

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie

Bakalářská práce

Adéla Náměstková

Hyperaktivita (ADHD) – spouštěcí a protektivní faktory

Hyperactivity (ADHD) – releasing and protective factors

Praha, 2017

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslav Šturma

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Jaroslavu Šturmovi za vstřícné vedení mé bakalářské práce, za ochotu a trpělivost při konzultacích a hlavně také za podnětné připomínky a odborné rady.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25. července 2017

.....
Adéla Náměstková

Abstrakt:

Bakalářská práce se zaměřuje na jev ADHD, který se v naší společnosti vyskytuje se stále nabývajícím intenzitou a četností. Práce se zabývá upřesněním terminologie spojené s touto poruchou a následně se zaměřuje na spouštěcí faktory (genetické i negenetické, se snahou postihnout základní přehled příčin této poruchy) a také na faktory protektivní – jak se dá s poruchou pracovat a jakými způsoby můžeme projevy ADHD zmírňovat a ovlivňovat.

Empirická část se zaměřuje na návrh výzkumného projektu, který se soustředí na vzorek dětí mladšího školního věku, v rámci kterého by formou rozhovoru s rodiči měly být shledávány facilitační a protektivní faktory rozvoje ADHD, které by mohly vést ke zkvalitnění péče o děti s touto poruchou.

Klíčová slova:

ADHD, ADD, hyperaktivita, pedagogická psychologie

Abstrakt:

The bachelor thesis focuses on the phenomenon of ADHD which is in our society with ever increasing intensity and frequency. It focuses on terminology connected with this phenomenon and on the factors that trigger ADHD (genetic and nongenetic, with focus on describing basic knowledge about possible causes of this disorder) and also on protective factor – how can we work with children with ADHD and how we can influence and moderate behaviour connected with this disorders.

The empirical part focuses on the design of a research project that would be interested in a sample of younger school children. Within several interviews, facilitating and protective factors of ADHD (that could lead to improving care of children with ADHD), should be discussed and found.

Keywords:

ADHD, ADD, hyperactivity, pedagogical psychology

Obsah

Seznam použitých zkratk:	8
Úvod	9
1. Diagnostika ADHD a terminologie s ní spojená	10
1.1. Definice ADHD	10
1.2. Diagnostická kritéria pro ADHD	10
1.2.1. Testy a škály vhodné pro diagnostiku ADHD	12
1.2.2. Diagnostika komorbidních poruch u jedinců s ADHD	12
1.2.3. Diagnostika ADHD v období adolescence a dospělosti	12
2. Spouštěcí faktory ADHD	13
2.1. Neurofyzilogické aspekty ADHD	13
2.1.1. Dopamin a noradrenalin	14
2.1.2. Morfologické změny mozku dětí s ADHD	14
2.2. Genetické faktory	15
2.3. Negenetické faktory	15
2.3.1. Kouření matky v průběhu těhotenství	16
2.3.2. Nízká porodní váha dítěte	16
2.3.3. Psychosociální prostředí	16
3. Protektivní faktory ADHD	17
3.1. Přístup k dítěti s ADHD v rodině	17
3.1.1. Doporučení pro výchovu dítěte s ADHD a komunikaci v rámci rodiny	18
3.1.2. Režimová opatření	18
3.1.3. Sourozenecké vztahy dítěte s ADHD	19
3.2. Dítě s ADHD ve školním prostředí	19
3.2.1. Dítě s ADHD v mateřské škole	19
3.2.2. Dítě s ADHD na základní škole	20
3.2.3. Jedinec s ADHD na vysoké škole	22
3.3. Farmakologická léčba	22
3.3.1. Stimulancia – methylfenidáty (Ritalin a Concerta)	23
3.3.2. Psychofarmaka bez použití stimulancií	24
3.3.3. Antidepresiva	24
3.4. Pohybová cvičení pro děti s ADHD syndromem	24

3.4.1. Relaxace	25
3.5. Rostlinné přírodní přípravky pro léčbu ADHD.....	25
3.6. Kognitivně-behaviorální terapie	25
3.7. EEG biofeedback	26
3.8. Diety a nutriční doplňky stravy.....	27
3.8.1. Oligoantigenní dieta.....	27
3.8.2. Suplementace minerálů.....	27
3.9. Zrcadlový feedback.....	27
3.10. Repetitivní transkraniální magnetická stimulace.....	28
3.11. Terapie u dospělých jedinců s ADHD.....	28
3.11.1. Farmakoterapie dospělých jedinců s ADHD	28
3.10.2. Nefarmakologické postupy léčby ADHD u dospělých jedinců.....	28
3.11.2. Spolupráce s jedinci s ADHD v rámci pracovního prostředí.....	29
4. Návrh výzkumného projektu	29
4.1. Cíl výzkumného projektu.....	30
4.2. Výzkumné otázky.....	30
4.3. Výzkumný soubor	30
4.3.1. Kritéria výběru	30
4.3.2. Způsob výběru výzkumného souboru.....	31
4.4. Metody výzkumného projektu	31
4.4.1. Polostrukturovaný rozhovor	32
4.4.2. Otázky polostrukturovaného rozhovoru.....	32
4.4.3. Pozorování	33
4.4.4. Skupinová diskuse	33
4.5. Výzkumný plán	34
4.5.1. Přípravná fáze výzkumu	34
4.5.2. Pilotní studie	34
4.5.3. Sběr dat.....	35
4.5.4. Zpracování dat	35
5. Diskuze	36
Závěr	37
Seznam použité literatury	38

Seznam použitých zkratk:

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (hyperkinetická porucha)
apod.	a podobně
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch)
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
Např.	například
ODD	Porucha chování s opozičním vzdorem
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala téma hyperaktivity, neboli ADHD a jejích spouštěcích a protektivních faktorů. Tato porucha a její diagnóza se kolem nás objevuje se stále nabývajícím intenzitou, mohli bychom i říci, že u určitých případů je někdy dokonce nadužívána. Je jen tenká hranice mezi velmi aktivním dítětem a dítětem s ADHD – rozhodující v těchto případech je správná edukace nejen rodičů, ale také všech, kteří dítě ovlivňují v rámci vzdělávání. Ve své práci se budu zabývat spouštěcími faktory, jež tuto poruchu způsobují a ovlivňují, jako jsou faktory genetické, neurofyziologické, ale i psychosociální. Dále se budu zabývat rovněž faktory protektivními – tedy jak s dítětem s poruchou ADHD pracovat a jednat, a to především z toho důvodu, že tato porucha ovlivňuje nejen samotné dítě, ale i jeho blízké, rodinu a mimo jiné také spolužáky a pedagogy v rámci vzdělávacího systému. V rámci mé práce budou blíže popsány vztahové problémy dítěte ADHD, které mohou u dítěte nastat, a v návaznosti na ně budou předloženy doporučené terapeutické a léčebné kroky.

Cílem mé závěrečné práce je v literárně-přehledové části tyto faktory hyperaktivity, podle nejaktuálnější dostupné literatury, předložit a popsat. V praktické části této práce se budu zabývat návrhem kvalitativního výzkumu, jenž by měl vést k získání poznatků o tom, jak neefektivněji pracovat s dětmi s touto diagnózou a celkově zlepšit kvalitu života těchto dětí a všech, kteří ho nějakým způsobem ovlivňují.

1. Diagnostika ADHD a terminologie s ní spojená

1.1. Definice ADHD

Příznaky ADHD vzbudily pozornost lékařů již na počátku 20. století a pojetí poruchy pozornosti s hyperaktivitou zažilo nespočet změn (Slowík, 2016). Soudobé pojetí poruchy ADHD (jako poruchy chování s hyperaktivitou) se liší v závislosti na tom, zda si ji definujeme podle Amerického diagnostického manuálu DSM-IV či Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 – u každého z manuálů můžeme pozorovat rozdílné vyčlenění subtypů poruchy (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Diagnostický manuál DSM dělí ADHD širěji než MKN-10 a „*dělí ji do tří podtypů: na ADHD, inattentive type (s převládající poruchou pozornosti), ADHD, hyperactivity/impulsivity type (s převládající hyperaktivitou a impulzivitou) a ADHD, combined type (smíšený typ)*“ (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 22). Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 pak „*zahrnuje subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F 90.0) a subtyp hyperkinetické poruchy chování (F 90.1)*“ (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 22).

Ve školské a poradenské praxi se obvykle setkáváme spíše s termínem ADHD. Pojmy hyperkinetická porucha nebo hyperkinetický syndrom, s nimiž se také často setkáváme v souvislosti s ADHD, bývají častěji využívány ve zdravotnictví. Oba termíny v podstatě zahrnují poruchu pozornosti, impulzivitu a poruchu aktivity i ve smyslu motorické hyperaktivity. Pojmy se tedy liší pouze ve slovním názvu (Žáčková, Jucovičová, 2014).

1.2. Diagnostická kritéria pro ADHD

Jelikož stanovení jakékoliv diagnózy nemůže být založeno pouze na osobních úsudcích rodičů či dalších příbuzných nebo pedagogů a psychologů, musíme se při diagnóze ADHD řídit určitými pravidly. „*Hodnocení určitého dítěte jako neklidného je do značné míry relativní a závisí na situaci i na hodnotiteli, na jeho aktuálním stavu, frustrační toleranci, názorech a postojích*“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015, s. 670). Abychom mohli ADHD diagnostikovat, musí u dítěte přetrvávat alespoň určitý počet příznaků z diagnostických kritérií a tyto projevy musí přetrvávat dostatečně dlouho – a to alespoň 5 měsíců. Navíc musí být tak rušivé, že dítěti působí problémy ve škole i mimo školu, a nelze je považovat za odpovídající jeho věku, respektive jeho celkové úrovni vývoje (Vágnerová, 2005).

Základem diagnostiky ADHD bývá především pozorování projevů dítěte, rozbor jeho anamnézy, psychologické a speciálně pedagogické vyšetření zaměřené hlavně na kognitivní a percepčně-motorické funkce, pracovní-volní a emočně-sociální zralost jedince (Michalová, 2012). Co se týká jednotlivých diagnostických kritérií pro ADHD, ať již dle DSM-IV nebo MKN-10, oba dva manuály se shodují v tom, že ke vzniku této poruchy dochází vždy před 7. rokem života dítěte. Kritéria dle jednotlivých klasifikačních systémů se sice nepatrně liší, nicméně jde víceméně pouze o rozdíly ve slovních formulacích kritérií. Nyní uvedu několik kritérií či symptomů, které musíme u dítěte pozorovat, abychom mu poruchu ADHD mohli diagnostikovat dle jednotlivých klasifikačních systémů:

Kritéria ADHD podle MKN-10, zkráceno (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 24):

- *Obtížně koncentruje pozornost.*
- *Nedokáže udržet pozornost.*
- *Neposlouchá.*
- *Nedokončuje úkoly.*
- *Neposedný, vrtí se.*
- *Nevydrží sedět na místě.*
- *Vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho.*
- *Nedokáže čekat.*

Kritéria ADHD podle DSM-IV, zkráceno (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 26):

- *Nepozornost při školních úkolech, pomíjení detailů, chyby z nepozornosti.*
- *Neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly.*
- *Ztrácí věci (hračky, školní potřeby).*
- *Vnější stimuly často přerušují jeho soustředění.*
- *Zapomnětlivý v denních aktivitách.*
- *Často opouští lavici ve třídě.*
- *Nadměrně mnohomluvný.*
- *Často vyhrkne odpověď před dokončením otázky.*

Žáčková, Jucovičová (2017) uvádí, že nezbytně nutnou podmínkou k určení diagnózy ADHD jsou projevy ADHD v dětství a fakt, že výše uvedená problematika není vysvětlitelná jinou poruchou. Příznaky ADHD by se pak měly projevovat alespoň ve dvou různých prostředích (např. ve škole, doma, ve volnočasových aktivitách apod.). Hodnocení žáka

z hlediska pozornosti, impulzivity a chování také musí respektovat situační kontext. Nelze ho hodnotit ve chvílích, kdy běhá o přestávce v rámci hry, ale musíme se zaměřit především na chování během vyučování (Vágnerová, 2005).

1.2.1. Testy a škály vhodné pro diagnostiku ADHD

Mezi nejvhodnější testy a škály, které pro diagnostiku ADHD můžeme použít, patří např. zkouška Číselného čtverce (který umožňuje posoudit i výkonnost pozornosti v čase), některé subtesty Wechslerova testu inteligence či Eysenckův dotazník impulzivity (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

Také škály nebo dotazníky pro rodiče a učitele představují nezbytnou součást celkového vyšetření ADHD u dítěte, zejména proto, že představují důležitou informaci o vnímání projevů a aspektů poruchy z jejich strany, což je při diagnostice velmi podnětné. K diagnostice můžeme použít např. dotazníky Connersové – verzi pro rodiče a učitele (Paclt a kol., 2007).

1.2.2. Diagnostika komorbidních poruch u jedinců s ADHD

ADHD se pouze zřídka vyskytuje samostatně, ve většině případů je doprovázena řadou komorbidních poruch. Jedná se většinou například o poruchu chování s opozičním vzorem (ODD) či úzkostné poruchy (Ter-Stepanian et al., 2017). Dále může být také doprovázena poruchami učení, jako je dyslexie či dysgrafie, bipolárními poruchami nebo somatickými a koordinačními pohybovými problémy a neobratností (Lechta, 2010).

O dětech s ADHD se často udává, že mají více symptomů deprese a nižší sebehodnocení než zdravé děti nebo děti, které trpí pouze poruchami učení a ne ADHD. Děti s touto poruchou mají také větší pravděpodobnost vzniku problémů se spánkem než zdravá populace dětí – „*starším dětem dlouho trvá, než usnou, což je patrné u 56 % dětí s ADHD ve srovnání s 23 % zdravých dětí. Až u 39 % dětí s ADHD se mohou objevovat problémy s častým nočním probouzením*“ (Paclt a kol., 2007, s. 20).

1.2.3. Diagnostika ADHD v období adolescence a dospělosti

„*Podle současných, obecně přijímaných údajů pokračuje ADHD cca u 75 % dětí do adolescence a celkem 60 % případů z dětství přetrvává i v dospělosti*“ (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 362).

V období dospívání jsou projevy hyperaktivity, jako jsou problémy se sebeovládáním či řízení vlastního chování, ještě nápadnější (Vágnerová 2014). Mezi další nežádoucí projevy,

kteřé u adolescentů můžeme stále pozorovat, je jejich impulzivita, neuváženost, prudkost a zbrkllost – nápadnější jsou zejména proto, že od adolescenta se očekává zralejší projev než od dítěte, a proto takové chování ještě více vynikne (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015). Narušení emoční regulace, jež se projevuje výše popsanými projevy, se prokazuje především nízkou tolerancí k frustraci, netrpělivostí a také může dojít k nárůstu agresivity (Vágnerová, 2014).

Příznaky ADHD se poté z dětství a adolescence do dospělosti přenášejí v částečně pozměněné podobě. Často přetrvává emoční nezralost, emoční labilita, impulzivita a relativně často také zkratkovité jednání (Paclt a kol., 2007). Výzkumníci taktéž hovoří o obtížích v dosahování úspěchu ve vzdělávání, zaměstnání, sociální přizpůsobivosti a gramotnosti (Michalová, 2007).

ADHD postihuje zhruba tři až pět procent dospělých na celém světě (Sinha et al., 2016). Diagnostika syndromu ADHD v dospělosti není snadnou záležitostí, protože je nutné zvážit mnoho faktorů, které na vývoj jedince působily během jeho vývoje od dětství do dospělosti (Žáčková, Jucovičová, 2017). Zároveň je potřeba brát v potaz, že ne každý neklid a nesoustředěnost bývají projevem syndromu ADHD. Může také jít o reakci na zátěžovou životní situaci, projevy neuroticismu či jiných duševních poruch nebo onemocnění (Čermáková, Papežová, Uhlíková podle Žáčková, Jucovičová, 2017). Konkrétní podoba obtíží v dospělém věku se také velmi liší v závislosti na tom, zda byl v rámci vývoje jedince diagnostikován i vznik dalších komorbidních poruch chování či emocí (Kolčárková, Lacinová, 2008).

2. Spouštěcí faktory ADHD

Otázka, co přesně je příčinou a spouštěcím faktorem ADHD, je jedna z nejdiskutovanějších na poli této problematiky. Podle současných názorů je ale příčina této poruchy pravděpodobně heterogenní, v etiologii se mohou uplatňovat genetické i negenetické faktory spojené s neuroanatomickými a neurochemickými inzulty, které zasahují převážně prenatálně (Drtilková, Šerý et al., 2007).

2.1. Neurofyziologické aspekty ADHD

U jedinců s ADHD dochází zejména k narušení kognitivních procesů na mnoha neurofyziologických úrovních (Paclt a kolektiv, 2007). Neurochemické studie se v patogenezi

ADHD zaměřily především na zkoumání úlohy dopaminu a noradrenalinu (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015) a jejich úlohy jsou popsány v následující kapitole.

2.1.1. Dopamin a noradrenalin

Neurotransmitter dopamin je spojován s procesy plánování a zahájení motorické odpovědi. (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). Zároveň řídí soustředění pozornosti, přijímání (či nepřijímání) informací a činorodost (Paclt a kol., 2007).

Noradrenalin pak v mozku odpovídá za reakci arousal a kognitivní přípravu na naléhavé podněty. Také zodpovídá za posilování např. paměťových spojů (Paclt a kol., 2007).

Jsou to právě změny synaptických hladin těchto látek, které modifikují pozornost, pocity, myšlení a činnost (Paclt a kol., 2007). Narušení těchto funkcí je proto podkladem psychopatologie ADHD (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

V současnosti je popsána existence více než 40 genů dopaminového, noradrenergního, serotoninového a GABA systému, které se mohou na vzniku této poruchy podílet, a tím také na rozvoji celé řady komorbidních psychiatrických onemocnění u dětí, dospívajících a dospělých (Paclt a kol., 2007).

2.1.2. Morfologické změny mozku dětí s ADHD

Díky neurozobrazovacím technikách, jako je zobrazování pomocí magnetické rezonance, můžeme u dětí s ADHD pozorovat řadu morfologických abnormalit (Tarver, Daley, Sayal, 2014). Celkový objem mozku jedinců s ADHD je o 3–4 % menší než u zdravých vrstevníků. Největší redukce objemu je nalézána u mozečku, nukleus caudatus a především v objemu prefrontálního kortexu, což může mít za důsledek určité exekutivní dysfunkce, které se při projevech ADHD objevují (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). Analýzy také uvádějí rozdíly zejména v bazálních gangliích spolu se změnami v celkovém objemu šedé hmoty (Gehricke et al., 2017).

Na magnetické rezonanci pozorujeme také to, že redukce objemu mozku se týká především pravé mozkové hemisféry. Obzvláště důležitým zjištěním je ale to, že rozdíly ve velikosti nukleus caudatus, které byly zmíněny výše, mezi pacienty s ADHD a zdravými kontrolami se během vývoje mozku a přechodem do dospělosti zmenšují, zatímco změny v ostatních zkoumaných oblastech, např. změny v celkovém objemu či objemu mozečku, přetrvávají (Castellanos et al. Podle Drtílková, Šerý et al., 2007).

2.2. Genetické faktory

Důležitá etiologická role je samozřejmě také přikládána genetickým faktorům. „*Konkordance u ADHD je pro monozygotní dvojčata udávána v rozmezí 51–80 %, zatímco pro dizygotní dvojčata 29–33 %. Heritabilita ADHD byla vypočtena na 77 %*“ (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 358). Díky takovému odhadu heritability je ADHD považována za jednu z nejvíce geneticky predisponovaných poruch (Tarver, Daley, Sayal podle Faraone et al., 2004).

Genetickou komponentu této poruchy potvrzují i četné rodinné a genealogické studie. Také adopční studie potvrdily genetickou složku poruchy ADHD. Biologičtí rodiče dětí s hyperkinetickou poruchou trpěli sami touto poruchou v 7,5 % ve srovnání s adoptivními rodiči, kteří trpěli hyperkinetickou poruchou pouze ve 2,1 % (Thapar et al. podle Drtílková, Šerý et al., 2007).

Co je skutečně zděděné, není přesně známo, ale předpokládá se, že jde právě o morfologické změny ve struktuře a fungování mozku (Zelinková, 2015), které jsou popsány v kapitole 2.1.2. V případě molekulárního genetického výzkumu se upřela pozornost zejména na gen DRD4, jenž je považován za primární gen ADHD a který je oproti normě (tedy populaci bez ADHD) ve svém sedmém opakování vícekrát vyjádřen. Tento gen má vliv na postsynaptickou citlivost v oblasti frontálních a prefrontálních laloků, které jsou spojeny s výkonnými funkcemi a pozorností – obvykle je tedy negativně ovlivňují (Hrudková podle Švamberk, Šauerová, Špačková, 2012).

2.3. Negenetické faktory

V etiologii se uvažuje i o možných negenetických faktorech podílejících se na vzniku onemocnění, jako jsou prenatální expozice matky alkoholu, drogám nebo olovu, nízká porodní váha dítěte či traumatické poranění mozku (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). Dalšími faktory také mohou být perinatální traumata ve spojitosti s hypoxií dítěte, zároveň i úrazy zasahující prefrontální a frontální regiony – u dětí, které utrpěly těžší úrazy hlavy, se mohou příznaky ADHD objevit. V tomto případě pozorujeme spíše projevy poruchy pozornosti než projevy spojené s poruchou impulzivity a hyperaktivity (Drtílková, Šerý et al., 2007). Jako další negenetické faktory se také uvádí anémie či hypotyreóza u matky, dále také nedostatek jódu v těle matky a jako rizikový faktor můžeme taktéž zmínit vystavení virovým infekcím během prvního trimestru těhotenství nebo přímo v době porodu (Millichap, 2010).

2.3.1. Kouření matky v průběhu těhotenství

K rizikovým faktorům se také mimo již zmíněné řadí kouření matky během těhotenství. Biederman (podle Drtílková, Šerý et al., 2007) uvádí, že dosud 24 klinických studií potvrdilo zvýšené riziko vzniku ADHD u dětí, jejichž matky kouřily během gravidity. „*Pravděpodobně existuje souvislost s aktivací nikotinových receptorů modulujících dopaminergní aktivitu, která má klíčový význam v patofyziologii ADHD*“ (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 42). Studie ukázaly, že kouření matky během těhotenství může mít velký vliv na nízkou porodní váhu a předčasné porody dětí. Tyto studie také naznačují, že kouření v průběhu gravidity ovlivňuje vývoj mozku, konkrétně správnou diferenciaci a migraci neuronů a tvorbu neurotransmisních systémů (Skoglund et al., 2014).

2.3.2. Nízká porodní váha dítěte

Mezi rizikové faktory pro rozvoj ADHD u dětí řadíme také nízkou porodní váhu. Děti narozené předčasně (tedy dříve než ve 26. týdnu gravidity) mají přibližně čtyřikrát větší pravděpodobnost, že se u nich objeví syndrom ADHD (Tarver, Daley a Sayal, 2014). Kvůli nízké porodní váze vzniká také větší riziko mít řadu dalších neuropsychologických deficitů než jen projevy ADHD, jako např. problémy s plynulostí verbálního vyjadřování, s pracovní pamětí či kognitivní flexibilitou (Hatch, Healey a Halperin, 2014).

2.3.3. Psychosociální prostředí

Nesmíme také opomenout psychosociální prostředí dítěte. Je nesporné, že vedle diskrétních odchylek ve struktuře CNS se na vzniku a rozvoji těchto poruch podílejí negativní psychologické faktory a chronický stres, způsobovaný nevhodnými výchovnými metodami (Vališová, Kasíková, Bureš, 2011) a strategiemi – nedůslednost, lhostejnost k dítěti, ponechávání dítěte bez většího dozoru či naopak prosazování tvrdé disciplíny. Život v nepodnětném nebo nevhodném prostředí zvyšuje riziko zafixování nežádoucích způsobů chování v době, kdy je rodina nejdůležitějším sociálním prostředím. Dítě se zde nemusí naučit rozlišovat sociální signály a adekvátně na ně reagovat, což může být z hlediska syndromu ADHD klíčové (Vágnerová, 2014).

Porucha se s větší pravděpodobností projeví u dětí, které žijí zejména v dysharmonickém a dlouhodobě konfliktním prostředí. Samozřejmě velkým dílem může také přispět psychopatologie u rodiče – zejména u matky (Drtílková, Šerý et al., 2007). Vazba matka-dítě je velmi důležitá při raném vývoji dítěte. Dítě potřebuje cítit pocity jistoty a bezpečí. Pokud dítěti pak matka takovou potřebu nebyla schopna poskytnout, dítě hledá někoho jiného, kdo by mu pomohl žádaného pocitu dosáhnout. Hyperaktivita jako taková – těkání od jednoho

podnětu ke druhému a upoutávání pozornosti – může být projevem úsilí potřeby jistoty a bezpečí dosáhnout (Vágnerová, 2005).

3. Protektivní faktory ADHD

Jelikož mají jedinci s diagnostikovanou poruchou ADHD kvůli jednotlivým projevům této poruchy potíže nejen v osobním životě, ale také ve školním prostředí a později případně i v prostředí pracovním, je potřeba jim věnovat poněkud důkladnější péči a větší pozornost. Navíc projevy syndromu ADHD a sám syndrom sice nelze zcela eliminovat, ale jsou do velké míry ovlivnitelné pomocí terapie (ať již lékové či nelékové) a režimových opatření a je potřeba problematiku každého jedince s ADHD posuzovat individuálně, podle individuálních projevů, závažnosti a dopadu na studium, práci či posléze jeho osobní život (Žáčková, Jucovičová, 2014). V následujících kapitolách bych ráda přiblížila různé možnosti léčby ADHD a možných faktorů, které by měly přispívat ke zlepšení a zkvalitnění života dětí, potažmo adolescentů či dospělých s touto poruchou. *„Hyperaktivní děti bývají častěji hůře akceptovány, lidé je odmítají nebo je alespoň přijímají ambivalentně. Zažívají více kritiky, bývají častěji hodnoceny jako neúspěšné a neschopné. Navíc jsou považovány za viníky svých neúspěchů i problematického chování“* (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015, s. 673).

3.1. Přístup k dítěti s ADHD v rodině

Michalová (2007) uvádí, že rodina a její schopnost fungování se opírá o několik jednoduchých principů – v jejím rámci totiž nejsou jednotliví lidé sami o sobě, ale jsou ve vzájemných interakcích, a porucha v její jedné části se musí nutně projevit ve funkci celku. Přítomnost dítěte s ADHD v rodině tedy ovlivňuje chod celé rodiny (Kolčárková, Lacinová, 2008). Chování dětí s ADHD představuje pro rodiče poměrně velké výzvy, které mohou v rámci rodiny vytvářet stresové prostředí a u rodičů vysokou úroveň úzkosti. O to hůře, když právě takovéto prostředí, rodinné dysfunkce či maladaptivní rodičovské styly mohou příznaky ADHD u dítěte ještě zhoršovat (Muñoz-Silva, Lago-Urbano, Sanchez-Garcia, 2017). *„Impulzivita, která u dítěte vede k tomu, že nedokáže posoudit míru rizika svého chování, vyvolává v rodičích stálý strach o jeho bezpečnost a vztah k němu pak bývá poznamenán větší úzkostí“* (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 76).

Péče o neklidné dítě je náročná mimo jiné také z toho důvodu, že je velmi těžké ho zabavit – bývá totiž náročnější ho zapojit do nějaké zájmové činnosti. Zároveň děti s ADHD diagnózou méně spí než ostatní děti v jejich věku, což může po čase vést k chronické únavě rodičů, kteří pak mají málo času na sebe, což se může projevit např. v jejich osobní

a manželské spokojenosti, či právě naopak v nespokojenosti (Kolčárková, Lacinová, 2008). Narušena je i potřeba řádu a smysluplnosti, zároveň také potřeba emočních vztahů – rodiče jsou ze své role méně citově uspokojeni a mohou se přiklonit až k extrémním postojům k dítěti od zavrhujeících až k hyperprotektivním (Michalová, 2012). Všechny tyto zmíněné problémy mohou mít za výsledek určité averzivní a negativní vztahy mezi rodiči a dítětem s ADHD (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015), protože u rodičů dochází k narušení potřeby stimulace, a to z toho důvodu, že dítě s poruchou ADHD přirozeně rodičovskou aktivitu nestimuluje (Michalová, 2012). K odstranění těchto negativních vztahů může pomoci edukace rodičů, která zahrnuje seznámení s povahou ADHD a poučení o zásadách léčby a režimu dítěte. Rodina by také měla být seznámena s účinnými komunikačními strategiemi vůči dítěti a s přínosy a možnostmi psychoterapie dítěte (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

3.1.1. Doporučení pro výchovu dítěte s ADHD a komunikaci v rámci rodiny

Obecně se při práci s dítětem v rámci rodiny doporučuje především sjednocení výchovného působení, vytvoření pevného denního režimu a rozvržení denních aktivit a vytvoření pevných domácích pravidel, která musí být výstižná a spravedlivá. Zároveň je důležité dítě nikdy netrestat zákazem aktivit, jež mohou být jedinými činnostmi, ve kterých dítě vyniká (Lechta, 2010). Diagnóza této poruchy by se také před dítětem neměla vůbec tajit, naopak by dítě mělo být seznámeno s jejími příznaky způsobem přiměřeným jeho věku. Dítě by mělo zažívat, stejně jako jeho vrstevníci, pocit úspěchu a důležité je, aby cítilo u rodičů porozumění, zastání a především také bezpečí (Drtilková, 2007).

3.1.2. Režimová opatření

Mezi nejúčinnější opatření při výchově dítěte s ADHD patří režimová opatření. Pro dítě by měla být vytvořena jasná struktura dne a pravidla. Pro připomenutí stanovených pravidel se mohou použít např. kartičky s obrázky nebo napsanými pravidly či odškrtávání úkolů (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). Pro děti s ADHD je také vhodná pravidelná příprava na vyučování v klidném prostředí (Zelinková, 2015).

Děti s ADHD nemají stejné vnitřní vnímání času jako zdravá populace dětí, potřebují tedy vnější kontrolu – časový limit, který dítě má na splnění nějakého úkolu, je nutné mu stále připomínat. Jako efektivní se může jevit např. nařízený kuchyňský budík, dítě by také mělo stále vidět na hodiny (Goetz, Uhlíková, 2009). Plnění pravidel by mělo být odměňováno a v dětech by tak měla být posilována především motivace úkoly i nadále plnit (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

3.1.3. Sourozenecké vztahy dítěte s ADHD

Mezi určitá úskalí ve výchově dítěte s ADHD můžeme vnímat i sourozenecké vztahy. Vztahová situace v rodině se stane složitější v momentě, kdy jsou v rodině další děti, které problémy s hyperaktivitou nemají. Hyperaktivní dítě je pak ve srovnání se svým neproblémovým sourozence „tím horším“ a „hodný“ sourozenec je mu dávám za vzor. Nemůžeme se poté divit, že někdy hyperaktivní dítě oplácí svému hodnějším a úspěšnějším sourozence drobnými zlomyslnostmi a také agresemi – a projevuje tím tak svůj vztek a vzdor vůči rodičům. (Drtilková, 2007). Na druhé straně mince ale leží tlak, který je vyvíjen na zdravého sourozence. Peasgood et al. (2016) zmiňuje dopady, které tento vztah mezi sourozenci může mít na psychickou pohodu zdravého sourozence. Mohou zažívat určité pocity viktimizace (na základě toho, že jsou často cílem agresivního chování sourozence s ADHD). Je na ně také vyvíjen tlak, aby správně pečovali o svého sourozence – zároveň ho také chránili před okolním světem tak, jak rodiče nemohou, vzhledem k jejich specifickému vztahu. A v neposlední řadě mohou pociťovat jakousi úzkost spojenou s bezvýchodností dané situace.

3.2. Dítě s ADHD ve školním prostředí

3.2.1. Dítě s ADHD v mateřské škole

Častou příčinou potíží při vstupu dítěte s ADHD do mateřské školy bývá nerovnoměrný vývoj těchto dětí – u některých dětí se mohou projevovat potíže se samoobsluhou, které jsou spojené s tím, že je dítě neobratné a těžkopádné. Zároveň děti s ADHD mají již v mateřské škole potíže se soustředěním na jednu činnost – tyto děti u jedné činnosti nevydrží vůbec, nebo pouze částečně (Michalová, 2012).

Je to právě v tomto období, kdy dítě získává první (zpravidla negativní) zkušenosti s jednáním nejen s učiteli, ale také s vrstevníky. Kvůli impulzivité a omezené pozornosti mají děti s ADHD již v mateřské škole problémy i v sociálních vztazích – mezi vrstevníky bývají neoblíbené a odmítané, protože se něčeho trvale dožadují a často se chovají nevhodně. Tyto potíže potom přetrvávají i po příchodu na základní školu (Kolčárková, Lacinová, 2008) a v pozdějším životě se můžou objevovat tendence k sociální izolaci jedince (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

Předškolní zařízení může svými podmínkami na dítě působit pozitivně v případě, že se bude jednat o vysoce strukturované prostředí, které využívá dle potřeby speciálních metod a prostředků. Pokud ale dochází k výrazné variabilitě v denním režimu a k variabilitě

v přístupu k dětem s ADHD, můžeme se u nich setkat s výraznými obtížemi s přizpůsobivostí a úzkostnými projevy (Michalová, 2007).

3.2.2. Dítě s ADHD na základní škole

Děti s ADHD ve škole často selhávají a tím se mohou ještě upevňovat a posilovat nežádoucí vzorce chování a adaptace, které následně mohou vést k nižší školní úspěšnosti (Paclt a kol., 2007). Žáci se syndromem hyperaktivity bývají méně permissivní a hůře kázeňsky zvladatelní. U některých žáků můžeme pozorovat, že na sebe strhávají pozornost věčnou neposedností a neklidem nebo jsou naopak nenápadní, jakoby duchem nepřítomní. V písemných pracích dosahují často zřetelně horších výsledků, než by odpovídalo intelektovému výkonu při vyšetření v poradně či při ústním zkoušení (Vališová, Kasíková, Bureš, 2011). Děti s ADHD se nedokáží soustředit především na úkoly, které jim připadají nudné, opakující se nebo nesnadné a které jim hlavně nedávají pocit uspokojení. Pokud se však mají soustředit na činnost, která je baví, dokáží se často koncentrovat hodiny a jsou v těchto činnostech velmi úspěšní. Je proto vhodné upravit vyučování dle daných poznatků o těchto dětech (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). Co se totiž týká hodnocení žáka, děti s ADHD velmi často nepřiměřeně reagují nejen na kritiku, ale také na pochvalu. Některé problémy je tedy vhodnější řešit spíše po skončení vyučování v soukromí a ne před celou třídou. Někteří z žáků s ADHD také bývají vzdělávání podle individuálního vzdělávacího systému, aby se předešlo možným konfliktům (Braun, Marková, Nováčková, 2014).

Na neúspěchy a potíže žáka ve školním zařízení se také mohou podílet, kromě přímého vlivu exekutivních dysfunkcí, také antipatie ze strany učitelů, zvláště pokud nejsou o problematice ADHD správně edukováni (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). Pro učitele je hyperaktivní dítě s poruchou pozornosti ve třídě značnou zátěží, které není možné zvládnout běžnými pedagogickými zákroky. U učitelů může ve vztahu k těmto dětem převládnout afektivní hodnocení a můžou být často přesvědčeni, že jde pouze o projevy naschválů a neochoty, místo aby správně odhadli, že má dítě ADHD (Vágnerová, 2005). Nicméně určité by mělo být jednou ze ctižádostí vedení dané instituce, aby mělo ve svém pedagogickém sboru učitele vybavené moderními znalostmi i dovednostmi pro práci s dětmi s hyperaktivitou. Dobrá informovanost totiž může předejít řadě nedorozumění mezi dítětem, učitelem a také rodiči (Goetz, Uhlíková, 2009). Je celá řada doporučení pro práci s dítětem s ADHD ve třídě nebo v širších výchovných institucích a většina z těchto přístupů vychází z různých behaviorálních technik zaměřených na pozitivní modifikace chování – mezi ně patří např. častá zpětná vazba, respektování stylu učení ze strany pedagoga a jasné, splnitelné a

stručné instrukce a pokyny (Paclt a kol., 2007). Mertin, Krejčová a kol. (2013) pak uvádí, že pro zmírnění hyperaktivity se ukazuje žádoucí, pokud žáci s ADHD sedí, pokud možno, co nejbližší učitel, v některých případech je vhodné, když sedí úplně sami, aby nebyli rušeni. Po celou dobu by žákovi měla být vytvářena jasná struktura a mělo by mu být sdělováno, co se od něj očekává, co se bude dělat a jaká jsou pravidla práce, která se musí dodržovat (Mertin, Krejčová a kol., 2013).

Zmírnění hyperaktivity také můžeme dosáhnout pomocí upraveného prostředí, ve kterém jsou děti vyučovány. Třída by např. měla být dostatečně osvětlená a bez zbytečné výzdoby, která by žáka mohla rozptylovat. Vhodné také může být mít ve třídě relaxační kout, kde by se žákovi mohl případně věnovat psycholog či speciální pedagog. Žák s ADHD by také měl mít ve svém zorném poli pouze ty pomůcky, které momentálně potřebuje (Lechta, 2010).

Velmi důležitá a podnětná je také v případě dětí s dílčími deficity spolupráce mezi školou a rodinou dítěte s ADHD. Bez respektování určitých výchovných pravidel a také zejména pomoci rodiny při domácí přípravě dítěte není možné dosáhnout výraznějšího trvalého zlepšení, na kterém by mělo oběma stranám záležet (Slowík, 2016). Ideálně by tedy pravidla v rodině a ve škole s pedagogy měla být nastavena shodně (Braun, Marková, Nováčková, 2014).

Náročné jsou pro dítě s ADHD také vztahy s vrstevníky. Chování hyperaktivních dětí bývá nepředvídatelné, jsou dráždivější a náladovější. Nedovedou se tolik ovládat, nejsou schopné brát ohled na ostatní a nedovedou tak dobře spolupracovat s ostatními spolužáky. Nízká frustrační tolerance, kterou můžeme pozorovat při vyučování, může být zpozorována i v rámci hry, kterou tím děti s ADHD kazí (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015). Děti s touto poruchou také nedovedou řešit konflikty. Reagují na konfliktní situace impulzivním, téměř zkratkovitým projevem. Takové chování nedává ostatním dětem téměř žádnou možnost volby a buď se musí takovému dítěti přizpůsobit, nebo o ně ve velkém počtu případů ztratí úplně zájem (Vágnerová, 2005). Je tedy třeba spolužákům a kamarádům přiměřenou formou sdělit podstatu obtíží dítěte s ADHD, abychom předešli tomu, že bude dítě pro své obtíže izolováno od ostatních. Navíc pozitivní vzor od kamaráda nebo spolužáka v lavici může být vhodný model chování k napodobení (Zelinková, 2015).

Nepopularita a výše zmíněné problémy v rámci školního selhání jsou důvody, proč mají děti s ADHD velmi často nízké sebevědomí. Pokud tyto děti nezažijí alespoň někdy pocity úspěchu, potěšení či lásky, mohou tyto chronické pocity selhání vést k dětské depresivní

poruše, která je jednou z velmi častých komorbidních poruch ADHD (Hrdlička, Hosák, Libiger, 2015).

3.2.3. Jedinec s ADHD na vysoké škole

Problémy, které byly popsány v předchozí kapitole, ve velké míře přetrvávají i do dospělosti. Výzkumy proto ukazují, že vysokoškolští studenti s ADHD vykazují výrazně nižší akademické výsledky, vyšší míru emočních a sociálních problémů a také vyšší míru užívání návykových látek (Blase et al. podle Eddy, Will, Broman-Fulks, Michael, 2015). Důvodů, proč může být vysokoškolské studium pro jedince s ADHD obzvláště náročné, je nespočet. A to například kvůli zvýšeným nárokům na samoregulaci a řízení, požadavkům na organizaci a plánování studia. Zároveň také nejen kvůli ztrátě struktury a podpory ze strany rodičů a pedagogů, ale také kvůli neurologickému systému, který ještě nemá plně rozvinuté kapacity (Eddy, Will, Broman-Fulk, Michael, 2015).

Možnou léčbou, která se pro vysokoškolské jedince s ADHD doporučuje, je především kognitivně-behaviorální terapie či koučing spolu s farmakologickou léčbou. Doporučením ke zlepšení je také vytvoření si podrobného plánu na všechny semestry, který by měl student striktně dodržovat, a poskytnout svému studiu tak jasnou strukturu, kterou by se mohl řídit (Anastopoulos, King, 2015).

3.3. Farmakologická léčba

Moderní léčba psychofarmaky u dětí a dospělých s ADHD představuje velmi účinný léčebný postup, který je podpořený dlouhou řadou kontrolovaných klinických studií (Paclt a kol., 2007). Doporučené postupy farmakologické léčby ADHD, publikované v odborném tisku, se shodují v tom, že k nejúčinnějším preparátům patří látky, které ovlivňují dopaminový nebo noradrenalinový systém (Drtílková, 2013).

Možnost léčby ale může být negativně ovlivněna neinformovaností rodičů, různými předsudky, obavami ze stigmatizace dítěte nebo celé rodiny při styku s psychiatrií (Drtílková, Šerý et al., 2007). Riera et al. (2017) popisuje meta-analýzu 63 studií s více než 11 tisíci pacienty, při které bylo zkoumáno 10 látek (např. methylfenidát nebo atomoxetin), které si při farmakologické léčbě využívají. Při této analýze bylo shledáno a potvrzeno, že farmakologická léčba byla a je účinnější než placebo, které bylo podáno kontrolní skupině. Fiala, Drtílková (2015) na druhou stranu ale také uvádí, že *„literatura i praxe potvrzují existenci cca 20–30 % nonrespondentů na klasickou, farmakologickou léčbu. (...)*

V neposlední řadě existují i skupiny pacientů, pro které je tato farmakoterapie nevhodná nebo kontraindikovaná“.

3.3.1. Stimulancia – methylfenidáty (Ritalin a Concerta)

Základním lékem při terapii ADHD je Stimulancia. Mezi nejčastěji podávané léky mezi psychostimulancii pro děti s ADHD patří zejména methylfenidáty – obchodními názvy Ritalin a Concerta. Léky však sami o sobě neléčí, spíše pouze dočasně upravují chování dítěte – zmírňují nedostatek pozornosti i hyperaktivitu a dětem s diagnózou ADHD mohou pomoci k lepším výkonům – ovšem při vysazení se příznaky opět vracejí (Kolčárková, Lacinová, 2008). Podle Paclta a kol. (2007) se stala stimulancia léky první volby u ADHD u dětského, ale i dospělého věku, které zlepšují pozornost, nevedou k útlumu a snižují hyperaktivitu a impulzivitu u jedinců s ADHD. Methylfenidát má rychlý nástup účinku (prakticky okamžitě), vysokou účinnost a dobrou snášenlivost. Nicméně jde také o stimulující preparát, který není vhodný např. při tikové poruše a který také někdy může narušovat spánek, snižovat chuť k jídlu či zvyšovat srdeční frekvenci a krevní tlak (Theiner, 2012).

Stimulancia obecně blokuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu (neurohormonů, které jsou stěžejní u patogeneze ADHD) na presynaptických neuronech a zvyšují jejich uvolňování do synaptické štěrbině, což ve výsledku způsobí zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu (Drtilková, Šerý et al., 2007). „*Terapie stimulancii je vysoce účinná u 70–80 % pacientů s ADHD, v ostatních případech je vhodné užít další léky, event. užít léčby kombinované*“ (Paclt a kol., 2007, s. 89).

Bolfer et al. (2017) popisují výzkum vlivu Ritalinu (neboli methylfenidátu) na pracovní paměť, mentální flexibilitu a inhibiční systémy. Vliv léku zkoumali na 53 chlapcích ve věku 9–12 let – 23 z nich mělo poruchu ADHD bez jakékoliv další komorbidní poruchy, zbylých 30 chlapců byli jako kontrolní skupina. Všem byly předloženy následující testy – Stroopův test, subtesty Wechslerovy inteligenční škály pro děti a Trail Making Test (Test cesty). Po třech měsících na methylfenidátu jim byly testy předloženy znovu a po administraci testů bylo závěrem a výsledkem to, že léčba tímto lékem pracovní paměť, mentální flexibilitu a inhibiční systémy dětí s ADHD dokonce ještě zlepšuje.

Obavou některých rodičů dětí s ADHD často bývá, zda při podávání stimulancií nemůže dojít ke vzniku závislosti na lék (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). Co se týká methylfenidátů (Ritalin a Concerta), jsou to látky, které mohou být zneužívány, ačkoli u pacientů s ADHD na ni závislost nevzniká (Theiner, 2012). „*Studie poslední doby prokázaly, že riziko závislosti na*

běžně zneužívaných drogách u jedinců s ADHD léčených Ritalinem výrazně klesá. Rozhodující je správná indikace, kterou má vždy provádět psychiatr s erudicí v dané problematice, v dětském věku vždy pedopsychiatr“ (Paclt a kol., 2007, s. 108).

3.3.2. Psychofarmaka bez použití stimulantů

„U 20–30 % pacientů jsou úspěšné léky jiných lékových skupin“ (Paclt a kol., 2007). Mezi nestimulační látky, které se při léčbě ADHD používají, patří např. atomoxetin (obchodním názvem Strattera), který je první nonstimulans, jenž je speciálně určen pro léčbu ADHD u dětí i dospělých (Drtilková, Šerý et al., 2007). Je to rovněž velmi účinný lék, stejně jako methylfenidát, který má ale pomalý nástup účinku – řádově týdny. Nežádoucí účinky tohoto léku jsou mírné a nepříliš časté, ale také může docházet ke zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence, stejně jako u Ritalinu. Někdy může vést k bolestem břicha, zvracení a nechutenství, které jsou často ale pouze přechodné a jen zřídka vedou k vysazení léku. Atomoxetin se s výhodou používá tam, kde je komorbidní úzkost a deprese a také komorbidní tiky, kdy se nemohou použít methylfenidáty (Theiner, 2012).

Žádný z preparátů ale zatím nemá úhradu od zdravotních pojišťoven (ZP) pro léčbu v dospělosti (Masopust, 2015).

3.3.3. Antidepresiva

Za další volbu lékové terapie ADHD považujeme léčbu antidepresivy. Z nich se uplatňují především ta, která výrazně působí na noradrenergní, popřípadě s ním i na dopaminergní neurotransmiterový systém (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). Uvádí se, že až 87 % dospělých jedinců s přetrvávající poruchou ADHD trpí alespoň jednou další komorbidní poruchou (nejčastěji úzkostného typu, deprese či dalšími poruchami osobnosti). U těchto jedinců je užití Stimulantů kvůli komorbidním poruchám nevhodné a může se tak využít právě antidepresiv (Verbeeck, Tuinier, Bekkering, 2009).

I když bylo na základě klinických výzkumů a studií potvrzeno, že farmakologická léčba má svůj význam, užití farmak však nemůže být jedinou pomocí jedincům s těmito poruchami, ale na farmakoterapii by měly navazovat terapie další, aby byl naplněn multimodální trend v léčbě specifických poruch chování, do kterých ADHD patří (Michalová, 2007).

3.4. Pohybová cvičení pro děti s ADHD syndromem

Při práci s pozorností můžeme využívat i různá pohybová cvičení – nejen v rámci vzdělávacích zařízení, ale také v rámci rodičovské výchovy. Práce s pohybem je neustálá práce především s řízením pohybu a i zbrklé myšlení můžeme považovat za pohyb, které je

potřeba usměrnit a zpomalit. Na procvičování pozornosti a zmírnění neklidu se doporučuje velké množství pohybových technik, zejména se zaměřením na procvičování rovnováhy a modifikací druhů chůze, jako je např. chůze na místě (Zemánková, Vyskotová, 2010).

3.4.1. Relaxace

I relaxaci můžeme využít jako určitou formu terapie pro děti s ADHD. Bereme relaxaci v potaz jako účinnou ochranu před vyčerpáním, která vede k regeneraci a stabilizuje osobnost a činí ji schopnou učení, což pro děti se syndromem ADHD může být obzvlášť účinné. Jde zejména o relaxaci, kdy dítě leží na zádech a jsou mu diktovány povely, při kterých se musí soustředit na určitou část svého těla. Samozřejmě musíme brát v potaz individuálnost každého jedince ADHD a relaxace by měla být přizpůsobena všem okolnostem (Zemánková, Vyskotová, 2010).

3.5. Rostlinné přírodní přípravky pro léčbu ADHD

Vzhledem k obavám z bezpečnosti a účinnosti současných farmakologických intervencí ze strany rodičů vzrůstá zájem o vývoj alternativních léčiv k léčbě ADHD, pocházejících především z přírodních produktů, včetně botanických nebo bylinných léků, vitamínů, minerálů a aminokyselin (Ahn, Ahn, Cheong, dela Peña, 2016).

I když zdroje přírodní medicíny na internetu doporučují celou řadu rostlinných přípravků, speciálních právě pro léčbu ADHD, bohužel tato doporučení stále nejsou v převažující většině podložena dostatečnými vědeckými důkazy. Pokud byly prováděny klinické studie, nejsou obvykle bližší specifikovány (Drtilková, Šerý et al., 2007). Mezi přírodní látky, které se používají při léčbě ADHD, můžeme zmínit např. ženšen. Ten obsahuje tzv. ginsenoidy, které mají antioxidační a neuroprotektivní účinky. Ženšen zvyšuje hladiny dopaminu a epinefrinu v těle – tedy zvyšuje hladinu neurotransmiterů, které jsou stěžejní při patologii ADHD (Ahn, Ahn, Cheong, dela Peña, 2016).

Z přirozených látek je pro prokrvení mozkové tkáně účinný i extrakt z listů stromu ginkgo biloba (Michalová, 2007). Posilující účinek na centrální nervovou soustavu má také lecitin. Lecitin je přirozená látka, která je výtažkem ze sóji – má příznivý účinek na posílení paměti a bdělosti (Michalová, 2007).

3.6. Kognitivně-behaviorální terapie

KBT u ADHD si neklade za cíl poruchu „vyléčit“, ale zaměřuje se především na konkrétní, definovatelné problémy. Před samotnou terapií probíhá podrobné vyšetření,

analýza a definice daného problému, který se při terapii má řešit. Nicméně je nutné mít na paměti, že některé příznaky ADHD jsou především biologicky podmíněné a nelze je ovlivnit vůlí, jako je např. to, že dítě ve škole nedává pozor či se správně nesoustředí na učitele během vyučovací hodiny (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Velkou výhodou KBT je, že nejlépe naplňuje požadavky na jednoduchost, strukturovanost a možnost jednotlivých dílčích kroků tak, jak to odpovídá povaze dětí s ADHD. Cíleně pracuje s nácvikem správného chování a posilováním správných a vyhasínáním nevhodných reakcí (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

U dětí s ADHD poruchou byla aplikovaná řada různých typů kognitivně-behaviorální terapie. Mezi ně můžeme zmínit např. sebeinstruktáž, na problém zaměřené strategie, kognitivní modelování, sebesledování či sebehodnocení. Typická intervence v rámci KBT zahrnuje sérii sezení dítěte, kdy terapeut s dítětem pracuje individuálně a pokouší se jej učit adaptivnímu chování prostřednictvím technik výše zmíněných (Paclt a kol., 2007). Další výhodou KBT u terapie ADHD je také práce s rodiči, se zaměřením na nácvik rodičovského chování. Rodiče se učí správně na dítě reagovat – jak umět zareagovat rázně a rychle (v případě agresivního chování) nebo jak naopak na určité snesitelné chování přestat reagovat úplně (např. na křik či neklid). Může se pracovat s rodiči jako páry v rodičovské skupině nebo lze také pracovat s rodiči jednotlivě (Drtílková, Šerý et al., 2007).

3.7. EEG biofeedback

Jednou z nestandardních behaviorálních technik k léčbě ADHD je EEG biofeedback. Tato metoda je v západních zemích, jako jsou Spojené státy, Velká Británie či Francie, využívána již déle než deset let, u nás a ve střední Evropě ale tak rozšířená není. Nicméně mezinárodní literatura popisuje intenzivní vývoj této metody v posledních letech právě při léčbě takových poruch, jako je ADHD (Flisiak-Antonijczuk, Adamowska a kol., 2016). Klinická aplikace této metody zahrnuje využití nejen u ADHD, ale i poruch učení, epilepsie, obsesivně-kompulzivní psychózy či abúzu alkoholu (Žiaková, Klobucká, 2015).

Principem se jedná o relaxační techniku, která funguje na základě biologické zpětné vazby, kdy dochází k ovlivňování mozkových vln pomocí přístrojové techniky (Žáčková, Jucovičová, 2017). Snímaná aktivita EEG je během terapeutického sezení převáděna na obrazovce do podoby jednoduché videohry, jejíž průběh je možno ovládat změnami psychického stavu, spojené s výskytem „žádoucí“ nebo „nežádoucí“ mozkové aktivity (Drtílková, Šerý et al., 2007). Ve stavu psychorelaxace je pak navozována lepší soustředěnost

(Žáčková, Jucovičová, 2017). Jde tedy o metodu zajímavou pro děti, ale pro rodiče a děti je nejen časově, ale také finančně velmi náročná. Jelikož tato metoda funguje na základě podmiňování, je k dosažení efektu nutné cca hodinové sezení opakovat alespoň jednou týdně po dobu několika měsíců (optimálně 30 až 50 sezení). Metoda není téměř nikde na světě hrazena žádnou zdravotní pojišťovnou (Goetz, Uhlíková, 2009) a využívá se víceméně pouze v soukromé praxi (Flisiak-Antonijczuk, Adamowska a kol., 2016).

3.8. Diety a nutriční doplňky stravy

Dalším postupem pro zmírnění projevů ADHD mohou být eliminační diety či různé nutriční doplňky stravy. Jelikož má i výživa vliv na neurologický vývoj, kognici a chování, může hrát důležitou roli také u poruch, jako je právě ADHD (Ly et al., 2017). Navíc dodržování určitých pravidel v rámci diety u dítěte vytváří jistý řád a dítě se tak učí seberegulaci (Kolčárková, Lacinová, 2008).

3.8.1. Oligoantigenní dieta

Mezi nejvíce podporovanými eliminačními dietami je např. oligoantigenní dieta, zejména pokud je užitá pro předškolní děti s ADHD. Potraviny, které by měly být úplně vynechány, jsou antigenní potraviny. Dítě by tedy mělo jíst zejména hypoalergenní potraviny, jako je např. krůtí maso, rýže nebo také salát (Ly et al., 2017). Hlavní nevýhodou této metody je ale nutnost spolupráce, nepříjemnost, nákladnost takové diety, možné konflikty mezi rodiči a dítětem a opoždění zahájení účinnější léčby (Drtilková, Šerý et al., 2007).

3.8.2. Suplementace minerálů

Za zmínku určitě rovněž stojí suplementace minerálů, jako je např. zinek, železo či magnesium. Železo se podílí na regulaci syntézy dopaminu a noradrenalinu. Zinek potom slouží jako neuromodulátor v synaptických transmisích. Jsou proto často uváděny jako látky, které mají vliv na patogenezi ADHD. Suplementace těchto minerálů by tedy u některých případů diagnózy ADHD mohla být jedním z možností léčby této poruchy (Lange et al., 2017). Drtilková, Šerý et al. (2007) na druhou stranu ale uvádí, že většina minerálů jako nutriční doplňky jsou pokládány za nepotřebné, s výjimkou případů prokázaného deficitu. Je tedy nadmíru důležité pohlížet na každé dítě s ADHD individuálně a individuálně zvažovat také volbu léčby.

3.9. Zrcadlový feedback

Zajímavou technikou ke zlepšení syndromu hyperaktivita je tzv. zrcadlový feedback. U dětí s ADHD je zrcadlo doporučováno jako prostředek ke zvýšení sebekontroly. Byl

pozorován trend ke zlepšení soustředění se na danou činnost, pokud děti s ADHD prováděly úkony před zrcadlem. Naopak u normálních kontrolních subjektů byl trend k poklesu výkonnosti (Drtílková, Šerý et al., 2007).

3.10. Repetitivní transkraniální magnetická stimulace

Fiala a Drtílková (2015) popisují repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci jako „moderní, neinvazivní a relativně bezbolestnou metodu, která umožňuje cíleně modulovat aktivitu určitých mozkových oblastí. Oscilací magnetického pole vzniká ve tkáni elektrická stimulace, která vyvolává změnu aktivity a metabolismu neuronů“. Dále Fiala a Drtílková (2015) zmiňují, že studií, které se věnují léčbě pomocí této techniky, zatím není mnoho a nejsou zaměřeny na velké množství pacientů, takže máme zatím k dispozici pouze limitované výsledky. Nicméně ty však naznačují, že by rTSM potenciálně mohla rozšířit spektrum nefarmakologických intervencí u vybrané skupiny pacientů. Podle Zamana (2015) ale stále využití metody rTSM při léčbě ADHD zaostává oproti využívání této metody při léčbě neuropsychiatrických poruch, jako je např. deprese.

3.11. Terapie u dospělých jedinců s ADHD

3.11.1. Farmakoterapie dospělých jedinců s ADHD

Co se týká farmakoterapie u dospělých, je stejně dobře ověřena jako farmakoterapie u dětí s ADHD a využívají se také stejné látky – především terapie stimulancií a atomoxetinem. K léčbě antidepresivy u dospělých s ADHD se přistupuje pouze v případech, kde existují i další komorbidní poruchy, zejména anxiózní a depresivní. Je nutno ale konstatovat, že farmakoterapie musí být vždy pouze částí terapeutických intervencí u dospělých se syndromem ADHD – další úsilí je nutno zaměřit k psychoterapii a celkovému výchovnému úsilí vedení pacientů (Paclt a kol., 2007).

3.10.2. Nefarmakologické postupy léčby ADHD u dospělých jedinců

Z nefarmakologických postupů je u dospělých jedinců s ADHD nejčastěji používána kognitivně behaviorální terapie, která je zaměřená na potlačení nevhodných schémat a nácvik výhodnějších forem jednání a chování, která snižují negativní dopad psychopatologických příznaků v běžných životních situacích (Drtílková, Šerý et al., 2007). Terapeutické vedení u dospělých jedinců s ADHD diagnózou je zaměřeno zejména na sebepoznání jedince s ADHD, který je seznamován s tím, co tento syndrom obnáší, jaké jsou základní projevy syndromu a čím by mohl ovlivnit jeho život (Žáčková, Jucovičová, 2014).

Mezi důležitou složku terapeutického vedení patří rovněž režimová opatření jako v dětském věku – např. úprava životního stylu a prostředí. Úprava životního stylu se týká především úprav denního režimu. Život hyperaktivního jedince by měl mít určitý a jasně stanovený řád, aby se daly eliminovat potíže např. se zapomínáním schůzek či opožděnými příchody (Žáčková, Jucovičová, 2017).

V poslední době také nabývají na popularitě metody koučingu a kognitivního tréninku, kdy je klient s ADHD podporován při nalézání optimálních postupů, strategií a řešení na základě vnitřních zdrojů klienta (Žáčková, Jucovičová, 2017).

3.11.2. Spolupráce s jedinci s ADHD v rámci pracovního prostředí

Hlavní příznaky ADHD se u dospělých jedinců s touto diagnózou promítají mimo jiné také právě do pracovního života jedince. Impulzivita a s ní spojené obtíže v sebeovládání zvyšují pravděpodobnost selhání v jakékoliv profesní roli. K tomu může také velmi často přispět negativní očekávání lidí s ADHD, které je ovlivněné jejich špatnou zkušeností a neúspěchy z období dětství (Vágnerová, 2005). Příznaky ADHD mohou jedincům způsobovat například potíže se zařazením do pracovního kolektivu či potíže při dosahování nejen osobních cílů, ale také cílů zaměstnavatele (Sarkis, 2015). Hyperaktivita také může způsobit, že se dospělí jedinci v pracovním prostředí cítí uvězněni, zvláště v těch případech, kdy mají sedavé a stereotypní zaměstnání (Carnes, Holloway, 2012).

Pro lepší spolupráci mezi zaměstnancem s ADHD a zaměstnavatelem by měly být implementovány systémy, které zahrnují pravidelné setkávání a strukturovanou zpětnou vazbu pro daného zaměstnance. Vhodné je také omezit rozptýlení pro jedince s ADHD – ideálně by měli mít k dispozici soukromou kancelář, aby se rozptýlení snížilo na co nejnižší úroveň. Zároveň je pro zaměstnance s ADHD vhodná také flexibilní pracovní doba. Pro jedince s ADHD je v rámci zaměstnání důležitá rovněž práce v týmu, protože mohou být svými kolegy motivováni k lepším výkonům, a možnost delegování některých zadání a úkolů (Adamou et al., 2013).

4. Návrh výzkumného projektu

Návrh výzkumného projektu vychází z teoretické části této bakalářské práce a poznatků v ní zmíněných. Zabývá se tedy problematikou hyperaktivity neboli ADHD u dětí a především protektivními faktory v souvislosti s touto poruchou – jak nejlépe s dětmi s ADHD pracovat a jaké jsou terapeutické možnosti pro jedince s touto diagnózou nejen v dětství, ale také v dospělosti.

4.1. Cíl výzkumného projektu

Cílem tohoto výzkumného projektu je zmapovat a popsat výchovné styly rodičů a jejich hlavní metody práce s dětmi s diagnózou ADHD a měly by být shledány hlavní facilitační faktory při rozvoji hyperaktivity, které by měly pomoci se zkvalitněním a zlepšením péče a výchovy dítěte s ADHD. Výzkumný projekt by zároveň mohl dodat cenné podklady pro další výzkumy v této oblasti. Cílem by bylo zároveň také vytvoření jakési standardizované příručky, která by pomohla s výchovou těchto dětí a sestávala by právě z poznatků nasbíraných od rodičů dětí s hyperaktivitou. Příruček, jak jednat s dětmi s ADHD, je v současné době mnoho, ne všechny se ale opírají o aktuální, empiricky získané poznatky od rodičů a bývají velmi často zastaralé. Příručka, která by vzešla z tohoto výzkumu, by mohla být uceleným a hlavně aktuální rádcem pro rodiče, kteří se s touto diagnózou potýkají každý den.

4.2. Výzkumné otázky

Na základě teoretické části této práce a stanovených cílů výzkumného projektu jsou výzkumné otázky zvoleny následovně:

- Jaké jsou nejúčinnější postupy a metody při výchově dítěte s ADHD?
- Jaké jsou způsoby, kterými rodiče řeší vztahové problémy dítěte v rámci rodiny i mimo ni?
- Jakým způsobem mluví rodiče se svými dětmi o jejich diagnóze ADHD?
- Jaké jsou zkušenosti rodičů s komunikací a spoluprací s pedagogy, kteří přijdou do styku s jejich dítětem v rámci vzdělávání?
- Mají rodiče v rámci školy, již jejich děti navštěvují, možnost docházet s dítětem ke školnímu psychologovi nebo výchovnému poradci?
- Jak diagnóza dítěte ADHD ovlivnila osobní a rodinný život rodičů?

4.3. Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor jsem zvolila rodiče, jejichž děti mají diagnostikovanou poruchu ADHD, jsou ve věku mladšího školního věku (tj. od 6–7 do 9–10 let) a navštěvují tedy první až čtvrté třídy základní školy.

4.3.1. Kritéria výběru

Při výběru výzkumného souboru jsem stanovila určitá kritéria výběru, které by rodiče (matka či otec) měli splňovat, aby se mohli výzkumu zúčastnit:

- Rodiče mají své dítě diagnostikované poruchou ADHD na základě posudku od lékaře.

- Jejich dítě s diagnostikovanou poruchou ADHD navštěvuje 1. až 4. třídu základní školy.
- Rodič musí mít přímou zkušenost s výchovou dítěte s ADHD po dobu alespoň jednoho roku.

4.3.2. Způsob výběru výzkumného souboru

Potenciální respondenty bych ráda oslovila hned několika způsoby. Prvním by byly jistě sociální sítě, protože pouze na sociální síti Facebook existuje několik skupin, kde se rodiče dětí s poruchou ADHD sdružují a vyměňují si navzájem své zkušenosti. Cílila bych tedy na tyto rodiče, kteří by měli zájem se výzkumu zúčastnit.

Dalším způsobem by bylo oslovení přes pedagogicko-psychologické poradny, které bych oslovila napříč celou Českou republikou, abychom získali data z různých měst a vyhnuli se tak jejich možnému zkreslení. Zároveň bych oslovila výchovné poradce či školní psychology základních škol, kteří by mi přítomnost žáků s ADHD v jejich třídách potvrdili, zda by bylo možné u nich ve škole výzkum inzerovat a rodiče oslovit touto cestou. Pokud by mi tyto cesty neposkytly dostatek respondentů, který jsem si na začátku stanovila, oslovila bych také některé neziskové organizace pracující s rodiči a dětmi se specifickými poruchami učení a poprosila bych o formu inzerce výzkumu i v jejich centrech. Ráda bych v tomto případě oslovila např. Asociaci pracovníků speciálně pedagogických center, DYS-centrum či Asociaci výchovných poradců, které se mi zdají v rámci této problematiky nejrelevantnější.

Zmíněným způsobům oslovení respondentů by také mohla pomoci tzv. metoda Snow Ball, při níž by již zvolení respondenti mohli doporučit další respondenty, kteří by mohli o výzkum mít zájem a kteří by splňovali stanovená kritéria. Ta by mohla fungovat především po oslovení PPP a základních škol. U oslovení respondentů přes sociální sítě se s tak velkým efektem nepočítá, protože rodiče se v rámci již zmíněných skupin nemusí vůbec znát.

Výzkum by byl proveden celkem se sto respondenty, zejména vzhledem k tomu, že vzorek by byl ideální napříč celou Českou republikou. Při výběru respondentů by se také zohledňovalo pohlaví rodičů, abychom získali co nejvíce vyvážený vzorek dle počtu matek a otců.

4.4. Metody výzkumného projektu

Jako metodu výzkumného projektu jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, a to především vzhledem k určité komplexnosti této problematiky a vzhledem ke zvoleným výzkumným otázkám a cílům výzkumu. Kvalitativní výzkum získává podrobný popis a vhléd

při zkoumání určitého fenoménu, zároveň dobře reaguje na místní situace a podmínky (Hendl, 2016), je proto u tohoto výzkumu nejvhodnější volbou. Jako metody k získávání dat by byly zvoleny polostrukturovaný rozhovor, pozorování a skupinová diskuse, které jsou popsány v následujících kapitolách.

4.4.1. Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovory s rodiči by byly vedeny v prostředí jim známém – buď v pedagogicko-psychologické poradně, na základní škole, na kterou jejich dítě dochází, či u nich doma, a to z důvodu zajištění určitého komfortu pro rodiče při rozhovoru. Rozhovory by probíhaly vždy pouze s jednou osobou najednou – ne s rodiči dohromady, abychom se vyhnuli určitému zkreslení jejich odpovědí před partnery.

Otázky v rámci rozhovoru jsou otevřené, zaměřené na výše zmíněné výzkumné otázky a cíle. Otázky se vztahují zejména na pocity respondentů, zároveň také na jejich názory na danou problematiku a na znalosti, které respondenti v souvislosti s ADHD mají a které při výchově dítěte využívají. V rámci rozhovoru budou položeny také otázky demografické, zaměřené na pohlaví, věk (jak respondenta, tak také dítěte, které je diagnostikované ADHD), místo bydliště a další.

Obsahově se otázky zaměřují na následující témata:

- Zdroje znalostí o problematice ADHD.
- Život a dynamika rodiny před a po diagnostikování jejich dítěte.
- Vztahy rodinných příslušníků s dítětem s ADHD.
- Navazování přátelských vztahů dítěte s ADHD.
- Nejúčinnější techniky a postupy při práci s dítětem.
- Farmaceutická léčba syndromu ADHD.
- Komunikace a spolupráce s pedagogy.

4.4.2. Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Otázky jsou koncipované tak, aby tématem pokrývaly výzkumné otázky projektu a aby nám přiblížily osobní a rodinný život dítěte s diagnózou ADHD. Než se přejde k otázkám zaměřeným na život rodiny dítěte s ADHD, položí se otázky směřované na demografické údaje respondenta – pohlaví, věk, místo bydliště a věk dítěte se syndromem ADHD, které budou sloužit zejména k orientaci při vyhodnocování dat výzkumu. Poté se může přikročit k hlavní části rozhovoru a předem připraveným otázkám, které uvádím níže. U některých otázek jsou připravené i podotázky, které blíže rozvíjí otázky hlavní.

- Jaké máte znalosti o poruše ADHD?
 - Odkud jste tyto znalosti získal(a)?
- Kdy jste si poprvé uvědomil(a), že by vaše dítě mohlo mít poruchu ADHD?
 - Jakou pomoc jste v té době vyhledal(a) a na koho jste se obrátil(a)?
- Sděлил(a) jste svému dítěti jeho diagnózu?
 - Pokud ano, jaká byla jeho reakce?
- Jaké jsou neúčinnější a nejosvědčenější postupy při výchově vašeho dítěte?
 - Docházíte se svým dítětem ke školnímu psychologovi/výchovnému poradci či terapeutovi?
- Využíváte při léčbě vaše dítěte farmakoterapii?
 - Pokud ano, jaké léky vaše dítě užívá?
- Pokud není vaše dítě jedináčkem, jaké jsou jeho vztahy se sourozenci?
 - Zažívá vaše dítě v rámci sourozeneckých vztahů nějaké náročnější chvíle?
 - Pokud ano, jak takové situace s dětmi řešíte?
- Jaká je komunikace a spolupráce s pedagogy?
- Jak vaše dítě navazuje přátelské vztahy v rámci třídy a zájmových kroužků?

Tyto otázky jsou považovány za pouhou osnovu – všechny by měly být v rámci rozhovoru položeny, zároveň se ale očekává (díky struktuře polostrukturovaného rozhovoru), že se během rozhovoru s rodičem naskytne další témata, která mohou být probírána. Díky těmto tématům by mohly vzniknout zajímavé podněty, které by se mohly probrat při skupinové diskusi, jež je blíže popsána v kapitole 4.4.4.

4.4.3. Pozorování

Pozorování bych využila pouze jako sekundární techniku k výzkumu, při které bych pozorovala spíše emoční naladění a psychické rozpoložení respondenta, a to především z toho důvodu, aby se dalo lépe odhadnout, jak např. individuálně otázky klást, aby to respondentovi co nejvíce vyhovovalo a také jakým tempem otázky pokládat. Zároveň můžeme také pozorovat, jak daným otázkám respondent rozumí, aby nevzniklo žádné nedorozumění z důvodu nepochopení některé z otázek.

4.4.4. Skupinová diskuse

Jelikož se při dobře vedené skupinové diskusi uvolňují racionalizační schémata a psychické zábrany, kdy diskutující snadněji odhalují své postoje a myšlení (Hendl, 2016), využila bych ji jako další doplňující metodu při sběru dat. Skupinovou diskusi bych s respondenty vedla až po jednotlivých osobních rozhovorech, které byly blíže popsány

v kapitole 4.4.2. Otázky, které by tedy během diskuse byly kladeny, by kopírovaly otázky polostrukturovaného rozhovoru a byly by doplněné o podněty z jejich výstupů. Předpokládá se, že v rámci osobních rozhovorů s respondenty bychom získali bližší podněty a témata, která by se při této diskusi dala prodiskutovat.

Skupiny bych vytvářela podle respondentů vždy z jednoho daného okruhu – např. přímo z jedné pedagogicko-psychologické poradny či jedné základní školy. Rodiče by se s velkou pravděpodobností znali, nálada by tudíž mohla být uvolněnější a rodiče by mohli své názory, techniky a myšlení výzkumníkovi ještě přiblížit. V této fázi výzkumu by již rodiče nemuseli své názory sdělovat odděleně, ale matka i otec by byli spolu – mohli bychom tedy díky tomu také sledovat případné názorové proměny.

4.5. Výzkumný plán

Výzkumný plán projektu zahrnuje několik fází – fázi přípravnou, pilotní studii, samotný sběr dat a následné zpracování výsledných dat. Všechny fáze jsou popsány v následujících podkapitolách.

4.5.1. Přípravná fáze výzkumu

V rámci přípravné fáze výzkumu bych jako první oslovila pedagogicko-psychologické poradny a výchovné poradce či školní psychology základních škol, abych měla možnost oslovit své respondenty. Dále bych vyvěsila inzerát na sociální síť (především na již zmíněný Facebook), kde bych výzkum ve zkratce popsala. Zároveň bych v rámci tohoto inzerátu specifikovala kritéria pro výběr respondentů. Jistě bych na sebe zanechala kontakt a čekala, až se respondenti ozvou. Jelikož bych již předtím oslovila PPP a základní školy, nebyla bych na tomto způsobu získání respondentů tolik závislá a šlo by pouze o doplňující způsob.

Po spojení se s respondenty bych jim sdělila hlavní cíle výzkumu, jejich přínos pro můj výzkum a zároveň také vysvětlila určité organizační záležitosti, které se týkají např. nahrávání rozhovorů, informovaných souhlasů apod. Mezi respondenty bych také vybrala dvě rodiny, které by se zúčastnily pilotní studie, jež je popsána v následující kapitole.

4.5.2. Pilotní studie

Pilotní studie by byla provedena pouze se dvěma rodinami. Respondenti by tedy byli obeznámeni s tím, že jde zatím o pilotní fázi projektu, a mohla bych je tedy po skončení rozhovoru požádat o zpětnou vazbu k rozhovoru či návrhy na zlepšení. V rámci této studie by byla provedena obsahová analýza otázek rozhovoru, aby později nedošlo ke zkreslení dat. Zjistili bychom, zda otázky respondentů dávají smysl, zda jsou dobře položené a zároveň

bychom také zjistili orientační čas doby trvání rozhovorů. Ten je předpokládán na 60–120 minut a byl by během této fáze specifikován.

4.5.3. Sběr dat

Na základě domluvy s respondenty by se poté mohlo přistoupit již k reálnému sběru dat. Jak již bylo výše zmíněno, rozhovory by probíhaly na místě určeném respondenty (buď PPP, škola, na kterou dítě dochází, či u respondentů doma), kvůli jejich komfortu a eliminování možné nervozity z neznámého místa. Zároveň by rozhovory probíhaly na klidném místě bez rušivých elementů.

Na začátku rozhovoru, po představení výzkumníkovy osoby, by rodiče byli obeznámeni s celým postupem rozhovoru a tím, jak je celý výzkum koncipován. Byl by podepsán informovaný souhlas a pokud by rodič souhlasil, pak také souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon. Rodiče by byli ujistěni, že všechny odpovědi jsou anonymní a budou použity pouze pro účely tohoto výzkumného projektu. Zároveň by bylo zmíněno také to, že pokud by se respondenti cítili nejistí a nechtěli by v rozhovoru či výzkumu dále pokračovat, určitě mohou od výzkumu kdykoliv odstoupit – pak by samozřejmě nebyli nijak zařazeni do výsledného zpracování dat.

Po představení a podepsání souhlasů bychom mohli přistoupit na samotný sběr dat, kde by se respondentům pokládaly předem připravené otázky. Tím, že využívám polostrukturovaného rozhovoru, očekává se, že se během rozhovorů naskytne individuální podněty k doplňujícím otázkám. V závěru rozhovoru by pak mělo dojít k poděkování respondentovi za ochotu a čas, který si na výzkum vyhradil. Zároveň také na určité shrnutí toho, co se během rozhovoru událo. Respondent by dostal i prostor na zpětné doplnění informací, pokud by si během rozhovoru vzpomněl na nějaké dle něj cenné informace, které by ještě rád sdílel. Určitě by bylo vhodné, abychom respondenta ještě znovu na konci rozhovoru ujistili, že výstupy z rozhovoru jsou zcela anonymní a nabídli mu možnost zprostředkování závěrečné zprávy z výzkumu.

4.5.4. Zpracování dat

Data, která bychom získali během rozhovorů a skupinových diskusí, bychom z diktafonů převedli komentovanou transkripcí do textové podoby, jež by sloužila pro následné zpracování dat. Pomocí rámcové analýzy bychom naše data nejdříve zorganizovali – roztrídili a zredukovali – a následně bychom jednotlivá data označili a vytvořili si kategorizační systém, podle kterého bychom data následně interpretovali. Data bychom mohli poté

zpracovat podle tematických okruhů do tabulek. Zároveň bychom pomocí axiálního kódování mohli navrhnout nové hypotézy pro další potenciální výzkumné projekty.

Jelikož jsem na začátku stanovila požadovaný počet respondentů alespoň na 100, bude zpracování dat poměrně náročné. Mohli bychom tedy pro ulehčení oslovit studenty psychologie se zájmem o tuto problematiku a pedagogickou psychologii (minimálně však z navazujícího magisterského studia kvůli rozsahu znalostí), zda by neměli zájem nám s výzkumem pomoci – odměnou by jim mohlo být zaučení a přiblížení toho, jak se správně analyzují data z kvalitativního výzkumu.

5. Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo popsat základní terminologii spojenou s poruchou ADHD a také hlavní spouštěcí a protektivní faktory. Jsem si vědoma toho, že vzhledem k rozsahu práce nebyly značně pokryty veškeré aspekty této problematiky, neboť je to problematika velmi rozsáhlá a komplexní a poznatky o ní se čím dál více rozšiřují. Hlavní zaměření práce tedy bylo zejména na protektivní faktory poruchy hyperaktivity, které se daly využít v druhé části bakalářské práce při návrhu výzkumného projektu. Určitě také nesmíme zapomenout na individuálnost každého případu jedince s ADHD.

Cílem výzkumného projektu je tedy zmapovat a popsat výchovné styly rodičů a jejich hlavní metody práce s dětmi s ADHD. Výstupem by mělo být shledání hlavních facilitačních faktorů při rozvoji hyperaktivity. Data získaná z tohoto výzkumu by mohly být cenným podnětem k dalším výzkumům případně i jiného charakteru než kvalitativního. Mohlo by dojít ke stanovení nových výzkumných hypotéz, které by se mohly dále zkoumat např. na rodiče dětí s ADHD jiné věkové skupiny, než jsme si zvolili, či se zaměřit na výchovu dítěte s ADHD pouze jednoho pohlaví.

Mimo určité přínosy, které by výzkum mohl poskytnout, je nutno ale zmínit také limity a úskalí výzkumu, jež by se mohly během výzkumu naskytnout. Jedním z úskalí by jistě byla časová a také finanční náročnost výzkumu – stanovený počet respondentů může být u polostrukturovaných rozhovorů a následných skupinových diskusí, kde se očekává délka sezení 60–120 minut, velkou překážkou. Na druhou stranu by data z takového výzkumu mohla být opravdovým přínosem. Dalším z úskalí výzkumu by mohla být skupinová diskuse – při ní by mohlo dojít ke zkreslení výsledků, kdy by rodiče před svými partnery a dalšími rodiči nemuseli být stoprocentně upřímní kvůli studu či strachu.

Zároveň také nesmíme opomenout osobnost výzkumníka a respondentů a určité okolní vlivy, které na obě strany mohly během výzkumů působit, a samozřejmě nesmíme opomenout individuálnost každého případu hyperaktivního dítěte a jeho rodiny, na kterou se výzkum zaměřuje.

Závěr

Cílem této práce bylo blíže popsat problematiku hyperaktivity neboli ADHD a především spouštěcí a protektivní faktory této poruchy – tedy co tuto poruchu způsobuje a jak dětem (okrajově také adolescentům a dospělým) s touto diagnózou poskytnout co nejlepší možnou terapii (ať již lékovou či nelékovou).

V literárně-přehledové části byla přiblížena základní terminologie podle obou klasifikačních manuálů a diagnostická kritéria této poruchy nejen v dětství, ale také v adolescentním věku a dospělosti. Následně se práce zaměřila na neurofyziologické, genetické i negenetické spouštěcí faktory ADHD. V neposlední řadě je pojednáno o protektivních faktorech ADHD – o vztahových potížích dětí s hyperaktivitou v rámci školy, rodinného či pracovního prostředí a v návaznosti na tyto potíže byly předloženy možnosti terapie a léčby daných problémů. Nerada bych také opomenula návrh výzkumného projektu, který se zaměřuje na facilitační faktory rozvoje hyperaktivity v rámci výchovy rodičů a který si za cíl klade vytvoření jakési příručky, jež by mohla ulevit rodičům dětí s touto diagnózou od psychické zátěže a stresu.

Porucha hyperaktivity ve všech jejích podobách je fenomén, který v naší společnosti nabývá čím dál tím větší četnosti. Kde se skrývá skutečná příčina tohoto nárůstu není jasné. Co ale zřetelné je, je potřeba nahlížet na každý případ neklidného dítěte individuálně. Zároveň se také snažit o rozšíření povědomí a poznatků o této poruše tak, abychom zkvalitnili život nejen jedince, který by touto poruchou trpět mohl, ale také všech, které tento jedinec nějakým způsobem ovlivňuje.

Seznam použité literatury

- Adamou M, Arif M, Asherson P, Aw TC, Bolea B, Coghill D, et al. (2013). Occupational issues of adults with ADHD [Online]. *Bmc Psychiatry*, 13, 59. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-59>
- Ahn, J., Ahn, H. S., Cheong, J. H., dela Peña, I. (2016). Natural Product-Derived Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Safety, Efficacy, and Therapeutic Potential of Combination Therapy [Online]. *Neural Plasticity*, 1-18. <https://doi.org/10.1155/2016/1320423>
- Anastopoulos, A. D., & King, K. A. (2015). A Cognitive-Behavior Therapy and Mentoring Program for College Students With ADHD [Online]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 141-151. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.01.002>
- Bolfer C., Pacheco SP, Tsunemi MH, Carreira WS, Casella BB, Casella EB. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder: the impact of methylphenidate on working memory, inhibition capacity and mental flexibility [Online]. *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*, 75(4), 204-208. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170030>
- Braun, R., Marková, D., & Nováčková, J. (2014). *Praktikum školní psychologie*. Praha: Portál.
- Carnes, B., & Holloway, M. (2009). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Workplace [Online]. *Graziadio Business Report*, 12(2), 1-6.
- Drtílková, I. (2007). *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén.
- Drtílková, I., & Šerý, O. (2007). *Hyperkinetická porucha / ADHD*. Praha: Galén.
- Drtílková, I. (2014). Diagnostika a léčba dětí s ADHD a komorbidní úzkostí: *Pediatrica Pre Prax*, 15(3).
- Eddy, L. D., Will H., C., Broman-Fulks, J. J., & Michael, K. D. (2015). Brief Cognitive Behavioral Therapy for College Students With ADHD: A Case Series Report [Online]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 127-140. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.005>
- Fiala, A., & Drtílková, I. (2015). PERSPEKTIVNÍ MOŽNOSTI VYUŽITÍ RTMS V LÉČBĚ ADHD [Online]. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 111(4), 180-184.
- Gehricke, JG, Kruggel, F., Thampipop, T., Alejo, SD, Tatos, E., Fallon, J., Muftuler, LT. (2017). The brain anatomy of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adults - a magnetic resonance imaging study [Online]. *Plos One*, 12(4), e0175433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175433>
- Goetz, M., & Uhlíková, P. (2009). *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.

- Flisiak-Antonijczuk, H., Adamowska, S., Chłodzińska-Kiejna, S., Kalinowski, R., Adamowski, T. (2016). Evaluation of the efficacy of ADHD treatment with the use of EEG-biofeedback method in comparison to methylphenidate [Online]. *Archives Of Psychiatry And Psychotherapy*, Vol 17, Iss 4, Pp 32-38 (2016), 17(4), 32-38. <https://doi.org/10.12740/APP/60511>
- Hatch, B., Healey, DM, Halperin, JM. (2014). Associations between birth weight and attention-deficit/hyperactivity disorder symptom severity: indirect effects via primary neuropsychological functions [Online]. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 55(4), 384-92.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál.
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
- Kolčárková, I., Lacinová, L. (2008). *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal.
- Lange, KW, Hauser, J., Lange, KM, Makulska-Gertruda, E., Nakamura, Y., Reissmann, A., et al. (2017). The Role of Nutritional Supplements in the Treatment of ADHD: What the Evidence Says [Online]. *Current Psychiatry Reports*, 19(2), 8. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0762-1>
- Lechta, V. (Ed.). (2010). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál.
- Ly, V., Bottelier, M., Hoekstra, PJ, Arias Vasquez, A., Buitelaar, JK, Rommelse, NN. (2017). Elimination diets' efficacy and mechanisms in attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder [Online]. *European Child*. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0959-1>
- Masopust, J. (2015). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatria Pre Prax*, 16(2), 67-72.
- Mertin, V., & Krejčová, L. (2013). *Výchovné poradenství* (2., přeprac. vyd.). Praha: Wolters Kluwer Česká republika.
- Michalová, Z. (2012). *Předškolák s problémovým chováním: projevy, prevence a možnosti ovlivnění*. Praha: Portál.
- Michalová, Z. (2007). *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš.
- Millichap, J. G. (2010). *Attention deficit hyperactivity disorder handbook: A physician's guide to ADHD* (2nd ed.). New York: Springer.

- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., & Sanchez-Garcia, M. (2017). Family Impact and Parenting Styles in Families of Children with ADHD [Online]. *Journal Of Child And Family Studies*, 1 - 14. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0798-1>
- Paclt, I. a kolektiv (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., et al. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings [Online]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1217-1231. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0841-6>
- Riera M, Castells X, Tobias A, Cunill R, Blanco L, & Capellà D. (2017). Discontinuation of pharmacological treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of 63 studies enrolling 11,788 patients [Online]. *Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1007/s00213-017-4662-1>
- Sarkis, E. (2015). Addressing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the Workplace [Online]. *Postgraduate Medicine*, 126(5), 25-30. <https://doi.org/10.3810/pgm.2014.09.2797>
- Sinha, A., Lewis, O., Kumar, R., Yeruva, S. L. H., & Curry, B. H. (2016). Adult ADHD Medications and Their Cardiovascular Implications [Online]. *Case Reports In Cardiology*, 2016, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2016/2343691>
- Skoglund, C., Chen, Q., D'Onofrio, BM, Lichtenstein, P., Larsson, H. (2014). Familial confounding of the association between maternal smoking during pregnancy and ADHD in offspring [Online]. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 55(1), 61-8. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12124>
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika (2., aktualizované a doplněné vydání)*. Praha: Grada.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících (Vydání třetí)*. Praha: Portál.
- Švamberk Šauerová, M., Špačková, K., Nechlebová, E. (2012). *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Praha: Grada.
- Tarver, J., Daley, D., Sayal, K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts [Online]. *Child Care Health And Development*, 40(6), 762-774.
- Ter-Stepanian, M., Grizenko, N., Cornish, K., Talwar, V., Mbekou, V., Schmitz, N., & Joobar, R. (2017). Attention and Executive Function in Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders [Online]. *Journal Of The Canadian Academy Of Child*, 26(1), 21-30.
- Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie Pro Praxi*, 2012 (4), 4.
- Vágnerová, M. (2005). *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum.

- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vališová, A., Kasíková, H., Bureš, M. (2011). *Pedagogika pro učitele* (2., rozš. a aktualiz. vyd.). Praha: Grada.
- Verbeeck, W., Tuinier, S., Bekkering, GE. (2009). Antidepressants in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review [Online]. *Advances In Therapy*, 26(2), 170-84. <https://doi.org/10.1007/s12325-009-0008-7>
- Zaman, R. (2015). Transcranial magnetic stimulation (TMS) in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [Online]. *Psychiatria Danubina*, 27 Suppl 1, S530-2.
- Zemánková, M., Vyskotová, J. (2010). *Cvičení pro hyperaktivní děti: [speciální pohybová výchova] : pravidla učení se pohybu, poruchy, používané metodiky, cvičební sestavy*. Praha: Grada.
- Žáčková, H., Jucovičová, D. (2014). *Mám poruchu pozornosti, i když jsem dospělý?: nejen o kladech a záporech syndromu ADHD u dospívajících a dospělých*. Praha: D + H.
- Žáčková, H., Jucovičová, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporny i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada.
- Žiaková, E., Klobucká, S. (2015). The Effect of EEG Biofeedback Therapy on Motor Abilities of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder [Online]. *Evropskij Medicinskij Žurnal*, 10(4), 221-234, 10(4), 221-234. <https://doi.org/10.13187/ejm.2015.10.221>