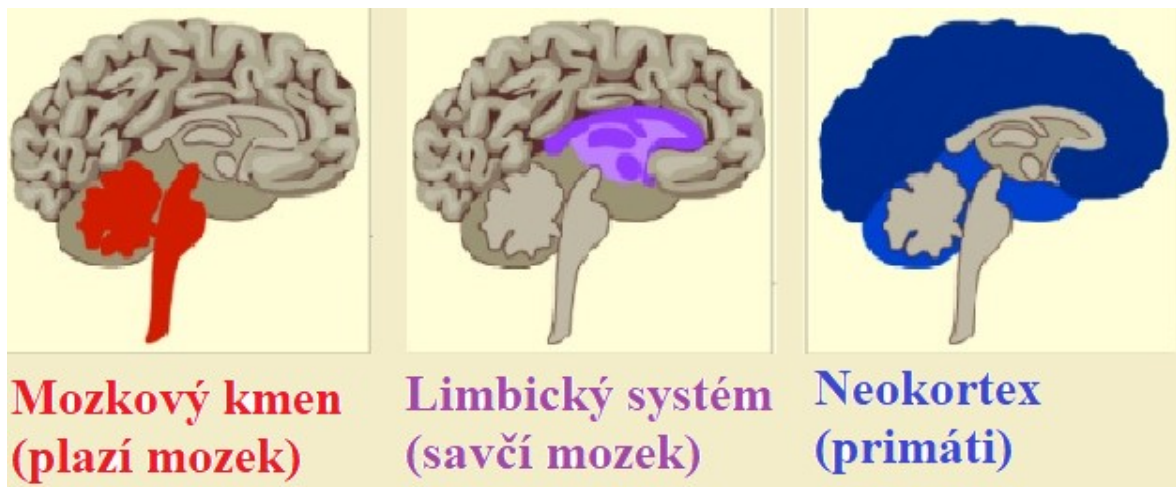
(Kolčárová, Lacinová, 2008. Vytvořeno dle koncepce Prekopové, Schweizerové, 2008).

**Příloha č. 2** Schéma č. 2: Transakční model ADHD



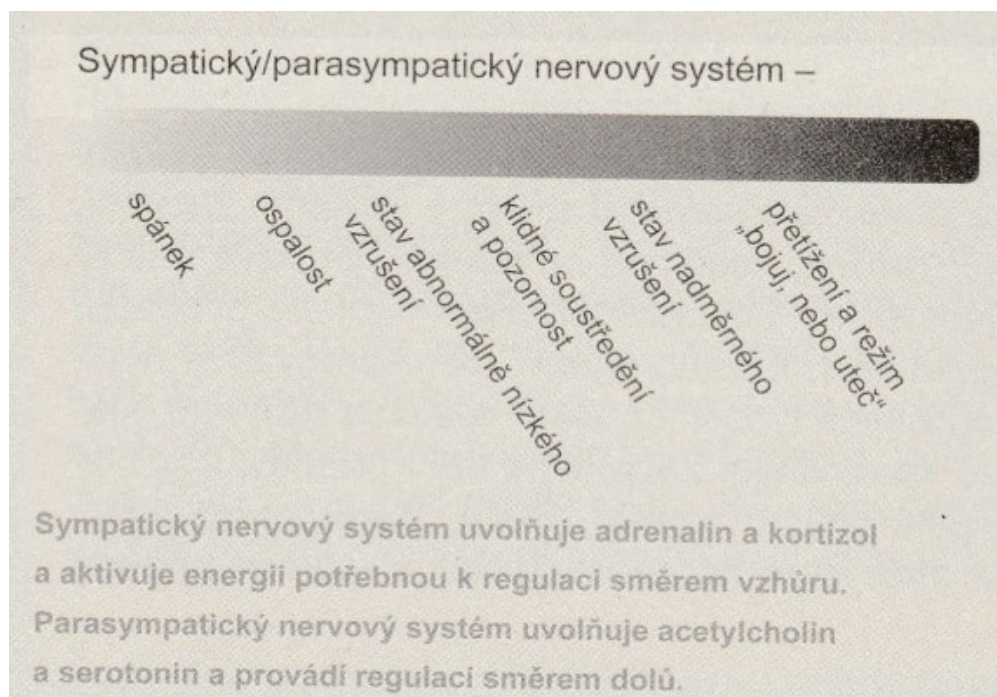
(upraveno podle: Teeter, Semrud-Clikeman, 1995 in Uhrová 2007).

### Příloha č. 3 Obrázek č. 1: Trojjediný mozek



Staženo z: <https://www.slideshare.net/webexpo/berka-ti-stvoen-v-naich-hlavch>, upraveno v programu malování.

Obrázek č. 2: Sympatický/parasympatický nervový systém



(Shanker, Banker, 2017, s. 70.)

Příloha č. 4. Tabulka modelu devíti polí

<b>Řízení</b> → <b>Emoční vztah</b>	<b>Silné</b>	<b>Střední</b>	<b>Slabé</b>	<b>Rozporné</b>
↓ <b>Záporný</b>	<b>1</b> výchova autokratická, tradiční, patriarchální		<b>2</b> liberální výchova s nezájmem o dítě	<b>3</b> pesimální forma výchovy, rozporné řízení se záporným vztahem
<b>Záporně kladný</b>	<b>9</b> výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici			
<b>Kladný</b>	<b>4</b> výchova přísná a přitom laskavá	<b>5</b> optimální forma výchovy se vzájemným porozuměním a přiměřeným řízením	<b>6</b> laskavá výchova bez požadavků a hranic	<b>7</b> rozporné řízení relativně vyvážené kladným emočním vztahem
<b>Extrémně kladný</b>			<b>8</b> kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem	

Čáp (2001, s. 318 – 319).

**Příloha č. 5.** Komparace získaných dat z rozhovorů, Michal.

Otázka	Rodič	Učitelký sbor	Shoda/neshoda
<b>Seznámení s odlišnými metody práce s dětmi s ADHD</b>	Prostřednictvím Facebooku. Malá informovanost.	Informace byly získány od psycholožky, která Michala vyšetřovala. Dostatečná informovanost.	Neshoda
<b>Jaká byla motivace k vyšetření, kdo dal podnět?</b>	Motivace k vyšetření vznikla na základě doporučení volnočasového centra, maminku motivovala představa, že pro Michala získá asistenta pedagoga.	Motivace rodičů k vyšetření byla pravděpodobně taková, že si maminka s Michalem nevěděla rady, podnět k vyšetření byl iniciován předchozí MŠ, kam Honzik docházel.	Neshoda
<b>Zhodnocení dosavadního vývoje dítěte od nástupu do MŠ</b>	Od nástupu do konkrétní MŠ veliké zlepšení v oblastech chování, zvládnutí agrese, zlepšení komunikačních dovedností.	Výrazné zlepšení již v prvním měsíci integrace, úspěšné začlenění do kolektivu, zvládnutí agrese, osvojení si pravidel, akceptování hranic.	Shoda
<b>Výchovný styl – výchovné řízení a emoční vztah (určováno dle modelu 9 polí J. Čápa)</b>	Rozporné řízení relativně vyvážené kladným emocionálním vztahem (7. pole, příloha č. 4).	Silné výchovné řízení s kladným emocionálním vztahem (4. pole, příloha č. 4)	Neshoda
<b>Spolupráce s učiteli (odpovídá rodič) a rodiči (odpovídá učitelký sbor)</b>	Výborná spolupráce s učitelkami, maminka popisuje učitelký sbor jako „požehnaní“ pro Michala.	Není zde spokojenost se spoluprací a komunikací s rodiči. Učitelky by si přály, kdyby na jejich rady bylo více dbáno a také aby se doma s Michalem více pracovalo.	Neshoda
<b>Co činí největší problémy ve výchově?</b>	→ Těžká domluva s prarodiči Michala. → Špatné stravovací návyky - problém přesvědčit chlapce, aby něco snědl. → Nepozornost – obava ze složitějšího navazování vztahů, jelikož Michal u ničeho dlouho nevydrží a při hovoru se jen těžko soustředí na to, co mu druhý říká.	→ Emoční labilita – např. při vyšším hluku dochází k emočnímu vypětí, které může vést až k agresi. → Agrese (nyní se objevuje jen výjimečně) → V začátku integrace byly problémy s komunikací, Michal používal nevhodné výrazy „musíš mi to udělat“ apod.	Neshoda
<b>Osvědčené metody práce s dítětem</b>	→ Motivace Michala skrze jeho soutěživost – Michal soutěží sám se sebou nebo s maminkou či prarodiči. → Vysvětlování jednotlivých požadavků.	→ Pozorování dítěte, jeho <u>psychického stavu</u> a včasné doporučení návštěvy relaxační místnosti. → Důslednost při dodržování pravidel.	Neshoda
<b>Prognóza budoucího vývoje</b>	Pozitivní – Michalovo chování se zlepšuje.	Pozitivní – Michalovo chování se zlepšuje.	Shoda

**Příloha č. 6.** Komparace získaných dat z rozhovorů, Ondřej.

Otázka	Rodič	Učitelský sbor	Shoda/neshoda
<b>Seznámení s odlišnými metody práce s dětmi s ADHD</b>	Prostřednictvím pracovníků PPP.	→ Informace učitelé čerpají z kurzu komunikačních dovedností, vedeným Janou Nováčkovou. → Dále čerpají z vlastní dlouholeté praxe s dětmi s ADHD.	Neshoda
<b>Jaká byla motivace k vyšetření, kdo dal podnět?</b>	Motivace k vyšetření dána zvnějšku na popud MŠ, kam Ondřej dochází. Stanovení diagnózy rodiče nasměrovalo, jak s Ondřejem začít pracovat.	Motivace byla dána zvnějšku na popud MŠ. Rodiče si nejdříve nechtěli připustit, že by měl Ondřej problém nebo dokonce nějakou diagnózu.	Shoda
<b>Zhodnocení dosavadního vývoje dítěte od nástupu do MŠ</b>	Zlepšení v určitých aspektech – rodič má dojem, že Ondřej dokáže více mluvit o svých problémech, to vidí rodič pozitivně.	→ Chování při nástupu do MŠ bylo velmi těžko zvladatelné-přetrvává do současnosti. → Agresivní chování při afektech rovněž přetrvává do současnosti. → Afektivní chování se dle učitelek zhoršuje, je častější. → Učitelky nevidí žádná zlepšení.	Neshoda
<b>Výchovný styl – emoční vztah a výchovné řízení (určováno dle modelu 9 polí J. Čápa)</b>	Rozporné řízení s rozporným emočním vztahem (9. pole, příloha č. 4).	Středně silné řízení s kladným emocionálním vztahem (5. pole, příloha č. 4).	Neshoda
<b>Spolupráce s učiteli (odpovídá rodič) a rodiči (odpovídá učitelský sbor)</b>	Dobrá	→ Od stanovení diagnózy je spolupráce s rodiči/ babičkou lepší. → Spolupráce je více „neutrální“ než „dobrá“.	Neshoda
<b>Co činí největší problémy ve výchově?</b>	→ Afektivní chování → Sebedestruktivní chování, objevuje se při afektu.	→ Agresivní chování k ostatním dětem. → Afektivní chování, největší problém učitelky vidí v jeho nepředvídatelnosti. → Sebedestruktivní chování	Shoda
<b>Osvědčené metody práce s dítětem</b>	→ Program HYPO → Pozitivní posilování žádoucího chování pochvalou. → Motivace Ondřeje ke správnému chování-převažuje verbální motivace.	→ Obětí – využíváno jak při afektu, tak při projevu lásky či pochvale. → Masážní program děti dětem → Využívání zásad v komunikaci s dítětem, vycházející z kurzu komunikačních dovedností (shrnuje v bezradníku – příloha č. 11).	Neshoda
<b>Prognóza budoucího vývoje</b>	Pozitivní	Neshoda ohledně prognózy v učitelském sboru. Dvě z Ondřejových učitelek vidí prognózu negativně. Asistentka Ondřeje vidí prognózu pozitivně za předpokladu, že bude zohledněn individuální přístup.	Neshoda

**Příloha č. 7.** Komparace získaných dat z rozhovorů, Petr.

Otázka	Rodič	Učitelský sbor	Shoda/neshoda
<b>Seznámení s odlišnými metody práce s dětmi s ADHD</b>	Prostřednictvím psycholožky.	Informace získávány na odborných seminářích a vlastní praxí s dětmi s ADHD.	Neshoda
<b>Jaká byla motivace k vyšetření, kdo dal podnět?</b>	Motivace k vyšetření byla dána zvnějšku, na popud učitelek MŠ, kam Petr docházel.	Motivace byla dána zvnějšku, na popud MŠ.	Shoda
<b>Zhodnocení dosavadního vývoje dítěte od nástupu do MŠ</b>	Od nástupu do konkrétní MŠ zlepšení v oblasti chování, lepší trpělivost a přístup k úkolům.	Od nástupu do MŠ – zklidnění (pomohla farmaka), Petr se naučil šeptat, postupné zlepšování v oblasti trpělivosti.	Shoda
<b>Výchovný styl – výchovné řízení a emoční vztah (určováno dle modelu 9 polí J. Čápa)</b>	Kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem ( <b>8. pole, příloha č. 4</b> )	Emočně rozporná výchova, záporně – kladný vztah učitelů, střední až silné výchovné řízení ( <b>9. pole, příloha č. 4</b> )	Neshoda
<b>Spolupráce s učiteli (odpovídá rodič) a rodiči (odpovídá učitelský sbor)</b>	Výborná spolupráce s učitelkami, rodiče jsou spokojeni. Komunikaci označují za efektivní.	Není zde spokojenost se spoluprací a komunikací s rodiči. Ředitelce se nepodařilo přesvědčit rodiče, aby Petr chodil do logopedické třídy.	Neshoda
<b>Co činí největší problémy ve výchově?</b>	→ Porucha soustředění – časté odbíhání od úkolů.	→ Volná hra – Petr se těžko zapojuje do her s kamarády. Často využívá nevhodné metody navazování kontaktu. → „Rozlitanost“ → Porucha soustředění – Petr nevydrží sedět dlouho u úkolu, slabá výdrž při práci. → Zanedbávající výchova rodičů.	Shoda
<b>Osvědčené metody práce s dítětem</b>	→ Motivace – Rodiče motivují Petra <u>k dokončování úkolů</u> například tím, že po splnění práce mu povolí sledování oblíbených pořadů na počítači. → Pochvala – rodiče chválí jakoukoli práci Petra. Oceňují jeho snahu.	→ Pozorování dítěte – včasné zastavení vzniklých konfliktů, případně zamezení jejich vzniku → Důslednost při dodržování pravidel.	Neshoda
<b>Prognóza budoucího vývoje</b>	Pozitivní – Petrovo chování se zlepšuje.	Neshoda ohledně prognózy v učitelském sboru. Ředitelka vidí prognózu negativně, další učitelky pozitivně – za předpokladu podpory asistenta a přizpůsobení podmínek ve třídě.	Neshoda

**Příloha č. 8.** Komparace získaných dat z rozhovorů, Rebeka.

Otázka	Rodič	Učitelský sbor	Shoda/neshoda
<b>Seznámení s odlišnými metody práce s dětmi s ADHD</b>	Prostřednictvím informace na internetu	→ Informace učitelé čerpají z odborných kurzů a seminářů → Dále čerpají z vlastní dlouholeté praxe s dětmi s ADHD.	Neshoda
<b>Jaká byla motivace k vyšetření, kdo dal podnět?</b>	Motivace rodičů k vyšetření byla z důvodu, že chtěli znát pravdu. Věřili, že odborné vyšetření jim pomůže vysvětlit chování Rebeky a najít vhodné výchovné postupy. K vyšetření dali podnět rodiče.	Motivace rodičů k vyšetření nejspíš plynula z vlastní zkušenosti rodičů, maminka si s ADHD jako dítě „zažila své“, tedy ví, čím si Rebeka prochází a snaží se ji v tom pomoci.	Neshoda
<b>Zhodnocení dosavadního vývoje dítěte od nástupu do MŠ</b>	Výrazné zlepšení, nyní se již agresivní chování vyskytuje jen málo.	→ Počáteční chování Rebeky bylo problematické, agresivní návaly vzteku. → Je vidět výrazné zlepšení, agrese se již téměř neobjevuje a afekty jsou méně časté	Shoda
<b>Výchovný styl – emoční vztah a výchovné řízení (určováno dle 9 polí J. Čápa)</b>	Výchova přísná a přitom laskavá ( <b>4. pole, příloha č. 4</b> )	Středně silné řízení s kladným emocionálním vztahem ( <b>5. pole, příloha č. 4</b> )	Neshoda
<b>Spolupráce s učiteli (odpovídá rodič) a rodiči (odpovídá učitelský sbor)</b>	Dobrá	Výborná	Shoda
<b>Co činí největší problémy ve výchově?</b>	Na začátku to byla agresivita, nyní jde o podstatně menší problém, než tomu bývalo.	Občasné návaly vzteku	Shoda
<b>Osvědčené metody práce s dítětem</b>	Aktivní program – pokud je Rebeka zabavená, tak nezlobí, potřebuje pořád nějaký program.	Přistupovat stejně k Rebece jako ke všem ostatním dětem. V případě afektu přenést pozornost někam jinam, případně nechat afekt doznít.	Neshoda
<b>Prognóza budoucího vývoje</b>	Pozitivní	Pozitivní	Shoda



**Příloha č. 9.** Michalův vybarvený obrázek. Vytvořeno dne: 5. 10. za přítomnosti asistenta pedagoga





**Příloha č. 10.** Michalův vybarvený obrázek. Vytvořeno dne: 23. 10. za přítomnosti asistenta pedagoga.



Mateřská škola, Praha 5 – Barrandov, Lohniského 851  
Mateřská škola podporující zdraví



Milí rodiče,

určitě jste si všimli, že v naší mateřské škole jednáme s dětmi trochu jinak, než jste možná zvyklí☺. Všichni naši pedagogové mají kurs komunikačních dovedností, který komunikaci ulehčuje a prakticky vylučuje konflikt s dítětem. Učí komunikovat i děti mezi sebou, snižuje možnost vzniku konfliktních situací a šetří energii všech zúčastněných stran.

Pomůže nám, pokud budete znát základní pravidla i Vy. Možná Vám časem nějaké úsměvné komunikační novinky přinesou domů i Vaše děti☺

### Bezradník

#### Sjednocení pravidel jednání s dětmi, vytvořené na základě kurzu komunikačních dovedností PhDr. Jany Nováčkové, CSc.

- **Tvořte s dětmi pravidla společně**
  - děti jen lehce směrujte k podstatným věcem „Co by se mohlo stát na schodech či u silnice?“
  - „Na čem se tedy domluvíme?“
  - pokud děti pravidla spoluvytvářejí, spíše je respektují
- **Přistupujte k dětem jako k samostatným zodpovědným jedincům**
  - dejte jim možnost připravit si místo, nalít si, uklidit po sobě...
  - dítě, kterému byla dána důvěra, je mnohem více nakloněno spolupráci s okolím a dalšímu učení
  - neřešte problémy za děti, ale s nimi „Myslíš, že by ti pomohl s úklidem nějaký kamarád nebo to zkusíš sám?“
  - když vytrváte, budete překvapeny schopnostmi dětí
  - buďte laskaví, trpěliví, ale důslední, popište „Tvoje místo není uklizené“ případně dál „Prosím, dej to do pořádku“
- **Při konfliktech mezi dětmi nedělejte soudce, ale pouze opěrný bod**
  - veďte dítě k tomu, aby sdělilo své negativní pocity původci problému
  - pomáhejte vyventilovat zlobu oběma stranám konfliktu vhodným sociálně přijatelným způsobem např. říci důrazným hlasem „Nedělej mi to, mně to vadí !“,
  - děti jednající samy za sebe nebudou terčem šikany
  - využívejte modelové situace, děti to milují
- **Netrestejte - trest staví, ale nebuduje**
  - nechte pocítit přirozený důsledek „Vylil jsi to, nic se neděje, dal bys to, prosím, do pořádku?“ nebo „Zatím to nezvládáš, raději půjdeme spolu za ruku.“
- **Nehodnot'te dítě, ale používejte JÁ výrok**
  - „JÁ se opravdu zlobím, vadí mi, když....“
  - slovy „TY jsi zlobivý...“ vytváříte neodpuštělnou nálepku
  - pomozte dětem najít řešení, jak věc napravit a problém uzavřete



**Mateřská škola, Praha 5 – Barrandov, Lohniského 851**  
**Mateřská škola podporující zdraví**



- **Při emocích dítěte používejte empatii**
  - „Vidím, že jsi naštvaný“ nebo „To musí bolet“, pozor na „Velký kluk nebrečí“ i dospělý má právo být smutný
  - nehodnoťte city - i vztek je přirozená emoce a dítě na ni má právo
  - pomozte dítěti najít společensky schůdný způsob, jak vztek vyventilovat - zadupat, zařvat, čárat na papír
  - poté zkuste „Co by ti pomohlo?“
- **Používejte ocenění, nechvalte za přirozené věci**
  - použijte „To sis pochutnal.“ namísto „To mám radost, žes to snědl.“
  - dítě jí pro sebe, ne pro naši spokojenost, vedli byste ho k závislosti na autoritách
  - namísto nic neříkajícího „Ty jsi šikovný.“ popište obrázek „Vidím tu auto a strom..., dal sis velkou práci“
  - pokud se dítěti něco zdaří, oceňte „Není jednoduché udělat kličku.“
  - odměny jsou pouze vnější motivace, ocenění má mnohem větší hodnotu, je dáno z pozice partnera, ne autority
- **Vracejte otázky zpět**
  - při otázce „Proč?“ nechte děti hledat souvislosti samotné, odpovězte „PROČ myslíš?“- budete překvapeny dětskou dedukcí
  - neved'te dlouhé přednášky, děti vás stejně nevnímají, mnohem víc se naučí prožíváním, děláním, hraním
  - nedávejte nevyžádané rady, nechte dětem zažít vlastní pokus - omyl, dítě pouze nasměrujte „Zkusil jsi už...?“ nebo „Někdy pomůže...“
- **Tvořte pozitivní věty a podávejte krátké informace**
  - „Aničko, židle.“ namísto „Zase se houpeš, kdy se to odnaučíš?“
  - děti to stejně všechno vědí
- **Při oprávněných požadavcích dejte na výběr**
  - „Napravíš to sám nebo chceš pomoci?“ „Uklidíš to hned nebo až po svačince?“
  - pokud situace opravdu skřípe, stručně a jasně „Já se zlobím a očekávám...“
  - buďte důslední, pevné hranice děti uklidňují
  - jděte příkladem, za všechno DĚKUJTE, pokud se zmýlíte, OMLUVTE SE!
  - **poděkování a omluva jsou výrazem vyzrálé osobnosti a respektu k ostatním**
- **Říkejte dětem, co mají či mohou dělat, vyhněte se negativním formulacím a zákazům**
  - tato komunikace nevyvolává u dětí potřebu dělat opak
  - spíše s vámi budou spolupracovat
  - vezměte to jako výzvu, je to zábava, každá věta s negací lze otočit „Přibor je opravdu jen k jídlu“ místo věty „Nebouchej s tím přiborem“, „Pevně se držíme oběma rukama“ namísto „Pozor, ať nespadneš.“

**Učte děti radovat se ze života, staňte se sami dětmi, obohatí to obě strany!**

**Bud'te dítěti průvodcem ve složitém světě, ne vůdcem.**

**„Jednejme s dětmi tak, jak bychom chtěli, aby ostatní jednali s námi.“**

## Příloha č. 12: Otázky strukturovaného rozhovoru s rodiči

### Rozhovor s rodiči

- Kdy byla stanovena diagnóza, byly stanoveny nějaké další komorbidní poruchy
- Jaká byla motivace k vyšetření, kdo dal podnět?
- Datum narození dítěte.
- Jak probíhal porod, byly nějaké komplikace?
- Objevily se nějaké zdravotní komplikace v průběhu vývoje dítěte?
- Jak hodnotíte dosavadní vývoj – od nástupu do MŠ.
- Aktuální zdravotní stav dítěte?
- Jak hodnotíte komunikaci se školou a přístup pedagogů k dítěti?
- Máte zkušenost s jinými výchovnými zařízeními, kam dítě docházelo/dochází?
- Jste seznámen/a s odlišnými výchovnými přístupy k dětem s ADHD?
- Kdo Vás s tímto seznámil?
- Jaké metody výchovy jste vyzkoušeli a které se osvědčily?
  - Došlo na medikaci?
- Způsobily odlišné přístupy nějaké problémy v rodině? (Mezi partnery, rodiči, prarodiči, příbuznými, přáteli)
  - Máte pocit, že jste museli překonat sami sebe?
  - Co Vám v tom nejvíce pomohlo?
- Jaké projevy u dítěte jsou nejvíce problematické?
- Má dítě nějaké sourozence?
- Vyskytuje se v rodině nějaká diagnóza?
- Převládá něčí péče o dítě? (Rodinná situace rodičů)
- Máte sjednocený názor na výchovu?
- Jaký styl výchovy Vám je nejbližší?
  - Jak silné výchovné řízení zastáváte? (silné/důsledné, střední, slabé, rozporné)
- Jakou vidíte prognózu vývoje do budoucna?

## Příloha č. 13: Otázky strukturovaného rozhovoru s učiteli

### Rozhovor s učiteli

- Jste seznámen/a s odlišnými metodami práce s dětmi s ADHD?
- Máte zkušenost s dětmi s ADHD?
- Jaké odlišné přístupy využíváte ve školce k dítěti s ADHD?
  - Jaké metody se nejvíce osvědčily?
- Kdy nastoupilo dítě do MŠ?
- Jaká byla motivace k vyšetření, kdo dal podnět?
- Jaké byly projevy při nástupu do školky, jak si zvykal/a?
- Jaké projevy jsou nejvíce problematické?
- Jak se dítě projevuje v kolektivu?
- Jaké jsou jeho oblíbené činnosti?
- Máte relaxační místo/místnost ve školce?
- Je něco, co dítě zklidní?
- Jaký výchovný styl zastáváte?
  - Jak silné výchovné řízení zastáváte?
- Jakou výchovu rodiče zastávají?
- Pokud není optimální výchovný styl v rodinném prostředí, jsou rodiče ochotni naslouchat, přijímat rady?
- Jaká je komunikace s rodiči?
- Co myslíte, že motivovalo rodiče k práci s dítětem s ADHD?
- Myslíte, že je dítěti věnována dostatečná péče doma?
- Jak byste zhodnotil/a dosavadní vývoj od nástupu do MŠ? (Zvykání si).
- Jak vidíte prognózu do budoucna?

**Příloha č. 14:** Informovaný souhlas s účastí na průzkumu a s využitím získaných dat

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA PRŮZKUMU  
A S VYUŽITÍM ZÍSKANÝCH DAT**  
pro účely zpracování bakalářské práce

Cílem mého průzkumu je zjistit, jak působí výchovný přístup rodiny na možnosti kompenzace negativních projevů syndromu ADHD u dětí navštěvující mateřskou školu. Získávání dat v mateřské škole bude probíhat formou řízených rozhovorů s učiteli a rodiči dítěte a formou pozorování dítěte při běžném chodu třídy, popsáném v kazuistice. Rodiče pozorovaného dítěte budou z důvodu zpracování dat požádáni, aby autorce poskytli základní informace o rodině a výchově dítěte. Průzkum realizuje paní Markéta Trnková, studentka Univerzity Karlovy, Husitské Teologické fakulty v Praze, pod vedením paní PaedDr. Mgr. Hany Žáčkové.

Autorka se zavazuje, že získané údaje budou využity pouze pro účely tohoto průzkumu bakalářské práce. Informace budou zpracovány v anonymizované podobě bez souvislosti se jmény nebo kontakty na dané osoby.

.....  
Podpis autorky

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s průzkumem a také s tím, že veškeré informace poskytnu dobrovolně.

V..... dne .....

.....  
jméno

.....  
podpis