

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Mgr. Jana Macnerová

**SOUVISLOSTI SYNDROMU ADHD A NEUROTICKÝCH
PROJEVŮ U DĚTÍ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU**

**RELATIONSHIPS BETWEEN ADHD SYNDROM AND
NEUROTIC SYMPTOMS IN CHILDREN OF YOUNGER
SCHOOL AGE**

Praha 2009

**Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Eva Šírová, Ph.D.**

Poděkování

Děkuji touto cestou PhDr. Evě Šírové, Ph.D. za vedení diplomové práce a za podnětné rady, jež mi poskytla.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Plzni dne 31.3.2009

.....
Jana Macnerová

ABSTRAKT

Cílem této diplomové práce je zmapovat možné souvislosti mezi projevy neurotických poruch a syndromu ADHD u dětí v mladším školním věku (tedy v období zhruba mezi šestým a dvanáctým rokem věku). Pro vytvoření potřebného rámce jsou v teoretické části nejprve přiblížena specifika vývojové etapy mladšího školního věku, následuje pojednání o neurotických poruchách a jejich projevech se zaměřením zejména na dětský věk, dále pak uvedení charakteristik syndromu ADHD (ve smyslu Hyperkinetické poruchy dle MKN – 10). Poslední kapitola teoretické části práce je zacílena na propojení zmíněných problematik – na hledání podobností a rozkrývání odlišností zkoumaných poruch v dětském věku, pasáž se snaží jemněji diferencovat projevy těchto poruch. Zabývá se také okolnostmi a metodami prevence rozvoje dalších obtíží u dětí se syndromem ADHD či způsoby terapie vhodnými pro děti trpící jak syndromem ADHD, tak neurotickými projevy. Tato kapitola završuje teoretickou část a tvoří přechod k části empirické.

Empirická část této práce vychází především z pedagogicko – psychologické praxe. Jejím cílem je prostřednictvím vybraných kazuistik konkrétně nastínit projevy dětí s oběma zkoumanými poruchami, na základě toho pak poukázat na podobnosti těchto dvou poruch v dětském věku a na nezbytnost citlivé psychologické diagnostiky. Tyto studie mají rovněž přiblížit některé možnosti terapie a jejich aktuální úspěšnost. Smyslem empirické části je tedy doplnit teoretickou část této práce ukázkami konkrétních případů a práce s nimi.

ABSTRACT

The goal of this diploma thesis is to map out possible connections between symptoms of neurotic disorders and ADHD syndrom in children of younger school age (that is, roughly, children between six and twelve years of age). In order to create the necessary framework, the theoretical part first describes the specifics of the developmental period of younger school age, after which follows a discussion of neurotic disorders and their symptoms with concentration mostly on child's age, and also follows a presentation of characteristics of ADHD syndrome (here meaning the Hyperkinetic disorder according to ICD, 10 th edition). The last chapter of the theoretical part of the thesis intends to connect the two problem areas – to search for similarities and to find differences between the examined disorders in childhood age; this part attempts to differentiate more sensitively between symptoms of these disorders. It also discusses circumstances and preventive methods against development of other problems in children with ADHD syndrome, as well as therapeutic methods for children suffering from both ADHD syndrome and neurotic disorders. This chapter concludes the theoretical part and forms a bridge to the empirical part.

The empirical part of this thesis stems primarily from educational – psychological experience. Its goal is to specifically outline, with the help of chosen case reports, symptoms of children with both examined disorders, and based on that, to point out the similarities between these two disorders in childhood age and to stress the necessity of sensitive psychological diagnostics. These studies also serve the purpose of showing some of the possible therapeutic approaches and their actual success rate. The meaning of the empirical part of the thesis is therefore to supplement the theoretical part with the presentation of actual cases and how they are solved.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. CHARAKTERISTIKA VÝVOJOVÉ ETAPY MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK	11
1.1 Obecná charakteristika, vymezení období.....	11
1.2 Tělesný vývoj	12
1.3 Kognitivní vývoj	13
1.4 Emocionální vývoj	14
1.5 Osobnost dítěte v mladším školním věku.....	15
1.6 Sociální vývoj.....	16
1.7 Některé specifické problémy v období mladšího školního věku	16
2. PROBLEMATIKA NEUROTICKÝCH PORUCH	19
2.1 Pojem neurotická porucha	19
2.2 Diagnostická kritéria a klasifikace neurotických poruch.....	21
2.3 Příčiny neurotických poruch.....	23
2.4 Specifika neurotických poruch v dětství	25
2.4.1 Vymezení problematiky neurotických poruch v dětském věku.....	25
2.4.2 Vznik neurotických projevů v dětství.....	26
2.4.3 Projevy neurotických poruch – zejména v dětském věku	28
2.4.4 Znaky neurotického dítěte.....	30
2.5 Prognóza a terapie neurotických poruch (projevů) – převážně u dětí.....	32
2.5.1 Prognóza.....	32
2.5.2 Terapie.....	33
3. PROBLEMATIKA SYNDROMU ADHD	35
3.1 Pojem ADHD	35
3.2 Charakteristika syndromu ADHD, základní projevy.....	36
3.2.1 Přidružené příznaky	40
3.3 Diagnostická kritéria a klasifikace syndromu ADHD	40
3.4 Příčiny syndromu ADHD	43
3.5 Další projevy syndromu ADHD, specifika osobnosti ADHD dětí.....	47
3.5.1 Vývoj osobnosti u jedinců se syndromem ADHD	50
3.6 Možnosti terapie syndromu ADHD, působení na děti	51
3.6.1 Farmakoterapie	52
3.6.2 Psychologické vedení, psychoterapie	53
3.6.3 Vhodné přístupy k dítěti v rodině.....	55
3.6.4 Vhodné přístupy k dítěti ve škole.....	57
3.7 Syndrom ADHD a vývojová etapa mladší školní věk – rizika související se specifiky dané vývojové fáze.....	59
4. SOUVISLOSTI SYNDROMU ADHD A NEUROTICKÝCH PROJEVŮ U DĚTÍ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU	61
4.1 Základní odlišnosti, nástin diferenciální diagnostiky	61
4.2 Eventuality a okolnosti rozvoje neurotických projevů u mladších školních dětí se syndromem ADHD.....	62
4.3 Prevence rozvoje neurotických projevů u dětí s ADHD, výchovné přístupy, terapie.....	65
4.3.1 Prevence rozvoje neurotických projevů u dětí z obecného pohledu.....	65
4.3.2 Aspekty vhodného působení na děti se syndromem ADHD v rámci prevence rozvoje emočních potíží	67

4.3.3 Vhodné podpůrné techniky a programy	69
EMPIRICKÁ ČÁST.....	72
1. CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI	73
2. POPIS VÝZKUMNÉHO DESIGNU A VYBRANÉHO VZORKU	74
3. METODY	75
3.1 Psychodiagnostika	75
3.1.1 Postup při psychologickém vyšetření	76
3.2 Lékařská a tělesná vyšetření (zejména při diagnostice ADHD)	81
3.3 Další využití postupů	81
3.4 Struktura kazuistik	90
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	91
5. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	112
6. DISKUZE	115
ZÁVĚR.....	116
SEZNAM LITERATURY	117
SEZNAM PŘÍLOH.....	120
PŘÍLOHY	121

ÚVOD

K tématu, které jsem zpracovávala, mne inspirovala moje práce v pedagogicko – psychologické poradně. Mezi klienty takového zařízení se děti s příznaky ADHD objevují poměrně často. Domnívám se, že veřejnost u nás je v současnosti již poměrně dobře informována o tom, co to syndrom ADHD (Hyperkinetická porucha) vlastně je, jak se projevuje. Tato informovanost se dle mého názoru týká zejména typické triády příznaků – poruchy pozornosti, impulzivity a hyperaktivity. (Zmíněný třetí příznak je možná nejvíce zprofanován, možná v některých případech i nadužíván či přisuzován jedincům, kterých se ve skutečnosti netýká.) S uvedenými příznaky se ale většinou spojují projevy další, které ovlivňují vývoj dítěte s diagnózou ADHD, jeho život i životy lidí, kteří takové dítě obklopují. Blízcí takového dítěte mnohdy prožívají náročné situace, napětí, nejistotu či úzkost, jsou konfrontováni s řadou zklamání, nenaplnění očekávání. Děti, které jsou vlivem syndromu ADHD primárně emocionálně labilní, mají nerovnoměrně se rozvíjející a snáze zranitelnou nervovou soustavu, mohou být ohroženy dalšími problémy. Domnívám se, že o tomto potenciálním nebezpečí se už tolik nehovoří. Rodiče, učitelé a další lidé zabývající se dětmi nejčastěji vnímají ty nejvíce zjevné projevy – většinou psychomotorický neklid, problémy s učením, se soustředěním se. Ovšem další rizika by také měla být v popředí pozornosti. Syndrom ADHD se dotýká dítěte jako celku, celé jeho osobnosti, prochází s ním v různé míře jeho životem. Z tohoto důvodu se mi zdá, že by zmíněné okolnosti měly být blíže zkoumány. Především by ale měly být brány v úvahu při jakémkoliv výchovném a vzdělávacím působení na děti.

Proto se ve své práci zaměřím nejen na vymezení daných problematik – syndromu ADHD jako takového a neurotických projevů u dětí a na hledání souvislostí a podobností mezi těmito poruchami, ale rovněž pak na to, jak rozvoji obtíží předcházet, jaké jsou nástroje prevence či terapie, jaké přístupy k těmto dětem se jeví jako vhodné a efektivní. Práce si tedy klade za cíl zabývat se (prostřednictvím mapování vzájemných souvislostí a pokusu o podrobnější diferenciaci projevů) způsoby, jak problémům předcházet a čelit.

Zvolila jsem navíc zúžení věkové škály na vývojovou etapu mladší školní věk. Činím tak z toho důvodu, že se jedná o období, v němž se projevy ADHD začnou nejčastěji manifestovat, obvykle zřetelněji „propuknou“. Dítě se při vstupu do školy začíná potýkat s řadou nových a náročných okolností, které na jeho psychiku působí. Mladší školní věk bývá v některé literatuře popisován jako relativně klidné období, což ovšem zdaleka nemusí platit – obzvláště zabýváme – li se dětmi s projevy syndromu ADHD.

Práce je tedy koncipována tak, že se v každé ze svých prvních tří částí věnuje vymezené problematice – nejprve charakteristikám mladšího školního věku, poté vymezení neurotických poruch a jejich projevů v dětství, možným příčinám jejich vzniku, následně pak bližšímu pohledu na syndrom ADHD. Vždy se budu snažit o propojení, o zúžení vzhledem k tématu práce. Následující část pak

přímo pojmenuje odlišnosti a společné rysy obou zkoumaných poruch, a poté se zacílí na hledání okolností vzniku neurotických projevů u dětí se syndromem ADHD. V empirické části budou podrobně popsány kauzistiky dětí, které vykazují obtíže vztahující se k oběma zkoumaným poruchám. Jejím cílem je projevy těchto dětí přiblížit, zmapovat a poukázat na mnohdy jemné odlišnosti v projevech zkoumaných poruch. Jak již bylo uvedeno, za nejdůležitější pokládám zaměření se na možnosti prevence a účinného působení – tak, aby se psychika těchto dětí mohla vyvíjet v co nejpříznivějších podmínkách. I to bude rozpracováno v rámci případových studií.

Za podstatné ještě považuji konstatování, že nepochybně je každé dítě s ADHD jiné, některé nemusí vykazovat typické příznaky, nebo se tyto příznaky mohou dobře kompenzovat, v některých případech nemusí být porucha ani rozpoznána. Ne všechny děti trpící ADHD musí být dále ohroženy – záleží na mnoha faktorech. Při své praxi jsem se však s koincencí zkoumaných poruch setkávala poměrně často. Proto je zvýšeně důležité citlivě diagnostikovat a na základě toho volit vhodné způsoby terapie. Impulsem pro volbu tématu diplomové práce pak byla skutečnost, že neodkrytí neurotických obtíží může vést okolí dítěte k nesprávnému přístupu k němu, k bagatelizování obtíží, a tak potenciálně ke zhoršení stavu dítěte.

TEORETICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA VÝVOJOVÉ ETAPY MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

Tato kapitola by měla přinést některé charakteristiky typické pro dítě v období, na něž se v práci zaměřujeme – tedy v mladším školním věku. Její zařazení se zdá být nezbytné z důvodu vymezení určitých specifických projevů a vlastností dětí v dané etapě. Je nepochybné, že se jedná o charakteristiky obecné, které nejsou univerzální, ale je třeba se jimi přesto zabývat, neboť nám slouží k hlubšímu pochopení psychiky dítěte v této fázi. Porozumění zvláštnostem vývojové etapy nám může usnadnit porozumění případným faktorům působícím na neurotizaci a labilitu u ADHD dětí v mladším školním věku.

1.1 Obecná charakteristika, vymezení období

Mladším školním věkem bývá zpravidla nazýváno období **mezi šestým až sedmým rokem a rokem jedenáctým až dvanáctým** – tedy období od vstupu do školy do počátků pohlavního dospívání (Langmeier, Krejčířová, 1998). Z. Matějček (1991) specifikuje toto období jako etapu přibližně mezi šestým a devátým rokem (tedy první dva až tři roky školní docházky). Literatura mnohdy tuto vývojovou fázi popisovala jako etapu, kdy se toho s osobností dítěte tolik neděje. Ukazuje se však, že tomu tak zdaleka není, vývoj dítěte plynule pokračuje, dokonce je třeba říci, že v tomto období jedinec dosahuje řady významných pokroků.

Podíváme – li se ovšem na mladší školní věk pohledem klasických vývojových teorií, ukazuje se, že toto období bylo psychoanalyticky nazváno obdobím latence – časem, v němž je již jedna část psychosexuálního vývoje dokončena, a ve kterém základní pudy a emoce lidské osobnosti jsou utlumeny až do počátků dospívání (Langmeier, Krejčířová, 1998). Hlavní úkol ve fázi latence spočívá v uvolnění se z výlučného vztahu k rodině, primární skupině a v zařazení se do skupin jiných. Nezbytné je zejména **pronikání do světa, osvojování si nových dovedností, učení se sebeovládání a zvládání situací mimo rodinu**. Konflikt může být způsoben rozporem mezi tendencí uchýlovat se do bezpečí primární skupiny a tendencí pouštět se do praktického a společenského jednání v nových skupinách a tím se vystavovat různým rizikům (Mentzos, 2000). E. Erikson (in Hort, Hrdlička a kol., 2008 a Mentzos, 2000) vymezil pro tento věk vývojový úkol pojmenovaný **pracovitost, píle**. Dítě se dle něho začíná účastnit procesu učení, zaměřuje se na vykonávání různých úkolů, utváří si vztah ke světu práce. Také **se učí spolupráci, prožívá pocit uplatnění sebe sama, získává pocit vlastní hodnoty**. Dítě by mohlo říci: „**Jsem to, co se učím.**“ Nedaří – li se dítěti rozvíjet schopnosti umožňující mu samostatnou aktivitu, která má smysl, může ho ohrozit rozvoj pocitu méněcennosti. Další základní teorií vývoje je nepochybně teorie J. Piageta, který období zhruba od sedmi do

jedenácti let nazývá **stadiem konkrétních operací**. Dítě se dle něho v této době zaměřuje na konkrétno, na reálný svět předmětů a jevů. Probíhá změna z myšlení egocentrického na operacionální – toto již pracuje s informacemi z vnějšího světa. Dítě je schopné používat některé logické operace. Rozvíjí se rovněž jeho morální citění (Hort, Hrdlička a kol., 2008). T. Lidz (in Mentzos, 2000) hovoří také o dalších důležitých tématech tohoto období - např. **o potřebě patřit do nějaké skupiny a být v ní uznáván, o rozvoji pocitu odpovědnosti**.

J. Langmeier a D. Krejčířová (1998) označují mladší školní věk jako věk střízlivého realismu. Vycházejí z toho, že dítě v této etapě je zcela zaměřeno na to, „co je a jak to je“. Důležité pro takové dítě je **pochopit svět a události kolem sebe „doopravdy“**. Z tohoto zaměření se pak odvíjejí charakteristické projevy mladších školních dětí v mluvě, v kresbě, v písemném projevu, ve hře, v četbě, v zájmech. Je také třeba uvědomit si, že uvedený realismus dítěte vždy vychází z toho, jak působí autority, které dítě obklopují. Zpočátku se jedná o „realismus naivní“ – dítě je přímo závislé na tom, co mu rodiče, příbuzní, učitelé a další sdělují. Navazuje pak „realismus kritický“, kdy se dítě s blížícím se dospíváním stává kritičtější. I před závislost na autoritách je dítě samo o sobě aktivní. Základní potřebou zůstává touha věci zkoumat, a to vlastní činností.

1.2 Tělesný vývoj

Rozvoj schopností dítěte vychází z úrovně jeho tělesného vývoje. Udává se, že v tomto období fyzický vývoj probíhá obvykle plynule (oproti fázi před jeho začátkem a na konci, kdy dochází většinou k růstové akceleraci).

Průběžně se rozvíjí hrubá i jemná motorika, dítě je nyní rychlejší, silnější a obzvláště je potřeba upozornit na pozitivní vývoj koordinace pohybů. Od těchto ukazatelů se odvíjejí zájmy dětí – zvyšuje se zájem o pohybové hry různého typu, o výkony vyžadující sílu, obratnost, vytrvalost. S uvedeným rozvojem souvisí také grafický projev dětí, který vychází ze stupně uvolnění a koordinace paže – nejprve pohyby vycházejí spíše z ramenního a loketního kloubu, postupně vlivem procvičování dochází k žádoucímu uvolňování zápěstí a prstů.

Pohybové dovednosti dětí jsou odvozeny od toho, nakolik jsou pro ně děti motivovány autoritami. Na druhou stranu také **to, jak se dítěti v této oblasti daří, ovlivňuje jeho další motivaci a emoční stabilitu**. Ukázalo se totiž, že tělesná zdatnost a výkony jsou významným **prostředkem srovnávání se u dětí**. Síla a obratnost pak hrají důležitou roli **v postavení dítěte ve skupině**. Zde tedy mohou mít původ některé neurotické projevy či poruchy chování (Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.3 Kognitivní vývoj

Až do deseti let věku roste mozek a opouzdřují se nervová vlákna, pak se vývoj CNS zpomaluje (Hříchová, Novotná a kol., 2000). Rozvíjet se nepřestává smyslové vnímání. Dítě se stává pozornějším, vytrvalejším, zkoumavým, je více pečlivé a méně závislé na svých náhlých přáních a potřebách. Umí tedy mnohdy být dobrým pozorovatelem. Důležitý fakt v tomto ohledu představuje schopnost vnímat části, detaily. Vnímání je již více cílevědomé. Svět školáka se také rozšiřuje ve faktoru prostorovém i časovém. Začíná rozumět chronologii času a také významu slov jako včera, dříve, později... Těmto slovům a také pojmům prostorovým již umí přiřadit konkrétní význam (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Významného vrcholu dosahuje u dětí mladšího školního věku představivost, která je živá a intenzivní, někdy se v této souvislosti hovoří o tzv. eidetismu (představovaný objekt, jev je doslova „viděn“) (Hříchová, Novotná a kol., 2000).

Zásadním způsobem se rovněž rozvíjí řeč dětí v mladším školním věku. V. Hort, M. Hrdlička a kol. (2008) uvádějí, že stoupá slovní zásoba, zvětšuje se délka i složitost vět. Propracovanějšími se stávají větná stavba a užívání gramatických pravidel. Průměrný počet slov dítěte při vstupu do školy je asi dvacet tisíc. J. Langmeier a D. Krejčířová (1998) k tomuto podotýkají, že se dá vždy hovořit spíše o odhadech, uvádějí studii Divokého, jež sedmiletým dětem přiřkla průměrně 18 633 slov a jedenáctiletým 26 468 slov. Dítě nejen poznává nová slova, ale také nové významy těchto slov. Rozvoj řeči je nezbytným předpokladem úspěchů při učení, pamatování si a v komunikaci s druhými. V souvislosti s rozvojem řeči poukazuje Z. Matějček (2000) na důležitost péče o řeč. Mladší školní věk (v jeho pojetí zhruba šest až devět let věku dítěte) pokládá za dobu, v níž bychom rozhodně neměli opominout nápravu poruch a nedostatků v řeči. Setkat se můžeme zejména s dyslálií, u které autor podotýká pravděpodobnost vymizení v této vývojové etapě u zhruba šedesáti procent dětí (s pomocí logopedie i bez ní). Opomíjet nelze ani další poruchy (specifická artikulační neobratnost, asimilace hlásek, huhňavost, koktavost, neurotický mutismus). Z. Matějček se domnívá, že by bylo ideální, kdyby děti vstupovaly do školy již s rozvinutou a bezchybnou artikulací, ovšem to se ne vždy podaří. Je třeba si uvědomit, že právě ve vývoji řeči jsou mezi dětmi větší rozdíly než v jiných duševních funkcích.

Rozvoj řeči přímo souvisí s rozvojem paměti. Ta v etapě mladšího školního věku již může vycházet ze slovních výpovědí, ne pouze z okamžitých afektů. Dítě tak nyní dovede lépe reprodukovat naučené. V tomto ohledu lze také zaznamenat značný rozvoj v průběhu této vývojové etapy. Šesti až sedmileté děti začínají využívat opakovací strategii při učení se, postupem času pak také třeba strategii logické organizace – využívání mnemotechnických pomůcek. Proces učení jako takový je ve školním věku více plánovitý, dítě se dokáže soustředit na více aspektů učiva současně. Učí se rovněž, jakými způsoby se učit. Na tento fenomén má značný vliv prostředí v rodině i ve škole.

Co se týče myšlení, bylo již uvedeno, že dle J. Piageta se dítě v mladším školním věku dostává do **stadia konkrétních operací**. Dítě tedy začíná být schopné skutečných úsudků, které respektují zákony logiky, přestává být závislé na tom, co vidí. Toto uvažování se ovšem stále týká pouze konkrétního – toho, co si dítě může názorně představit. Dítě ale dokáže provést různé transformace v mysli najednou. Chápe také identitu, zvratnost, spojení různých myšlenkových procesů do jedné sekvence apod. Rozumí tak principu zachování množství, postupně také zachování počtu, hmoty, výšky, plochy. Dokáže rovněž zahrnovat prvky do třídy, řadit dle délky, hmotnosti, tvarů apod. (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Intelligenční kvocient dětí nemusí být konstantní, naopak zaznamenává se jeho pokles, růst či různé výkyvy. Intelektový výkon pravděpodobně souvisí s motivací dětí a s jejich postoji k práci, což jsou faktory, které jsou ovlivňovány výchovou v rodině i ve školním prostředí. U dětí v tomto věku je zapotřebí nejprve **spíše motivace přicházející zvenku, ale postupně se stává součástí jejich vnitřního světa**.

1.4 Emocionální vývoj

J. Vymětal (1979) se domnívá, že na počátku školní docházky se magický svět dítěte začíná měnit ve svět realistický, soudí navíc, že se smysl pro realitu vyvíjí dříve u chlapců. Ti přestávají dle něho dříve věřit na pohádky, dívky oproti tomu bývají citlivější, mívají bohatší vnitřní prožitkový svět, kdy snové splývá s realitou.

Dochází k vývoji emočního porozumění, dítě zjišťuje, že své emoce může skrývat, že jejich vyjádření lze potlačit. Postupně jsou si děti schopny uvědomovat i více ambivalentních emocí současně.

City dítěte se stávají stálejšími a trvalejšími. Diferencovat se počínají nové citové kvality, zejména tzv. vyšší city – estetické, morální. Emoce dětí však stále spíše můžeme označit jako jednoduché a mělké. **Zdokonaluje se sebeovládání, seberegulace, regulace citových projevů**. Obecně se dá říci, že převažuje radostná nálada a optimismus (Hříchová, Novotná a kol., 2000). Narůstající schopnost seberegulace vypovídá o tom, že **dítě již rozumí svým pocitům a současně dovede brát ohled na situaci, na postoje druhých**. Emoční kompetence má značný vliv na zvládnutí školních nároků i rozličných situací zaměřených na sociální interakci, **důležitá je zejména emoční vyrovnanost dítěte** (Langmeier, Krejčířová, 1998).

V průběhu mladšího školního věku také dítě začíná být schopné introspektivního zaměření, až zhruba v deseti letech chápe, že je smutné, poněvadž se tak cítí, je schopné provést sebereflexi (Langmeier, Krejčířová, 1998).

V. Hort, M. Hrdlička a kol. (2008) podotýkají, že v této době se dítě obvykle identifikuje s rodičem stejného pohlaví, kterého si někdy idealizuje. Je už ale většinou dobře schopné se od rodičů

oddělovat a tak si otevírat prostor pro navazování vztahů s dalšími dospělými. Kolem osmého roku věku také dítě začíná rozumět své sexuální identitě, tomu, že je stabilní. Až zhruba v jedenácti letech pak teprve dospěje k abstrakci sdělující, že dominantní charakteristikou odlišující chlapce a dívky jsou genitální rozdíly (Langmeier, Krejčířová, 1998). Nesoulad s psychoanalytickým tvrzením o období latence dokládá přítomnost sexuálních her dětí, existence masturbačních aktivit či zájem o informace z oblasti lidské sexuality (Hort, Hrdlička a kol., 2008).

1.5 Osobnost dítěte v mladším školním věku

V této kapitole bude zejména zmíněna problematika osobnostního sebepojetí a sebedůvěry, sebehodnocení, mravního vývoje, zájmů dítěte.

O období mladšího školního věku se dá říci, že se jedná o etapu velké iniciativy a zvnitřňování norem. Identita, „Já“ dítěte prorůstá do minulosti i do budoucnosti. **Základním kritériem pro sebehodnocení pak je úspěch/neúspěch dítěte v různých oblastech jeho života.** Zde je zřejmá souvislost s charakteristikou dítěte tohoto věku dle E. Eriksona – „**Jsem to, co umím.**“ (Hříchová, Novotná a kol., 2000).

Vlastní uvědomělé sebehodnocení a sebepojetí se vyvíjí právě až ve školním věku. Kolem sedmého roku si dítě začíná být vědomo, že lidé mají své charakteristiky, vlivem tohoto zjištění **se začíná s druhými srovnávat**, a tak si vytváří stálejší úroveň sebehodnocení. Po osmém roce věku pak bývá sebehodnocení dětí poměrně stabilní. Významně se na sebehodnocení podílí **posuzování školní úspěšnosti**. Dítě však vědomí své hodnoty čerpá **také z postojů rodičů k němu**. V tomto období ho významně ovlivňují **rovněž dětské skupiny – formální i neformální**. Zásadním momentem je fakt, že dítě samo sebe hodnotí vždy na podkladu určité referenční skupiny, přisuzuje si vlastnosti a schopnosti podle svého postavení v dané skupině (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Vlivem srovnávání se s druhými se mohou u dětí rozvíjet **pocity méněcennosti**. Negativní sebehodnocení děti citlivě prožívají (Vymětal, 1979).

Vnitřní kontrola dítěte bývá na počátku školní docházky ještě ne zcela pevná a silná, je třeba ji podporovat zvenku. Také hodnoty, podle kterých dítě orientuje své aktivity, bývají spíše nahodilé. V průběhu školního věku ale dochází ke stabilizaci sociálních norem. V období, kdy dítě začíná rozumět časové perspektivě a logickým operacím, začíná být schopné chápat na obecné úrovni věci a jevy jako trvalé a hodnotné cíle vlastního jednání. Morálka dítěte na začátku školní docházky se dle J. Piageta označuje jako heteronomní – vychází od druhých, zejména od rodičů a učitelů, z jejich příkazů a zákazů, mravní hodnocení je závislé na autoritě. Ovšem ve věku kolem sedmi, osmi let dochází k přerodu v morálku autonomní. Dítě již hodnotí správnost či špatnost jednání samo o sobě, vytrácí se ona závislost na dospělé autoritě. Je ovšem třeba poznamenat, že tato morálka má tendenci být rigidní – tedy dítě vyžaduje platnost zásad za všech okolností a pro všechny stejně. Až v období kolem

jedenáctého roku začíná dítě přihlížet i k motivům jednání, bere ohled na situaci (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Nejdůležitější činností dítěte již není jen hra, významnou roli má nepochybně práce – to, jak je dítě schopno vykonávat dané úkoly, které si samo nezvolilo, ale které směřují k nějakému zamýšlenému cíli, představuje jednu z požadovaných charakteristik zralosti dítěte pro školu. Dítě si ovšem nepřestává hrát, hra je pro jeho vývoj dokonce nezbytná. Školní děti vykazují hru bohatší, také více zaměřenou na realitu, mají tendenci se co nejlépe přiblížit reálné skutečnosti. Rovněž v popředí je snaha uspět – při společenských hrách. Dítě preferuje hry se stále složitějšími pravidly (Langmeier, Krejčířová, 1998). Při hrách dominuje moment soutěživosti. Oblíbené jsou pohybové, konstruktivní a skupinové hry, v současné době také aktivity pasivní – televize, video, počítačové hry (Hříchová, Novotná a kol., 2000). Nejčastější zájmovou činností jsou sportovní aktivity a rovněž různé kroužky, v nichž dítě má možnost rozvíjet a předvést sílu, své dovednosti a kompetence (Hort, Hrdlička a kol., 2008).

1.6 Sociální vývoj

Pro mladší školní dítě je **nesmírně důležitá skupina vrstevníků**. Skupina dítěti umožňuje uskutečňovat četnější a různorodější interakce. Dítě je dítěti bližší vlastnostmi, zájmy a postavením ve společnosti. Takto se tedy dítě prostřednictvím skupiny učí spolupráci, pomoci druhým, soutěživosti. Ve školním věku se zvyrazňují vlastnosti dětí jako schopnost prosadit se nebo být veden. Rozvíjí se rovněž osvojování sociálních rolí. Dítě je konfrontováno s novou rolí – tedy s rolí žáka, učí se, co to znamená být spolužákem. Diferencuje se také chování dětí dle jejich příslušnosti k pohlaví – školní dítě si je vědomo, že jeho vzhled a chování by měly odpovídat danému pohlaví, nevědomě se také upevňuje způsob chování podle příslušnosti k pohlaví.

Na začátku školní docházky bývají dětské skupiny ještě méně vnitřně diferencované, vztahy ke druhým pak spíše nahodilé. Až kolem desátého roku věku se začínají utvářet trvalejší přátelské vazby vycházející z osobnostních vlastností (Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.7 Některé specifické problémy v období mladšího školního věku

Jak uvádějí I. Pešová a M. Šamalík (2006), pro dítě se **nástupem do školy mění téměř celý způsob jeho dosavadního života**. Je nuceno přizpůsobit se jinému dennímu režimu, poznává nový kolektiv a rovněž je postaveno tváří v tvář hodnocení svých výkonů a srovnávání sebe sama s vrstevníky. Důležitou roli také hraje skutečnost, že samo dítě i jeho nejbližší okolí je vystaveno očekávání, nakolik bude ve škole úspěšné. Také Z. Matějček (1991) poukazuje na obtíže související

s nástupem školní docházky – celý jeden okruh potíží nazývá „Obtíže v přizpůsobení dítěte školním nárokům ve smyslu pracovního soustředění, kázně, vytrvalosti apod.“ Setkat se můžeme jak s nesoustředivostí danou slabostí nervové soustavy, na podkladu ADHD (LMD), tak s pomalejším tempem vyspívání nervového systému, který je méně odolný. U problematiky syndromu ADHD (LMD) Z. Matějček připojuje, že ve školním věku **jako by jeho charakteristiky doslova „vybuchly“** – přestože pochopitelně existovaly již dříve. Další ze tří hlavních problémových okruhů autor nazval „Obtíže v souvislosti se školním prospěchem“, které nepochybně značně trápí rodiče i děti. (K tomu se vztahuje poznámka M. Vágnerové (1995) – **školní neprospěch podle ní bývá zdrojem neurotizace u ctižádostivých dětí a náročných rodičů.**) Jak se domnívají I. Pešová a M. Šamalík (2006), neprospěch se může projevovat jen v některých předmětech či skupinách předmětů, po většinu školní docházky nebo jen v některých etapách, v různých situacích. Může mít jednu příčinu, jindy k němu vede důvodů celá řada: nejčastěji se jedná o nedostatek kognitivních schopností; o specifické vývojové poruchy učení; o potíže spočívající v osobnosti dítěte – u dětí introvertních, úzkostných, které se nedovedou prosadit, u dětí, jež nemají správně vytvořené pracovní návyky, schází jim motivace, mají celkově negativní postoj ke škole či projevují zájem jen o úzkou oblast vzdělávání, vliv mohou mít také projevy hyperkinetických poruch, reaktivní stavy či osobnostní zvláštnosti v budoucnu krystalizující do poruch osobnosti nebo poruch chování; roli může nepochybně hrát také nepříznivý zdravotní stav dítěte. Třetí okruh pak Z. Matějček vymezuje jako „Nadměrná úzkostnost dítěte“. Takové děti se mnohdy nedovedou prosadit, bývají utlumené, typická pro ně může být izolovanost, či potíže při zapojování se do třídního kolektivu. J. Vymětal (1979) se zabývá problematikou školní fobie. Ta se může vytvořit v případě, že jsou školní povinnosti pro dítě příliš zatěžující – mnohdy tomu tak bývá u dětí ještě školsky nezralých. Mezi projevy školní fobie se řadí přepracovanost, nepřekonatelný strach z učitele, z dětského kolektivu či ze školy vůbec. M. Vágnerová (1995) školní fobii spojuje se školním stresem. Vyskytovat se může také **neurotizace sekundární – zvýšená úzkostnost, strach či nerovnoměrný rozvoj osobnosti u dětí se specifickými poruchami učení, u dětí nezralých, trpících epilepsií či u dětí se syndromem ADHD** (Vymětal, 1979).

Z. Matějček (1991) podotýká, že v úzce vymezené etapě mladšího školního věku – tedy zhruba od šesti do devíti let – jako by ani neexistovaly jiné problémy než ty, které mají vztah ke škole. Poruchy řeči ustupují, zůstává – li koktavost – balbuties, pak se ve škole mnohdy začne projevovat významněji. Setkat se lze s artikulační neobratností – většinou jako se součástí obrazu dyslexie a dysortografie. Zřídka se vyskytují poruchy spánku a poruchy přijímání potravy. V období kolem šestého a sedmého roku pak často dochází ke spontánní úpravě enuresis nocturna. Další takové spontánní zlepšení se obvykle vyskytuje až kolem jedenáctého roku. K poruchám chování je třeba poznamenat, že nejzávažnějšími projevy jsou úteky a toulky, záškoláctví, které v tomto věku mohou signalizovat rozvoj vážnější psychopatologie v budoucnu.

„Střední školní věk“ vymezený Z. Matějčkem (1991) jako období od devíti do dvanácti, u dívek spíše již od osmi let, jiní autoři stále označují za období mladšího školního věku. Tato fáze bývá

nejčastěji provázena přetrváváním školních obtíží, které započaly dříve, dá se tedy říci, že se obdobně jako v předchozí fázi setkáváme s oněmi třemi okruhy problémů. Objevit se mohou také poruchy chování, obtíže dané nižší tělesnou zdatností či silou, které vedou k nepříznivému postavení dítěte v kolektivu, a vyrovnávání se s rozpadem rodiny, jež dle autora je právě v tomto věku pro děti nejproblematičtější. Z. Matějček se ale domnívá, že z globálního pohledu je „jeho“ střední školní věk většinou spíše harmonickým a méně komplikovaným obdobím. Zásadní záležitostí je vytváření mužské a ženské identity v tomto věku a charakteristických rodičovských postojů.

2. PROBLEMATIKA NEUROTICKÝCH PORUCH

Druhá kapitola teoretické části práce se pokusí přiblížit problematiku neurotických poruch. Zaměří se na vymezení samotného pojmu, na příčiny a okolnosti vzniku neurotických poruch, uvedena bude jejich klasifikace. Pasáž o typických projevech se zacílí především na projevy v dětském věku, těmi a jejich specifiky se budeme více zabývat. Opomenuty nezůstanou nástroje terapie. Cílem této kapitoly je zejména osvětlit charakteristiky neurotických projevů v dětském věku, abychom se následně v kapitole 4 mohli pokusit o hledání souvislostí těchto projevů se syndromem ADHD.

2.1 Pojem neurotická porucha

Slovo neuróza je odvozeno od řeckého slova *neuron, nerv*. J. Kafka (1998) pokládá neurózy, tedy neurotické poruchy (tak jsou pojímány v MKN 10) za velmi aktuální problematiku. Uvádí, že se však tato problematika v současné psychiatrii stále dotváří. Nejasnou záležitostí dle něho zůstává otázka zařazení neuróz do systému psychických poruch. Jedná se o třídu, či skupinu duševních poruch, nebo jsou jednotlivé formy neuróz samostatnými chorobami? J. Kafka se přiklání k názoru, že o neurotických poruchách bychom měli uvažovat jako o diagnostické skupině nebo třídě poruch s určitými znaky.

Přestože se složitějším zabýváním se neurotickými poruchami setkáváme až v osmdesátých letech devatenáctého století, první užití pojmu neuróza se datuje do roku 1776. W. Cullen tak v tomto roce označil nervové choroby a zahrnul do tohoto termínu většinu nervových poruch. P. Smolík (1996) oproti tomu řadí první užití pojmu W. Cullenem do roku 1789. Není asi nezbytné určit přesně rok prvního užití termínu, ale podstatné je, že postupně se pojmu neuróza začalo používat **pro funkční poruchy, u kterých se nepodařilo prokázat patologickoanatomický základ**. Také v MKN9 byly neurotickými označovány poruchy bez organického základu a současně takové, při kterých nemocný dokáže správně posuzovat realitu, uvědomuje si, že je nemocen a ovládá své chování (Kafka, 1998).

V. Chodura (1998) pokládá neurotické poruchy za nejrozšířenější skupinu poruch duševního zdraví, a to v případě, že jsou dlouhodobé nebo se často opakují, přinášejí postiženému subjektivní potíže, které vnímá negativně. Mezi tyto zdravotní obtíže lze řadit například bolesti u srdce, bolesti hlavy, bušení srdce, tlak na prsou, pocit vnitřního chvění, nevolnost, nesoustředěnost, únavnost, nespavost, zažívací poruchy.

S. Kratochvíl (2000, str. 11) uvádí: „Diagnózu neurózy dostane člověk tehdy, když trpí tělesnými nebo duševními obtížemi, pro které při lékařském vyšetření nebyl zjištěn organický podklad, tj. prokazatelné poškození příslušných orgánů nebo mozku. Své potíže si uvědomuje a

stěžuje si na ně; nejedná se o duševní chorobu, při které by jeho chování bylo nesrozumitelné okolí a při níž by byla podstatně porušena jeho soudnost. Potíže mají někdy zřetelnou, jindy ne zcela jasnou, nebo ne zcela uvědomovanou souvislost s duševními stavy a problémy ve vztazích v rodině, v práci a vůbec mezi lidmi. **Pramení ze závažných konfliktů vnějších nebo vnitřních,** někdy velmi silných, jindy spíše dlouhodobých, které často souvisejí i s vývojem, postoji a osobními vlastnostmi jedince.“

Neurózy bývají pokládány za **poruchy adaptačních schopností či poruchy schopností vyrovnat se s náročnými životními situacemi.** Úzce s nimi souvisí pocit ohrožení a dysforie (Miňhová, Novotná, 2000; Vágnerová, 1999).

S. Kratochvíl (2000) pak přichází s názorem, že neurotik se často může subjektivně cítit hůř než člověk vážně tělesně nemocný. Možná proto pokládají někteří pacienti diagnózu neurózy za zlehčení svých problémů. K tomu ještě autor přidává fakt, že okolí pacienta se nezřídka domnívá, že dotyčná osoba své potíže simuluje. Postižený jedinec však tyto potíže skutečně pociťuje. Často se objevují právě v situacích, kterých se pacient obává, které nezvládá, nebo o kterých si přeje, aby vůbec nenastaly.

Také J. Fischer (1959) vyjadřuje přesvědčení, že k neuróze patří přítomnost konfliktové situace, s jejímž řešením má jedinec problémy. Konfliktová situace má zásluhu na vzniku a na udržování neurózy. V postižené osobě se vytváří vnitřní napětí a úzkost. Pokud tyto projevy přetrvávají nebo jsou-li intenzivní, vzniká neurotická porucha.

Podobný je názor V. Chodury (1998), který rovněž hovoří o souvislosti vzniku neurózy s konfliktem. Dodává, že člověk, který prožívá konflikt a jím vyvolanou úzkost, obvykle nenachází mezi těmito dvěma jevy spojitost. Vnímá tak úzkost jako cosi samostatně se objevivšího a pokládá ji za příznak nemoci. Autor dále vyslovuje domněnku, že pro neurotické poruchy existují **osobnostní dispozice.** Dle něho jsou pro toto onemocnění disponováni lidé různých typů: „Někteří, žijící v přesvědčení, že je nezbytné, aby je druzí za vše, co oni dělají, oceňovali. Přivádí je to do těžko řešitelných vnitřních rozporů. Stejně tak lidé žijící v přesvědčení, že štěstí je samozřejmost a nezdár je katastrofou, lidé vyhýbající se zodpovědnosti za svá rozhodnutí, a proto složitě manipulující druhými. Lidé s natolik narušenými mezilidskými vztahy a emočními komunikacemi, že vnímají ohrožení jedné ze svých základních lidských potřeb - potřeby jistoty, porozumění, vzájemnosti“ (str. 58). V. Chodura usuzuje, že takovéto dispozice jsou **naučené, pocházejí patrně z dětství. Souvisejí s emoční atmosférou a způsobem komunikace v rodině.**

Je tedy možné konstatovat, že pro neurotické poruchy jsou typické tyto znaky: jedná se o **funkční poruchy bez organického podkladu, souvisejí se zhoršenou přizpůsobivostí jedince na jeho okolí, jde o jedny z nejvíce rozšířených poruch. Jsou zvrtné, pacient si uvědomuje své onemocnění a potíže vnímá subjektivně negativně. Řada autorů se domnívá, že vznik a průběh neurotické poruchy je spjat s určitou konfliktní situací v životě jedince.**

2.2 Diagnostická kritéria a klasifikace neurotických poruch

J. Kafka (1998, str. 130) charakterizuje znaky typické pro neurotickou poruchu takto:

„1. Má poměrně málo známou etiopatogenezi, u jednotlivých podtříd se připouští různý podíl působících faktorů a všeobecně se za významné pokládají **psychosociální faktory**.

2. Provází ji osobitá **porucha subjektivního prožívání**, především svého zdraví, své tělesné a duševní zdatnosti a prožívání sebe ve vztahu ke společnosti, což způsobuje i poruchy komunikace ve styku s druhými lidmi.

3. Má **procesuální charakter**, určitý vývin a obvykle delší trvání.“

Dále J. Kafka v tomtéž díle vymezuje ještě tyto znaky neurotických poruch (str. 130):

„1. **Tělesné příznaky nejsou primární** a bývají jen vedlejšími či komplikujícími symptomy poruchy.

2. Nemocný nezaměňuje své zážitky za skutečnost, dostatečně si uvědomuje realitu, má **vědomí choroby**.

3. Nemocný má **přiměřeně rozvinuté intelektové schopnosti**, při mentální retardaci se nemá hovořit o neuróze, ale o funkčních poruchách.

4. Nemocný **není závislý na drogách**.“

Za nejdůležitější diagnostická kritéria neurotických poruch školního věku považuje J. Fischer (1966) tyto skutečnosti:

1. **Popis příznaků v užším slova smyslu** (pomočování, koktavost, mutismus, bolesti hlavy funkčního charakteru...).

2. **Vystižení povahové struktury, reaktivity dítěte** - toto kritérium má dle autora prognostický význam pro trvání příznaků a nejspíše i pro vznik neurotické poruchy v dospělosti. Autor uvádí hledisko Eysenckovy školy. Ta se domnívá, že povahová struktura se nemůže jen tak změnit. Přichází se souborem povahových charakteristik, které označuje neurotickými rysy osobnosti (např. citová vratkost s kolísáním základní nálady, zvýšená pohotovost k úzkosti, zvýšená zranitelnost na některé interakce - kárání, tresty, nevládné chování osoby pro dítě důležité).

3. **Funkční hledisko** - jedná se o ztrátu adaptability dítěte, které různé činnosti buď nedokončí, nebo s nimi obtížně začíná. Pociťuje při nich odpor nebo úzkost. Neurotizace se projevuje únavou. Při snaze překonat ji se objevuje duševní napětí doprovázené zvýšenou afektivní dráždivostí, bolestmi hlavy a dalšími vegetativními symptomy - nechutenstvím, zvracením, obtížným usínáním apod. Problémy se vyskytují také v intelektové sféře - dítě působí slabomyslně nebo pohodlně, líně. Začíná se také projevovat nemotorností, citovou oploštělostí,

ztrátou zájmů či jejich stereotypizací. (Velmi nevhodné je snažit se násilně tyto projevy potlačit, protože právě tak většinou dochází k rozvinutí neurotické poruchy.

Tentýž autor (1959) pak uvádí těchto šest znaků patřících do klinického obrazu neuróz:

- **Známky duševní zátěže dítěte** - zvláště u případů s akutním začátkem, jedná se o zvýšené napětí v oblasti vegetativních nervů i příčně pruhovaného svalstva, poruchy pozornosti, emoční labilita, úzkostnost, zvýšená pohotovost k úzkosti či agresivitě, zvýšené denní snění a regresivní chování;
- **odchylné sebehodnocení** - sklon podceňovat se, jednat ve svůj neprospěch;
- **neurotické inhibice** - souvisejí s poruchami sebehodnocení;
- **symptomy v užším slova smyslu** - v oblasti senzorické a představové i v oblasti motorické, přítomnost symptomu ale není dostačující k diagnóze neurózy; výskyt symptomů je závislý i na věku dítěte - u mladších dětí nacházíme obvykle jeden symptom, u pubescentů převládají syndromy;
- **poruchy denní životosprávy** - souvisí se zvýšeným duševním napětím a se silnými emočními prožitky, nejsou nutnou součástí klinického obrazu neuróz;
- **neurotické návyky** - návyky autostimulační (prostřednictvím nichž dítě uniká od nepříjemné reality k příjemným pocitům) či autodestruktivní (projev zvýšeného duševního napětí).

V MKN – 10 (Psychiatrické centrum Praha, 2000) nalézáme tuto problematiku pod názvem **Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40 – F49)**. Jsou sem řazeny poruchy, jejichž značná část má souvislost s psychologickými příčinami. Nalézáme zde sedm skupin poruch:

- F40 - Fobické úzkostné poruchy (Agorafobie, Sociální fobie, Specifické (izolované) fobie...).
- F41 - Jiné úzkostné poruchy (Panická porucha, Generalizovaná úzkostná porucha, Smíšená úzkostně depresivní porucha...).
- F42 - Obsedantně-kompulzivní porucha.
- F43 - Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (Akutní reakce na stres, Posttraumatická stresová porucha, Poruchy přizpůsobení...).
- F44 - Dissociativní (konverzní) poruchy (Dissociativní amnézie, Dissociativní fuga, Dissociativní stupor, Trans a stavy posedlosti, Dissociativní poruchy motoriky, Dissociativní křeče, Dissociativní porucha citlivosti a poruchy senzorické, Ganserův syndrom, Mnohočetná porucha osobnosti...).
- F45 - Somatoformní poruchy (Somatizační porucha, Hypochondrická porucha, Somatoformní vegetativní dysfunkce, Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha...).

- F48 - Jiné neurotické poruchy (Neurastenie, Depersonalizační a derealizační syndrom, Neurotická porucha nespecifikovaná...).

S. Kratochvíl (2000) zmiňuje tzv. negativní postup při určování diagnózy - lékaři vyloučí organické příčiny obtíží a usoudí, že se patrně jedná o neurotickou poruchu. Dle jeho mínění by taková diagnóza měla obsahovat i složku pozitivní. Jedná se o nalezení psychogenních okolností, které poruchu způsobily. Autor také předkládá výčet možných příčin: závažný citový otřes, napjatá konfliktní situace v rodině nebo v zaměstnání. Přitom někteří postižení přicházejí k lékaři přímo s těmito problémy a nezmiňují tělesné či duševní obtíže. V jiných případech ale souvislosti mezi potížemi a problémy nemusí být viditelné na první pohled. V osobním životě daného člověka se zdánlivě nevyskytují výraznější komplikace. Příčiny neurotické poruchy totiž mohou vycházet z minulosti, mohly být pacientem odsunuty z vědomí.

Můžeme se domnívat, že neurotické poruchy mají složitější etiopatogenezi, probíhají v čase, příznaky pacient subjektivně prožívá, prvotními jsou symptomy psychické. Do diagnostických kritérií je řazen popis příznaků, vystižení reaktivity jedince, existence ztráty přizpůsobivosti, únava, duševní napětí, somatické příznaky a vyloučení potíží v oblasti intelektu. **Konkrétní diagnostické postupy v dětském věku budou rozpracovány v empirické části práce v kapitole pojednávající o metodách.**

2.3 Příčiny neurotických poruch

J. Doležal a kol. (1961) vyslovují domněnku, že významnými příčinami neuróz jsou: dědičnost, konstituce, tělesná onemocnění, tělesné oslabení, únava, přepracovanost, nepříznivé prostředí (hluk, stísněný prostor), nepříznivé prostředí druhých lidí, nepříznivé zevní události, vlastní povaha a jednání. Autoři soudí, že neuróza se nedědí jako hotová porucha, ale že jedinec dědí pouze určité dispozice. Tělesná onemocnění působí nepříznivě na duševní rovnováhu a zdraví, a tak mohou vyvolat neurotickou poruchu. Přepracování bývá často jen spouštěcím činitelem neurózy, jindy průvodním jevem či dokonce důsledkem. Autoři se dále podrobněji zabývají vztahem k druhým lidem, tvrdí, že vztahy jsou pro vznik a trvání neuróz velmi důležité. Signifikantní jsou zejména **dlouhodobě konfliktní vztahy, které jedinec neřeší**. Často se jedná o vztahy s rodiči, partnerem, nadřízenými, dětmi.

Setkáváme se tak s rozlišením dvou zásadních skupin predisponujících faktorů:

- **vlivy dispoziční či vrozené** - konstituční činitele (např. přítomnost některého metabolického či endokrinního onemocnění nebo onemocnění chronického); nestejně zatížení centrální nervové soustavy v různých etapách vývoje či funkční nezralost CNS; širší povahové dispozice (např. děti zvýšeně senzitivní či nejisté);
- **vlivy vnějšího prostředí, situační** - závadné hygienické podmínky (malá strukturovanost času a činnosti, nedostatek spánku, přetěžování dětí učením a prací, nedostatek pohybu apod.); psychosociální zátěž; nevhodný typ výchovy (např. výchova příliš povolná, příliš náročná, nedůslednost ve výchově, nejednotný přístup rodičů či jiných vychovatelů); souvislost s atmosférou v rodině, ve škole a ve skupině vrstevníků (důležitý je faktor zpětné vazby, který ve své negativní formě může přispívat k udržení maladaptivní reakce dítěte); zátěžové situace mohou provokovat nevhodné chování dítěte, což působí na reakce jeho okolí, tyto zase zpětně posilují nežádoucí chování...).

Roli hrají také **aktuální psychický stav dítěte, jeho zkušenosti, vývojová úroveň, individuální vlastnosti osobnosti a aktuální somatický stav** (připomínán je nežádoucí vliv infekčních chorob – převážně infekce dýchacích cest; také krční a ušní onemocnění; střevní choroby; stavy vyčerpání po onemocněních; alergie a astma (in Fischer, 1959; Kratochvíl, 2000; Vágnerová, 1995).

J. Fischer (1966) pak při rozboru etiologie neurotických poruch vychází **z osobnosti dítěte a ze situací, jež zatěžují centrální nervovou soustavu**. Zmiňuje častou pasivitu jedince. Pacient se s neurotizující okolností mnohdy nedovede vypořádat. Dispozice k tomuto jsou dle J. Fischera dány **oslabením nervového systému**. Oslabení bývá způsobeno např. úrazy při porodu, změnami funkční aktivity mozku po prodělaných infekčních onemocněních či v nevhodných podmínkách. Za zmínku stojí také možný vliv neurotických rodičů, **kteří neurotizují své dítě, či vliv rodičů majících nějaký nedořešený konflikt**.

L. Košč (1982) uvádí, že je možno spatřovat příčinu neurotických poruch **i v konfliktech souvisejících s návštěvou školy**. Zabývá se nepřiměřenými požadavky rodičů na výkon dítěte, podmínkami dítěte k učení, konfliktem mezi učitelem a žákem, rozpory mezi rodinou a školou a neschopností dítěte vyhovět požadavkům školy.

P. Smolík (1996) uvádí etiologii u každého jednotlivého typu neurotických poruch dle MKN 10. Například u Fobických úzkostných poruch jsou patrné vrozené dispozice, vliv má též rodinná zátěž. U Specifických fobií se může jednat o pozůstatky účelných reakcí - např. strachu z velkých zvířat či hadů. V souvislosti s Obsedantně - kompulzivní poruchou je jmenována především dědičnost. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení vycházejí ze stresových a adaptačních mechanismů. U Posttraumatické stresové poruchy se setkáváme s multifaktoriální etiologií, zejména je ale

vyzdvižen vliv genetické a získané psychologické výbavy. Činitelem Dissociativní (konverzní) poruchy jsou převážně psychogenní faktory ve formě obranných mechanismů. Rozvoj Dissociativní fugy patrně může souviset se vztahem k některým poruchám osobnosti a vývoje. U etiologie Dissociativních poruch motoriky je nutno vzít v úvahu více teorií, např.: aktivace inhibičních mozkových mechanismů, výraz nevědomě potlačeného psychického konfliktu, identifikace se členem rodiny, který má stejné příznaky reálného onemocnění. Pravděpodobně rodinná dispozice zapříčiňuje Mnohočetnou poruchu osobnosti, významný je častý výskyt zneužívání postiženého jedince v dětství. U Somatoformních poruch je uváděna dědičnost a také přesun hněvu vůči ostatním lidem na sebe, což souvisí se sebetrestajícím uspořádáním osobnosti se silným superegem. U Hypochondrické poruchy je zajímavé, že vedle hlavního faktoru, kterým je psychogennost, má pacient často snížený práh bolesti a vyšší citlivost k tělesným vjemům.

Autoři zabývající se etiologií neurotických poruch se shodují, že vznik těchto poruch může být determinován více faktory, hovoří zejména o: dědičnosti, fyzickém stavu, vlivech prostředí, sociálních vlivech, výchově a školních vlivech, nepříznivých životních situacích. Nelze opomíjet osobnostní vlastnosti jedince.

2.4 Specifika neurotických poruch v dětství

2.4.1 Vymezení problematiky neurotických poruch v dětském věku

MKN – 10 (Psychiatrické centrum Praha, 2000) přináší k této otázce jasné vymezení – konstatuje, že v dětské psychiatrii se klasicky odlišují od neurotických poruch dospělých **emoční poruchy specifické pro dětský věk a pubescenci**. Je tak činěno např. proto, že řada dětí s emočními poruchami v dospělosti nevykazuje podobné potíže, jen menší množství z nich v dospělosti trpí neurotickými poruchami. Naopak není prokázáno, že by dospělý jedinec s neurotickou poruchou měl významnější emoční obtíže v dětství. V MKN – 10 tedy nalzáme tuto problematiku v části zabývající se **Poruchami chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci (F90 – F98)**, konkrétně pak v pasážích: F93 – Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (Separační úzkostná porucha v dětství, Fobická úzkostná porucha v dětství, Sociální úzkostná porucha v dětství, Porucha sourozenecké rivality...); F 94 – Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (Elektivní mutismus, Reaktivní porucha přichylnosti v dětství, Dezinhibovaná přichylnost v dětství...); F95 – Tikové poruchy a F98 – Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci (Neorganická enuréza, Neorganická enkopréza, Porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku, Pika v útlém a dětském věku, Poruchy se stereotypními pohyby, Koktavost, Breptavost...).

O. Matoušek (1986) se domnívá, že klasifikovat psychiatrické poruchy v dětství je obtížnější než u dospělých. Podle něj se řada projevů v dospělosti považovaných za známku duševní poruchy u dětí vyskytuje běžně. Soudí rovněž, že neplatí vztah mezi neurotickými obtížemi v dětství a jejich existencí u daného člověka v dospělosti. J. Čepička (1981) uvádí tyto specifčnosti výskytu neuróz u dětí: některé příznaky se typicky pojí jen s určitým vývojovým obdobím, ale některé mohou přetrvávat déle; u dětí se častěji setkáváme s jednotlivými neurotickými symptomy, celé syndromy lze pozorovat až u starších dětí či dospělých; jednotlivé symptomy také mohou souviset s konkrétní situací dítěte, po její změně mohou vymizet, nebo se proměnit do symptomu jiného. Na rozdíl od dospělých pak **děti často subjektivně netrpí přímo neurotickými projevy, spíše odlišným postojem okolí k jejich osobě**. J. Miňhová a L. Novotná (2000) se zabývají tím, jak dítě či pubescent prožívá zátěžové situace. Chápou dítě jako zranitelnější vlivy okolního světa, protože je závislé na tomto prostředí a samo ho příliš neutváří. Autorky dále uvádějí, že dítě s neurotickou poruchou svou diagnózou příliš netrpí, **zdrojem obtíží je spíše neuvážený přístup okolí jeho symptomu**. Oproti dospělým pak mívá dětský neurotik **obvykle jen jeden nebo dva symptomy, které jsou relativně izolované**.

D. Krejčířová (in Svoboda (ed.) a kol., 2001) hovoří o v dětské psychopatologii užívaném dělení na poruchy internalizující (charakteristické inhibicí chování a subjektivní nepohodou dítěte) a externalizující (projevující se zejména rušivým chováním). K poruchám internalizujícím jsou pak řazeny poruchy neurotické (dle D. Krejčířové přibližně ve významu MKN – 10 v kategorii F40 – F49) a dětské deprese.

Zdá se tedy, že zásadním faktem fenoménu dětských neurotických poruch je **spíše výskyt jednotlivých projevů, symptomů**. Z toho se odvíjí také pojmenování a řazení těchto obtíží v Mezinárodní klasifikaci nemocí. V dětství se tyto projevy patrně často vážou na konkrétní kontext a vývojovou etapu. To ovšem nevylučuje výskyt neurotických syndromů popisovaných u dospělých v diagnostické kategorii Neurotické poruchy.

2.4.2 Vznik neurotických projevů v dětství

S. Langer (1994) uvádí názor Mečříře, že 20 % všech dětí trpí neurotickou poruchou. U pubescentů se dle něho jedná zejména o depresivní neurózy, bolesti hlavy, strachy z předmětů, z živých tvorů a situací, o poruchy řeči - především koktavost. V dětském věku se pak vyskytují spíše mutismus, enuresis nocturna a diurna či enkopresis. Dle Langerova vlastního výzkumu z roku 1987 byla u neurotických dětí diagnostikována přecitlivělost, nesoustředěnost, strach, bolesti hlavy, zažívací problémy. Více než tři čtvrtiny těchto neurotických dětí měly nevhodnou výchovu v rodině a další více než tři čtvrtiny trpěly neklidným

spánkem. U téměř 60 % autor zjistil **rodovou zátěž** a polovina z nich měla **komplikovaný porod**. Tentýž autor usuzuje, že příčinou vzniku neurotických poruch je často **malá odolnost vůči stresu**.

Werner (in Miňhová, Novotná, 2000) rozlišuje neurotizující podněty interpersonální a extrapersonální, které ovšem působí provázaně. Mezi interpersonální podněty řadí pocit pozitivní nebo negativní odlišnosti od vrstevníků, pocit nejistoty, stupeň senzibility typický pro vývoj a specifické konstituční vlastnosti osobnosti. Za podněty extrapersonální pak považuje požadavky prostředí na výkon dítěte, sociální zdůraznění dítěte, poskytování individuální volnosti a emocionální obklopení dítěte.

S. Langer (1994) se zabývá situacemi, které vytvářejí konflikt a jsou neurotizující. Předkládá tyto modely takových situací:

- Nižší inteligence a **vyšší požadavky**, které inteligenci neodpovídají;
- **protichůdné, ambivalentní a nejednotné požadavky ze strany rodičů či školy;**
- **osamocenenost ve skupině**, která je dána nižšími či vyššími schopnostmi, **nápaditostmi**, šikanováním;
- vysoké ambice a nemožnost naplnit je, **nereálný cíl;**
- učivo, které je **příliš obtížné a nevyhází z psychických dispozic žáků;**
- **deprese** vyvolaná ztrátou blízkého člověka či zvířete nebo rozchodem s partnerem ap.

Již zmiňované autorky J. Miňhová a L. Novotná (2000, str. 74 - 75) rovněž uvádějí v této souvislosti **konflikty, které jsou typické pro mladší školní věk**. Za konflikty převažující v mladším školním věku pokládají: „konflikt mezi pedagogem a žákem, konflikt mezi rodiči a učitelem, konflikt mezi školními požadavky a schopnostmi dítěte, konflikt mezi požadavky rodičů a schopnostmi dítěte“. Děti jsou do značné míry ohrožené závadným prostředím více než dospělí. Nebezpečí mohou představovat nevhodné vlivy rodinné, školní, nadměrné požadavky těchto institucí, nadměrná ctižádostivost, vážné události v životě, potíže v oblasti soužití s vrstevníky a posléze v oblasti navazování intimních vztahů.

Dalším činitelem podporujícím vznik neurotizace může být syndrom ADHD. I ve školním prostředí se projevuje emoční labilita, celková sociální nevyzrálost a malá sebeúcta postiženého jedince (Kocurová, 2000).

Z výše uvedeného vyplývá, že vznik neurotických projevů či poruch v dětském věku souvisí s podobnými faktory, které byly uvedeny výše v kapitole o příčinách (2.3), je zde třeba se specificky zaměřit **na prostředí rodiny, školy a také vrstevnických skupin**. Vzhledem k tématu práce stojí za povšimnutí zmínka o **syndromu ADHD jako o činiteli působícím při rozvoji neurotizace**. Více se tomuto budeme věnovat v kapitole 4.

2.4.3 Projevy neurotických poruch – zejména v dětském věku

J. Kafka (1998) považuje za nejčastější projevy neurotických poruch bolest hlavy, únavu, nespavost, funkční záchvatové stavy, různé orgánové poruchy a psychické či psychosociální příznaky. Mezi ně zahrnuje úzkost, depresi, pocit viny a křivdy, pocit méněcennosti, poruchy Já a osobnosti a poruchy v mezilidských vztazích. Za dva nejvýraznější projevy pokládá **bolest hlavy a úzkost**. Za třetí hojně se objevující projev J. Kafka pokládá **poruchy v mezilidských vztazích**, v rodině či v pracovním kolektivu. Podnětem se mu zdá být dominance, v souvislosti s ní se vyskytují konflikty při řešení různě významných záležitostí. Následně se objeví soupeření a pocity méněcennosti. Člověk začíná být nespokojen s rodinou, která ho dle jeho mínění nechápe. Vyskytuje se také pocit křivdy spojený s napětím a různými komplexy. Toto vše dohromady pak vytváří nezanedbatelnou součást neurotických poruch. Neurotické poruchy mohou mít vliv také na kognitivní funkce. L. Košč (1982) hovoří o tom, že neuróza představuje déletrvající a zvnitřněný stres, který může mít vliv na selhávání mentálních schopností. Nejohroženějšími oblastmi jsou paměť, pozornost a řeč. Paměť je postižena nejvíce při zapamatovávání, zde patrně hraje roli i snížená úroveň pozornosti. Neurotik totiž dle L. Košče vydává energii na sledování svého aktuálního stavu (nazývá tento jev neurotickým egocentrismem) a na podchycení další možné traumatizace, proto má **s koncentrací značné obtíže**. V souvislosti s řečí zmiňuje autor výskyt lehčích forem koktavosti či váhavosti při začátku řečového projevu (vkládání parazitních výrazů promluvy, mlčení v úvodu komunikace, opakování slov či vět, ztrácení souvislosti, přeroky). Autor však tyto projevy připisuje i zdravým lidem, kteří se ocitají ve stavu vyčerpání či stresu.

Dalšími projevy pak mohou být **mimovolné pohyby prstů a rukou a živá gestikulace, nebo naopak snížená aktivita**.

Mezi projevy neurotických poruch v dětství bývají nejčastěji řazeny:

- **Poruchy přijímání potravy** – nechutenství (často druhotný příznak silné úzkosti či fobie), anorexie, mentální anorexie (spíše v období pubescence), bulimie (může vycházet z vnitřní psychické tenze a z neuspokojení některé důležité psychické potřeby), zvracení (u labilních dětí při zvýšeném napětí a podráždění);
- **poruchy usínání a spánku** (obtíže při usínání, neklidný a přerušovaný spánek, předčasné buzení, noční děsy – pavor nocturnus, mluvení ze spánku, chůze ve spánku – u těchto obtíží je třeba se poradit s neurologem, aby se vyloučily dispozice k epilepsii);
- **neurotické bolesti** (mohou být odrazem zvýšeného napětí, únavy a lability dítěte, obvykle se hovoří o bolestech hlavy či břicha, které mohou mít někdy nevědomě účelový charakter – např. poutat pozornost či vyhnout se další zátěži);

- **poruchy vyměšování** – enuresis nocturna eventuelně diurna (často se objevuje u dětí s nezralou či oslabenou CNS), enkopresis, zácpa (často u úzkostných a nejistých dětí, může souviset se změnou prostředí či režimu), neurotický průjem;
- **tiky** (bezděčné, mimovolní pohyby různých částí těla, nejčastěji svalových skupin v obličeji, souvisejí patrně s nezralou či oslabenou CNS a současně se subjektivním pocitem nadměrné zátěže);
- **neurotické návyky** (mají nutkavý charakter, souvisejí s napětím a s úzkostí, více dispozic k nim mají opět jedinci s oslabenou či nezralou CNS, častější bývají v předškolním věku, může se jednat o dumlání prstů, okusování nehtů, vytrhávání vlasů, dráždění pohlavních orgánů apod., někdy se rozlišují návyky autostimulační a sebepoškozovací);
- **neurotické poruchy řeči** – koktavost – balbuties (funkční postižení dynamiky řeči, jedná se o křečovitě opakování slabik či celých slov, nebo prodlužování začátku promluvy, někdy se manifestuje jen v určitém prostředí, častěji bývá zaznamenáno u chlapců, většinou se rozvíjí mezi 2. až 5. rokem), mutismus (tedy neurotický útlum řeči u dětí spíše úzkostných, závislých, méně průbojných, souvisí mnohdy se strachem z vnějšího prostředí, mnohdy se objevuje na počátku školní docházky), logofobie (strach z řeči jako sekundární neurotický projev, může vycházet z pocitů méněcennosti, také se může jednat o obranu před necitlivým prostředím), breptavost (zrychlená řeč s nezřetelnou artikulací, někdy sem tato problematika rovněž bývá řazena);
- **neurotické změny citového prožívání** - úzkostné prožívání (sklon k úzkostnosti se projevuje např. přemrštěnými reakcemi na neočekávané podněty, zvýšenou emoční a vegetativní dráždivostí, fixací na nějaký stereotyp, nadměrným předjímáním ohrožení, v některých případech také agresivitou; úzkostnost souvisí s kvalitou nervové soustavy, s genetickými vlivy a s prostředím, v němž dítě žije), fobie (ve školním věku často školní fobie – obavy ze selhání, odmítání chodit do školy, různé vegetativní obtíže apod.), emoční labilita (u neurotického dítěte je tento do určité míry vývojově příznačný rys vystupňován, typické jsou nadměrně silné reakce na běžné podněty, neodpovídající emoce a výraznější kolísání emocionálního ladění), depresivní stavy (apatie, podrážděnost, nejistota, obtíže s pozorností...);
- **psychomotorický neklid, poruchy motoriky, snížená soustředivost** (spíše v mladším školním věku).

(in Čepička, 1981; Matějček, 1991; Miňhová, Novotná, 2000; Vágnerová, 1995)

Z. Matějček (1991) hovoří v souvislosti s neurotickými projevy u dětí o poruchách základních vegetativních funkcí – míní tím poruchy přijímání potravy, spánku a vyměšování. Připomíná ovšem, že tyto poruchy v dětském věku mívají často nějaký organický podklad. K tomuto podkladu se poté mohou přidat další vlivy – výchovné, situační, třeba i kulturní. Doporučuje tedy zabývat se neuropsychologickými a biologickými aspekty obtíží.

2.4.4 Znaky neurotického dítěte

M. Vágnerová (1995) za typické znaky u neurotického dítěte považuje větší citlivost, labilitu, dráždivost, nižší odolnost a nezřídka také značné kolísání duševních stavů i celkové aktivity. U takového dítěte se setkáváme se **snadnými výkyvy emocionálního ladění, s obtížemi se sebehodnocením** (které neodpovídá ani skutečným projevům dítěte ani jeho výkonům – obvyklé jsou pocity méněcennosti) a s **přecitlivělostí vůči okolí**. Spíše negativní naladění dítěte může zapříčinit rozvoj somatických obtíží. Autorka se dále domnívá, že se neurotické děti vyznačují předvídáním situací, které jsou pro ně ohrožující, zatěžující, na základě toho se pak takovým situacím snaží vyhnout, utlumují své chování, které je vnímáno jako vedoucí k pocitům ohrožení. Rozvíjí se řada obranných mechanismů. To se pak může projevit třeba při rozhodování – dítě je nejisté, má obavu ze špatné volby, v extrémní situaci se není schopno rozhodnout. Selhání lze pozorovat i při realizaci nějakého zvoleného cíle – neurotické dítě mnohdy rovnou předvídá svůj neúspěch, i když pro něj není opodstatněný, překážky pokládá za neúnosné. K tomu se připojí prožitky spojené s nízkým sebehodnocením, dítě je pak skutečně vystaveno nezdaru, což celý mechanismus dále posiluje.

Jedinec s neurotickými příznaky může být stížen obtížemi při učení ve škole a při volbě povolání (Langer, 1994). V kontrastu k předchozímu výkladu se autor domnívá, že ho lze často charakterizovat jako vysoce ctižádostivou osobu, která touží po vyniknutí. Bohužel většinou nedisponuje dostatkem schopností k realizaci svých záměrů, což vede k déletrvající frustraci.

Rovněž L. Košč (1982) se domnívá, že neurotické dítě má **problémy ve škole - při učení i při vztazích ke spolužákům**. Z hlediska obtíží při učení zmiňuje neschopnost rychle si na danou věc vzpomenout, tím vzrůstá napětí a klesá pravděpodobnost vzpomnutí si. Zatížena je také pozornost neurotika.

Neurotické dítě má často **negativní sebeobraz**, objevují se u něho **komplexy méněcennosti**. To může vyvolávat vyhýbání se spolužákům, nebo tendence k agresivitě. Proto nezřídka pojmají spolužáci takové dítě jako odlišné, nápadné, někdy se mu vysmívají nebo straní, nebo k němu zaujímají ambivalentní vztahy. Tím jsou ovšem neurotické rysy dotyčného jedince posilovány,

dítě je utvrzováno v negativním vztahu k vrstevníkům, ke škole a k učení. Vyvíjí pak vyšší sklony k agresivnímu jednání či větší snahy v učení, což vede **k vzrůstající izolaci a k upevnění neurotických příznaků**. Nevhodná zpětná vazba z okolí dítěte může vést k tomu, že si dítě tímto potvrzuje svá přesvědčení o vlastní neschopnosti. Na základě toho se snaží vyhnout se zraňujícím situacím a kontaktům. Uchylují se do samotářství, nebo jsou jejich projevy křečovitě, přecitlivěle až někdy paranoidní. Toto vše se podílí **na riziku nevhodného vytváření vlastní sociální identity**, na vzniku regresivních reakcí či na rozvoji fixace na rodině. Dítě má omezený prostor pro získávání adekvátní sociální zkušenosti, což se může projevit v charakteru jeho sociálních rolí (Vágnerová, 1995).

Neurotický žák je dle L. Košče (1982) nejvíce zatížen úkoly, které kladou požadavky na čas, ve kterém budou zvládnuty. Dítě jeví sklony k nervozitě už před zahájením řešení takového úkolu, proto se snižuje pravděpodobnost, že úkol dokončí, či že ho dokončí bez chyb. Problémem neurotického dítěte je také verbální a neverbální komunikace, učitel by u něho měl preferovat písemné zkoušení. Rovněž co se týče přijímání trestů, jsou na tom neurotické dítěti hůře než děti emocionálně vyrovnané. Měly by tedy u nich převažovat pochvaly, které mohou zvyšovat sebevědomí a tlumit tenzi. Autor ještě připojuje doporučení pro učitele ve vztahu k neurotickým dětem: je dobré poskytovat jim individuální přístup, ale ne nadměrnou pozornost, užitečná je komunikace učitele s rodiči (popřípadě s lékařem či psychologem) těchto dětí a vedení spolužáků k pochopení problémů dotyčných jedinců a k zaujetí správných postojů k nim.

Změny v prožívání u neurotických dětí **ovlivňují kvalitu jejich kognitivních procesů** (Vágnerová, 1995). Tato skutečnost se nejvíce manifestuje ve školním prostředí, přičemž charakteristickým znakem je nesoulad mezi schopnostmi dítěte a jeho výkonem. Objevuje se kolísání výkonu v čase, neopodstatněné kolísání výkonů. Souviset to může s narušenou koncentrací pozornosti – vlivem trvalého napětí a sklonem k snazší a rychlejší unavitelnosti CNS. Pozornost je pak spíše krátkodobá, mělčí a s výkyvy. Obtíže se ukazují i u paměti těchto dětí – mají problémy se zapamatováním si i s vybavováním. Utlumené může být také myšlení – vyznačuje se sníženou plynulostí, ulpíváním, někdy do procesu myšlení zasahují obsedantní myšlenky, které dítě nemůže potlačit.

Tatáž autorka (1999) se domnívá, že neuróza u dítěte ovlivňuje také ráz základních psychických potřeb. Například potřeba stimulace podle ní kolísá v závislosti na subjektivních pocitech, neurotický jedinec obvykle odmítá nové, neznámé podněty. Vystupňovaná naopak může být potřeba řádu, stability, protože tyto okolnosti snižují nejistotu. Vyšší se zdá být potřeba citové jistoty a bezpečí, pro neurotického jedince je nadměrně důležitá opora druhého a neustálé ujišťování o tom, že není tak špatný. Komplikaci ovšem v tomto ohledu představuje fakt, že projevy neurotického

dítěte mohou být pro druhé hůře pochopitelné, takové dítě pak má problémy získat si sympatie druhých. Neuspokojená mnohdy bývá potřeba seberealizace, neboť neurotik někdy raději přijme roli outsidera či smolaře, aby se vyhnul trápení z případného selhání.

Za závažné okolnosti související s neurotickými projevy lze tedy považovat **snížené sebehodnocení, rozvoj obranných mechanismů vedoucích k vyhýbání se různým situacím a kontaktům, předvídaní neúspěchů nesouvisející se skutečnými schopnostmi dítěte, potíže ve škole, negativní vliv na kognici dětí, mnohdy neutěšenou pozici ve skupině vrstevníků, která může vést k nevhodnému charakteru sociálních rolí daného dítěte a k nesprávnému budování jeho sociální identity, vyskytovat se také mohou obavy z nového, potřeba stereotypů a řádu.**

2.5 Prognóza a terapie neurotických poruch (projevů) – převážně u dětí

2.5.1 Prognóza

J. Fischer (1959) vyjadřuje svůj názor, že prognóza neurotických poruch u dětí je příznivá, mnoho příznaků se ztrácí spontánně nebo vlivem změny prostředí. Soudí, že období pubescence je etapou, v níž často odeznívají neurotické symptomy z minulých let. Ve výjimečných případech pak ale neurotický symptom přetrvává přes pubescenci a zůstává buď ve své podobě, nebo se rozvíjí, nezdědka v příznak složitější. Autor se také domnívá, že pro stanovení prognózy je nutné vzít v úvahu věk objevení se prvních rysů poruchy, terapeutické možnosti, dobu trvání dané poruchy, osobnost a prostředí, v němž postižená osoba žije.

O. Matoušek (1986) vychází z různých výzkumů, když konstatuje, že odborníci většinou zamítají tvrzení o tom, že kdo měl v dětství neurotické obtíže, bude je mít i v dospělém věku.

P. Smolík (1996) se zabývá prognózou u jednotlivých typů neurotických poruch. Některé poruchy spontánně odeznívají, jedná se například o Dissociativní amnézii, která končí náhle, o Dissociativní fugu, po níž může následovat amnézie, o Trans a stavy posedlosti. V této souvislosti lze zmínit ještě Specifické fobie, k nimž autor podotýká, že často spontánně odeznívají v dospělosti. Naopak jiné poruchy mívají tendenci ke chronicitě: Generalizovaná úzkostná porucha (neléčí-li se, trvá celý život), Mnohočetná porucha osobnosti a Hypochondrická porucha (dochází k remisím, může vést až k atrofii svalů či osteoporóze). Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha též někdy inklinuje ke chronicitě, objevují se pak následky v pracovní a sociální sféře, většina akutních bolestí ale odeznívá v krátké době. Sociální fobie trvá většinou celý život, ale s postupujícím věkem jsou její projevy mírnější. Posttraumatická stresová porucha končí ve většině případů uzdravením, někdy může mít ovšem průběh chronický a zapříčinit až změnu osobnosti. Prognóza Akutní reakce na

stres je ovlivněna sociální podporou, rodinnou anamnézou, zážitky z dětství, typem osobnosti a předchozími duševními poruchami. U Agorafobie dochází po léčbě trvající pět až deset let ke zlepšení obvykle u třetiny osob.

2.5.2 Terapie

Terapii neurotických poruch (a nejen jich) lze dle S. Kratochvíla (2000) zaměřit buď na příznaky, nebo na příčiny. Při terapii zaměřené na příčiny je u neurotických poruch nezbytná **orientace na vztahy léčené osoby, na její chování**. Stejně jako jiní autoři, hovoří i on o **farmakoterapii a psychoterapii**, v jejím rámci pak o skupinové psychoterapii. Co se týče farmakoterapie, uvádí S. Kratochvíl zejména léky snižující anxieta a tenzi (Diazepam, Neurol, Xanax). Zmiňuje také některá negativa těchto léků: snižování pozornosti, vyvolávání únavy, možnost vzniku návyku. Také Z. Matějček (1991) uvádí možnost ovlivňování úzkosti u dětí anxiolytickou medikací. Ta by dle něho měla mít funkci podpory dalších metod – psychoterapeutických a výchovných.

J. Fischer (1959) jmenuje tyto způsoby léčby dětí: **léčba dítěte změnou postoje rodičů k němu** - zejména u dětí předškolního věku; **kombinace terapeutické práce s rodiči a dítětem** - především u dětí školního věku; **přímá léčba dítěte** - v pubescenci, u mladších dětí v případě, že nelze pracovat s jejich rodiči; **převýchova dítěte** - při kombinaci neurotické poruchy s poruchami chování; **skupinová terapie** - v případě lehčích neurotických poruch. Autor dále uvažuje i o těchto metodách terapie: **revize a regulace životosprávy dítěte** (zaměření se na nepřetěžování dítěte školními úkoly a povinnostmi doma, na přiměřenost odpočinku a pravidelnost v jídle, spánku a vyměšování), hydroterapie (mírně teplé koupele před spaním jako pomoc při relaxaci a mírnění neklidu), klidová terapie (u dětí s vyšší únavností se doporučuje odpočívání na lůžku po obědě), léčebný tělocvik (pro zvýšení obratnosti, učení ukázněnosti, tlumení neklidu či naopak aktivaci, cvičení pomáhá i díky sociální složce - cvičení spolu s někým).

S. Langer (1994) se zabývá **výchovou** při terapii dětí. Domnívá se, že výchovné metody nelze od psychoterapeutických oddělit. Vyzdvihuje roli povzbuzujícího rozhovoru, který dává postiženému jedinci pozitivní nasměrování do života, vede ke snížení napětí či k odreagování, může posílit sebedůvěru a sebeúctu. Za důležitý považuje mechanismus kompenzace u neurotických osob, které trpí nemožností opuštění svých vyčtených potřeb a cílů a vysokou ambiciózností. Kompenzace se tedy týká **vytvoření nových, reálněji dosažitelných cílů**.

S. Kratochvíl (2000) zmiňuje obdobné principy v psychoterapii neuróz. Do předností psychoterapeutického rozhovoru zahrnuje ventilaci napětí, ujasnění souvislostí, hledání řešení. Soudí, že v případě ovlivnění konfliktu jinými osobami, je třeba tyto osoby včlenit do psychoterapie, nejčastěji jde o rodiče, děti, manželku či manžela. Mezi další možné uplatnitelné metody pak řadí

sugestivní terapii (mírnění napětí, úzkosti a strachu, nespavosti, bolestí, nepříjemných pocitů, nechutenství, záchvatů, třesu, obrn, působení na náladu a výkonnost), **autogenní trénink** (snížení tenze, navození klidu) a **nácvik správných reakcí** (zejména systematická desenzibilizace jako součást kognitivně-behaviorální terapie).

Z. Matějček (1991) navrhuje tři základní okruhy doporučovaných opatření:

- **Dodat dítěti jistotu** – jednak z hlediska sebevědomí, ale i pocit bezpečí v jeho prostředí;
- **naučit dítě, aby účelně hospodařilo se svými silami a ovládalo své slabosti;**
- **vybudovat systém pojistek, které včas signalizují nebezpečí selhání.**

Mezi nejčastěji zmiňované typy psychoterapie patří již uvedené kognitivně – behaviorální terapie (spojovaná s terapií Fobických úzkostných poruch, Jiných úzkostných poruch, Obsedantně – kompulzivní poruchy, Posttraumatické stresové poruchy, enurézy, enkoprézy, spánkových obtíží a kocktavosti) a hypnoterapie, sugestivní terapie (u dětí uplatňovaná zejména pro léčbu enurézy a kocktavosti). Dále pak nelze opominout behaviorální terapii (jejíž využití u dětí je shodné s využitím hypnoterapie) a terapii hrou (např. u Generalizované úzkostné poruchy). V úvahu přichází také terapie rodinná (Hort, Hrdlička a kol, 2000; Langmeier, Balcar a kol., 2000; Možný, Praško, 1999; Smolík, 1996).

3. PROBLEMATIKA SYNDROMU ADHD

V této části práce se budeme zabývat podrobněji syndromem ADHD jako takovým. Pojednáno zde bude o tom, co tento pojem znamená, jaké má souvislosti, o jeho příčinách, typech a projevech, o specifikách osobnosti dítěte se syndromem ADHD. V tomto ohledu tedy pohled zúžíme na existenci ADHD v dětském věku, jak to odpovídá záměru práce. V další části kapitoly uvedeme možnosti a způsoby terapie syndromu, vhodné přístupy k ADHD dětem.

3.1 Pojem ADHD

O projevech poruch pozornosti a chování referoval již na konci devatenáctého století W. James (Pokorná, 2001). P. Říčan, D. Krejčířová a kol. (1997) poukazují na příspěvek českého profesora Heverocha, který na počátku století dvacátého psal o neposedných dětech do učitelského časopisu Česká škola. Titíž autoři pak uvádějí, že vytvoření konceptu poruch pozornosti je spojeno s H. Wernerem a S. Straussem, kteří hovořili o mozkovém poškození majícím souvislost s příznačnými projevy v psychice. Brzy dospěli k tomu, že toto poškození nemusí být spjato s mentálním deficitem. Další významnou osobností, která přispěla k vývoji pojmu poruch pozornosti, byl A. Gesell. Opět v souvislosti s ranými poškozeními mozku přichází s předpokladem nepříznivých důsledků pro rozvoj osobnosti. Rozlišuje tři typy takového poškození – devastující (mentální retardace), selektivní (míní tím hlavně motorická poškození – např. dětskou mozkovou obrnu) a minimální – které zcela odpovídají dnešnímu pojetí lehkých mozkových dysfunkcí (Říčan, Krejčířová a kol., 1997). V anglosaské literatuře termín Minimal Brain Dysfunction fungoval až do počátku šedesátých let dvacátého století. V českém jazyce se užíval pojem **Lehká mozková dysfunkce**, do naší literatury byl uveden převážně Z. Matějčkem, který pod něj zahrnoval také poruchy učení. Dle něho tak pojem Vývojové poruchy učení v podstatě překrývá LMD a dřívější **LDE – lehké dětské encefalopatie**, o nichž hovořil O. Kučera (Pokorná, 2001). Celosvětově byla definována Lehká mozková dysfunkce v roce 1963 jako náhrada za dřívější pojem Minimal Brain Dysfunction/Damage. Při této příležitosti byl daný fenomén vymezen jako syndrom pojící se s různými úrovněmi intelektu, s různými poruchami učení či chování, s rozsahem od mírného po těžký, bylo řečeno, že vychází z odchylek funkce centrální nervové soustavy. Projevy se mohou manifestovat oslabeními ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti, v regulaci pozornosti, impulzivity, motoriky. Syndrom dle této mezinárodní definice vzniká vlivem genetického, biochemického či perinatálního poškození mozku, vlivem onemocnění a poruch v době, kdy zraje CNS, nelze opominout příčiny neznámé (Kulišťák, 2003).

V sedmdesátých a osmdesátých letech se název začal měnit na **Hyperkinetický syndrom** – patrně důsledkem projevů neklidu, které mohly být vnímány jako nejvíce zřetelné a rušivé (Hort, Hrdlička a kol., 2008). M. Martin a C. Waltmanová – Greenwoodová (1997) se domnívají, že nejlépe podstatu obtíží vystihuje pojem **Poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou**. Od osmdesátých let se užívají zkratky **ADD** (Attention Deficit Disorder) – poukazující na obtíže s pozorností, a ve spojení s hyperaktivitou pak **ADHD** (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder). I. Drtílková (2007) k tomu podotýká, že se jedná o zkratky zavedené v klasifikačním systému Americké psychiatrické asociace (DSM-IV). Fakt jejich vzrůstající oblíbenosti i v našich poměrech souvisí patrně s jejich stručností.

V MKN – 10 (Psychiatrické centrum Praha, 2000) nalézáme tuto problematiku pod názvem **Hyperkinetické poruchy**. Zařazeny jsou v oddílu **F90 – F98 – Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**. Rozlišeny jsou pak Porucha pozornosti a aktivity, Hyperkinetická porucha chování, Jiné hyperkinetické poruchy a Hyperkinetická porucha nespecifikovaná.

V této práci budeme používat převážně pojmenování syndrom ADHD, poněvadž je daný pojem pravděpodobně nejvíce užívaný jak odborníky, tak širokou veřejností. Pro naše účely používáme tento pojem ve smyslu splňujícím i kritéria hyperkinetických poruch tak, jak je vymezuje MKN – 10 (viz dále – kapitola 3.3).

3.2 Charakteristika syndromu ADHD, základní projevy

Abychom navázali na předchozí výklad, zmíníme hypotézu V. Pokorné (2001), jež říká, že termín Hyperkinetické poruchy má dvojí oprávnění. Jednak s ohledem na etiologii – nepoukazuje jako dřívější termín LMD pouze na roli somatiky (autorka tvrdí, že i při vyspělosti dnešních technologií může být tomografické vyšetření či vyšetření magnetické rezonance u dětí s touto poruchou negativní). Druhým zásadním důvodem pro užívání termínu Hyperkinetické poruchy je fakt přesnějšího vymezení projevů, který u LMD chyběl. To dovolovalo pojmání LMD jako „sběrného koše“, do kterého se schovávaly obtížně zařaditelné projevy.

Pro charakteristiku syndromu je významná mezinárodní definice přijatá v šedesátých letech (viz výše). K této definici přispěla komise pod vedením S. Clementse v roce 1966 (Černá a kol., 1999). Dle přijatého vymezení diagnóza LMD (dnes tedy ADHD) předpokládá „téměř průměrnou“ inteligenci. M. Černá a kol. (1999) k tomu podotýkají, že z praxe dolní hranici odpovídá zhruba lehký intelektový podprůměr. U dětí s intelektem nižším se lze také setkat s mozkovými dysfunkcemi, ovšem zpravidla ne s lehkými, ale s takovými, jejichž rozsah je závažnější. U jedinců se syndromem ADHD je zasažena centrální část reflexního oblouku, nikoli některá z částí periferních (jak ostatně napovídá původní přídomek „mozková dysfunkce“).

Jak soudí Z. Matějček (1991, str. 205): „Dysfunkce jsou různé a mohou být nejrůzněji kombinovány.“ (Autor používá pojmu LMD, který zde pro výklad ponecháme – pozn. autorky DP.) Syndrom LMD tak představuje případ komplexního problému, který zasahuje do oblasti medicínské, psychologické, pedagogické, sociální. Dysfunkce se projevují v celé řadě mentálních funkcí, také v jejich součinnosti. Z. Matějček připomíná **vliv těchto projevů na komplexní formy chování – např. na školní učení, společenské chování, zvládnání pracovních úkolů**. Do značné míry osvobozujícím prvkem pro vychovatele musí být konstatování, že syndrom je způsobován patrně drobnými, často rozptýlenými poškozeními mozkové tkáně, ke kterým došlo v raném vývoji. Příčiny mohou být rovněž genetické, dle Z. Matějčka ovšem zásadně tkívají v organismu dítěte, ne v prostředí. Což však neznamená, že by nevhodné výchovné prostředí nemohlo situaci a stav dítěte zhoršovat, umocňovat (Matějček, Dytrych, 1994).

Za základní tři chronické charakteristiky syndromu ADHD jsou všeobecně považovány **porucha pozornosti, nadměrná aktivita a impulzivita**. Projevovat se mohou již v časných fázích vývoje, výraznějšími se však stávají v situacích, jež kladou na jedince požadavky – při plnění školních úkolů, při nutnosti přizpůsobit se nějakým pravidlům, při začleňování se do kolektivu. Co se týče jednotlivých chronických charakteristik, blíže lze konstatovat:

1. **Porucha pozornosti (a poruchy kognitivních funkcí)** – může se vztahovat k různým dimenzím fenoménu pozornosti, děti trpící ADHD mají nejčastěji obtíže s udržení pozornosti či volního úsilí zaměřeného na plnění nějakých úkolů. „Nejvýrazněji se to projevuje v situacích, jež nutí děti, aby udržely pozornost a soustředily se na těžkopádné, nudné, opakované úlohy, jako je například školní práce bez bezprostředního dohledu učitele, domácí úlohy nebo (obecněji) stálý (a nepřilíš zajímavý) pracovní výkon.“ (Paclt a kol., 2007, str. 13)

Spojitosť s deficitem pozornosti byla rovněž nalezena u problémů s vytrvalostí a se snadností odvedení pozornosti dítěte jinam. Vyskytovat se mohou i obtíže s pozorností na podkladě sluchovém i zrakovém, neschopnost směřovat pozornost na podstatné podněty. Připojuje se také nežádoucí vliv motorické aktivity do kognitivních procesů – čímž je snížena koncentrace. Objevovat se mohou obtíže s analýzou a syntézou předkládaných informací. Vliv má také neschopnost plánovat a organizovat si činnost, což se promítá do obtíží s regulací a s řízením vlastního chování. Mnohdy schází vytrvalost. Setkat se můžeme také s nižší úrovní prostorové představivosti a s poruchami paměti.

Významný je fakt únavy pozornosti u dětí s ADHD. To značí únavu CNS, takže tyto děti se dříve unaví, pozornost se rychleji snižuje. Typické to bývá zejména u statických podnětů. Dalším typickým projevem bývá oscilace pozornosti – mnohdy bez pozorovatelné příčiny, výrazně. Pozornost ADHD dětí má rovněž malý rozsah – dítě je schopno v jednom okamžiku udržet ve vědomí menší množství podnětů oproti non – ADHD dětem. To má pak za následek chybějící souvislosti, slabší orientaci a schopnost dospět pouze k dílčím řešením.

Značné obtíže přináší další projev – nadměrné upínání pozornosti bez výběru na všechny podněty, pozornost takového dítěte je upoutávána vším, co se děje v prostředí kolem dítěte i v jeho

nitru. Jelikož toto dítě mnohdy nedokáže vybrat, co je podstatné, jeho pozornost je neustále odváděna od potřebného a podstatného jinam. Dalším charakteristickým projevem bývá ulpívání – nepružnost v přenosu pozornosti k dalším podnětům. Ulpívající děti mohou při řešení problému setrvávat stále na stejném způsobu řešení, nedokážou přejít k jinému. Obtíže jim může působit také přecházení od jedné operace k jiné (např. při počítání od sčítání k odčítání).

Za přidružené fenomény (jež souvisí patrně také s poruchami paměti) pak lze pokládat: tyto děti mnohdy potřebují vícekrát zopakovat instrukce a pokyny, rychle zapomínají, co jim bylo řečeno, často ztrácejí a zapomínají své věci. Přidat se může obtíž naučit se něco. Přitom schopnost učit se různé dovednosti tyto děti vrozenou mají, potřebují však pomoci s udržením pozornosti. Typické bývají také chyby zaviněné nepozorností u ADHD dětí (často vynechávání interpunkčních znamének či písmen, znaků). Vinou toho mají děti horší známky. **Jejich prospěch je často nevyrovnaný, celková úroveň prospěchu se u řady dětí zdá být pod možnostmi danými jejich intelektem.** Právě k intelektu se vztahuje další často se objevující charakteristika – děti s ADHD, jak vyplývá z podmínek pro stanovení této diagnózy, mají intelekt pohybující se orientačně v mezích normy nebo jen lehce pod průměrem, ovšem pozorujeme značné rozdíly mezi jednotlivými složkami intelektových předpokladů. To znamená, že u takových dětí zjišťujeme nezřídka deseti, dvaceti i více bodový rozdíl (míněny jsou stupně IQ) ve výkonech v testech inteligence. Významný rozdíl je tedy mezi schopnostmi verbálními (slovními, pojmovými, symbolickými) a schopnostmi performačními (percepčně motorickými, názorovými). Disproporce se mohou objevit i uvnitř těchto dvou složek – mezi jednotlivými dílčími schopnostmi. Tyto rozdíly mohou vést k obtížím při posuzování výsledků školní práce dítěte (in Černá a kol., 1999; Drtílková, 2007; Hort, Hrdlička a kol., 2008; Jucovičová a kol., 2004; Munden, Arcelus, 2002; Paclt a kol., 2007).

2. **Hyperaktivita** – vyšší nebo vývoji nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity. Nejčastěji se hovoří o neklidu, vrtění se, nepotřebných pohybech, které nemají k vykonávané aktivitě dítěte vztah, o neustálém brumlání si či vydávání zvuků, o potřebě stále si s něčím hrát, hýbat končetinami, mluvit. Vychází patrně z poruchy dynamiky CNS – z nevyváženosti procesů vzruchu a útlumu. Charakteristický je spíše nepokoj a neklid, existují ovšem i děti takzvaně hypoaktivní, které můžeme popsat jako těžkopádné, dosti pomalé, působící utlumeně, apaticky. Proto se u řady autorů tato problematika shrnuje pod název **poruchy motoriky** (který je ve skutečnosti širší – viz dále). Zásadními projevy tu jsou dezorganizace pohybové aktivity, nepřesné a nekoordinované pohyby, pohyby samoučelné, zbrklé, obtížně usměrnitelné. Únava se může projevit paradoxně ještě vyšší aktivitou. Mezi další projevy patří překotnost v řeči, tendence stále mluvit, skákat druhým do řeči, vykřikovat, také pošťuchovat druhé, rušit je. To nezřídka vede k neoblíbenosti těchto dětí u vrstevníků a vychovatelů, učitelů.

K dalším obtížím propojeným s motorikou lze přičítat poruchu vizuomotorické koordinace, drobné neurologické odchylky (spočívající v koordinaci pohybů, v jejich symetrii a rytmu, v pravolevé

orientaci) a celkovou neobratnost (in Drtílková, 2007; Hort, Hrdlička a kol., 2008; Jucovičová a kol., 2004; Munden, Arcelus, 2002).

M. Černá a kol. (1999) uvádějí poznatky Lesného a Třesoňkové, kteří obtíže ve vnímání a v motorice typické pro syndrom ADHD označují jako vývojovou dyspraxii a dysgnózi.

3. **Impulzivita** – I. Paclt a kol. (2007, str. 14) tuto charakteristiku označují jako „nedostačivost v útlumu chování reagujícího na situační požadavky“. Tito autoři ještě citují závěry Barkleyho a kol., kteří se domnívají, že nejtypičtější odlišení ADHD dětí od jiných spočívá v „impulzivních omylech v důsledku impulzivních řešení a v nadměrné úrovni aktivity“ (str. 15).

Typické je rychlé jednání bez vyslechnutí celé instrukce, činnost započatá bez řádného vyhodnocení, co má být cílem. Mnohdy se jedná také o rizikové chování takových dětí, které neváží následky svého konání. Proto se u dětí se syndromem ADHD lze častěji setkávat s různými úrazy. Příznačná je také nechuť na něco čekat, respektovat nějaký daný řád. Zdůrazňována zde bývá chaotičnost a nemožnost předvídat chování dítěte. Dítě jedná unáhleně, zbytečně rychle, nepoučí se předchozím nezdarem. Charakteristické je, že jakoby nejprve jednalo, pak teprve myslelo.

Dané projevy se negativně promítají do schopnosti ovládat své chování – proto se setkáme s dožadováním se něčeho bez odkladu, se značnou netrpělivostí, s horší přizpůsobivostí – vzhledem k autoritám, zavedenému řádu, pravidlům. Chtějí si vše hned vyzkoušet, spontánně se pouštějí do různých akcí, jednají bez zábran (in Drtílková, 2007, Hort, Hrdlička a kol., 2008, Jucovičová a kol., 2004).

M. Černá a kol. (1999) udávají spojitost lehkých mozkových dysfunkcí a poruch učení, kterých je opět velká řada. V jistém smyslu bývají tzv. specifické poruchy učení projevem primárních dysfunkcí.

Co se týče výskytu syndromu ADHD, uvádějí různí autoři různé procento. M. Martin a C. Waltmanová – Greenwoodová (1997) zmiňují dva odhady – jeden činí 3 - 4% dětí, druhý 8%. Připomínají, že z důvodu podezření na syndrom přichází k psychologům až 25 – 50% dětí, což je velmi mnoho, většinu z tohoto množství ale dle nich představují obtížně zvládnutelné děti. Empirie přináší poznatky, že ADHD děti jsou častěji chlapci než dívky, diagnóza bývá nejčastěji stanovena **mezi šestým až devátým rokem** (ovšem příznaky se projevují již před sedmým rokem), symptomy se projevují **po více než šest měsíců**. I. Paclt a kol. (2007) se dobírají podobného množství výskytu – konkrétně hovoří o šesti procentech dětí, a to v poměru 3 – 5 chlapců ku 1 dívce. V. Hort, M. Hrdlička a kol. (2008) dospívají k počtu 2 – 10% u dětí v prvních třídách, celkově je pak jimi popisované rozmezí ještě širší – 2 – 12%. Také zde nacházíme konstatování většího výskytu syndromu u chlapců – v poměru 6:2, jako možný dokonce připouštějí i poměr 8:1. V. Pokorná (2001) zaznamenává kulturní odlišnost v udávaném výskytu – např. britské zdroje udávají výskyt pouze u 0,5 – 1% dětí, americké zhruba u 9% dětí.

3.2.1 Přidružené příznaky

V. Hort, M. Hrdlička a kol. (2008) soudí, že poruchy pozornosti a aktivity představují **rizikový faktor pro výskyt dalších obtíží**. Jmenují např. opoziční chování, poruchy chování (podle nich minimálně u 40% hyperkinetických dětí), abúzus návykových látek, enurézu, tiky... Mnoho z těchto problémů souvisí stejně jako poruchy pozornosti s nezralostí centrální nervové soustavy – enuréza, specifické vývojové poruchy motorické funkce a školních dovedností, koktavost, tikové poruchy.

U ADHD dětí se setkáváme se značnou variabilitou ve výkonech – jednou děti postupují pohotově a bystře, jindy ledabyle, ochable.

Z hlediska zdravotních problémů výzkumy také dokazují, že děti s ADHD častěji trpí strabismem; zhruba polovina těchto dětí mívá zhoršenou motorickou koordinaci, obtíže v hrubé motorice, mnoho se jich potýká s obtížemi se psaním (s úhledností rukopisu). Dále bylo zjištěno, že hyperaktivní děti častěji trpí infekcemi horních cest dýchacích, alergiemi a astmatem. Enuréza – zejména nocturna – se objevuje až u 43% ADHD dětí. Téměř polovina takových dětí pak bývá charakterizována jako dítě náchylné k úrazům a zraněním (Paclt a kol., 2007).

Děti trpící syndromem ADHD jsou více ohroženy spánkovými poruchami (ostatně v prvních letech života se syndrom nejčastěji manifestuje poruchami spánku a problémy s příjmem potravy), děti starší mohou potřebovat delší čas pro usnutí, mohou se častěji probouzet, mohou být po probuzení unavené.

I. Paclt a kol. (2007) dávají syndrom ADHD do souvislosti ještě s řadou dalších poruch (uvádějí, že až 44% dětí s ADHD trpí minimálně jednou další psychickou poruchou, 32% dvěma dalšími poruchami a 11% třemi či více). Jde např. o **symptomy úzkosti, deprese a o nižší sebehodnocení, o afektivní poruchy, úzkostné poruchy, obsedantně – kompulzivní poruchu, tikovou poruchu**, poruchy učení (nejvíce dyslexie – 15 – 30% dětí s ADHD) a poruchy chování (nejtypičtějšími projevy bývají lhaní, krádeže, záškoláctví a menší měrou také agresivita). Zmínění autoři rovněž poukazují na větší počet ADHD jedinců zneužívajících drogy a alkohol oproti non – ADHD jedincům.

3.3 Diagnostická kritéria a klasifikace syndromu ADHD

Jak již bylo uvedeno, mezinárodně významnou byla definice LMD v šedesátých letech. S. Clements (in Černá a kol., 1999, str. 19) vymezil deset nejčastěji zaznamenávaných charakteristik syndromu. Jsou to:

1. „Hyperaktivita;
2. percepčně motorická oslabení;
3. emoční labilita;
4. nedostatky v celkové koordinaci;
5. poruchy pozornosti (malý rozsah pozornosti, nesoustředěnost, ulpívání);
6. impulzivita;
7. poruchy paměti a myšlení;
8. specifické poruchy výukové (učení) – a) ve čtení, b) v počtech, c) v psaní, d) v pravopisu;
9. poruchy mluvené a slyšené řeči;
10. neurčité známky neurologické a nepravidelnost na EEG.“

Z. Matějček (1991, str.210) předkládá přehled nejčastějších příznaků, které se dle jeho slov mohou vyskytovat v různých kombinacích, ne vždy všechny, mohou mít rovněž různou intenzitu. Jedná se o: „Nápadně nerovnoměrný vývoj jednotlivých mentálních funkcí; nápadnosti a poruchy v dynamice duševních pochodů a v celkové aktivitě ve smyslu hyperaktivity (častěji) i hypoaktivity (vzácněji); impulsivnost, překotnost reakcí; nápadné výkyvy nálad a duševní výkonnosti; tělesnou neobratnost; poruchy a nápadné nedostatky ve vnímání.“

E. Malá (in Hort, Hrdlička a kol., 2008 a Pokorná, 2001) rozlišuje pět základních oblastí, které jsou syndromem ADHD ovlivněny a v nichž se symptomy projevují – **1. Poruchy kognitivních funkcí, 2. Poruchy motoricko – percepční, 3. Porucha emocí a afektů ve smyslu lability, 4. Impulzivita, 5. Sociální maladaptace.**

Aby mohla být stanovena diagnóza hyperkinetické poruchy, je třeba, aby se vyskytovaly tři základní příznaky – **poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita** (ty se musejí **vyskytovat i doma i ve škole**) – jak to uvádějí I. Paclt a kol. (2007) vycházejíce z MKN – 10. Podotýkají dále, že diagnostická kritéria pro ADHD zahrnují mírnější příznaky, pro její stanovení stačí výskyt alespoň jedné poruchy ze dvou – porucha pozornosti nebo hyperaktivita a/nebo impulzivita. Stačí rovněž, oproti hyperkinetické poruše, aby se porucha vyskytovala buď doma, nebo ve škole, podmínkou není projev obtíží v obou prostředích. Autoři tedy konstatují, že diagnóza hyperkinetické poruchy dle MKN – 10 postihuje závažnější symptomy než diagnóza ADHD dle DSM – IV (hovoříme – li v této práci o ADHD, máme tím na mysli pojetí dle MKN – 10 – tedy problematiku v našich poměrech sice hojně pojmenovávanou syndrom ADHD, ale ve smyslu hyperkinetické poruchy).

MKN – 10 k hyperkinetickým poruchám uvádí, že se jedná o: „...skupinu poruch charakterizovanou **raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy se objevují ve všech situacích a jsou trvalé**“ (Psychiatrické centrum Praha, 2000, str. 247). Za hlavní rysy poruchy jsou dle MKN – 10 považovány **narušená pozornost a hyperaktivita**. Tyto rysy jsou

nezbytné pro uskutečnění diagnózy poruchy, jak již bylo zmíněno výše, musí se objevovat **ve více než v jedné situaci** – doma, ve škole, na klinice... Zkrácený výčet kritérií pro diagnózu poruchy pozornosti s hyperaktivitou dle MKN – 10 nabízí I. Drtílková (2007, str. 14 – 15):

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

Konkrétní diagnostické postupy budou přiblíženy v empirické části práce v kapitole pojednávající o metodách.

Co se týče typologie poruchy, vyjdeme z Mezinárodní klasifikace nemocí - z její desáté revize (Psychiatrické centrum Praha, 2000), a to z důvodu, že se jedná v klinické oblasti v naší zemi o běžně využívané dělení. MKN – 10 vymezuje tyto diagnostické jednotky:

- **F90.0 – Porucha aktivity a pozornosti** – kterou je možno diagnostikovat, jsou – li splněny podmínky pro hyperkinetickou poruchu a současně nejsou – li přítomny projevy poruchy chování; zahrnuje syndrom deficitu pozornosti, nebo syndrom s hyperaktivitou, nebo poruchu pozornosti a hyperaktivitu.
- **F90.1 – Hyperkinetická porucha chování** – zde musí být splněny diagnostické podmínky jak pro hyperkinetickou poruchu, tak pro poruchu chování (opakující se a trvalý obraz dissociálního, agresivního a vzdorovitého chování nepřiměřený věku jedince).
- **F90.8 – Jiné hyperkinetické poruchy.**
- **F90.9 – Hyperkinetická porucha nespecifikovaná** – kóduje se v případě, že chybí diferenciací mezi kategoriemi F90.0 a F90.1, ale jsou splněny obecné podmínky pro diagnózu hyperkinetické poruchy, zahrnuje tedy hyperkinetickou reakci či syndrom v dětství nebo adolescenci. Užívání této jednotky ovšem není doporučováno.

DSM – IV popisuje tyto subtypy ADHD:

- ADHD typ s převahou poruch pozornosti.
- ADHD typ hyperaktivně impulzivní.
- ADHD typ kombinovaný.
- ADHD typ nespecifický – tam, kde se objevují příznaky nepozornosti či hyperaktivity – impulzivity nesplňující však kritéria pro ADHD.
- ADHD v částečné remisi – v případě, že aktuální symptomy již nesplňují všechna kritéria (in Drtílková, 2007).

Z těchto vymezení pak mnohdy vycházejí autoři odborných publikací. Nejčastěji se setkáváme s odlišováním termínů ADD a ADHD. S. F. Riefová (1999) upozorňuje na skutečnost, že dítě s ADD (Attention Deficit Disorder) mnohdy hyperaktivní není. Tyto děti většinou nezlobí a nepoutají zvýšeně pozornost, přesto pro ně ADD může představovat závažný problém. Zejména vlivem faktu, že vede ke zhoršenému prospěchu dítěte a často také ke sníženému sebehodnocení. U ADD se typicky objevují snazší rozptýlitelnost vnějšími podněty; problémy s nasloucháním a plněním pokynů; obtíže se zaměřením pozornosti a s jejím udržením; problém soustředit se na úkol a dokončit ho; nevyrovnané výkony; vypínání pozornosti – zasněnost; nepořádnost; potíže pracovat samostatně aj. P. Kulišťák (2003, str. 89) poukazuje na hlavní potíže u podtypu ADD s nepozorností, jak jej vymezili Goodyear a Hynd. Jedná se o: „Sklon k pomalému osobnímu tempu; potíže se selektivní pozorností; dezorganizaci; školní neúspěšnost se vztahem ke kognitivní dysfunkčnosti; vysoký výskyt poruch učení a o větší náchylnost k výkonové úzkosti.“ U ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je výrazným příznakem hyperaktivita. Lze říci, že je to patrně v současnosti nejvíce používaný pojem a že mnohdy bývá tímto termínem míněno i ADD. Dle Barkleyho (in Kulišťák, 2003) představují hlavní potíže nedostatky v tlumení reakcí a v kapacitě selektivní nebo soustředěné pozornosti. P. Kulišťák opět cituje poznatky Goodyeara a Hynda o charakteristikách ADD s hyperaktivitou – ADHD: „Nadměrná pohybová aktivita; potíže s udržením pozornosti; impulzivita; problémy s chováním a přizpůsobením se ve školních zařízeních“ (str. 89). I. Drtílková (2007) k těmto příznakům ještě přidává potíže s přechodem k jiné činnosti, agresivní chování s nepřiměřeně silnými reakcemi i na menší podněty, sociální nevyzrálost a malou sebeúctu, frustraci.

3.4 Příčiny syndromu ADHD

V literatuře je obvykle uváděno více etiologických faktorů, které mohou vést k syndromu ADHD. V. Pokorná (2001) konstatuje, že mezi odborníky neexistuje shoda v přesvědčení o tom, co vyvolává hyperkinetické poruchy. Většinou se setkáváme s udáváním většího množství vlivů. G. J.

DuPaul a G. Stoner (1994) tvrdí, že nejčastěji se v literatuře píše o neurologických faktorech, genetických vlivech a toxických reakcích. Vlivy prostředí (např. stres v rodině, scházející rodičovské vedení, disciplína aj.) se mohou dle nich podílet na prohlubování obrazu poruchy, ovšem samy o sobě nehrají roli. Tentýž názor přináší Z. Matějček (1991) – podkladem pro poruchu jsou drobná poškození mozku vzniklá v raných vývojových fázích nebo na genetickém základu, příčiny se tedy vztahují k organismu, nikoli ke způsobu výchovy. Z. Matějček rovněž podotýká, že vhodné výchovné vedení může obtíže zmírnit až na sociálně velmi příznivě hodnocenou úroveň, stejně tak nesprávné působení může obtíže významně zvýraznit. I. Drtílková (2007, str. 48) komentář k vlivu psychosociálních faktorů rozvíjí o výčet negativních jevů: „Negativně působí disharmonické, nestabilní a nespolehlivé vztahy uvnitř rodiny, zanedbávání, nepřiměřené tresty, neuspořádaný režim dne a další chaotické a nepřehledné podmínky okolí. Děti mohou reagovat zhoršeným chováním na psychickou zátěž a stres, kterými mohou být např. rozvod rodičů, úmrtí v rodině, přestěhování, změna školy nebo jiné traumatické události.“ R. A. Barkley (in DuPaul, Stoner, 1994) mezi vlivy působící na intenzitu potíží počítá také formu příkazů a instrukcí dávaných dítěti, stupeň kontroly dítěte během jeho činnosti a počet dětí, na které je současně působeno.

Předchozí část byla věnována faktorům, které patrně působí na míru a intenzitu obtíží, na obraz a projevy syndromu. Nyní se zaměříme na činitele, které pravděpodobně hrají roli při samotném vzniku syndromu. I. Drtílková (2007) informuje, že rozhodující poznatky o příčinách hyperkinetické poruchy pocházejí až z posledních zhruba patnácti let. Na jejich základě pak můžeme konstatovat, že převažují nejspíše **faktory genetického rázu**. Mezi další nejčastěji uváděné příčiny lze zařadit: **neuroanatomické abnormality, neurofyziologické abnormality, opožděné neurologické zrání, neurochemické vlivy, příčiny toxikologické, výživné a alergické, komplikace či poranění v těhotenství nebo při porodu, užívání drog a alkoholu v těhotenství, úrazy a onemocnění po porodu**. Tyto faktory blíže rozvedeme:

- **Genetické příčiny** – výzkumy bylo například zjištěno, že čtvrtina potomků jedinců se syndromem ADHD rovněž trpěla touto poruchou. (Munden, Arcelus, 2002) Některé studie se zabývaly pouze muži – u mužů s hyperkinetickou poruchou je pravděpodobnost incidence poruchy u jejich dětí pětikrát vyšší než u kontrolních osob (Drtílková, 2007). Zjištěno také bylo, že po mužské linii je riziko zdědění poruchy vyšší než po ženské (Munden, Arcelus, 2002). U studií dvojčat byla nalezena vyšší shoda u párů jednovaječných než u dvojvaječných. I. Drtílková přináší informaci, že v současnosti se provádějí výzkumy, které si kladou za cíl odhalit odchylky u genů, které by mohly zodpovídat za vznik syndromu. Významný vliv také mohou mít vrozené genetické defekty související s metabolismem dopaminu a noradrenalinu. Comings (in Munden, Arcelus, 2002) ve svém výzkumu dospěl k tomu, že ADHD je s největší pravděpodobností výsledkem stejných genetických anomálií jako Tourettův syndrom, porucha chování a porucha opozičního vzdroru.

- **Neuroanatomické abnormality** – lékaři bývá ADHD mnohdy popisováno jako neurologická porucha postihující část mozku, která má na starost řízení a zpracování impulsů a která se podílí na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace (Riefová, 1999). Různá šetření také konstatují jinou velikost některých částí mozku u jedinců se syndromem ADHD. Jedná se např. o: menší ocasovité jádro mozku (nucleus caudatus, které řídí emoce, motivaci a paměť; menší velikost se vyskytuje častěji u chlapců), menší mozkové tkáně v pravém frontálním laloku (tento má funkci např. plánování a ovládání podnětů, má také vztah k emočnímu centru mozku), menší corpus callosum (umožňující spojení mezi pravou a levou hemisférou a tím integraci informací z nich) (Munden, Arcelus, 2002), uvádí se také menší obsah mozečku a celkově mozku (Paclt a kol., 2007).
- **Neurofyziologické abnormality** – výsledky získané zkoumáním EEG mozku u dětí s ADHD nepřinášejí žádná převratná zjištění. V některých případech se vyskytuje zmenšení odpovědi na podněty u vyšetřovaných dětí, tento projev ale nemusí být spjat výhradně s ADHD. Souviset může i s jinými poruchami, hlavně s poruchami učení. Ze studie Buchsbauma a Wendera (in Munden, Arcelus, 2002) vyplynulo, že děti s ADHD vykazují méně vyzrálý vzorec elektrické aktivity mozku, jejich EEG záznam připomíná záznamy věkově mladších dětí. K neurofyziologickým zjištěním můžeme připojit ještě nižší průtok krve v některých částech mozku (jedná se o frontální části, o nucleus caudatus).
- **Opožděné neurologické zrání** – v předchozím výkladu zmíněné změny na EEG záznamech patrně svědčí o nezralosti CNS u dětí s hyperkinetickou poruchou vzhledem k jejich věku. V průběhu nitroděložního vývoje zřejmě dochází k méně výrazné asymetrizaci hemisfér, která vede ke ztrátě asymetrie ve prospěch pravé hemisféry. Ta se objevuje i u jiných poruch, které souvisejí s porušením časného vývoje mozku (Hort, Hrdlička a kol., 2008).
- **Neurochemické vlivy** – v některých pracích se uvádí, že jedinci se syndromem ADHD mají nižší hladinu neurotransmiterů, obvykle se hovoří o dopaminu, někdy rovněž o noradrenalinu. A. Munden a J. Arcelus (2002) se domnívají, že neurochemické vlivy vztahované k syndromu ADHD jsou komplikované a jejich působení na vznik ADHD se může u jednotlivých osob lišit.
- **Toxikologické příčiny** - někteří autoři soudí, že významnější vliv lze připočítat působení olova – otravě olovem. Např. A. Munden a J. Arcelus (2002) tvrdí, že „...těžká otrava olovem může u dětí vyvolat vážnou encefalitidu a děti, které se uzdraví, trpí často příznaky nepozornosti a hyperaktivity. Nejrizikovější skupinou jsou děti mezi 12 – 36 měsíci“ (str. 56). Popsány jsou rovněž vlivy spadu těžkých kovů a radioaktivity, tyto mohou souviset se změněnou aktivitou neurotransmiterů a s nižším průtokem krve v mozku (Hort, Hrdlička a kol., 2008). Skeptičtěji se k těmto činitelům staví I. Drtílková (2007). Přichází s názorem, že dané vlivy toxinů prostředí souvisejí se syndromem ADHD spíše okrajově, podle ní byly tyto

hypotézy oblíbené v osmdesátých letech dvacátého století, v současnosti se kvůli nedostatku důkazů opouštějí.

- **Faktory týkající se výživy a alergií** – také spojení symptomů ADHD se složením stravy a s alergiemi je sporné (Riefová, 1999). B. Feingold (in Černá a kol., 1999) vyslovil domněnku, že hyperaktivita dětí má vztah k vyššímu množství umělých potravinářských barviv, příchutí a přísad. A. Munden a J. Arcelus (2002) dokonce konkrétně hovoří o vlivu žlutého potravinářského barviva, které je na bázi dusíku. Zdá se však, že tyto látky nejsou zodpovědny ani tak za vznik hyperaktivity jako možná za její nárůst. Zmínění autoři závěrem podotýkají, že změna jídelníčku dětí s ADHD patrně nemá přílišný význam. Taktéž G. J. DuPaul a G. Stoner (1994) soudí, že okolnosti týkající se výživy a celého tématu vnějších vlivů prostředí, toxinů, hrají v rozvoji ADHD minimální roli. Souvislost s alergií, zejména na mléčné výrobky, byla zaznamenána u 47% hyperaktivních dětí, u dětí s poruchami učení to bylo dokonce 77%. Údaje pocházejí z výzkumu R. Tritese a kol. z konce sedmdesátých let dvacátého století (in Černá a kol., 1999).
- **Komplikace či poranění v těhotenství nebo při porodu** – podle M. Černé a kol. (1999) jsou okolnosti v době před porodem a kolem porodu těmi, jež se nejčastěji popisují jako okolnosti vztahující se k LMD. Šetření O. Kučery z šedesátých let shledalo perinatální příčiny u poloviny případů, souborně perinatální a prenatalní vlivy byly zaznamenány u více než sedmdesáti procent jedinců. Také Z. Třesohlavová dospěla k významným hodnotám – téměř u sedmdesáti procent dětí s LMD byly zjištěny závažné komplikace v období těhotenství – např. nedonošenost, přenošenost. Porodní komplikace u těchto dětí nalezla u 26,2% (oba výzkumy in Černá a kol., 1999). Uváděny jsou různé okolnosti hrající potenciálně roli při vzniku ADHD – onemocnění matky v průběhu těhotenství, předčasný porod, výška matky, věk matky (pod 15 a nad 35 let), zdravotní stav matky, její tělesná hmotnost, průběh předchozích těhotenství (spontánní i umělé potraty, komplikace při předchozích graviditách a při porodech), počet porodů, asfyxie při porodu (která je dávana do souvislosti s řadou případů), nízká porodní váha (pod 2500 gramů), porodní váha nad 4000 či 4500 gramů, přenášení těhotenství, předčasný porod (před 37. týdnem těhotenství). Mnohé z těchto faktorů patrně samy o sobě nevyvolávají vznik poruchy, spíše se podílejí na rozvoji nepříznivých podmínek, do kterých pak snáze vstoupí některý další negativní činitel, často se tedy kombinuje více příčin (Černá a kol., 1999).
- **Užívání drog a alkoholu v těhotenství** – jak uvádí I. Drtílková (2007), doposud 24 klinických studií přispělo k potvrzení zvýšení rizika vzniku syndromu ADHD u dětí, jejichž matky v těhotenství kouřily. U takových dětí se mnohdy zjišťuje neurologické poškození. K dispozici zatím nejsou kompetentní závěry dokládající vztah mezi matčíným užíváním drog a syndromem ADHD, konstatovat ale lze, že děti, byvší vystaveny drogám v prenatalním vývoji, vykazují mnohé neurologické nedostatky podobné těm u ADHD dětí (Riefová, 1999).

Nejsou zatím předloženy jasné důkazy potvrzující vznik ADHD vlivem konzumace alkoholu matkou, pozorovat ovšem můžeme jisté souvislosti (Munden, Arcelus, 2002).

- **Úrazy a onemocnění po porodu** – zmiňována bývají infekční onemocnění, jež jsou spojena s podrážděním CNS a s horečkami, zejména v období brzy po porodu, větší význam mohou mít virové infekce přispívající k rozvoji encefalitidy či meningitidy v poporodním období. Také úrazy hlavy mající za následek otřesy či zhmožděninny mozku mohou vyvolat projevy spadající do obrazu syndromu. Roli rovněž hraje věk, v němž k úrazu dojde, čím je věk vyšší, tím menší je pravděpodobnost defektů (Černá a kol., 1999).

Stejně jako u mnoha jiných poruch a onemocnění, není ani v případě syndromu ADHD možné stanovit jednoznačnou příčinu. Lze shrnout, že je známa řada faktorů, které mohou dítě predisponovat k rozvoji poruchy. Mnoho faktorů také možná působí ve vzájemné součinnosti.

3.5 Další projevy syndromu ADHD, specifika osobnosti ADHD dětí

Projevy syndromu vycházejí z příznaků, které jsou s ním spojeny. Za základní triádu z hlediska možnosti diagnostikovat syndrom ADHD, jak bylo rozvedeno výše, pokládáme: poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Zdá se být zřejmé, že tyto projevy prorůstají do různých oblastí psychiky a sfér života postiženého jedince. V této kapitole nahlédneme blíže na vliv těchto a dalších projevů syndromu ADHD na život dítěte. Opomenuta nezůstane problematika vývoje osobnosti ADHD jedince.

K trojici hlavních projevů syndromu ADHD přistupují v praxi ještě další charakteristiky. Opomenout tak nelze **emocionální labilitu u ADHD jedinců**. Nejčastěji jsou tyto děti popisovány jako citově nestálé, s velkými a rychlými výkyvy nálad, které se dějí zdánlivě bez příčiny. D. Jucovičová a kol. (2004) berou u střídání nálad v potaz vlivy atmosférického tlaku, klimatu, počasí, což je dáno **zvýšenou senzitivitou** těchto dětí, a důsledkem mohou být jak **zvýšená afektivita, tak útlum**. N. Laniado (2004) přisuzuje neklidným dětem přecitlivělost týkající se v některých případech také světla, zvuků, pachů, chutí... Hovoří o nesnášenlivosti doteku s některými látkami a materiály (vlna, která „kouše“), nepřiměřených reakcích na teplotu (je mu příliš velké horko). Taktéž V. Hort, M. Hrdlička a kol. (2008) popisují **snadnou dráždivost a explozivitu emocí**. Může se stávat, že podněty, které jiné děti téměř nevyvádějí z míry, působí u těchto dětí až výbuchy. Souvisí to patrně s nízkou frustrační tolerancí. Jak uvádějí D. Jucovičová a kol. (2004), tyto afektivní výbuchy mohou začínat slovními projevy, ale někdy mohou přerůst až k fyzické agresi obrácené buď vůči sobě, nebo vůči druhým. Okolím vlivem toho mohou být tyto děti hodnocené jako zlostné a zákeřné. Snížená frustrační tolerance zřejmě souvisí s **poklesem odolnosti dítěte vůči neúspěchům, s nimiž bývá od**

raného dětství konfrontováno. ADHD dítě často prožívá, že se mu nedaří to, co by se od něho očekávalo, je samo zklamané, k tomu se potýká s tím, že jeho rodiče, vychovatelé pocítují v souvislosti s ním napětí, nejistotu, úzkost. Tyto zkušenosti mohou vyústit do snižování sebedůvěry, do pocitů méněcennosti, vyloučit nelze ani vytváření negativních postojů k sobě či k druhým. Co je zásadní – kvůli výše popsaným jevům dochází **k narušování procesu objevování a vytváření vlastní identity** (Černá a kol., 1999). E. M. Hallowell a J. J. Ratey (2007) rovněž připojují **aspekt nízkého sebevědomí u ADHD dětí.** Doprovodnými problémy podle nich bývají také deprese, nespokojenost ve škole a nuda, obavy z nutnosti učit se nové věci. (Nedůvěřivost a nechuť ke změnám i k novým lidem připomíná také N. Laniado (2004).) Hallowell a Ratey upozorňují na obtíže vyplývající z odlišného vnímání osobnosti ADHD dětí jejich okolím – na své okolí mohou děti působit sebestředně či nenávisně, ve skutečnosti jsou zmateni tím, co se kolem nich děje, nebo si to neuvědomují. Setkávají – li se s negativním hodnocením své osoby, může je to uvrhnout do ještě většího zmatku, vést ke stažení se do sebe, nebo je tím provokován hněv a vztek. Výzkum Cotugna z roku 1995 (in Kulišťák, 2003) konstatuje potíže dětí s diagnózou ADHD v oblasti zvládnání zranitelnosti, ze které může vyplývat depresivita a vnímání reality jako odporující logickým zákonům. Zjištěny byly rovněž problémy s vnímáním sebe sama, obtíže s interpersonálními vztahy a s vyjadřováním citů. V praxi se tak může stát, že je – li ADHD dítě vystaveno konfrontaci s emocemi zatíženou informací, prožívá značný stres. Ten způsobuje narušení procesu myšlení – toto se pak stává nelogickým.

Vzhledem k procesu vyučování se dá v některých případech vysledovat ztracení zájmu zapříčiněné malým množstvím úspěchů či častými sankcemi za kázeňské prohřešky (Čepička, 1981).

Potíže s učením se s ADHD spojují často. Zdá se, že značná část ADHD dětí trpí rovněž specifickými poruchami učení, nejčastěji patrně poruchami čtení a psaní. Souvislost lze najít u nedostatečné soustředivosti, vázanosti na rozličné podněty, které odpoutávají pozornost, u neschopnosti vydržet se zaměřenou pozorností. Mnohé ADHD děti mají také neúhledný rukopis, což může mít vztah k dyspraxii (Munden, Arcelus, 2002). Výzkum z USA publikovaný těmito autory přináší následující poznatky (str. 25):

- „90% dětí s ADHD není ve školní práci dostatečně výkonných;
- 90% dětí s ADHD nepodává ve škole výkon podle svých schopností;
- 20% dětí s ADHD má problémy se čtením;
- 60% dětí s ADHD má vážné problémy s psaním;
- 30% dětí s ADHD v USA nedokončí školní docházku;
- 5% lidí s ADHD v USA dokončí čtyřleté akademické vzdělání na college nebo na univerzitě v porovnání s 25% z celkové populace.“

M. Vágnerová (1999) rovněž uvádí, že děti s ADHD mají **školní problémy** v devadesáti procentech. Upozorňuje zároveň na fakt, že učitelé mnohdy přičítají obtíže nedostatečné snaze dítěte, nižší motivaci.

Dá se oprávněně očekávat, že se všechny výše popsané projevy promítají do **sociální sféry**. Příznačnou je tedy skutečnost obtíží se zapojováním se do kolektivu, konfliktů s vrstevníky, možné neoblíbenosti mezi ostatními dětmi či uchylování se k různým strategiím pro upoutání pozornosti ostatních. I. Drtílková (2007) jmenuje například „šaškování“ těchto dětí, které si takto chtějí ve třídě získat přízeň. D. Jucovičová a kol. (2004) připojují další možné reakce: únik do vlastního světa, nebo také únik do choroby – somatizace; regrese – chování na úrovni mladšího dítěte, aby se mu tak dostalo více náklonnosti a méně nároků; popírání neúspěchů či jejich zlehčování – dítě neúspěchy jakoby nebere vážně; poutání pozornosti – sem patří již zmíněné „šaškování“, také vytahování se, provokování dětí (ale i rodičů, učitelů) mající společný jmenovatel – zvýšenou potřebu být druhými povšimnut.

Nahlédneme – li na velmi významnou oblast života každého dítěte – na vztahy s vrstevníky, stojíme před závažným a nezdánlivě bolestivým tématem. Děti trpící ADHD mají vlivem impulzivity a snížené pozornosti problém pochopit pravidla společenského chování, obecněji sociální pravidla (Munden, Arcelus, 2002). Projevují se příliš familiérně, nedokážou s druhými souznít, nezvládají kontrolovat své reakce, nejednají empaticky, jejich emoce a chování různě oscilují. Z těchto důvodů mohou **být odmítány v různých kolektivech** a prostředích, přestože vnitřně touží po akceptaci své osoby (Hort, Hrdlička a kol., 2008). Opakovaná selhání v tomto ohledu pak mohou vést k **zásadním problémům se sebevědomím** těchto dětí, také např. k rozvoji různých poruch chování (lhaní, krádeže, necitlivost k lidem a ke zvířatům, riskování a hazard, agresivní způsoby, delikvence, zneužívání návykových látek – in Hort, Hrdlička a kol., 2008). A. Munden a J. Arcelus (2002) tedy vyslovují přesvědčení, že zmíněné obtíže by v žádném případě neměly být zanedbávány při terapii syndromu ADHD, při výchovném působení na tyto děti.

Další zásadní oblastí, jež může být syndromem poznamenána, je nepochybně život v rodině. E. M. Hallowell a J. J. Ratey (2007) dokonce nazývají kapitolu pojednávající o tomto tématu „Velká bitva“ a hovoří o začarovaném kruhu: dítě s ADHD dle nich neplní požadavky rodičů, chodí pozdě, má v nepořádku své věci, neuklízí si po sobě, nedodrжуje to, na čem se rodina domluvila. Obvyklou reakcí rodičů bývá přidání dalších pravidel, případně i zákazů a trestů. Dítě se vlivem toho začne chovat vzdorovitě, na což rodiče odpovídají dalším zpřísněním. Typické je, že **dítěti klesá sebevědomí, rodiče jsou vyčerpaní a podráždění**. Mnohdy si skutečně už nevědí rady. Příznačné je také obviňování rodičů okolím z nesprávné výchovy a z nezvládnutí dětí (Jucovičová a kol., 2004). M. Černá a kol. (1999) v tomto ohledu konstatují, že zejména matky ADHD dětí jsou často vystaveny neurotizaci. Matky, ale i otcové, prožívají s těmito dětmi **méně uspokojení, méně pozitivní zpětné vazby**. Rodiče jsou zvýšeně nejistí a úzkostní, trpí pocity viny, že si s dítětem nevědí rady. Zneklidňuje je, že děti nenaplní jejich očekávání. V rodinném prostředí, kterého je ADHD dítě

součástí, se mohou více objevovat takové problémy, jakými jsou například manželské či partnerské konflikty, vystupňovaná sourozenecká rivalita, napětí mezi rodiči a příbuznými, přáteli a známými (jež může vycházet z domnělého či skutečného stranění se této rodiny okolím, z výčitek a obviňování rodičů) (Munden, Arcelus, 2002).

Na závěr této kapitoly připojíme důležitý postřeh, který nalzáme u E. M. Hallowella a J. J. Rateye (2007). Tito autoři dokládají, že ne všechny děti s ADHD musejí být hyperaktivní, trpět obtížemi s učením, vyrušovat či mít kázeňské problémy. Některé takové děti mohou být sympatické, oblíbené ve skupině. Potíže se u nich mohou projevovat třeba **střídáním úspěchů a neúspěchů, proměnlivostí výkonů**. Ale i tyto děti se následkem toho mohou potýkat s odsuzujícími komentáři, s výtkami, s obviněními z nedostatečné snahy a nezodpovědnosti.

U všech případů, ať už je jejich konkrétní obraz jakýkoliv, je tedy zapotřebí dbát na včasné a správné stanovení diagnózy a na základě toho na efektivní terapii a na vhodné působení na dítě.

3.5.1 Vývoj osobnosti u jedinců se syndromem ADHD

Obtíže s neklidem, nepravidelným denním režimem a spánkem a nadměrným pláčem se mohou vyskytovat u dětí již v kojeneckém období. E. J. Mash a R. A. Barkley (ed.) (1998) přesto tvrdí, že většinou bývají odchylky v chování dětí zaznamenány kolem třetího, čtvrtého roku věku. Dále uvádějí, že k odborníkům se tyto děti dostávají často ještě déle.

V předškolním věku se lze setkat s déle trvajícím obdobím vzdoru charakteristickým výraznějšími záchvaty vzteku. Děti bývají divoké, neposlušné, hůře se přizpůsobující a na omezení reagují zlostně. V mateřské školce se mohou projevovat neukázněně, často střídají své aktivity, v novém prostředí rychle ztrácejí ostych, projevují se bez zábran, mají potřebu nahlas komentovat své počínání (Drtilková, 2007).

Vstupem do základní školy se problémy mnohdy začnou manifestovat výrazněji. Typické bývají zejména projevy vycházející ze základní triády (nadměrná aktivita, poruchy pozornosti, impulzivita). Jak bylo též uvedeno výše, objevují se obtíže s dokončováním zadaných úkolů, vyrušování při výuce a potíže s navazováním vrstevnických vztahů. E. J. Mash a R. A. Barkley (ed.) (1998) k tomu podotýkají, že u většiny ADHD dětí se v různém stupni s těmito problémy setkáváme, u menšího množství ADHD dětí se podle nich vyskytují obtíže s učením, poruchy řeči, specifické poruchy učení v oblasti čtení, psaní, matematiky a jazykového citu.

Ukazuje se, že některé projevy se v průběhu vývoje utlumují, ovšem z různých výzkumů vyplývá, že 43 – 80% jedinců vykazuje obtíže dané ADHD i v období pubescence a adolescence. V těchto vývojových etapách to může přinést přetrvávání či dokonce nárůst konfliktů v rodinách takových jedinců. Hlavní nedostatky jsou spatřovány v neschopnosti přijmout zodpovědnost za rutinní

povinnosti, v nedůvěře, že tito dospívající budou respektovat daná pravidla, a v obtížích s řešením problémů, což vede u mnohých rodičů ADHD dospívajících k posílení autoritativního přístupu, ke kladení ultimát, k bouřlivým emocím. Co se týče chování, mnohdy zřetelně právě v těchto vývojových fázích začnou vystupovat (pokud se tak nedělo již dříve) problémy spojené s agresivitou, opozičním chováním, juvenilní delikvencí. Oproti non – ADHD jedincům lze zaznamenat více testování a nadužívání návykových látek (obzvláště u ADHD jedinců, kteří současně trpí poruchou chování). Udává se, že třetina takových dospívajících nedokončí střední vzdělání (Mash, Barkley (ed.), 1998).

V posledních desetiletích se věnuje pozornost také přetrvávání projevů ADHD do dospělosti. Pravděpodobnost, že příznaky přetrvají, vzrůstá u jedinců, v jejichž rodinách se již ADHD vyskytuje, či v nich byly registrovány například porucha chování, poruchy nálady nebo úzkost. Bývá udáváno, že u 31 – 66% jedinců projevy ADHD přetrvávají do dospělosti, z čehož vyplývá četnost jednoho až dvou procent ADHD dospělých v populaci (Munden, Arcelus, 2002). P. Kulišťák (2003) předkládá výzkum Slomky, který u dvaceti procent dospělých nezaznamenal projevy primární, ale u tří čtvrtin z nich našel projevy spočívající v obtížích v sociální a emocionální sféře a v přetrvávání pozornostních a kognitivních nedostatků. Tentýž autor uvádí ještě studii Rucklidge a Kaplana, ti jako rizika pojící se s ADHD v dospělosti jmenují častý výskyt deprese, úzkosti a tělesných onemocnění, připojován je též extrémní pocit bezmocnosti. Píše se také o velké pravděpodobnosti přidružené generalizované poruchy nálady, o abúzu drog a alkoholu, o patologickém hráčství, o dystymii a cyklotymii (Munden, Arcelus, 2002). M. Vágnerová (1999) poukazuje na dopad v profesní kariéře, když připomíná častý negativní vztah ADHD jedinců ke škole a ke vzdělání. To může vést k neukončení vzdělání a následkem toho ke značným obtížím s uplatněním se. Komplikované stále mohou být mezilidské vztahy takových dospělých. Ti se mohou projevovat nápadně, což je v dospělosti ve větším rozporu se společenskými očekáváními. Tito lidé pak mohou být méně přijatelnými partnery, navíc hrozí neuspokojení potřeby citové jistoty, vlivem toho pak riziko selhávání v sociálních situacích. U některých jedinců se můžeme setkat až s asociálním chováním.

3.6 Možnosti terapie syndromu ADHD, působení na děti

Kapitola o obvyklých a doporučovaných způsobech přístupu k dětem s ADHD je rozčleněna na čtyři části – dvě se týkají spíše odborné péče a jejích možností, další dvě pak působení na děti – v prostředí rodiny a školy. Předmětem zájmu bude užší pohled na možnosti vztažené přímo k ADHD. Na tuto kapitolu pak navážeme v kapitole 4.3, jež se zaměří na prevenci dalších obtíží u ADHD dětí a na vhodné metody práce s dětmi, u nichž nalézáme více problémů.

3.6.1 Farmakoterapie

Užívání medikamentů při terapii ADHD je dosti diskutované. Předepsat léky je kompetencí dětského psychiatra. Mnohdy ovšem tato skutečnost představuje pro rodiče, příbuzné dítěte omezení – mají obavy z návštěvy psychiatra, z toho, jak by na ně mohlo nahlížet okolí, kdyby se o tom někdo dozvěděl. I. Paclt a kol. (2007, str. 87) dokládají, že: „Historie léčby ADHD psychofarmaky je starší, než léčba psychofarmaky v psychiatrii dospělých.“ Vymezuji při tom první použití léčiv (konkrétně stimulantů) rokem 1937 u dětí s poruchami chování. Konstatují rovněž, že léčba farmaky je u hyperkinetické poruchy velmi účinnou metodou, která je navíc podpořena celou řadou studií. Dle nich je neprávem opomíjena. Oproti tomu N. Laniado (2004) předkládá různá tvrzení, která farmakoterapii u hyperaktivity nahlížejí odlišně. Jedná se například o spojování léků užívaných při farmakoterapii ADHD s léky způsobujícími závislost, o fakt neznalosti účinků léků při jejich dlouhodobém užívání. Cituje také zprávu amerického Národního ústavu pro duševní zdraví, která vyzdvihuje krátkodobé působení těchto léků (na zlepšení spolupráce, posílení schopnosti zaměřit pozornost), ale nachází nedostatečnost při dlouhodobém působení (malý účinek na změny chování asociálního rázu, na změny v učebních výsledcích a ve vztazích s učiteli a spolužáky). Z těchto důvodů nalézá ospravedlnění pro pouze kratší užívání léků. Nezbytným se jeví řádné vysvětlení všech souvislostí rodičům, také ovšem dítěti, aby si dítě nevytvořilo představu, že jeho lepší chování souvisí jen s lékem a že tedy ono samo neovlivňuje svůj život.

V. Hort, M. Hrdlička a kol. (2008) spojují medikamentózní řešení s případy dětí, u nichž je prognóza horší a u nichž se vyskytují také poruchy chování. Domnívají se, že farmakoterapie v takových případech přináší výrazné zlepšení zejména v oblasti kontroly chování, což může **vytvořit podmínky pro lepší sociální odezvu na dítě.**

Nejčastěji se předepisují léky z řady stimulantů, nejvíce se hovoří patrně o Ritalinu. Dalšími uváděnými typy léků jsou antidepresiva, neuroleptika, případně antiepileptika, antipsychotika či antihypertenziva. E. M. Hallowell a J. J. Ratey (2007) přicházejí s přesvědčením, že jsou – li léky užívány správně, jsou bezpečné a mohou skutečně přinést zlepšení situace. Je třeba mít na paměti, že léky nemusí působit na všechny pacienty, je třeba najít optimální typ léku, dávkování a způsob užívání. To s sebou nese nezbytnost trpělivosti, vysvětlení všech okolností (včetně možných vedlejších účinků) lékařem, jeho podporu a nenucení do něčeho, co je pro rodinu nepřijatelné.

Důležité je uvědomit si, že léky nezpůsobují vyléčení ADHD, mohou ale pomoci zmírnit některé příznaky. Nejčastěji se uvádí zlepšení soustředivosti, schopnost setrvat u činnosti delší dobu, posiluje se kontrola impulzivity, zmírnit se může napětí, úzkost, náladovost. Snižuje se neklid dítěte. Dalším efektem tak může být **lepší adaptace a rovněž lepší školní prospěch dítěte. Účinky se mohou promítnout i do vztahů a atmosféry v rodině či ve třídě.** Jak podotýkají A. Munden a J. Arcelus (2002), tabletky samy o sobě však problémy neléčí, je důležité, aby si dítě postupně osvojovalo způsoby, jak se ovládat, jak se lépe soustředit. Proto se jako velmi vhodná jeví kombinace

farmakoterapie s psychologickým vedením. Bylo prokázáno, že tento způsob je v řadě případů účinnější než samotná psychoterapie (Drtílková, 2007).

3.6.2 Psychologické vedení, psychoterapie

V literatuře se setkáváme s poukázáním na roli pedagogicko – psychologických poraden. V nich bývají děti s ADHD nejčastěji zachyceny a mělo by tedy pokračovat vedení dítěte, rodičů, případně i učitele právě poradenskými psychology. Nejfrekventovanějším postupem se zdá být **vzdělávání rodičů a dítěte o projevech syndromu** a současně **nácvik nových vzorců chování**. Velmi často se v rámci poraden provádí i systematická **náprava obtíží spojených se specifickými poruchami učení**, které se k ADHD mohou přidružovat. V. Hort, M. Hrdlička a kol. (2008) zmiňují také nácvik vizuomotorické koordinace a skupinový nácvik sociálních dovedností. Za nejúčinnější psychoterapeutický přístup považují kognitivně – behaviorální terapii. S podobným názorem se setkáváme i u jiných autorů. I. Paclt a kol. (2007, str. 112) konstatují, že „většina postupů, které se ukázaly jako terapeuticky účinné u ADHD/hyperkinetické poruchy, vychází z aplikace kognitivně – behaviorální terapie.“ Uvádějí následujících pět modifikací, které souvisejí s tím, na koho a na jaký cíl je péče zaměřena:

- intervence zaměřená na dětského pacienta s ADHD;
- terapie zaměřená na rodiče a učitele;
- přímý management jednotlivých případů s ohledem na individuální potřeby;
- komplexní intenzivní behaviorální léčba;
- kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba (tuto cestu pokládají výše uvedení autoři za v současnosti nejoptimálnější řešení, tvrdí, že u tohoto způsobu jsou prokázány lepší výsledky než u kteréhokoli samostatného terapeutického přístupu).

Také G. J. DuPaul a G. Stoner (1994) se opírají o behaviorální principy, když předkládají nástin tréninkového programu pro rodiče. Ten vychází z prací Forehanda, McMahona a Barkleyho. Jedná se o **instruktážní a nácvikový program pro rodiče**, který se odehrává jednou týdně po dobu osmi až devíti týdnů. Následuje pak setkávání po několika měsících. Rodiče mohou docházet buď individuálně, nebo ve skupinách, děti se obvykle programu neúčastní. Jednotlivá sezení mají tento kontext: 1. sezení – získání přehledu o charakteristických projevech ADHD, 2. sezení – porozumění vztahům uvnitř rodiny a principům zvládnutí chování v rodině, 3. sezení – rozvoj a posílení pozornosti rodičů směrem k chování dítěte, 4. sezení – zaměření pozornosti na přijatelné chování, 5. sezení – možnosti využívání „žetonového“ („token“) posilujícího systému, 6. sezení - používání technik

ocenění, pochvaly („cost“) a zastavení se („time-out“) pro pozitivní přesměrování, 7. sezení – zvládnutí nevhodného chování na veřejnosti, 8. sezení – zvládnutí budoucího nevhodného chování. 9. sezení je vhodné zařadit s odstupem několika týdnů (čtyř až šesti), jeho cílem je poskytnout rodičům podporu pro pokračování v naučeném působení na dítě a zabývat se případnými problémy, které se objevily. G. J. DuPaul a G. Stoner také vyzdvihují úlohu rodičovských podpůrných skupin.

A. Munden a J. Arcelus (2002) v souvislosti s výcvikem rodičů hovoří o mnohdy se vyskytujících odmítavých reakcích. Stává se, že se krátce po zahájení programu a po zavedení nových způsobů působení na dítě četnost i závažnost nevhodného chování zvýší. Je třeba, aby rodiče byli terapeutem podpořeni v trpělivosti, neboť efekt se dostavuje až časem, když dítě vnímá, že rodiče dané postupy skutečně dodržují. Dále A. Munden a J. Arcelus zmiňují techniku „Analýza ABC“ a „Pozitivní posilování“. První z nich – „**Analýza ABC**“ (A – antecedent events – předcházející události; B – behaviour – chování; C – consequent response – následná odpověď) - vychází z přesvědčení, že většina chování je spojena s událostmi, které předcházely a následovaly. Je tedy možné změnou „A“ a „C“ dosáhnout změny v četnosti nežádoucího chování. Analýza tedy má stručně tento charakter:

- předcházející události – otázky zaměřené na to, co se stalo před nežádoucím chováním, kdo tomu byl přítomen, kde se to stalo, ve které denní době...;
- popis chování – jak vypadá jeho počátek, co dítě dělá, říká, jak často se to děje, jak je chování vážné, jak dlouho trvá...;
- následné chování – jaké požadavky a očekávání mají na dítě po jeho nevhodném chování ostatní, jaká je změna v míře pozornosti směrem k dítěti, když se takto chovalo, jaká bývá úspěšnost cílů dítěte, které se chovalo nevhodně...

To pomáhá terapeutovi lépe pochopit situaci. Mohou se pak společně s rodiči snažit změnit některé události, které s nevhodným chováním souvisejí. Druhou technikou je „**Pozitivní posilování**“. Spočívá v podrobném vysvětlení rodiči dítěti, jak očekávají, že se bude chovat, které chování je žádoucí. Poté rodiče vysvětlí dítěti důsledky žádoucího chování a mají se snažit si ho všimnout a vždy ho odměňovat. Nevhodné chování by měli ignorovat. Další pomoc spočívá v pečlivém plánování situací společně s dítětem a s ohledem na předvídaní možných problémů.

K tréninkovým metodám se váže i tzv. „**spolupráce na základě čtyř P**“. Trenér pozoruje chování svěřence, sleduje, zda nejsou využívány nevhodné návyky, zda se k nim jeho svěřenec nevrací. Zásadní jsou při spolupráci zmíněná čtyři P, která označují: pomoc (ptát se vždy, co aktuálně klient potřebuje), povinnosti (co svěřence v nejbližší době čeká, jak se na to připravuje...), plány (dotazy na plány, trenér by se měl ptát často, aby se předešlo zapomenutí a vlivem toho nedokončení něčeho důležitého, spolu by také měli definovat cíl, za kterým mají jít) a podpora (klient by měl být co nejvíce chválen a povzbuzován) (Hallowell, Ratey, 2007).

Při psychologickém vedení by rozhodně neměly být opomíjeny další projevy s ADHD spojené – např. nedostatečné sebevědomí, úzkost, konflikty ve vztazích. S těmito problémy je možné pracovat **v individuální psychoterapii**. Nabízí se i volba **rodinné terapie** v případě, že jsou vztahy uvnitř rodiny ADHD dítěte napjaté, komunikace dobře nefunguje a podobně. Uplatnit lze také **terapii skupinovou**, která může vnést pozitivní energii, u dětí se navíc problémy objevují většinou právě ve skupinovém prostředí, takto je tedy možné s nimi lépe pracovat (Hallowell, Ratey, 2007).

Lukasová (in Říčan, Krejčířová a kol., 1997) se zabývá poruchami pozornosti v zorném poli nedostatku motivace, snahy a vůle či překážejících podmínek okolí. V důsledku toho pak dítě nemůže plnit vyžadované úkoly. Lukasová poukazuje na to, že školní práce a jiné aktivity mohou být vnímány jako by neměly opravdový smysl, jsou prázdné. Pomoc by tedy měla vycházet z ochrany dětí před nevhodnými podmínkami, které brání jejich úspěšnému učení, dále pak z poukazování na smysluplnost toho, co dítě dělá, vychovatelé by měli hledat prospěšné a přiměřené cíle.

K využívaným terapeutickým metodám patří také **EEG-biofeedback**. Vychází z principu využití zpětné vazby pro autoregulaci mozkové aktivity. Při tom je inhibována aktivita nežádoucí a podporována žádoucí (Hort, Hrdlička a kol., 2008). Tato metoda je v současnosti mnohdy uplatňována i v poradenských zařízeních, nebo například v různých institutech duševního zdraví. I. Drtílková (2007) k tomu uvádí, že dle American Academy of Pediatrics je EEG-biofeedback metodou pouze „pravděpodobně účinnou“, autorka tedy na základě toho vyjadřuje své přesvědčení, že by měla být využívána spíše jako případné doplnění léčby.

Na závěr této kapitoly předkládáme názor I. Paclta a kol., kteří soudí, že k ADHD je nutno přistupovat jako ke chronické problematice. Jako takový pak syndrom vyžaduje mnohdy spolupráci více odborníků a kombinování více způsobů léčby či terapie.

Nemusí se ovšem jednat pouze o obtíže spjaté s chováním, vždy je tedy zapotřebí vycházet **z individuality a specifčnosti potíží u konkrétního dítěte**. Vzhledem k předpokladu této práce, že se syndrom ADHD může pojít také s neurotickými projevy, by bylo vhodné **více se zabývat celistvým pohledem na obraz obtíží u dítěte**. Ve čtvrté části práce se tedy blíže podíváme na souvislosti ADHD s neurotickými poruchami a na základě toho jednak na způsoby prevence a jednak na možnosti terapie v případě koincidence těchto jevů.

3.6.3 Vhodné přístupy k dítěti v rodině

Jak uvádí Z. Matějček (1991), nejvíce potřebnými aspekty pro efektivní přístupy k dítěti s ADHD v jeho rodině jsou **vytvoření atmosféry spolupráce a porozumění, vlivem toho pak přijetí dítěte**. Mají – li rodiče vědomí, že to jsou oni, kteří svojí aktivitou a činností významně ovlivňují terapii, snímá to z nich pocity viny a vede je právě k oné potřebné aktivitě.

M. Martin a C. Waltmanová – Greenwoodová (ed.) (1997) pokládají za opravdu účinný **trpělivý každodenní přístup**. V. Pokorná (2001) vyzdvihuje trojici obecně platných zásad – **1. zklidnění dítěte** (oponuje tak zažitému přesvědčení, že hyperaktivním dětem prospívají pohybové kroužky, v nichž vybijí svoji aktivitu; Pokorná se domnívá, že neklid je způsobován neschopností selektovat podněty, tím, že je dítě neustále vystavováno dalším podnětům a aktivitám, je stále více unavené a neklidné) – cílem by tedy mělo být omezení podnětů, relaxace; **2. klidné a důsledné vedení, řád** – dítě tak může anticipovat, co se kdy bude dít, řád může postupně zvnitřňovat, na základě toho může dojít ke zklidnění a posílení schopnosti organizovat si samostatně aktivity; **3. vytváření rituálů, opatrné zacházení se změnami** – ty nemají hyperkinetické děti rády, potřebují mít čas pro orientaci v nové situaci, měly by tedy být citlivě upozorňovány a připravovány na změny; rituály pomáhají v zautomatizování některých činností. Také M. Hallowell a J. Ratey (2007) zdůrazňují **informovanost a strukturu**, domnívají se, že systematicčnost a struktura hrají naprosto zásadní roli v přístupu k ADHD jedincům. Výsledky podle nich mohou být v některých případech až ohromující, vlivem zavedení každodenního rytmu, systematicčnosti a dodržování plánů se může konečně projevit talent dítěte.

J. Čepička (1981) spatřuje základ **v individuálním přístupu k dítěti** – na základě jeho vlastností a reaktivity. Trvá na **důslednosti, přísné laskavosti a jednotném přístupu**. S tímto zcela nesouhlasí V. Pokorná (2001), když říká „nebojme se nejednotného přístupu“. Uvádí, že důslednost nespočívá v dohodě vychovatelů, ale v jejich vzájemném respektování se, přičemž každý by se měl chovat autenticky. Každý má v životě dítěte jinou, nezastupitelnou roli, dítě se učí vnímat, že existují různé názory a že i přesto se lidé mohou respektovat.

Za další nejčastěji zmiňované zásady pro rodiče ADHD dětí pokládáme:

- Trpělivý, klidný a optimistický výhled do budoucna;
- uvědomění si, že dítě není problémem, ale nositelem problému;
- zaměření se na povzbuzování a oceňování dítěte, nejen za výkon, ale také za každou snahu;
- netrestání dítěte za něco, co neumí, nebo co neudělalo vědomě špatně;
- relativizace zlovyků, upuštění od neustálého připomínání nevhodných projevů;
- dát najevo důvěru a pozitivní očekávání;
- používat co nejčastěji zpětnou vazbu a ocenění;
- snažit se vždy působit spíše pozitivně než negativně;
- nedopustit, aby se dítě naučilo něco špatně;
- spolupracovat s dítětem, vytvořit takovouto atmosféru v celé rodině;
- být sami důslední a zásadoví;
- vyžadovat soustředění spíše po kratší dobu a častěji, přizpůsobit tomu rodinný program;

- naučit se předvídat obtíže;
- cvičit svou schopnost odpouštět;
- využít zájmů dítěte;
- zabránit pocitům méněcennosti;
- zabývat se i vztahy mezi sourozenci;
- spolupracovat se školou, s učitelem dítěte;
- spolupracovat s odborníky, s lékařem;
- přemýšlet společně s dítětem o vhodné orientaci do budoucna, o vhodné profesní volbě.

(in Matějček, 1991; Martin, Waltmanová – Greenwoodová (ed.), 1997; Pokorná, 2001)

3.6.4 Vhodné přístupy k dítěti ve škole

V předchozích pasážích jsme již zmínili, že projevy ADHD velmi často souvisejí se školním prostředím, s vyučováním. Syndrom ADHD také mnohdy vede ke zhoršenému prospěchu dítěte a k celé řadě obtíží se školou spojených. V neposlední řadě je školní prostředí velmi významnou součástí života dítěte, učení představuje jednu z hlavních náplní jeho času a výsledky dítěte přispívají k jeho sebehodnocení a k tomu, jak je hodnoceno okolím. Z těchto důvodů se jeví jako nezbytné, aby učitelé ADHD dítěte byli o jeho obtížích informováni, aby se snažili o spolupráci s rodinou, s psychologem či s dalšími odborníky. Mnohdy jsou to právě učitelé, kteří zachytí projevy dítěte a iniciují zahájení odborné péče. Bohužel v jiných případech dochází ze strany učitelů i přes již velmi široce rozšířené povědomí o syndromu k nerespektování potřeb takových dětí, k jinému výkladu obtíží.

Učitelé by tedy dítě především měli **respektovat, podporovat a motivovat**. I u nich je zásadní **pozitivní náhled na dítě**. Měli by se rovněž snažit **rozpoznat zájem a nadání dítěte**, vést ho k uplatnění v tomto směru, umožnit mu tak **zvýšení sebevědomí**. Velmi důležitá je spolupráce s rodinou dítěte, učitel obvykle tráví s dítětem dost času, může tedy podchytit projevy, které rodiče doma neregistrují, na základě toho by se měli **s rodiči domlouvat na vhodných postupech**.

Opatření, jež by měli mít učitelé na zřeteli:

- Jasně definovat pravidla a očekávání;
- vytvořit ve třídě útulné a klidné prostředí, snažit se eliminovat rušivé vlivy;
- pomoci dítěti odstranit z jeho zorného pole pomůcky a podněty, které nepotřebuje;
- preferovat pozitivní hodnocení, upozorňovat dítě na to, co se mu podařilo;
- vyhnout se kompetitivním technikám při výuce, úkolům na rychlost a čas;

- posadit dítě spíše do blízkosti učitele;
- pomoci dítěti rozložit si obsáhlejší úkoly na více drobnějších;
- snížit zatížení dítěte;
- využívat krátkých chviliek pro oddech, protažení se;
- ujistit se, že dítě rozumí zadání úkolů, případně mu je srozumitelně, stručně a jasně vysvětlit;
- zavést určitý režim a řád při výuce;
- návody a instrukce vícekrát zopakovat;
- efektivní je časté navozování očního kontaktu s dítětem – to má pak možnost být stále uvnitř aktuálního dění;
- na změny dítě včas připravit, vysvětlit jim je, vícekrát toto zopakovat;
- pomoci dětem se zapamatováním si – využití mnemotechnických pomůcek, říkadel, básniček, zapisování si;
- často poskytovat zpětnou vazbu;
- často děti chválit, povzbuzovat, snažit se je motivovat, aktivně se soustředit na jejich úspěchy a snahu;
- pomoci rozvíjet sociální dovednosti dítěte, pomoci mu s navazováním a udržováním kamarádských vztahů, upozorňovat na jeho pozitivní vlastnosti.

(in Hallowell, Ratey, 2007; Martin, Waltmanová – Greenwoodová (ed.), 1997; Munden, Arcelus, 2002; Pokorná, 2001)

Pro děti s hyperkinetickou poruchou a se specifickými poruchami učení jsou někdy zřizovány **speciální třídy**, za jejichž výhody lze pokládat především menší počet dětí ve třídě, režim vycházející z potřeb dětí, častější zařazování přestávek a uvolňujících aktivit, přítomnost speciálního pedagoga (Říčan, Krejčířová a kol., 1997). Další možností je tzv. **integrace dětí do běžných tříd**. Škola pak dostává na dítě zvýšený normativ, měla by dítěti zajistit speciální péči či pomůcky. Podmínkou je potvrzení diagnózy psychiatrem či psychologem a vypracování individuálního vzdělávacího programu - na tom škola spolupracuje s pedagogicko – psychologickou poradnou nebo speciálně – pedagogickým centrem (Munden, Arcelus, 2002).

(Zásady pro výchovu hyperaktivního dítěte poskytované Pedagogicko – psychologickou poradnou v Plzni (mimo jiné) viz Přílohy – příloha č.1 str.122.)

3.7 Syndrom ADHD a vývojová etapa mladší školní věk – rizika související se specifiky dané vývojové fáze

Tato kapitola je do práce zařazena jako návaznost ke kapitole 1 – popisující charakteristiky dítěte v mladším školním věku. Jelikož se práce jako celek zaměřuje na poukázání na rizikové faktory u ADHD dětí v mladším školním věku vzhledem k neurotickým projevům, pokládáme na tomto místě za důležité dát do souvislosti vývojové fenomény typické pro uvedenou etapu s obvyklými projevy a obtížemi ADHD dětí.

V mladším školním věku nalézáme citlivou fázi vývoje vlastního, uvědomělého sebehodnocení, sebepojetí. Co je zásadní – tento vývoj se opírá zejména **o srovnávání se s druhými, s vrstevníky**. Značnou důležitost má také **vnímání vlastních úspěchů či neúspěchů, a to převážně ve škole**, která je těžištěm aktivit dítěte. Dítě trpící ADHD je ve velké většině vystaveno faktu, že **se mu ve škole nedaří tak, jak by očekávalo ono samo, jeho rodiče, příbuzní, učitelé. Bývá neustále konfrontováno se svými neúspěchy v řadě oblastí**. Vývoj jeho sebepojetí tím může být vážně poznamenán. Připomeňme ještě, co bylo konstatováno v kapitole 1 – po osmém roce věku je sebehodnocení relativně stabilní! Zdá se tedy značně důležité, aby každé dítě **zakoušelo co nejvíce úspěchů**. V této souvislosti dále připomeneme, že sebehodnocení se rovněž odvíjí **od postojů rodičů k dítěti**. Zde nalézáme u ADHD dětí další „kámen úrazu“ – jejich rodiče bývají **nezřídka frustrováni, nejistí, pocítují zklamání svých očekávání vzhledem k dítěti**. Je tedy třeba, aby také rodiče dokázali vidět pozitivní vlastnosti dítěte a jeho silné stránky.

Pro dítě v mladším školním věku je zvýšené **důležité být součástí skupiny**, jedná se o období osamostatňování se od rodiny ve smyslu zapojování se do nových skupin – tedy především do skupin vrstevnických, do školního kolektivu. **Pozice dítěte ve skupině je také východiskem pro jeho sebepojetí**. Dítě v mladším školním věku ze své podstaty bytostně potřebuje být dobře začleněno do skupiny vrstevníků. Tím se dostáváme k časté obtíži ADHD dětí – z kapitoly 3.4.2 víme, že mezi typické projevy těchto dětí patří **potíže s chápáním běžných společenských pravidel, mívají problém s druhými souznít, schází jim empatie, jejich emoce se rychle střídají**. Takové děti jsou obvykle svými vrstevníky hůře přijímané a hodnocené, protože často stojí u různých konfliktů, provokují, neodhadnou, kdy přestat. To vede k jejich **neoblíbenosti v kolektivu a následně ke stále vyšší snaze upoutat pozornost...** Jedná se tak o jakýsi „začarovaný kruh“, s jehož přetnutím by citlivě měli pomoci dospělí. V této souvislosti zde spatřujeme další „začarovaný kruh“ spočívající v tom, že **spolužáci ADHD dítěte také sebe i druhé posuzují podle školní úspěšnosti a podle postavení ve skupině**. Na základě toho se dítě trpící ADHD může octnout **v ještě horší pozici**. K těmto okolnostem ještě přistupuje fakt obvykle velkého zájmu mladších školních dětí o pohybové aktivity, o činnosti vyžadující **obratnost a vytrvalost**. Přitom jsou tyto aktivity opět **předmětem získávání pocitů vlastní úspěšnosti či neúspěšnosti** (tím pak impulsem k emocionální stabilitě či

případně labilitě), dále také dalším **nástrojem srovnávání se mezi dětmi**. Vezmeme – li v úvahu charakteristiky pojící se s ADHD, jako jsou: celková neobratnost, obtíže s vizuomotorickou koordinací a s koordinací pohybů, dezorganizace pohybové aktivity, rychlý nástup únavy, kolísání vzruchů a útlumů, někdy naopak také těžkopádnost a pomalé tempo, je zřejmé, že rovněž v tomto ohledu mají ADHD děti značně ztíženou situaci.

Děti v mladším školním věku se zaměřují na konkrétno, na reálný svět, který chtějí poznat a pochopit, rozvíjí se schopnost používat logické operace. V kontrastu s tím vidíme dítě s ADHD, jež vlivem poruchy pozornosti má významně horší podmínky pro toto poznávání. ADHD dítě se **může hůře soustředit, kratší dobu, nedokáže samo vybrat a rozhodnout, co je vlastně důležité, může ulpívat na neefektivním či nedůležitém, snadno ho vyrušují vedlejší podněty, hůře si pamatuje, zapomíná...** K tomu vezmeme v potaz také další obtíže – vzhledem k tomu, že mnohdy takové dítě vnímá sebe samo odlišně, než ho vnímají druzí, **ocítá se ve zmatku, nerozumí dění kolem sebe**. Na základě toho může dojít k **vnímání reality jako odporující logickým zákonům**. Vlivem stresu a zranitelnosti u ADHD dětí může dojít k **narušení procesů myšlení**, které se pak samo o sobě stává **nelogickým**. **Tak se ADHD dítě ještě více odlišuje od svých vrstevníků.**

Dalšími rizikovými okolnostmi, které znevýhodňují děti s ADHD, jsou **znevýhodněná startovní pozice v procesu učení se** (v mladším školním věku dochází k rozvoji tohoto procesu, je to přímo „úrodná půda“ pro počátek osvojování si vlastních učebních strategií a plánovitosti, oproti tomu dítě s ADHD mívá právě v těchto ohledech značné obtíže) a možné **nevytěžení z další charakteristiky fáze mladšího školního věku – zdokonalování seberegulace a porozumění vlastním pocitům** (což jsou opět oblasti, v nichž mívají ADHD jedinci potíže).

Zdá se tedy pochopitelné, proč je **období vstupu do základní školy spojováno mnohdy přímo s „výbuchem“ projevů ADHD**. Tyto děti mohou zahájení školní docházky prožívat jako mnohem více zatěžující – typické charakteristiky ADHD se tady utkávají s nutností přizpůsobovat se režimu, s řadou změn, s nevyhnutelnou konfrontací s hodnocením své osoby sebou i druhými, se srovnáváním, s potřebou začlenit se do kolektivu... Na druhou stranu je třeba říci, že to neznamena, že každé mladší školní dítě s ADHD se musí setkat s těmito potížemi. Každé dítě je individuem, tedy i každé ADHD dítě. U některých z nich tedy rizikové faktory spojené s vývojovou etapou nemusejí vystoupit do popředí, nebo se mohou objevovat v menší míře.

Na závěr této kapitoly ještě uvedeme jednu charakteristiku spojenou s mladším školním věkem – jedná se o to, že u těchto dětí je efektivní a podstatná **nejprve zejména motivace přicházející zvenku – tedy od jejich rodičů, blízkých, učitelů, přátel a dalších**. Tento fakt může být u ADHD dětí **dalším „kamenem úrazu“** vzhledem k tomu, že jsou často okolím vnímány spíše negativně. Ovšem podíváme – li se na situaci z pozitivního náhledu, mohou to **naopak být právě blízcí dítěte s ADHD, kteří při něm mohou stát, být chápaví a jeho motivaci posilovat**.

4. SOUVISLOSTI SYNDROMU ADHD A NEUROTICKÝCH PROJEVŮ U DĚTÍ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU

Jak vyplývá z názvu této kapitoly, jejím smyslem je hledat souvislosti mezi problematikami vyloženými v předchozích částech práce. Představuje také v podstatě **přechod od části teoretické k části empirické – stojí na jejich pomezí**. Nezanedbatelným se jeví uvedení zásadních odlišností dvou zkoumaných kategorií, aby tak mohla být specifikována diferenciální diagnostika. To souvisí do značné míry rovněž s podrobným zkoumáním příznaků a projevů syndromu ADHD a neurotických poruch, které se sobě vzájemně podobají a mohou tak vést k matení při stanovování diagnózy. Toto porovnání symptomů provedeme v empirické části práce, neboť nám bude sloužit jako východisko při představování kazuistik dětí. Na tomto místě se ovšem budeme zabývat okolnostmi, které mohou u ADHD dětí přispívat k riziku rozvoje neurotických projevů. Za zásadní pak považujeme část pojednávající o nástrojích prevence tohoto rozvoje či případně o možnostech vhodného působení na tyto děti.

4.1 Základní odlišnosti, nástin diferenciální diagnostiky

Podobnosti a rozdíly v jednotlivých kategoriích, jak již bylo předesláno, budou blíže popsány v empirické části, z celkového pohledu je možno konstatovat, že nejvíce markantní odlišností jsou **projevy související s impulzivitou**. Ta je pokládána za jeden ze tří primárních diagnostických příznaků u syndromu ADHD. Ovšem jak bylo uvedeno výše, v kapitole 3.3, MKN – 10 za naprosto nezbytné dva projevy považuje poruchy pozornosti a hyperaktivitu, i když také impulzivita by se měla v klinickém obrazu objevovat. Pro diagnózu hyperkinetické poruchy tedy výskyt impulzivity není zcela nutný, ale je nejspíše pravděpodobné, že se rysy tohoto příznaku u dítěte alespoň v nějaké míře objevují.

Další rozdíly vyllynuvší z porovnání projevů u obou poruch by mohly být pojmenovány „dezorganizace, neuspořádanost, scházející porozumění“ u dětí s ADHD a oproti tomu „uvědomělost, fixace a předjímání“ u neurotických dětí.

Významný rozdíl také spatřujeme v možných příčinách vzniku, ovšem ty jsou v praxi mnohdy velmi obtížně zjistitelné, většinou se navíc jedná o součinnost více faktorů.

Při diferenciální diagnostice se můžeme dále opřít o samotné vymezení obou poruch:

- **Syndrom ADHD** – je charakteristický většinou **výskytem tří základních projevů – hyperaktivity, poruch pozornosti a impulzivity; typický bývá raný počátek potíží** (více o vývoji v kap. 3.5.1); **potíže mívají trvalý ráz, manifestují se ve všech situacích, do nichž se dítě dostává; souvisejí s drobnými poškozeními mozkové**

tkáně, s odchylkami funkce CNS (ovšem intelekt dítěte je zhruba nad hranicí lehkého podprůměru).

- **Neurotické poruchy (u dětí spíše projevy)** – jde o **poruchy funkční, které nemají organický podklad; rozvíjejí se mnohdy vlivem psychosociálních faktorů, konfliktů, náročných životních situací; mohou být zvrtné; projevují se zhoršenou adaptací a také mnohdy různými somatickými obtížemi; klíčovým rysem u dětí je dle MKN – 10 (Psychiatrické centrum Praha, 2000) nadměrná úzkost soustředěná na odloučení od emočně blízkých osob, ta může souviset s různými konkrétními situacemi; významný je faktor uvědomování si obtíží; vliv mohou mít osobnostní vlastnosti jedince** (a podobně jako u syndromu ADHD by měl být intelekt přiměřený, nesmí se jednat o mentální retardaci).

Diagnostické odlišení těchto poruch může být **v řadě případů nesnadné**, jak uvádějí M. Svoboda (ed.) a kol. (2001, str. 593): „Diferenciálně diagnostickým problémem může být zejména u mladších dětí odlišení úzkostného neklidu od projevů lehkých mozkových dysfunkcí.“ Zmínění autoři dále konstatují, že **význam má podrobná anamnéza** – děti úzkostné obvykle měly v předchozích obdobích **nadměrné reakce na separaci a na stres vůbec**. Dále oproti organicky neklidným dětem bývají tyto **méně impulzivní, jejich motorický a kognitivní vývoj probíhá rovnoměrněji**. Obtíže s koncentrací pozornosti bývají u dětí úzkostných spojeny **s některými situacemi**, v situacích jiných se tyto děti **soustředit dovedou**.

Také další autoři (Hallowell, Ratey, 2007; Munden, Arcelus, 2002) připomínají nezbytnost uvědomění si výskytu některých projevů ADHD u jiných poruch ze skupiny poruch neurotických. Například je třeba vzít v úvahu výskyt těkavosti pozornosti u Dissociativních poruch, problémy s udržením pozornosti a neovládáním impulzů u osob s Obsedantně – kompulzivní poruchou, nadměrnou pohybovou aktivitu u Tourettova syndromu, příznaky špatného sebeovládání a krátkodobého udržení pozornosti u Poruchy přichylnosti. Dále pak můžeme pozorovat problémy s koncentrací pozornosti u depresí, také mimo jiné u poruch psychotických.

4.2 Eventuality a okolnosti rozvoje neurotických projevů u mladších školních dětí se syndromem ADHD

Četné okolnosti byly uvedeny v kapitole 3.7, o kterou se zde opřeme – předloženy v ní byly rizikové faktory vyplývající z charakteristik dítěte se syndromem ADHD v rámci vývojové etapy mladšího školního věku (tedy rizika týkající se „průniku“ těchto dvou kategorií – „dětí se

syndromem ADHD“ a „děti v mladším školním věku“). Tato rizika se vztahují k možnosti provokování vzniku či rozvoje neurotických symptomů. Připomeňme tedy stručně, o které faktory se jedná:

- Mladší školní věk - **citlivé období pro vnímání úspěchů a neúspěchů, pro srovnávání se s vrstevníky, to má vliv na utváření sebepojetí** (což souvisí dále také s postoji rodičů k dítěti) X pro dítě s ADHD jsou tyto oblasti problematické (mnohdy **spíše neúspěchy a na základě toho možné narušené sebepojetí**);
- mladší školní věk – důležitým se stává **začlenění se do skupiny, potřeba být součástí, z pozice ve skupině také vychází sebepojetí dítěte** X dítě s ADHD mívá v těchto oblastech **ztíženou cestu**;
- mladší školní věk – děti se mezi sebou **posuzují dle školní úspěšnosti a postavení ve skupině** X pro dítě s ADHD to znamená **další nesnáz, znevýhodnění**;
- v mladším školním věku bývá obvykle zájem o pohybové hry, dle schopností v této oblasti **se děti rovněž často posuzují** X ADHD děti mohou mít problémy **se sníženou koordinací pohybů, někdy s těžkopádností, nemotorností, se snadnou únavou**;
- mladší školní dítě **potřebuje pochopit svět kolem sebe**, zajímají ho konkrétní jevy, usiluje o poznání jevů realisticky X ADHD dítě **jevům kolem sebe rozumí obtížně**, svět je pro něj mnohdy **až nelogický, tím se dále odlišuje od svých vrstevníků**;
- dítě v mladším školním věku **začíná rozumět vlastním pocitům** X tím se pro dítě s ADHD **opět prohlubuje odlišnost mezi ním a ostatními a také dojem nelogičnosti dění** – ADHD dítě má **potíže vnímat samo sebe**, na základě toho pak **obtíže s vytvářením vlastní identity**;
- v etapě mladšího školního věku děti **vstupují do školy** X pro dítě se syndromem ADHD to může být **komplikovanější**;
- pro dítě v mladším školním věku je důležitá **motivace přicházející zvenku** X děti s ADHD se vlivem svých projevů **mohou setkávat spíše s reakcemi negativními, se zklamáním, nejistotou, nedůvěrou...**

V této souvislosti pak ještě připomeňme, co bylo uvedeno ve druhé části práce – v kapitolách zabývajících se příčinami vzniku neurotických projevů (viz kap. 2.1, 2.3, a 2.4.2). Významně se opakuje **sepětí s narušenými mezilidskými vztahy (zejména jsou – li narušeny dlouhodobě), s nevhodným způsobem komunikace v rodině, s celkovou rodinnou atmosférou**. Zmiňováno je možné propojení s rodiči zvýšeně úzkostnými; nechápajícími, kteří umocňují obtíže dítěte tím, že za jejich projevy dítě trestají; s rodiči majícími nepřiměřené požadavky. V kontextu etapy mladšího školního věku jsou nezanedbatelné také faktory jako **rozpory mezi školním a rodinným prostředím i přílišné školní nároky kladené na dítě**. Roli může hrát rovněž

neblahá atmosféra ve skupině vrstevníků. Neurotické projevy mohou být vyvolávány také **frustrací, deprivací.** V některých případech může být podkladem pro vznik neurotických projevů **oslabená centrální soustava, porucha CNS, funkční nezralost CNS.**

Vzhledem k těmto okolnostem **představují mladší školní děti trpící syndromem ADHD doslova „živnou půdu“ pro vznik neurotických projevů.** J. Vymětal (1979) nazývá tento jev u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí **„sekundární neurotizací“.** M. Vágnerová (1995) dává do souvislosti rozvoj koktavosti u dětí s vyšší zátěží ve škole či s nespokojenými rodiči, kteří kladou na dítě nepřiměřené nároky týkající se sebeovládání. E. J. Mash a R. A. Barkley (ed.) (1998) uvádějí, že u dětí s ADHD jsou významně obvyklejší deprese či úzkostné poruchy (oproti jiným dětem) a že intenzita těchto komorbidních projevů do jisté míry vychází z intenzity projevů ADHD u dítěte. Opírají se také o potíže s poslušností u ADHD dětí, které mohou vést k nižší úrovni porozumění mezi takovým dítětem a matkou. Matky se v reakci na toto chování mohou chovat více direktivně a negativně, mohou být méně oceňující, což může provokovat rozvoj uvedených obtíží. (I. Drtílková (2007) v tomto ohledu hovoří o „štěstí“ těch hyperkinetických dětí, které vyrůstají v rodinách nezaměřených zvýšeně na prestiž a úspěch a v rodinách, v nichž se tolik neřeší chování.) Zmíněná autorka přichází s dalším zajímavým náhledem na situaci: syndrom ADHD nekomplikuje život jen dítěti samotnému, ale mnohdy **skutečně celé jeho rodině.** Vyústěním náročné výchovy takového dítěte (protkané pocity neúspěchu, selhání, viny a opakujícími se zklamáními) může být rozvoj neurotických poruch u rodičů.

V literatuře je jako nejčastější projev z kategorie neurotických poruch připojujících se k ADHD uváděná **úzkost či přímo úzkostná porucha.** Tu je možno pozorovat u **zhruba 30% dětí s ADHD** – objevují se strachy a vyhýbání se určitým situacím, úzkosti, fobie, somatické příznaky (bolesti břicha, zvracení, bolesti hlavy, dušnost...), strach z odloučení od rodičů či také obsedantní chování. Při pohledu širším pak bývají **až u 50% těchto dětí zaznamenány emoční poruchy.** (Munden, Arcelus, 2002) I. Paclt a kol. (2007) se shodují – dle nich taktéž **20 až 30% dětí s ADHD splňuje kritéria pro úzkostnou poruchu.** Citují navíc výsledky studie Szatmariho a kol., kteří zjistili u 17% dívek a 21% chlapců s ADHD ve věku od čtyř do jedenácti let alespoň jednu další poruchu – obsedantně – kompulzivní poruchu, tikovou poruchu. V. Hort, M. Hrdlička a kol. (2008) připomínají, že některé symptomy se k ADHD přidružují patrně vlivem **zpožděného dozrání nervové soustavy** (jako např. enurézy, specifické vývojové poruchy motorické funkce a školních dovedností, balbuties či tikové poruchy). Domnívají se dále, že věkem (tedy zráním CNS) se zlepšuje prognóza jak samotných projevů ADHD, tak těchto projevů přidružených. M. Černá a kol. (1999) rozvíjejí závěry O. Kučery, který v souvislosti s rozvojem sekundárních poruch u dětí s LMD (pozn.: dle terminologie autorů) uváděl existenci dvou stupňů – prvním jsou reaktivní poruchy chování (jsou předstupněm poruch neurotických, nedochází při nich ve větší míře ke zvnitřnění konfliktu mezi tlaky prostředí a možnostmi dítěte, konflikt se manifestuje na vědomé úrovni, reakce vycházejí ze své původní podoby – např. otevřená agrese dítěte při vzteku), druhým stupněm pak jsou neurotické projevy a rysy (již

dochází ke zvnitřnění konfliktu, jedinec reaguje spíše obrannými mechanismy, podstata těchto reakcí je komplikovanější, reakce mají tendenci k návykovosti, může dojít až k prorůstání neurotických příznaků do osobnosti dítěte, tím se dle O. Kučery vytvářejí neurotické povahové rysy). Autoři dále předkládají Kučerovy odhady četnosti výskytu různých neurotických projevů u dětí s LMD – u **28% těchto dětí neurotické návyky, u 18% tiky, u 13% úzkostnost, u 10% balbuties a u 7% obsedantní rysy**. Jiné procentuelní četnosti výskytu neurotických projevů u LMD dětí zaznamenala Z. Třesohlavová (in Černá a kol., 1999) – u **74,1% anxiozita, u 67% neurotické návyky, u 41,7% tiky, u 29,4% bolesti hlavy, u 20,5% kórtavost, dále pak únavnost jako neurotický rys u 64,7% těchto dětí**.

Zdá se tedy, že děti se syndromem ADHD mohou být skutečně **více ohroženy vznikem či rozvojem neurotických projevů** (oproti non ADHD dětem). Domníváme se, že podstata tohoto ohrožení u ADHD dětí konkrétně v mladším školním věku možná tkví ve faktu jejich **odlišnosti od vrstevníků**. Tato odlišnost přináší těžkosti spojené jednak s obtížným začleňováním se do skupiny a s obtížným přijímáním těchto dětí okolím (autoritami, rodiči, vrstevníky), jednak s jejich mnohdy horšími výkony a výsledky. Reakce okolí na tyto dva zásadní jevy mohou být pro dítě nevhodné, nepříjemné, což u něho může vyvolat zmatek, frustraci, nejistotu. Tím jsou provokovány různorodé reakce dítěte – nežádoucí chování, provokování, poutání pozornosti, agrese, stažení se, vyhýbání se, somatické projevy, regrese... Vlivem toho se pak dále zvýrazňuje odlišnost, dítě může mít ještě horší výsledky, ještě větší obtíže se zapojením se do kolektivu a se získáním uznání a ocenění... Tím se naplno rozjíždí bludný kruh... V závěrečné kapitole této části práce se tedy podíváme na možnosti, jak vytvoření tohoto bludného kruhu předcházet.

4.3 Prevence rozvoje neurotických projevů u dětí s ADHD, výchovné přístupy, terapie

4.3.1 Prevence rozvoje neurotických projevů u dětí z obecného pohledu

Pojetí prevence neurotických poruch je velmi široké (Kafka, 1998). Rozlišuje se **primární, sekundární a terciární prevence**. Primární se zabývá zákonitostmi duševní hygieny, harmonií v rodinném životě, zdravou mírou pracovní činnosti a správnou životosprávou. Jde zde o předcházení neurotickým poruchám dříve, než vzniknou. Sekundární prevence usiluje o pečlivou léčbu v počáteční fázi poruch, snaží se zkrátit trvání poruchy. Terciární prevence se týká již vzniklé poruchy, kdy je třeba zabránit větším následkům. Důležité je věnovat se rodině, to by mělo být prostředím dle J. Kafky chápajícím a podnětným.

J. Fischer (1966) soudí, že dítě se na prostředí, ve kterém žije, spíše pasivně adaptuje, proto je na tomto prostředí závislé. Nebezpečné je, vyskytuje-li se v rodině dítěte jedinec s patogenními rysy. Tato osoba může samozřejmě mít výrazně negativní vliv na psychiku dítěte. Z hlediska rodinného prostředí další problémy přináší výrazné rozpory v rodině dítěte, rozvod rodičů, nerespektování citů dítěte, neposkytování pocitu bezpečí, převládání špatného vzoru chování, nedostatek lásky, nevypěstování autority rodiče, závislost na rodičích. Dle zmíněného autora (1959) je to právě **rodina**, která má první možnost dítě vést k psychické stabilitě.

Dalším prostředím, které by na dítě mělo mít co nejlepší vliv, je bezpochyby **škola**. Významným prostředkem je tu příklad dospělého - tedy učitele. Pedagog by měl respektovat možnosti a přání svých žáků, měl by se individuálně citlivě zaměřit na děti nápadně tiché, nesoustředěné, plaché, uzavřené, ztrémované, se sklony k depresi či úzkosti. Škola by neměla děti přetěžovat, špatné je též zaměření se na příliš vysoké výkony.

Možnost působit na dítě, ale i na dospělé, mají také **lékaři**. Ti mají být zvýšeně bdělí a všimnout si rozličných projevů svých pacientů, v případě potřeby je pak mají být schopni odkázat na psychologické či psychiatrické pracoviště (Fischer, 1959 a 1966).

S. Kratochvíl (2000) pokládá za důležité **vlivy životosprávy**. Aktivita (školní, pracovní...) má svůj význam, člověk se při ní odreaguje, nesoustředí se na pocíťované potíže a při úspěchu zažívá pocit uspokojení. Negativně ovšem působí přepracovanost, která vzniká činností nad schopnosti jedince, nerozumně dlouhou dobou, po níž je jedinec nucen se soustředit, konflikty (ve škole, na pracovišti), nerespektováním únavy a nevyužíváním přestávek, náročnou duševní prací. Jiným faktorem životosprávy je odpočinek, a to buď aktivní, který je efektivnější a navíc vede k rozvoji osobnosti, nebo pasivní. Nezbytné je dodržování volna o víkendech a o dovolených, o prázdninách. Roli v životosprávě hraje také správný spánek, doporučuje se minimálně sedm až osm hodin u dospělých, u dětí pak více, prostředí, ve kterém člověk spí, má být klidné, tmavé, vyvětrané a spíše chladnější. Negativní účinky má jídlo těsně před odchodem na lůžko. Další faktor životosprávy představuje nepochybně výživa, u které jsou důležité: pravidelnost, správné složení stravy, klid při jídle.

J. Fischer (1966) se dotýká otázky **denního režimu dítěte**, hovoří o nezbytnosti dostatku spánku, pobytu venku na čerstvém vzduchu, vytvoření žádoucích denních návyků, pohybu.

J. Doležal (1961) uvádí možnosti primární prevence neurotických poruch v jednotlivých etapách vývoje dítěte. Začíná prenatálním obdobím, u něhož zdůrazňuje fakt chtění dítěte. V novorozeneckém a kojeneckém věku je důležitá duševní pohoda rodičů, spokojenost matky, pružná péče o dítě. Batolecí období je citlivé na naučení se poslušnosti, dítě chce být autonomní. Je proto třeba vytvořit mu pevný a pravidelný program, zbytečně ho neomezovat a netrestat, ale trvat důsledně na svých požadavcích. V předškolní etapě mají rodiče dítě vést k základní péči o sebe samo. Dítě by také mělo mít dostatečnou možnost pobývat mezi jinými dětmi a učit se samostatnosti. Je známo, že žák mladšího školního věku potřebuje **ocenění**. Vliv na vyrovnanost dítěte má také

sblížení požadavků domova a školy. Je žádoucí, aby tyto instituce nepůsobily na dítě ambivalentně. Na dítě se **nemají klást přehnané požadavky, měla by být respektována jeho individualita.** Nezbytnou součástí prevence je umožnit dítěti **zařazení mezi vrstevníky.** V období pubescence je vhodné poskytnutí prostoru pro vyrovnání se s tělesnými, psychickými a sociálními změnami, pozitivní je šetrnost při jednání s pubescenty a kladení důrazu na jejich samostatné jednání. Dospívající také potřebují trávit uspokojivě čas mezi věkem odpovídajícími lidmi. Toto období je rovněž senzitivní z hlediska hledání vlastních hodnot a zájmů.

J. Fischer (1959) za dva základní principy v prevenci neurotických poruch považuje **pocit bezpečí a sycení potřeby uplatnit se.**

Jiným takovým principem může být podpora přirozené růstové tendence organismu – tedy **podpora seberealizace.** J. Vymětal (1979) k tomu podotýká, že ke zdárnému osobnostnímu vývoji dítě vždy potřebuje dostatek podnětů a jistoty. Tyto jevy pak úzce souvisejí se stabilním prostředím, dostatkem volnosti, tolerance, trpělivosti a lásky ze strany nejbližších osob. Na druhou stranu autor varuje před nadměrnou ochranou a péčí, které mohou škodit při vývoji dětské osobnosti. Vývoj je tak vlastně brzděn, což dle autora dítě nejen zúzkostňuje, ale také mu to brání v možnosti připravit se na samostatné zvládnutí řady situací a životních nároků.

M. Černá a kol. (1999) v kontextu úvah o vhodném působení na děti s ADHD tak, aby se u nich nerozvíjely další potíže, připomínají podmínku zdravého a harmonického duševního rozvoje. Tou je trvalé uspokojení základních životních potřeb. Autoři se zaměřují na potřeby duševní a předkládají pětici těchto potřeb u dětí, tak jak je rozpracovali J. Langmeier a Z. Matějček (in Černá a kol., 1999, str. 100): „**1. Potřeba přiměřeného přívodu podnětů; 2. potřeba smysluplného života; 3. potřeba osobní závislosti a citového připoutání, 4. potřeba vlastní identity, nezávislosti a společenského uplatnění, 5. potřeba otevřené budoucnosti.**“

4.3.2 Aspekty vhodného působení na děti se syndromem ADHD v rámci prevence rozvoje emočních potíží

Pro rodiče, vychovatele, či učitele dětí se syndromem ADHD je velmi důležitá **informovanost** o projevech poruchy a o možných sekundárních komplikacích. Jednou stránkou této informovanosti je předpoklad, že takoví rodiče budou poznatky ovlivněni, tedy se potenciálně jimi budou snažit řídit či je alespoň budou mít „v podvědomí“. Druhou stránku informovanosti spatřujeme v možnosti zklidnění informovaných rodičů, v možnosti odstranění některých projevů jejich vlastního napětí a nejistoty, které s sebou výchova dítěte se syndromem ADHD nese. Je tedy zřejmé, že při debatě o prevenci rozvoje dalších obtíží u ADHD dětí by se nemělo zapomínat **na prevenci rozvoje řady obtíží u rodičů.** J. Prekop (2001, str. 33) k tomu říká: „Úkol vychovávat, který „dostali“ rodiče oproti svým dětem, mohou tyto vnímat až tehdy, když mají rodiče pevné stanovisko. To obsahuje:

vyspělost rodičů; připravenost dát dítěti směr na začátku života jako dospělá a rozumná matka, jako dospělý, zralý a rozumný otec; člověk, který se stal otcem nebo matkou, by se měl zbavit svých vlastních neurotických problémů, neurotické problémy jsou skvrnou na slunci; partnerství rodičů by mělo být vyspělé, aby každý dokázal žít svůj život a současně se v lásce a úctě opíral o druhého.“

D. Jucovičová a kol. (2004) mezi rady týkající se vhodného postupu u ADHD dětí ve vztahu k emočním poruchám zahrnují:

- vytvoření klidné, pokojné atmosféry;
- netrestání impulzivního chování dítěte (jen neverbální usměrnění tohoto) – posilovat chování neimpulzivní;
- snažit se předcházet afektivnímu chování dítěte – vysledovat situace a podněty, které obvykle takovému chování předcházejí, tyto situace „změkčit“, či odvést pozornost dítěte jinam, uvolnit napětí pohybem apod.;
- při propuknutí afektu ho nechat odeznít, zachovat rozvahu a klidný postoj, po odeznění afektu dítěti trpělivě vysvětlovat, co je vhodné a co ne, na nevhodné způsoby nereagovat, vhodné ocenit;
- důležité je jasné vymezení hranic a mantinelů, možné je využití „bodovacích her“ – zde autorky doporučují dítěti přijatelné motivace (např. horolezec lezoucí na horu apod.);
- mít na paměti, že dítě se nechová nevhodně „naschvál“, ale vlivem nechápání situací, žádoucí je tedy snaha porozumět pocitům a prožitkům dítěte v různých situacích, aby mu tak byla dána najevo důvěra, to pak brání tomu, aby se dítě uzavíralo do sebe;
- naprosto zásadní je pak snaha dát zažít dítěti úspěch – i malý (klást před dítě reálné cíle, objevit oblast, v níž se mu daří a v té ho podporovat...), radost z úspěchu pak s dítětem sdílet.

Pro zbavení se předsudků o svých dětech a tak pro možnost odstranění napětí a zlepšení vzájemného vztahu doporučuje N. Laniado (2004) rodičům tuto zásadu – **zkusit se dívat očima dětí**. V souvislosti s tím pak představit si, jak by se rodiče sami cítili v nějaké konkrétní situaci na místě dětí, po čem by toužili a co by je naopak zasáhlo. Rodiče by se měli snažit popisovat chování dítěte tak, **aby tím neodsuzovali jeho povahu, celou jeho osobu – tedy hovořit o konkrétních projevech, nezobecňovat**. S tím souvisí také další významný výchovný faktor - dle J. Fischera a kol. (1980) je na místě **vedení dětí ke zdravému sebevědomí** (pomocí zejména nesnižování sebevědomí dítěte nevhodnými výroky, zamezení kárání dítěte v přítomnosti dalších osob, nenucení dítěte do předvádění se před druhými, pokud to dítěti není příjemné apod.). „Výchova znamená respekt před jinou cestou dítěte“ (Prekop, 2001, str. 19).

Pro zavedení struktury a pořádku do života dítěte doporučují E. M. Hallowell a J. J. Ratey (2007) **spolupráci celé rodiny**. Společně by měli všichni sepsat, jakým problémům čelí, problémy by měly být pojmenovány zcela konkrétně a přímo, na každý problém by se členové rodiny společně

měli snažit nalézt nějaké řešení. O řádu a orientaci v souvislosti s pravidly hovoří J. Prekop (2001, str. 47), když říká: „Pravidla nejsou ničím jiným než smlouvami, které vymezují svobodu a hranice jednání, aniž by byla dána všanc láska.“ a: „Pokud chci, aby dítě respektovalo pravidla, je především na mně, abych je respektovala sama.“ (str. 48)

Z. Matějček (1996) shrnuje zásady přístupu k úzkostným dětem (které si dovolíme pokládat za zásady přístupu i k jiným dětem s nějakými komplikujícími projevy – a nepochybně vůbec ke všem dětem) takto:

- **Je dobré přijmout dítě takové, jaké je** – nebrat obtíže jako snížení rodičovské (dodejme též učitelské) prestiže, dítě není vhodné trestat, stále mu něco vyčítat, zesměšňovat jej před druhými...;
- **podstatné je dodávat dítěti jistotu** – svou přítomností, sympatií, porozuměním jeho těžkostem;
- **nezbytným se jeví přijmout výchovné rady a doporučení a přizpůsobit je individualitě dítěte;**
- **vyzbrojit se trpělivostí, nenechat se odradit, vytrvat a dívat se dopředu s optimismem.**

Pro rodiče, vychovatele a učitele dětí (nejen) se syndromem ADHD tak vyvstává důležitost jakéhosi **optimistického přerámování situace**. S tím souvisí nutnost akceptování krizí a nezbytnost přijetí faktu dělání chyb, neboť to je lidské a k výchově to patří jako ke všemu v životě. Na závěr této části pak k právě zmíněnému přidáváme ještě tři velmi výstižné citace J. Prekop (2001, str. 64, 69 a 83): „Bez krizí by neměl člověk šanci růst. Je to jeho těžké dilema, jeho těžký úděl. Člověku se daří podobně jako stromu. Čím více prorůstají jeho kořeny kameny a jinými překážkami, čím více extrémů, jako je horko a mráz, tma a světlo prožívá, tím je silnější. Sílu mu nedává zahradník, tvoří si ji strom sám ze své vlastní podstaty. Strom si vzal na sebe břímě a je odolný. Proto se mu daří a plodí ovoce.“ „Jak se může dítě naučit vycházet s chybami, když ne na vzoru rodičů? Je tu jasné doporučení: Rodiče musí dělat chyby, k chybám se hlásit a zase je opravovat. Přitom by děti měly mít příležitost pozorovat vědomě jejich chování.“ **„Výchova dítěte není zajisté nejlehčí, ale na tomto světě asi největší úkol, který se vyplatí.“**

4.3.3 Vhodné podpůrné techniky a programy

K prevenci a terapii obtíží spojených s ADHD, s hyperaktivitou a neklidem a také s projevy, které se promítají v oblasti emocionální, sociální či v oblasti komunikace se v praxi používá řada nástrojů, metod. V této kapitole chceme představit několik z nich, publikací a přístupů je ovšem

značné množství (což neznamená, že všechny jsou kvalitní). Toto představení má za cíl nikoliv podrobně popsat dané nástroje a metody, ale spíše s nimi seznámit, otevřít prostor pro inspiraci.

- V. Rezková (1999) zmiňuje v souvislosti s nemožností seberealizace, s obtížemi v psychosociálním rozvoji a zrání **nedirektivní terapii hrou**. Konkrétně ji vztahuje na děti zhruba ve věku 3 – 4 roky až 12 – 13 let. Specifikuje, že uplatnění tato forma terapie může mimo jiné nalézt u dětí s poruchami kontaktu, s úzkostnými projevy, s obtížnější přizpůsobivostí, s poruchami učení a koncentrace pozornosti. Autorka v publikaci přímo popisuje vybavení herny, uspořádání terapeutické situace, postupy a základní principy přístupu.
- Pro vychovatele, učitele, ale i rodiče nabízí M. Zelinová (2007) **hry pro rozvoj emocí a komunikace**. Vychází z konceptu tvořivě – humanistické výchovy. Techniky jsou zaměřeny na rozvoj poznávacích funkcí, mimopoznávacích funkcí a procesů – kultivace osobnosti, rozvoj emocionality, motivace, socializace a komunikace, sebeřízení a správné hodnotové orientace a tvořivosti.
- Učitelům a vychovatelům je určena publikace Z. Šimanovského (2002). Agresivitu a neklid autor spojuje s frustrací – s nespokojením základních potřeb dětí. Předkládá tedy množství **her zaměřených na zvládnání neklidu, uvolnění napětí, poznání svých emocí a jejich správné vyjádření, na soustředění a zklidnění, hry pro učení se zdravému sebeprosazení**.
- Rovněž pro učitele a vedoucí dětských skupin sestavil **inventář technik** K. W. Vopel (2009). Vychází z představy, že každé dítě může zažít úspěch a přijetí skupinou. Tématem jsou hry zaměřené na odstraňování agrese, na úspěch pro každého, na umění spolupráce, rozvoj sebeúcty a na řešení problémů.
- **Program HYPO pro posílení zrakové a sluchové paměti, koncentrace pozornosti a k částečnému rozvoji perцепčně – kognitivních funkcí** určený pro práci s dětmi v předškolním věku a na počátku školní docházky vytvořila Z. Michalová (2002). Jedná se o hravou formou připravená cvičení, která dle přesného popisu dělá obvykle rodič s dítětem každý den, při tom docházejí na pravidelné konzultace k psychologovi či speciálnímu pedagogovi. Efekt programu tkví mimo jiné v opakování týchž cvičení vždy sedm dní po sobě.
- P. Kuncová (2004) předkládá **program KUPREV – primárně preventivní program pro děti od čtyř do osmi let**, který podobnou formou jako výše zmíněné HYPO slouží zejména k načerpání informací a tím k získání orientace v řadě situací každodenního života, ale rovněž k posílení vztahu mezi dítětem a rodičem, který s ním na programu pracuje. Autorka uvádí, že také dospělí se při programu učí – získávají představu, jak mohou s dítětem

pracovat a také jistotu při vedení dítěte.

- Přímo **na rozvoj pozornosti u dětí s LMD** se zaciluje další program P. Kuncové (2004) – **KUPOZ**. Je určen dětem od osmi do zhruba dvanácti let a jako „další produkt“ rovněž může přinášet zlepšení vztahu mezi rodičem a dítětem. Postupuje se podobně jako v programu HYPO – opakují se tytéž úkoly po celý týden. S programem se opět pracuje pod vedením psychologa či speciálního pedagoga.
- Z předpokladu navození duševního uvolnění prostřednictvím uvolnění svalového napětí vycházejí H. Žáčková a D. Jucovičová (2003), když popisují **relaxační techniky určené nejen dětem s LMD**. Hovoří v této souvislosti také o snižování emočního napětí, o regeneraci sil, zvýšení výkonnosti, tlumení zvýšené aktivity, zmírnění unavitelnosti, zlepšení koncentrace pozornosti, myšlení a paměti, pozitivní vliv může být zaznamenán u poruch motoriky, řečových poruch, u agresivních projevů, úzkostí či depresí. Tyto techniky mohou pomoci se seberegulací a sebekontrolou.

EMPIRICKÁ ČÁST

1. CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

K mé profesní zkušenosti patří dva roky působení v pozici psycholožky v Pedagogicko – psychologické poradně v Plzni a rok a půl trvající spolupráce s Dětským domovem v Plzni. Přestože syndrom ADHD se v populaci vyskytuje celkově jen v několika procentech, ve zmíněných institucích, v nichž jsem pracovala a pracuji, se s dětmi se suspektní diagnózou ADHD lze setkat poměrně často. Dostí frekventovanou skutečností pak je, že tyto děti bývají učiteli, vrstevníky a mnohdy i rodiči, vychovateli pokládány spíše za zlobivé, špatně zvladatelné, dokonce záměrně nepřizpůsobivé. Ve skutečnosti jsou takové děti z podkladu ADHD zvýšeně citlivé, mnohdy výrazně emocionálně labilní, mají problémy ve vztazích a dění kolem sebe buď hůře rozumí, nebo i drobnosti špatně snášejí. S kolegy se často setkáváme s tím, že tyto děti okolí pokládalo za až přehnaně si důvěřující. Při psychologickém vyšetření se pak ukazuje, že jejich sebedůvěra je naopak nízká, že se potýkají z řadou obav a nejistot, že trpí různými tělesnými obtížemi.

Uvědomila jsem si proto, že je u dětí se suspektním syndromem ADHD zapotřebí všimnout si zvýšeně mimo jiné i souvislostí s jejich emocionalitou. Domnívám se, že se v některých případech může stávat, že projevy už více neurotického rázu mohou být u ADHD dítěte „připsány“ na vrub této poruše a zůstat tak vlastně nepovšimnuty – z toho důvodu, že je množství projevů těchto dvou poruch u dětí podobných, nebo téměř shodných. Tím se však brání možnosti dítěti efektivně pomoci.

V empirické části práce se tedy zaměřím u konkrétních několika případech právě na hledání podobností a odlišností v projevech u dětí, které trpí oběma poruchami – syndromem ADHD (ve smyslu Hyperkinetické poruchy dle MKN – 10) a neurotickou poruchou. Předcházet tomu bude předložení podobností a odlišností v obecné rovině ve vztahu ke čtrnácti užším kategoriím projevů. Cílem je pokusit se obecně a zejména následně konkrétně o jemnější diferenciaci projevů, o hledání souvislostí, odlišností a podobností. U zkoumaných případů také blíže nahlédnu na možnost ovlivnění rozvoje neurotických potíží u dítěte skutečností, že toto dítě trpí syndromem ADHD. Zdá se totiž, že jedinci s oslabenou nervovou soustavou a s dalšími negativními faktory, které se pojí s ADHD, mohou být pro vznik neurotizace více predisponováni. Za mimořádně důležité pak pokládám zabývání se přístupy a terapeutickými postupy, které byly u sledovaných dětí využity, zkoumání jejich úspěšnosti a rovněž popsání dalšího vývoje dítěte.

2. POPIS VÝZKUMNÉHO DESIGNU A VYBRANÉHO VZORKU

Pro účely seznámení s problematikou souvislostí projevů syndromu ADHD a neurotických poruch u dětí, mapování situace a jemnější analýzu jsem považovala za vhodnější zvolit namísto kvantitativních metod výzkum kvalitativní. Ten nám umožňuje individuální přístup, detailnější pohled na projevy zkoumaných jedinců. Formou kazuistik se ve svém výzkumu pokusím přiblížit projevy sledovaných dětí, také samozřejmě jejich vývoj v minulosti i následně.

Děti, jejichž případy budou popsány a zkoumány, osobně znám. Jedná se o jedince, které jsem během své praxe sama vyšetřovala či s nimi pracovala (docházeli ke mně na psychologické terapeutické konzultace nebo na podpůrné programy, poradensky jsem konzultovala s jejich rodiči či vychovateli, někdy také s učiteli), u většiny z nich je mi znám jejich další vývoj i v průběhu několika let. Při sestavování výzkumného vzorku jsem záměrně volila děti, u nichž se s největší pravděpodobností projevují obě zkoumané poruchy. Snažila jsem se v rámci možností o pestrost, abych tak mohla lépe popsat různá specifika a zajímavosti, které se s touto problematikou pojí. V kazuistikách používám křestní jména dětí, která ovšem byla změněna oproti skutečnosti.

První čtyři kazuistiky popisují případy dětí, s nimiž jsem pracovala v kontextu pedagogicko – psychologické poradny (dále PPP), pátá, poslední, vychází z praxe v dětském domově (dále DD). Následující tabulka slouží pro představení základních deskriptivních údajů:

Pořadí kazuistiky	Jméno (změněné oproti skutečnosti)	Pohlaví	Věk dítěte při prvním kontaktu	Doba dalšího sledování (prozatím)
1.	Daniel	chlapec	7 let	5 let
2.	Tereza	dívka	8 let	1 rok
3.	Věra	dívka	7 let	3 roky
4.	Jan	chlapec	11 let	2 roky
5.	Tadeáš	chlapec	7 let	2 roky

Tabulka 1: Základní údaje o zkoumaném vzorku.

3. METODY

3.1 Psychodiagnostika

V této kapitole se pokusíme nastínit konkrétní diagnostické postupy obvyklé např. v kontextu pedagogicko – psychologických poraden – v souvislosti s diagnostikou jak syndromu ADHD, tak neurotických poruch (projevů). Tento nástin nám tedy vymezuje rámeček metod a postupů použitých při vyšetřeních dětí, jichž se výzkum týká. **Ztučněním písma jsou v textu označeny diagnostické nástroje, které byly využity při testování těchto dětí a jejichž výsledky předkládáme.**

K suspektní diagnostice ADHD u dětí (tedy k vyslovení podezření na diagnózu) dochází většinou u dětských psychologů – nejčastěji v PPP či u psychologů klinických. Diagnózu hyperkinetické poruchy by však měl vždy stanovovat psychiatr, jak se domnívá I. Drtílková (2007). Zapojení mohou být též neurologové, pediatři a další odborníci. Dítěti by se mělo dostat celkového vyšetření, konečná diagnóza je v kompetenci psychiatra (Munden, Arcelus, 2002).

Podnět k psychologickému vyšetření bývá zpravidla dáván rodiči, mnohdy školou – učitelem dítěte, výchovným poradcem, školním psychologem. V souvislosti s neurotickými poruchami připomínáme, že do péče psychologa se obvykle dítě nedostává s podezřením na neurotizaci či emoční poruchu. Většinou je přivedeno rodiči či k vyšetření doporučeno učitelem na základě jiných obtíží. Často to bývá rušivé chování dítěte, nevhodné jednání ve vztahu k jiným dětem, nadměrné poutání pozornosti. Mnohdy podnět k vyšetření zpočátku vůbec nesouvisí s emočními problémy – může se nejprve jednat o obtíže s prospěchem, problémy s koncentrací pozornosti, náhlé zhoršení výsledků. Jindy se u dítěte objevují somatické projevy, se kterými se rodiče obracejí na lékaře. Pokud lékař neprokáže tělesnou příčinu, doporučí rodičům, aby navštívili psychologa. Fakt, že k psychologovi jen v menší míře přicházejí děti (rodiče) již s předem vysloveným poukazem na negativní emocionální prožitky, úzkost, strach, dle M. Svobody (ed.) a kol. (2001) patrně souvisí s tím, že děti příliš nedovedou nebo nechtějí své pocity druhým lidem svěřovat. Neurotické projevy a podezření na emoční poruchy (ale v některých případech i projevy syndromu ADHD) tak bývají často teprve při vyšetření odhaleny. Pokud mají obtíže dítěte závažnější charakter, je vhodné dále doporučit psychiatrické vyšetření. (Dostávají – li se klienti se somatickými projevy nejdříve k psychologovi, měl by je tento odkázat také na lékaře, aby se případně vyloučily tělesné příčiny.)

3.1.1 Postup při psychologickém vyšetření

- **Část klinická:**

Měla by zahrnovat rozhovor s rodiči, s dítětem, případně s učitelem dítěte, získání anamnestických údajů. Významnou součástí je pozorování dítěte. Patřit sem může také zhodnocení školních výsledků dítěte (Paclt a kol., 2007).

a) **Anamnéza, rozhovor:**

Prochází se s rodiči, znát bychom měli i pohled učitele (či učitelů), který s dítětem pracuje. V této souvislosti se připomíná též výše zmíněné posouzení školních výsledků dítěte, ale ve výpovědi ze strany školy se nejedná jen o toto. Přínosem je všeobecně pohled další osoby, která dítě zná a má možnost pozorovat jeho projevy a vývoj. V anamnestickém rozhovoru se pozornost obvykle upíná k těhotenství a průběhu porodu; k charakteristikám raného vývoje dítěte; k podmínkám a okolnostem jeho vstupu do mateřské a posléze základní školy; k charakteristikám adaptace na změny v životě dítěte; k jeho projevům ve škole, známám, chování a vrstevnickým vztahům, také ke vztahu k učitelům a autoritám; ke zdravotnímu stavu a prodělaným obtížím (např. časté záněty středního ucha, respirační onemocnění, alergie, poruchy spánku, enuresis, náchylnost k úrazům, časté stížnosti na bolest – jak uvádějí E. M. Hallowell a J. J. Ratey (2007)). Přihlíží se rovněž k tělesným charakteristikám, jako jsou třeba nevyhraněná lateralita nebo levorukost, vizuomotorická koordinace, tělesná obratnost. Rozhovor se zaměřuje také na popis současných problémů. Neméně podstatné je rovněž dotazování na rodinnou situaci a atmosféru, na obvyklý chod domácnosti a režim dítěte, na povinnosti dítěte doma, na rodinné rituály. Užitečné se zdá být dotazování se na postavení dítěte ve skupině vrstevníků, jeho postavení v rodině. Vhodné je také ptát se na kvalitu a okolnosti spánku dítěte, příjmu potravy, na případnou existenci stesků na bolesti, na výskyt obav, změn nálad, zvýšené senzitivity. Sdělení učitele je rovněž potřebné, pedagog dítě vnímá v jiných situacích a z jiného pohledu, může to být právě on, kdo podchytí změny v prožívání dítěte. Důležitý je také rozhovor s dítětem, i když ten může být v některých případech obtížný. Přesto se ale ptáme na povahu emocionálních potíží dítěte, zejména na to, jak se projevují v jeho chování. Nezbytné je rovněž zajímat se o záliby dítěte, o jeho schopnosti.

b) **Pozorování:**

Z. Matějček (1991) připomíná, že úzkostné děti mnohdy mívají úzkostné rodiče, proto je důležité „začít“ s pozorováním již při rozhovoru s rodiči. Vždy sledujeme také tělesnou konstituci dítěte, držení jeho těla, přítomnost známek neklidu, nejistoty, napětí, obav. Zabýváme se tím, jak se dítě na situaci adaptuje, jak navazuje kontakt, jak reaguje například na úkol a otázky subjektivně obtížné, limitované časem, volné, jak se vyrovnává s úspěchy i neúspěchy. V průběhu celého vyšetření se sleduje pozornost dítěte (kvalita pozornosti, délka soustředění, rozdíly v soustředění při různých

typech aktivit, kolísání pozornosti v čase a další znaky, přičemž se samozřejmě v úvahu berou věk a vývojová úroveň dítěte). Pozoruje se také paměť (kvalita uchovaného, schopnost vybavovat si...). Všímáme si také schopnosti regulovat chování, zda chování odpovídá požadavkům situace, výskyt zbrklého jednání, vázanost na vedlejší podněty, neschopnost předvídat následky svého jednání. Nedílnou součástí je sledování psychomotorických projevů (zda dítě při vyšetření sedí v klidu, jak často se vrtí, hraje si s rukama a s nohama, s různými předměty, zda není zvýšeně řečově aktivní, zda je jeho řeč klidná či rychlá až překotná, zaznamenává se také případný sklon k unavitelnosti, potřeba setrvat u jednoho úkolu či naopak tendence přecházet od jednoho ke druhému).

Projevem hyperaktivity, neklidu se zabývají J. Prekopová a C. Schweizerová (1994). Aby bylo možné brát v úvahu suspektní diagnózu hyperaktivity, je třeba dle těchto autorek zachytit u dítěte tyto symptomy (str. 101): „Netlumené puzení k pohybu (neustále v pohybu); nadměrné vynakládání síly; sklon ke stereotypům (kývání, poskakování, zmítání, houpání, škrabání, cupitání, natáčení vlasů na prst, luskání, mžikání, tiky); snížená schopnost soustředění a vytrvalosti; snadno se dá rozptýlit, podráždít, hektická touha po prožitku; těkavost v myšlení a cítění, nedostatečné zahloubání se do souvislostí; žádný strach z nebezpečí; neschopnost dodržovat pravidla soužití (neschopnost čekat, ..., naslouchat, ..., přizpůsobit se...); emocionální labilita a nízká frustrační tolerance; slabost vůle; oslabená síla „já“.“ Tyto projevy autorky doporučují detailněji probrat v rozhovoru, za klíčovou pokládají např. otázku, zda se neklid projevuje u dítěte vždy a při všech příležitostech.

- **Část testová:**

Obvyklými diagnostickými nástroji jsou u podezření na syndrom ADHD test inteligence, test pozornosti a testy percepce, paměti, dále pak lze využít osobnostní dotazníky, projektivní techniky a posuzovací škály či dotazníky pro dítě, rodiče či učitele. Speciální pedagog vyšetření může doplnit o určení typu laterality, diagnostiku vizuomotorické koordinace, podrobné zmapování percepčních funkcí a o specifické zkoušky pro jednotlivé poruchy učení, které se mohou k ADHD připojovat. I u vyšetření související s případnými neurotickými projevy si vždy ověřujeme úroveň intelektu dítěte, neboť se jedná o ukazatel důležitý. Můžeme se setkat např. s výraznějšími ambicemi rodiny a s nadáním dítěte, které těmto ambicím neodpovídá, což může být příčinou rozvoje obtíží (Matějček, 1991). Navíc nám práce s testem může přinést příležitosti jednak pro rozvoj spolupráce, jednak pro pozorování reakcí dítěte na různorodé úkoly a situace.

a) Testování inteligence:

Patrně nejběžnějším nástrojem testování inteligence u dětí je **Wechslerova škála inteligence (test WISC III)**. I. Paclt a kol. (2007) ji považují dokonce za nástroj fundamentální při diagnostice hyperkinetického syndromu. Jak tyto autoři připomínají, diagnózu nelze rozpoznat z úrovně celkového IQ skóru (i když E. M. Hallowell a J. J. Ratey (2007) tvrdí, že v tomto testu jedinci s ADHD nedosahují příliš dobrých výsledků), ale ze specifického profilu jednotlivých subtestů. Zejména se

ukazuje spojitost výsledku v indexovém skóru PKVO, jež zahrnuje subtesty Počty, Kódování, Vědomosti a Opakování čísel. U tohoto skóru obvykle nalézáme nižší hodnotu, což je dle různých studií dáno charakteristikami: pozornosti a koncentrace, schopnosti řadit, krátkodobé paměti a sluchových paměťových složek, numerických schopností, schopnosti aktivně řešit problémy. Zakládá tedy hypotézu o poruše pozornosti (Paclt a kol., 2007). Nižší může být také celkový verbální skór, také skór rychlost zpracování a faktor koncentrovanosti (získaný ze subtestů Počty, Opakování čísel a Kódování). Obvyklé potíže u dětí s ADHD bývají pozorovány u subtestů Opakování čísel, Kódování, Hledání symbolů a Bludiště. I. Pešová a M. Šamalík (2006) doplňují, že při testování je důležité sledovat, jakým způsobem dítě pracuje (systematicky, náhodně, stylem pokus – omyl, hádáním, zda je zbrklé či zda odpovědi promýšlí, jeho jistotu či nejistotu, tempo, zda má samo potřebu úkoly vyřešit či zda je vzdává, zda a jak spolupracuje, zda čeká na vysvětlení či zda začíná dříve, než ho dostane...).

b) Testy pozornosti:

Klasickým testem nejběžněji používaným v poradenských podmínkách je Jiráskův **Číselný čtverec**. Jak uvádí Z. Matějček (1991), tento nástroj byl sestaven jako zkouška pozornosti, ukázalo se však, že velmi dobře vypovídá také o pracovním stylu dítěte, o průběhu jeho výkonnosti v čase, o jeho adaptaci na opakovanou situaci. Opřít se lze o křivku učení testovaného dítěte, dle Z. Matějčka se navíc v křivce učení mohou objevit neurotické bloky. M. Svoboda (ed.) a kol. (2001) připojují možnost využití Bourdonova testu u starších dětí, zde lze sledovat rovněž průběh soustředění v čase a typické způsoby reagování (zbrkllost, sklon k chybovosti, ulpívání...). I. Paclt a kol. (2007) hovoří o možnosti využití Testu koncentrace pozornosti, Testu cesty a Testu pozornosti D2.

c) Testy zaměřené na úroveň percepce:

Poněvadž bylo zjištěno, že percepční nedostatky se typicky spojují s hyperkinetickou poruchou, je vhodné vyšetření v tomto případě doplnit o některé testy zaměřené na percepci. U sluchového vnímání se může jednat o vyšetření **Sluchové diferenciacce**, dále pak o Sluchovou analýzu a syntézu. Pro zkoumání zrakového vnímání slouží zejména **Edfeldtův Reverzní test**.

d) Testování paměti:

Při testování paměťových složek můžeme využít **subtest z WISC III – Opakování čísel**, také Paměťový test učení, z něhož lze získat i informaci o paměti dlouhodobé. Tyto metody jsou určeny pro zkoumání verbální paměti, pro testování neverbální, vizuální paměti pak slouží např. Reyova – Osterriethova komplexní figura. Zde se nám ukazují jednak schopnost vizuální diskriminace a prostorová představivost, ale také paměť, hodnotit je možné přesnost zpracování a vizuomotorickou koordinaci (Pešová a Šamalík, 2006).

e) Využití osobnostních dotazníků a projektivních technik:

Při diagnostice zkoumaných obtíží nám mohou pomoci také různé osobnostní dotazníky (kterých ovšem pro děti v mladším školním věku není příliš k dispozici) – nejčastěji to bývá **B-JEPI** (obsahující škály extroverze – introverze, labilita/neuroticismus a psychoticismus, také lži skór), případně JEPI, nebo CMAS – dotazník úzkostnosti. K měření úzkostnosti a některých osobnostních dispozic je možné využít rovněž ŠAD (Škála k měření úzkosti a úzkostnosti u dětí) či KSAT (Škála klasické sociálně situační anxiety a trémy). V případě podezření lze využít rovněž **Škálu dětské depresivity (CDI)**. Pro zjištění případných problémů se sebepojetím doporučují M. Svoboda (ed.) a kol. (2001) dotazník SPAS – sebehodnocení školní úspěšnosti, nebo škálu PAQ, která může odhalit nejistotu, intenzitu pocitů ohrožení, sníženou sebeúctu a tendenci k negativnímu sebehodnocení, vztah ke světu, rodinné prostředí a vztahy. Tyto aspekty také lze zjistit pomocí **Dotazníku stylů výchovy v rodině (pro děti od 8 do 12 let)**.

Podpůrnými prostředky jsou nepochybně projektivní metody, využít lze klasicky **kresbu stromu či postavy** (zde máme možnost mimo jiné posuzovat i úroveň grafického projevu, ztvárnění linií, disproporce, asymetrie, umístění v prostoru, použití barev, chudost či pestrost kresby či jiné ukazatele). Pro zmapování rodinné atmosféry lze zadat kresbu rodiny či začarované rodiny. (I. Pešová a M. Šamalík (2006) navrhuje také modifikaci kresba začarované třídy.) Posloužit může rovněž nekresebný projektivní nástroj – CATO, který vede k informacím o mezilidských vztazích v rodině i mimo ni. Běžně se používají i **Nedokončené věty** (z Michalova projektivního interview), v úvahu přichází například Rosenzweigův obrázkový frustrační test, Scénotest, Lüscherův test, TAT, ROR a jiné, vždy je ovšem třeba brát v úvahu uvážlivou interpretaci skutečností z těchto šetření získaných.

f) Posuzovací škály:

Jak se domnívá řada autorů, tyto metody představují nezbytnou součást komplexního vyšetření dítěte – obzvláště v souvislosti se suspektním syndromem ADHD. Mohou totiž přinášet cenné informace o různých aspektech poruchy a jejích projevu z různých pohledů – nejčastěji rodičů, dítěte a učitele. A. Munden a J. Arcelus (2002) pokládají za podstatné využití takových škál nejen při samotné diagnostice, ale i v průběhu terapie, kdy mohou napomoci při zjištění efektivity navržených opatření. Současně je třeba mít na vědomí, že výsledky zjištěné použitím škál mohou být lehce zkreslené, vycházejí ze subjektivního náhledu daných osob. Uvedení autoři hovoří o několika škálách mapujících chování dítěte, jsou to např.:

- Škály zjišťující symptomy ADHD – „přítomnost a závažnost symptomů, které v současnosti pociťuje vyšetřovaná osoba“ – DuPaulův dotazník (DuPaul Questionnaire), Škála symptomů podle DSM – IV (DSM – IV Symptom Checklist) dle Gorgona;
- Škály pro zjišťování závažnosti symptomů ADHD v různých prostředích – Barkleyho Home and School Situation Questionnaires;

- Dotazníky pro rodiče a učitele – „orientační vyšetření duševního zdraví; vyvážené informace z oblasti chování, emocí a sociálních vztahů“ – Goodmanův Dotazník předností a slabostí (Strengths and Difficulties Questionnaire);
- Objektivní výkonový test (který nepatří mezi posuzovací škály, ale uvádíme jej zde, neboť se též vztahuje k posuzování chování dítěte) – „objektivní měření schopnosti ovládat impulzy, pohotovosti k reakcím a těkavosti, které lze srovnat s normami pro děti stejného věku“ – Gordonův diagnostický systém (Gordon Diagnostic System) – zde je snaha odstranit subjektivnost.

Na větší skupinu symptomů jsou zaměřeny škály týkající se rovněž emocionálních a behaviorálních projevů, dávají tak možnost širšího náhledu. Nejčastěji se v literatuře setkáme se škálami Connersové. Ty obsahují i posouzení míry aktivity – její adekvátnosti. Mají verzi pro učitele a pro rodiče (sloužící také pro posouzení jejich výchovného stylu, kvality rodinného prostředí) (Svoboda (ed.) a kol., 2001). (Obě verze viz Přílohy – příloha č. 2 str. 124.)

Kriticky na tyto škály nahlíží V. Pokorná (2001). Domnívá se, že výpovědi rodičů a učitelů velmi často nekorelují, každý z nich sleduje jiné vlastnosti dítěte, má jiná očekávání, jinak mohou interpretovat položky ve škále. Z tohoto důvodu autorka navrhuje využití Pelhamova dotazníku, s jehož aplikací měla možnost osobně se setkat v Pittsburghu. Dotazník je podkladem pro strukturovaný rozhovor s rodiči a s učitelem, hodnotí se na škále 0 až 4. Zbývá se třemi oblastmi – symptomy hyperaktivity a nedostatečné pozornosti, problémy dětského vzdoru a poruchami chování. Je součástí Pelhamovy komplexní vyšetřovací metodologie. (Celé znění viz Přílohy – příloha č. 3 str. 134.)

E. M. Hallowell a J. J. Ratey (2007) nabízejí vlastní výčet otázek, které by mohly být položeny při diagnostickém rozhovoru. Dle jejich slov nevedou odpovědi k definitivnímu potvrzení či stanovení diagnózy ADHD, spíše slouží jako podnět k úvahám, jako podnět k dalšímu rozhodování. Dotazník není standardizovaný, autoři k tomu říkají, že čím více souhlasných odpovědí, tím větší je pravděpodobnost, že daná osoba trpí ADHD, připomínají ale, že na některé otázky souhlasně odpovědí všichni. Je určen jak pro děti, tak i pro dospělé. (Kompletní výčet otázek viz Přílohy – příloha č. 4 – str. 137.)

K posuzovacím škálám je zapotřebí podotknout, že obvykle nebývají běžnou součástí poradenského vyšetření – zejména z důvodu časové náročnosti komplexního vyšetření pro dítě i rodiče, proto nepatří mezi nástroje využitě ani u dětí z našeho zkoumaného vzorku. Přesto se dá konstatovat, že **značné množství položek z různých škál bylo použito při rozhovorech s rodiči a s dítětem, případně s učitelem** – v části anamnestické i posléze při průběžné další práci s dítětem a jeho rodiči.

3.2 Lékařská a tělesná vyšetření (zejména při diagnostice ADHD)

Po lékařské stránce se ukazuje jako užitečné neurologické vyšetření a vyšetření EEG. Další vyšetření se stanovují dle potřeby. V úvahu tak dle I. Drtílkové (2007) připadají tato vyšetření: **pedopsychiatrické vyšetření**, tělesné a neurologické vyšetření, EEG, laboratorní vyšetření (krevní obraz, jaterní testy, hodnoty štítné žlázy, kreatinin a jiné), eventuálně EKG před nasazením některých farmak.

Lékařské vyšetření je důležité z toho důvodu, že má vyloučit jiné možné příčiny obtíží. V závažných případech by tedy mělo předcházet psychologickému vyšetření (Pokorná, 2001). V praxi se setkáváme u závažnějších obtíží a u podezření na závažnější obraz poruchy s doporučením psychologa, aby se realizovalo také psychiatrické či neurologické vyšetření. Lékař pak může na základě výsledků odborných vyšetření přistoupit k vhodné medikaci.

Lékaři se při vyšetření zaměřují na známky neurologických abnormalit, sledují, zda se u dítěte neobjevují neobratnost či potíže s koordinací, projevy motorických tikových poruch či například Tourettův syndrom. Zabývat se musí také případnými příznaky onemocnění srdce, krevního oběhu, jater nebo ledvin – to by mohlo ovlivnit další léčebné postupy (Munden, Arcelus, 2002). Lékař si také může objednat elektroencefalografické vyšetření, magnetickou rezonanci či počítačovou tomografii (CT). Z těchto vyšetření mohou získat poznatky o struktuře mozku a o případných abnormalitách. Vyšetření se ovšem nepoužívají běžně - pokud se jedná o vysoce pravděpodobnou diagnózu ADHD (Munden, Arcelus, 2002).

3.3 Další využití postupy

Ve svém výzkumu jsem vycházela z obecného porovnání projevů a charakteristik syndromu ADHD a neurotických poruch. Pro zvýšení názornosti jsem využila pojmenování významných projevů a charakteristik obou poruch v tabulce. Vymezila jsme k tomu čtrnáct kategorií, které umožní zúžení pohledu. (Samozřejmě se nejedná o charakteristiky vyskytující se vždy u každého jedince postiženého danou poruchou, pohled je zde zaměřen obecně, na znaky typické; charakteristiky jsou také pochopitelně zestručněny). **Projevy, které se jeví jako podobné, nebo shodné, jsem v tabulce označila ztučněním písma.** Dále se budu věnovat popisu těchto podobností a na základě toho i rozdílů. **To nám poslouží jako východisko pro samotné kazuistiky dětí – budu se v nich vztahovat ke kategoriím a charakteristikám vyplývajícím právě z této tabulky.**

<i>Sledovaná kategorie/Porucha</i>	ADHD <i>(ve smyslu Hyperkinetické poruchy dle MKN – 10)</i>	Neurotické poruchy <i>(u dětí)</i>
<u>1.POZORNOST</u>	Obtíže s udržení pozornosti; problémy s vytrvalostí; pozornost snadno odpoutána jinam; neschopnost trvale se soustředit; malý rozsah pozornosti; pozornost upoutána vším bez výběru; ulpívání; snadná unavitelnost; výkyvy v koncentraci...	Poruchy pozornosti až neschopnost koncentrace; narušení koncentrace vlivem napětí; sklon k unavitelnosti CNS – snáze, rychleji; soustředění nevydrží dlouho; mělčí koncentrace; výkyvy v koncentraci; ulpívání...
<u>2.MOTORIKA, PERCEPCE</u>	Neklid, vrtění se, nepotřebné pohyby, potřeba neustále si s něčím hrát, hýbat končetinami apod.; neustálé vydávání zvuků, mluvení, skákání druhým do řeči; v některých případech také hypoaktivita, těžkopádnost; percepčně motorická oslabení; oslabená celková koordinace a vizuomotorická koordinace; nedostatky ve vnímání; tělesná neobratnost; vývojové poruchy motorické funkce...	Napětí spojené s pohybovým neklidem; mimovolní pohyby prstů a rukou, živá gestikulace; psychomotorická instabilita – nevydrží v klidu, stále něco dělá rukama, nohama apod.; možné poruchy motoriky; možné poruchy vnímání; v některých případech také útlum psychomotoriky, snížená aktivita; pohyby související s neurotickými návyky a tiky...
<u>3.IMPULZIVITA</u>	Rychlé jednání bez promyšlení; neschopnost zvážení důsledků jednání; překotné reakce; netrpělivost, neschopnost čekat; impulzivní omyly v důsledku impulzivních řešení; spontaneita jednání...	Chybějící spontaneita... (Ovšem v některých případech v situacích pro dítě nepříjemných či subjektivně ohrožujících nejsou vyloučeny impulzivní reakce.)

<p><i>Sledovaná kategorie/Porucha</i></p>	<p>ADHD <i>(ve smyslu Hyperkinetické poruchy dle MKN – 10)</i></p>	<p><i>Neurotické poruchy (u dětí)</i></p>
<p><u>4.KOGNICE</u></p>	<p>Spojitosť se specifickými poruchami učení, obtíže s prospěchem; poruchy mluvené a slyšené řeči; výkyvy výkonnosti; pomalé pracovní tempo; nerovnoměrný vývoj mentálních funkcí; potíže s přechodem k jiné činnosti; nedostatky v kódování paměti a ve vybavování; rychlé zapomínání; poruchy myšlení; neschopnost zabývat se něčím podrobněji; obtíže s analýzou a syntézou; chybějící souvislosti; ulpívání; výkon nižší než schopnosti dítěte; obtíže naučit se něco...</p>	<p>Zdání nižšího intelektu dítěte oproti skutečnosti; obtíže v oblasti řeči (váhavost, přeroky, ztrácení souvislostí...); neschopnost vzpomenout si na něco – vlivem napětí; pomalejší tempo – nevhodnost časově limitovaných úkolů; obtíže s pamětí – zejména při zapamatování, také ve vybavování; utlumené myšlení, jeho neplynulost; ulpívání; výkyvy ve výkonnosti...</p>
<p><u>5.EMOCE</u></p>	<p>Labilita; výkyvy nálad; náchylnost k výkonové úzkosti; sklon k frustraci; nadměrná vzrušivost; nadměrný projev emocí; změny nálad bez zjevné příčiny; přecitlivělost; obtíže vyjadřovat city; denní snění; možná deprese; možné agresivní chování s nepřiměřeně silnými reakcemi i na menší podněty; možná emoční povýšenost; někdy scházející empatie, emoční plochost...</p>	<p>Labilita; citová vratkost s kolísáním nálad; zvýšená zranitelnost; afektivní dráždivost; zvýšená pohotovost k úzkosti; denní snění; vypjatá emocionalita; možná deprese; možné agresivní jednání; existence různých strachů, nejistota, obavy z budoucnosti; přemrštěné reakce na neočekávané podněty, na běžné podněty; nadměrné předjímání ohrožení; spíše negativní ladění...</p>

<p><i>Sledovaná kategorie/Porucha</i></p>	<p>ADHD <i>(ve smyslu Hyperkinetické poruchy dle MKN – 10)</i></p>	<p><i>Neurotické poruchy (u dětí)</i></p>
<p><u>6.OSOBNOST</u></p>	<p>Snížené sebehodnocení, malá sebeúcta, pocity méněcennosti; frustrace při negativním hodnocení, snížená odolnost vůči neúspěchům; někdy nerozlišování mezi odměnou a trestem; odmítání nového; potíže pracovat samostatně; tendence ke konfliktům; nedostatek osobních cílů; možnost vytváření si negativních postojů vůči druhým; obtíže s vnímáním sebe sama; narušení procesu objevování a vytváření vlastní identity; zvýšená potřeba být druhými povšimnut...</p>	<p>Nízké sebevědomí a sebehodnocení, sklon podceňovat se, pocity méněcennosti; obavy ze selhání, z kritiky; možnost jednání ve svůj neprospěch, rovnou předvídání neúspěchu; obtížné přijímání trestů; vystupňovaná potřeba řádu; odmítání nového; negativní vnímání konfliktů; někdy touží po vyniknutí; neuspokojená potřeba seberealizace; poruchy „Já“; nevhodné vytváření vlastní identity; potřebuje zvýšeně oporu, ale často dojde k izolaci či se samo stahuje...</p>
<p><u>7.SOCIÁLNÍ OBLAST</u></p>	<p>Potíže s přizpůsobením se okolí; častá neoblíbenost u druhých, obtíže zapojit se do kolektivu, konflikty; sociální nevyzrálost; slabší sociální úsudek, slabší sociální adaptace; potřebují dohled a strukturu; někdy sociální odtažitost; uchylování se k různým strategiím pro poutání pozornosti (provokace, předvádění se apod.); problém chápat pravidla společenského chování...</p>	<p>Potíže s přizpůsobením se okolí; potíže v mezilidských vztazích, neumí si získat přátele, ambivalentní vztah druhých k němu; možná agresivita; spíše nesmělý projev, závislost na druhých; strach být středem pozornosti, spíše tendence k izolaci a vyhýbání se druhým; nevhodný charakter sociálních rolí...</p>

<p><i>Sledovaná kategorie/Porucha</i></p>	<p>ADHD <i>(ve smyslu Hyperkinetické poruchy dle MKN – 10)</i></p>	<p><i>Neurotické poruchy (u dětí)</i></p>
<p><u>8.CHOVÁNÍ</u></p>	<p>Špatná regulace chování; možné agresivní chování s nepřiměřenými reakcemi; někdy defenzivní chování, stahování se; v některých případech těžkopádnost, apatie; časté poruchy chování; nepořádnost, dezorganizace; ztrácení věcí, zapomínání, roztržitost; nepředvídatelnost reakcí; impulzivní projevy; neschopnost plánovat činnost; vyžadování stálé pozornosti – různé strategie poutání pozornosti...</p>	<p>Zhoršená přizpůsobivost k okolí; možná agresivita; spíše inhibice, vyhýbání se nepříjemným situacím; utlumenost, stahování se; možné poruchy chování; perfekcionistické chování; konformita; fixace na stereotyp; závislost; potřeba být povšimnut, ale spíše strach být středem pozornosti...</p>
<p><u>9.PROŽÍVÁNÍ</u></p>	<p>Možné deprese, úzkost; nespokojenost; obavy z učení se novému, nechuť ke změnám; zmatení z odlišného vnímání své osoby sebou a druhými, nerozumění tomu, jak jsou vnímáni; obtíže s interpersonálními vztahy a s vyjadřováním citů; vnímání reality jako odporující logice...</p>	<p>Možné deprese a úzkosti; porucha prožívání sebe ve vztahu k okolí; subjektivní pocit nadměrné zátěže; odmítání nového; svět vnímán jako nebezpečný; negativní prožívání odlišného postoje druhých k sobě; nepohoda; pocit odlišnosti od vrstevníků, potíže v mezilidských vztazích...</p>

<p><i>Sledovaná kategorie/Porucha</i></p>	<p>ADHD <i>(ve smyslu Hyperkinetické poruchy dle MKN – 10)</i></p>	<p>Neurotické poruchy <i>(u dětí)</i></p>
<p><u>10.SOMATICKÉ PROJEVY</u></p>	<p>Možnost přidružení enurézy, kóktavosti, tiků apod.; obvyklé poruchy spánku (probouzení se v noci, obtíže s usínáním, únava po spánku, neklid apod.); možné přidružené poruchy příjmu potravy; sklon k únavě; nepravidelný denní rytmus – u menších dětí; častěji přítomen strabismus, také infekce HCD, alergie, astma; náchylnost k nehodám a úrazům...</p>	<p>Tělesné příznaky jsou sekundárními projevy poruchy – není prokázána organická příčina; nejčastěji se jedná o nechutenství, zvracení, zažívací obtíže, anorexii, bulimii, zácpu, enurézu, enkoprézu, poruchy spánku (obtížné usínání, neklidný spánek, předčasné buzení se, noční děsy apod.), kóktavost, mutismus, tiky, únavu, neurotické návyky, bolesti různých částí těla; spojitost s infekcemi (HCD)...</p>
<p><u>11.NEUROLOGICKÉ SYMPTOMY</u></p>	<p>Obtíže s celkovou koordinací; možné nepravidelnosti na EEG; obtíže v hrubé motorice; obtíže se psaním; nezralost CNS vzhledem k věku; snadná unavitelnost CNS; nevyvážení procesů vzruchu a útlumu CNS; porucha vizuomotorické koordinace; nesymetrie pohybů, scházející rytmus, slabá pravolevá orientace...</p>	<p>Možná nemotornost, apraxie, akineze, afonie, dysartrie, dyskineze; oslabená CNS; nezralost CNS; nestejně zatížení CNS v různých fázích vývoje; sklon k unavitelnosti CNS...</p>
<p><u>12.MOŽNÉ PŘÍČINY</u></p>	<p>Dědičnost; nezralost CNS; neuroanatomické zvláštnosti; komplikace v těhotenství a při porodu, v raném vývoji...</p>	<p>Možný vliv dědičnosti; oslabená CNS; spojitost s konfliktními situacemi, s problémy ve vztazích, v rodině; psychogenní souvislosti; spojitost s osobnostními vlastnostmi, s nepříznivými situacemi; vliv nevhodné výchovy; vliv oslabení organismu (únava, onemocnění apod.)...</p>

<i>Sledovaná kategorie/Porucha</i>	<i>ADHD (ve smyslu Hyperkinetické poruchy dle MKN – 10)</i>	<i>Neurotické poruchy (u dětí)</i>
<u>13.ŠKOLA (= PROSPĚCH)</u>	Obtíže s učením; nevyrovnaný prospěch; výsledky pod skutečnými možnostmi dítěte; ztrácení zájmu o učení...	Obtíže s učením; kolísání výkonů; nesoulad mezi schopnostmi a výkonem...
<u>14.RODINA</u>	Rodiče prožívají méně uspokojení, méně pozitivní zpětné vazby; rodiče mohou být zvýšeně nejistí a úzkostní, zneklidnění, s pocity viny; rodiče (zejména matky) neurotizovány, nevědí si rady; provokace dalších problémů – manželských či partnerských, vystupňovaná sourozenecká rivalita, napětí v rodině...	Neurotičtí rodiče, obvykle alespoň jeden z nich, rodiče, kteří mají nedořešený nějaký konflikt; nenaplnění očekávání rodičů, možné vysoké ambice; nevhodná výchova...

Tabulka 2: Porovnání charakteristik ADHD a neurotických poruch u dětí.

K jednotlivým kategoriím nyní připojíme komentář zaměřený na zhodnocení podobnosti a pojmenování rozdílů:

1. Pozornost – zde nalézáme **značné podobnosti projevů**, koncentrace pozornosti **může být u obou poruch narušena**. V případě ADHD se jedná o základní symptom, který musí být přítomen pro stanovení diagnózy. Oproti tomu u neurotických poruch jde o druhotný jev vyvolaný napětím, které dítě prožívá.
2. Motorika, percepce – projevy neklidu, psychomotorické nestability, nadměrné aktivity či případně naopak útlumu aktivity nacházíme **shodně u obou poruch**. Rozdíl zřejmě tkví v původu motorických a percepčních obtíží – u ADHD nejspíše obtíže souvisejí s drobnými poškozeními CNS a vlivem toho s neschopností zaměřit pozornost, zklidnit se; u neurotických projevů pak opět spíše s napětím dítěte, které zasahuje jeho další projevy.
3. Impulzivita – tato kategorie je považována za zásadně **odlišnou**, neurotické děti bývají spíše inhibované, se scházející spontaneitou, lpějící na zavedeném řádu (i přesto se však mohou v určitých případech projevovat impulzivně). U ADHD je impulzivita jedním ze tří základních příznaků.

4. Kognice – **shodné obtíže** nacházíme u **častého nižšího výkonu dítěte, který neodpovídá jeho skutečným možnostem, podobnost byla zaznamenána u poruch myšlení, paměti, řeči.** Podstata těchto obtíží spočívá u ADHD patrně v organických vlivech, v nerovnoměrném vývoji mentálních funkcí. U neuróz se pak spíše jedná o zastření funkcí sekundárně.
5. Emoce – projevy vztahující se k této kategorii jsou v řadě ohledů **totožné – labilita, kolísání nálad, zvýšená dráždivost, úzkost, zvýšená vzrušivost, přecitlivělost, možnost reagování agresivitou, nižší frustrační tolerance.** Rozdílnost spatřujeme v „dezorganizaci“ emocí, v eventualitě nedostatečné empatie a emoční oploštělosti u syndromu ADHD oproti jakémusi „zaměření“ emocí u neurotických poruch – ve smyslu zejména nadstavby pocitu ohrožení, obav z budoucnosti, případně konkrétních strachů přístupných vědomí dítěte. U ADHD představuje emocionální labilita jeden z typických druhotných příznaků, v případě neurotických poruch jsou emocionální obtíže základem.
6. Osobnost – příznačným jevem pro obě poruchy jsou **snížené sebehodnocení, pocity méněcennosti, negativní prožívání kritiky a neúspěchů.** U obou poruch vlivem toho může docházet **k narušení vytváření a poznávání vlastní identity, může být narušeno vnímání sebe sama.** Odlišnost se zdá být v „uvědomělosti“ u neuróz, která má za následek předvídaní či očekávání neúspěchu. Další rozdíl nalézáme u scházení cílů u ADHD – „bezcílnosti, nezaměřenosti“ oproti zvýšené potřebě řádu u neurotických poruch, k němuž mají tito jedinci mnohdy tendenci se sami uchylovat.
7. Sociální oblast – jak děti s ADHD, tak děti neurotické mohou mít **obtíže s přizpůsobením se, obtíže se začleněním se do kolektivu, mohou být u druhých neoblíbené.** ADHD děti z tohoto mohou být zmatené, nebo těmto jevům nerozumějí, děti neurotické obtíže v mezilidských vztazích negativně vnímají, jsou jimi dále negativně ovlivňovány. U ADHD se může jednat o projevy související se sociální nezralostí, vlivem obrazu poruchy tyto jevy děti s ADHD většinou nejsou schopny chápat. Rozdílné mohou být rovněž reakce – ADHD dítě spíše zvýšeně usiluje o upoutání pozornosti (i když někdy se také stahuje), neurotické dítě může mít spíše strach z toho, že by bylo středem pozornosti a stahuje se (i když se také někdy může snažit poutat pozornost).
8. Chování – společné je rovněž **chování s rysy nepřizpůsobivosti.** Projevem, který můžeme nalézt u obou poruch, je v některých případech **těžkopádnost, apatie, někdy také defenzivní či inhibované chování.** V obou případech můžeme zaznamenat **častější výskyt poruch chování, někdy tendence k agresivnímu jednání.** Za rozdílné považujeme projevy impulzivitu v chování ADHD dětí,

neschopnost plánovat činnost a dezorganizaci, u neurotických dětí se spíše lze setkat se sklonem k perfekcionismu, se závislostí, s fixací na stereotypy. V chování dětí se syndromem ADHD bývá patrné stálé vyžadování pozornosti, děti neurotické si pozornost také přejí, ale častěji se projevují konformně, nepoutají pozornost zvýšeně, spíše se stahují do sebe.

9. **Prožívání** – **totožné jsou obavy ze změn, prožívání potíží v oblasti mezilidských vztahů, často neradostné ladění, možné depresivní či úzkostné ladění.** U ADHD dětí nacházíme psychické obtíže vyvolané patrně neporozuměním, nerozuměním některým situacím kolem, až dojem nelogičnosti dění kolem, u dětí s neurotickými projevy pak uvědomělost své odlišnosti od ostatních, vnímání světa spíše jako nebezpečného než jako odporujícího logickým zákonům.
10. **Somatické projevy** – **celá řada somatických projevů se může objevovat u ADHD i u neurotických poruch.** Rozdíl zde spatřujeme ve faktu, že u neurotických poruch jsou tyto projevy možná více manifestovány, zřetelněji k nim patří, jsou s těmito poruchami spojovány jako sekundární projevy. U ADHD jsou somatické obtíže zaznamenávány zřejmě jako přidružené příznaky, souvislosti jsou zde předmětem různých výzkumů.
11. **Neurologické symptomy** – nalézáme **shodu v oblasti možnosti narušené koordinace pohybů, u eventuality výskytu obtíží souvisejících s nezralostí CNS či s její snadnou unavitelností.** Zdá se, že zatímco u ADHD musí být tyto fenomény nutně primárně přítomny, přímo se s poruchou pojí, ve vztahu k neurotickým projevům představují pravděpodobně spíše faktory predisponující či sekundární.
12. **Možné příčiny** – shodně u obou poruch se setkáváme **s předpoklady vlivu dědičnosti (ovšem u neuróz méně) a nezralosti či oslabenosti CNS.** Jinak se ale dá říci, že rozvoj ADHD souvisí mnohem více s etiologií biologickou, rozvoj neurotických projevů a poruch spíše s příčinami psychosociálními, psychogenními (biologické faktory však mohou mít vliv predispoziční).
13. **Škola (míněno s ohledem na prospěch)** – projevy v této kategorii **se jeví jako shodné, u obou poruch se mohou objevovat školní obtíže podobného rázu.**
14. **Rodina** – v rodinách dětí můžeme mnohdy pozorovat **u obou poruch nejisté, neurotické či zklamávané rodiče, kteří si nevědí rady, nebo uplatňují nevhodné výchovné přístupy. V těchto rodinách je také často možno sledovat existenci dalších problémů, konfliktů, napětí.** Zdá se, že v rodinách dítěte se syndromem ADHD se může spíše jednat o následek (i když se samozřejmě v těchto rodinách uvedené obtíže mohly vyskytovat i z jiných příčin, také mohou

dále projevy syndromu ovlivňovat), v rodině dítěte neurotického by mohly představovat jednu z příčin rozvoje poruchy. (Nepochybně tomu tak však nemusí být vždy.)

3.4 Struktura kazuistik

Při popisu vycházíme z této struktury:

- A) Anamnestická data (pohlaví; rok narození dítěte; průběh raného vývoje; zdravotní stav, somatické obtíže; základní údaje o rodičích a rodině dítěte; o sourozencích; rodinná situace a atmosféra; zájmy a záliby; okolnosti počátku školní docházky; třída a typ školy, kterou dítě navštěvuje; údaje o vyšetřeních dítěte – v PPP či jinde).
- B) Charakteristiky obrazu projevů u dítěte (zde je východiskem čtrnáct sledovaných kategorií vymezených v tabulce v předchozí kapitole – k nim budou projevy dítěte vztahovány, komentovány budou souvislosti se zkoumanými poruchami).
- C) Terapie, přístupy k dítěti, vývoj projevů (využité postupy a jejich úspěšnost; vývoj obrazu projevů u dítěte – pokud je znám).
- D) Shrnutí.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

KAZUISTIKA 1 – DANIEL

- A) Anamnestická data

Jedná se o chlapce narozeného v lednu roku 1997. Těhotenství probíhalo fyziologicky, porod byl ovšem s komplikacemi – klešťový. Chlapec byl sledován jako rizikový novorozenec. Raný motorický vývoj už poté odpovídal normě. Měl mírné poruchy výslovnosti, které se kompenzovaly s pomocí logopedie ještě před nástupem školní docházky. Z hlediska zdravotního stavu je důležité uvést občasné bolesti hlavy či břicha v dřívějším období, občasné potíže s usínáním, chlapec také odmalička méně a pomalu jí. Enuresis nocturna a výjimečně i diurna u něho přetrvávaly zhruba do věku osmi let. V devíti letech pak trpěl silným kašlem vedoucím někdy až ke zvracení, pro nějž nebyl nalezen organický podklad.

Oba rodiče jsou středoškoláci narození roku 1975. Matka pracuje jako zdravotní sestra, otec je OSVČ. Oba jsou zdraví. Od roku 2003 jsou rozvedeni, chlapec je vychováván ve střídavé péči – po týdnech. U obou rodičů má dobré zázemí, otec je navíc nadprůměrně finančně zabezpečen a poskytuje tak synovi nadstandardní materiální péči. O výchově se společně domlouvají, snaží se o jednotný přístup. Otec i matka již žijí s novými partnery, Daniel má ze strany matky několikaměsíčního bratra. Rozvod rodičů chlapec akceptoval, přesto doposud nenese lehce skutečnost, že matka a otec nežijí pohromadě, opakovaně vyjadřuje například při psychologických vyšetřeních přání, aby byli spolu. Partnerku otce toleruje, ale trvalo mu déle, než ji přijal, nikdy o ní moc nechtěl hovořit. S partnerem matky si rozumí, z malého bratra je nadšený.

K jeho zájmům patří fotbal i jiné sporty, historie, tvořivé činnosti – staví z Lega, lepší modely letadel, vyrábí předměty ze dřeva, rád také hraje strategické stolní hry.

Školní docházku Daniel nastoupil bez odkladu, měl mírné adaptační obtíže. Od počátku doposud navštěvuje běžnou městskou základní školu, běžnou třídu.

Chlapec byl poprvé vyšetřen v PPP v roce 2004 – ve věku sedmi let. Toto vyšetření prokázalo nadprůměrně rozvinuté rozumové schopnosti, výrazný psychomotorický neklid, susp. ADHD a projevy neurotizace, bylo doporučeno vyšetření na dětské psychiatrii. To se realizovalo v roce 2005 se závěrem: hypersenzitivita, lehká úzkostnost, Porucha pozornosti a aktivity a Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha. Kontrolní vyšetření v PPP v letech 2006 a 2008 pak konstatovala rozvoj rozumových schopností až do oblastí velmi výrazného nadprůměru, přetrvávání projevů Poruchy pozornosti a aktivity, sensitivitu, emocionální labilitu, úzkostnost a snížené sebehodnocení, také rozvoj dysortografie.

- B) Charakteristiky obrazu projevů u dítěte

1. Pozornost – Daniel se nevydrží déle soustředit, koncentrace pozornosti je u něho výrazně kolísavá, pozornost je dráždivá – snadno ho zaujmou okolní podněty, při práci potřebuje časté změny typů aktivit, rychle se unaví. Křivka v Číselném čtverci osciluje. **Projevy patrně souvisejí s oběma zkoumanými poruchami. Významné jsou především pro suspektní diagnózu ADHD.**
2. Motorika, percepce – zaznamenány byly výrazný pohybový neklid stupňující se při únavě (vrtění se, sjíždění ze židle, hraní si s předměty na stole...), stálé komentování dění, hlasitý projev, velmi rychlé pracovní tempo, neobratná a méně koordinovaná jemná motorika a grafomotorika. Dlouho přetrvával nekorektní úchop psacího náčiní. **Projevy opět mohou souviset s oběma poruchami. Významné jsou především pro suspektní diagnózu ADHD.**
3. Impulzivita – u Daniela se projevuje výrazně rychlé pracovní tempo, které často vede ke zbytečným chybám ze zbrklosti, mnohdy jedná rychleji než přemýšlí, obzvláště u jednoduchých a stereotypních úkolů. Poslední zmíněná charakteristika může souviset rovněž s jeho velmi vysokým intelektem – chlapec potřebuje spíše náročnější úkoly, které jsou pro něho „výzvou“. **Projevy jsou signifikantní pro suspektní diagnózu ADHD.**
4. Kognice – navzdory velmi vysokému intelektu (WISC III: rok 2004 – VIQ – 128, PIQ – 131, CIQ – 135; rok 2008 - VIQ – 144, PIQ – 129, CIQ – 140) prospívá Daniel ve škole spíše průměrně, handicap patrně představuje dysortografie a dříve také hraniční dyslexie a dysgrafie. Učiteli je hodnocen jako průměrný žák. Má slabší krátkodobou paměť, ale nemá zvláštní potíže s učením se, s domácí přípravou. **Suspektní diagnóze ADHD zde nahrávají spojitost se specifickými poruchami učení a výkony slabší než intelekt chlapce (tento projev může být rovněž projevem neurotických obtíží, chlapec je výkonově zaměřen a může selhávat i vlivem napětí).**
5. Emoce – Daniel je emocionálně labilní, zvýšeně citlivý, má strach ze selhání. Projevuje se u něho zvýšená zranitelnost, jakýkoliv problém (obzvláště v souvislosti s rodinou) těžce nese, ale své pocity má tendenci skrývat a maskovat za suverénní postoj. Výrazně potřebuje být pozitivně hodnocen a přijímán, bylo zjištěno nízké sebehodnocení, také možná tendence k anhedonii a neurotizaci (B – JEPI – v roce 2008 škála neuroticismu dokonce 99. percentil). Je zvýšeně úzkostný, obává se změn, neznámých situací, tmy... **Zmíněné projevy jsou významné pro diagnózu obou poruch.**
6. Osobnost – chlapec má tendenci se spíše podceňovat (skór pro snížené sebehodnocení v CDI v roce 2006 – 75. percentil), je rozladěný či až sám na sebe

vzteklý, když se mu nedaří. Jak již bylo zmíněno, nepříjemně prožívá nové a neznámé situace, raději předem ví, co a jak se bude dít, zvýšeně potřebuje pozornost a pozitivní zpětnou vazbu od druhých. Patrně vlivem vysokého nadání a sociální zralosti dokáže být samostatný, nemá konflikty s druhými a dokáže se prosadit. **Pro diagnózu obou poruch svědčí snížené sebehodnocení, frustrace při neúspěchu, odmítání nového a potřeba opory od druhých.**

7. Sociální oblast – Daniel měl v předškolním věku a v počátku školní docházky mírné potíže s přizpůsobením se okolí, v současné době ovšem nemá žádné obtíže tohoto typu, je společenský, kamarádský, má dostatek přátel a ve třídním kolektivu je oblíbený. Lze u něho konstatovat vyšší úroveň sociální vyspělosti vzhledem k věku. **U této kategorie nezaznamenáváme projevy svědčící pro zkoumané poruchy.**
8. Chování – u chlapce se objevují nepořádnost a zapomínání (spíše v minulosti), potřeba být povšimnut a následkem toho poutání pozornosti, dožadování se stálé interakce. Také se o něm dá říci, že je spíše závislý na rodičích, hůře se od nich dříve odpoutával. Má rád svůj zažitý rytmus a řád. **Zmíněné charakteristiky nasvědčují suspektnímu syndromu ADHD (projevy impulzivity) i neurotizaci (závislost, fixace na stereotyp).**
9. Prožívání – projevy již byly komentovány výše – zejména ad 5 – Emoce.
10. Somatické projevy – zejména enuresis bez organické příčiny do osmi let věku, občasné obtíže s usínáním, menší chuť k jídlu, dříve stížnosti na bolesti hlavy a břicha, patrně psychogenní kašel. **Přidruženým příznakem ADHD může být zejména enuresis, také obtíže spánkové; oporou pro diagnózu neurotické poruchy jsou všechny zmíněné projevy.**
11. Neurologické symptomy – pro nezralost CNS u chlapce svědčí obtíže zmíněné ad 1 a ad 2, také až po desátém roce se vyhraňující lateralita. **Tyto okolnosti podpírají diagnózu syndromu ADHD, současně mohou být podkladem i projevem neurotické poruchy.**
12. Možné příčiny – u syndromu ADHD to mohou být mimo jiné komplikace při porodu, u neurotických poruch např. vliv rodinné situace, se kterou se vnitřně chlapec patrně dosud nesmířil, **také přichází v úvahu oslabená CNS a školní zátěž – obtíže zapříčiněné projevy syndromu ADHD a specifické poruchy učení, které Daniel negativně vnímá**, u obou poruch je možný vliv dědičnosti (ale údaje neznáme).
13. Škola (= prospěch) – uvedeny již byly výkony nižší než intelekt chlapce, někdy také mírná školní demotivace – **což může vypovídat o přítomnosti obou poruch.**
14. Rodina – rodiče (a zejména Danielova matka) si byli mnohdy nejistí, jak k synovi přistupovat, matka zvýšeně úzkostně prožívala např. obtíže v komunikaci se synem (je ve vztahu k ní spíše uzavřený a svěruje se jí méně než dříve, nejistotu maskuje

suverenitou). Matka je patrně emocionálně labilnější, zvýšeně senzitivní. Výchova v rodině je navzdory střídavé péči poměrně jednotná, laskavá, vstřícná. Daniel se ovšem nejspíše stále zcela nevyrovnal s rozchodem rodičů. **V rodině nalézáme symptomy podporující obě diagnózy.**

- C) Terapie, přístupy k dítěti, vývoj projevů

Rodiče Daniela se od počátku velmi vnímavě snaží o vhodný přístup k dítěti, v PPP se zajímali o informace, i přes rozchod spolu komunikují a obtíže řeší společně. K chlapci přistupují trpělivě, klidně, s pochopením, usilují o důslednost a zachování zaběhlého denního režimu i při střídavé péči. Oba rodiče ho také podporují v jeho zálibách, oceňují jeho úspěchy, ale ani v souvislosti se školou na něho nekladou přehnané požadavky, spíše ho podněcují v rozvoji kreativity.

Daniel v PPP absolvoval program pro rozvoj koncentrace pozornosti KUPOZ, dochází také do klubu pro nadané děti, kde prostřednictvím hraní rozvíjejících stolních her dochází např. také k vytvoření prostoru pro individuální rozvoj dítěte, pro rozvoj komunikačních a sociálních dovedností a emocionality, k ventilaci napětí.

Chlapec není medikován, psychiatr mu doporučil užívání magnesia a vitamínu B6.

Při poslední kontrole v PPP i v současné době rodiče konstatují zklidnění chlapce, zejména zmírnění projevů emocionální lability.

- D) Shrnutí

U chlapce zaznamenána řada projevů odpovídajících syndromu ADHD i neurotické poruše, mnoho z nich svědčí současně pro obě diagnózy, chlapec je navíc velmi výrazně nadprůměrně inteligentní, což se také promítá do jeho projevů. Obtíže spojené se syndromem ADHD mohly být jedním z provokujících činitelů neurotizace. Patrně vlivem vhodného přístupu rodiny, podpůrných terapeutických programů a vyspívání se potíže chlapce zmírňují.

KAZUISTIKA 2 – TEREZA

- A) Anamnestická data

Dívka se narodila v dubnu roku 2000. Těhotenství bylo bez komplikací. V důsledku překotnosti ji matka porodila doma bez asistence lékaře, dívka byla následně několik dní v inkubátoru a více sledována. Raný motorický i řečový vývoj probíhal poté v normě. Tereza odmalička trpí astmatem a bývá častěji nemocná. Od pěti let se objevuje enuresis nocturna,

nejprve velmi výrazně – každou noc, v současnosti již jen zhruba třikrát měsíčně. (Počátek obtíží může souviset s konflikty mezi rodiči – velmi napjaté vztahy v rodině.)

Oba rodiče jsou vyučeni. Matka se narodila v roce 1974, je zaměstnána jako kuchařka, trpí astmatem. Otec (narozen 1969) pracuje jako horizontkář, léčí se s hypertenzí. Rodiče jsou rok rozvedeni, dívka byla soudem svěřena otci společně s o tři roky starším bratrem. Rozvodu předcházelo konfliktní období, matka poté rodinu opustila, nyní již založila novou. Děti se s ní poměrně pravidelně vídají. Dle otce i dle třídní učitelky Terezy je výchova rodičů dosti nejednotná, matka je příliš benevolentní, otec má naopak tendenci mít vyšší nároky, u rodičů navíc stále přetrvává napjatý vztah. Dívka patrně těžce nese rodinnou situaci, i když to navenek spíše skrývá. Na obou rodičích jí záleží, respektuje matčina nového partnera, pro otce by si přála novou ženu. Se starším bratrem si rozumí.

Řada jejích zájmů by se dala označit jako zájmy spíše chlapecké – hraje již několik let fotbal, chce začít s hokejem, jezdí na kole. Mimo to také ráda tancuje a čte, má kladný vztah ke zvířatům.

Dívka chodila dva roky do MŠ, neměla realizovaný odklad školní docházky, na MŠ i ZŠ se adaptovala bez větších obtíží, ale již v předškolním věku měla problémy s chováním v kolektivu a s přizpůsobením se pravidlům. Navštěvuje běžnou třídu městské školy, která se však profiluje jako škola sportovní a zaměřuje se značně na výkony žáků.

V PPP byla Tereza vyšetřena zatím jen jednou – v roce 2008 (tedy v osmi letech věku). Toto vyšetření prokázalo nerovnoměrnou strukturu rozumových schopností, celkově v pásmu průměru, výrazné projevy susp. ADHD, hraniční pásmo dyslekticko – dysortografické poruchy, psychickou labilitu, nižší sociální zralost, výraznou sensitivitu, výrazně sníženou sebedůvěru.

- B) Charakteristiky obrazu projevů u dítěte

1. Pozornost – u Terezy lze zaznamenat velmi výrazné projevy kolísání koncentrace pozornosti, mělkou pozornost, velmi snadné odpoutání pozornosti jinam vedoucí až k zapomenutí souvislostí a zejména značnou unavitelnost CNS, veliče často potřebuje přestávky, soustředí se jen krátce. Únava patrně souvisí také s výkyvy nálad – např. při obavách z neúspěchu. **Projevy nasvědčují přítomnosti obou poruch.**
2. Motorika, percepce – dívka je značně psychomotoricky neklidná, neustále se hýbe či si s něčím hraje, na něco se dotazuje, „šáskuje“ či se hlasitě směje. Zjištěna byla slabší sluchová diferenciací hlásek, neobratná je grafomotorika, dívka má nekorektní a křečovitý úchop psacího náčiní. **Uvedené projevy mohou poukazovat na obě poruchy, významné jsou především pro susp. diagnózu ADHD.**
3. Impulzivita – Tereza se projevuje dosti impulzivně, při práci je zbrklá, netrpělivá při zaujetí úkolem, ve škole bylo několikrát zaznamenáno překotné jednání bez

přemýšlení, díky němuž měla problémy, má snížené zábrany. **Charakteristiky jsou významně signifikantní pro susp. syndrom ADHD.**

4. Kognice – u Terezy psychologické vyšetření prokázalo nerovnoměrnou strukturu kognitivních schopností (WISC III: VIQ – 107, PIQ – 91, CIQ – 100), patrné jsou disproporce mezi jednotlivými subtesty (některé verbální složky výrazněji nadprůměrné, některé názorové pak spíše slabší). Vliv na výkon může mít také hraniční specifická porucha učení. Znatelné jsou ulpívání, výkyvy výkonnosti vlivem únavy a nejspíše také vlivem výrazných obav ze selhání, z napětí – to se promítá také do schopnosti zapamatovat si (při subtestu zjišťujícím úroveň krátkodobé sluchové paměti se dívka dokonce rozplakala, vyšetření poté muselo být přerušeno). **Disproporce mezi jednotlivými složkami intelektu a výskyt specifické poruchy učení mohou poukazovat na susp. syndrom ADHD, stejně tak jako obtíže s pamětí a vliv únavy na výkon – tyto projevy pak směřují k možné přítomnosti neurotizace.**
5. Emoce – dívka vykazuje velké výkyvy nálad – z halasného smíchu přechází do záchvatu pláče, její reakce mohou být přemrštěné, má sklon k výrazné úzkosti z neúspěchu, již předem pláče a prohlašuje, že je neschopná, že úkol nezvládne, že nic neumí. Je hypersenzitivní. **Zmíněné projevy dokladují výskyt obou poruch, významně nahrávají podezření na neurotizaci dítěte.**
6. Osobnost - Tereza má dosti nízkou sebedůvěru, má tendenci se podceňovat a obává se selhání, přesto se mnohdy snaží navenek působit sebejistě (patrně vlivem tohoto a impulzivního jednání se již několikrát pokusila o podvod v souvislosti se špatnou známkou). Touží po pozornosti druhých, potřebuje k sobě poutat pozornost, mít oporu. Sebe sama vnímá různě – v závislosti na situaci. **Uvedené projevy se nejspíše vztahují k oběma poruchám.**
7. Sociální oblast – dívka má již od předškolního věku mírné obtíže s přizpůsobením se v kolektivu, vždy se projevovala průbojně, používá různé strategie k poutání pozornosti (předvádí se, provokuje, vyvolává konflikty, pere se). Je společenská, potřebuje kamarády, ale dle třídní učitelky je dětmi spíše tolerována, i když několik kamarádů má. Má slabší sociální úsudek a může mít potíže s chápáním pravidel. **Tyto projevy nasvědčují zřejmě více diagnóze susp. syndromu ADHD – principem projevů se zdá být spíše nadměrná snaha upoutat pozornost a neporozumění situaci než stranění se.**
8. Chování – u dívky dominují horší seberegulace, impulzivní jednání, sklon k dezorganizaci, výskyt poruch chování – lhaní, podvod, mírná tendence také k agresivitě. **Charakteristiky mohou souviset s oběma poruchami, zřetelněji více**

však odkazují k susp. ADHD (ale možná je také ventilace duševního napětí a snaha zamaskovat neúspěch prostřednictvím poruch chování).

9. Prožívání – Tereza je zvýšeně úzkostná, neradostně prožívá své obtíže, má obavy ze změn, negativně snáší subjektivní zátěž, má pocit odlišnosti, prožívá sebe sama v horším světle. **Tyto projevy lze přičítat susp. neurotické poruše i susp. syndromu ADHD.**
10. Somatické projevy – enuresis nocturna u dívky byla nejspíše vyprovokována konfliktní atmosférou v rodině – tedy vznik na bázi neurotické, nelze však vyloučit **dispozici k této poruše danou syndromem ADHD, oslabenou CNS.** Astma a častější nemocnost mohou rovněž souviset s **oběma zkoumanými poruchami.**
11. Neurologické symptomy – patrné jsou výrazná unavitelnost CNS, nezralost CNS, neobratná grafomotorika, dále pak speciálně pedagogickým vyšetřením zjištěná velmi slabá pravolevá orientace. **Projevy související s vlastnostmi CNS mohou nasvědčovat přítomnosti obou poruch, poslední zmíněný projev bude spíše spjat se susp. syndromem ADHD.**
12. Možné příčiny – incidence syndromu ADHD může být dána např. komplikacemi při porodu. Příčiny rozvoje neurotických obtíží spatřujeme v nepříznivé rodinné situaci a v nejednotné výchově dívky, **také ovšem v oslabení organismu a v potížích souvisejících s výraznými projevy ADHD, které s sebou nesou další psychickou zátěž pro dívku.**
13. Škola (= prospěch) – Tereza zatím ve škole prospívá průměrně, což celkem odpovídá jejím rozumovým schopnostem. Pozorovat lze občasnou nechuť ke školním úkolům, ke školní práci, vyčerpání – patrně vlivem zvýšené unavitelnosti CNS – **tedy je možný vliv obou poruch.**
14. Rodina – v rodině byly dlouho napjaté vztahy, dívka prožila odchod matky. Výchova je dosti nejednotná, z Dotazníku stylů výchovy v rodině vyplývá, že se jedná o typ výchovy pesimální s Terezou subjektivně vnímanými zápornými emocionálními vztahy a rozporným řízením. Otec, který má dívku v péči, je projevy dcery rozčarován, leckdy si neví rady. **Zmíněné okolnosti pokládáme za jednu z příčin neurotizace dívky, prožívání otce může souviset (nejen) s reakcemi na projevy syndromu ADHD.**

- C) Terapie, přístupy k dítěti, vývoj projevů

Otec Terezy měl zájem o informace, o konzultaci v PPP. Spolupracuje také s třídní učitelkou dcery, upravil svůj zvýšeně nárokový přístup k Tereze. Snaží se k ní být vnímavý a povzbuzující. Dbá na pravidelný denní režim. Do toho ovšem zasahují pobyty u matky, která je

nedůsledná a s otcem dívky nespolupracuje. Mnohdy právě po návratu od matky dojde u Terezy k problematickému chování.

Do PPP Tereza dochází na program individuálního rozvoje u speciální pedagožky, která jí pomáhá po malých krocích nejen s nácvikem koncentrace pozornosti, ale také s rozvojem oslabených funkcí, pravidelně také s Terezou a jejím otcem rozebírá aktuální situaci. Tato terapie trvá jen několik měsíců, patrně zatím nejsou významnější úspěchy.

- D) Shrnutí

U dívky zaznamenáváme množství projevů svědčících pro diagnózu syndromu ADHD i pro diagnózu neurotické poruchy. Ta mohla být mimo jiné vyvolána rovněž vlivem velmi výrazných projevů syndromu ADHD, které dívce dosti komplikují život. Terapie trvá pouze krátce a vzhledem k nevhodným okolnostem v rodině dívky je vývoj nejistý. Velmi důležitá je další spolupráce s PPP, případně s dalšími odborníky, a průběžné sledování vývoje obrazu dívky.

KAZUISTIKA 3 – VĚRA

- A) Anamnestická data

Dívka se narodila v únoru roku 1998. V těhotenství matka prožívala významný stres spojený se studiem. Při porodu byla matka více sledována, porod byl protrahovaný. Dívka v novorozeneckém období hůře prospívala, poté se ale situace upravila a raný vývoj motoriky i řeči probíhal v normě. Věra má od raného věku oční vadu – dalekozrakost – korigovanou brýlemi. Na změnu prostředí od malička reaguje nemocí – nejčastěji spojenou s kašlem, také prodělala zápal plic. V mladším věku mívala občas nepříjemné sny, mluvila ze spaní. Nyní se jí občas stává, že ji vzbudí sen spojený s pavouky, jichž se velmi obává, křičí, je vyděšená.

Oba rodiče jsou vysokoškoláci, narození v roce 1967, matka pracuje jako lékařka, je zdravá, otec vystudoval architekturu, působí jako manažer ve vrcholové pozici, trpí úzkostmi a psychosomatickými obtížemi, příbuzní z jeho strany měli diagnostikovanou depresi. Rodiče Věry jsou od roku 2002 rozvedeni, dívka je v péči matky, ale s otcem se pravidelně vídá. Rodiče spolu bez obtíží komunikují, snaží se o jednotný výchovný přístup. Věra má k oběma velmi blízký vztah, přála by si, aby byli rodiče opět spolu, navenek situaci akceptuje, ale po rozvodu se začala projevovat zvýšeným vzdorem, vztekem. Otcovu novou partnerku má ráda, chtěla by, aby také matka s někým žila. Nemá žádné sourozence.

Dívka má mnoho zájmů, kroužků – hraje na flétnu, trénuje tenis a akvabely, chodí na angličtinu a na keramiku, má vztah ke zvířatům, ráda čte. Nemá moc volného času doma, ale kroužky si sama vybírá.

Navštěvovala již jesle, poté mateřskou školu, odklad školní docházky nebyl realizován. Na školu se adaptovala dobře, ale odmítá se účastnit jakýchkoliv výletů či školních pobytů, při nichž má problém s adaptací. Dochází do běžné třídy běžné městské základní školy.

Věra byla poprvé v PPP vyšetřena v roce 2005 – v sedmi letech věku. Vyšetření prokázalo nadprůměrné rozumové schopnosti s nerovnoměrnou strukturou, susp. ADHD, projevy neurotizace a nižší sebedůvěry, sensitivitu, zvýšenou potřebu uznání, přijetí a zpětné vazby. Kontrolní vyšetření v roce 2008 pak konstatovalo přetrvávání nerovnoměrností u nadprůměrných rozumových schopností, přetrvávání projevů susp. ADHD, pomalejší pracovní tempo, úzkostnost, emocionální instabilitu, sníženou sebedůvěru, sklon k fobiím.

- **B) Charakteristiky obrazu projevů u dítěte**

1. **Pozornost** – zaznamenány byly výkyvy v koncentraci pozornosti, dráždivost CNS, sklon k unavitelnosti CNS, vázanost na vedlejší podněty. Křivka v Číselném čtverci byla při prvním vyšetření dosti kolísavá, při vyšetření kontrolním se ukázalo zlepšení. **Projevy mohou souviset s oběma poruchami, nejsou však výrazného charakteru a je možno říci, že se spíše pojí se situacemi vyvolávajícími u dívky napětí a strach ze selhání – tedy se zdají být více na bázi neurotické.**
2. **Motorika, percepce** – u Věry byl zaznamenán psychomotorický neklid – spíše mírnějšího typu. Neuvolněná je její grafomotorika, při prvním vyšetření měla nekorektní úchop psacího náčiní. **Projevy se opět mohou pojít s oběma diagnózami, ale patrně výstižnější je jejich odkazování na poruchu neurotickou.**
3. **Impulzivita** – Věra je občas ukvapená v reakcích, odpovídá či řeší úkol zbytečně rychle či povrchně, někdy pracuje zbrkle. **Také tyto projevy lze mnohdy spíše pokládat za manifestaci potřeby získat ocenění, neselhat, podat rychle skvělý výkon, i když mohou být vztahovány i k susp. ADHD.**
4. **Kognice** – ve škole dívka prospívá velmi dobře až výborně, jen z několika předmětů měla 2, což špatně snáší. Její intelektové schopnosti jsou nadprůměrné až výrazněji nadprůměrné, ale struktura je výrazně nevyrovnaná (WISC III: rok 2005 – VIQ – 127, PIQ – 108, CIQ – 121; rok 2008 – VIQ – 135, PIQ – 111, CIQ – 127), znatelné disproporce byly nalezeny také v rámci jednotlivých subtestů. Dívka pracuje spíše pomalým tempem a ve škole i jinde má mnohdy obtíže zvládnout včas úkoly, velmi nevhodné jsou pro ni časově limitované úkoly. Patrně vlivem mělké koncentrace pozornosti, pomalého tempa a napětí v nich může selhávat, a tak zhoršovat svůj výkon. **Uvedené projevy nasvědčují oběma zkoumaným poruchám – disproporcí a výrazně nerovnoměrná struktura rozumových schopností a pomalé tempo jsou více signifikantní pro susp. syndrom ADHD, selhávání vlivem napětí pro neurotizaci.**

5. Emoce – Věra je zvýšeně emocionálně labilní, mnohdy reaguje na běžné či neočekávané podněty velkým „záchvatem“ vzteku, vzdoru, pláče a lítosti. Škála neuroticismu v B – JEPI v roce 2008 – 100. percentil (!), škála psychoticismu – 87. percentil. Neumí své emoce ovládnout, špatně se přizpůsobuje. Je dosti vztahovačná, velmi obtížně snáší jakoukoliv kritiku. Střídají se jí nálady, bývá rozladěná. Je úzkostná, přecitlivělá, nepříjemně prožívá nehygienické prostředí, vykazuje sklon k fobiím – z pavouků. **Projevy nadměrné vzrušivosti a lability mohou vypovídat o obou poruchách, více se však přikláníme k jejich spojení s neurotickou poruchou.**
6. Osobnost – u dívky je zřejmé nízké sebehodnocení při současné tendenci vyniknout, prosadit se. Věra se často opravuje, podceňuje a omlouvá za svůj výkon, velice jí záleží na tom, aby se prezentovala v nejlepším světle. Negativně vnímá i drobné neúspěchy. Objevuje se u ní také tendence ke konfliktům s autoritami, často s matkou, patrně vlivem zátěže. Výrazně se obává jakýchkoliv změn a nových situací, vyhýbá se jim. Nadměrně potřebuje pozitivní přijetí druhými, ocenění, zpětnou vazbu, kvůli tomu poutá i nevhodně pozornost, jindy se stahuje. **Zmíněné projevy mohou mít opět vztah k oběma poruchám, znovu se však jeví spíše jako vycházející z neurotizace dívky.**
7. Sociální oblast – Věra mívá obtíže v kolektivu, někdy nevhodně poutá pozornost, chtěla by být dětmi přijata, ale dříve se jí stávalo, že hůře odhadla situaci, měla drobné konflikty, neumí dobře navazovat nové vztahy s dětmi. Vývojem se stala výrazně empatickou, obtíže s vrstevníky se vylepšily, ale patrně z důvodu dívčiny odlišnosti (zvýšené sensitivity, nadprůměrného vyjadřování, nadměrné potřeby být přijata a zavděčit se všem) stále v určité formě přetrvávají. **Projevy v mladším věku možná více nasvědčovaly sepětí se syndromem ADHD, nyní se zdají být spíše více neurotické.**
8. Chování – dívka dosti špatně reguluje své chování, mívá nepřiměřené a neočekávané reakce, projevuje se u ní vzdor, vztek, sebelítost, vyhýbání se nepříjemnému, také zvýšená tendence získat si zájem spojená s různými strategiemi poutání pozornosti. Současně lze pozorovat značnou fixaci na stereotyp, perfekcionismus a sklon k závislosti na známých osobách a prostředích. **Dané projevy lze spojovat s oběma zkoumanými poruchami, susp. diagnóze ADHD napovídají obtíže se seberegulací, fixační tendence pak vedou k úvahám o neurotické poruše.**
9. Prožívání – projevy byly komentovány výše – zejména ad 5 – Emoce.
10. Somatické projevy – častý kašel a onemocnění související zřejmě se změnami stejně jako neklidný spánek a nepříjemné sny **více nasvědčují neurotické poruše, i když**

dívka může být vlivem susp. organického postižení syndromem ADHD k těmto symptomům více náchylná.

11. Neurologické symptomy – zde stojí za povšimnutí především snadná unavitelnost CNS, její pomalejší dozrávání a neuvolněná grafomotorika. **Tyto projevy mohou souviset s oběma poruchami.**
12. Možné příčiny – syndrom ADHD může mimo jiné být dán zátěží matky v těhotenství a komplikacemi při porodu, neurotická porucha se může odvíjet z oslabení CNS, z vlivů genetických a nepochybně také z nepříznivé situace v rodině – rozvod rodičů dívku velmi zranil. **Vyloučit nelze ani rozvoj neurotických projevů z důvodu dosti špatného prožívání jakýchkoliv obtíží – tedy i těch, které se vztahují k projevům ADHD.**
13. Škola (= prospěch) – dívka nemá výraznější obtíže ve škole, pouze pokud má řešit časově limitované úkoly či je vystavena nadměrným požadavkům.
14. Rodina – oba Věřiní rodiče jsou zvýšeně sensitivní, mají sklon k úzkostnosti, zejména otec klade na dívku velká očekávání, matka si často s dcerou neví rady, vyčítá si své výchovné postupy, má obavy, že dceři nerozumí. **Tyto charakteristiky mohou nasvědčovat výskytu obou poruch u dívky.**

- C) Terapie, přístupy k dítěti, vývoj projevů

Rodiče dívky – zejména matka – se od počátku velmi aktivně zajímají o informace a možnosti zlepšení Věřiných obtíží i vzájemného vztahu. Matka se snaží o vnímavý, citlivý a trpělivý přístup, i když jí v tom mnohdy brání její emocionální instabilita. Oba rodiče dceru podporují v jejích zájmech, přistupují k ní někdy trochu jako k dospělé, což je na jednu stranu pro Věru povzbuzující a obohacující, na stranu druhou to však může vést k jejím obtížím s přijímáním autorit, se zmatkem v této oblasti. Cenné je, že se rodiče domlouvají o výchovných postupech, vstřícně spolu komunikují.

V PPP Věra absolvovala program pro rozvoj koncentrace pozornosti KUPOZ, který zřejmě společně se zráním nervové soustavy přinesl zlepšení v rozvíjené oblasti. Nyní dívka dochází k psycholožce PPP na skupinová setkání, při nichž děti formou hry rozvíjejí své sociální dovednosti, komunikaci a uvolňují napětí, učí se seberegulaci.

Při přetrvávání či stupňování obtíží (lability, úzkostí, tendencí k fobiím) bylo doporučeno psychiatrické vyšetření.

- D) Shrnutí

U dívky byly zaznamenány projevy obou poruch, i když tyto patrně zřetelně více svědčí pro výskyt neurotizace. Projevy syndromu ADHD jsou u základní triády (body 1, 2 a 3) spíše mírnějšího charakteru a k této diagnóze odkazují spíše některé projevy v jiných

kategoriích a jejich „součet“. Do obrazu projevů u dívky vstupuje její nadprůměrný intelekt. Obtíže spojené se susp. ADHD mohly mimo jiné významně ovlivnit rozvoj neurotizace (vzhledem k dívčině vysoké potřebě podávat dobré výkony, k výraznému strachu ze selhání a k její celkové emocionální labilitě). Některé obtíže se u dívky zmírnily – patrně vlivem snahy rodičů o vhodný přístup, podpůrných programů a terapie v PPP a také celkového zrání dívky. Prognóza se zdá být spíše příznivá, ale závisí na mnoha okolnostech.

KAZUISTIKA 4 – JAN

- A) Anamnestická data

Chlapec se narodil v červenci roku 1995. Těhotenství probíhalo bez komplikací, matka ovšem v této době kouřila. Porod byl v normě, jen nejspíše v souvislosti s kouřením měl chlapec nižší porodní váhu. Raný vývoj odpovídal normě. Chlapec dlouho navštěvoval logopedii pro vadnou výslovnost několika hlásek, rotacismus bohemicus u něho přetrval, logopedickou péči již nemá. Má léčenou endokrinologickou poruchu – sníženou funkci štítné žlázy. Dřívější tupozrakost se již zkompenzovala. V předškolním věku trpěl významněji na bronchitidy, nyní již potíže ustoupily, ale je sledován pro sníženou imunitu. V mladším věku méně spal. Bývá unavený, občas si stěžuje na bolesti hlavy a břicha. Objevují se u něho také tiky – v oku, v obličeji, mimovolní pohyby rukou, vydávání zvuků – a neurotické návyky – okusování kůžičky v okolí nehtů.

Matka chlapce je narozená v roce 1967, má SŠ vzdělání, pracuje jako dámská krejčová, je zdráva. Otec se narodil roku 1961, je vysokoškolák, zaměstnaný jako hydrobiolog, zdrav. Rodiče jsou již od roku 1997 rozvedeni, chlapec vyrůstá s matkou, ovšem má velmi častý kontakt také s otcem. Rodiče spolu komunikují, i když jejich přístup k synovi je poměrně odlišný – matka vykazuje známky zvýšené protektivity a starostlivosti, otec chce syna spíše vést k odolnosti, má na něho velká očekávání. Z těchto důvodů se rodiče někdy neshodnou. Otec má v posledních letech novou partnerku, kterou Jan zpočátku dosti obtížně přijímal (objevily se u něho neurotické návyky), nyní se jejich vztah upravuje. Jan by si navzdory dlouhé době uplynulé od rozvodu stále přál, aby se rodiče k sobě vrátili. Matka nového partnera nemá, chlapec rovněž nemá žádné sourozence.

Chlapec nenavštěvuje žádné kroužky, ale disponuje vynikající fantazií a představivostí, rád něco staví a vyrábí, čte si v encyklopediích a naučných knihách, zajímá se o techniku, občas sportuje.

V MŠ měl Jan mírné adaptační obtíže, kvůli nižší koncentraci pozornosti měl realizovaný odklad školní docházky. Dochází do běžné třídy městské základní školy, která má některé třídy sportovní a je obecně dosti výkonově zaměřená.

Jan byl poprvé vyšetřen v PPP v roce 2006 – ve věku 11 let. Toto vyšetření prokázalo velmi výrazně nerovnoměrnou strukturu rozumových schopností, celkově ve spodní polovině pásma průměru, susp. ADHD, dyslekticko – dysortografické obtíže, pomalé pracovní tempo, emocionální instabilitu, sklon k psychosomatizaci obtíží, snížené sebehodnocení, sociální nezralost. Bylo doporučeno neurologické a případně psychiatrické vyšetření, které se ovšem nerealizovalo. Kontrolní vyšetření v roce 2008 pak konstatovalo přetrvávání výrazně nerovnoměrné struktury rozumových schopností, ale pozitivní rozvoj (celková úroveň byla orientačně v pásmu horního průměru), přetrvávání projevů susp. ADHD a dyslekticko – dysortografických obtíží, rovněž obtíže dyskalkulické, pomalé pracovní tempo, sociální nezralost, neurotizaci, psychosomatizaci a úzkostnost.

- B) Charakteristiky obrazu projevů u dítěte

1. Pozornost – znatelné jsou výkyvy v koncentraci pozornosti, občas mělčí koncentrace a ulpívání, především však zvýšená unavitelnost CNS. Na křivce v Číselném čtverci se objevují výraznější oscilace, také neurotické bloky – v časovém stresu Jan navíc není schopen se soustředit. **Tyto projevy jsou významné pro diagnózu obou zkoumaných poruch – souvisejí patrně jak s organicitou chlapce, tak s jeho výraznou psychickou nestabilitou.**
2. Motorika, percepce – Jan je mírně psychomotoricky neklidný (hraje si s prsty, nesedí v klidu), objevují se výše popsané tiky. Jeho tempo lze označit jako dosti pomalé, zejména při narůstající únavě. **Zmíněné projevy jsou signifikantní pro obě zkoumané poruchy.**
3. Impulzivita – u chlapce byly zaznamenány projevy mírné impulzivity, které do značné míry pravděpodobně souvisejí s jeho psychickou instabilitou – zejména má – li subjektivní dojem, že by měl postupovat rychleji, je – li v časovém stresu, objevuje se ukvapenost vedoucí ke zbytečným chybám. **Tyto charakteristiky mohou souviset jak se susp. syndromem ADHD, tak s neurotizací chlapce – s ní patrně zřetelněji, ukvapenost je významně propojena s napětím, s obavami ze selhání.**
4. Kognice – u Jana byla zjištěna velmi výrazně nerovnoměrná struktura rozumových schopností (WISC III: rok 2006 – VIQ – 114, PIQ – 75, CIQ – 94; rok 2008 – VIQ – 123, PIQ – 95, CIQ – 111), s vývojem ale pozorujeme pozitivní rozvoj intelektu. Mezi výkony v jednotlivých subtestech pak přetrvávají dosti výrazné disproporce. Při učení se novému potřebuje více času, vedení a názornost. Někdy si hůře vybavuje naučené poznatky (což může souviset i s napětím chlapce). Na jeho výkon mohou mít vliv obtíže spojené se specifickými poruchami učení. Ve škole Jan prospívá zhruba průměrně, ale míval také čtyřky, neúspěchy velmi špatně snáší. **Popsané projevy mohou poukazovat na obě zkoumané poruchy (disproporce a výrazná asymetrie**

mezi jednotlivými rozumovými schopnostmi a obtíže s učením a pamětí patrně vycházejí ze susp. syndromu ADHD, roli však patrně hrají také neurotické tendence).

5. Emoce – Jan se projevuje zvýšeně emocionálně instabilně, časté jsou neradostné ladění a nejistota (skór neuroticismu v B – JEPI v roce 2006 – 78. percentil, v roce 2008 dokonce 95. percentil). Chlapec také trpí výraznou trémou spojenou se školou. Jakékoliv subjektivně pociťované selhání vede ke zvýšení napětí, někdy k psychosomatizaci. Také se u něho objevují výbuchy vzteku nebo „záchvaty“ pláče, možný je rovněž sklon k agresivnímu vybití tenze (což si však Jan uvědomuje a snaží se na sobě v tomto ohledu pracovat). **Projevy lze spojovat s oběma zkoumanými poruchami, přítomnost „uvědomělosti“ vede ke spojení s neurotickou poruchou.**
6. Osobnost – u Jana je zřetelné nízké sebehodnocení (skór negativního sebehodnocení v CDI v roce 2006 – 84. percentil, v roce 2008 – 75. percentil, skór pociťované nevykonnosti v tomtéž testu – rok 2006 – 93. percentil, rok 2008 – 76. percentil), což se však snaží skrývat, přál by si patrně jako kompenzaci budit v okolí opačný dojem, svoji labilitu si kompenzuje egocentrismem (to se prokazuje např. v projektivních testech). Má velmi vysokou potřebu být druhými povšimnut, přijat, kladně hodnocen, chtěl by se prosadit. Pozorujeme neuspokojenou potřebu vlastní seberealizace. Na nové události musí být předem připraven, jinak je špatně snáší. **Uvedené charakteristiky vedou k úvahám jak o syndromu ADHD, tak o neurotické poruše (a opět projev „uvědomělosti“ nahrává více diagnóze druhé).**
7. Sociální oblast – chlapec zažívá od raného věku obtíže v kolektivu, většinou je vrstevníky spíše negativně hodnocen, špatně si získává přátele (což se ale lepší). V sociální sféře se projevuje nesměle, nevyzrále, rád by byl středem pozornosti, ale spíše se stahuje. Když naváže kamarádský vztah, má tendenci až k závislosti, stejně tak tomu je ve vztahu s matkou (ani si nepřeje, aby měla nového partnera, chce ji mít pro sebe). **Zmíněné obtíže mohou souviset i se susp. syndromem ADHD, více však patrně svědčí pro neurotické projevy u chlapce.**
8. Chování – u Jana se objevuje slabší seberegulace, snížená schopnost přizpůsobit se okolí. Chlapec je spíše těžkopádnější, má sklon vyhýbat se nepříjemným situacím, někdy může zareagovat agresivně, ale většinou se stahuje do ústraní. Jak již bylo uvedeno, zvýšeně potřebuje být středem pozornosti, to se mu daří doma, ale ve škole nevyvíjí žádné specifické strategie k poutání pozornosti, je spíše inhibován. **Projevy opět mohou svědčit pro obě diagnózy, více však odkazují k obtížím neurotickým.**
9. Prožívání – Jan velmi nepříjemně prožívá nevhodné reakce na jeho osobu od druhých (má v tomto ohledu velmi negativní zkušenosti se spolužáky i s učiteli), proto každou situaci, v níž může být hodnocen, dopředu prožívá, obává se jí, objevují se u něho

psychosomatické potíže. Zvýšeně mu záleží na tom, jak je druhými hodnocen. Má výrazný sklon k úzkostem, také k obavám z některých situací (být sám doma, jít do sklepa, něco sám zařídit). Rovněž u něho převládá pocit, že je horší než ostatní. **Zmíněné projevy mohou být vztaheny k oběma poruchám, ovšem zdá se, že více souvisejí s neurotickou poruchou – vzhledem k předjímání ohrožení, k uvědomování si obtíží.**

10. Somatické projevy – zmíněná endokrinní porucha mohla být faktorem predisponujícím k neurotickým projevům; snížená imunita, únava a tiky **se mohou přidružovat k susp. syndromu ADHD**, ale **lze je pravděpodobně pokládat za projevy neurotického rázu** – stejně jako bolesti hlavy a břicha, někdy průjmy spojené s očekáváním nepříjemné situace a výše popsané neurotické návyky.
11. Neurologické symptomy – psychologickým a speciálně pedagogickým vyšetřením byly zjištěny vážnoucí koordinace oka a ruky, špatné vnímání rytmu, zkřížená lateralita, neuvolněnost při grafickém projevu. Patrná je snadná unavitelnost CNS. **Tyto projevy mohou nasvědčovat susp. syndromu ADHD, poslední dva pak také obtížím neurotickým.**
12. Možné příčiny – ze zjištěných okolností by syndrom ADHD mohl u chlapce souviset mimo jiné s kouřením matky v době těhotenství. Rozvoj neurotických projevů by mohl vycházet od nevhodných přístupů k chlapci ve škole (poukazování na jeho obtíže spolužáky a dokonce i některými učiteli (!), dlouhodobé nerespektování specifických poruch učení a z nich vyplývajících potřeb chlapce některými učiteli), také je zde možný vztah ke změnám v rodině chlapce, jež dosti negativně prožívá. **Vyloučit nelze ani vliv syndromu ADHD a s ním spojených komplikací – vzhledem k chlapcově velmi nízké toleranci k jakýmkoliv obtížím.**
13. Škola (= prospěch) – u Jana se setkáváme s obtížemi s učením, dříve s dosti nevyrovnaným prospěchem, v době posledního vyšetření pak s prospěchem pod progresivně se rozvíjejícími kognitivními schopnostmi chlapce. Objevuje se také nechuť ke škole, obavy s ní spojené, z toho patrně vycházející somatické obtíže. **Uvedené projevy lze vztahovat k oběma zkoumaným poruchám.**
14. Rodina – oba rodiče dostávali od chlapce méně pozitivní zpětné vazby, z čehož byli nejistí, zklamaní. Matka má tendence zvýšeně se zabývat možným vlastním přispěním k obtížím syna, ale také pokusy o nápravu. Jan je na rodičích (zejména na matce) až extrémně závislý. Z Dotazníku stylů výchovy v rodině (rok 2006) vyplývá Janovo subjektivní vnímání výchovy jako emočně rozporné. Jako velmi zraňující prožíval Jan otcovo navázání nového partnerského vztahu, což vedlo ke zkomplikování jeho vztahu s otcem, o kterého však nechce přijít. Chlapec se patrně stále zcela nevyrovnal s rozvodem rodičů. **Tyto projevy mohou mít spojitost**

s oběma zkoumanými poruchami – především patrně mohly hrát roli při rozvoji neurotické poruchy.

- **C) Terapie, přístupy k dítěti, vývoj projevů**

Oba rodiče mají zájem na zlepšení synových potíží, zejména matka je v tomto dosti aktivní a syna velmi podporuje, dává mu najevo pochopení, trpělivost, snaží se ho ale již také vést k samostatnosti, k pozvolnému odpoutávání se od ní. Otec po konzultaci v PPP rovněž usiluje o citlivější přístup k synovi, dává mu více najevo svůj zájem, pomáhá mu s pozvolným navazováním bližšího vztahu se svou novou partnerkou. U rodičů však přetrvávají odlišné náhledy na výchovu, i když i zde lze zaznamenat mírné zlepšení.

Ve školním prostředí, s nímž jsou výrazně spojeny obtíže chlapce, přetrvávají některé nevhodné přístupy k němu – u některých vyučujících stále nerespektování speciálních vzdělávacích potřeb chlapce a jeho vlastností, přesto ale lze celkově konstatovat mírný pokrok (omezení časového stresu, respektování pomalého tempa, citlivější a více podněcující přístup) – což vede k tomu, že se Jan ve škole cítí lépe.

Do PPP Jan docházel na program rozvoje koncentrace pozornosti KUPOZ a na speciálně pedagogické nápravy obtíží, tato opatření přinesla mírné zlepšení.

Jan také absolvoval individuální psychoterapii, která usilovala o hledání zdrojů pro řešení nepříjemných situací, o posílení chlapcových kompetencí, o jeho zklidnění. Tato terapie přispěla významněji ke změně jeho náhledů na problematické situace, Jan si začal více důvěřovat, zmenšily se jeho obavy. Také somatické projevy, tiky a neurotické návyky se v současné době neobjevují, či jen drobně.

Doporučované neurologické a psychiatrické vyšetření nebylo realizováno, rodiče však byli seznámeni s vhodností uskutečnění těchto kontaktů při dekompenzaci chlapce. V takové situaci by rovněž byla vhodná obnovená psychoterapie.

- **D) Shrnutí**

Zaznamenali jsme projevy obou poruch – u chlapce jsou patrné jak známky susp. ADHD, tak neurotizace – ty se zdají být zřetelnějšími, převažujícími. Některé projevy svědčí o obou poruchách současně. Neurotická porucha se u chlapce mohla mimo jiné rozvinout rovněž vlivem značně negativního prožívání školních obtíží, které mohou souviset také se syndromem ADHD a se specifickými poruchami učení. Řada obtíží se u chlapce zmírnila – nejspíše vlivem snahy rodičů o citlivý přístup, mírnými změnami v přístupu školy, podpůrných a rozvíjejících programů v PPP, zráním chlapce a zejména patrně vlivem psychoterapie. Nezbytné je ovšem další sledování chlapce.

KAZUISTIKA 5 – TADEÁŠ

- A) Anamnestická data

Chlapec se narodil v březnu roku 2000. O průběhu těhotenství, porodu a raného vývoje nejsou známy informace. V prosinci roku 2002 byl Tadeáš společně s bratrem a sestrou na žádost rodičů svěřen do ústavní péče (původně dočasně - z důvodu nevhodných bytových a finančních podmínek rodiny). Přes čtyři roky pak pobýval v dětském domově (DD) v menším městě, od léta 2006 žije v DD v Plzni.

Chlapec začal plynuleji mluvit se zpožděním, dlouho u něho přetrvávaly vady výslovnosti, stále dochází na logopedii. Je v péči respirační poradny pro astma od raného věku, krátce po svěřením do ústavní výchovy byl hospitalizován pro dušnost. U chlapce se zhruba do osmi let věku objevovaly epizody enuresis nocturna. Občas mívá obtíže s usínáním, někdy si stěžuje na bolesti (hlava, břicho, „celé tělo“).

Matka Tadeáše je narozená v roce 1976, další údaje nejsou známy. Totéž platí o otci, narozeném roku 1952. Rodiče spolu žijí v nesezdaném svazku, v současné době mají již sedmého potomka, v jejich vlastní péči jsou jen dvě nejmladší děti. Rodiče mají finanční potíže, otec byl dlouhodobě v evidenci úřadu práce, nyní má údajně zaměstnání. Od svěřením Tadeáše a jeho dvou sourozenců do ústavní výchovy je rodiče navštěvují nepravidelně, bez ohlášení, intervaly se prodlužují, většinou přichází jen otec, kontakt s matkou je malý. Tadeáš setkání očekává, po návštěvách je šťastný, při dlouhodobé absenci kontaktu je dosti zklamaný. V DD vyrůstá společně s o rok starší sestrou, se kterou má běžný sourozenecký vztah, mladší bratr je již rok v péči stacionáře při psychiatrické léčebně pro závažné psychické problémy a poruchy chování. Tadeáš se s ním vídá příležitostně, stejně jako s ostatními mladšími sourozenci.

V DD žije chlapec společně se sestrou v jedné z rodinných skupin (ve skupině je celkem sedm dětí, její složení se čas od času mění), která má své stálé vychovatele, k některým z nich má chlapec spíše neutrální až odmítavý vztah, je zde však i několik osob, kterým důvěřuje a které má patrně rád.

Chlapec nejraději maluje, již několik let dochází do výtvarného kroužku, zajímá se také o výrobu různých předmětů (např. z papíru), rád sportuje a soutěží.

Chlapec navštěvoval MŠ, měl realizovaný odklad školní docházky pro opožděný vývoj. Z tohoto důvodu započal školní docházku na základní škole praktické – tedy dochází do třídy mimo jiné s menším počtem dětí a s pomalejším tempem výuky.

Tadeáš byl již vícekrát psychologicky vyšetřen. Vyšetření v raném věku konstatovala sociálně podmíněný opožděný vývoj chlapce, dyslálii, obtíže s koncentrací pozornosti, deprivaci. Vyšetření poradenským psychologem z roku 2007 pak prokázalo rozumové schopnosti v pásmu spodního průměru, impulzivitu, psychomotorický neklid, sociální nezralost a emocionální labilitu. Vyšetření psycholožkou při DD v roce 2008 zjistilo susp. ADHD, známky neurotizace, citovou deprivaci,

depresivní ladění, zvýšenou zranitelnost a sensitivitu, snížené sebehodnocení, sociální nezralost, susp. poruchu chování. Následné psychiatrické vyšetření v tomtéž roce pak diagnostikovalo Hyperkinetickou poruchu chování, Jiné smíšené poruchy chování a emocí, deprivanční syndrom.

- B) Charakteristiky obrazu projevů u dítěte

1. Pozornost – Tadeáš má značné obtíže s udržení pozornosti, vydrží se soustředit jen kratší dobu, snadno ho vyruší okolní podněty, má výraznější sklon k unavitelnosti CNS, objevuje se u něho také ulpívání. **Tyto projevy jsou významné z hlediska obou zkoumaných poruch.**
2. Motorika, percepce – chlapec je zvýšeně psychomotoricky neklidný, stále se hýbe, vrtí, hraje si s předměty. Bývá také zvýšeně řečově aktivní, vydává různé zvuky. Prožívá – li však něco nepříjemného, může být spíše utlumený, zpomalený. **Zmíněné projevy jsou opět signifikantní pro obě zkoumané poruchy, spojení psychomotoriky s prožíváním odkazuje na neurotické obtíže.**
3. Impulzivita – Tadeáš se projevuje dosti impulzivně, jedná rychle, bez rozmyšlení a zvažování důsledků, je netrpělivý. Takové jednání mnohdy souvisí i se situacemi, v nichž se cítí nepříjemně, ohroženě. **Obtíže poukazují na projevy syndromu ADHD, ovšem propojení s emocionalitou může vést i k úvahám o projevech neurotických.**
4. Kognice – kognitivní schopnosti byly u Tadeáše oslabeny a vývojově opožděny zřejmě vlivem nepříliš podněcujícího rodinného prostředí a nepříznivých událostí, postupem času však byl zjištěn pozitivní trend (vyšetření z roku 2007 prokázalo orientačně spodně průměrné rozumové předpoklady), v současné době chlapec dochází do druhého ročníku praktické školy, jeho výsledky jsou pěkné. **Tato oblast je významně ovlivněna zanedbaností chlapce, díky níž byl zařazen do praktické školy, nelze ji považovat za vypovídající vzhledem ke zkoumaným poruchám.**
5. Emoce – u chlapce jsou patrné výkyvy nálad, zvýšená zranitelnost a mnohdy nepřiměřené afektivní reakce na běžné či neočekávané podněty, nadměrná vzrušivost a s tím související občasné agresivní tendence, také úzkostlivost, zhoršená adaptabilita (skór neuroticismu v B – JEPI v roce 2008 – 78. percentil, skór psychoticismu – 99. percentil). Objevují se obavy z budoucnosti, negativní ladění, nejistoty (celkový skór depresivity v CDI v roce 2008 – 98. percentil). **Uvedené projevy mohou být vztaženy i k syndromu ADHD, ale jako pravděpodobnější se jeví jejich souvislost s neurotickými obtížemi, s depresivitou u dítěte.**
6. Osobnost – velice patrné je chlapcovo snížené sebehodnocení, řadou vychovatelů i učitelkou však byl chlapec nazírán spíše jako přehnaně sebevědomý, někdy arogantní. Tadeáš trpí pocity méněcennosti, obává se předem svých neúspěchů (skór subjektivní

nevýkonnosti v CDI v roce 2008 – 86. percentil, skór sníženého sebehodnocení v tomtéž testu – 84. percentil). Chlapec se snadno dostává do konfliktů, snadno si vytváří negativní postoje vůči druhým. Obtíže se objevují v reakcích na odměny a zejména tresty. Velmi zvýšená je potřeba být druhými povšimnut, přijmán, získat si zájem druhých, což ovšem často chlapec činí nevhodnými způsoby (provokováním, předváděním se), má ale současně také tendenci se druhých při potížích raději stranit. **Zmíněné projevy mohou mít spojitost jak se syndromem ADHD, tak s neurotizací, ovšem také s deprivací chlapce.**

7. Sociální oblast – zde se manifestuje řada chlapcových neúspěchů – obtížně se začleňuje do kolektivu, svým chováním od sebe děti odrazuje, což vede k dalším nevhodným projevům. Tadeáš si velmi obtížně získává přátele, přestože po tom touží, přeje si intenzivně někam patřit, mít zázemí. Vlivem hypersenzitivity, napětí, impulzivity a sociální nezralosti se mu většinou nedaří tyto potřeby uspokojit, mnohdy má komplikované vztahy i s dospělými. **Tyto projevy mohou svědčit jak pro syndrom ADHD, tak pro neurotickou poruchu, ale opět i pro další chlapcovy obtíže.**
8. Chování – Tadeáš má obtíže se seberegulací, může se chovat nepřizpůsobivě, nepokojně, zatvrzele, i agresivně, také se ovšem v případech problémů stahuje či uniká do vlastního světa. V chování rovněž lze pozorovat dezorganizaci, nepořádnost, zapomnětlivost, nepředvídatelnost reakcí. **Možná je tedy mimo jiné souvislost s oběma zkoumanými poruchami.**
9. Prožívání – u chlapce jsou znatelné depresivní ladění, anhedonie, úzkostnost, neporozumění hodnocení své osoby druhými, pocity odlišnosti od druhých, obtíže s vyjadřováním citů. **Znovu tedy tyto projevy lze vztahovat jak ke zkoumaným poruchám, tak k dalším potížím chlapce.**
10. Somatické projevy – přítomnost astmatu a enuresis může souviset s **dispozicí pro tyto symptomy u ADHD dětí**, enuresis také může být **projevem neurotickým či depresivním**, stejně tak občasné stížnosti na bolesti.
11. Neurologické symptomy – zaznamenány byly oslabená a pomaleji zrající CNS, významný sklon k unavitelnosti, také neuvolněná a méně obratná jemná motorika a grafomotorika, slabá pravolevá orientace. **Zmíněné charakteristiky lze dát do souvislosti s oběma zkoumanými poruchami (obtíže týkající se jemné motoriky a pravolevé orientace pak spíše se syndromem ADHD).**
12. Možné příčiny – vzhledem k tomu, že nejsou známy podrobnější údaje o raném vývoji chlapce ani o dispozicích jeho rodiny, nelze usuzovat na možnou etiologii syndromu ADHD. U neurotické poruchy se dá předpokládat výrazný vliv negativního rodinného dění, opuštění chlapce rodinou, neuspokojené potřeby po větším kontaktu

s rodiči i mladšími sourozenci, také vliv nevhodného přístupu některých vychovatelů v DD. **Oslabená CNS pak mohla být faktorem predisponujícím pro emocionální potíže.**

13. Škola (= prospěch) – jak bylo uvedeno, chlapec zatím dochází do praktické školy, s prospěchem a učením nemá výraznější potíže, škola ho celkem baví.

14. Rodina – vzhledem k dosti nízkému kontaktu s rodiči bereme v potaz postoje vychovatelů, kteří si v řadě případů nevědí s Tadeášem rady, jsou rozčarování, často jeho chování řeší. **Velmi nevhodná rodinná anamnéza pak dosti pravděpodobně souvisí s rozvojem řady chlapcových obtíží, včetně jeho neurotizace.**

- C) Terapie, přístupy k dítěti, vývoj projevů

Vychovatelé Tadeáše se poměrně zajímají o to, jak k chlapci přistupovat, psychologické konzultace pak zřejmě vedly k postupné úpravě jejich přístupu k chlapci – snaží se brát v úvahu jeho zvýšenou senzitivitu a zranitelnost, dbají v rámci možností na důslednost a jednotnost výchovných přístupů, i když je to v tomto prostředí obtížné (a vychovatelé si ne vždy skutečně předávají informace o dění v rodinné skupině). Pozitivní přínos lze spatřovat ve všímání si chlapcových úspěchů a jejich oceňování. Někteří z vychovatelů se snaží předcházet nevhodnému chování, povzbuzují chlapce k aktivitám, které jsou pro něho vhodné a zajímavé.

Za sporné lze považovat chlapcovo navštěvování praktické školy, lze předpokládat, že by uspokojivě zvládl i běžnou základní školu, i když v prostředí školy praktické je zřejmě pro něho výhodné dosahování úspěchů, které ho motivuje, prozatímní eliminace dalších možných problémů u již tak komplikovaného obrazu projevů, také možnost většího prostoru pro individuální přístup v menším kolektivu.

Chlapec má dlouhodobou psychologickou péči v DD, která se zaměřuje jednak na uvolňování napětí, na vytvoření příležitosti pro popovídání si o aktuálním dění a povzbuzení chlapce, také na postupné budování pro něho přijatelné perspektivy, posilování sebedůvěry a zvyšování kompetencí.

Po psychiatrickém vyšetření byl chlapec medikován, užívá Risperdal.

V poslední době lze konstatovat zlepšení projevů chlapce, jeho zklidnění, postupné začlenění se do skupiny v dětském domově, pozorovat lze menší obtíže s chováním a příznivější ladění chlapce.

- D) Shrnutí

U chlapce byly zaznamenány projevy obou zkoumaných poruch, celkově je ale obraz jeho projevů komplikován příznaky deprivace a z toho patrně vyplývajícím depresivním laděním, také poruchami chování. Zdá se, že syndrom ADHD (Hyperkinetická porucha chování) u něho představuje spíše zatěžující faktor, kterých je ovšem v jeho případě více.

Zásadní vliv na jeho potíže má nepochybně rodinná situace, fakt, že vyrůstá v ústavní péči. V takovém případě je obtížné specifikovat, jakým způsobem se která z poruch do jeho projevů promítá. Také prognóza dalšího vývoje je nejistá a je třeba dále chlapce sledovat. Aktuální zlepšení souvisí patrně s citlivějším přístupem vychovatelů, dlouhodobou péčí psychologů, farmakoterapií a s celkovým zráním chlapce.

5. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V obecné rovině (ve vztahu k předložené tabulce porovnávající projevy zkoumaných poruch) by se dalo říci, že značně podobné (a tedy při diagnostice zvýšeně citlivé) se zdají být zejména: **obtíže s koncentrací pozornosti, projevy neklidu a s motorikou související potíže, některé kognitivní nedostatky, emocionální labilita, problémy se sebepojetím a pocity méněcennosti, obtíže dětí v kolektivu, komplikace související s obtížnou přizpůsobivostí, mnohdy se vyskytující známky poruch chování, negativní a neradostné ladění dětí, výskyt některých somatických symptomů, projevy související s nezralostí a unavitelností CNS a oslabená koordinace, neprospívání ve škole či kolísání výkonů, nerovnoměrnosti a výkony nižší než schopnosti dítěte, výskyt dalších problémů v rodině, napětí u rodičů.** Tyto projevy mohou tedy souviset jak se suspektním syndromem ADHD, tak s neurotickými symptomy u dítěte (a samozřejmě také s řadou dalších poruch a potíží).

Z popsaných kazuistik pak vyplývají následující skutečnosti:

- V rámci sledovaných kategorií se v celé řadě případů setkáváme s tím, že **projevy dítěte mohou vypovídat současně o obou zkoumaných poruchách** (a domnívám se, že tomu tak mnohdy skutečně může být – že tedy projevy dítěte pojící se s jednou kategorií – např. pozornost, emoce, osobnost, chování, prožívání a jiné – opravdu souvisejí s obrazem syndromu ADHD i neurotické poruchy).
- V některých případech u některé ze sledované kategorie by se mohlo zdát, že projevy dítěte odpovídají oběma zkoumaným poruchám, přesto se při bližším náhledu ukazuje, že jsou tyto projevy symptomem více jedné ze zkoumaných poruch. U mnou vybraného vzorku dětí tedy leckdy **projev, který může do určité míry odpovídat obrazu ADHD, či mu odpovídá zdánlivě, je ve skutečnosti patrně symptomem neurotické poruchy.** Jsem přesvědčená, že je potřeba se tímto zabývat z toho důvodu, aby se snížilo riziko přehlédnutí závažných obtíží dítěte.
- Ukázalo se také, že tentýž projev může některou svou charakteristikou u téhož dítěte odpovídat obrazu syndromu ADHD a charakteristikou jinou pak neurotickým obtížím. Z čehož usuzuji, že **jemná analýza a diferenciací projevů dítěte může ukázat na určitou „víceznačnost“ některých projevů.** Tento postřeh pokládám za velmi důležité vodítko pro odbornou práci s dítětem.
- Samozřejmostí je, že **do obrazu projevů dítěte se promítají jeho další výrazné charakteristiky** (např. výrazněji nadprůměrný intelekt, specifické poruchy učení, deprivace dítěte, deprese, poruchy chování).
- V kapitole 4.1 v teoretické části práce byla uvedena impulzivita jako kategorie projevů, v níž se zkoumané poruchy zásadněji odlišují. Z mnou popsaných kazuistik však vyplývá, že i u této

kategorie je třeba mít se na pozoru. Domnívám se, že **i u dětí, které jsou neurotické**, prožívají napětí, jsou emocionálně instabilní a mají sklony k afektivitě, **může dojít k impulzivním reakcím, k impulzivnímu chování**, které při bližším zkoumání nemusí ani tak odpovídat jakoby „dezorganizované impulzivitě“ z podkladu ADHD. Zdá se, že u dítěte cítícího se nepříjemně, ohroženě či se něčeho obávajícího se jedná v takovém případě o „impulzivitě jako obranný mechanismus“.

- Na celkovém obrazu projevů u dítěte se velmi významně podílí **rodinné prostředí, rodinná situace a atmosféra**. Velmi často pak tyto faktory představovaly pravděpodobné **spouštěče řady potíží – v našem případě zejména neurotického charakteru**. Ty se pak rozvíjejí možná i **vlivem oslabení dítěte, oslabení jeho CNS na bázi syndromu ADHD** (tedy vlastně oslabený organismus představuje riziko pro onemocnění dalšími chorobami – stejně jako v případě tělesných onemocnění).
- Ve vztahu k možné koincidenci zkoumaných dvou poruch pak lze z popsaných kazuistik vyvodit, že děti trpící syndromem ADHD mohou být k rozvoji neurotických poruch více náchylné patrně z těchto důvodů:
 1. **Děti s ADHD mají oslabenou CNS, oslabený organismus;**
 2. **ze syndromu ADHD vyplývají různé potíže, se kterými se dítě musí potýkat a které špatně snáší;**
 3. **v mnohých případech je výchova ADHD dítěte komplikovaná, to ovlivňuje rodinnou atmosféru (případně také školní), fakt této komplikovanosti se pak může připojit k eventuelním dalším rodinným či výchovným, vzdělávacím problémům.**
- Nelze tedy zřejmě konstatovat, že by samotný výskyt syndromu ADHD musel vést k rozvoji neurotizace dítěte, spíše tato porucha představuje jakýsi **podklad, zátěž**, vlivem které při souhře dalších negativních faktorů (k nimž navíc ADHD leckdy i přispívá) může vzniknout neurotická porucha.
- Z hlediska použitých opatření a přístupů se u mnou sledovaných dětí jako alespoň zčásti úspěšné ukazují být:
 1. **Opatření související s rodinou** – aktivní zájem o informace, o spolupráci s odbornými pracovníky; ve výchovném přístupu důraz na klid, trpělivost, laskavost, pochopení a povzbuzení, ale také na důslednost, na dodržování pravidelného rytmu a režimu; vstřícná komunikace rodičů mezi sebou i po rozchodu, snaha o jednotné výchovné působení; zaměření se na úspěchy dítěte (všímání si jich, oceňování, vedení dítěte k aktivitám, v nichž může uspět); citlivé předcházení nevhodným projevům dítěte; nebagatelizování zranitelnosti a zvýšené senzitivity dítěte; postupné vedení k samostatnosti; zájem o spolupráci se školou.

2. **Odborná psychologická opatření, opatření PPP** - program rozvíjející koncentraci pozornosti (a nejen ji) – KUPOZ; skupinová práce s dětmi, při níž mají děti prostor k uvolňování napětí, k rozvoji emocionality, sociálních a komunikačních dovedností, seberegulace – s využitím her či formou hry; individuální psychoterapie snažící se vést dítě k hledání vhodných způsobů řešení, posilující kompetence a sebedůvěru dítěte, dávající prostor pro svěření se a uvolnění se, pro vytváření vhodné perspektivy; speciálně – pedagogické nápravy zaměřené na rozvíjení oslabených funkcí u dítěte, na rozvoj koncentrace pozornosti.
3. **Opatření související se školou** (nejsou zde tolik propracována, neboť i v rámci kazuistik jsme se jimi zabývali méně – spíše tam, kde to jasně vyplývalo z povahy obtíží dítěte) – omezení časového stresu; respektování individuálního tempa dítěte; citlivý a podněcující přístup; umožnění dítěti zažívat úspěch; respektování individuálních charakteristik a vlastností dítěte.
4. **Farmakoterapie.**

6. DISKUZE

Je nepochybné, že zjištění z mého výzkumu jsou limitovaná nízkým počtem sledovaných dětí. V této práci se mi nejvíce jednalo o ilustrování projevů dětí, u nichž se objevují jak syndrom ADHD, tak neurotické potíže, o zmapování vzájemných souvislostí. Domnívám se, že forma kazuistik je pro tento cíl užitečná. Abychom však mohli z mapování souvislostí získat průkaznější závěry, bylo by zapotřebí využít kvantitativních metod. V takovém případě by pak jistě bylo zajímavé sledovat dostatečně velký soubor dětí s ADHD (tedy minimálně 100 dětí) a zkoumat, u jakého množství z nich se objevují zřetelné neurotické rysy. V takovém případě by však bylo obtížné určit, jaký ukazatel by měl být zvolen pro prokázání neurotizace – domnívám se, že například výsledky z dětských osobnostních dotazníků (např. z B – JEPI) nejsou samy o sobě dostatečně průkazné, mohlo by to vést ke zcela zjednodušeným či neodpovídajícím výsledkům. Na druhé straně zkoumat podrobně jednotlivé projevy dětí u tak rozsáhlého souboru by bylo dosti náročné a obtížné vzhledem ke kvantifikaci. Jinou eventualitou by mohlo být zkoumání možných okolností vzniku neurotických poruch u velkého souboru dětí se zřetelnými projevy poruch obou, pravděpodobné příčiny by se pak případně rozčlenily do různých kategorií a údaje by se na základě toho kvantifikovaly. I zde se setkáváme s překážkami: zaprvé by dle mého názoru bylo značně obtížné dát dohromady dostatečně velký soubor takových dětí. Další překážku představuje fakt, že specifikovat a přesněji určovat okolnosti vzniku neurotických projevů je náročné a objektivně v podstatě nemožné.

Jak jsem již zmínila, využití kazuistik pro účely přiblížení projevů dětí s oběma zkoumanými poruchami a jejich vývoje pokládám za vyhovující. Pro zajištění větší reprezentativnosti a pestrosti by napříště jistě bylo vhodné vedle zkoumání více dětí také zařadit do vzorku děti z rozmanitějšího prostředí (nejen děti žijící ve městě, ale i v jiných aglomeracích, děti z různých typů tříd a škol, děti vychovávané v různém socio - kulturním prostředí). Jsem si rovněž vědoma, že v mnou zkoumaném vzorku se nalézají výhradně děti, jejichž typ rodiny je jiný než úplný (rozvedení rodiče, střídavá péče, ústavní výchova). Bylo by tedy zapotřebí doplnit sledovaný vzorek také o děti vyrůstající v úplné rodině. Na druhou stranu se zdá, že zkoumaná oblast je úzce propojená s rodinnou situací a tedy lze předpokládat, že v rodině těchto dětí se objevují problémy. Pak bychom možná měli uvažovat i o sledování dětí sice z úplných rodin, ale z takových, v nichž je (ne vlivem konfliktů mezi rodiči či rozvodu) nepříznivá situace – např. rodina vychovávající také postižené dítě, rodina pečující o nemocnou osobu, rodina v tíživé sociální situaci a podobně. Dále by bylo vhodné zabývat se podrobněji přístupy ke zkoumaným dětem ve školním prostředí, které má na děti v mladším školním věku zásadní vliv. Přínosné by rovněž mohlo být sledování vývoje dětí po delší dobu, při tom průběžné účinnosti různých opatření a přístupů. S dětmi, jež byly v rámci této práce zkoumány, zůstávám v kontaktu, jistě by bylo zajímavé zabývat se jejich vývojem s odstupem více let.

ZÁVĚR

V práci jsem vycházela ze snahy podrobně zkoumat jednotlivé problematiky (mladší školní věk, neurotické poruchy a syndrom ADHD – hyperkinetickou poruchu), abych se pak na základě analýzy těchto problematik mohla pokusit o nalezení a popsání souvislostí, které by umožnily detailnější pohled na podobné a odlišné aspekty neurotických projevů a projevů syndromu ADHD u dětí. Tento pohled pak skýtá možnost pro hlubší uvědomění si podobností projevů těchto dvou poruch.

Je zřejmé, že těchto podobností je poměrně dost. Ukazuje se tak, že je nezbytné zkoumat více a citlivěji jednotlivé charakteristiky a projevy obou poruch. Toto konstatování nabývá na důležitosti obzvláště v případě práce s dítětem se syndromem ADHD – k mým poznatkům z praxe patří, že veřejnost odborná i laická je poměrně dobře seznámena zejména se základními projevy této poruchy, ovšem často se rodiče, vychovatelé a učitelé příliš nezabývají prožíváním dítěte, jeho sebehodnocením, emocionalitou či sociálními potřebami. S ohledem na zjištění vyplývající z této práce - v obecné rovině ze sestavené tabulky porovnávající projevy zkoumaných poruch a také z výsledků vyplývajících z empirické studie - považuji za podstatné se při psychologické diagnostice dětí pečlivě zabývat i jemnými odstíny projevů dítěte. Důvodů pro toto spatřuji několik: zvyšuje se tím pravděpodobnost odhalení dalších nepříznivých okolností u dětí se syndromem ADHD, tedy u skupiny dětí, jež může být více náchylná k rozvoji dalších potíží. Na základě přesnějšiho vymezení charakteru projevů lze získat možnost navrhnout pro dítě a jeho blízké nejvíce efektivní terapii. V neposlední řadě pak zabývání se možnými riziky u ADHD dětí rovněž umožňuje včasné a vhodné využití preventivních opatření.

Diplomová práce je spjata s pedagogicko – psychologickou praxí a domnívám se, že v jejím rámci by také mohla být užitečná. S dětmi s diagnózou ADHD se v tomto prostředí lze setkat poměrně často. Dle mých zkušeností se bohužel ne vždy věnuje potřebná zvýšená pozornost jemnějšímu zkoumání komplexu projevů u dětí a jejich charakteru. Právě takový citlivější a obeznámenější přístup k obtížím dítěte by podle mého názoru mohl odborníkům poskytnout možnost dříve, snáze a vhodněji pomoci a poradit rodičům, vychovatelům, učitelům a samozřejmě samotnému dítěti. Zjištění týkající se podobností a propojení projevů u syndromu ADHD a neurotických poruch by také měla tvořit součást odborné znalosti pedagogů v různých institucích.

Práce si rovněž kladla za cíl zabývat se konkrétněji možnostmi přístupů k dětem trpícím oběma poruchami. Zdá se, že podstatu představuje harmonické rodinné a školní prostředí, v němž se uplatňují respekt, důvěra, ocenění, pochopení, zájem, podpora a důslednost. Tyto fenomény se pojí mimo jiné i s tím, o co usilují různé terapeutické, podpůrné a rozvíjející techniky. Pokládám je za základ výchovy všech dětí, dětí s jakýmkoliv specifikou pak obzvláště.

SEZNAM LITERATURY

- Čepička, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. 144 s.
- Černá, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 224 s. ISBN 80-7184-880-8.
- Doležal, J. a kol. *Hygienu duševního života*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1961. 379 s.
- Drtílková, I. *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.
- DuPaul, G. J., Stoner, G. *ADHD in the Schools - Assessment and Intervention Strategies*. New York: The Guilford Press, 1994. 269 s. ISBN 0-89862-245-X.
- Fischer, J. a kol. *Dětská psychiatrie pro pediatrii – vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1980. 187 s.
- Fischer, J. *Konflikty a neurosy u dětí*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1959. 141 s.
- Fischer, J. *Prevence dětských neuróz*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy ministerstva zdravotnictví, 1966. 24 s.
- Hallowell, E. M., Ratey, J. J. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2007. 308 s. ISBN 978-80-7255-154-5.
- Hort, V., Hrdlička, M. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- Hort, V., Hrdlička, M. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- Hříchová, M., Novotná, L. a kol. *Vývojová psychologie pro učitele*. 2. vyd. Plzeň: ZČU v Plzni, 2000. 82 s. ISBN 80-7082-626-6.
- Chodura, V. *Psychiatrie*. 1. vyd. České Budějovice: JU. Zdravotně sociální fakulta, 1998. 71 s. ISBN 80-7040-285-7.
- Jucovičová, D. a kol. *Metódy práce s dětmi s LMD: predovšetkým pre učiteľov a vychovávateľov*. Praha: D+H, 2004. 36 s. ISBN 80-239-4470-3.
- Kafka, J. *Psychiatria: učebnica pre lekárske fakulty*. Martin: Osveta, 1998. 254 s. ISBN 80-88824-66-4.
- Kocurová, M. *Specifické poruchy učení a chování*. 1. vyd. Plzeň: ZČU v Plzni, 2000.

95 s. ISBN 80-7082-705-X.

- Košč, L. *Psychologie postiženého dítěte a jeho výchova*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982. 95 s.
- Kratochvíl, S. *Jak žít s neurózou*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. 191 s. ISBN 80-7178-478-8.
- Kulišťák, P. *Neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 327 s. ISBN 80-7178-554-7.
- Kuncová, P. *KUPOZ: program pro rozvoj koncentrace pozornosti u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí*. Praha: vlastním nákladem, 2004.
- Kuncová, P. *KUPREV: primárně preventivní program pro děti od čtyř do osmi let*. 1. vyd. Praha: vlastním nákladem, 2004.
- Langer, S. *Mládež problémová, její typy a možnosti uplatnění: diagnostické, výchovné a profesiografické modely*. Hradec Králové: Kotva, 1994. 463 s. ISBN 80-900254-3-9.
- Langmeier, J., Balcar, K. a kol. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-301-1.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- Laniado, N. *Máte neklidné dítě?* 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 110 s. ISBN 80-7178-868-6.
- Martin, M., Waltmanová – Greenwoodová, C. (ed.) *Jak řešit problémy dětí se školou*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 328 s. ISBN 80-7178-125-8.
- Mash, E. J., Barkley, R. A. (ed.) *Treatment of Childhood Disorders*. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 1998. 771 s. ISBN 1-57230-276-3.
- Matějček, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 3. vyd. Praha: Portál, 1996. 143 s. ISBN 80-7178-494-X.
- Matějček, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. 336 s. ISBN 80-04-24526-9.
- Matějček, Z., Dytrych, Z. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Psychiatrické centrum Praha v nakladatelství Galén, 1994. 216 s. ISBN 80-85824-06-X.
- Matoušek, O. *Kontexty neuróz*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 198 s.
- Mentzos, S. *Rozumíme sami sobě?: neurotické zpracování konfliktů*. Praha:

Nakladatelství Lidové noviny, 2000. 231 s. ISBN 80-7106-366-5.

- Michalová, Z. *HYP0: cvičení pro děti předškolního věku a prvního pololetí prvních tříd k posílení zrakové a sluchové paměti, koncentrace pozornosti a k částečnému rozvoji percepčně – kognitivních funkcí*. Beroun: Privátní pedagogicko psychologická poradna v Berouně, 2002.
- Miňhová, J., Novotná, L. *Psychopatologie pro učitele*. 1. vyd. Plzeň: ZČU v Plzni, 2000. 119 s. ISBN 80-7082-594-4.
- Možný, J., Praško, P. *Kognitivně – behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 304 s. ISBN 80-7254-038-6.
- Munden, A., Arcelus, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 120 s. ISBN 80-7178-625-X.
- Paclt, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
- Pešová, I., Šamalík, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4.
- Pokorná, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9.
- Prekop, J. *Jak být dobrým rodičem: krůpěje výchovných moudrostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 84 s. ISBN 80-247-9063-7.
- Prekopová, J., Schweizerová, C. *Neklidné dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 144 s. ISBN 80-7178-019-7.
- Psychiatrické centrum Praha (vyd.) *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize – Duševní poruchy a poruchy chování*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 306 s. ISBN 80-85121-44-1.
- Rezková, V. *Nedirektivní psychoterapie hrou: úvod do problematiky*. 3. vyd. Praha: Pražská pedagogicko – psychologická poradna, 1999. 36 s.
- Riefová, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 256 s. ISBN 80-7178-287-4.
- Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.
- Smolík, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.
- Svoboda, M. (ed.) a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha:

- Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
- Šímanovský, Z. *Hry pro zvládnání agresivity a neklidu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-689-6.
 - Vágnerová, M. *Poruchy adaptace*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 1995. 73 s. ISBN 80-7083-177-4.
 - Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
 - Vopel, K. W. *Skupinové hry pro život 4*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 136 s. ISBN 978-80-7367-519-6.
 - Vymětal, J. *Úzkostné děti a jejich výchova*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1979. 167 s.
 - Zelinová, M. *Hry pro rozvoj emocí a komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-197-6.
 - Žáčková, H., Jucovičová, D. *Relaxace nejen pro děti s LMD*. 2. vyd. Praha: D+H, 2003. 43 s. ISBN 80-239-4466-5.

SEZNAM PŘÍLOH

1. Materiály poskytované rodičům ADHD dětí v PPP Plzeň.....	122
2. Škály Connersové – pro rodiče a pro učitele.....	124
3. Pelhamův dotazník pro strukturovaný rozhovor s rodiči.....	134
4. Výčet otázek jako podnět k úvahám o ADD dle E. M. Hallowella a J. J. Rateyho.....	137

PŘÍLOHY

Zásady výchovy hyperaktivního dítěte:

- 1) předem stanovte pravidla a výchovné prostředky (odměny, tresty) a buďte opravdu důslední;
- 2) pokud možno reagujte vždy klidně, bez hněvu, mluvte pomalu, hněv je sice normální, neznamená, že dítě nemilujeme, ale snažte se ovládnout tím, že si předem promyslíte své reakce při očekávaném rozruchu;
- 3) všimněte si každého pozitivního chování dítěte, jakkoliv nepatrného a to pochvalte;
- 4) vyvarujte se častým negativním příkazům: „Přestaň .. To nesmíš ..Nedělejte to ..!“; naprosto zbytečná jsou dlouhá kázání, hyperaktivní děti je nevnímají;
- 5) vždy oddělujte chování, činy, které se vám nelíbí, od samotné osoby dítěte, které máte rádi. Např.: „Mám tě rád, ale nelíbí se mi, když chodíš v botách po koberci...“;
- 6) vypracujte pro dítě jasný denní režim, stanovte základní časy (kdy vstávat, jíst, hrát si, dívat se na televizi, být venku a jít spát - před tím povídání před usnutím nejlépe o pocitech), držte se ho, pokud je to jen trochu možné, i když ho dítě stále narušuje. Stále mějte na paměti, že doba pro učení se řídí zásadou: „krátce, ale častěji“;
- 7) proces zapamatování u hyperaktivních dětí je pomalejší, proto nutno požadavky, úkoly trpělivě opakovat, objasňovat;
- 8) pokud je to možné, zabraňte vnějším vlivům, rozptylování dítěte (jásavé barvy, plakáty na zdi, doma např. psací stůl postavený proti prázdné zdi, klidná místnost bez televize, rádia), dítě nedokáže samo filtrovat rozptylující vlivy;
- 9) dělejte s ním vždy jen jednu věc, hrát by si měl buď sám nebo jen s jedním kamarádem;
- 10) přenášejte na něj více zodpovědnosti, ať má co nejčastěji zážitek „volby“ - velmi důležité pro jeho vývoj (úkoly volit přiměřené schopnostem, aby se u něj neutvořila tzv. „naučená bezmocnost“);
- 11) nehodnoťte jen výkon, při neúspěchu vždy oceňujte alespoň snahu, při nezdaru vyjádřit víru, že příště to bude lepší;
- 12) naučte se rozeznat varovné signály před tím, než dítě vybuchne v „afekt hněvu“, pokuste se odvést jeho pozornost na něco jiného;
- 13) nikdy své dítě nesrovnávejte s ostatními dětmi (nejhorší chyba rodičů: „podívej se na šikovného souseda“ ...);
- 14) uvědomit si, že se jedná pouze o zvláštní stav centrální nervové soustavy (CNS), který zákonitě vede k těmto reakcím, který je ale zvládnutelný a který se bude s postupující zralostí CNS vyskytovat stále méně často až časem možná vymizí úplně; pokud se hyperaktivita projeví ve zhoršeném prospěchu, nemělo by to vést k pocitům méněcennosti: *vedle školních známek je pro život důležitější vědomí vlastní hodnoty* (dítě bude moci žít, když nerozezná přídatná jména od podstatných, ale když nebude mít trochu úcty a sebedůvěry k sobě samému, bude to mít v životě těžké).

Prý až 90 % času ve svém výchovném působení rodiče něco na dítěti požadují, příkazují, co mají děti udělat nebo naopak neudělat, a pak se zlobí, když to nedodrží, ale v této roli nelze budovat kladný citový vztah (vzijme se do pocitů dítěte, jak nás asi vidí, co cítí)- tajemství úspěšného rodičovství zní: „Vycítit, co dítě potřebuje a vyhovět mu“. Dítě potřebuje také okamžiky, kdy po něm nic nežádáme, kdy jsme prostě jen spolu, něco společně děláme, hrajeme si, radujeme se.

„ Non- medical“ péče o dítě s AD/HD

1. Zajistěte, aby dospělí v kontaktu s dítětem (např. rodiče, vychovatelé, učitelé) rozuměli obtížím, kterými dítě trpí.
2. Postupy při realizaci programů musejí být jednoduché, jasné a důsledné (každé úsilí musí být prováděno tak, aby ujistiťovalo dítě, že mu pomůže).
3. Jakmile je to možné, dítě s AD/HD musí být umístěno blízko pedagogovi (dospělému), aby jeho chování mohlo být snadno monitorováno.
4. Jestliže mluvíme k dítěti nebo mu dáváme instrukce, udržujeme kontakt očí a necháme ho/ji opakovat instrukci.
5. Dítě s AD/HD musí dostávat jednoduché, krátké a krátkodobé úkoly (je-li to možné, pouze po jednom) a /nebo rozložit dlouhodobý úkol na sérii úkolů krátkodobých.
6. Dostane-li dítě úkol, snažte se umístit ho od běžných rozptýlení (dveře, okna atd.)
7. Když dítě s AD/HD udělá něco správně, musí být odměněno tak často a tak brzy (bezprostředně), jak je to možné. Odměna musí být smysluplná - PRO DÍTĚ.
8. Jestliže řešíme problémy v chování, kterým se nelze vyhnout, dítě s AD/HD musí vědět, že dospělý se o něj stará, má ho rád jako osobnost, ačkoliv se mu nelíbí, jak se právě zachovalo.
9. Jestliže opravujeme dítě s AD/HD, zaměřme se přímo na jeho chování - ne na příčiny - dítě neví, proč se tak chová. Snažme se dítě opravovat v soukromí.
10. Snažme se dávat v klidu a pohodě připomínky k tomu, co je třeba „prosím, přestaň mluvit a vrať se ke své knize“.
11. Vyvarujme se hlasitých konstatování nebo výkřiků jako „Pokračuj ve své práci“ z druhé strany místnosti. Tresty (úkoly navíc) za nepřiměřené chování (a někdy jednoduše proto, abychom dítě uklidnili) musejí být krátké a k dítěti se musíme obracet s úsměvem.
12. Zajistěte, aby nebylo možné pochybovat nebo diskutovat o tom, co je nebo není vhodné chování (ale všechna rozhodnutí musejí být vnímána jako shodná, stálá a správná).
13. Poskytněte dítěti s AD/HD „útočiště“, které může využít/navštívit tehdy, má-li pocit, že se mu věci vymykají z rukou a/nebo se potřebuje zklidnit.
14. Je-li to možné, zajistěte dítěti partnera/kamaráda s vhodným modelem chování.
15. Připravte dítěti s AD/HD pozitivní podporu, aby nebylo vylučováno/odmítáno vrstevníky (aktivně vyhledávejte způsoby, jak pomoci tvořit a udržovat vztahy a kamarády).
16. Obstarejte základní přehled chování (jak dlouho vydržel u úkolu dnes...), které může být snadno monitorováno tak, aby všichni dospělí a dítě s AD/HD mohli potvrdit (vzít na vědomí) úspěch /selhání.
17. Buďte realističtí, dítě s AD/HD (stejně jako ostatní děti) nebude nikdy perfektní.

ŠKÁLA CONNERSOVÉ PRO RODIČE: DOTAZNÍK PRO RODIČE

Obvyklá mezinárodní zkratka: CPQ

Plný název v originále: Children's Parent Questionnaire

Autor: C. Keith Conners

Česká verze: Ivo Paclt, Michal Šebek

Hodnocená populace: široká dětská populace s projevy poruch pozornosti, chováním

a poruchami neurotickými

Účel užití: posouzení psychického stavu dětí včetně jejich vztahu k okolí

Doporučený uživatel: psychiatr, psycholog, pediatr

Zdroj dat: rodiče

Technika získání dat: celoživotní pozorování dětí (škálové hodnocení od 0 do 3)

Přibližné trvání jednoho hodnocení: zhruba 1 hodinu

Hodnocené období: aktuální stav (během posledních 4 týdnů)

Zvláštnosti skórování: mnohostrannost dotazníku

Patologické hodnoty ve smyslu ADHD > 30 bodů (2 směrodatné odchylky)

Poznámka: určeno pro výzkumné účely, validizace a standardizace v ČR zatím nebyla provedena.

DOTAZNÍK PRO RODIČE (CPQ - CONNERS/TEST)

Autor: C. Keith Conners

Česká verze: Ivo Paclt, Michal Šebek

Jméno dítěte: Datum narození:

Vaše jméno: Vztah k dítěti:

Dnešní datum:

Předkládáme vám seznam nejrůznějších potíží a problémů, s nimiž se rodiče u svých dětí setkávají. Jednotlivé potíže a problémy pročítejte pečlivě a posuďte, zda se v průběhu minulých 4 týdnů u vašeho dítěte uvedené potíže vyskytovaly a v jakém stupni. Svoji odpověď, to znamená stupeň obtíže, dejte do kroužku!

Pracujete rychle a nic nevynechejte!

S vyplněným dotazníkem bude zacházeno jako s důvěrným sdělením, určeným pro lékařské účely.

Stupnice: 0 - vůbec ne; 1 – trochu; 2 – značně; 3 – velmi.

Problémy s jídlem:

- | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|
| 1. Jí nimravě, vybírá si. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Jí málo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Má přes váhu. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Problémy se spánkem:

- | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|
| 4. Ve spánku je neklidný. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Mívá noční můry (děsy). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. V noci se probouzí. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Těžko usíná. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Strach a obavy:

- | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|
| 8. Bojí se nových situací. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Bojí se lidí. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Bojí se být sám. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Bojí se nemoci, smrti. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Svalové napětí:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12. Je velmi strnulý, ztuhlý, má toporné držení těla. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Cuká sebou, má záškuby. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Má třes. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Problémy s řečí:

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 15. Koktá. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Mluví nesrozumitelně, drmolí. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Problémy s močením:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 17. Pomočuje se v noci. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Když jde na záchod močit, musí pospíchat, | 0 | 1 | 2 | 3 |

Problémy se stolicí:

- | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|
| 19. Pokakává se. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Má zácpu. | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Obtíže s následujícími příznaky,
i když lékař nenalezl žádné onemocnění.**

- | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|
| 21. Bolesti hlavy. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Bolesti břicha. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Zvracení. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Jiné bolesti. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Průjmy. | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Problémy s dumláním, žvýkáním předmětů,
vytrháváním vlasů:**

- | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| 26. Cucá si palec (prst). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Okusuje si nehty. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Žvýká šaty, pokrývky atd. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Vytrhává si vlasy. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Dětinskost, nevyzrállost:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 30. Chování, hra odpovídá nižšímu věku. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Pláče. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Vyžaduje pomoc při činnosti, kterou by měl provádět sám. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Lne k rodičům nebo jiným dospělým. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Dětský, nepřiměřeně věku žvatlá. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Citové problémy:

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 35. Zlobí se sám na sebe. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Nechá se napadat ostatními dětmi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Cítí se nešťastný. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Své trápení si nechává pro sebe. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Zvýšené sebeprosazování:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 39. Pouští hrůzu na slabší. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Chlubí se, že ho druzí nemají rádi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Je drzý k dospělým. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Problémy se získáváním přátel:

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 42. Je plachý, bázlivý. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Bojí se, že ho druzí nemají rádi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Cítí se snadno zranitelný. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Nemá žádné přátele. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Problémy se sourozenci:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 46. Cítí se ukřivděný. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Vztahovačný nebo škodolibý. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Bojovný, svárlivý vůči sourozencům. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Problémy s udržením přátel:

- | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| 49. Obtěžuje ostatní děti. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Prosazuje svou. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. Střídá přátele, je vybíravý. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Neklid:

52. Je neklidný, do všeho se hrne. 0 1 2 3
53. Impulzivní, jedná podle okamžitého nápadu. 0 1 2 3
54. Nedokončí započatou činnost. 0 1 2 3

Nálada:

55. Je výbušný, chová se nepředvídatelně. 0 1 2 3
56. Mlátí sebou o zem. 0 1 2 3
57. Rozhazuje a rozbíjí věci. 0 1 2 3
58. Je rozmrzelý. 0 1 2 3

Sex:

59. Hraje si s pohlavními orgány. 0 1 2 3
60. Účastní se sexuálních her s ostatními. 0 1 2 3
61. Je zdrženlivý, stydlivý. 0 1 2 3

Problémy ve škole:

62. Učení mu dělá problémy. 0 1 2 3
63. Nerad chodí do školy. 0 1 2 3
64. Bojí se chodit do školy. 0 1 2 3
65. Sní za bílého dne. 0 1 2 3
66. Chodí za školu. 0 1 2 3
67. Nedodrží školní řád. 0 1 2 3

Lhaní:

68. Popírá, že udělal něco špatně. 0 1 2 3
69. Obviňuje ostatní z vlastních chyb. 0 1 2 3
70. Vypráví příhody, které se nestaly. 0 1 2 3

Krádeže:

71. Krade rodičům. 0 1 2 3
72. Krade ve škole. 0 1 2 3
73. Krade v obchodech, jinde. 0 1 2 3

Zakládání ohňů:

74. Zakládá ohně. 0 1 2 3

Problémy s policií:

75. Má „oplétačky“ s policií. 0 1 2 3

Puntičkářství:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 76. Všechno musí být „akorát“. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 77. Všechno musí být uděláno pokaždé stejně. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 78. Klade si příliš vysoké cíle. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Další problémy:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 79. Nepozorný, roztržitý. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 80. Neklidný, neposedný. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 81. Nemůže být ponechán o samotě. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 82. Všetečný, všude vleze, hrabe se ve věcech. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 83. Časně se budí. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 84. Odbíhá při jídle mezi jednotlivými sousty. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 85. Dožaduje se okamžitého splnění svých přání. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 86. Má rozvázané tkaničky, zipy. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 87. Provádí stále stejný pohyb. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 88. Je strojený, nepřirozený. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 89. Rychle mění nálady. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 90. Špatně se orientuje v okolí nebo v denní době. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 91. Je neohrabaný. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 92. Je si stěžl vřdom toho, co je kolem něho, ři denní doby. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 93. Dodnes si nedoveďe zavázat tkaničky u bot. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Prosím, doplňte jakékoliv jiné problémy, které máte se svým dítětem. Uvedte každý zvlášť (pokud není uveden v dotazníku) a zakřížkujte, v jaké míře se projevuje:

Pozoruji u svého dítěte: Vůbec ne Trochu Hodně Moc

Jak vážné problémy má podle vás v současnosti vaše dítě?

Zakřížkujte: Žádné Malé Vážné

Prohlédněte si ještě jednou test, který jste právě vyplnili, a zakroužkujte prosím čísla těch otázek v testu, které se týkají nejzávažnějších problémů vašeho dítěte.

Tabulka faktorů

Číslo a název faktoru	Patří sem otázky č.	Počet položek
I. Poruchy chování	39,40,41,47,48,51,69	7
II. Úzkost	8,9,10,11,42,43,64	7
III. Impulzivní-hyperaktivní	78, 80, 81 , 82, 83, 84, 89, 90	8
IV. Poruchy učení	45, 62, 63, 67	4
V. Psychosomatické potíže	6,21,22,23,24	5
VI. Puntičkářství, perfekcionismus	76, 77, 78, 3	4
VII. Asociální chování	71,72,73,75	4
VIII. Svalové napětí	12, 13, 14,36	4
	Celkem	43

ŠKÁLA CONNERSOVÉ: DOTAZNÍK PRO UČITELE

Zkratka: CTQ

Autor: C. Keith Connors

Česká verze: Ivo Paclt, Michael Šebek

Doporučený uživatel: učitel

Doba vyplnění: 15 minut

Patologické hodnoty: (orientační) ADHD > 20 ± 5 bodů

I. Jaké problémy jsou s tímto dítětem v současnosti? (Vypište slovy)

K jakým změnám došlo (pokud k nějakým došlo) od posledního vyplnění tohoto dotazníku? (Vypište slovy)

II. Pozoroval/a jste nějaké změny ve školní výkonnosti tohoto dítěte? Zařad'te jednotlivé předměty, kterým učíte, do patřičné kategorie:

Velice se zhoršil/a v

Trochu se zhoršil/a v

Jeho (její) výkon se nezměnil v.....

Zlepšil/a se v

Výrazně se zlepšil/a v.....

III. Jaké změny chování jste u tohoto dítěte pozoroval/a? (Prosím, zakřížkujte patřičné místo)

Změny chování dítěte

Chování	Mnohem horší	Trochu horší	Nezměnilo se	Lepší	Mnohem lepší
Celkové					
Ve třídě					
Podílení se na činnostech třídního kolektivu					
Postoj k autoritě					

IV. Předkládáme vám seznam nejrůznějších reakcí a způsobů chování dětí. Postupně je pročítejte a posuďte, zda v poslední době (v posledním týdnu, v posledních 2 týdnech, v posledních 4 týdnech) se u posuzovaného dítěte takovéto reakce a způsoby chování projevovaly a v jakém stupni. Stupnice s popisem jednotlivých stupňů je na p r a v é straně! Svoji odpověď dejte do kroužku:

Pracujte rychle a nic nevynechejte! S vyplněným dotazníkem bude zacházeno jako s důvěrným sdělením určeným pro lékařské účely.

Stupnice: 0 - vůbec, 1 - trochu, 2 - značně, 3 - velmi značně

Chování ve třídě:

1. Je neposedný.	0	1	2	3
2. Brumlá, mumlá, „bručí" nebo vydává jiné rušivé zvuky.	0	1	2	3
3. Dožaduje se okamžitého uspokojení.	0	1	2	3
4. Obtížně usměrňuje své pohyby, je neobratný.	0	1	2	3
5. Je neklidný (do všeho se hrne).	0	1	2	3
6. Je vznětlivý.	0	1	2	3
7. Je nepozorný, má potíže se soustředěním.	0	1	2	3
8. Nedokončí, co začne.	0	1	2	3
9. Je citlivý ke kritice.	0	1	2	3
10. Je vážný nebo smutný.	0	1	2	3
11. Je zasněný, duchem nepřítomný.	0	1	2	3
12. Je zachmuřený nebo rozmrzelý.	0	1	2	3
13. Křičí, povykuje, je hlučný.	0	1	2	3
14. Vyrušuje ostatní děti.	0	1	2	3
15. Je hádavý.	0	1	2	3
16. Rychle a dramaticky střídá nálady.	0	1	2	3
17. Jedná vychytrale.	0	1	2	3
18. Destruktivní, ničivý.	0	1	2	3
19. Krade.	0	1	2	3
20. Lže.	0	1	2	3
21. Má výbuchy hněvu, explozivní a nepředvídatelné chování.	0	1	2	3

Účast na činnostech skupiny:

22. Izoluje se od ostatních dětí.	0	1	2	3
23. Zdá se, že ho/ji kolektiv nepřijímá.	0	1	2	3
24. Zdá se, že se snadno nechá vést jinými.	0	1	2	3
25. Nemá smysl pro fair play.	0	1	2	3
26. Zdá se, že mu/jí schází někdo, kdo by ho/ji vedl.	0	1	2	3
27. Nevychází s příslušníky opačného pohlaví.	0	1	2	3
28. Nevychází s příslušníky vlastního pohlaví.	0	1	2	3
29. Dráždí ostatní děti nebo se míchá do jejich věcí.	0	1	2	3

Postoj k autoritě:

30. Je submisivní.	0	1	2	3
31. Je vzdorovitý.	0	1	2	3
32. Je nestydatý, drzý.	0	1	2	3
33. Je nesmělý.	0	1	2	3
34. Je ustrašený.	0	1	2	3
35. Klade mimořádné nároky na učitelovu pozornost.	0	1	2	3
36. Je tvrdohlavý.	0	1	2	3
37. Je příliš úzkostlivý, než aby o něco požádal.	0	1	2	3
38. Nespolupracuje s učitelem.	0	1	2	3
39. Má problémy s pravidelnou docházkou do školy.	0	1	2	3

Dodatečné údaje pro učitele:

VI. Došlo podle vás u tohoto dítěte k nějaké (závažnější) změně v postojích rodičů k němu/ní anebo ve vztazích v rodině? (Pokud ano, vypište to na volný list papíru.) Jak byste ohodnotil/a chování tohoto dítěte ve srovnání s ostatními dětmi téhož věku? Zakřížkujte prosím nejvhodnější tvrzení:

Chová se mnohem hůře než ostatní děti

Chová se hůře než ostatní děti

Chová se asi tak stejně jako ostatní děti

Chová se lépe než ostatní děti

Chová se mnohem lépe než ostatní děti.....

Vyhodnocení faktorů

Číslo a název faktoru:	Položky:	Počet položek:
I. Poruchy chování	12, 15, 17,18, 19,20,21, 25,30,31,32,36,38	13
II. Nezúčastněnost, pasivita	4,7,8,11,24,26	6
III. Napětí, úzkost	9, 10,30,33,34,39	6
IV. Hyperaktivita	1,2,5,6,14,29	6
	Celkem	31

Poznámky: Skóry jednotlivých faktorů se vyznačují jistým stupněm vzájemné korelace, zvláště mezi faktory 1 a 4. Tyto dva faktory lze pro zjednodušení sečíst a hodnotit jako jediný faktor.

A. Symptomy hyperaktivity a nedostatečné pozornosti jsou pokryty otázkami, zda:

1. se dítě neklidně vrtí, hraje si s rukama, pohybuje nohama (u starších dětí může jít o subjektivní pocit a nutkám);
2. není schopno v klidu sedět, když se to od něho vyžaduje. Obě položky jsou konkretizovány na jednotlivá prostředí - ve škole, u jídla, v autě, v kostele, při sledování televize, při vypracovávání domácích úkolů, při klidné hře, v restauraci, v čekárně a jinak;
3. lehce jej vyruší vnější podněty - ve škole, při práci nad domácími úkoly, při denních povinnostech, sledování televize, když si hraje samo, když si hraje ve skupině s druhými dětmi, při organizované skupinové aktivitě, při večerní toaletě a ukládání k spánku, při činnosti, kterou dělá rádo, tehdy, když dělá něco nerado;
4. působí mu obtíže čekat, až na něho přijde řada ve hře nebo společenské situaci - pokud je to činnost ve velké skupině (košíková, kopaná), v malé skupině (deskové hry), o přestávkách ve škole;
5. často odpovídá na otázku dříve, než je dokončena - ve škole, v nedělní škole v kostele, u sousedů, doma;
6. obtížně plní instrukce nebo výzvy druhých (nejde však o vzdor nebo nedostatek porozumění instrukcím);
7. má obtíže s udržením pozornosti při úkolech nebo herních činnostech;
8. často přebíhá od jedné nedokončené činnosti ke druhé - otázky 6-8 jsou spojeny se stejnými situacemi jako otázka třetí;
9. obtížně se věnuje klidným činnostem - pokud se vyžaduje klidná hra, v kostele, na ostatních veřejných místech (v divadle, v obchodě);
10. je často příliš upovídané - vůči rodičům, vůči ostatním dospělým, vůči vrstevníkům, sourozencům, doma, ve škole;
11. skáče do řeči nebo se prosazuje na úkor druhého, ruší ostatní děti při hře - vyrušuje sourozence, vrstevníky, rodiče, učitele, ostatní dospělé;
12. zdá se, že neposlouchá, co se mu říká - když na něho mluví dospělí, sourozenci nebo vrstevníci, ve škole, když dělá domácí úkoly, když plní denní povinnosti, když sleduje televizi, když si hraje samo, když si hraje ve skupině dětí, při organizované skupinové činnosti, když se připravuje ke spaní, když dělá něco rádo, když dělá něco nerado;
13. ztrácí věci, které jsou nezbytné pro splnění úkolu nebo jiné činnosti - ve škole (tužky, knihy), doma (oblečení), mezi školou a domovem (poznámenat si domácí úkol), v okolí domu (míč, hračky);
14. zaměstnává se nebezpečnými aktivitami, aniž by si uvědomilo možné důsledky (není to proto, že by vyhledávalo dobrodružství, vběhne do silnice, aniž by se rozhlédlo), některé popisy chování: jezdí divoce na kole, šplhá po předmětech tak vysoko, že je to nebezpečné, je nápadně nepozorné (pohybuje se příliš blízko dětem, které běhají apod.), je stále v pohybu (stále běhá, šplhá po předmětech, vyskakuje a hází věcmi), jak často musí dítě navštívit lékaře nebo pohotovost pro nějaký úraz;

15. je nepořádné, chaotické - nepořádek v pokoji doma, nepořádek na lavici ve škole, chaoticky pracuje při domácích úkolech, při školní práci, nemůže najít věci;
16. je apatické, nemotivované - ve škole, když dělá domácí úkoly, když plní denní povinnosti, stráví mnoho času sledováním televize, nechce si hrát s druhými dětmi, nechce chodit do žádných kroužků, obecně se neúčastní činností, které nemá rádo nebo které vyžadují úsilí;
17. obtížně přechází z jedné činnosti na druhou - ve škole, při vypracování domácích úkolů, při sledování televize, když si hraje samo, když si hraje ve skupině dětí, při organizované činnosti (sportovní hry apod.), když se připravuje ke spaní, když dělá oblíbenou činnost, když dělá neoblíbenou činnost;
18. je nepřiměřeně hlučné - ve škole, v kostele, na návštěvě, doma, na veřejnosti (restaurace, divadlo), když si hraje s vrstevníky, při organizovaném sportu;
19. objevují se denní sny nebo se zahledí do prázdna - když mluví s dospělými, když hovoří s vrstevníky nebo sourozenci, ve škole, při práci nad domácími úkoly, při běžných domácích povinnostech, při sledování televize, když si hraje samo, když si hraje s druhými dětmi, při organizované činnosti, když se připravuje do postele, když dělá oblíbenou činnost, když dělá neoblíbenou činnost.

B. Symptomy dětského vzdoru

1. dítě má často špatnou náladu - bez zjevné příčiny, když má poslechnout příkazy rodičů, když má poslechnout příkazy učitele, jestliže by chtělo něco jiného než vrstevníci, sourozenci, rodiče, učitel, ostatní dospělí, těžce prožívá frustraci;
2. pře se s dospělými - rozvíjející položky odpovídají položkám v 1;
3. vzdoruje nebo odmítá plnit požadavky dospělých a podřídí se pravidlům - odporuje matce (aktivně/pasivně), odporuje otci (aktivně/pasivně), odporuje učiteli (aktivně/pasivně), odporuje řediteli (aktivně/pasivně), odporuje lidem, kteří mu nejsou blízcí (aktivně/pasivně);
4. záměrně dělá věci, které druhým lidem vadí, např. strhává dětem čepici z hlavy - ve škole (zaměřeno na učitele, zaměřeno na děti), ve svém okolí (zaměřeno na dospělé, zaměřeno na vrstevníky), doma (zaměřeno na rodiče, zaměřeno na sourozence, zaměřeno na domácí zvířata);
5. obviňuje druhé za své vlastní omyly nebo špatné chování - obviňuje vrstevníky, obviňuje sourozence, rodiče, učitele;
6. dítě je nedůtklivé nebo se lehce rozčílí v kontaktu s druhými - se sourozenci, vrstevníky, rodiči, učiteli, ostatními dospělými;
7. často se zlobí a je rozmrzelé - bez zjevné příčiny, když má poslechnout příkazy rodičů, když má poslechnout příkazy učitele, jestliže by chtělo něco jiného než vrstevníci, než sourozenci, než rodiče, než učitel, než ostatní dospělí, těžce prožívá frustraci;
8. je zlomyslné nebo mstivé - vůči sourozencům, rodičům, učitelům, ostatním

- dospělým;
9. často nadává nebo používá obscénní jazyk - zaměřené na vrstevníky, zaměřené na sourozence, rodiče, učitele, ostatní dospělé, nadávky nejsou zaměřeny na nikoho/nic, vyskytují se v přítomnosti rodičů, učitelů, vrstevníků, sourozenců;
 10. často lže (určete frekvenci v jednom týdnu) - aby se vyhnulo trestu, aby dosáhlo výhody, aby si zvýšilo sebedůvěru, přehání nebo si vymýšlí, lže stále ze zvyku, bez zřetelné výhody;
 11. často někoho fyzicky napadá - rodiče, ostatní dospělé, sourozence (obvykle ho neprovokují), vrstevníky (obvykle ho neprovokují), sourozence (obvykle ho provokují), vrstevníky (obvykle ho provokují);
 12. často týrá, šikanoje nebo zastrašuje ostatní (popište typický případ) - stejně staré vrstevníky, mladší děti, starší sourozence, mladší sourozence.

C. Poruchy chování

1. dítě něco ukradlo bez přítomnosti postiženého ve více než jednom případě, po pište krátce každou událost - sourozenci, vrstevníkovi, rodičům, ostatním dospělým;
2. uteklo z domu přes noc nejméně dvakrát, pokud bydlelo u rodičů nebo v náhradní rodině (nebo jednou, aniž by se vrátilo);
3. záměrně pomáhalo založit požár, který byl příčinou vážné škody, popište krátce událost - doma, v okolí nebo kdekoli;
4. často chodí za školu (popište);
5. vloupalo se do nějakého domu, budovy nebo auta přinejmenším jednou, popište krátce událost, včetně udání hodiny - do domu, do budovy, do auta;
6. záměrně zničilo cizí majetek (jinak než založením požáru) přinejmenším jedenkrát, popište krátce každou událost - majetek sourozenců, vrstevníků, rodičů, ostatních dospělých, vlastní majetek;
7. fyzicky napadá zvířata, popište krátce každou událost - domácí zvířata, ostatní zvířata, hmyz;
8. nutilo někoho k sexuální činnosti, popište krátce každou událost;
9. použilo předmětu, který mohl snadněji způsobit zranění než rvačka (kus dřeva, cihla, rozbitá láhev, nůž, střelná zbraň), popište krátce každou událost;
10. ukradlo něco a střetlo se s poškozeným (loupežné přepadení, krádež peněženky, vyděračství, ozbrojené přepadení), popište krátce každou událost - sourozenci, vrstevníkům, rodičům, ostatním dospělým;
11. fyzicky týrá druhé (aniž by ho provokovali, záměrně se pokouší fyzicky poškodit druhé, popište každou událost) - rodiče, ostatní dospělé, sourozence, vrstevníky;
12. je zvyklé pít alkohol ve věku neplnoletosti bez souhlasu dospělých (popište krátce každou událost);
13. opakovaně užívá nepředepsané léky a drogy, popište každou událost.

1. Jste leváci či je pro vás příznačná ambidextrie (nevyhraněnost levé ani pravé ruky)?
2. Vyskytlo se ve vaší rodině užívání drog, alkoholismus, deprese nebo maniodeprese?
3. Trpíte náladovostí?
4. Byli jste ve škole považováni za žáka, jehož výkony neodpovídají jeho schopnostem? Případně je tomu tak nyní?
5. Máte problémy se zahájením nějaké činnosti, práce či úkolu?
6. Stává se vám, že poměrně často bubnujete prsty, poklepáváte nohou, s něčím si pohráváte nebo že chodíte po místnosti sem a tam?
7. Zjišťujete při čtení, že některé odstavce nebo i celé stránky musíte číst znovu, protože jste se zasnili?
8. Máte pocit, že se v myšlenkách často ocitáte jinde, než kde právě jste?
9. Platí pro vás, že nedokážete v klidu odpočívat?
10. Jste netrpělivější než ostatní lidé?
11. Zjišťujete někdy, že jste se pustili do více činností najednou, až si připadáte jako žonglér, který se snaží žonglovat s více míčky, než zvládne?
12. Jste impulzivní?
13. Necháte si snadno odvést pozornost?
14. Máte potíže s udržením pozornosti, a přesto vnímáte, že v některých situacích se dokážete soustředit velmi dobře?
15. Odkládáte řadu záležitostí takzvaně donekonečna?
16. Stává se vám, že vás nadchne nějaký plán nebo aktivita, ale nadšení nerealizujete?
17. Máte pocit, že je pro vás obtížnější než pro ostatní, abyste se vyjadřovali jasně a druzí vám rozuměli?
18. Máte pocit, že máte „děravou paměť“, takže než přejdete z jedné místnosti do druhé, stane se, že zapomenete, pro co jste šli?
19. Kouříte cigarety?
20. Pijete hodně?
21. Pokud jste někdy zkoušeli kokain, měli jste pocit, že vám pomohl lépe se soustředit a že vás zklidnil, spíše než aby vám dodal energii?
22. Jedete-li v autě a posloucháte-li rádio, měníte stanice často?
23. Rozbítí se vám tlačítka na dálkovém ovladači, protože ustavičně přepínáte z jednoho kanálu na druhý?
24. Jste plní energie a nutkání pořád něco dělat, jako by ve vás vřel motor, který nelze zastavit?
25. Říkal vám někdo v dětství, že jste snílek, lenoch, raketa, impulzivní, zlobivý či neposlušný?

26. Platí pro vás, že váš intimní vztah narušuje vaše neschopnost delší dobu vést rozhovor a udržet u něj pozornost?
27. Jste ustavičně na pochodu, ačkoli sami ani nechcete?
28. Máte pocit, že vám víc než ostatním lidem vadí čekání ve frontě?
29. Máte potíže s tím, že se hned pustíte do nějaké činnosti a nedokážete si předtím přečíst instrukce?
30. Máte výbušnou povahu?
31. Musíte se hodně hlídat, abyste nevyhrkli nějakou nevhodnou poznámku?
32. Hrajete rádi hazardní hry?
33. Máte pocit, že když někdo mluví kolem dokola a trvá mu dlouho, než se dostane k jádru věci, asi to nevydržíte a vybuchnete?
34. Byli jste jako dítě hyperaktivní?
35. Přitahují vás situace, které jsou něčím nové a jsou plné nových podnětů?
36. Dáváte přednost náročným úkolům před snadno zvládnutelnými aktivitami?
37. Máte pocit, že jste silně intuitivní?
38. Stává se vám často, že se najednou „přistihnete“ při nějaké aktivitě, aniž byste ji předem plánovali?
39. Platí pro vás, že byste radši šli k zubaři, než byste sestavili seznam či se podle nějakého seznamu řídili?
40. Odhodláváte se stále dokola, že si lépe uspořádáte život, přesto je pro vás nadále typický zmatek?
41. Míváte vracející se pocit, že vás něco svědčí, ale nevíte přesně co; chcete něco dělat, ale vlastně ani přesně nevíte co?
42. Označili byste se za hypersexuálního člověka?
43. Jeden muž trpící ADD uvedl tuto neobvyklou trojici příznaků: užívání kokainu, časté prohlížení pornografie, závislost na křížovkách. Dokážete ho pochopit, ačkoli týmiž příznaky netrpíte?
44. Řekli byste o sobě, že máte tendence k závislosti?
45. Flirtujete víc, než byste sami rádi?
46. Vyrůstali jste ve zmatečně fungující rodině, v níž nebyly vymezeny jasné hranice?
47. Je pro vás těžké být sami?
48. Bojujete proti depresivnímu ladění potenciálně škodlivým nutkavým chováním, jemuž se nedokážete ubránit, například prací bez přestávky, nadměrným utrácením peněz, nadměrným pitím alkoholu či přejídáním?
49. Trpíte dyslexií?
50. Vyskytla se u vás v rodině hyperaktivita nebo ADD?
51. Je pro vás obtížné snášet frustraci, selhání?
52. Narůstá ve vás neklid, nemáte-li v životě dostatek akčnosti?
53. Je pro vás náročné delší dobu číst?

54. Je pro vás typické, že porušujete pravidla nebo v malé míře i zákon, protože se nedokážete vyrovnat s frustrací z toho, že byste se jimi měli řídit?
55. Trápí vás iracionální obavy?
56. Stává se vám, že čísla či písmena napíšete zrcadlově?
57. Měli jste jako řidiči více než čtyři autonehody?
58. Zacházíte s penězi neuváženě?
59. Jednáte na popud okamžiku či hnutí mysli?
60. Máte pocit, že systematickost a rutinní činnosti jsou ve vašem životě vzácné, ale objeví-li se, uklidňují vás?
61. Jste rozvedení více než jednou?
62. Máte potíže s tím, abyste si udrželi žádoucí sebeúctu?
63. Máte horší koordinaci ruka - oko?
64. Byli jste v dětství při sportu neohrabaní?
65. Je pro vás příznačné, že často měníte zaměstnání?
66. Jste nonkonformista?
67. Je pro vás takřka nemožné psát si poznámky či upomínky a řídit se jimi?
68. Je pro vás víceméně nemožné udržet si aktualizovaný adresář a telefonní seznam?
69. Platí pro vás, že jeden den jste bavič sršící vtípem a druhý den se chováte jako mrzout?
70. Máte-li k dispozici spousty volného času, zjišťujete, že ho neumíte využít a nakonec propadáte depresivní náladě?
71. Jste tvořivější a máte větší fantazii než ostatní?
72. Představuje pro vás udržení pozornosti trvalý problém?
73. Pracuje se vám nejlépe v krátkých, ale intenzivně využitých časových úsecích?
74. Je pro vás typické, že si pravidelně nekontrolujete transakce uvedené ve výpisu z běžného účtu?
75. Jste vždy „pro“ zkusit něco nového?
76. Stává se vám často, že po úspěchu propadnete depresivní náladě?
77. Baví vás mýty a podobné systematicky uspořádané příběhy?
78. Máte dojem, že nežijete tak, abyste dokázali naplnit svůj potenciál?
79. Jste extrémně neklidní?
80. Bylo pro vás ve škole typické snění?
81. Byli jste někdy „třídní šašek“?
82. Řekl někdo o vás, že jste moc nároční?
83. Je pro vás obtížné posoudit, jak působíte na druhé?
84. Máte tendenci řešit problémy na základě intuice?
85. Ztratíte-li se, hledáte cestu spíše podle intuice než podle mapy?
86. Stává se vám, že se vám při milování rozuteče pozornost, ačkoli se vám

sex líbí?

87. Jste adoptovaní?

88. Trpíte větším počtem alergií?

89. Mívali jste v dětství časté záněty uší?

90. Býváte při práci výkonnější, když jste sami svým pánem?

91. Jste chytřejší, než druhým umíte dokázat?

92. Jste vnitřně hodně nejistí?

93. Je pro vás těžké udržet tajemství?

94. Stává se vám, že ve chvíli, kdy chcete něco říct, zapomenete, co to bylo?

95. Cestujete rádi?

96. Trpíte klaustrofobií?

97. Říkali jste si někdy, jestli nejste blázen?

98. Pronikáte do podstaty věcí rychle?

99. Smějete se hodně?

100. Měli jste potíže s udržením pozornosti při čtení tohoto dotazníku?