

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SYNDROM ADHD A JEHO VNÍMÁNÍ DĚTMI S TOUTO DIAGNÓZOU

ADHD SYNDROME AND ITS PERCEPTION BY CHILDREN
WITH THIS DIAGNOSIS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Petra Navrátilová**
Vedoucí práce: **PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.**

Olomouc
2023

Poděkování:

V první řadě velmi děkuji PhDr. Leoně Jochmannové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce a zejména za trpělivý přístup a pečlivost. Dále bych chtěla poděkovat organizaci, díky které celý výzkum mohl vzniknout, a zvláště jedné z pracovnic za všechny svůj čas, který mi věnovala.

Velmi také děkuji svým rodičům, kteří mě v psaní a v celém studiu podporují a bez nichž by nic z toho nebylo možné.

Prohlášení:

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Syndrom ADHD a jeho vnímání dětmi s touto diagnózou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 23.03.2023

Podpis

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Charakteristika syndromu ADHD.....	7
1.1 Historie pojmu ADHD	7
1.2 Jednotlivé subtypy ADHD.....	8
1.2.1 Porucha s převahou nepozornosti	9
1.2.2 Porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity	9
1.2.3 Kombinovaná porucha	9
1.3 Symptomy ADHD.....	10
1.3.1 Hyperaktivita	10
1.3.2 Porucha pozornosti	10
1.3.3 Impulzivita.....	11
1.4 Další projevy ADHD	11
2 Etiologie.....	14
2.1 Dědičnost	14
2.2 Perinatální komplikace.....	14
2.3 Poruchy neurotransmise.....	15
3 Diagnostika ADHD.....	16
3.1 Diagnostická kritéria dle DSM-V (APA, 2013):.....	17
3.2 ICD-11.....	18
3.3 Diferenciální diagnostika a komorbidní diagnózy	19
3.4 Problémy diagnostiky.....	20
4 Léčba ADHD	22
4.1 Farmakoterapie	22
4.1.1 Psychostimulancia.....	22
4.1.2 Atomoxetin.....	23
4.1.3 Antipsychotika (neuroleptika).....	24
4.1.4 Antidepresiva	24
4.2 Nefarmakologická léčba.....	25
4.2.1 Terapie	25
4.2.2 Relaxační techniky.....	26
4.2.3 Neurofeedback.....	26
5 ADHD v jednotlivých vývojových etapách.....	27
5.1 Novorozenecké, kojenecké a batolecí období	27
5.2 Předškolní období	28

5.3	Mladší školní období	28
5.4	Dospívání.....	29
5.5	Dospělost.....	30
6	Principy výchovy dítěte s ADHD.....	32
6.1	Principy výchovy v rodině	32
6.2	Principy výchovy ve škole.....	34
6.2.1	Legislativní rámec.....	36
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	37
7	Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky	38
8	Metodologický rámec výzkumu	40
8.1	Výzkumný soubor.....	40
8.2	Proces sběru dat.....	42
8.3	Etika výzkumu	42
8.4	Metody analýzy a zpracování dat.....	43
8.5	Sebereflexe autorky práce	44
9	Výsledky	46
9.1	Výsledky tematické analýzy	46
9.2	Odpovědi na výzkumné otázky	48
10	Diskuse.....	55
10.1	Limity výzkumu.....	58
10.2	Návrh dalšího směřování výzkumu	59
10.3	Praktické přesahy.....	59
11	Závěr	60
	SOUHRN	62
	Seznam použitých zdrojů a literatury.....	65
	Seznam příloh.....	71

ÚVOD

Svou práci jsem se rozhodla věnovat syndromu ADHD – poruše pozornosti s hyperaktivitou. Syndrom ADHD je v posledních letech často zmiňovaným tématem. Hovoří se o něm v různých souvislostech od inkluze a celkové úspěšnosti ve školním prostředí, otázky nadužívání diagnózy, v souvislosti s rizikovým chováním, zneužíváním návykových látek nebo problematikou diagnostiky dospělých.

To, co mě zajímalo nejvíc, jak už název práce napovídá, bylo, jak syndrom vnímají samotné děti, kterých se bezprostředně týká. Na nápad mě přivedl jeden hyperaktivní chlapec, který si stěžoval na působení léku, který občas na ADHD užívá. Sdělil mi, že se po něm cítí utlumeně, unaveně, jako by to nebyl ani on. Později mě napadlo, že by bylo zajímavé zjistit, jak to mají i další hyperaktivní děti. Společně s mou vedoucí práce jsme tento nápad rozšířily na celkové vnímání syndromu v různých oblastech života dítěte a otázku farmakoterapie zařadily jako jeden z aspektů, na který se chci zaměřit.

Teoretická část se zabývá celkovou charakteristikou syndromu ADHD, jeho diagnostikou, příčinami a léčbou. Dále se zaměřuje na jeho projevy v jednotlivých vývojových etapách od narození do dospělosti a výchovnými principy. Napříč všemi tématy uvádím některé současné výzkumy, které přinášejí nový, zajímavý pohled na některé z nich.

Cílem praktické části mé práce je zjistit, jaké aspekty syndromu ADHD jsou pro děti důležité, jaká témata v sobě řeší, co jim působí případné potíže a jaké mají o ADHD povědomí. Výsledky mohou následně posloužit ke zpřesnění způsobu, jakým se s nimi pracuje. Po domluvě s organizací, která se práci s dětmi s ADHD věnuje a kde jsem realizovala většinu rozhovorů, poslouží výsledky jako potenciální témata, která se mohou otevřít na podpůrných skupinách, které pro děti organizace zajišťuje.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika syndromu ADHD

V následující kapitole se budu věnovat charakteristice syndromu ADHD. Nejprve nastíním historický vývoj samotného pojmu a pak charakterizují jednotlivé subtypy členěné podle DSM-V. Poté se budu věnovat hlavním i vedlejším projevům syndromu.

1.1 Historie pojmu ADHD

Zkratka ADHD vychází z anglického *attention deficit hyperactivity disorder* a používá se k označení poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Pro označení poruchy se užívá také termínu hyperkinetická porucha a v minulosti byla označována zkratkou LMD – lehká mozková dysfunkce (Hartl, 2004; Ptáček et al., 2020).

K prvním zmínek o ADHD patří bezesporu dílo lékaře Alexandra Crichtona. Ten popsal základní charakteristiky nepozorného subtypu ADHD již v roce 1798. Jeho popis poruchy se dokonce v některých bodech překrývá s kritérii DSM-IV. Např. kritérium „obtíže s udržením pozornosti při zadaných úkolech nebo hře“ se v díle A. Crichtona objevuje jako „neschopnost věnovat stálou pozornost jednomu objektu“. Crichton dále zmiňuje duševní neklid spojený s nervozitou a upozorňuje, že problém s pozorností může vést k potížím ve škole. Poukazuje i na časný nástup příznaků poruchy a také si všímá, že potíže s nepozorností mají tendenci se s věkem zmenšovat (APA, 1994; Palmer & Finger, 2001; Ptáček et al., 2020).

V roce 1864 publikoval Heinrich Hoffman na základě své vlastní praxe ilustrované příběhy popisující dětskou psychopatologii. V jednom z nich (O neposedném Phillipovi) popisuje příběh malého Filipa, který nedokáže sedět v klidu u stolu, což popuzuje jeho otce, a nakonec spadne ze židle a strhne ubrus ze stolu. Symptomy, které jsou popsány v této publikaci, opět z části naplňují kritéria DSM-IV. Hoffmanovo dílo sklidilo velký úspěch, protože se v podstatě jednalo o jednu z prvních učebnic dětské psychopatologie a mnohými je považován za prvního, kdo podal klinický popis ADHD u dítěte (APA, 1994; Bader et al., 2018; Ptáček et al., 2020). Ačkoliv samotný termín ADHD je spojen až s vydáním DSM-III v roce 1980 (APA, 1980). Na druhou stranu je mnohými výklad „Neposedného Filipa“ jako impulzivního dítěte s ADHD ukázkou patologizace běžných dětských projevů. Otázka nadměrného užívání diagnózy ADHD je aktuální i dnes (Bader et al., 2018).

Roku 1904 zmínil český psychiatr prof. Heveroch některé znaky dyslexie, které odpovídají syndromu hyperaktivity. Později byl uveden název lehká dětská encefalopatie (LDE), který byl vztahován k drobným poruchám mozkové tkáně, které vznikly před nástupem

dospělosti. V roce 1963 byla mezinárodně definována lehká mozková dysfunkce (LMD) jako syndrom charakteristický pro děti s různými poruchami učení či chování, které jsou spojeny s odchylkami funkce CNS. Postupné rozšiřování diagnózy LMD i na dětské výchovné poruchy a další výzkum v téhle oblasti vedli k nutnosti vnitřní diferenciaci syndromu (Kulišťák, 2011).

Diagnostická kategorie ADHD se poprvé objevuje v roce 1980 s vydáním DSM-III (APA, 1980), kde je syndrom označen jako „Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)“ a zároveň se zde objevuje i „Porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD)“. Dalším důležitým rokem ve vývoji klasifikace syndromu ADHD je rok 2013 a vydání DSM-V. V této páté revizi je již porucha chápána jako celoživotní (APA, 2013).

Podle MKN-10 (WHO, 1993) jsou Hyperkinetické poruchy zařazeny do kategorie poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. Nový manuál ICD-11 (WHO, 2019) řadí syndrom ADHD mezi neurovývojové poruchy stejně jako DSM-V (APA, 2013). Podrobněji se mu věnuji v kapitole pojednávající o diagnostice syndromu.

1.2 Jednotlivé subtypy ADHD

Syndrom ADHD, tedy porucha pozornosti s hyperaktivitou, je neurovývojová porucha, která je charakterizována deficitem pozornosti anebo hyperaktivitou a impulzivitou (APA, 2013; WHO, 2019). Podle DSM-V (APA, 2013) členíme ADHD na 3 subtypy:

- porucha s převahou nepozornosti
- porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity
- kombinovaná porucha

ADHD patří mezi nejčastěji se vyskytující neurovývojové poruchy dětského věku. Celosvětově se jeho výskyt v dětské populaci pohybuje mezi 5–7 %. Z české studie prováděné na dospělých jedincích, které se zúčastnilo 1518 respondentů, bylo ADHD diagnostikováno u 3 % respondentů s převahou mužské populace. Průměrně byli diagnostikováni těsně před dovršením 10 let. Necelých 11 % respondentů se potom setkalo s diagnózou ADHD u blízkého člena rodiny (Kulhánek, 2018; Vňuková et al., 2023). Výsledkem íránské studie zkoumající prevalenci ADHD u dětí a dospívajících ve věku 6–18 let byla hodnota 4 % s výraznou převahou chlapců (Mohammadi et al., 2021).

ADHD negativně ovlivňuje exekutivní funkce (tj. schopnost plánování, organizování, porozumění řeči, prostorová orientace apod.), dále ovlivňuje motoriku, percepci a řadu

emočních projevů. Z toho je patrné, že děti s touto poruchou bývají limitovány v rámci školní docházky, v oblasti sociální adaptace a později i v pracovním procesu (Kulhánek, 2018).

1.2.1 Porucha s převahou nepozornosti

Pro tento typ poruchy se můžeme setkat také s označením ADD (*attention deficit disorder*), tedy porucha pozornosti bez hyperaktivity. Podle DSM-V ji řadíme pod ADHD jako jeden z jejích subtypů (APA, 2013; Michalová et al., 2015).

Jedinci s tímto typem poruchy trpí takovými výpadky pozornosti, že často působí jako „duchem nepřítomní“. Snadno se nechají rozptýlit podněty, které upoutají jejich pozornost. Jsou roztržití, typické jsou pro ně potíže s pamětí a často zapomínají na své denní povinnosti. Jsou také netrpěliví a vyhýbají se úkolům, které vyžadují trvalejší mentální úsilí, nebo je zcela odkládají úkoly. Dále je pro ně charakteristická snížená schopnost až neschopnost něco zorganizovat, včetně vlastních povinností, práce nebo času. Typické bývá i zapomínání a ztrácení věcí (Žáčková & Jucovičová, 2017a).

1.2.2 Porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity

Typ s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou (bez poruchy pozornosti) se v populaci objevuje nejméně. Pro tento typ je typická přetrvávající motorická aktivita, tzv. psychomotorický neklid. Dítě s tímto typem ADHD nevydrží sedět dlouho na jednom místě, má tendenci pobíhat, vyskakovat a může schválně padat ze židle. Někdy se objevují stereotypní pohyby nebo různé zlozvyky jako okusování nehtů, vydávání zvuků apod. Přetrvává vnitřní neklid, který ho nutí stále něco dělat. Nudí ho stereotyp a příliš klidné činnosti. Často jedná rychle, impulzivně a bez rozmýšlení, což je častá příčina psychosociálních potíží a může ho charakterizovat také mnohmluvnost, skákání do řeči, komentování nebo časté dotazy (APA, 2013; Žáčková & Jucovičová, 2017a).

Při včasné intervenci se vzhledem k nepřítomnosti narušené pozornosti jedná o typ nejpříjemněji sociálně modifikovatelný (Michalová et al., 2015).

1.2.3 Kombinovaná porucha

Pokud jsou naplněna kritéria pro nepozornost, hyperaktivitu a impulzivitu, které přetrvávají po dobu minimálně 6 měsíců, jedná se o kombinovanou poruchu. Tento typ ADHD je nejčastější a zahrnuje příznaky obou výše uvedených typů (APA, 2013; Žáčková & Jucovičová, 2017a).

1.3 Symptomy ADHD

V následující podkapitole se věnuji třem hlavním symptomům syndromu ADHD.

1.3.1 Hyperaktivita

Hyperaktivita se nejčastěji projevuje nadměrnou motorickou aktivitou (např. dítě stále pobíhá, zvláště v situacích, kdy to není vhodné), neklidem rukou, poklepáváním, ale může se projevit i jako nadměrné mluvení (APA, 2013).

Nejvíce je hyperaktivita patrná v situacích, které vyžadují zvýšenou sebekontrolu (WHO, 2019). Zejména mladší děti mají potíže klidně sedět a jejich případně zhoršená motorická obratnost spolu se špatnou schopností odhadnout reálné nebezpečí zvyšují riziko úrazů (WHO, 2019; Žáčková & Jucovičová, 2017a). Organismus dětí s ADHD reaguje na únavu paradoxně zvýšenou aktivitou a psychomotorickým neklidem, což může způsobovat potíže s usínáním a celkovou schopností odpočívat. S vyzríváním nervové soustavy se psychomotorický neklid zmírňuje, a tak může vznikat mylná představa, že projevy hyperaktivity mizí (Švamberská Šauerová et al., 2013; Žáčková & Jucovičová, 2017a).

1.3.2 Porucha pozornosti

Nepozornost se může u jedince s ADHD jevit jako stav, kdy se zdá být duchem nepřítomný, není dostatečně vytrvalý a celkově má problém s udržení pozornosti. Roztržitost u dítěte není v tomto případě důsledkem vzdoru ani nepochopením zadaného úkolu (APA, 2013).

Nejvíce patrná bývá porucha pozornosti v době nástupu do první třídy, a to zejména pokud má dítě pracovat na úkolech, které mu neposkytují dostatečnou stimulaci anebo časté odměny (nezáživné učivo, monotónní výklad). Kvůli slabé schopnosti koncentrace se nechá snadno rozptýlit a přesměruje svou pozornost nežádoucím směrem, aniž by se o to vědomě pokoušelo. Zároveň má problémy s pružností pozornosti a dělá mu potíže přenášet ji na jiné aktivity a přizpůsobovat se změnám. Omezený rozsah a výběrovost pozornosti znamená, že dokáže vnímat jen část z celkového počtu předkládaných předmětů a často nedokáže rozlišit jejich důležitost. V praxi se setkáváme s přesvědčením učitelů, že se dítě dostatečně nesnaží a pracuje pod své možnosti. Přitom školní neúspěšnost negativně působí na rozvoj sebepojetí u dítěte a může ho ovlivnit na celý život (Uhlíř, 2020; WHO, 2019; Žáčková & Jucovičová, 2017a).

Z výše uvedeného je patrný rozpor mezi tím, co si myslí učitel a tím, co je dítě reálně schopné ovlivnit. Představa učitele, že by stačilo, aby se hyperaktivní dítě více snažilo je zcestná, protože dítě často není schopno vědomě ovlivnit zaměření své pozornosti. To, co je nutné, je edukace učitelů o tomto problému, aby mu mohli lépe porozumět a porozumět tak lépe i samotnému dítěti.

1.3.3 Impulzivita

Impulzivita se může projevit v chování jako touha po okamžité odměně a neschopnost tuto odměnu odložit. Impulzivní chování se může projevit i jako sociální vtíravost anebo prováděním důležitých rozhodnutí bez zvážení dlouhodobých důsledků (APA, 2013).

Impulzivita u dětí s ADHD představuje tendenci jednat okamžitě a bezprostředně na určitý podnět. Chybí zde fáze rozmyšlení a zvážení rizik či následků jednání, dítěti chybí zábrany a může tak vytvářet potenciálně ohrožující situace jak pro něj samotné, tak i pro jeho okolí. Reakce bývají navíc často prudké a intenzivní (WHO, 2019; Jucovičová & Žáčková, 2015)

Impulzivita je u dětí s ADHD spojena s opožděným vývojem volních schopností, které souvisí se zráním CNS. Impulzivita se může projevovat také v oblasti komunikace jako skákání do řeči, náhlá změna tématu nebo vykřikování v hodině. Hyperaktivní děti často špatně snášejí, pokud nedojde k okamžitému uspokojení jejich přání a jsou velmi netrpělivé, což také souvisí s opožděným zráním CNS, a zjednodušeně bychom tak mohli říct, že se chovají jako věkově mladší děti (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Nepřiměřené reakce a neschopnost promýšlet důsledky mohou vést k riskantnímu chování. Hyperaktivní děti často budí dojem neposlušných nebo nevychovaných kvůli svému zvýšenému sklonu k hněvu a agresivním reakcím. Zároveň potřebují delší čas ke zklidnění, což jim může přinášet nepochopení ze stran autorit. Toto nepochopení a nesprávné vedení může v krajních případech vést až k antisociální a opoziční poruše chování (Uhlíř, 2020).

1.4 Další projevy ADHD

V další části uvádím některé další projevy syndromu ADHD, které sice nepatří mezi hlavní triádu symptomů, přesto jsou však důležité. V žádném případě se nejedná o konečný výčet všech projevů syndromu, ale shrnutí těch nejdůležitějších vzhledem k cílům práce.

- **Oblast kognitivních funkcí**

Nízká selektivita pozornosti způsobuje u dětí s ADHD mnohem dřívější zahlcení informacemi, než je tomu u dětí bez této poruchy. Obtíže s porozuměním podstaty předkládaných úkolů zase často souvisí s neustálým rozptylováním nevýznamnými podněty. Kapacita paměti je menší a zapomínání bývá spojeno s neschopností soustředit se na to podstatné (Uhlíř, 2020). Poruchy paměti se tak týkají především paměti krátkodobé, jejíž činnost je narušena v důsledku kolísání pozornosti dítěte. S tím souvisí také neadekvátní reakce na pokyny, které dítě dostalo, nebo časté ztracení věcí. Problematická bývá též schopnost rychlého vybavení informací z dlouhodobé paměti (Jucovičová & Žáčková, 2015).

- **Výkyvy emoční reaktivity**

Obecně bývá u dětí s ADHD častá nižší tolerance k zátěži, vysoká reaktivita a emoční labilita. Jednají afektivně, a to zejména v situacích, kdy jsou omezovány a nemohou dosáhnout okamžitého uspokojení. S tím souvisí problematický postoj ke školní práci a poruchy motivace zejména pokud se jedná o činnosti, které vyžadují vyvíjení dlouhodobého úsilí (Uhlíř, 2020).

Afektivní výbuchy sebou mohou nést riziko agresivních reakcí, což dítěti slouží jako ventil nahromaděného napětí. Neklidné děti se vyznačují vyšší úzkostností, vnitřním napětím a zesíleným pocitem ohrožení. V náročných situacích tak mají zvýšenou potřebu se bránit a útočit nebo se naopak chránit a situaci se vyhnout (Jopková et al., 2022; Jucovičová & Žáčková, 2013, Wolfdieter, 2013). Po situaci, kdy dítě zareagovalo afektivně i případně agresivně si mnohdy vůbec neuvědomuje, že udělalo něco nevhodného. Dítě to vnímá tak, že na svou reakci mělo právo, že se bránilo nebo ho někdo vyprovokoval. Někdy si nesprávnost své reakce sice uvědomuje, avšak není schopné ji změnit, pokud se situace opakuje (Jucovičová & Žáčková, 2015).

- **Nápadnosti v reakcích a sociální začlenění**

Netrpělivost, skákání do řeči, zhoršené sebeovládání a další charakteristiky mohou vést k problémům v sociálních interakcích a začlenění do kolektivu. Neadekvátní reakce, impulzivita a neschopnost dítěte dohlédnout následky svého jednání vedou ke konfliktům jak s vrstevníky, tak s dospělými. Dítě se často dostává do izolace a jeho postavení ve třídě bývá problematické. Opakovaný neúspěch v sociální rovině vede k nízkému sebehodnocení a sebedoceňování. Dítě se tak může stát obětí šikany, která je pro pedagoga v počátečních stádiích jen obtížně rozpoznatelná (Uhlíř, 2020).

Přestože mívají hyperaktivní děti tendenci reagovat přecitlivěle, mohou mít paradoxně sníženou schopnost empatie, což jim přináší v kontextu sociálního začleňování řadu problémů. Špatně odhadují, jaké chování se od nich očekává, co je vhodné a co ne. Mohou ostatním dětem nepřiměřeně vnucovat své přátelství a pak rychle a náhle ochladnout. Touží po přijetí, ale často to nedokáží dát najevo vhodným způsobem (Jucovičová & Žáčková, 2015).

- **Hyperfokus**

„Když se adolescenti, děti nebo dospělí s ADHD a ADD zajímají o určité téma, dokážou se extrémně soustředit a motivovaně se jím zabývat. Jakmile se o něco začnou zajímat, dokážou se danou věcí zabývat mnohem intenzivněji než člověk netrpící touto poruchou“ (Reimann-Höhn, 2018, s. 35).

Mohou tak vzbudit falešnou představu, že dosud svou nepozornost jen záměrně předstírali. Ačkoliv se může tento stav jevit na první pohled velmi přínosně, má i svá rizika. Takový člověk může zanedbávat vše ostatní, co je v životě důležité, jako např. školní povinnosti, kamarády či ostatní koníčky (Reimann-Höhn, 2018).

Hupfeld et al. (2019) dokonce navrhuje, aby byl fenomén hyperfocusu posuzován jako jeden z hlavních rysů ADHD a zmiňuje, že jeho zařazení mezi diagnostická kritéria by mohlo usnadnit diagnostiku ADHD v dospělosti nebo přispět k účinnější intervenci. Ve své studii se zabýval dospělými jedinci s ADHD a spolu s kolegy navrhl nástroj k hodnocení projevů hyperfocusu: *“Adult Hyperfocus Questionnaire”*. Testovali hypotézu, že projevy hyperfocusu jsou výraznější u osob s vysokou úrovní symptomatologie ADHD, kterou posuzovali pomocí dotazníku Connersové pro dospělé. Jejich výzkum hypotézu potvrdil.

2 Etiologie

Příčiny vzniku poruchy ADHD nejsou zatím zcela objasněny. Je však jisté, že neexistuje jedna univerzální příčina, která by predikovala rozvoj tohoto onemocnění, ale podílí se na něm celá řada faktorů (a někdy dokonce jejich kombinace), na které se budou následující podkapitoly zaměřovat podrobněji.

2.1 Dědičnost

Dědičné faktory mají za následek vrozené odchylky neurotransmitterových systémů (Hellerová & Uhlíková, 2003). Jsou nejčastěji uváděnou příčinou vzniku ADHD (až 60 %). To potvrzují jak výzkumy, tak i poznatky z praxe, kdy je hyperaktivní některý z rodičů či sourozenců a zároveň se ukazuje, že hyperaktivita se častěji dědí po mužské linii (Jucovičová & Žáčková, 2015).

V současnosti se předpokládá, že je ADHD polygenně podmíněná porucha. Je popsáno více než 30 genů dopaminového, noradrenalinového, serotoninového a GABA systému, které se mohou podílet na jejím vzniku, ale i na vzniku dalších komorbidních psychiatrických diagnóz vyskytujících se u dětí a mládeže (např. poruch chování a osobnosti, chronických anxiózních stavů aj.) (Hellerová & Uhlíková, 2003).

2.2 Perinatální komplikace

Riziko vzniku ADHD roste s nízkou porodní váhou (méně než 1500 g), avšak u většiny dětí porucha nevznikne. Hrozbu představují i některé infekční choroby (např. encefalitida) (APA, 2013).

Fetální hypoxie, spojená s porodem anebo přítomná v časném novorozeneckém období představuje rizikový faktor pro vznik poruchy pozornosti s hyperaktivitou a dalších poruch (např. PAS nebo schizofrenie) (Giannopoulou et al., 2018). Hypoxie může poškodit nezralé neurotransmitterové systémy, což znamená snížení dopaminergní a noredrenergní transmise. Tyto poruchy mohou být ještě umocněny dalšími těhotenskými komplikacemi matky, které mohou vést k hypoxii CNS plodu (např. vystavení plodu toxickým látkám včetně nikotinu a alkoholu). Důležitou roli přitom hraje specifická citlivost dané mozkové struktury na konkrétní toxin a období, ve kterém na plod působí. Kritickým obdobím jsou poslední tři měsíce nitroděložního vývoje, kdy probíhá proces vyžívání neuronů všech oblastí CNS (Hellerová & Uhlíková, 2003). Jeden z neurotoxinů, který může mít vliv na abnormální chování dětí, je

olovo. Některé studie také poukazují na souvislost mezi ADHD a vyšší hladinou olova v krvi (Daneshparvar, 2016).

Matky dětí s ADHD mají v anamnéze častěji kouření či požívání alkoholu během těhotenství. Zároveň však bylo zjištěno, že rodiče, kteří sami trpí ADHD, častěji kouří a užívají alkohol. Proto není zcela jasné, zda jde o přímý vliv toxinů nebo i zde hraje roli genetická komponenta (Ptáček & Ptáčková, 2018). Souvislost mezi kouřením tabáku a vznikem ADHD potvrzují mnohé studie (He et al., 2020). Kouření matek v těhotenství může zvyšovat riziko vzniku i dalších psychických poruch (deprese, bipolární poruchy nebo poruch chování) a také může souviset s kouřením cigaret u potomků, a to bez ohledu na přítomnost ADHD (Biederman et al., 2017).

2.3 Poruchy neurotransmise

U velké části dětí s ADHD byla prokázána snížena exkrece metabolitů katecholaminů, a to konkrétně dopaminu a noradrenalinu. C. Kortensky vyslovil katecholaminovou hypotézu hyperaktivity již v roce 1970. Jeho hypotéza se opírala o skutečnost, že stimulancia mají příznivý účinek v léčbě ADHD a zároveň zvyšují hladinu dopaminu a noradrenalinu v mozku. A skutečně byla jeho hypotéza později potvrzena moderními medicínskými postupy. Např. bylo pomocí metody SPECT u dětí s ADHD zjištěno zvýšené množství receptorů pro dopaminový transportér, kvůli kterým je zpětné vychytávání dopaminu zvýšené a následně je jeho dostupnost v synaptických štěrbinách snížena (Drtilková, Šerý et al., 2007).

Byla zjištěna hypoaktivita kortikálního dopaminergního systému v oblasti frontálního a prefrontálního laloku, které souvisejí se schopností organizovat a plánovat chování. Tyto oblasti jsou také důležité pro funkci kognitivních procesů (jako je pozornost nebo paměť). Novější studie také ukazují, že má v tomto kontextu význam fronto-cerebrální okruh, který se podílí na odhadování času (Stárková, 2016).

Zajímavou informaci přinesla studie z roku 2007, jejíž autoři porovnávali mozek 223 dětí s ADHD s mozkem stejného počtu dětí bez ADHD. Zjistili opoždění maturace mozkové kůry dětí s ADHD, které bylo nejvýraznější v prefrontálních oblastech, které se právě podílejí na pozornosti, pracovní paměti, motorické kontrole, schopnosti potlačit nevhodné reakce a myšlenky (Shaw et al., 2007).

3 Diagnostika ADHD

Nejčastěji je ADHD diagnostikováno po zahájení školní docházky (tedy po šestém roce) a opírá se o klinický nález a diagnostická kritéria dle DSM-V či MKN-10 (případně ICD-11). Diagnózu stanovuje dětský psychiatr s pomocí vyšetření klinického psychologa (Jochmannová, 2019). Nedílnou součástí je pozorování dítěte, zejména zaměřeno na posouzení rozdílů v soustředění na různý typ činnosti, kolísání pozornosti v čase aj. Důležité jsou i anamnestické údaje dítěte a rozhovor s rodiči. Je vhodné požádat rodiče, ale i učitele o vyplnění posuzovací škály zaměřené na chování dítěte včetně posouzení jeho pozornosti (např. škály Connersové). Mezi další metody, které se při vyšetření dítěte uplatňují, patří např. zkoušky Číselného čtverce, Eysenckův dotazník impulzivity či Wechslerův test inteligence (Svoboda et al., 2015). Závěrková (2018) upozorňuje, že by nemělo být opomenuto ani somatické vyšetření kvůli vyloučení organických příčin symptomů ADHD (např. trauma hlavy).

Prozatím platná MKN-10 (WHO, 1992) označuje symptomy ADHD souhrnně názvem Hyperkinetická porucha a zařazuje je do kategorie Poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. Zdůrazňuje především nadměrnou aktivitu a špatně ovládané chování v dětství s výraznou nepozorností (Stárková, 2016). Diagnostická kategorie Hyperkinetické poruchy (F90) je dle MKN-10 (WHO, 1992) členěna následujícím způsobem:

- F90.0 Porucha aktivity a pozornosti
- F90.1 Hyperkinetická porucha chování
- F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy
- F90.9 Hyperkinetická porucha NS

Hyperkinetické poruchy vznikají dle MKN-10 v prvních pěti letech života. Mezi hlavní kritéria pro diagnostiku poruchy řadí neschopnost vytrvat u činností vyžadující kognitivní aktivitu, špatnou organizaci a regulaci, společenské přestupky a tendenci k úrazům. MKN-10 dále upozorňuje, že nepozornost a hyperaktivita mohou být součástí úzkostných a depresivních poruch, které by z hlediska diagnostiky měly mít vždy přednost. Zároveň tak vylučuje některé komorbidity v podobě depresivních či úzkostných poruch nebo mánie (Ptáček et al., 2020; WHO, 1992). Hlavním problémem však je zařazení syndromu ADHD mezi specifické poruchy chování, což může vyvolat zásadní nepochopení podstaty této diagnózy ze strany veřejnosti. Zjednodušená interpretace na poruchu chování v praxi tak spíše vyvolává výchovně nápravné postupy než systematickou terapii (Jochmannová, 2021).

Porucha ADHD sice začíná v dětství, ale u více než poloviny případů přetrvává až do dospělosti. V dospělosti stejně jako v dětství může být zdrojem sociálních, emočních a vztahových problémů. Prvním zjevným příznakem bývá hyperaktivita, která se projevuje už v časném věku, deficit pozornosti bývá pozorovatelný později, a to zejména po nástupu do školy (Stárková, 2016).

Odborná psychiatrická veřejnost se tak více přiklání k pohledu DSM-V (APA, 2013), který zařazuje ADHD mezi neurovývojové poruchy a umožňuje její diagnostiku také v dospělosti, díky čemuž může být adekvátně léčena i v pozdějším věku. Pro stanovení diagnózy je nutné, aby byly u jedince přítomné příznaky nemoci před 12. rokem života. Posun hranice z původních 7 let je zejména proto, že pátrat retrospektivně po počátcích obtíží může být pro dospívající či dospělé pacienty obtížné (Stárková, 2016).

DSM-V (APA, 2013) tak přinesla zásadní změnu v chápání diagnózy ADHD a upozornila na fakt, že přechodem dítěte do dospělosti její symptomy nezmizí, ale vyvíjí se dále jen často v odlišné podobě (Ptáček et al., 2020).

3.1 Diagnostická kritéria dle DSM-V (APA, 2013):

Nepozornost

1. Nevěnuje plnou pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti.
2. Nedokáže udržet pozornost při plnění úkolu nebo při hře.
3. Často se zdá, že neposlouchá.
4. Často nesleduje instrukce a selhává v dokončení úkolu.
5. Má problémy s organizováním aktivit a úkolů.
6. Vyhýbá se úkolům vyžadujícím trvalé duševní úsilí, nemá je rád nebo se mu nechce je dělat.
7. Často ztrácí věci, které potřebuje.
8. Dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty.
9. Během denních aktivit je často zapomnětlivý.

Hyperaktivita a impulzivita

1. Často neklidně pohybuje nebo poklepává rukama či nohama nebo se vrtí na židli.
2. Často odchází z místa v situacích, kdy se očekává, že by měl sedět.
3. Často pobíhá nebo není schopen klidně sedět v situacích, kdy to není vhodné.
4. Často si nedokáže klidně hrát nebo se zapojit do volnočasových aktivit.

5. Je stále „v pohybu“, jako by byl „poháněn motorem“.
6. Často nadměrně mluví.
7. Často vyhrkne odpověď na otázku dřív, než byla dokončena.
8. Není schopen počkat, než přijde na řadu.
9. Často přerušuje nebo vyrušuje ostatní.

Pokud je v posledních šesti měsících a déle přítomno minimálně šest příznaků (u člověka ve věku 17 let a více se jedná o minimálně 5 příznaků) pouze z kategorie „nepozornost“ označujeme syndrom jako poruchu s převahou nepozornosti. Pokud je naplněno kritérium hyperaktivity a impulzivity, ale není naplněno kritérium pro nepozornost označuje se syndrom jako porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity. Jsou-li naplněny obě kritéria jedná se o kombinovanou poruchu (APA, 2013).

Mezi další podmínky pro diagnostiku ADHD patří přítomnost symptomů před 12. rokem života a projevy nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity ve více prostředích (např. doma i ve škole). Přítomnost příznaků ovlivňuje nebo snižuje kvalitu života v sociální, školní nebo pracovní oblasti a zároveň se příznaky nevyskytují výhradně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a jejich přítomnost nemůže být lépe vysvětlena jinou duševní nemocí, např. úzkostnou poruchou, poruchou osobnosti nebo intoxikací (APA, 2013).

DSM-V (APA, 2013) definuje také tři stupně ADHD podle míry závažnosti jejich symptomů: *mírná, střední a závažná*. Za zmínku stojí i nová kategorie *částečné remise*. Ta může být určena, pokud byla kritéria pro diagnostiku ADHD v minulosti zcela splněna a během posledních měsíců splněna částečně, avšak symptomy stále působí potíže v sociální oblasti nebo ve školním či pracovním fungování (Ptáček & Ptáčková, 2018).

3.2 ICD-11

Podle nového manuálu ICD-11 je porucha ADHD zařazena do kategorie neurovývojových poruch stejně jako v manuálu DSM-V (APA, 2013; WHO, 2019). Pro diagnostiku je nutné, aby symptomy nepozornosti anebo hyperaktivity a impulzivity přetrvávaly minimálně po dobu 6 měsíců. Tyto symptomy jsou patrné již před 12. rokem věku a mají přímý negativní dopad na školní, pracovní či sociální fungování člověka. Projevy nepozornosti anebo hyperaktivity a impulzivity musí být patrné v různých prostředích a situacích (doma, ve škole, u přátel atd.), ale mohou se mírně lišit v důsledku rozdílných požadavků okolí. Zároveň nejsou lépe vysvětlovány jinou poruchou ani důsledkem působení léku či jiné látky (WHO, 2019).

Nový manuál dělí poruchu pozornosti s hyperaktivitou (6A05) následovně:

- 6A05.0 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, převážně nepozorný
- 6A05.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, převážně hyperaktivně-impulzivní
- 6A05.2 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, kombinovaný
- 6A05.Y Porucha pozornosti s hyperaktivitou, jinak specifikovaný
- 6A05.Z Porucha pozornosti s hyperaktivitou, nespecifikovaný

Dále je v manuálu uvedeno, že porucha pozornosti s hyperaktivitou je obecně častější u mužů. U žen se častěji objevují příznaky nepozornosti, kdežto u mužů spíše příznaky hyperaktivity a impulzivity, a to zejména v mladším věku (WHO, 2019).

3.3 Diferenciální diagnostika a komorbidní diagnózy

Při diagnostice ADHD je nutné brát v potaz i další psychické obtíže, které mohou být součástí syndromu, jeho důsledkem nebo hlavním problémem. ADHD je potřeba odlišit od úzkostných poruch, poruch související s reakcí na stres, manických příznaků, schizofrenie, poruch autistického spektra, mentální retardace a dalších. Poruchu ADHD s komorbidní PAS připouští DSM-V, jehož předchozí verze tuto kombinaci vylučovaly. U dětí s prvotní diagnózou ADHD je tak diagnóza autismu často zpožděna a může být stanovena až po 6. roku života. Pozornost musíme také věnovat poruchám spánku, které se nevyhýbají ani dětským pacientům a projevují se poruchami koncentrace. Poruchy spánku je možné diagnostikovat na základě nočního EEG záznamu (Medřická et al., 2007, Stárková, 2016).

Mezi nejčastější komorbidity syndromu ADHD patří podle Dudové & Hrdličky (2003, citováno v Ptáček & Ptáčková, 2018):

- Porucha opozičního vzdoru (až 50 % případů)
- Porucha chování (30–50 %)
- Poruchy nálad (15–20 %)
- Úzkostné poruchy (20–25 %)
- Specifické poruchy učení (10–25 %)

Italská studie zaměřená na prevalenci komorbidit a efekt léčby u dětí a dospívajících s ADHD, uvádí, že z celkového počtu 1919 sledovaných subjektů mělo 34 % (650 dětí nebo dospívajících) pouze diagnózu ADHD a zbylých 66 % (1269) mělo alespoň jednu komorbidní psychiatrickou diagnózu. Z toho byla u 56 % zjištěna porucha učení, 23 % trpělo poruchami

spánku, u 20 % byla zjištěna porucha opozičního vzdoru a 12 % pacientů trpělo úzkostnými poruchami. Dále bylo zjištěno, že frekvence výskytu komorbidní diagnózy je vyšší u kombinovaného typu ADHD (Reale et al., 2017).

Uhlíř (2020) upozorňuje, že je nutné brát procentuální údaje o jednotlivých komorbiditách s rezervou, protože se u různých autorů liší. Sám kromě výše uvedených zmiňuje ještě somatická onemocnění, projevy deprese a asociální či delikventní chování jako další možné přidružené obtíže. Stárková (2016) dává ADHD do souvislosti s poruchami příjmu potravy a obezitou. Záchvatovité přejídání může souviset s impulzivitou, ale může mít jinou neurobiologickou souvislost.

3.4 Problémy diagnostiky

V anamnéze dítěte s ADHD může být přítomno zneužívání, zanedbávání či umístění do pěstounské péče (APA, 2013). U dětí, které byly vychovávány v ústavěch (anebo u dětí, které zažily trauma v podobě týrání, zanedbávání či zneužívání), je ve zvýšené míře zaznamenán deficit pozornosti anebo nadměrná aktivita a většinou se u nich projevují i příznaky poruchy přichylnosti. Jejich celkový projev se však od projevů dětí s ADHD odlišuje a může se tak jednat o důsledek deprivace, nikoli o poruchu samotnou (Ptáček & Ptáčková, 2018). Impulzivita, hyperaktivita a porucha pozornosti jsou v tomto případě důsledkem nedostatečné seberegulace, která se nemohla dostatečně rozvinout kvůli absenci kontaktu s primární pečující osobou. Nejde tak o neurovývojovou poruchu, ale spíše o nezralost regulačních funkcí (Jochmannová, 2021).

Jochmannová (2021) v tomto kontextu také upozorňuje na rozlišování mezi syndromem ADHD a PTSD (posttraumatické stresové poruchy) a dalších příbuzných kategorií, které souvisí s následky traumatu. Mezi některé symptomy společné oběma poruchám podle Malé (2003 citováno v Jochmannová, 2021) patří např. přecitlivělost, poruchy koncentrace pozornosti, obtíže s učením se novému, agresivita či hyperaktivita.

Při diagnostice ADHD je nutné také dávat pozor na rozlišení hyperaktivního dítěte a dítěte s nadáním. Vyrušování ve škole totiž může být známkou poruchy pozornosti, ale i následek nudy a nedostatečně podnětného prostředí. Jedním z ukazatelů mohou být situace, ve kterých dítě vyrušuje. Je třeba si všimnout, zda se toto chování objevuje jen v některých situacích nebo se na sebe snaží dítě strhnout pozornost neustále. Specifickým případem je nadané dítě s ADHD, jehož odhalení je o to složitější (Novotná, 2004).

Nadané děti s tzv. dvojitou výjimečností jsou jedna z rizikových skupin nadaných dětí kvůli ztíženým možnostem jejich identifikace. Kromě dětí s ADHD a ADD to mohou být nadané děti s tělesným handicapem, PAS či poruchami učení. Potíž je, že u těchto dětí bývá často identifikován pouze daný handicap anebo je díky nadání handicap kompenzován a dítě se tudíž jeví jako průměrné a uniká pozornosti učitelů. V takových případech není nadání dále rozvíjeno a zároveň se nepracuje na potížích, které dítě má (Švamberk Šauerová, 2022). Dvakrát výjimečné děti jsou v našem školství stále opomíjenou skupinou a zatím pro ně neexistují žádné speciální programy. Metody, které se používají k identifikaci dětí s nadáním, jsou standardizované na dětech bez obtíží a jejich použití je proto v tomto kontextu rovněž problematické a je nutné je nejprve speciálně modifikovat (Novotná, 2004). Správná diagnostika je proto základem pro volbu vhodného pedagogického přístupu. Nevhodné výchovné působení může v dětech vyvolat pocit bezmoci a následnou rezignaci (Švamberk Šauerová, 2022).

4 Léčba ADHD

V následující kapitole se budu věnovat léčbě ADHD u dětí. Zaměřím se jak na psychoterapii, tak na farmakoterapii. Příhodová (2011) uvádí, že nejlepších výsledků je dosahováno při součinnosti obou přístupů a zdůrazňuje, že je potřeba, aby léčba dítěte s ADHD byla komplexní a zaměřovala se nejen na něj, ale i na rodinné a školní prostředí. Péče o něj je tedy multidisciplinární, to znamená, že se na ní obvykle podílí lékaři (psychiatri, pediatři, neurologi), psycholog, speciální pedagog a další. Ptáček a Ptáčková (2018) zdůrazňují fakt, že v případě farmakologické léčby jde o léčbu symptomatickou. Vzhledem k současnému pohledu na ADHD jako na celoživotní poruchu je proto velmi důležitá také léčba nefarmakologická, protože celoživotní medikace zjevně není uspokojivým řešením.

4.1 Farmakoterapie

Hellerová a Uhlíková (2003) uvádějí, že ADHD ovlivňuje činnost různých neurotransmiterových systémů a v současnosti bohužel není možné přesně určit tyto změny u každého konkrétního pacienta. V budoucnu by poznání příčin a dynamiky neurotransmiterových změn mohlo přispět k výběru vhodné léčebné strategie a případně i psychofarmak. V současnosti se v léčbě uplatňují látky s různým mechanismem účinku:

- S dopaminergním působením (stimulancia)
- S noradrenergním účinkem (neuroleptika)
- Se serotoninergním účinkem (inhibitory reuptaku serotoninu SSRI)

Rozhodnutí o zahájení léčby pomocí psychofarmak je individuální a bere v úvahu závažnost příznaků, komorbidní onemocnění, ale nakonec záleží na rozhodnutí rodičů, zda budou s léčbou souhlasit (Příhodová, 2011). Pokud se pro užití farmak rozhodnou, mělo by být monitorování dítěte, průběžné vyhodnocování pozitivního efektu a případných nežádoucích účinků samozřejmostí (Orel, 2020).

4.1.1 Psychostimulancia

Psychostimulancia jsou látky působící na receptory CNS. Dochází zde ke zvýšení koncentrace dopaminu, noradrenalinu, případně i serotoninu v synaptické šterbině, čímž způsobují zvýšenou vigilitu vědomí. Dále dochází ke zvýšení imaginace, zrychlení myšlení a výbavnosti paměti, ovšem na úkor přesnosti, snížení pocitu únavy a chuti k jídlu. Stimulující účinek trvá několik hodin po požití léku. Psychostimulancia jsou indikována v léčbě

narkolepsie a dětské hyperkinetické poruchy s poruchou pozornosti, kde jsou považována za léky první volby (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

K léčbě poruchy ADHD je v České republice užíván metylfenidát, který je dostupný jako varianta s okamžitým (*Ritalin*) nebo postupným uvolňováním (*Concerta*). Působí na zpětné vychytávání noradrenalinu a dopaminu a má tak příznivý vliv na základní příznaky ADHD. Jeho užívání je možné vynechat během víkendu či prázdnin. Pozitivní účinek můžeme zaznamenat již po prvním týdnu užívání a pokud nedojde ke zlepšení do měsíce, měl by být lék vysazen (Dudová & Kocourková, 2013; Příhodová, 2011; Slíva, 2018). Podle Orla (2020) bychom měli hodnotit efekt léčby až po 4–6 týdnech pravidelného užívání.

Podávání stimulantů v předškolním věku se nedoporučuje (pokud nejsou příznaky ADHD příliš závažné) a obvykle se s jejich užíváním začíná až ve věku školním (Příhodová, 2011). Podávání metylfenidátu je obvykle ukončeno v pubertě. Jeho užívání v dospělosti je nutné pečlivě zvážit a nesmí se podávat při současném výskytu ADHD a deprese, bipolární poruchy, schizofrenie, anorexie, dalších psychických poruch a některých kardiovaskulárních či cerebrovaskulárních onemocnění. Dále se lék nesmí kombinovat s inhibitory monoaminoxidáz (MAO), které patří mezi antidepresiva, a není vhodná konzumace kofeinu, teinu a energetických nápojů (Orel, 2020).

Mezi možné nežádoucí účinky spojené s užíváním stimulantů patří nespavost, bolest hlavy nebo břicha, zvýšená plačtivost, nechutenství a následný úbytek na váze. Některé studie popisují růstovou retardaci, je proto vhodné sledovat během léčby váhu i výšku dítěte. Nebyl naopak prokázán vliv stimulantů na zhoršení pacientů s epilepsií ani na vznik tikové poruchy, i když může dojít k častější manifestaci, je-li porucha již přítomna, a proto se v tomto případě doporučuje spíše léčba atomoxetinem (Příhodová, 2011).

České studie zaměřené na vliv psychostimulantů na růst dítěte (na jeho výšku i hmotnost) uvádějí průměrné opoždění růstu o 1–2,5 cm oproti kontrolní skupině. Na tom, zda tento rozdíl přetrvává do dospělosti, neexistuje v odborné literatuře shoda. V jiné studii se ukázalo, že dětem, které vysazovaly léky na víkend (tzv. farmakologické prázdniny) nebo užívaly doplňky stravy ve formě nutridrinků, se dařilo váhově dohánět děti, které medikaci neužívaly (Ptáček, 2019; Waxmonsky et al., 2020).

4.1.2 Atomoxetin

Atomoxetin se používá k léčbě ADHD jako alternativa psychostimulantů. Selektivně inhibuje zpětné vychytávání noradrenalinu převážně na úrovni prefrontální kůry, a tak nachází

uplatnění nejen v léčbě ADHD, ale také třeba syndromu neklidných nohou. Jeho efekt se obvykle dostaví s odstupem několika dnů až týdnů, jeho efektivitu lze hodnotit až po 12 týdnech pravidelného užívání. Atomoxetin se stejně jako metylfenidát nesmí kombinovat s inhibitory monoaminoxidáz (IMAO) (Orel, 2020; Slíva, 2018).

Atomoxetin má při pravidelném užívání kontinuální efekt 24 hodin, dokáže tlumit příznaky ADHD i ve večerních hodinách a zkracuje délku usnutí. Je vhodný v případech ADHD s některými komorbidními onemocněními, u kterých by metylfenidát vhodný nebyl. Jedná se o poruchy opozičního vzdoru, anxiety a tikovou poruchu. Jeho užití je preferováno u pacientů s problémem s drogovou závislostí nebo s rizikem jejího rozvoje. Mezi možné nežádoucí účinky patří sucho v ústech, nespavost, nauzea, nechutenství a obstipace (Příhodová, 2011). Dále také zvýšení krevního tlaku, tepové frekvence a bolesti hlavy. Důležité je zmínit, že uvedené nežádoucí účinky se obvykle objevují jen na začátku léčby a v jejím průběhu zase mizí. O této skutečnosti spolu s pozitivním efektem, který se dostavuje až po několika týdnech, je nutné informovat rodiče i dítě a posilovat jejich pozitivní motivaci (Orel, 2020).

4.1.3 Antipsychotika (neuroleptika)

Antipsychotika (nebo jejich starší název neuroleptika) mají příznivý vliv na psychickou integraci. Primárně se používají k léčbě psychotických poruch, ale jejich uplatnění najdeme i v léčbě neklidu či agresivity. Nízké dávky Risperidonu, což je lék, který řadíme mezi atypická antipsychotika (antipsychotika druhé generace), mohou být také užívány v kombinaci s metylfenidátem jehož účinek je tím umocňován (Orel, 2020). Jeho užití se osvědčuje u pacientů s komorbidní poruchou chování (Příhodová, 2011).

4.1.4 Antidepresiva

K léčbě ADHD se tradičně používají tricyklická antidepresiva, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu nebo bupropion. Antidepresiva jsou často nasazována při komorbidní úzkosti, depresi nebo obsedantně-kompulzivní poruše. Tricyklická antidepresiva jsou nejstarší a patří do první generace antidepresiv, mohou mít nežádoucí účinky na kardiovaskulární systém (např. arytmie), proto se doporučuje vstupní vyšetření a průběžné sledování pacienta v průběhu léčby. Dnes se nejčastěji používají antidepresiva třetí generace, která blokují zpětné vychytávání serotoninu, noradrenalinu nebo dopaminu, čímž zvyšují jejich koncentraci v synaptické štěrbině. Bupropion, který patří mezi monocyklická antidepresiva, bývá doporučován jako alternativa stimulancií a atomoxetinu, ale jeho užívání není tak obvyklé (Orel, 2020; Příhodová, 2011).

4.2 Nefarmakologická léčba

V následující podkapitole se budu věnovat nefarmakologickým přístupům v terapii dítěte s ADHD. Nejdůležitější je pro léčbu samotná terapie, dále je možné využít relaxační techniky či metodu EEG biofeedback.

4.2.1 Terapie

Gavendová (2021) uvádí, že terapeutické postupy, které se ukázaly jako účinné v léčbě ADHD vycházejí z kognitivně-behaviorální terapie (KBT). „*Základem je precizní diagnostika aktuálních způsobů myšlení a chování, identifikace sebepodrávujících, zkrslých, dysfunkčních vzorců myšlení a chování. Následuje stanovení konkrétních, strukturovaných úkolů a postupů, jejichž cílem je změna myšlení a jednání (tedy nahrazení dysfunkčního funkčním),*“ (Orel, 2020, s. 372).

Dítě nebo dospívající je v terapii postupně veden k většímu pochopení sebe sama, svých reakcí a k větší sebekontrolě. Učí se chápat mezilidské vztahy, orientovat se v sociálních situacích a zlepšovat schopnost empatie. Také se učí vytvářet ve svém životě řád a systém, plánovat a je veden k dokončování úkolů. Cílem je naučit dítě adaptivním způsobům chování a jak může kontrolovat své projevy impulzivity a nepozornosti za pomoci různých technik. Mezi takové techniky patří např. modelování situací, hraní rolí nebo sebeinstruktáž. Mezi další formy terapie, které se při práci s dětmi s ADHD využívají, jsou např. rodinná nebo gestalt terapie. Terapie se zaměřuje jak na samotné děti, tak na jejich rodiče, učitele nebo v dospělém věku i na partnery. Individuální terapie by však (především u dětí v mladším věku) nebyla zdaleka dostačující, a je proto potřeba zavést režimové změny a změny výchovného vedení – hranice a důslednost (Jucovičová & Žáčková, 2015). Režimovými změnami mají autorky na mysli úpravu životního stylu a denního režimu, který má mít nějaký řád a má být, pokud možno, stabilní. Dále se rozvíjí schopnost odpočívat a relaxovat, spolu s dítětem hledáme vhodnou formu aktivního odpočinku (sport nebo jiný zájmový kroužek). Důraz je kladen také na stravovací návyky (Žáčková & Jucovičová, 2017a).

Jucovičová a Žáčková (2015) dále říkají, že jako účinná se jeví i skupinová forma terapie, která se může zaměřovat na rozvoj sociálních dovedností ve skupině vrstevníků (vrstevnické skupiny) nebo na vzájemné porozumění a zlepšení vztahu mezi dítětem a rodičem a sdílení zkušeností mezi rodiči (skupiny pro rodiče s dětmi).

4.2.2 Relaxační techniky

Při práci s hyperaktivními dětmi je vhodné využívat relaxační techniky a přínosná může být také metoda EEG biofeedbacku. Doporučuje se začít s krátkými relaxačními technikami, které jsou snadněji uchopitelné a zvládnutelné (Žáčková & Jucovičová, 2017a). Celková relaxace může napomáhat zmírnit psychické napětí, zvýšit odolnost vůči stresu i schopnost koncentrace (Orel, 2020).

4.2.3 Neurofeedback

Metoda EEG biofeedbacku (neurofeedback) je nefarmakologická a neinvazivní metoda, která slibuje léčbu bez vedlejších účinků a je určena pro posílení žádoucí aktivace neuronů. Vychází ze zásad operantního podmiňování a využívá mozkové plasticity. Účastníkovi terapie je snímána mozková aktivita, která se počítačově zpracovává a převádí se do grafické podoby. Tato okamžitá zpětná vazba může být ve formě hry (např. pohybující se autíčko). Klient se snaží hru hrát (např. pohybovat autíčkem žádoucím směrem a bez zadržování) tak, že optimalizuje hodnotu EEG aktivity, čímž je tato žádoucí aktivita posilována a on se učí autoregulaci. Pro zlepšení symptomů ADHD je třeba podstoupit přibližně 30–40 sezení v pravidelných intervalech, což může být časově i finančně náročné (Enriquez-Geppert et al., 2019; Orel, 2020). Léčba může být užitečná i pro děti s enurézou, balbuties či specifickými poruchami učení. Děti vykazovaly známky zlepšení po čtyřměsíčním tréninku s 20–30 sezeními (Ptáček et al., 2017).

5 ADHD v jednotlivých vývojových etapách

V následující kapitole charakterizují syndrom ADHD a jednotlivá vývojová období. Vývojové etapy jsou členěny podle autorů Langmeiera a Krejčířové (2006) a případně upraveny podle potřeb této práce. Období novorozenecké, kojenecké a batolecí jsem sloučila do jedné kapitoly, protože v tomto věku ještě nejsou projevy ADHD tolik patrné. Následuje předškolní a mladší školní období, období dospívání a dospělost. Rovněž do poslední kapitoly shrnuji časnou a střední dospělost. Z toho důvodu, že se ve své práci zabývám zejména dětským věkem a dospělost uvádím spíše pro zajímavost a celkové dokreslení fenoménu ADHD, neuvádím již pozdní dospělost a stáří jako další samostatné kapitoly.

ADHD je onemocnění, které se vyvíjí zároveň s vývojem dítěte. Představa, že dítě z ADHD jednoho dne vyroste, je dávno překonaným mýtem. U valné většiny případů se setkáváme se symptomy rovněž v adolescenci a u přibližně 60 % přetrvávají až do dospělosti, i když v pozměněné podobě. Rodiče těchto dětí jsou tak stavěni do nelehké situace a musí se vývoji svého dítěte neustále přizpůsobovat a hledat nové způsoby výchovy, protože některé ztrácejí s přibývajícím věkem dítěte na účinnosti (Goetz & Uhlíková, 2009).

5.1 Novorozenecké, kojenecké a batolecí období

Novorozenecké a následně kojenecké období jsou ohraničeny věkem 1 roku. Batolecí období, které bezprostředně navazuje, se vztahuje na druhý a třetí rok života dítěte. Dítě si v tomto období (mezi prvním a třetím rokem) začíná naplno uvědomovat svou autonomii, postupně se vyvíjí volní mechanismy a okolo třetího roku se začíná formovat vůle. Dítě tak zjišťuje, že se může samo pohybovat, něco vzít a zahodit, něco odmítnout a tato nově nabitá samostatnost se může projevat občasným násilným vymáháním a sebeprosazováním („já chci, já sám“). Z toho důvodu je toto období označováno jako období prvního vzdoru či fáze negativismu (Langmeier & Krejčířová, 2006; Žáčková & Jucovičová, 2017a).

Přestože bývá syndrom ADHD typicky diagnostikován až na základní škole, výzkumy naznačují, že většina dětí vykazuje symptomy již v batolecím věku. Včasná identifikace poruchy a intervence může podstatně zlepšit její prognózu. Obecně můžeme říci, že struktura příznaků u batolat je podobná jako u starších dětí (Brown & Harvey, 2019). Je však nutné příznaky pečlivě posuzovat, aby nebyly zaměněny za přirozené projevy dítěte daného věku.

Dokonce již v novorozeneckém nebo kojeneckém období můžeme u dítěte s ADHD pozorovat výraznější poruchy biorytmu spánku a bdění, které přetrvávají déle, než je běžné

a zvýšenou plačtivost, dráždivost a neklid. Můžou se objevit i stravovací obtíže. V batolecím období dítě vyžaduje prakticky neustálou pozornost, ale u žádné činnosti dlouho nevydrží a stále vyhledává nové a nové podněty. Typický je pro hyperaktivní děti nerovnoměrný motorický vývoj. Některé děti ho mají urychlený, mohou přeskočit některé vývojové fáze (např. lezení) a začínají velmi brzy chodit. Naopak jiné mají motorický vývoj opožděný a začínají chodit až po 13. měsíci věku. Hyperaktivita se projevuje celkovou zvýšenou motorickou aktivitou, což sebou nese vyšší riziko úrazů (Pokorná, 2015; Žáčková & Jucovičová, 2017a).

5.2 Předškolní období

Období předškolní můžeme označit také jako „věk mateřské školy,“ ale nesmíme zapomínat, že spousta dětí do školky nechodí a hlavním základem zůstává rodinná výchova, na které může mateřská škola stavět a dítě dále rozvíjet. Období končí nástupem dítěte do školy (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Nadměrná aktivita a projevy nepozornosti nejsou u předškolních dětí ničím výjimečným a jejich výskyt mezi třetím a čtvrtým rokem ještě neznamená, že budou přetrvávat i do budoucna. Ve většině případů dojde ke zlepšení do 6 měsíců až 1 roku. Dítě, které ADHD opravdu má, se projevuje velmi živě, neustále po něčem šplhá a vyžaduje pozornost, kterou je těžké uspokojit. Projevuje se taky zvýšenou náladovostí a má sklony k podrážděnosti a vzteku. Problém nastává, když se dítě ocitne v kolektivu, kde tyto potíže jen gradují (Goetz & Uhlíková, 2009).

Dítě se v tomto věku učí vyjadřovat své pocity a zacházet s nimi. Dítě s ADHD má však tuto cestu oproti běžným dětem o něco ztíženou. Všimnout si svých pocitů je pro něho těžší kvůli narušené pozornosti. Rodiče dítěte, kteří sami nevědí, jak s negativními emocemi nakládat, to budou těžko učit své dítě. Doporučení, která jim pak dávají („kluci přece nebrečí, to nic není, slib, že už to neuděláš“), vyvolávají v dítěti jen další chaos (Škrdlíková, 2015).

5.3 Mladší školní období

Mladší školní období začíná nástupem dítěte do školy, to je ve věku 6 až 7 let, a končí prvními známkami pohlavního dospívání, tedy věkem 11 až 12 let (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Nástup do školy je pro dítě s ADHD velkou změnou a klade na něj vysoké nároky. Musí se najednou přizpůsobit řadě pravidel a omezení, na které dosud nebylo zvyklé jako např. spolupracovat s ostatními, sedět celou hodinu v klidu, dávat pozor a poslouchat, co učitel říká

a plnit jeho pokyny. V tomto období také dochází k rozvoji schopnosti navazovat přátelské vztahy s vrstevníky, ale řada dětí s ADHD je kolektivem odmítána. Mohou být pro své okolí nepředvídatelné a jejich chování se jim jeví jako nesmyslné a buď se jim okolí přizpůsobí, nebo častěji o něj ztratí zájem. Impulzivita, která se může projevit jako odcizování věcí nebo skákání do řeči, často působí nevhodně. Nižší citová vyzrálost vede k tomu, že mají jejich pocity okamžitou odezvu v chování. Snadno se vyprovokují k pláči nebo vzteku, mívají zdánlivě bezdůvodně špatnou náladu, a to může být pro okolí nepochopitelné, ale i směšné. Děti s ADHD mohou působit i panovačně, protože mají často problém s nasloucháním a rády určují pravidla hry. Bývají tak častěji terčem šikany, což se spolu s odmítáním podepisuje na jejich sebehodnocení. V některých případech si dítě snaží získat náklonnost zcela nevhodnými způsoby jako je podbízení nebo naopak opoziční chování a agresivita (Goetz & Uhlíková, 2009; Steer & Horstmann, 2022).

5.4 Dospívání

Podle biologického vymezení začíná období dospívání prvními známkami pohlavního zrání (obvykle mezi 11 a 12 lety) a končí až ve věku 22 let, kdy je dosažena plná reprodukční zralost. Z důvodu značných rozdílů mezi dítětem na začátku období a dospělým na jeho konci je období ještě dále členěno na období pubescence a adolescence, přičemž období pubescence má 2 fáze, a to fázi prepuberty a fázi vlastní puberty (Langmeier & Krejčířová, 2006).

U hyperaktivních dětí dochází ke zmírnění projevů psychomotorického neklidu (vydrží již sedět v klidu na židli, ale stále si hrají třeba s tužkou), naopak u dětí hypoaktivních dochází k nárůstu aktivity a jejich tempo se mírně zrychluje. Je to způsobeno dozráváním centrální nervové soustavy a částečným vyrovnáváním procesů vzruchu a útlumu (Jucovičová & Žáčková, 2017b).

„Adolescenti s ADHD a ADD extrémně podléhají vnějším vlivům a jejich pozornost se velice snadno rozptýlí. Jejich absence sebeovládání způsobuje, že okamžitě reagují na každý podnět a vysloví i letmé myšlenky dřív, než si uvědomí jejich dopad“ (Reimann-Höhn, 2018, s. 31).

Tato impulzivita jim často působí potíže v sociálních vztazích, protože se může stát, že někoho urazí, aniž by si to uvědomili. Adolescent s ADHD zpravidla nepostřehne, že jeho chování vzbudilo negativní odezvu a dávno už přemýšlí o něčem jiném. Impulzivita tak může vést i k vyloučení ze sociální skupiny nebo rozpadu přátelství. Mezi její další rizika v současnosti patří bezmyšlenkovité umístování obsahu na sociální sítě, aniž by si adolescent

uvědomoval jeho potenciální dopad. Celkově je jednání bez schopnosti dohlédnout následky pro adolescenci typické (Reimann-Höhn, 2018).

Adolescence obecně zahrnuje provokující chování a odpor vůči autoritám, které jsou vcelku normální součástí tohoto období. Prevence v oblastech, které se týkají alkoholu, návykových látek a rizikového sexuálního chování, proto nejsou užitečné jen pro adolescenty s ADHD. Pravdou však je, že adolescenti s ADHD jsou k těmto jevům náchylnější (Goetz & Uhlíková, 2009).

Potíže se začleněním do kolektivu mohou v adolescenci přetrvávat a může selhávat i ve školním výkonu (58 % dospívajících si alespoň jednou zopakuje ročník). Adolescent s ADHD není tolik připraven zvládat zodpovědnost, která plyne z nabyté samostatnosti jako jeho vrstevníci (Goetz & Uhlíková, 2009).

5.5 Dospělost

Časná dospělost trvá od 20 let do 25–30 let a jedná se o přechodové období mezi adolescencí a plnou dospělostí. Střední dospělost, která následuje, je pak vymezena horní hranicí 45 let a na ni ještě navazuje dospělost pozdní a stáří (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Znaky ADHD většinou s věkem ustupují a mění se. Častěji ustupují příznaky hyperaktivity a impulzivity (70 %) a méně často defekt pozornosti (40 %). Hyperaktivita se v dospělosti projevuje jako určitý vnitřní pocit neklidu anebo potřeba neustále vykonávat nějakou činnost. Impulzivita může vést (stejně jako v adolescenci) ke zvýšenému riziku abúzu drog a rizikovému sexuálnímu chování. Nepozornost se pak projevuje roztržitostí, sníženou schopností efektivně plánovat a nakládat s časem. Emoční impulzivita a narušená emoční seberegulace, které patří v současnosti mezi jádrové příznaky ADHD, se u dospělého člověka objevují stejně často jako porucha pozornosti. Projevují se netrpělivostí, nízkou frustrační tolerancí, emoční labilitou a impulzivitou a výbuchy vzteku. Typický dospělý pacient s ADHD je i po 30. roce života stále „neusazený“. Může střídat zaměstnání a stejně tak vztahy, trpí chronickými potížemi se spánkem. Nedokáže naslouchat a koncentrovat svou pozornost při rozhovoru, často prokrastinuje a dělá iracionální rozhodnutí. Pacienti s ADHD jsou náchylnější ke kriminálním deliktům a ve srovnání se stejně starou skupinou bývají častěji zatčeni (Masopust et al., 2014).

Většina pacientů, kterým nebylo ADHD diagnostikováno v dětství, není léčena. Výjimku tvoří pacienti s komorbidní psychiatrickou diagnózou (depresivní, úzkostná nebo bipolární

porucha) anebo pacienti léčící se ze závislosti na alkoholu nebo drogách. Na druhou stranu mohou uvedené komorbidity zcela zakrýt původní symptomatiku ADHD (Paclt, 2007).

Weissenberger et al. (2018) provedli v České republice studii, která zkoumala příznaky ADHD u dospělých participantů bez ohledu na diagnózu z hlediska jejich intenzity a s tím spojeného životního stylu. Symptomatika ADHD byla posuzována dotazníkem Adult ADHD Self-Report scale (ASRS-v1.1). Z celkového vzorku 1012 participantů mělo 3,4 % vysokou symptomatiku ADHD a většina z nich hodnotila svůj životní styl jako nezdravý. Byla zjištěna vyšší míra konzumace konopí a celkově méně kvalitní strava (včetně zvýšené míry konzumace sladkostí), ale na druhou stranu i zvýšená fyzická aktivita či cvičení.

6 Principy výchovy dítěte s ADHD

V následující kapitole uvedu obecné principy výchovy dítěte s ADHD v rodině a ve škole. Chtěla bych zdůraznit, že se jedná o doporučení pro výchovu dítěte, proto některé principy, které zde budu uvádět, mohou být pro adolescenta nefunkční nebo funkční v modifikované podobě. Dále bych chtěla uvést, že následující výchovné principy platí nejen pro děti s ADHD, ale mohou být uplatněny i v obecné rovině.

Ačkoliv jsou projevy syndromu ADHD z velké části vrozené a dítě je zpočátku nedokáže vůbec ovládat, přesto se může podařit jeho chování ovlivnit a do jisté míry korigovat vhodně zvolenými výchovnými postupy. Cílem rodiče anebo vychovatele je zajistit, aby se chování dítěte stalo přijatelným, ale zároveň ho nezasadit nepřiměřenými nároky (Jucovičová & Žáčková, 2017b).

6.1 Principy výchovy v rodině

Tato podkapitola se věnuje principům výchovy dítěte s ADHD v rodině. Ačkoliv je v mnoha ohledech výchova hyperaktivního dítěte podobná výchově jakéhokoliv jiného dítěte, existují i určitá specifika, která je vhodné do výchovy zařadit, protože mohou být užitečná jak pro dítě, tak pro rodiče nebo další osoby podílející se na péči o něj.

- **Milující prostředí**

Na prvním místě je pro každé dítě milující a přijímající rodinné prostředí. Dítě potřebuje vědět, že ho rodič bezpodmínečně miluje a podporuje, i když se někdy zlobí. Dítě se snaží, jak nejlépe umí a často je to pro něj stejně těžké jako pro rodiče. Touží po ocenění a chce být přijímané a milované takové, jaké je. Pak je třeba, aby se rodič naučil mít pod kontrolou vlastní emoce a pracovat na sebeovládání, aby to pak mohl učit i své dítě. Klidný a vyrovnaný přístup se na dítě přenáší stejně jako nervozita a afektivní jednání, proto by se měl snažit jednat laskavě a pokud možno s klidem i v situacích, které mu působí zlost (Jucovičová & Žáčková, 2017b; Saline, 2019).

- **Stabilita a důslednost**

Dítě s ADHD má v sobě často určitý vnitřní chaos a potřebuje tak jasně vymezené hranice a pevný řád. Mělo by si zvyknout na pravidelný režim dne a určitý stereotyp či rituály, což mu může přinést pocit jistoty. Pravidla, i to co se od něj očekává, potřebuje mít vymezená jasně a srozumitelně, aby bylo zřejmé, když dojde k jejich porušení. Vágní formulace typu „nezlob“

nebo „bud' hodný“ nebudou mít nijak valný efekt. Důslednost ve výchově je další důležitou komponentou, ale nelze ji chápat jako tvrdost nebo nemožnost kompromisu a dohody. Znamená to, že když dítěti rodič něco zakáže, měl by si za svým rozhodnutím stát, protože tím v dítěti vyvolá pocit jistoty. Pokud by něco zakázal a posléze povolil, bude z toho dítě zmatené a nebude vědět, co tedy platí a co ne (Jucovičová & Žáčková, 2017b).

- **Externalizace času**

Jedním z projevů ADHD může být problém s chápáním času a s jeho odhadováním. Pokud má dítě na nějaký úkol omezený časový limit, je pro něj důležité, aby mělo čas (hodiny) viditelně před sebou nebo aby mu bylo opakovaně připomínáno, kolik času zbývá (Goetz & Uhlíková, 2009). U úkolů, které vyžadují delší časový interval, je dobré rozdělit zadání do kratších denních kroků, aby se nestalo, že dítě úkol nechá na poslední chvíli (Barkley, 2020).

Osoby s ADHD volí při posuzování situace, která obsahuje motivační konflikt (okamžité uspokojení nebo z dlouhodobého hlediska přijatelné řešení), signifikantně častěji raději uspokojení momentálního přání. Zaměření na přítomnost se právě projevuje preferováním aktuálních událostí před budoucími plány (Smetáčková et al., 2023).

Stejně užitečné je zviditelnit důležité informace, pravidla nebo problém. V praxi se může jednat např. o kartičky s napsanými nebo nakreslenými pravidly (Goetz & Uhlíková, 2009). Vždy volíme způsob, který je adekvátní věku dítěte a kterému rozumí.

- **Hodnocení a zpětná vazba**

Zpětná vazba je takové hodnocení, které se přímo dotýká toho, kdo jej říká. Vyjadřujeme tak svůj vlastní pocit a měla by proto být formulována v první osobě (např. *nelíbí se mi, že...* nebo *chtěl/a bych ocenit, že...*). Čím bezprostředněji po dané situaci bude zpětná vazba dítěti poskytnuta, tím účinnější bude, ať už se jedná o jakýkoliv její typ (pozitivní nebo negativní). Pozitivní zpětná vazba může mít podobu pochvaly, komplimentu nebo i fyzického pohlázení s tím, že konkrétně formulujeme, co dítě udělalo, že je takto hodnoceno. V některých případech také získání nějakého privilegia, nebo naopak jeho ztráta jako důsledek nepřijatelného chování. Zpětná vazba by měla být dítěti sdělována klidně a srozumitelně tak, aby jí dítě rozumělo (Barkley, 2020; Goetz & Uhlíková, 2009).

Je v pořádku dát dítěti najevo, že se nám nelíbí, když porušuje nějaké pravidlo (Goetz & Uhlíková, 2009). Ale pokud dítě nechápe, proč byla sankce použita a vnímá ji jako nespravedlnost, může do budoucna zcela rezignovat na možnost ovlivnit, zda bude potrestáno,

či pochváleno. V krajním případě může ze strany dítěte dojít až k úplnému ignorování norem. Důležité je také zmínit, že dítě s ADHD není schopno se plně poučit ze zkušenosti (Uhlíř, 2020).

- **Nezapomínat na sebe**

Hyperaktivní dítě je neustále v pohybu a rodič nebo vychovatel je tak nucen být stále ve střehu a dávat pozor na to, aby se mu nic nestalo. Výchova dítěte s ADHD je náročná a psychicky i fyzicky vyčerpávající, proto je přirozené, že se mohou v rodiči nahromadit nelibé pocity vůči dítěti. Důležité je, aby v tom rodič nebyl sám a měl možnost svěřit na chvíli dítě do péče někoho jiného (např. babičky, dědy nebo partnera). Je samozřejmě možné zařadit dítě do mateřské školy, a to ze začátku alespoň na část dne, protože mu bude pravděpodobně trvat déle přizpůsobit se tavnímu režimu. Velkou výhodou je přítomnost asistenta pedagoga, zvláště pokud je ve školce hyperaktivních dětí více (Klégrová, 2004).

6.2 Principy výchovy ve škole

Přístup k dítěti doma je samozřejmě velmi důležitý, ale neméně důležitý je i přístup ve škole. Mít ve třídě hyperaktivní dítě (nebo děti) je jistě velmi náročné a vyčerpávající, a o to víc když se nedaří spolupráce s rodinou, která je tak důležitá. Někdy však naopak rodič narazí ve škole na nepochopení a odsuzování dítěte jako neposlušné, nevychované a nevládnutelné (Jucovičová & Žáčková, 2015). Spolupráce učitelů a rodičů přitom není všechno a měli bychom se zaměřit i na vrstevníky, se kterými přichází dítě do styku. Hlavním cílem je samozřejmě úprava chování dítěte, ale než se nám to podaří, je potřeba změnit i podmínky, ve kterých žije, abychom minimalizovali negativní podněty, které u dítěte nežádoucí chování spouštějí. Chování dítěte je totiž výsledkem jeho osobnostních charakteristik, získaných vzorců, ale i odpovědí na podněty z prostředí a chování rodičů nebo vrstevníků (Zelinková, 2015).

V závislosti na typu poruchy může být pro dítě ve školním prostředí obtížné začít s úlohou, soustředit se na zadání a neustálé změny ho ruší v činnosti. Jiný žák s poruchou pozornosti naopak častější změnu činnosti uvítá, protože mu pomáhá, aby neztratil pozornost. Rychlá ztráta koncentrace je typická především pro děti, u kterých se setkáváme také s impulzivitou, ale nemusí to být pravidlem (Švamberk Šauerová, 2022). Proto je důležité mít na paměti, že přístup k žákovi s ADHD by měl být především individuální a nelze ho přesně předem definovat.

- **Pohyb a odpočinek**

Dítěti s ADHD by mělo být ve škole umožněno pohybové uvolnění, a to i v průběhu vyučování podle jeho potřeb. Můžeme nechat dítě, aby mačkalo antistresový míček, gumový kroužek nebo využil gymnastický míč. Účinné také bývá nechat dítě smazat tabuli nebo rozdat sešity, aby mohlo na chvíli změnit svou pracovní polohu (Jucovičová & Žáčková, 2015).

- **Pozitivní posilování, zpětná vazba**

Pochvala by měla následovat ihned po splnění úkolu a vede ke zpevnění žádoucího chování. Zpětnou vazbu bychom dítěti měli dát až zadaný úkol dokončí, abychom ho zbytečně nerušili a neodváděli jeho pozornost od práce. Pokud chceme dítě upozornit na chybu, musíme to udělat citlivě, v prostředí vzájemné důvěry a musíme připojit i doporučení, jak se může chyb vyvarovat (Zelinková, 2015).

- **Instrukce a pokyny**

Než dítěti zadáme úkol, je potřeba upoutat jeho pozornost (např. změnou intonace, oslovením). Když úkol zadáváme, udržujeme oční kontakt a snažíme se ho nezahrnout příliš mnoha informacemi. Používáme krátké věty, pauzy, zdůrazníme to, co je podstatné a dáme dítěti dostatek času, aby mohlo informace vstřebat. Můžeme ho také požádat, aby instrukce zopakoval, a tak mít jistotu, že rozumělo, co po něm chceme. Pokyny rozdělíme do několika jasných kroků, které by měly být seřazeny podle obtížnosti od těch nejjednodušších (Steer & Horstmann, 2022; Zelinková, 2015).

- **Jednoznačné mantinely**

Jednoznačná a pevně nastavená pravidla přispívají k pocitu bezpečí. Hranice musí být pevně dané, a hlavně srozumitelné pro dítě. To znamená, že dítě ví, co se od něho očekává a taky, kdy pravidla překračuje. Aby dítě pravidla dodržovalo, je nutné, aby je přijalo za své. Tomu se dá napomoci, pokud vytvoříme pravidla společně s dětmi. Měla by být formulována stručně, konkrétně a pozitivně (tedy např. „ve třídě mluvíme slušně“, místo „nemluvíme sprostě“). Vytvořená pravidla děti společně odsouhlasí a zároveň se s nimi můžeme domluvit na důsledcích jejich porušení. Nakonec je vyvěsíme na dobře viditelném místě. Pokud dítě pravidla poruší a je káráno, musí vědět, že náš vztah k němu se nezměnil a že to neznámá, že už ho nemáme rádi, jen se nám nelíbí, co udělalo. Důslednost učitele při vyžadování dodržování pravidel může být zpočátku náročná, ale rozhodně se vyplatí, protože postupně vede ke zvnitřnění norem (Vlasatá et al., 2013; Zelinková, 2015).

6.2.1 Legislativní rámec

Žák s ADHD je považován za žáka se speciálními vzdělávacími potřebami (Kendíková, 2019). Zajištění vhodné péče pro něho ve školním prostředí není tak jen otázkou dobré vůle učitele a jeho svědomí, ale i povinnost, která vyplývá z legislativy (Jucovičová & Žáčková, 2015). Konkrétně jde o zákon č. 82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a některé další zákony. Zákon se mimo jiné zabývá postavením žáka se speciálními potřebami, kterého v §16, odst. 1 definuje takto: „*osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.*“ Podpůrná opatření škola žákovi poskytuje bezplatně a patří mezi ně např. i asistent pedagoga. Podpůrná opatření prvního stupně může škola poskytnout žákovi i bez doporučení školského poradenského zařízení, druhý až pátý stupeň lze pouze s doporučením (Zákon č. 82/2015 Sb.).

Dalším důležitým dokumentem je vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Ta upravuje pravidla vzdělávání těchto žáků a dokonce uvádí, že by mělo být přihlíženo k vyjádření žáka, které se týká jeho vzdělávání s ohledem na věk a vývojový stupeň. Vyhláška dále přináší přehled podpůrných opatření (vyhláška č. 27/2016 Sb.).

Škola vypracovává pro žáka každý rok individuální vzdělávací plán (IVP) na základě žádosti zákonného zástupce, který se na něm může také podílet. Rodič jej pak stvrdí svým podpisem. Školské poradenské zařízení by mělo celou situaci průběžně sledovat a jednou ročně plán a jeho dodržování vyhodnotit a v případě nedodržování informovat ředitele školy. Plán je závazným dokumentem pro naplňování speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, ale je možné ho v průběhu roku ještě měnit a upravovat (Kendíková, 2019; Jucovičová & Žáčková, 2017b).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

V teoretické části byl charakterizován syndrom ADHD, jeho diagnostika a jednotlivé projevy. Cílem této části bylo doložit, jak složitá problematika ADHD je a do kolika oblastí života může zasahovat. Vzhledem k cílům práce se zaměřovala převážně na dětskou populaci. V závěru byly uvedeny výchovné postupy, které se při práci s hyperaktivními dětmi jeví jako účinné.

Výzkumný problém, kterým se práce zabývá a který se také odráží v jejím názvu, se týká vnímání syndromu ADHD dětmi s touto diagnózou. Otázka je důležitá proto, že při práci s dětmi jde především o jejich potřeby a na ty se právě práce zaměřuje. Výzkumná část se zabývá celkovou informovaností dětí o syndromu ADHD a tím, co si o něm vlastně myslí. Dále se práce snaží zjistit, jaká témata se v souvislosti ADHD dětem jeví jako podstatná.

Výzkumné cíle jsou:

- 1) Zjistit, jak jsou děti s diagnózou ADHD informovány o tomto syndromu.
- 2) Popsat, jaké symptomy na sobě děti pozorují.
- 3) Zjistit, jak děti vnímají případnou medikaci.
- 4) Ověřit, zda děti vnímají nějaká negativa a pozitiva pojící se s ADHD.
- 5) Zjistit, co dětem pomáhá zvládat projevy syndromu ADHD.

Na základě výzkumných cílů byly stanoveny následující **výzkumné otázky**:

VO1: Jak jsou děti s diagnózou ADHD informovány o tomto syndromu?

Co skutečně děti ví o syndromu, jehož název pravděpodobně pravidelně slychají ve škole, doma i jinde. Vysvětlil jim někdo, co znamená?

VO2: Jaké symptomy samy na sobě pozorují?

Co konkrétně děti považují za projevy ADHD a s čím vším se domnívají, že porucha souvisí.

VO3: Jak vnímají případnou medikaci?

Otázka medikace byla klíčová, protože právě ta mě k celému výzkumu přivedla. Nejprve bylo důležité zjistit, zda dítě léky na ADHD vůbec užívá. Potom mě zajímalo, jaký lék

dítě konkrétně bere a zda zná jeho název. Následně jsem zjišťovala, jak lék na dítě působí a jak vnímá jeho účinky.

VO4: Jaká negativa pojmí se se syndromem vnímají?

Smyslem této otázky bylo zjistit, jestli děti trápí něco, co s ADHD souvisí nebo něco, o čem se domnívají, že s ním souvisí.

VO5: Jaká pozitiva pojmí se se syndromem vnímají?

Nakonec jsem chtěla zjistit, zda si děti myslí, že může být něco dobrého na tom, že mají ADHD. Chtěla jsem vědět, zda o takové možnosti vůbec někdy uvažovaly a zároveň zakončit rozhovor povzbudivě.

VO6: Co pomáhá dětem zvládat projevy syndromu ADHD?

Otázku týkající se zvládacích strategií jsem zařadila později při sestavování otázek do rozhovoru. Zajímalo mě, zda děti mají něco, co jim pomáhá zvládat projevy syndromu. Zda jsou tyto strategie účinné a adaptivní.

Nad rámec těchto dílčích cílů, si práce klade za cíl identifikovat témata, která se v rozhovorech s dětmi nejčastěji objevují. Témata, která jsou pro děti důležitá nebo se v rozhovorech opakují, mohou posloužit jako inspirace pro pracovníky organizace, kde byla realizována převážná část rozhovorů. Spolupráce s organizací je charakterizována podrobněji níže, avšak kvůli zachování anonymity není její název v práci zmíněn. Potencionální nově se vynořující témata by tak mohla posloužit jako námět pro příští skupiny pro děti s ADHD.

8 Metodologický rámec výzkumu

Vzhledem k tomu, že cílem práce je lepší porozumění syndromu ADHD z pohledu dětí, které tímto syndromem trpí, zvolila jsem kvalitativní design výzkumu. Kvalitativní výzkum mi umožnil hlubší vhled do problematiky, doptávat se na případné detaily přímo v průběhu rozhovoru a přímý kontakt s respondenty. Kvalitativní design výzkumu mimo to umožňuje modifikovat nebo doplňovat výzkumné otázky v průběhu výzkumu. Výzkumník je v roli detektiva a vyhledává a analyzuje všechny informace, které by mohly přispět k osvětlení výzkumných otázek (Hendl, 2016).

Metodou sběru dat bylo polostrukturované (semistrukturované) interview, ze kterého jsem se souhlasem dítěte i jeho zákonného zástupce pořídila hlasový záznam. Tento typ rozhovoru mi umožnil vytvořit určitou kostru rozhovoru (tzv. jádro interview), která vycházela z výzkumných otázek a zároveň mi dovoľoval, abych mohla pružně reagovat a měnit pořadí otázek podle aktuální situace (Miovský, 2006).

Základem analýzy dat byl rozbor rozhovorů pomocí tematické analýzy. Hendl (2016, s. 264) definuje tematickou analýzu jako: „*proces identifikace datových vzorců, datových konfigurací a témat v kvalitativních datech.*“ Pro tuto metodu jsem se rozhodla, protože si myslím, že nejlépe odpovídá cílům výzkumu a pomohla mi identifikovat témata, která se v rozhovorech objevovala nejčastěji. Hendl (2016) také zmiňuje, že tematická analýza je určitým základem kvalitativní analýzy a je vhodná, pokud se naše výzkumné otázky týkají zkušeností nebo názorů člověka.

8.1 Výzkumný soubor

Při hledání respondentů do výzkumu jsem využila předchozí spolupráce s organizací, která se (mimo jiné) zabývá péčí o děti s ADHD. Konkrétně jde o organizaci podpůrných skupin a letního tábora, jejichž hlavní cílovou skupinou jsou děti s ADHD a ADD. Služby mohou využít rovněž děti s PAS, úzkostmi, obtížemi se začleněním do kolektivu atp.

Respondenty do výzkumu jsem získala záměrným (účelovým) výběrem přes instituci, který je podle Miovského (2006, s. 138) „*metodou, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá.*“ Miovský (2006) dále upozorňuje, že tento typ výběru může představovat jen určitou část spektra z dané cílové skupiny, což sebou nese riziko zkreslení. Tento nedostatek si uvědomuji a budu ho ještě více reflektovat v diskusi. Získat děti s diagnózou ADHD do výzkumu bylo pro mě snazší touto

cestou než získávání respondentů jinými způsoby, např. kontaktováním školních psychologů nebo využitím sociálních sítí. Tyto varianty jsem vyzkoušela, nebyla jsem však úspěšná a nezískala žádného respondenta. Zároveň jsem ve svém výzkumu viděla možný přínos pro instituci a pro samotné děti, se kterými jsem mluvila.

Možnost účastnit se výzkumu byla nabídnuta rodičům dětí prostřednictvím jedné z pracovníků, která jim předala potřebné informace a letáček. Na letáčku byly podmínky vstupu do výzkumu, jeho zaměření a kontakt na mě. V případě zájmu kontaktoval rodič pracovníci, která mu předala informovaný souhlas. Po jeho podepsání jsem si opět prostřednictvím pracovníce domluvila schůzku s dítětem, která se konala většinou po skupině v místě, kde organizace sídlí. O rozhovor projevilo zájem šest rodičů.

Ačkoliv jsem hovořila se šesti dětmi, musela jsem později dva respondenty z výzkumu vyřadit. Tyto děti měly diagnózu ADD, což jsem se dozvěděla od nich samotných, a pak mi to potvrdila i pracovníce zařízení. Nejprve jsem chtěla zařadit obě diagnózy, protože podle DSM-V (APA, 2013) je ADD jeden ze subtypů ADHD, ale po další úvaze a konzultaci s vedoucí práce, jsme se rozhodly tyto děti z výzkumu vyřadit, aby nebyla narušena homogenita souboru. Srovnání ADD s ADHD by bylo jistě zajímavé, ale to by byla práce na samostatnou studii.

Bylo tedy nutné sehnat ještě další dva respondenty. Jednoho se ještě podařilo získat z výše zmíněné organizace, ale můj poslední respondent organizaci nenavštěvuje. Jeho účast ve výzkumu byla možná díky tomu, že se znám s jeho rodiči, a protože se již žádný z rodičů dětí navštěvujících organizaci neozval, požádala jsem je o pomoc. Reflektuji možnost narušení homogenity souboru, ale aby zůstal zachován princip dobrovolnosti, nemohla jsem nutit rodiče ani děti, aby se výzkumu zúčastnili.

Tab. 1: Výběrový soubor

	Počet respondentů	Průměrný věk	Medikace
Chlapci	4	9,8	3
Dívky	2	9,5	2

Můj soubor tedy nakonec zahrnoval šest respondentů – čtyři chlapce a dvě dívky. Goetz (2009) uvádí, že je porucha 2,5krát častější u chlapců než u dívek. Vzhledem k zastoupení syndromu ADHD v populaci, považuji tento poměr za adekvátní. Věkové rozpětí dětí bylo od 8 do 11 let. Stanovila jsem pro spodní věkovou hranici podmínku absolvování minimálně první

třídy základní školy, vzhledem k věku, kdy je syndrom nejčastěji diagnostikován a také abych měla jistotu, že děti mají zkušenost se školním prostředím.

8.2 Proces sběru dat

Všechny rozhovory proběhly v budově organizace, ze které jsem většinu respondentů získala. Před začátkem výzkumu byl vedení organizace předložen informovaný souhlas. Po jeho podpisu nabídla jedna z pracovníků rodičům, že se jejich děti mohou zúčastnit výzkumu, který jim krátce představila a zároveň jim sdělila, za jakých podmínek je to možné. V případě projeveného zájmu jim byl zaslán informovaný souhlas pro rodiče (jehož podoba je v příloze č. 5), po jehož podpisu jsem s dítětem mohla sejit.

Jak bylo již zmíněno na začátku metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, který měl celkem deset otázek. Devět z nich bylo otevřených a jedna se ptala na pohlaví a věk dítěte. Seznam otázek je v příloze č. 6. Zaměřila jsem se hlavně na to podstatné a rozhovor udělala, co nejkratší. Jucovičová a Žáčková (2015) totiž upozorňují, že děti s ADHD bývají roztěkané a špatně se soustředí. Nejvíce se potíže s koncentrací pozornosti objevují u činností, které děti nezajímají a nemotivují je.

8.3 Etika výzkumu

Jak jsem zmiňovala výše, prvním krokem byl podpis informovaného souhlasu ze strany vedení organizace, které bylo seznámeno s povahou výzkumu, jeho podmínkami a s dodržováním anonymity a mlčenlivosti. Každý rodič, který projevil zájem, aby se jeho dítě zúčastnilo výzkumu, dostal k podpisu modifikovanou podobu informovaného souhlasu, který příkládám jako přílohu. Byl seznámen s principem dobrovolnosti a za jakých podmínek je možné z výzkumu odstoupit. Uvedla jsem, že výsledná data budou v anonymizované podobě a popsala jsem jakým způsobem s nimi bude naloženo.

Před zahájením rozhovoru s dítětem jsem každému z nich sdělila podmínky, za kterých musím dodržovat mlčenlivost, ujistila jsem je o dobrovolnosti, získala jejich souhlas s nahráváním rozhovoru a informovala je o následném smazání nahrávky. Nejprve jsem se dětem představila (pokud jsme se viděli poprvé) a sdělila jsem jim, proč s nimi chci mluvit a o čem. Každému dítěti jsem nabídla, že mi může tykat, ale některým respondentům bylo příjemnější vykání. Ujistila jsem je, že pokud by nechtěly na některou otázku odpovídat, můžou mi to klidně říct a nikdo se na ně za to nebude zlobit.

Nahrávky rozhovoru budou uchovány jen po nezbytně dlouhou dobu, a pak budou podle dohody smazány. Vzhledem k nízkému počtu respondentů, a tak i vysokému riziku jejich identifikace není v práci u jednotlivých úryvků uvedeno pohlaví ani věk dítěte, zároveň jsou všechny úryvky upraveny tak, aby byly v mužském rodě. Úryvky rozhovorů jsou označeny fiktivními mužskými jmény, aby byly čtenářsky příjemnější a aby bylo možné identifikovat, které pocházejí od stejných respondentů.

8.4 Metody analýzy a zpracování dat

Nahrávky rozhovorů jsem přepsala do textové podoby. Při transkripci jsem zohlednila také hlasový projev dětí a tělesný doprovod. V jednom případě jsem připojila ještě několik informací, které mi respondent sdělil až po ukončení rozhovoru i nahrávání, když jsme čekali, než si ho vyzvedne některý z rodičů. Pokud mi během interakce s dítětem přišlo něco podstatné nebo zajímavé, rovněž jsem to připsala pod rozhovor.

Přepsané rozhovory jsem analyzovala pomocí tematické analýzy v programu Atlas.ti. Tematická analýza nemá jasně vymezenou proceduru analýzy dat, což umožňuje výzkumníkovi, aby byl při práci flexibilnější. Její analýza nemá lineární povahu, ale jde o rekurzivní proces, který má následující fáze (Hendl, 2016):

1. Seznámení s daty

Již při transkripci a také po ní jsem si rozhovory opakovaně pročítala a díky tomu jsem se blíže seznámila s jejich obsahem. Pomohlo mi to, abych se v datech lépe zorientovala a už jsem si začala všimnout, která témata se v nich objevují. Zároveň jsem si při transkripci dělala poznámky, pokud se tam objevilo něco, co mě zaujalo.

2. Generování počátečních kódů

Ve druhé fázi se generují kódy, které identifikují taková data, která mohou být významná při odpovídání na výzkumné otázky. K tomu byla využita technika otevřeného kódování s následnou kategorizací vzniklých pojmů (Miovský, 2006). Díky tomuto procesu dochází k redukci dat.

Každý rozhovor byl zvlášť kódován a každému úryvku byl přiřazen specifický kód, který vystihoval jeho podstatu a význam. V průběhu kódování jsem některé položky sloučila, jiné rozdělila, a byla tak vytvořena specifická sada kódů, se kterou jsem pracovala a opakovaně procházela všechny rozhovory. Již v této fázi jsem si všimla vztahů mezi jednotlivými kódy.

Ukázka kódovacího systému je součástí přílohy č. 6. Vzhledem k riziku identifikace respondenta není součástí práce ukázka celého rozhovoru.

3. Vyhledávání témat

V této fázi jsem začala jednotlivé kódy sdružovat do skupin podle témat, kterých se týkaly a zároveň podle toho, ke které výzkumné otázce se vztahovaly. Nejprve jsem vytvořila skupiny kódů, podle toho, kterého tématu se dotýkaly (např. vztahy, symptomy atd.). Vzniklo tak několik skupin kódů, které byly zároveň barevně označeny podle různých vlastností (např. „vnímané výhody syndromu ADHD“ zeleně, „vnímané nevýhody syndromu ADHD“ červeně). Poté jsem se zaměřila konkrétněji na výzkumné otázky a cíleně vyhledávala kódy a úryvky, které se jich týkaly. Díky celému procesu byl datový korpus přehlednější a některá témata se vynořila mnohem jasněji.

4. Propracování témat a jejich revize

Tato fáze spočívala v kontrole „kandidátů na témata“ pomocí dat. Prošla jsem si všechna témata, která se v datech objevovala a zhodnotila jsem jejich důležitost a případně jsem je sloučila nebo rozdělila. Opakovaně jsem pročítala rozhovory abych se ujistila, že témata k nim mají jasný vztah. Díky tomu jsem objevovala a kodovala dodatečně úryvky, které byly s daným tématem propojeny.

5. Vymezení a pojmenování témat

V této fázi jsem uvažovala o významu jednotlivých témat z hlediska jejich subtémat a také vzhledem k celku. Hledala jsem jaký mají mezi sebou vztah a co to znamená.

6. Příprava zprávy

V poslední fázi jsem sepsala výsledky celé analýzy. Zhodnotila jsem, která témata nejlépe odpovídají výzkumným otázkám, které jsem s jejich pomocí zodpověděla. Zároveň jsem je propojila s jednotlivými úryvky, abych tak podpořila tvrzení, která poskytují.

8.5 Sebereflexe autorky práce

S organizací, se kterou jsem spolupracovala při získávání respondentů, spolupracuji již několik let. Nějakou dobu jsem na podpůrné skupiny pro děti docházela jako dobrovolnice, poté jsem v organizaci působila rok jako pracovnice, než jsem začala studovat psychologii.

V současnosti pomáhám každoročně s táborem pro děti s ADHD, proto mám k některým z nich osobní vztah. S většinou dětí, se kterými jsem během výzkumu mluvila se již nějakou dobu znám. Tuto skutečnost vnímám jako výhodu a sama jsem pozorovala na dětech, které mě viděly poprvé určitou míru ostychu a počáteční nedůvěry. Myslím si, že kdybych měla možnost se s těmito dětmi nejprve více poznat, tak by jim to odpovídání na mé otázky usnadnilo a možná by byly ještě otevřenější. I pro mě osobně bylo snazší mluvit s dětmi, které znám a vím, co od nich mohu přibližně očekávat.

Na druhou stranu mohla být má předem vytvořená očekávání zdrojem zkreslení. Vzhledem k tomu, že vím, jak se někteří z nich projevují, je přirozené, že jsem měla o rozhovorech nějakou představu ještě před tím, než proběhly. Přesto jsem se ke všem přistupovala stejně, aniž bych předpokládala nějakou konkrétní odpověď od konkrétních dětí. Další nevýhodou předchozí známosti bylo i to, že jeden z respondentů se tak mnohem obtížněji na rozhovor soustředil, protože by si se mnou raději hrál. Zároveň měl kvůli tomu mnohem menší zábrany ve svém projevu, což celý průběh rozhovoru ztěžovalo.

9 Výsledky

V následující kapitole uvedu výsledky svého výzkumu. V první části se budu věnovat výsledkům tematické analýzy a představím témata, která se v rozhovorech objevila. Každé téma krátce charakterizuji a vysvětlím, proč je důležité. Ve druhé části zodpovím výzkumné otázky, které jsem si položila v úvodu. K oběma částem jsou připojeny úryvky rozhovorů, díky kterým získá čtenář lepší představu o výsledcích analýzy.

9.1 Výsledky tematické analýzy

Tato podkapitola se věnuje výsledkům tematické analýzy. Jsou zde uvedena témata, která se v rozhovorech opakovala a která by mohla být důležitá pro další práci s dětmi se syndromem ADHD.

Zvláštnosti projevu

Během rozhovoru jsem si všimla, že jsou si děti v některých specifických projevech podobné. Nešlo jen o tělesný neklid a typickou neposednost, ale i o způsob, jakým se vyjadřovaly. Často měly tendenci okamžitě demonstrovat to, o čem zrovna mluvily. Takže mi předváděly, jak vypadá ta hyperaktivita, uváděly příklady některých sprostých slov nebo rovnou místo slovního popisu předvedly, co mají na mysli.

„A ještě jsem tam naštvál mého kámoše, on šel do koupelny a začal tam dělat tady toto /předvádí ruce zaťaté v pěst/.“ (Lukáš)

Tab. 2: Specifika projevu

Verbální projev				
Překnutí/nesprávná formulace 66,7 % (9)	Odklon od tématu 66,7 % (8)	Přirovnání 50 % (6)	Metafora 50 % (5)	Vykřiknutí 33,3 % (6)
Neverbální projev				
Tělesný neklid 83,3 % (9)	Názorné předvedení 50 % (10)			

Pozn.: Výskyt – kolik procent dětí subkategorii zmínilo, v závorce absolutní četnost subkategorie.

Často jsem musela děti k rozhovoru vracet, protože měly tendenci nechat se rozptýlit nebo odběhnout od podstaty otázky k něčemu úplně jinému. Při rozhovoru s mladšími respondenty se několikrát stalo, že z ničeho nic vykřikli nějaké slovo nebo udělali jiný zvuk.

Děti také několikrát k popisu využily přirovnání či metafory, aby mi lépe přiblížily své pocity nebo popisovanou situaci.

„To je jako dvě duše, jedno tělo. V jeden čas to ovládáš ty, a to druhý je někde v kleci anebo proti sobě bojují a část tebe to ovládá. A v druhý čas zase vyhrává to ADHD a ovládá to ono. Anebo jsi zavřel to ADHD do té klece, třeba díky tomu léku a poté zase jak přestane fungovat, tak ohne ty železný tyče a vyleze a hodí tam tebe.“ (Honza)

Emoce

Emoce jsou širokým a důležitým tématem, které s ADHD úzce souvisí. V rozhovorech jsem identifikovala dvě hlavní skupiny emocí – Smutek a Vztek a agrese. Také byla u dětí patrná celková emoční labilita a zvýšená plačtivost.

Tab. 3: Emoce

Vztek a agrese				
Vztek 83,3 % (19)	Agrese vůči věcem 66,7 % (9)	Agresivita 66,7 % (7)	Pomsta 50 % (4)	Ztráta sebekontroly 33,3 % (5)
Vnímání bolesti 33,3 % (2)	Vulgarismy 16,7 % (2)			
Smutek				
Lítost 66,7 % (4)	Pláč 33,3 % (4)	Sociální vyloučení, osamělost 33,3 % (4)	Pocit viny 33,3 % (2)	Smutek 16,7 % (6)

Pozn.: Výskyt – kolik procent dětí subkategorii zmínilo, v závorce absolutní četnost subkategorie.

Emoce související se vztekem se nějakým způsobem dotýkaly téměř každého respondenta. Děti několikrát uvedly, že jim dělá potíže se ovládnout a když jednají v afektu tak nedokážou pořádně vnímat, co se kolem nich děje. Subkategorie agrese se objevila jednak jako symptom, ale také jako něco, co pomáhá redukovat vnitřní tenzi nebo umožňuje respondentovi, aby se sám za sebe postavil a bránil se případnému útoku. S tím souvisí také otázka pomsty a zda je pomsta oprávněná. U některých respondentů nebylo zřejmé, zda vůbec vnímají rozdíl mezi pomstou a sebeobranou. Agresivita namířená vůči věcem se objevila jako reakce na frustraci a jako způsob, jak se této frustrace zbavit. Často je u dětí vyvolána také neúspěchem.

Subkategorie lítost se týkala obecně syndromu ADHD a toho, že děti mrzí, že ho vůbec mají anebo je trápí něco, co udělaly a tím ublížily někomu, na kom jim záleží, s čímž také

souvisela subkategorie pocity viny. Zvýšená senzitivita a pláč se objevili jako nežádoucí účinek medikace a jako reakce na frustraci. S touto kategorií rovněž souviselo sociální vyloučení, se kterým se děti nejčastěji setkávají ve škole.

„Trápí mě na tom to, že ubližuju některým lidem a pošpiňuju tím své rodiče. Prostě s tím mají problémy potom moji rodiče.“ (Adam)

Vztahy

Tématu vztahů obecně jsme se s dětmi během rozhovoru dotkli několikrát. Nejčastěji to byly vztahy s vrstevníky ale také vztahy s rodinou nebo s učiteli. Všimla jsem si, že pro ně může být problém zorientovat se v sociálních vztazích a poznat, kdo je jejich přítel a kdo ne. Navázat přátelský vztah pro ně bývá mnohem větší oříšek než pro ostatní děti. Když se snaží upoutat něčí pozornost, volí často způsoby pro okolí nepochopitelné, které jim naopak uškodí. Zároveň ale bylo vidět, jak je důležité, aby byly v kolektivu i v rodině přijímané, aby je měl někdo rád.

Sebepojetí

Sebepojetí je téma, které se v rozhovorech neobjevilo přímo, přesto jsme ho mohli vystopovat v subtématech jako pocity viny nebo lítost. Dále se propojuje s celým tématem vztahů. Polovina respondentů se někdy setkala s urážkami a pomluvami ze strany spolužáků, někteří z nich se sociálním vyloučením nebo odmítáním.

Nové návykové látky

Návykové látky nebyly tématem, které by se v rozhovorech objevovalo často, přesto se v nějaké podobě objevilo v polovině z nich a je přirozeně tématem, které děti zajímá.

Jeden z respondentů uvedl, že má zkušenost s elektronickými cigaretami a žvýkacím tabákem, které vyzkoušel přímo ve škole. Je přesvědčen o tom, že uvedené výrobky lze zakoupit od 15 let a sdělil, že se rozhodl počkat tedy alespoň do tohoto věku. I přes to mi byl schopen popsat a pojmenovat triky, které se naučil dělat s kouřem a i další, které by ještě rád uměl.

9.2 Odpovědi na výzkumné otázky

V následující podkapitole se podrobněji věnuji jednotlivým výzkumným otázkám, na které se snažím odpovědět pomocí předchozí analýzy anebo analýzy dat zaměřené konkrétně na danou výzkumnou otázku.

VO1: Co ví děti s diagnózou ADHD o tomto syndromu?

Povědomí dětí o syndromu ADHD se z větší části opírá o jejich vlastní zkušenost. Když se mi ho snažily popsat, tak nejčastěji zmiňovaly jeho jednotlivé symptomy, které se objevují právě u nich a kterým se budu jednotlivě věnovat v odpovědi na další otázku.

Tab. 4: Povědomí o syndromu ADHD

Povědomí o syndromu ADHD				
Symptomy 83,3 %	Nemoc, porucha 50 %	Vyšetření 50 %	Medikace 33,3 %	Vrozené 33,3 %
Cukr 16,7 %				

Pozn.: Výskyt – kolik procent dětí subkategorii zmínilo.

Polovina respondentů označila ADHD slovem nemoc či porucha a spojovala ho s užíváním léků. Dále děti často zmiňovaly lékaře, který jim předepisuje léky nebo psychologa a také vzpomínaly, že byly na nějakém vyšetření, po kterém se zjistilo, že mají ADHD. Některé z nich vnímaly, že je to něco, co je s nimi už „od malička“ nebo dokonce od narození.

„ADHD je nemoc nebo také choroba, nějací lidi na to berou prášky jako já třeba. Jsou spíše takový zrychlený a často se někdy neovládají a na to berou ty prášky, aby se mohli ovládat, aby se zklidnili.“ (Honza)

Jedna z posledních otázek rozhovoru, zjišťovala, jak to respondenti vidí do budoucna. Konkrétně jsem se ptala, zda se domnívají, že z ADHD někdy vyrostou. Odpovědi na tuto otázku se zcela rozcházely. Polovina respondentů si myslí, že z ADHD určitě vyrostou a jeden si tím nebyl zcela jistý. Pouze dva respondenti si jsou vědomi celoživotní povahy ADHD.

Tab. 5: Je ADHD celoživotní porucha?

Vyrostu z ADHD?		
Ano, určitě 50 %	Možná 16,7 %	Ne 33,3 %

Pozn.: Výskyt – kolik procent dětí takto odpovědělo.

VO2: Jaké symptomy samy na sobě pozorují?

Následující tabulka ukazuje, jaké symptomy poruchy ADHD na sobě samy děti pozorují a zároveň, co vlastně považují za její projevy.

Tab. 6: Symptomy ADHD

Symptomy ADHD				
Vzteky 83,3 % (19)	Tělesný neklid 83,3 % (9)	Agrese vůči věcem 66,7 % (9)	Agresivita 66,7 % (7)	Emoční labilita 66,7 % (5)
Hyperaktivita 50 % (5)	Impulzivita 33,3 % (7)	Ztráta sebekontroly 33,3 % (5)	Nervozita 33,3 % (4)	Dělání hloupostí 33,3 % (3)
Rychlost, energie 16,7 % (6)	Nerozhodnost 16,7 % (2)	Nepozornost 16,7 % (1)	Chuť na sladké 16,7 % (1)	Hypermobilita 16,7 % (1)

Pozn.: Výskyt – kolik procent dětí subkategorii zmínilo, v závorce absolutní četnost subkategorie.

Vzteky byl zdaleka nejopakovanějším symptomem, který zmínili téměř všichni respondenti. Asocioval se i s dalšími projevy – **agresivita, agrese vůči věcem a ztráta sebekontroly**, a to zejména u chlapců. Dva respondenti uvedli, že v takových situacích dokonce nevnímají ani bolest. Vztek se objevoval jako reakce na ohrožení, ublížení, jako způsob ochrany nebo obrany. Zároveň byl některými respondenty vnímán jako něco nežádoucího, co je nutné potlačit.

„Já se nesoustředím na tu bolest, ale soustředím se, co rozbiju.“ (Tom)

Agrese a agresivita vůči věcem je něco, co dětem pomáhá vztek vybit. Je to způsob, jakým mohou ulevit vnitřnímu napětí, které se v rozhovorech objevovalo pod pojmem **nervozita**.

„Mě někdo naštvě a mám chuť ho zbit. Nebo když mě naštvě úkol, začnu ten sešit mačkat, krčít a někdy jsem bouchl do lavice a shodil jsem lavici.“ (Lukáš)

Dalšími často zmiňovanými symptomy byl **tělesný neklid a hyperaktivita**, které byli u některých rozhovorů patrné na první pohled. Vydržet sedět v klidu bylo zejména pro nejmladší respondenty něco nemožného. Během rozhovoru pobíhali po místnosti, měnili místo, kde seděli, brali do rukou nejrůznější věci a zase je pokládali apod. Dva respondenti také označili „**dělání hloupostí**“ za jeden ze symptomů ADHD.

Emoční labilita se také objevovala nepřímo jako snadno a rychle spustitelná emoční reakce (např. pláč) anebo jako vedlejší účinek léku na ADHD. Také jako zvýšená iritabilita a tendence rychle vybuchnout a zase se uklidnit.

„Nemám úplně pevně řazenou náladu, rychle si mi mění nálada, velmi rychle se rozbřečím.“ (Honza)

Impulzivita se v rozhovorech objevila nepřímo a vyplývala z některých situací, které děti popisovaly. Jednalo se o takové situace, kdy jednájí bez rozmyslu, bez toho, aniž by promyslely, co tím způsobí. Když jsme ukončili jeden z rozhovorů, tak mi respondent zmáčkl něco v telefonu a celá nahrávka zmizela. Naštěstí zůstala uložená, ale bylo vidět, že jsem nebyla jediná, kdo se bál, že se něco pokazilo. Žádný z respondentů však impulzivitu nejmenoval jako jeden ze symptomů ADHD přímo.

„Spolužáci mě někdy naštváli, že jsem se rozběhl a málem jsem vypáčil dveře od záchodu.“ (Lukáš)

Ačkoliv **nepozornost** jako symptom uvedl jen jeden respondent, musela jsem řadu z nich k rozhovoru opakovaně vracet, protože měli tendenci nechat se rozptýlit nebo odbíhat od podstaty otázky. Mezi další ojedinělé symptomy patří **nerozhodnost, chuť na sladké a hypermobilita**.

„Že nemůžu udržet pozornost tak dobře, pořád si s něčím hraju a že mám často hrozně velkou chuť na něco sladkýho.“ (Honza)

VO3: Jak vnímají případnou medikaci?

Nějaký lék na ADHD užívá pět ze šesti respondentů, z toho čtyři znají i název léku a ti starší z nich mi byli schopni říct přesné informace o jeho dávkování. Názvy jednotlivých medikamentů se velmi lišily, což ukazuje variabilitu, se kterou je ADHD léčeno. Mezi uvedenými léky se objevil Atominox (*atomoxetin*), Ritalin (*metylfenidát – psychostimulant*), Medorisper (*risperidon – antipsychotikum*) a kombinace Medorisperu a Sertralinu (*antidepresivum*).

Tab. 7: Medikace

Medikace					
Medorisper	Sertralin	Ritalin	Atominox	Nezná název	Bez medikace
2	1	1	1	1	1

Pozn.: Výskyt – kolik dětí daný lék užívá.

Respondent užívající Atominox uváděl jako nežádoucí účinek léku bolesti hlavy, které se vyřešily, když začal lék brát před spaním, jak mu poradil lékař. Nejvíce nežádoucích účinků

uváděl respondent užívající Ritalin. Jednalo se o zvýšenou únavu, citlivost, plačtivost a pokles nálady až pocity deprese.

Ostatní respondenti žádné další nežádoucí účinky neuvedli a vnímají tak medikaci vesměs pozitivně. Konkrétně jako něco, co jim pomáhá se sebeovládáním, zklidněním nebo usínáním. U některých jsme však narazili na přesvědčení, že lék dostanou, pokud moc zlobí nebo naopak, že jsou zlí, pokud si ho nevezmou. Jeden z respondentů také upozornil na potenciální riziko při kombinaci léku s alkoholem.

„Kdybych byl dospělý, tak bych prostě nesměl pít alkohol vůbec. Já bych to ani dělat nechtěl, protože to není správné ani to není zdravé, ale kdybych věděl, že kvůli tomu můžu zemřít nebo já nevím, třeba že bych mohl být nějaký agresivní, tak bych to radši nikdy nedělal. Ale určitě nebudu ty prášky brát doživotně.“ (Adam)

VO4: Jaká negativa pojící se se syndromem vnímají?

Nevýhody spojené se syndromem ADHD, které děti uváděly, často souvisely se vztahy, které mají se svým okolím. Výjimkou byl respondent užívající Ritalin, který navíc uvedl četné vedlejší účinky léku jako negativa pojící se se syndromem.

„Jsem hodně senzitivní a hodně se mi mění nálada, často jsem unavený, jako hodně unavený, často mě něco nebaví a jsem smutný.“ (Honza)

Tab. 8: Nevýhody syndromu ADHD

Nevýhody syndromu ADHD				
Pomluvy a urážky 50 % (9)	Být středem pozornosti 50 % (3)	Negativní účinky medikace 33,3 % (5)	Sociální vyloučení, osamělost 33,3 % (4)	Pocity viny 33,3 % (2)
Přehnaná očekávání 16,7 % (2)	Odpor k novému 16,7 % (1)			

Pozn.: Výskyt – kolik procent dětí subkategorii zmínilo, v závorce absolutní četnost subkategorie.

Nejčastěji se děti setkávají s nepřijetím ve škole a mezi vrstevníky, kde se polovina z nich setkala s pomluvami nebo urážkami. Některé uvedly, že na ně spolužáci svalují vinu za věci, které neudělaly. Často mezi nimi dochází k nedorozumění a k nepochopení ze strany vrstevníků. Celkově zhoršená orientace v sociálních interakcích byla patrná u více respondentů, ale zároveň bylo vidět, že děti o navázání přátelských vztahů stojí.

„Já jsem minule ze srandy vyhodil kámošovi pejska, takového plyšáčka, do záchodu.“
(Lukáš)

Osamělost se netýká jen sociálního vyloučení, ale také pocitu, že ostatní nechápou, co se s nimi děje, čím si procházejí anebo jak se cítí. Na druhou stranu se děti někdy dostávají kvůli svým projevům do středu pozornosti, aniž by jim to bylo příjemné. Jeden z respondentů také uvedl, že jeho okolí předpokládá, že ADHD znamená, že disponuje nadměrným množstvím energie.

„Ale zase poté jsem vyčerpaný, ale všichni si myslí, že protože mám ADHD, že jsem hyperaktivní, že mám prostě hrozně moc energie, že mám nekonečný množství.“ (Honza)

VO5: Jaká pozitiva pojmí se se syndromem vnímají?

Uvést nějaká pozitiva syndromu ADHD bylo pro děti znatelně obtížnější a také jich je méně než negativ a jsou individuálně variabilnější. Stejně jako negativa, tak i pozitiva jsou svým způsobem propojena se sociálním okolím dětí. Přímou propojit lze např. jmenovanou podporu okolí, kdy respondent vnímá pomoc rodiny a podporu ve škole ze strany asistentky pedagoga jako pozitiva spojená se syndromem ADHD.

„Nevím, že mám asi tu asistentku a že mi i rodiče pomáhají a babičky a dědy.“ (Matěj)

Tab. 9: Výhody syndromu ADHD

Výhody syndromu ADHD				
Sport 33,3 % (3)	Rychlost, energie 16,7 % (6)	Podpora okolí 16,7 % (4)	Sebeobrana 16,7 % (1)	Pochopení ADHD 16,7 % (1)
Lepší vidění barev 16,7 % (1)				

Pozn.: Výskyt – kolik procent dětí subkategorii zmínilo, v závorce absolutní četnost subkategorie.

Výhody ve sportu, rychlost a přísun energie jsou subkategorie, které až na jedinou výjimku pocházejí z odpovědi jednoho respondenta.

„Když se do něčeho zapojím a potřebuju na to více síly, tak prostě doslova vlna energie mě pomůže.“ (Honza)

Jiný respondent uvedl jako výhodu syndromu ADHD, že má možnost se bránit, druhý je přesvědčený, že díky němu vidí lépe barvy. Další z respondentů považuje za výhodu možnost pochopení podstaty diagnózy ADHD, což zjevně nemůže nikdo, kdo ji sám nemá.

„Třeba pochopit, co je to to ADHD mám možnost. Kdybych tady byl stejně jako vy, tak bych nemusel už se nikoho ptát...“ (Adam)

VO6: Co pomáhá dětem zvládat projevy syndromu ADHD?

Každé z dětí mělo nějakým způsobem rozvinuté strategie s jejichž pomocí zvládají projevy syndromu ADHD. Některé subkategorie jsou přitom adaptivnější než jiné.

Tab. 10: Strategie zvládnání ADHD

Strategie zvládnání ADHD				
Do něčeho bouchnout 66,7 %	Medikace 50 %	Okolí 50 %	Manuální činnost 33,3 %	Být chvíli sám 33,3 %
Sebeovládání 33,3 %	Antistresový míček 33,3 %	Vulgarismy 16,7 %	Elektronika 16,7 %	Jídlo 16,7 %

Pozn.: Výskyt – kolik procent dětí subkategorii zmínilo.

To, co respondentům jednoznačně pomáhá, i když to může být spojeno s několika nežádoucími účinky, je medikace. Několikrát se mezi odpověďmi objevil antistresový míček, který děti využívají ve škole. Některým dětem pomáhá, když se mohou zabavit nějakou manuální činností jako je malování, vystřihování nebo psaní.

„... jsme třeba ve výtvarce dělali strom vánoční a my jsme to dělali pomocí ruk a jak jsem to stříhal, tak to mě taky uklidňovalo...“ (Matěj)

Dokonce i v této výzkumné otázce můžeme najít propojení s oblastí vztahů. Pomocí okolí, projevy lásky a přijetí zde byly přímo jmenovány několika respondenty. Na druhou stranu jim také vyhovuje, pokud mohou strávit nějaký čas sami a chvíli si v klidu odpočinout.

Nejvíce respondentům pomáhá, když mohou do něčeho praštit a další méně vhodnou strategií jsou také vulgarismy. Oba způsoby zjevně přinášejí uvolnění napětí a úlevu.

„Mě jenom tečou trošičku slzičky a jsem naštvaný a bouchnu si do lavice, to bych potřeboval, anebo si ulevím tak, že řeknu nějaké sprosté slovo...“ (Adam)

10 Diskuse

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak děti s ADHD vnímají svoji diagnózu. Jednotlivé aspekty diagnózy jsme rozdělili do několika výzkumných otázek, aby to usnadnilo naši orientaci v tak složité a rozsáhlé problematice.

Výsledky tematické analýzy přinesly několik klíčových témat, která se v rozhovorech opakovala. Během nich jsem si povšimla některých zvláštností v projevu dětí s ADHD. Často měly potřebu ihned názorně demonstrovat to, o čem mluví. Předvádění, nácvik a scénky mohou být výbornými pomocníky při práci s dětmi s ADHD. Mezi další techniky, které se dají využít, patří podle Jucovičové a Žáčkové (2015) modelování situací a hraní rolí. Děti mnohokrát využily přirovnání nebo metafory, aby mi lépe přiblížily své pocity nebo popisovanou situaci. Využití metafor pro práci s nimi by tak mohlo být rovněž přínosné.

Téma vztahů s vrstevníky a sebepojetí prostupovalo celým naším výzkumem a zabývat se jimi má rozhodně smysl i do budoucna. Uhlíř (2020) upozorňuje, že některé charakteristiky ADHD mohou být příčinou problémů v sociálních interakcích a vést až k problémům s vrstevníky a nízkému sebehodnocení. Dítě s ADHD touží po přijetí a ocenění a snaha toho dosáhnout ho může dostat do situací, kam by se samo nejspíš nedostalo. S tím souvisí další identifikované téma, kterým jsou (nové) návykové látky. Tato touha po ocenění ze strany vrstevníků může vést i k experimentování a předvádění se. Masopust et al. (2014) upozorňuje, že impulzivita může vést v adolescenci a později v dospělosti ke zvýšenému riziku abúzu drog. S příchodem takových novinek jako jsou elektronické cigarety, které pronikly i na základní školy, by se měly aktualizovat preventivní programy, které dětem různé látky představují.

Velmi důležité a také široké téma, které se ve výzkumu objevilo, se týká emocí. Konkrétně zejména emocí související se vztekem nebo smutkem. Vztek a agresivita umožňují respondentům kromě redukce vnitřního napětí také, aby se dokázali sami za sebe postavit a bránili se případnému útoku. Očekávání útoku na svou osobu již předem nejspíš souvisí s předchozími špatnými zkušenostmi s vrstevníky.

Informace o syndromu ADHD čerpají děti nejčastěji ze svých vlastních zkušeností. Opírat se jen o takové informace sebou však nese riziko zkreslení. To se projevilo, když respondenti posuzovali celoživotní povahu poruchy a jen dva z nich si jí byli vědomi. Je tedy vidět, že mýty o ADHD se nevyhýbají ani těm, kterých se bezprostředně týkají. Masopust et al. (2014) říká, že je sice pravda, že s přibývajícím věkem se příznaky ADHD mění, nevymizí však

úplně. Zpravidla dochází ke zmírnění projevů hyperaktivity a impulzivity, méně často ustupuje defekt pozornosti.

Zkušenost s diagnostikou, lékařským prostředím a medikací v dětech podporuje fakt, že ADHD je nemoc či porucha. Negativní konotace těchto slov ale může mít neblahý dopad na jejich sebepojetí, pokud by začaly samy sebe vnímat jako „nemocné“. Jucovičová & Žáčková (2015) upozorňují, že negativní podtext těchto slov může také podporovat vnímání dětí jako problémových ve školním prostředí.

Vzteky, jako nejzmiňovanější symptom ADHD v celém výzkumu, se objevoval především u chlapců. Zda je to důsledkem vyšší hladiny testosteronu, sociálním očekáváním či jejich kombinací se můžeme jen dohadovat. Zmíněné potlačování vzteku není příliš vhodnou strategií, jak se s ním vypořádat a může přinášet i řadu somatických problémů do budoucna anebo se v dítěti nebezpečně kumulovat a vést k afektivnímu výbuchu. Uhlíř (2020) uvádí, že vysoká reaktivita a emoční labilita je pro děti s ADHD typická. Děti často jednájí afektivně v situacích, kdy jsou nějakým způsobem omezovány. Afektivní výbuchy nesou riziko agresivních reakcí, které jsou důsledkem vnitřního neklidu dětí. Děti mají v náročných situacích zvýšenou potřebu se bránit nebo útočit (Jucovičová & Žáčková, 2013, Wolfdieter, 2013, Jopková et al., 2022).

Vztek a agresivita se objevují jako reakce na potenciální ohrožení a jako způsob sebeobrany. Jucovičová a Žáčková (2015) upozorňují, že děti tuto svou reakci vnímají jako oprávněnou a neuvědomují si, že udělaly něco nevhodného. I v případě, že si to uvědomí, nemusí být schopné svoje reakce změnit. Zaměřit se na rozdíl mezi pomstou a sebeobranou by tak mohlo být pro děti užitečné, protože některé z nich vnímaly rozdíl mezi nimi jen velice nepatrně.

Tělesný neklid a hyperaktivita jsou symptomy, které byly patrné na první pohled. Nároky, které klade školní prostředí (např. v klidu sedět), mohou být pro hyperaktivní děti úkolem, který je nad jejich síly. Jucovičová a Žáčková (2015) kladou učitelům na srdce, že by měli umožnit dětem pohybové uvolnění i v průběhu vyučovací hodiny. Mohou je nechat využívat třeba gymnastický míč nebo antistresový míček, který se v našem výzkumu také několikrát objevil jako účinná strategie k uvolnění vnitřního napětí.

Impulzivita se v rozhovorech neobjevila přímo, ale i tak s ní děti měly zkušenosti, možná bez toho, aniž by si to uvědomily. Je to tak nejspíš pojem, který někdy zaslechly, ale nedokáží ho vysvětlit anebo si ho nespojují s vlastními zážitky. Dítě s ADHD často jedná bez

toho, aniž by domýšlelo důsledky svých činů a udělá první, co ho napadne. Největší problém pak impulzivita působí ve vztazích. Dítě si totiž často snaží získat náklonnost naprosto nevhodnými způsoby jako je podbízení nebo opoziční chování a agresivita (Goetz & Uhlíková, 2009; Steer & Horstmann, 2022).

Stejně jako impulzivita tak ani nepozornost se v rozhovorech přímo neobjevila téměř vůbec, přestože jde o jeden z hlavních symptomů poruchy (APA, 2013). Domnívám se, že důvodem může být její menší nápadnost v porovnání se vztekem a agresí nebo to, že dětem zdánlivě nepůsobí takové potíže jako ostatní symptomy.

Nějaký lék na ADHD užívá pět z šesti respondentů s tím, že každý z nich má jinou formu medikace. Rozmanitost uvedených léků ukazuje variabilitu, se kterou může být ADHD léčeno. Nejvíce nežádoucích účinků uvedl respondent užívající Ritalin (viz Příhodová, 2011). A nám se tak nabízí otázka, do jaké míry je medikace konzultována se samotným dítětem a zda její pozitivní účinky převažují nad negativními. U některých respondentů jsme narazili na přesvědčení, že lék dostanou, pokud zlobí nebo naopak, že jsou zlí, když si ho nevezmou. Narážíme zde znovu na problematiku sebepojetí, a navíc na riziko, že dítě vnímá medikaci jako nějakou formu trestu. Předcházet takovým mylným přesvědčením by se dalo otevřenou a upřímnou komunikací a dobrou spoluprací také s lékařem, který dítěti léky předepisuje.

Valná většina negativ, která se pojí se syndromem ADHD a která respondenti uváděli, se týkala jejich vztahů se sociálním okolím, a to zejména s vrstevníky. Jejich impulzivní a nepředvídatelné chování v nich mohou vzbuzovat nejistotu a v krajním případě se děti s ADHD mohou stát i terčem šikany (Goetz & Uhlíková, 2009; Uhlíř, 2020). Spojitost vnímaných nevýhod syndromu se vztahy s okolím sebou ale nese i aspekt naděje. Pokud by se podařilo dostatečně ovlivnit okolí dětí s ADHD, negativa, která vnímají, by se rapidně snížila. Největší nároky tento požadavek klade na učitele. Pokud má učitel ve třídě žáka s ADHD, měl by vědět, jak s ním pracovat, ale také by měl pracovat s celým kolektivem a na začlenění žáka mezi ostatní. Spolužáci takového žáka by se o syndromu měli něco dozvědět, aby měli možnost více pochopit jeho projevy.

Touha navazovat přátelské vztahy byla z rozhovorů patrná, problém však bývá způsob, jakým se o to děti pokoušejí (viz např. Goetz & Uhlíková, 2009; Steer & Horstmann, 2022). Naštěstí je neobratnost v sociálních vztazích něco, co jde do jisté míry odbourat tréninkem. Péče o děti s ADHD by se tak měla zaměřovat na větší porozumění sociálním interakcím. Lékem na osamělost a výlučnost problémů dítěte, může být právě společné setkávání dětí

sdílející podobnou diagnózu. O skupinové formě terapie hovoří např. Jucovičová a Žáčková (2015).

Pozitiva ADHD jsou podle výsledků našeho výzkumu opomíjeným tématem, protože bylo pro děti mnohem obtížnější nějaká jmenovat. Hlavní skupina výhod spojených ADHD (sport, rychlost, energie) sebou nese potenciál pro úspěch dítěte ve vrstevnické skupině a získání uznání od okolí.

Kromě medikace pomáhá dětem zvládat projevy ADHD třeba antistresový míček, který je užitečný hlavně ve škole, protože neruší ostatní děti, což je v souladu i s doporučením Jucovičové a Žáčkové (2015). Manuální činnosti jako kreslení a vystřihování nejspíše nebudou vyhovovat všem hyperaktivním dětem. Každé dítě by si tak mělo individuálně najít něco, co pomáhá právě jemu. Zároveň by to měly být strategie, které mu nebudou přinášet další potíže, jako to může dělat používání vulgarismů nebo agrese namířená vůči věcem. Případně je možné tyto strategie modifikovat společensky přijatelným způsobem.

10.1 Limity výzkumu

Myslím, že jeden z nedostatků výzkumu může být nízký počet respondentů a jejich navýšení by poskytlo mnohem přesnější informace. Stejně tak vyšší počet dívek by mohl přinést nové informace, ale vzhledem k celkovému rozsahu souboru byl jejich počet adekvátní jejich zastoupení ve zkoumané populaci.

Dalším možným zdrojem zkreslení mohlo být, že téměř všichni respondenti byli získáni z jedné organizace. Což mohlo snížit jejich variabilitu a poskytnout tak jen určitý úhel pohledu na problematiku ADHD. Tyto děti jsou totiž zvyklé o syndromu ADHD hovořit a přemýšlet o něm a díky tomu mají možná více informací než někdo, kdo takové zařízení nenavštěvuje. Což minimálně v případě jednoho z mých respondentů, který nebyl přímo z organizace, rozhodně platilo. Tento respondent se od zbytku výzkumného souboru lišil, což mohlo narušit jeho homogenitu. Ale v zájmu zachování principu dobrovolnosti, jsem jeho účast na výzkumu s vděčností přijala.

Jak jsem již zmiňovala, tak můj vztah k dětem a předchozí zkušenosti s nimi mohli ovlivnit moje očekávání od jednotlivých rozhovorů. Toto jsem měla na paměti před každým z nich a snažila jsem se přistupovat ke všem stejně bez předem vytvořených domněnek.

10.2 Návrh dalšího směřování výzkumu

Vzhledem k výsledkům výzkumu by bylo dobré se do budoucna více zaměřit na práci s dětmi s ADHD ve školním prostředí. Nejen na kompetence učitelů, ale také na to, jak pracovat s celým kolektivem, protože jak se ukázalo, tak velká část mých respondentů má nějakou špatnou zkušenost s vrstevníky, která může pramenit z nepochopení projevů syndromu ADHD a včasnou intervencí by se tomu mohlo předcházet. Ačkoliv je porucha nejčastěji diagnostikována až po nástupu do školy, tak se s jejími projevy mohou setkat již učitelé v mateřských školách, kde nejsou jejich kompetence o nic méně důležité než později kompetence učitelů ve škole. Proto si myslím, že na práci s kolektivem a předsudky by se mělo zaměřit již tam.

Zajímavé by také mohlo být srovnání dětí s ADHD, které navštěvují nějakou instituci anebo jsou nějakým způsobem léčeny a těch, které žádnou formu terapie nemají.

10.3 Praktické přesahy

Tato bakalářská práce poskytuje základní přehled o diagnóze ADHD se zaměřením na dětskou populaci. Výzkum, který je její součástí, přináší několik témat, na které se práce s dětmi s ADHD může více zaměřit. Jedná se o následující témata:

- Práce s metaforami a předváděním (dramaterapeutické techniky)
- Mýty o ADHD
- Rozdíl mezi pomstou a sebeobranou
- Práce se vztekem
- Sebepojetí (pocity viny)
- Orientace v sociálních vztazích
- Nové návykové látky
- Přiměřená asertivita
- Pozitivní aspekty syndromu ADHD
- Otevřená komunikace o medikaci

11 Závěr

Výzkumná část práce se snažila zjistit, jak děti s diagnózou ADHD vnímají tento syndrom. A jedním z jejích cílů bylo také identifikovat hlavní témata objevující se v rozhovorech. Nejdůležitější poznatky, které výzkum přináší, jsou členěny podle výzkumných otázek.

Ve výzkumu se ukázalo, že jsou si respondenti v některých projevech podobní. Měli často tendenci odběhnout od tématu, vykřikovat a celkově se u nich projevoval tělesný neklid. Někteří z nich využívali při popisu událostí a svých pocitů metafory či přirovnání. Jedním z nejdůležitějších témat jsou dle výsledků výzkumu emoce. V mém výzkumu se jednalo o emoce související se vztekem a agresi nebo se smutkem. Dalšími důležitými tématy jsou pro děti s ADHD vztahy, sebepojetí a nové návykové látky.

1. Informace o syndromu ADHD čerpají děti nejčastěji ze svých vlastních zkušeností a prožitků, což může být i zdrojem zkreslení. Vnímají ho jako nějakou nemoc a zmiňovaly také různá vyšetření a diagnostiku.
2. Děti nejzmiňovanějším symptomem ADHD byl vztek, který se u nich objevuje jako reakce na ohrožení nebo způsob sebeobranu. Vztek se asocioval s dalšími čteně zastoupenými projevy, a to s agresivitou, agresí vůči majetku a ztrátou sebekontroly. Naopak impulzivita a nepozornost jako hlavní diagnostická kritéria ADHD nebyly přímo jmenovány téměř vůbec a jejich přítomnost se projevila spíše v situacích, které děti popisovaly.
3. Farmakoterapii je léčeno pět ze šesti respondentů a každý z nich užívá jiný lék nebo jejich kombinaci, což ukazuje na variabilitu, se kterou může být ADHD léčeno. Děti uvedly, že medikace jim pomáhá se sebeovládáním, zklidněním a usínáním. Respondent užívající metylfenidát (*Ritalin*) měl na rozdíl od ostatních negativní zkušenosti s lékem a vyjmenoval několik nežádoucích účinků. Ostatní respondenti měli k medikaci vesměs pozitivní postoj.
4. Negativa spojená se syndromem se týkala především vztahů. Polovina respondentů se někdy setkala s pomluvami, urážkami nebo nějakou formou sociálního vyloučení v kontaktu s vrstevníky.
5. Vymyslet pozitiva či výhody syndromu bylo pro děti mnohem obtížnější a jejich odpovědi byly také individuálně variabilnější než negativa.
6. Strategie zvládnání projevů ADHD, která respondentům nejvíce pomáhá, je možnost do něčeho praštit a tím uvolnit nahromaděný vztek. V odpovědích se často objevila

i medikace a podpora okolí jako důležité faktory pomoci zvládnání projevů syndromu ADHD.

SOUHRN

Tématem bakalářská práce je vnímání syndromu ADHD dětmi s touto diagnózou. ADHD je jedna z nejčastějších neurovývojových poruch dětského věku a je charakterizovaná deficitem pozornosti anebo hyperaktivitou a impulzivitou. Od roku 2013 je porucha vnímána jako celoživotní (APA, 2013; Kulháněk, 2018; WHO 2019). V teoretické části je uvedena stručná historie této diagnostické kategorie, její subtypy dle DSM-V (APA, 2013) a charakteristika jednotlivých symptomů.

Etiologie poruchy není zatím zcela objasněna, ale nejčastěji jsou uváděny genetické příčiny (Jucovičová & Žáčková, 2015). Dalšími rizikovými faktory jsou např. nízká porodní váha, hypoxie či kouření tabáku během těhotenství (APA, 2013; Giannopoulou et al., 2018; He et al., 2020). V další kapitole se věnuji diagnostice syndromu podle DSM-V (APA, 2013), MKN-10 (WHO, 1992) a ICD-11 (WHO, 2019). Následně zmiňuji problematiku diferenciální diagnostiky a nejčastější komorbidní diagnózy.

Další kapitola je věnována terapii ADHD. Je rozdělená na část pojednávající o farmakoterapii a část představující nefarmakologické formy terapie. V následující kapitole jsou charakterizovány jednotlivé vývojové etapy člověka od novorozeneckého období po dospělost z hlediska projevů ADHD. Na konci teoretické části jsem uvedla několik vhodných principů, které se uplatňují při výchově dítěte s ADHD a při kontaktu s ním ve školním prostředí.

Výzkumným problémem, kterým se tato práce zabývá, bylo celkové vnímání syndromu ADHD dětmi s touto diagnózou. Konkrétními cíli bylo zjistit, jak jsou děti o syndromu informovány, jakých symptomů si samy na sobě všimají, jak vnímají případnou medikaci, zda vnímají nějaká negativa a pozitiva spojená s ADHD a co jim pomáhá zvládat jeho projevy. Na základě těchto cílů bylo stanoveno šest výzkumných otázek. Nad rámec těchto cílů se výzkum snažil identifikovat témata, která mohou být pro děti s ADHD důležitá a mohla by posloužit jako inspirace pro práci s nimi.

Respondenti byli do výzkumu vybráni záměrným (účelovým) výběrem přes instituci, která se péčí o děti s ADHD zabývá. Možnost zúčastnit se výzkumu byla nabídnuta rodičům dětí prostřednictvím jedné pracovnice. O rozhovor projevil zájem šest rodičů, ale posléze byly dvě děti vyřazeny z toho důvodu, že u nich bylo diagnostikováno ADD. Ještě se podařilo získat jednoho respondenta z výše uvedené organizaci, avšak poslední respondent ji nenavštěvuje.

Celkem se tedy výzkumu zúčastnilo 6 dětí, z toho 4 chlapci a 2 dívky s průměrným věkem 9,7 let. Podmínkou účasti bylo kromě diagnózy ADHD také absolvování první třídy ZŠ a horní věková hranice byla stanovena na 12 let.

Před zahájením výzkumu byl ze strany vedení organizace podepsán informovaný souhlas, kde byly informace o povaze výzkumu, dodržování anonymity a mlčenlivosti. Stejně tak byla modifikovaná podoba souhlasu předložena každému rodiči, jehož dítě se výzkumu zúčastnilo. Název organizace není v práci nikde zmíněn, aby byla zajištěna její anonymita. Stejně jako je zajištěna anonymita dětí tím, že jsou veškeré úryvky rozhovorů, které v práci uvádím, převedeny do mužského rodu a opatřeny fiktivním mužským jménem. Před samotným zahájením rozhovoru jsem každému respondentovi sdělila podmínky mlčenlivosti, ujistila jsem ho o dobrovolnosti a získala jeho souhlas s nahráváním.

Vzhledem ke stanoveným cílům byl zvolen kvalitativní design výzkumu. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů (interview). Záznam rozhovoru byl po transkripci analyzován v programu Atlas.ti. Základem pro analýzu dat byla metoda tematické analýzy (Hendl, 2016; Miovský, 2006).

Po transkripci rozhovorů byla použita technika otevřeného kódování s následnou kategorizací vzniklých pojmů. Některé položky byly sloučeny do větších celků, jiné naopak rozděleny. Poté jsem začala sdružovat kódy do skupin podle jednotlivých témat a opakovaně jsem pročetla rozhovory a úryvky, abych měla jistotu, že k nim témata mají vztah.

Výsledky tematické analýzy nám pomohly identifikovat několik potenciálně důležitých témat. Nejširším tématem byly emoce, které se objevovaly ve dvou kategoriích – související se vztekem nebo se smutkem. Vztek se objevil jako symptom ADHD, ale také jako způsob, kterým lze zmírnit vnitřní tenzi nebo se bránit útoku. Předem očekávaný útok z okolí, může souviset s předchozími špatnými zkušenostmi respondentů.

Děti s ADHD se navzájem podobaly v některých specifických projevech. Měly např. tendenci okamžitě demonstrovat to, o čem hovořily a často využívaly přirovnání či metafory k přiblížení svých pocitů. Téma týkající se vztahů a sebepojetí prostupovalo celým výzkumem a bylo znát, že jsou pro děti vztahy podstatné. V neposlední řadě jsem identifikovala téma nových návykových látek, které se sice neobjevovalo tak často, přesto ho považuji za podstatné.

Výzkum zjistil, že informace o syndromu ADHD získávají děti nejčastěji ze svých vlastních zkušeností a poukazuje na riziko zkreslení, které z toho může pramenit (např. otázka

celoživotní povahy ADHD). Většina ho vnímá jako nějakou nemoc či poruchu, protože se jim asociuje s lékařským vyšetřením či medikací. V tomto případě je třeba dávat pozor na negativní konotaci těchto slov, protože by mohla znamenat hrozbu pro sebepojetí dítěte. Někaký lék na ADHD užívalo 5 respondentů a každý z nich měl zkušenost s jiným psychofarmakem, což ukazuje variabilitu, se kterou může být ADHD léčeno. Léky jim pomáhají se sebeovládáním, zklidněním a usínáním a až na výjimku, kterou představuje respondent užívající Ritalin (*metylfenidát*), k nim mají pozitivní postoj.

Nejzmiňovanějším symptomem ADHD byl vztek, který se objevoval jako reakce na ohrožení nebo jako způsob sebeobrany a zmiňovali ho především chlapci. V tomto kontextu se vynořila otázka na rozdíl mezi pomstou a sebeobranou. Vztek se pojil hlavně s agresivitou, agresí vůči majetku a ztrátou sebekontroly. Mezi dalšími často zmiňovanými symptomy se objevil tělesný neklid a hyperaktivita, které byly patrné na první pohled.

Negativa spojená se syndromem ADHD se nejčastěji nějakým způsobem týkala sociálních vztahů. Ve vrstevnických skupinách se polovina respondentů setkala s pomluvami, urážkami nebo sociálním vyloučením. Pokud by se podařilo ovlivnit okolí dětí s ADHD takovým způsobem, který by vedl k atmosféře většího pochopení, mohlo by to mnohá jmenovaná negativa odstranit nebo alespoň snížit jejich výskyt. A největší nároky klade tento požadavek pravděpodobně na učitele dětí.

Pozitivní aspekty ADHD jsou dle našeho výzkumu poměrně opomíjeným tématem, protože bylo pro děti mnohem složitější nějaké pojmenovat a odpovědi se více různily. Hlavní skupinou byly výhody, které mají potenciál zajistit dítěti uznání a úspěch mezi vrstevníky.

Přestože jsou impulzivita a nepozornost hlavní diagnostická kritéria, v rozhovorech nebyly přímo jmenované téměř vůbec. Byly však patrné ze situací, které děti popisovaly. Je možné, že nebyly jmenovány, protože ve srovnání se vztekem a agresí, nejsou jejich projevy na první pohled tak nápadné a zdánlivě dětem nepůsobí takové potíže.

Nejvíce respondentům při zvládnání projevů ADHD pomáhá, pokud mohou do něčeho praštit. Mezi časté odpovědi patřila i medikace a podpora okolí.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. vydání).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. vydání).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání).
- Barkley, R. A. (2020). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. Guilford Publications.
- Biederman, J., Martelon, M., Woodworth, K. Y., Spencer, T. J., & Faraone, S. V. (2017). Is Maternal Smoking During Pregnancy a Risk Factor for Cigarette Smoking in Offspring? A Longitudinal Controlled Study of ADHD Children Grown Up. *Journal of Attention Disorders*, 21(12), 975–985. <https://doi.org/10.1177/1087054714557357>
- Brown, H. R., & Harvey, E. A. (2019) Psychometric Properties of ADHD Symptoms in Toddlers, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(3), 423–439. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1485105>
- Daneshparvar, M., Mostafavi, S. A., Zare Jeddi, M., Yunesian, M., Mesdaghinia, A., Mahvi, A. H., & Akhondzadeh, S. (2016). The Role of Lead Exposure on Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children. A Systematic Review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 11(1), 1-14.
- Dudová, I., & Kocourková, J. (2013). Kontroverze v pojetí ADHD – vyhraněné postoje nebo spolupráce? *Československá psychologie*, 57(2), 190–197.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- Enriquez-Geppert, S., Smit, D., Pimenta, M. G., & Arns, M. (2019). Neurofeedback as a Treatment Intervention in ADHD: Current Evidence and Practice. *Current Psychiatry Reports*. 21(6), 46. [10.1007/s11920-019-1021-4](https://doi.org/10.1007/s11920-019-1021-4).
- Gavendová, N. (2021). *Kognitivně-behaviorální přístupy v praxi pedagoga*. Grada.

- Giannopoulou, I., Pagida, M. A., Briana, D. D., & Panayotacopoulou, M. T. (2018). Perinatal hypoxia as a risk factor for psychopathology later in life: the role of dopamine and neurotrophins. *Hormones*, *17*, 25–32. <https://doi.org/10.1007/s42000-018-0007-7>
- Goetz, M. (2009, 30. července). Současný pohled na léčbu ADHD. Remedia. <https://www.remedia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/soucasny-pohled-na-lecbu-adhd-2551/>
- Goetz, M. & Uhlíková, P. (2009). *ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Galén.
- He, Y., Chen, J., Zhu, L. H., Hua, L. L., & Ke, F. F. (2020). Maternal Smoking During Pregnancy and ADHD: Results From a Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Journal of Attention Disorders*, *24*(12), 1637–1647. <https://doi.org/10.1177/1087054717696766>
- Hellerová, P. & Uhlíková, P. (2003). Perinatální rizika a hyperkinetický syndrom. *Psychiatrie pro praxi*, (6), 244–246.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Portál.
- Hupfeld, K. E., Abagis, T. R., & Shah, P. (2019). Living „in the zone“: hyperfocus in adult ADHD. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, *11*, 191–208. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0272-y>
- Jochmannová, L. (2019). *Psychická a vývojová traumata u dětí: Shody se syndromem ADHD, rozdíly a diagnostická rozlišení*. [Disertační práce, Univerzita Palackého].
- Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí: kategorie, projevy a specifika odborné péče*. Grada.
- Jopková, T., Pospíšilová, J., Šešulková, A., Štěpánová, I., & Tomanová, B. (2022). *Komplexní přístup v řešení situace dětí s ADHD*. Centrum pro rodinu a sociální péči.
- Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2015). *Máme dítě s ADHD: Rady pro rodiče*. Grada.
- Kendíková, J. (2019). *ADHD krok za krokem*. Raabe.
- Klégrová, J. Vhodné přístupy k hyperaktivním dětem. In Šulová, L. (2004). *Problémové dítě a hra*. Raabe.
- Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie*. Portál.

- Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., & Příklad, R. (2014). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 15(3), 112–117.
- Medřická, H., Kunčíková, M., & Novák, V. (2007). ADHD. *Neurologie pro praxi*, 8(4), 219–221.
- Míchalová, Z., Pešatová, I., Pešat, P., & Chytrý, V. (2015). *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. Tribun EU.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mioviský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Grada.
- Mohammadi, M.-R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S. A., Ahmadi, A., Alavi, S. S., Shakiba, A., & Salmanian, M. (2021). Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders*, 25(8), 1058–1067. <https://doi.org/10.1177/1087054719886372>
- Novotná, L. (2004, 30. června). Mimořádně nadané děti s handicapem. Metodický portál: Články. <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/Z/22/MIMORADNE-NADANE-DETI-S-HANDICAPEM.html>
- Paclt, I. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Grada.
- Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and ‘Mental Restlessness’ (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 66-73. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00324>
- Příhodová, I. (2011). Porucha pozornosti s hyperaktivitou. *Česká a slovenská neurologie*, 74/107(4), 408–418.
- Ptáček, R. (2019, 26. října). *VĚDA: Ovlivňuje ADHD medikace růst dětí?* Radek Ptáček. <https://radekptacek.cz/veda-ovlivnuje-adhd-medikace-rust-deti/>
- Ptáček, R., & Novotný, M. (2017). *Biofeedback v teorii a praxi*. Grada.
- Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD: variabilita v dětství a dospělosti*. Karolinum.
- Ptáček, R., Ptáčková, H., & Braten, E. (2020). K historii diagnostické kategorie ADHD. *Česká a slovenská psychiatrie*, 116(4), 190–196.

- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Constantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., & Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 1443–1457. [10.1007/s00787-017-1005-z](https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z)
- Reimann-Höhn, U. (2018). *ADHD a ADD v dospívání: dozrávání a překonávání krizí*. Portál.
- Saline, S. (2019). *Co by vaše dítě s ADHD chtělo, abyste věděli*. Portál.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D. et al. (2007). Attention-deficit /hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturations. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 104(49), 19649–19654. <https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>
- Slíva, J. (2018). Látky ovlivňující vegetativní nervový systém. In Švihovec, J., Bultas, J., Anzenbacher, P., Chládek, J., Příborský, J., Slíva, J. & Votava, M. (Ed.), *Farmakologie* (204–220). Grada.
- Smetáčková, I., Ptáček, R., Vňuková, M., & Děchtěrenko, F. (2023). Dopad ADHD na plánování, coping a časovou perspektivu v každodenním životě jedince. *Československá psychologie*, 67(1), 15-29.
- Stárková, L. (2016). ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*, 17(1), 16–21.
- Steer, J., & Horstmann, K. (2022). *Mindfulness a relaxace pro žáky s ADHD: od 10 let*. Portál.
- Světová zdravotnická organizace (WHO). (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Psychiatrické centrum.
- Světová zdravotnická organizace (WHO). (2018). *11th Revision of the International Classification of Diseases, ICD-11*. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Portál.

- Škrdlíková, P. (2015). *Hyperaktivní předškoláci: výchova a vzdělávání dětí s ADHD*. Portál.
- Švamberg Šauerová, M. (2022). *Výchova neprůbojných a uzavřených dětí*. Grada.
- Švamberg Šauerová, M., Špačková, K., & Nechlebová, E. (2013). *Speciální pedagogika v praxi: Komplexní péče o děti se SPUCH*. Grada.
- Uhlíř, J. (2020). *ÁDÉHÁDĚ: Jak na emoce dětí s ADHD*. Raabe.
- Vlasatá, M., Jón, D., & Mohoritová, N. (2013). *ADHD – vím, co s tím?! Junák*.
- Vňuková, M., Ptáček, R., Děchtěrenko, F., Weissenberger, S., Ptáčková, H., Braaten, E., Raboch, J., Anders, M., Klicperová-Baker, M., & Goetz, M. (2023). Prevalence of ADHD Symptomatology in Adult Population in the Czech Republic: A National Study. *Journal of Attention Disorders*, 27(4), 447–454. <https://doi.org/10.1177/10870547221147547>
- Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Česká republika.
- Waxmonsky, J. G., Pelham, W. E., Campa, A., Waschbusch, D. A., Marshall, R., Babocsai, L., Humphery, H., Gnagy, E., Swanson, J., Hanć, T., Fallahazad, N., & Pelham, W. E. (2020). A Randomized Controlled Trial of Interventions for Growth Suppression in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treated With Central Nervous System Stimulants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(12), 1330-1341. 10.1016/j.jaac.2019.08.472
- Weissenberger, S., Ptacek, R., Vnukova, M., Raboch, J., Klicperova-Baker, M., Domkarova, L., & Goetz, M. (2018) ADHD and lifestyle habits in Czech adults, a national sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, (15)14, 293-299. 10.2147/NDT.S148921.
- Wolfdieter, J. (2013) *ADHD: 100 tipů pro rodiče a učitele*. Edika.
- Zákon č. 82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Česká republika.
- Závěrková, M. (2018). *O ADHD v dospívání a dospělosti*. Pasparta.
- Zelinková, O. (2015). *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Portál.

Žáčková, H., & Jucovičová, D. (2017a). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita*. Grada.

Žáčková, H., & Jucovičová, D. (2017b). *Metody práce s dětmi s ADHD především pro rodiče a vychovatele*. D + H.

Seznam příloh

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce

Příloha 2: Abstract of Thesis

Příloha 3: Seznam použitých zkratk

Příloha 4: Seznam tabulek

Příloha 5: Informovaný souhlas pro rodiče

Příloha 6: Otázky do interview

Příloha 7: Ukázka kódovacího systému

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Vnímání syndromu ADHD dětmi s touto diagnózou

Autor práce: Petra Navrátilová

Vedoucí práce: PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 70 stran, 121 120 znaků

Počet příloh: 7

Počet titulů a použité literatury: 65

Abstrakt:

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak děti s ADHD vnímají tuto diagnózu, jak jsou informované, jaká vnímají pozitiva a negativa a co jim pomáhá je zvládat. Zároveň jsem chtěla identifikovat témata, která by mohla být důležitá pro další práci s nimi. Výzkumu se zúčastnilo celkem 6 dětí s průměrným věkem 9,7 let. Metodou získávání dat byly polostrukturované rozhovory, které byly následně analyzovány pomocí tematické analýzy. Mezi nejdůležitější témata patří emoce, vztahy a sebepojetí. Nejvíce dětí čerpá informace o ADHD ze svých vlastních zkušeností a k jejich popisu často používají metafory či přirovnání. Nejčastěji zmiňovanými symptomy jsou vztek, agresivita, agrese vůči věcem a ztráta sebekontroly. Negativa spojená s ADHD se týkají hlavně vztahů s vrstevníky, pozitivní aspekty syndromu jsou však opomíjeny. To, co dětem nejvíce pomáhá zvládat projevy ADHD je, když mohou do něčeho praštit.

Klíčová slova: syndrom ADHD, porucha pozornosti s hyperaktivitou, děti s ADHD, vnímání ADHD, agresivita

Příloha 2: Abstract of Thesis

ABSTRACT OF THESIS

Title: ADHD syndrome and its perception by children with this diagnosis

Author: Petra Navrátilová

Supervisor: PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

Number of pages and characters: 70 pages, 121 120 characters

Number of appendices: 7

Number of references: 65

Abstract:

The aim of the research was to find out how children with ADHD perceive this diagnosis, how informed they are, what positives and negatives they perceive, and what helps them to cope. At the same time, I wanted to identify topics that might be important for further work with them. A total of 6 children with an average age of 9,7 years took part in the research. The method of data retrieval was semi-structured interviews, which were further analyzed by thematic analysis. Among the most important topics are included emotions, relationship, and self-conception. Most children take information about ADHD from their own experiences and often use metaphors or similes to describe them. The most mentioned symptoms are anger, aggressiveness, aggression towards things, and loss of self-control. The negatives associated with ADHD are mainly related to relationships with peers, and the positives aspects of the syndrome are neglected. The thing that most helps children to manage ADHD manifestations is hitting something.

Key words: ADHD syndrome, attention deficit hyperactivity disorder, children with ADHD, ADHD perception, aggressiveness

Příloha 3: Seznam použitých zkratk

ADD (attention deficit disorder) – porucha pozornosti bez hyperaktivity

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) – porucha pozornosti s hyperaktivitou

APA – American Psychiatric Association

CNS – centrální nervový systém

DSM-III – Diagnostický a statistický manuál, verze 3

DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál, verze 4

DSM-V – Diagnostický a statistický manuál, verze 5

EEG – elektroencefalografie

ICD-11 – International Classification of Diseases, 11. revize

IVP – individuálně vzdělávací plán

KBT – kognitivně behaviorální terapie

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

NS – nervová soustava

SPECT (single-photon emission computed tomography) – jednofotonová emisní výpočetní tomografie

WHO – World Health Organization

Příloha 4: Seznam tabulek

Tab. 1: Výběrový soubor

Tab. 2: Specifika projevu

Tab. 3: Emoce

Tab. 4: Povědomí o syndromu ADHD

Tab. 5: Je ADHD celoživotní porucha?

Tab. 6: Symptomy ADHD

Tab. 7: Medikace

Tab. 8: Nevýhody syndromu ADHD

Tab. 9: Výhody syndromu ADHD

Tab. 10: Strategie zvládnání ADHD

Příloha 5: Informovaný souhlas pro rodiče

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO RODIČE

Souhlasím, aby se můj syn/moje dcera zúčastnil/a výzkumného projektu, který je součástí bakalářské práce s názvem **Syndrom ADHD a jeho vnímání dětmi s touto diagnózou**. Projekt je realizován Petrou Navrátilovou (dále jen jako „autorka“), studentkou Katedry psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, pod vedením PhDr. Leony Jochmannové, Ph.D. Cílem výzkumu je zmapovat, co o syndromu ADHD děti ví a jak ho vnímají.

V rámci výzkumu se autorka s dítětem sejde a společně realizují rozhovor na dané téma. Celý rozhovor bude v maximální délce 50 minut a z jeho průběhu vznikne zvuková nahrávka. Nahrávka bude po přepisu dat smazána. Autorka se zavazuje, že kromě **anonymizovaných** výzkumných závěrů nebude o obsahu rozhovoru informovat žádné další osoby.

Vaše účast na výzkumu je zcela **dobrovolná** a máte plné právo kdykoliv odmítnout se jej účastnit stejně jako Vaše dítě (ať už před jeho začátkem nebo v jeho průběhu). Váš nesouhlas s účastí na výzkumu pro Vás nebude mít žádné nežádoucí důsledky.

V případě, že se Vy nebo Váš syn/Vaše dcera rozhodnete pro účast ve výzkumu, máte právo i po absolvování rozhovoru dítěte kontaktovat autorku výzkumu se žádostí o zpětné vymazání veškerých Vašich údajů. To je však možné udělat nejpozději **31.01. 2023**; po tomto datu budou sepsány závěrečné analýzy a jejich zpětné odstranění není možné.

Svým podpisem dále vyjadřujete souhlas s tím, že autorce výzkumu budou poskytnuty následující údaje o Vašem dítěti a že je bude pro účely výzkumu zpracovávat: pohlaví a věk dítěte, datum a čas setkání, odpovědi na otázky v rozhovoru.

Jeho/Její údaje budou zpracovávány v následujících krocích:

- Přepis dat ze zvukové nahrávky do anonymizované elektronické podoby, ke které bude mít přístup pouze autorka výzkumu. Zvuková nahrávka bude po přepisu dat smazána.
- Zpracování a analýza dat.
- Publikace anonymizovaných zpracovaných dat a výsledků analýz v bakalářské práci autorky.

Kopie informovaného souhlasu Vám bude v případě zájmu zaslána na e-mailovou adresu.

Jméno a příjmení:

V

dne

Podpis zákonného zástupce:

Příloha 6: Otázky do interview

1. Věk, pohlaví
2. Představ si, že jsem někdo, kdo nikdy neslyšel o ADHD. Jak bys mi vysvětlil/a, co to je.
3. Jak ses dozvěděl/a o tom, že máš ADHD? Kdo ti to řekl? Vysvětlil nějak, co to znamená?
4. Jak se ADHD projevuje konkrétně u tebe?
5. Jak to berou ve škole (paní učitelky)? Jak to berou tvoji vrstevníci (kamarádi, spolužáci)?
6. Bereš nějaké léky na ADHD? Při jaké příležitosti, jak na tebe působí a co si o nich myslíš?
7. Existuje něco, v čem tě ADHD omezuje? V čem ti působí potíže? Co tě na tom trápí?
8. Co ti pomáhá to zvládat?
9. Existuje naopak něco, co ti ADHD přináší? V čem ti pomáhá? Má to nějaké výhody?
10. Myslíš, že z toho vyrosteš?

Příloha 7: Ukázka kódovacího systému

Přepis části rozhovoru	Kódování
„No, že jsem se třeba neuměl rozhodnout nebo že se někdy rozzuřím pořádně, pak se zase umluvím.“	Nerozhodnost, Vzteky Emoční labilita Přeřeknutí.
„Já jsem si dělal pro sebe židličku ze stavebnice, dělal jsem ji dvě hodiny a ona do toho kopl, tak jsem začal do všeho mlátit.“	Vzteky, Agrese vůči věcem, Ztráta sebekontroly, Emoční labilita.
„ADHD je nemoc nebo také choroba, nějací lidé na to berou prášky jako já třeba.“	Nemoc/porucha, Medikace.
„Že nemůžu udržet pozornost tak dobře, pořád si s něčím hraju a že mám často hrozně velkou chuť na něco sladkého.“	Nepozornost, Tělesný neklid, Chuť na sladké.
„Říkají mi divnými slovy, pamatuju si jenom, že mě někdo řekl kryso na kofeinech.“	Pomluvy a urážky.
„Já mám takový ADHD lék na soustředění. Už konec?“	Medikace, Netrpělivost.
„A někdy prostě musím sevřít ten vztek, někdy si zanádvám.“	Vzteky, Vulgarismy.
„Vezmu si antistresový míček a začnu ho mačkat.“	Antistresový míček.
„Ale víte, co mi připadá zajímavé? Tady je taková věc, vy tam dáte ruku a ono se to obtiskne, takové ty čičky to jsou. A hele, co jsem viděl na youtubu.“	Odklon od tématu, Zvláštní formulace
„Třeba se na něho rozběhnete, budete naštvaní.“	Impulzivita, Vzteky.