

Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině

- Základní projevy ADHD
- Zásady výchovného vedení
- Působení relaxačních technik
- Dospívání hyperaktivních dětí



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

**PaedDr. et Mgr. Hana Žáčková,
PaedDr. Drahomíra Jucovičová**

NEKLIDNÉ A NESOUSTŘEDĚNÉ DÍTĚ ve škole a v rodině

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 3883. publikaci

Odpovědná redaktorka Jana Jindrová
Sazba a zlom Radek Vokál
Návrh a realizace obálky Antonín Plicka
Autoři obrazové přílohy Ivana Růžičková, ing. Daniel Sekyra
Počet stran 240
Vydání 1., 2010

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2010
Obrázek na obálce © fotobanka Allphoto

ISBN 978-80-247-2697-7 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6947-9 (elektronická verze ve formátu)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

Úvod	7
1. Terminologie – dřívější a současná	9
2. Etiologie – příčiny vzniku ADHD	12
3. Diagnostická kritéria ADHD	14
3.1 Diagnostický postup	17
3.2 Diferenciální diagnostika	20
4. Popis základních projevů ADHD	22
4.1 Základní projevy ADHD v jednotlivých vývojových stádiích dítěte	23
4.2 Porucha pozornosti	27
4.3 Hyperaktivita	30
4.4 Impulzivita	33
4.5 Percepčně motorické poruchy	35
4.5.1 Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace	35
4.5.2 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí	36
4.6 Poruchy paměti	38
4.7 Poruchy myšlení a řeči	40
4.8 Emoční poruchy a poruchy chování	43
4.9 Shrnutí základních projevů ADHD u dětí školního věku	50
4.10 Vliv ADHD na prožívání a chování dětí	53
5. Možnosti ovlivňování projevů ADHD pomocí výchovného vedení	55
5.1 Obecné zásady výchovného vedení	55
5.2 Nesprávné výchovné postupy	62
5.3 Možnosti ovlivňování poruchy pozornosti	65
5.4 Možnosti ovlivňování hyperaktivity	69
5.5 Možnosti ovlivňování impulzivity	74
5.6 Možnosti ovlivňování poruch motoriky a motorické koordinace	75
5.7 Možnosti ovlivňování poruch paměti, zejména paměti krátkodobé	77
5.8 Možnosti ovlivňování percepčních poruch	82

5.9	Možnosti ovlivňování poruch myšlení a řeči včetně komunikace . . .	92
5.9.1	Komunikace dětí s ADHD	94
5.9.2	Komunikace pedagogů s rodiči dětí s ADHD	98
5.10	Možnosti ovlivňování emočních poruch a poruch chování	103
5.10.1	Řešení výchovných problémů	109
5.10.2	Jak řešit výchovné problémy – shrnutí	130
6.	Ovlivnění projevů ADHD pomocí relaxačních technik	132
6.1	Působení relaxačních technik	136
6.2	Specifika použití relaxačních technik u dětí s ADHD	137
6.3	Obecné zásady pro nácvik relaxačních technik	139
6.4	Kdy a kde cvičíme relaxační techniky	143
6.5	Vlastní relaxační techniky	145
6.5.1	Různé typy poloh pro relaxační cvičení	145
6.5.2	Relaxační cvičení	154
6.5.3	Dechová cvičení	164
6.5.4	Jógová cvičení	171
6.5.5	Hudební relaxace	176
7.	Ovlivňování projevů ADHD pomocí farmakoterapie a kognitivně behaviorální terapie	178
7.1	Farmakoterapie	178
7.2	Kognitivně behaviorální terapie	184
8.	Postavení dítěte s ADHD ve škole	187
8.1	Právní předpisy MŠMT ČR upravující přístup k žákům se specifickými poruchami učení a chování	190
9.	Období dospívání hyperaktivních dětí	196
9.1	Volba dalšího vzdělávání a povolání u hyperaktivních dětí – kariérové poradenství	203
10.	Období dospělosti	217
11.	Klady a záporny hyperaktivity	222
12.	Závěr	227
	Příloha 1 – Bezradník	229
	Příloha 2 – Ukázka pravidel	231
	Příloha 3 – Orientační dotazník pro učitele k ADHD	232
	Příloha 4 – Dotazník pro učitele ke kariérovému poradenství	233
	Literatura	235
	Seznam použitých zkratk	238

ÚVOD

Neklidné a nesoustředěné děti zde zřejmě vždy byly a rozhodně i budou. Na jejich výskyt upozorňují v českém jazyce běžně užívané termíny pro velmi živé děti, jako například „živé stříbro“ nebo „děti z hadích ocásků“. Ostatně v odborné literatuře je vždy zmiňována studie Antonína Heverocha z roku 1904 s názvem *Dítě neposeda*, rovněž Swierkoszová (2006) uvádí příběh *Tyránek* publikovaný J. Arbesem v Pedagogických rozhledech dokonce již v roce 1890 a tamtéž byl v roce 1910 otisknutý článek F. Strnada s názvem *Výstřední žák*. Obsah obou článků je popisem typicky hyperaktivního dítěte, v prvním případě i s výhledem do dospělosti, ve druhém jsou popsány metody práce, které byly efektivní při práci s tímto dítětem – v podstatě odpovídají současným poznatkům o výchovném vedení hyperaktivních dětí. Významným přínosem pak byla zejména publikace z roku 1961 s názvem *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích* (autoři O. Kučera, J. Jirásek, Z. Matějček, Z. Žlab, J. Dittrich a další), dále monografie Z. Třesohlavé a kol. z roku 1974 shrnující všechny dosavadní poznatky obohacené vlastními zkušenostmi i zkušenostmi ze specializovaných tříd pro žáky s lehkou mozkovou dysfunkcí, které byly v naší zemi zřizovány od sedmdesátých let minulého století.

Čili hyperaktivní děti zde vždy byly, jen byly označovány různými termíny. Nejsou tedy pouze „produktem současné doby“, jak bývá někdy laicky podsouváno.

Ve vnímání problematiky těchto dětí dochází s novými poznatky, které věda přináší, ke změnám: mění se nejen terminologie, ale i názory na příčiny vzniku poruchy, na změny poruchy ve vývoji dítěte, rozšiřuje se výčet příznaků, které porucha vykazuje. Mění se ale také pohled na možnosti terapie poruchy, kde dochází k posunu od individuální terapie – ať už lékové, či nelékové – k terapii psychosociální, zaměřené nejen na dítě, ale i na prostředí, ve kterém žije, zejména na prostředí školy a rodiny. Jako optimální se také jeví multidisciplinární přístup k řešení této problematiky, tj. spolupráce odborníků, kteří o dítě pečují (psychologů, speciálních pedagogů,

psychiatrů, neurologů či dalších odborníků), a rodičů, učitelů a vychovatelů těchto dětí.

Pro své chování, kdy často reagují velmi nestandardně v běžných situacích, bývají hyperaktivní děti – a to zejména v období školního věku – vnímány pedagogy a často i rodiči jako problémové.

Tato publikace je proto zaměřena zejména na praktické návody a postupy, jak výchovně vést hyperaktivní děti a jak s nimi pracovat v rodině i ve škole tak, aby jejich problematika byla co nejvíce eliminována nebo alespoň zmírněna, aby přestaly být tyto děti vnímány jako „problém“.

Postupy výchovného vedení těchto dětí jsou ověřené v praxi, odpovídají českým sociokulturním podmínkám i našim výchovným tradicím. Domníváme se totiž, že při současném trendu často nekritického a neadekvátního přejímání různých teorií a pracovních metod ze zahraničí bývá opomíjen fakt, že nelze vše aplikovat na prostředí, které má odlišné sociokulturní prostředí a výchovné tradice. Nehledě na to, že některé postupy – u nás již dávno známé a ověřené – bývají často zbytečně „objevovány“ znovu. Neměli bychom také zapomínat na významný přínos české pedagogiky a psychologie – v podstatě J. A. Komenským počínaje a profesorem Zdeňkem Matějčkem konče.

Tato publikace by měla také přispět k tomu, aby hyperaktivní děti přestaly být vnímány jako problém, který je neřešitelný – včasné a správné výchovné vedení hyperaktivního dítěte může nejen zmírnit problémy, které tyto děti mají, ale některým i předejít. Zejména těm, které vedou k negativnímu prožívání těchto dětí a ke vzniku tzv. sekundární problematiky, která z primárních projevů poruchy nevyplývá, ale úzce s nimi souvisí – jedná se např. o negativní prožívání sebe sama, což vede ke sníženému sebepojetí a následně k vytváření nových mechanismů v chování dítěte, které sice vedou ke kompenzaci negativních pocitů, ale často opět negativně působí na okolí. Vzniká tak „začarovaný kruh“, kdy dítě kvůli své problematice dlouhodobě prožívá neúspěch, což se snaží kompenzovat např. poutáním pozornosti okolí, většinou ale opět neadekvátním a negativním způsobem. Správným výchovným vedením dítěte a jeho postupným směřováním k sebepoznání a seberegulaci jeho chování můžeme napomoci k přerušení tohoto „začarovaného kruhu“ a otevřít dítěti cestu do života, která může být úspěšná. Cílem by mělo být i poznání, že hyperaktivita nemá jen negativa, ale také svá pozitiva, kterých lze využít. A že i negativa lze ovlivnit a kompenzovat, aby bylo hyperaktivní dítě v životě spokojené a úspěšné.

1. TERMINOLOGIE – DŘÍVĚJŠÍ A SOUČASNÁ

Terminologie užívaná k označování hyperaktivních dětí se měnila podle pojetí jejich problematiky a získávání nových poznatků o ní. První poznatky o hyperaktivních dětech lze nejen u nás, ale i ve světě zachytit koncem první poloviny a v průběhu druhé poloviny dvacátého století (přibližně od roku 1830), o přesnější ohraničení této problematiky se pokoušeli autoři na počátku dvacátého století. V roce 1930 byl poprvé použit později ve světě běžně užívaný termín **minimální mozková dysfunkce** (MBD), podle kterého byl i u nás používán termín **malá mozková dysfunkce** (MMD). Od padesátých let dvacátého století byl u nás používán termín **lehká dětská encefalopatie** (LDE), v šedesátých letech se začal pomalu prosazovat termín **lehká mozková dysfunkce** (LMD) (Swierkoszová, 2006). Tento termín byl používán v podstatě déle než třicet let, nová terminologie se u nás začala velmi pomalu prosazovat od druhé poloviny devadesátých let dvacátého století a víceméně se prosadila teprve po roce 2000. Za tuto dlouhou dobu se termín LMD stal běžným nejen pro odbornou, ale i laickou veřejnost a v praxi bývá leckdy používán pro ozřejmění a sjednocení termínů v souběhu s novou terminologií dodnes. Výše uvedené termíny vycházely předně z etiologie syndromu, od devadesátých let se ve světě začala prosazovat terminologie zaměřená spíše na popis projevů syndromu.

V současné době se pro hyperaktivní děti používají nejčastěji dva termíny, které vycházejí z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10) Světové zdravotnické organizace a z pojetí Americké psychiatrické asociace (podle DSM-IV), oba se svým vznikem datují do devadesátých let (1992, 1994).

V souladu s **Mezinárodní klasifikací nemocí** Světové zdravotnické organizace je užíván termín **hyperkinetická porucha a její subtypy – porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování**. Hyperkinetická porucha chování je diagnostikována, pokud je porucha aktivity a pozornosti doplněna i problematikou v chování dítěte – opozičním chováním a agresi, případně i jinými poruchami chování.

V české terminologii se používají i označení typu hyperkinetický nebo hyperaktivní syndrom, hypokinetický nebo hypoaktivní syndrom. Častěji se můžeme setkat se zkratkou ADHD, která vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace – jedná se o označení pro **syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou** (ADHD) anebo **syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity** (ADD). V dalším textu budeme užívat termín ADHD, protože ADD lze chápat jako podřazený pojem.

Tyto syndromy označují děti, které jsou nepozorné a nadměrně aktivní, impulzivní. Jedná se o příznaky trvající dlouhodobě, chronicky, které jsou zřetelné již od raných vývojových stadií a neodpovídají mentálnímu věku dítěte. Výrazně vystupují zejména v situacích, které jsou náročné na udržení pozornosti, kontroly pohybů a tlumení impulzů. Jsou tedy zjevné zejména v období vstupu dítěte do základní školy, která tyto situace navozuje. Podle Paclta (2007) se obě diagnostické kategorie do jisté míry překrývají, ale termín ADHD zahrnuje mírnější, parciální poruchy a nezahrnuje poruchy chování. ADHD lze diagnostikovat, pokud se u dítěte vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou (porucha pozornosti nebo hyperaktivita/impulzivita) a pokud se objevuje buď v domácím, nebo školním prostředí. Termín **hyperkinetický syndrom** zachycuje podle něj závažnější příznaky, včetně poruchy chování, a lze jej diagnostikovat, pokud se příznaky objevují jak v domácím, tak ve školním prostředí.

Podle Swierkoszové (2006) je termín ADHD popisnější, poskytuje širší pojetí syndromu a je pro depistáž a následnou terapii a reedukaci užitečnější. Navíc je běžně užívaný v odborné literatuře psychologické a pedagogické jak ve světě, tak již i u nás. Začíná se také prosazovat mezi laickou veřejností.

Termíny hyperkinetický syndrom a syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou jsou termíny pocházející z lékařské (psychiatrické) terminologie. V poradenské psychologické a pedagogické praxi zahrnujeme hyperaktivní děti pod termín specifické poruchy chování (SPCH), který je u nás používán od osmdesátých let minulého století. Tento termín používá i aktuálně platná školská legislativa, např. zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Termín specifické poruchy chování (v literatuře lze též zaznamenat termín specifické vývojové poruchy chování) naznačuje i odlišení problematiky těchto dětí od prostých poruch chování. Jejich specifikem je to, že se jedná o problematiku vrozenou, za kterou děti nemohou a kterou svými vlastními silami ani zpočátku nedokážou ovlivnit – na rozdíl od poruch chování, které nejčastěji vznikají vlivem sociokulturního prostředí nebo v důsledku

snížených rozpoznávacích schopností u dětí s mentální retardací či jinými zdravotními oslabeními ap. Specifické poruchy chování, které se velmi často vyskytují v kombinaci se specifickými poruchami učení, bývají z tohoto důvodu zahrnuty do obsáhlejšího termínu specifické poruchy učení a chování (SPUCH). Tyto děti jsou pak vedeny jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami a podle současných platných právních předpisů jim má být věnována zvýšená péče.

2. ETIOLOGIE – PŘÍČINY VZNIKU ADHD

Příčiny vzniku hyperaktivity u dětí bývají někdy nejasné. Jako nejčastější příčina vzniku hyperaktivity bývá uváděno drobné difúzní poškození mozku vznikající v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Příčinou tohoto poškození je většinou nedostatek kyslíku (hypoxie) nebo krvácení do mozku (které často vzniká jako důsledek dlouhodobějšího nedostatku kyslíku – v důsledku toho dochází k poškození nebo až k odumírání mozkových buněk). Tato poškození vznikají **negativním působením různých vlivů v období těhotenství, v době porodu nebo v raném dětství** (Vágnerová, 1999; Černá, 1999) – např. nepříznivý zdravotní stav matky v těhotenství, komplikace v průběhu porodu, nedonošenost (výrazně nezralá mozková tkáň je značně zranitelná – je známá skutečnost, že náchylnější k různým druhům poruch jsou chlapci) nebo i přenošenost dítěte, infekční a horečnatá onemocnění po porodu, úrazy hlavy, déletrvající stavy bezvědomí ap.

V poslední době se ale uvádí velký **podíl genetických faktorů** jako příčina vzniku hyperaktivity. To potvrzují nejen výzkumy, ale i dlouhodobé poznatky z praxe, kdy bývá hyperaktivní někdo z rodičů či prarodičů nebo i sourozenců (jak dětí, tak i jejich rodičů či prarodičů) – ukazuje se, že hyperaktivita se častěji dědí po mužské linii.

Častou příčinou vzniku hyperaktivity bývá i **kombinace** obou výše uvedených faktorů, kdy například otec dítěte je hyperaktivní a matka měla rizikové těhotenství spojené s obtížným, protražovaným porodem.

Jiní autoři uvádějí i další etiologické modely (Paclt, 2007): **kognitivní**, kdy dominují obtíže s útlumem činnosti (dítě netrpí rychlými reakcemi, ale nedostatkem útlumu, pomalými útlumovými reakcemi), **neurobiologický**, který uvádí odchylky ve stavbě a činnosti některých mozkových struktur, **biochemický**, který odhaluje nedostatek některých neurotransmiterů (přenašečů informace mezi mozkovými buňkami – neurony), tj. dopaminu, noradrenalinu a serotoninu, a konečně již výše zmíněný model **genetický**.

Přestože příčiny vzniku hyperaktivity mohou být často nejasné a nepodaří se nám je odhalit, z výše uvedeného je zřejmé, že se u dětí jedná vždy o problematiku vrozenou (nebo časně získanou) a že se jedná o obtíže, které dítě samo z velké míry nemůže ovlivnit. Tyto projevy však lze vhodně zvolenou terapií a výchovným přístupem k dítěti postupně ovlivnit tak, aby pro ně nebyly zatěžující.

3. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA ADHD

ADHD lze diagnostikovat, pokud se jedná o **děletrvajicí problematiku** (příznaky by se měly projevovat nejméně po dobu šesti měsíců) a pokud je přítomna alespoň jedna z dále uvedených poruch: porucha pozornosti, hyperaktivita s impulzivitou. Podle toho diagnostikujeme:

- ADHD s převahou poruchy pozornosti,
- ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity,
- ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou (kombinovaný typ).

! Pro označení syndromu poruchy pozornosti bez hyperaktivity se také užívá označení ADD.

Diagnostická kritéria ADHD podle DSM-IV popisují jednotlivé příznaky syndromu tak, jak je lze zachytit u všech věkových kategorií, od předškolního věku až po dospívání – starší školní věk.

Příznaky jsou posuzovány v porovnání s ostatními dětmi stejného věku a srovnávány s mentálním věkem dítěte. Děti s ADHD se většinou významně liší svými projevy od projevů svých vrstevníků a jejich chování neodpovídá jejich věku – často se chovají jako věkově mladší děti, mívají i kamarády v nižších věkových kategoriích. I zde se ale projevuje nerovnoměrné zrání – některé projevy chování dítěte odpovídají věku, jiné mu nedostačují, v některých případech (zejména u nadaných dětí) věk předbíhají. Příznaky je nutno pozorovat, jak již bylo výše řečeno, dlouhodobě, po dobu více než šesti měsíců – viz následující tabulka, body A, B a C.

Diagnózu ADHD lze udělit, pokud byly u dítěte zaznamenány některé ze 14 příznaků uvedených v diagnostických kritériích podle DSM-IV. U dětí předškolního věku musí být přítomno 10 ze 14 příznaků, u dětí mladšího školního věku 8 ze 14, u dětí staršího školního věku 6 ze 14 příznaků (in Paclt, 2007) – viz následující tabulka, body A, B a C.

Diagnostická kritéria pro diagnózu ADHD podle DSM-IV

A. Porucha, trvající nejméně 6 měsíců, při níž se objevuje nejméně 8 z následujících 14 symptomů, a to v takové míře, že projevy dítěte neodpovídají jeho věku:

1. Často si neklidně pohrává s rukama, bezúčelně pohybuje nohama anebo se vrtí na židli. V době dospívání můžeme omezitkladnou odpověď na tuto položku pouze na takové případy, kdy adolescent hovoří o tom, že prožívá subjektivní pocity vnitřního neklidu.
2. Dítě má potíže s tím, aby vydrželo klidně sedět, i když je o to požádáno.
3. Lehko je vyruší (případně odvedou od práce) vnější stimuly.
4. Ve hrách s pevně stanovenými pravidly či ve společenských (resp. skupinových) stimulacích mu dělá potíže vyčkat, dokud na ně nepříjde řada.
5. Často vyhrkne odpověď na otázku ještě předtím, než ji ten, kdo se ptá, vůbec stačil vyslovit (což vede k častým chybám).
6. Dělá mu potíže řídit se instrukcemi jiných osob (a není to kvůli opozičnímu, negativistickému chování ani kvůli nepochopení), například mu dělává potíže dokončit nějakou práci.
7. Dělá mu potíže soustředit se, ať už na úkoly, nebo při hrách.
8. Často „přebíhá“ od jedné nedokončené činnosti ke druhé.
9. Dělá mu potíže hrát si tiše.
10. Často je nadměrně povídavé, překotně hovoří.
11. Často přerušuje jiné anebo jim skáče do řeči, například se plete do her jiných dětí.
12. Často to vypadá, jako že neposlouchá, co se mu říká.
13. Často ztrácí věci, které jsou nezbytné pro školní práci či celkově pro různé důležité činnosti, ať už doma, nebo ve škole (např. hračky, tužky, knihy, domácí úlohy).
14. Často se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (přítom to nedělá kvůli tomu, že by vyhledávalo nebezpečí pro nebezpečí), například vbíhá do vozovky, aniž by se předtím rozhlédlo.

- B. Nemoc se začíná výrazněji projevovat obvykle před sedmým rokem věku.
- C. Nemoc nesplňuje kritéria vše zachvacující vývojové poruchy (pervasive development disorder).

Kritéria závažnosti ADHD (doplněno z hlediska pedagogicko-psychologické praxe):

■ Mírný typ ADHD

Jen málo symptomů, pokud vůbec nějaké z těch, které jsou potřebné ke stanovení této diagnózy, se projevuje v nadměrné míře. Školní a společenská angažovanost dítěte trpí v tomto stupni poruchy jen minimálně anebo vůbec ne.

U dítěte kolísá schopnost koncentrace pozornosti, celkově jsou patrné výkyvy, dominující symptomy jsou zvládnutelné bez speciální péče, v rámci individuálního přístupu.

■ Střední typ ADHD

Symptomy či míra (společenské) funkční újmy kolísají mezi „mírnou“ a „vážnou“.

U dítěte je patrný neklid, nesoustředění, překotné reakce, emoční nestabilita, snížená sebekontrola aj. Dítě většinou již potřebuje kromě individuálního přístupu i další speciální péči.

■ Vážný typ ADHD

Ze symptomů potřebných ke stanovení diagnózy se mnoho projevuje v nadměrné míře. Újma, ať už se týká činností doma, ve škole nebo v přátelství s vrstevníky, je (téměř) vše zachvacující. U dítěte je často zjevný výrazný neklid, zjevný sklon k rizikovému chování, nápadné obtíže v soužití s ostatními, nízká nebo nulová schopnost sebekontroly a sebeovládání. Častá je i kombinace se specifickými poruchami učení. Další speciální péče je nezbytná.

3.1 DIAGNOSTICKÝ POSTUP

Diagnostika ADHD je v naprosté většině záležitostí týmové spolupráce – lékařů (pediatra, neurologa, psychiatra – viz Paclt, 2007), psychologů a speciálních pedagogů – a to zvláště v případech, kdy je stanovení diagózy nejednoznačné. Lékařské vyšetření je někdy nutné i z důvodu vyloučení jiných příčin a posouzení případné medikace. Někteří autoři uvádějí, že by lékařské vyšetření mělo psychologickému vyšetření předcházet (Pokorná, 2002). V praxi se ale někdy setkáváme – zejména u předškolních dětí – s tím, že lékař (nejčastěji pediatr) problémy dítěte související s projevem ADHD bagatelizuje a nepošle rodiče s dítětem k dalšímu vyšetření, které by mohlo včas a výrazně přispět ke zmírnění případného nepříznivého vývoje.

Někdy jsou také děti s podezřením na ADHD automaticky posílány na neurologické vyšetření, aby se portvrdil či vyvrátil syndrom ADHD. I přes veškerý pokrok v současné medicíně nemusí však být dodnes např. zcela jednoznačně zachyceny abnormity při EEG vyšetření, může být i naprostá absence neurologických známek – zvláště u neorganických příčin (i když tato skupina dětí je podstatně méně početná). Zmiňujeme se o tom proto, že byly v praxi zaznamenány případy, kdy u dítěte s „podezřením“ na ADHD (přestože výstupy z provedené komplexní pedagogické, speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky na syndrom ADHD jednoznačně ukazovaly) byla na základě následného neurologického vyšetření bez zjevného nálezu diagnóza ADHD vyloučena a projevy dítěte byly přehodnoceny pouze jako důsledek nevhodného výchovného vedení v rodině. Dítěti pak nebyla poskytnuta potřebná péče, ve škole bylo jeho chování opakovaně klasifikováno sníženou známkou a následující vývoj dítěte byl značně nepříznivý.

Nyní se zaměříme na možnost diagnostikovat ADHD na základě komplexního pedagogického, speciálně pedagogického a psychologického vyšetření, které však je samozřejmě někdy žádoucí doplnit výsledky jiných odborných vyšetření (např. neurologického, psychiatrického, pediatrického, endokrinologického, logopedického aj.), zejména bude-li dítě kvůli závažnosti své poruchy potřebovat následně péči těchto odborníků.

Příslušné údaje o chování dítěte a o příznacích ADHD získáváme z několika zdrojů: cenným zdrojem je **pedagogická diagnostika**, která vychází z dlouhodobého pozorování a rozborů práce dítěte. Učitelé ji poskytují formou vypracovaného tzv. školního dotazníku nebo samostatnou, písemně zpracovanou pedagogickou diagnostikou (důležité jsou např. informace porovnávající výkon žáka v průběhu vyučování a v jednotlivých předmě-

tech, projevy chování, dosavadní využívané způsoby práce se žákem, pozitivní výsledky žáka, spolupráce s rodinou atd.).

Důležité údaje získáváme formou cíleně zaměřeného **anamnestického dotazování**, kdy zjišťujeme průběh těhotenství i porodu a vývoj dítěte od narození po tzv. zlomové body – vstup do MŠ, nástup do ZŠ, přechod na druhý stupeň ZŠ, případně i období dospívání. Rozhovorem s rodiči zjišťujeme nejen to, jaké má dítě projevy chování, jaké výchovné strategie rodiče využívají, ale také jak dítě přistupuje ke školní práci, k přípravě na ni, jaké jsou jeho vrstevnické vztahy, jaké má zájmy.

Další cenné údaje nám poskytnou **pozorování chování dítěte** při rozhovoru, v testové situaci, při psaní, čtení, počítání nebo i při hře. Neměli bychom opomíjet ani pozorování projevů dítěte v jeho přirozeném prostředí, většinou ve škole, školní družině, zájmovém kroužku. Projevy chování dítěte se výrazně mění, pokud je pouze v individuálním kontaktu s dospělým člověkem, který mu věnuje svou pozornost – v této situaci na dítě působí menší množství rušivých vlivů, než pokud je ve vrstevnické skupině, při běžné školní práci, kdy na ně působí mnoho rozličných vlivů a kdy si musí pozornost dospělého i vrstevníků získávat.

Při **psychologickém vyšetření** zjišťují psychologové výrazné nerovnoměrnosti v jednotlivých výkonech v intelektových testech, kdy některé výkony dítěte odpovídají nadprůměrným nebo velmi dobře průměrným výkonům (často se jedná o všeobecné vědomosti, sociální orientovanost, pokud není přidružena sociální nezralost či porucha chování, velmi často i schopnost abstraktního a logického myšlení, pokud nedošlo k mírnému vývojovému opoždění). Oproti tomu snížené výkony – často i do oblasti podprůměru – vykazují subtesty, které jsou nejvíce ovlivněny příznaky poruchy, zejména kolísáním koncentrace pozornosti, porušenou krátkodobou pamětí (což se projeví zejména v subtestu zaměřeném na matematiku a opakování čísel), tendenci k impulzivním (většinou chybným) řešením a rovněž i percepčně motorickými poruchami (kde je výkon ovlivněn poruchou zrakové diferenciací, schopnosti prostorové orientace a představitosti) a také poruchou schopnosti analyzovat a syntetizovat, což se promítá zejména do neverbálních zkoušek testu. Většinou bývá také podstatný rozdíl mezi verbální a neverbální částí intelektových testů (proto je nezbytné realizovat obě části testu). Celkový výsledek testu je pak poruchou zkreslen – i zde je často zjevné, že dítě „má na víc“.

Speciální pedagogové při **speciálně pedagogickém vyšetření** pak většinou potvrzují poruchy v percepčně motorické oblasti, které jsou často ovlivněny i kolísáním koncentrace pozornosti, poruchou krátkodobé pamě-

ti a impulzivitou. To se negativně promítá do školní výkonnosti dětí – součástí vyšetření je i diagnostika školních schopností a dovedností.

Dítě navíc často netrpí pouze ADHD, ale i specifickými poruchami učení. Proto je nedílnou součástí speciálně pedagogického vyšetření i případné stanovení druhu a stupně specifické poruchy učení (nebo i jejich kombinace) a dalších možných ovlivňujících faktorů, jako jsou užívané strategie učení, způsoby hodnocení aj.

Poruchu pozornosti lze diagnostikovat i speciálně zaměřenými testy – nejběžněji užívaný je Číselný čtverec (Jirásek), Trail making test (tzv. Test cesty), Test pozornosti (Bourdon; Toulos, Pieron) a Test koncentrace pozornosti (Kučera). Vypovídající údaje o úrovni pozornosti může poskytnout i Test obkreslování (Matějček, Vágnerová), Reyova-Osterriethova komplexní figura aj.

Cenné údaje můžeme zjistit i z projektivních technik, např. z kresby postavy. Pomoci mohou také některé screeningové posuzovací škály přeložené ze zahraničních zdrojů (viz Zelinková, 2003; Swierkoszová, 2006; Paclt, 2007), které mají vypracované normy, ale nejsou standardizované, takže je lze využít pouze jako orientační.

Součástí vyšetření je také posouzení aktuálního prožívání dítěte, jeho sebepojetí. Využívá se např. Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti (SPAS – Matějček, Vágnerová), případně i míry úzkostnosti dítěte (dotazník CMAS), nebo i jiné osobnostní dotazníky (JEPI).

Některé z výše uvedených dotazníků či testových metod jsou v současné době již zastaralé a nejsou standardizovány na současnou populaci, ale vzhledem k tomu, že zatím nejsou k dispozici jejich aktuální verze či ekvivalentní náhrady, využíváme jejich výsledky a bereme je pouze jako orientační.

Typické pro děti s ADHD je, že jejich výkony, a to zejména školní, neodpovídají jejich schopnostem – bývají na nižší úrovni. Je zde výrazný rozpor mezi intelektovými schopnostmi dítěte a jeho výkonovou kapacitou, což ovlivňuje negativně zejména školní výkon dítěte.

Učitelé často udávají, že dítě pracuje pod úrovní svých schopností, že „má na víc“ a že „kdyby se více snažilo a dávalo pozor, byly by jeho výsledky mnohem lepší“.

Například i nadprůměrně inteligentní dítě, které má ADHD a jehož školní výkon je dobrý, pracuje svým způsobem pod úrovní svých schopností a i v tomto případě je patrná disproporce mezi jeho skutečnými schopnostmi a podávaným výkonem. Takové dítě musí často vydat mnohem více energie, aby dovedlo „prodat“ to, na co skutečně má – třeba už jen na to,

aby udrželo pozornost, aby se nedopouštělo zcela zbytečných chyb (přehlédne znaménko, zadání pouze „přelétne“ a některý údaj mu unikne, opomene dokončit druhou část úkolu, jeden úkol v písemné práci „přeskočí“ a vůbec to nezaregistruje, předložené zadání si vyloží jinak, chybně si zapamatuje diktované zadání, práci z různých důvodů nedokončí – sleduje např. dění ve třídě a zapomene pokračovat v práci aj.). Někdy proto bývají tyto děti v pedagogické terminologii označovány pojmem „podvýkonní žáci“.

3.2 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou je třeba odlišit od jiných obtíží, při kterých má dítě rovněž poruchu koncentrace pozornosti, jedná impulzivně, je hyperaktivní. Tyto příznaky ale u těchto dětí nejsou příznaky syndromu ADHD – plynou z jiného primárního postižení, případně souvisejí se sociální, sociokulturní situací dítěte. Jako základ diferenciální diagnostiky uvádí např. Paclt (2007) **odlišení ADHD od mentálního postižení** (mentální retardace), **emočních poruch a poruch učení**. Od ADHD oddělujeme i nedostatek příležitosti ke vzdělání a nedostatečný kontakt s jazykem země, ve které dítě žije a je vzděláváno (týká se především dětí z **etnických skupin**). Neklidné a nesoustředěné mohou být děti i vlivem **reakcí na aktuální stres**, na zátěž – jedná se ale o aktuální, většinou krátkodobě se vyskytující příznaky, které nejsou chronické a mívají vztah k určité stresující události. Sem lze zahrnout stresující události týkající se rodiny (rozvodové situace, úmrtí), změny v prostředí dítěte (stěhování, změna školy), dále se jedná o posttraumatické stresové reakce (zneužívání, týrání, závažné úrazy) a bolestivá, chronická či traumatická onemocnění (nesoustředěnost a psychomotorickým neklidem např. trpí děti s některými typy alergií, kožními onemocněními, epilepsií ap.). Vágnerová (1999) uvádí, že projevy hyperaktivity (nejedná se ale o syndrom ADHD) mohou trpět i děti s určitou **citovou deprivací**, děti, u nichž **nebylo realizováno výchovné vedení, které by nastolilo určitý řád**, jenž dává dítěti pocity stability, jistoty a bezpečí, a dále i děti, které reagují na určitou zátěž (stres) **neurotickou reakcí**, která je ale vždy vázána na konkrétní událost, místo či člověka. V poslední době bývá v odborném tisku upozorňováno na to, že poruchy koncentrace pozornosti vznikají i v důsledku **přetížení či dlouhodobého zatížení jednostranně působícími podněty**, což bývá spojováno např. s neadekvátním využíváním PC techniky (v případě dětí se často jed-