

ADHD – POHLED PSYCHOLOGA

PhDr. Václav Mertin

Katedra psychologie FF UK, Praha

Práce představuje současný psychologický přístup k dětem s ADHD/ADD, který je charakterizován několika tendencemi:

1. k diagnóze postačuje typické chování
2. poruchy chování jsou často chápány jako varianta chování v rámci normálního rozložení
3. vedle specifických psychotherapeutických metod nabývají na významu výchovné postupy uplatňované u dětí bez specifických poruch chování
4. zvyšuje se význam rodičů jako nejvýznamnějších preventistů a „terapeutů“ ADHD.

Klíčová slova: ADHD/ADD, děti, nekategoriální přístup, psychologická diagnostika a terapie, výchovné postupy.

ADHD – PSYCHOLOGIST'S VIEW

The article introduces present psychological approach to children with ADHD/ADD, which is characterised by several tendencies:

1. Typical behaviour is sufficient for diagnosis.
2. Behavioural disorders are considered as a variation of behaviour within normal distribution.
3. Besides specific psychotherapeutic methods, educational methods gain an importance in children without specific disorders of behaviour.
4. The importance of parents is increased as the most important preventive persons and “therapists” of ADHD.

Key words: ADHD/ADD, children, category-free approach, psychological diagnosis and therapy, educational methods.

Diagnóza ADHD/ADD (synonyma LDE, MMD, LMD, specifické poruchy chování, porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování) je v současnosti velmi běžná. V USA je výskyt realisticky odhadován na 3–5 %, resp. 7 % (2, 4) s převahou u chlapců. Odhady v České republice se nijak neliší. Existují i výrazně vyšší uváděné výskyty (až 20 %), ty se však týkají výzkumných a ne klinických vzorků (16). Spolu se specifickými poruchami učení (dyslexie, dysortografie...) jde o nejdynamičtější se rozvíjející skupinu dětí se zdravotním postižením v posledních dvaceti až třiceti letech. Obě uvedené skupiny představují přibližně 80 % z populace zdravotně postižených, kterými se zabývá školský systém. V USA a Kanadě tvoří děti se symptomy ADHD (často v kombinaci s jinými poruchami) přibližně padesát procent klinické populace dětí (6). V běžném životě lze na základě informací médií, učitelů a rodičů získat dojem, že každé druhé až třetí dítě školního věku trpí syndromem ADHD.

Na tomto rozšíření má alespoň u nás značný přímý podíl školství, které je až překvapivě na větší živost, nepozornost, nesoustředěnost dětí. Při tradičním systému výuky, který není příliš přátelský tělesným ani psychickým potřebám dětí, působí projevy ADHD fakticky mnohem výraznější problémy než na louce, na hřišti nebo doma. Tento přístup školství spolu s poměrně jednostrannou orientací na výkon u všech dětí uvedené příznaky zesiluje nebo v některých případech dokonce způsobuje. Tlak školství na přidělování diagnózy ADHD je navíc posilován i skutečností, že děti s ADHD

patří u nás (pod názvem specifické poruchy chování) od počátku devadesátých let minulého století do kategorie žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (dříve se zdravotním postižením). Školy mohou k žákům s touto diagnózou přistupovat specificky a současně v některých případech mohou získat na toto dítě mírný finanční příspěvek určený na speciální pomoc. Školy zatím moc nevědí, jak se k těmto dětem postavit a jak s nimi pracovat, což se neodráží tolik v počtu dětí s diagnózou, ale spíše v množství a kvalitě intervencí, které jsou jim ve škole poskytovány.

Poznámka

Ve školství USA byla diagnóza ADHD zařazena v roce 1999 poprvé mezi podmínky, které předurčují dítě do péče speciálních pedagogů, psychologů a dalších odborníků. Od roku 1991 bylo možné tuto diagnózu akceptovat, ale pouze pod hlavičkou poruchy učení. Je sice pravda, že diagnóza ADHD nekvalifikuje ani dnes dítě k získání této péče automaticky, nicméně lze očekávat, že dále přibude dětí, které jsou kvůli podezření diagnostikovány, které tuto diagnózu získají a kterým následně bude poskytována speciální pomoc.

Druhým zdrojem zvyšování počtu dětí s ADHD jsou rodiče. Pro ně diagnóza ADHD znamená, že lépe a vhodněji rozumějí problémům dítěte, navíc se však cítí zbaveni viny za jeho nezpůsobné chování, prohřešky, vzdělávací problémy. Problém dítěte tedy v tomto případě není působen jejich vlastním nevhodným výchovným přístupem, nedosta-

tečnou péčí, ale drobným mozkovým poškozením nebo dysfunkcí. Stejnou motivaci mívají pochopitelně i učitelé. Je mnohem jednodušší a často i lidštější konstatovat, že problémy v chování jsou způsobeny organicky, než hledat úskalí ve vlastním výchovném působení nebo v tom, že dítě je necitlivé, nezvedené, že to dělá schválně. V případě rodičů bývá často tlak na vyšetření a diagnózu ADHD odvozen od požadavků a nátlaku školy. Rodiče leckdy ani doma problémy nemají, ale nevědí si rady s opakujícími se výzvami učitelů, aby doma (!) zlepšili chování dítěte o školní přestávce, aktivitu při hodině, vykykávání, nesoustředěnost, nedbalou úpravu v sešitech, nošení domácích úkolů apod.

Vstřícnost vůči diagnóze projevují i pediatri, psychiatři a psychologové či speciální pedagogové. Vede je k tomu jednak nastavení diagnostických kritérií (vychází výlučně ze symptomů – viz dále) a současně i snaha účinně pomoci dítěti ve školním prostředí. Pozitivně ke zvýšení počtu dětí s diagnózou přispívá i zjednodušení diagnostiky – mnohem více jsou využívány jednoduché, snadno administrovatelné a rychle vyhodnotitelné posuzovací škály pro rodiče a učitele. Zvyšující se počty dětí s diagnózou ADHD ovlivňuje v současnosti všeobecně i fakt, že tato diagnóza je vcelku příznivě přijímána veřejností. Rozhodně představuje menší stigma než nevhodnost, rodičovské či učitelské selhání nebo mentální retardace. K její přijatelnosti přispívá i značná mediální popularita.

Je ovšem otázka, nakolik a jestli vůbec je tato diagnóza opodstatněná, jestli jsme se

nevydali na nevhodnou cestu, která dobře nefunguje a není perspektivní. Zejména pokud ji použijeme jako nezpochybnitelný výkladový rámec prakticky pro všechny potíže spojené s chováním dítěte. Vždyť ve skutečnosti jediné, o čem nelze v současnosti pochybovat pro účely individuální diagnostiky je to, že existují děti, které jsou velmi (mimořádně) aktivní, živé, nesoustředěné, impulzivní, všechno spleťou, zapomenou...

Máme-li lépe porozumět současným pohledům i praxi, tedy tomu, proč jsme dnes tam, kde jsme, měli bychom lépe porozumět etapám poznávání, ze kterých vycházíme a na kterých stojí dnešek.

Historie

Počátky zkoumání oblastí specifických poruch chování lze spatřovat v období po první světové válce. Ta nabídla nesmírné množství lidského materiálu, jehož zpracovávání poskytlo Kurtu Goldsteinovi podklady k závěru, že úrazy hlavy způsobily u vojáků mezi jinými nesoustředěnost, perseverace, percepční problémy – např. v odlišení figury a pozadí (3). Goldstein zdokumentoval i výukové problémy a poruchy chování. Druhý zdroj informací představovali dospělí jedinci, kteří přežili epidemii tzv. španělské chřipky (encephalitis lethargica) v letech 1918-1919. I u nich byla pozorována hyperaktivita, emoční labilita, perseverace, vázanost na podněty (1). Následovaly mj. práce Heinze Wernera, Alfreda Strausse, Newella Kepharta, Laury Lehtinenové a Williama Cruishanka u dětí s mentálním poškozením (3). Tito autoři zkoumali, zda lze u těchto dětí (předpokládá se u nich poškození mozku) implikovat Goldsteinovy nálezy. Zjistili, že skupina dětí s mentální retardací není homogenní, a že je nutné pro ně vytvářet různé vzdělávací programy. Strauss s Lehtinenovou vytvořili speciální program pro děti s mentální retardací a poruchami pozornosti a percepčně-motorickými poruchami. Další skupinou byly děti s mozkovou obrnou. Podobně i u nich se zjistilo, že různé podněty je vyruší od činnosti mnohem snadněji než dětskou populaci bez postižení. Následně začal Cruishank pracovat s dětmi, které měly normální inteligenci a současně projevy, které byly zjištěny u dětí s mentální retardací (tedy hyperaktivita, perseverace, percepčně motorické problémy, vázanost na podněty). Základem pomoci bylo omezení rušivých podnětů (izolované boxy nebo alespoň minimální výzdoba ve třídě), pravidelný režim a percepčně motorická cvičení.

Tento přístup a způsob uvažování je z metodologického hlediska velmi instruktivní a netýká se jen ADHD. V první fázi je k dispozici známé poškození CNS a s ním

spojené příznaky v chování a jednání. Ve druhé fázi vidíme symptomy a nacházíme k nim poměrně silný a věrohodný, byť částečně hypotetický organický korelát (spojený s mentální retardací, cirkumpartálními problémy či jinak pozitivní anamnézou). Ve třetí fázi už dominují příznaky a z jejich závažnosti či prosté existence se jednoznačně odvozují problémy CNS (8).

Uplatněný medicínský přístup se projevil i v terminologii. První termíny Strausse a Lehtinenové byly např. brain-injured, cripple brained a minimal brain injury. Ještě předtím se výklad pohyboval spíše v oblasti morálky: morbid defects in moral control (1), případně moral insanity. V Československu pak byl první termín lehké dětské encefalopatie (5). Tyto termíny v řadě směrů neuspokojily, proto také v šedesátých letech minulého století byly i v tradičním medicínském modelu nahrazeny termínem lehká mozková dysfunkce. V osmdesátých a zejména devadesátých letech se téměř výlučně přechází k termínům ADHD/ADD, hyperaktivní syndrom (Diagnostic and statistical manual of mental disorders II (DSM II) hyperkinetická reakce), specifická porucha chování. Poprvé se objevila tato změna v DSM III v roce 1980. Dnešní ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou nebo syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou) zde byla uvedena jako attention-deficit disorder with hyperactivity, zatímco ADD (attention deficit disorder – porucha pozornosti, syndrom deficitu pozornosti) jako attention-deficit disorder without hyperactivity (15). V České republice je v současnosti alespoň pro oblast zdravotnictví používána terminologie a kategorizace ve smyslu 10. revize MKN (11). V sekci Poruchy chování a emocí jde o hyperkinetické poruchy (F90), do kterých patří porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování, jiné hyperkinetické poruchy a hyperkinetické poruchy nespecifikované. Pro obor psychologie a zejména pro oblasti mimo zdravotnictví jsou oba klasifikační systémy stejně nezávazné a o jejich použití tak rozhoduje osobní odborné rozhodnutí či větší vhodnost. Osobně pokládám MKN10 za mnohem méně vhodnou, protože je spekulativnější než v případě ADHD přímočará a v podstatě přízemní DSM IV a zejména hyperkinetická porucha chování je nelogicky vystavěna tím, že míchá dvě kategorie, pro jejichž propojení nenacházím opodstatnění. Nicméně v zásadě se podle mého názoru oba systémy neliší (12). V českém školství je používán termín specifická porucha chování (SPCH) (analogie ke specifické poruše učení), aby se zdůraznilo specifické příznaky v chování (nepozornost, změna aktivity atd.).

V průběhu doby můžeme tedy sledovat posun od jednoznačného vysvětlení problémů jedince poškozením mozku (lehká dětská encefalopatie) přes vysvětlení pomocí potíží ve fungování (lehká mozková dysfunkce) k výkladu pomocí symptomů. Při takto pojaté poruše lze sice i nadále vzít v potaz hypotetické poškození či dysfunkci mozku, nicméně k přidělení diagnózy zcela dostačují nikterak striktně definované příznaky na úrovni chování (8). Výlučně biologická rovina výkladu je doplňována nebo nahrazována rovinou kognitivní a behaviorální. Tento trend lze pozorovat např. i při výkladu příbuzné kategorie specifických poruch učení. Tímto posunem nabývají na významu psychologické a environmentální faktory.

Tento vývoj není svévolný nebo náhodný. Odráží úroveň hledání odpovědi na otázku, zda umíme jednoznačně zjistit příčiny těchto problémů a současně, zda umíme v biologických a psychologických parametrech odlišit děti s diagnózou ADHD od dětí se stejnými behaviorálními charakteristikami, ale bez příslušné diagnózy. Jestli se tedy jedná o dvě specifické kategorie. Pouze kladná odpověď na tuto otázku ospravedlňuje diagnózu ADHD. Pokládám za potřebné zmínit, že v případě specifických poruch učení (dyslexie) se to příliš nedaří.

V hře je tedy také hypotéza, že se nejedná o poruchu, ale normální varianty chování. Zpravidla se má na mysli mínus varianta. Za ojedinělý a nepřilíhající věrohodný lze však pokládat pokus vykládat projevy SPCH jako adaptivní odpověď na podmínky minulosti. Pokládám sice podobné myšlenkové exkurzy za cenné, nepodezírám autory, že neviděli skutečného jedince s ADHD, přesto sdílím kritiku této evoluční teorie z pera Z. Matějčka (7).

Je žádoucí všimnout si i faktu, že sice v průběhu doby došlo ke změně kritérií a názvů a tím i charakteru poruchy, nicméně my stále implicitně předpokládáme, že jde o původní poruchu.

Současnost

Důležitou otázkou také je, jestli se děti s diagnózou, děti s problémy a bez diagnózy a děti bez problémů liší kvalitativně ve výchovných přístupech. Kdo má realizovat pomoc těmto dětem? Mají smysl preventivní opatření?

Současný psychologický přístup k dětem s SPCH (ADHD/ADD, LMD) je podle mého soudu charakterizován několika tendencemi:

1. k diagnóze postačuje typické chování
2. poruchy chování jsou často chápány jako varianta chování v rámci normálního rozložení

- vedle specifických psychoterapeutických metod nabývají na významu výchovné postupy uplatňované u dětí bez specifických poruch chování
- zvyšuje se význam rodičů (a učitelů) jako nejvýznamnějších preventistů a „terapeutů“ ADHD.

Není jasné, co je ADHD – zda specifická podmínka v mozku, specifické chování, nebo obojí. Podobná otázka zůstává nezodpovězena i u specifických poruch učení. Ani jedna porucha není evidentní. Převládající korelační studie nemohou vypovídat o kauzalitě vztahů. Navíc zjišťovaná velikost společné variance dvou zkoumaných proměnných vždy nechává poměrně velký prostor pro významný vliv dalších proměnných. Medicíně ani dalším disciplínám se zatím nepodařilo nalézt spolehlivé ukazatele poruchy, které by umožnily individuální diagnostiku. Přestože zjišťované vztahy bývají statisticky významné, nejsme s to v konkrétním případě klienta konstatovat, zda se uplatní pozitivní nebo negativní verze. Tedy jinak řečeno, když zjistíme pozitivní osobní anamnézu neumíme spolehlivě rozhodnout, zda toto konkrétní dítě bude mít problémy s chováním nebo ne. Posunutí diagnostiky k symptomům zákonitě vede ke zvýšení počtu dětí, které mají tuto diagnózu přidělenou. Diagnóza pak je také pochopitelně arbitrární (např. jako obezita) a mění se např. s ohledem na ekonomické možnosti společnosti, podmínky školství, toleranci dospělých.

Nekategoriální přístup k ADHD

Jeden z trendů objevující se v disciplínách zabývajících se vzděláním a výchovou je odklon od tradičního kategoriálního chápání ADHD k nekategoriálnímu přístupu. Ten vychází z názoru, že chování a jednání jedince představují velmi složitou záležitost, vyžadující spolupráci a souhru mnoha činitelů. Tato spolupráce může probíhat různým způsobem, na různých úrovních a to pak samozřejmě vede k různým způsobům chování. Stačí synergické působení několika zvýrazněných charakteristik jedince, nebo naopak jen velmi jemné narušení spolupráce v kterékoli části řetězce a chování se posouvá do podoby, ve které je hodnoceno jako problémové. Stejně chování tak může vzniknout na základě neomezeného počtu různých příčin. Různá seskupení zcela neproblémových jednotlivých faktorů mohou vést k problémovému chování a jednání. Nekategoriální přístup mnohem více bere v potaz kontext, ve kterém se chování odehrává. Akceptuje, že posouzení problémovosti chování velmi závisí na prostředí, době i osobě posuzovatele. Uvědomuje si i to, že za určitých okolností se

každý může chovat (i dlouhodobě a v různých prostředích) jako jedinec s ADHD.

Terapie

Je nepochybné, že specifická porucha vyžaduje i speciální terapeutické přístupy. Zejména v USA je velmi populární farmakoterapie (nejvíce psychostimulancia) – přibližně dvě třetiny dětí s ADHD dostávají nějaká farmaka, značně roste výroba a spotřeba zejména metylfenidátu. Lékaři jsou angažováni v terapii největšího počtu dětí s ADHD, psychologové a další pomáhající profese jsou zapojeni mnohem méně (13).

Vedle farmakoterapie má své místo i psychoterapie. Nejvíce jsou využívány postupy zaměřené na modifikaci chování. Nejúčinnější se jeví multimodální přístup – kombinace farmakoterapie s psychosociální intervencí (13). Vedle medicínské pomoci jsou to např. úprava vzdělávacích podmínek, podpora žádaného chování, podpůrné služby pro rodiče a děti – např. poradenství, rodičovské podpůrné skupiny (14).

Rozbor ovšem jasně ukazuje, že nejčastěji používané psychoterapeutické postupy u dětí s ADHD vycházejí z běžných výchovných a vzdělávacích postupů. Tyto postupy ovšem respektují změněné možnosti dětí s ADHD. Tato myšlenka je výrazně zesílena, pokud pojímáme ADHD nekategoriálně, tedy jako extrémní variantu běžného způsobu chování. Při takovém přístupu se z velké části při hledání pomoci obracíme také na ty osoby, které jsou dítěti nejbližší, tedy na rodiče a na učitele. Vytváříme a posilujeme v nich kompetence, jak pracovat s dítětem s ADHD.

Je výchova (vzdělání) dítěte s ADHD speciální či odlišná od výchovy běžného dítěte? Nejsou důvody domnívat se, že tomu tak je. Je tedy nějaký rozdíl mezi výchovou běžného dítěte a dítěte s ADHD? Zde už je odpověď poněkud bohatší. Zatímco běžné dítě je s to kompenzovat i méně příznivé výchovné a vzdělávací podmínky a postupy, dítě s ADHD vzhledem ke svým sníženým předpokladům vyžaduje mnohem kultivovanější vedení. Např. rušivé podněty a hluk při práci nejsou vhodné pro žádné dítě. Nicméně běžné dítě se s touto podmínkou vyrovná bez zřetelné újmy a snížení výkonu (využije dispoziční rezervy), jedinec s ADHD je vyveden z míry a podá výkon zcela neodpovídající jeho možnostem a předpokladům nebo se chová způsobem, který zcela vybočí z běžných norem.

Když se uvažuje o výsledcích vzdělávání, berou se v potaz tři relevantní proměnné:

1. osobnostní charakteristiky
2. kvalita výuky
3. čas věnovaný učení.

Stejný vzdělávací výsledek lze docílit změnou kterékoli proměnné. Jistěže to neplatí absolutně (dítě trpící mentální retardací nedocílí stejný výsledek jako průměrné dítě ani při mnohonásobně delším čase, dítě trpící ADHD patrně nedokáže sledovat v klidu dvouhodinový nudný výklad), ale pro běžnou populaci je žádoucí brát tuto rovnici vážně. S nepatrnou licenci ji můžeme uplatnit i na výchovu a na syndrom ADHD. Můžeme předpokládat, že dítě s ADHD bude znevýhodněné ve svých předpokladech. Ty však lze kompenzovat kvalitnějším výchovným působením a množstvím času, po který na ně dospělí působí. A zde se dostáváme k tomu, že v tradičním medicínském modelu poskytuje pomoc výlučně odborník, takže běžný výchovný přístup nebývá programově zapojován.

Pro ilustraci uvádím některé postupy, které doporučujeme u dětí s ADHD (9).

Relaxace

Významný problém dětí s ADHD je nedostatečná schopnost uvolnit se, odpočívat. Trvalá aktivita vede dítě k dřívějšímu vyčerpání. I jednoduché formy relaxace (např. včetně pobytu ve vodě a plavání), které s dítětem provádí neodborník, mohou vést k pozitivním výsledkům.

Přítomnost dospělého a jeho zapojení do aktivit dětí, společné činnosti

Velká část problémů dětí s ADHD vzniká v nepřítomnosti dospělého. Pouze to, že učitelka je o přestávce ve třídě, rodiče doma... zlepšuje chování dítěte. Účast dospělého na činnosti navíc prodlužuje výrazně dobu, po kterou je dítě schopno věnovat se této činnosti a soustředit se.

Předvídatost

Část problémů u dětí s ADHD je působena tím, že dospělí nechají proběhnout akci dítěte a řeší teprve následky. Přitom řada přestupků se opakuje, takže dospělý by mohl mnohem účinněji zasáhnout už v samotném zárodku přestupku. Předvídatost a preventivní zásah dospělého může v některých případech způsobit, že k problému vůbec nedojde.

Jednoznačné příkazy

Příkazy dětem s ADHD je třeba dávat v jednoznačné, jasné a jednoduché podobě. Např. by neměly nést víc než jednu informaci, měly by být konkrétní, měly by v sobě obsahovat akci, kterou má dítě provést k úspěšnému splnění příkazu.

Nevychovávat slovy, ale činy

Verbální výchova není příliš vhodná pro běžné děti školního věku, u dětí s ADHD

nevede k výsledkům vůbec. Je nutné, aby dospělý zesílil naléhavost přání či příkazů fyzickou přítomností. Blízkost dospělého vede dítě k tomu, že omezí aktivitu, přestane s činností, vykoná příkaz. Pokud nestačí přítomnost, je nutné vzít dítě za ruku apod. a „donutit“ je, aby splnilo příkaz. Rozhodně nejsou vhodné dlouhé diskuze, vysvětlování před splněním úkolu.

Strukturace času a činností – stabilní řád

Dítěti s ADHD velmi usnadňuje život a zlepšuje jeho fungování, když má stabilní denní program, když jedna činnost navazuje na druhou, když nemá prázdné časy, ve kterých je ponecháno samo sobě. Současně je důležité, aby se tento řád příliš neměnil, ale aby se v dítěti vytvořil určitý stereotyp.

Důslednost

Z podstaty problémů dítěte s ADHD vyplývá, že nedokončují úkoly, střídají rychle činnosti apod. Není nutné nerespektovat jejich možnosti, ale je velmi žádoucí vést je k prodloužení doby, po kterou vydrží u aktivity, přimět je, aby alespoň některý úkol dokončili (třeba i s naší pomocí), aby neměly náraz rozpracovány víc než tři, čtyři aktivity. Jestliže vydáme dítěti příkaz, musíme zajistit nasazením veškeré autority jeho splnění.

Přirozené následky

Při prohřešku není vhodné zaměřit výchovné úsilí na to, co se stalo a už se nedá odestát, ale na to, jak problém napravit, vyřešit. Výčitky, lamentace jsou marnění energie, je nutné dovést dítě k poznání, že se stane leccos, ale je nutné postavit se následkům čelem a snažit se je vyřešit.

Rodiče

Je zřejmé, že psychologie i medicína si více uvědomují, že není v jejich silách poskytnout odpovídající pomoc všem jedincům s ADHD, kteří to potřebují a v rozsahu, který je zapotřebí. Dlouhodobá a intenzivní péče, kterou jedinci s ADHD potřebují, není finančně únosná. Např. se zjistilo, že zvýšená spotřeba stimulancií je spojena s nižším počtem kontrolních návštěv, což vede k závěru, že se mění charakter pomoci těmto dětem (13). Proto jsou stále více využívány nepsychologové, zejména

jedinci, kteří jsou v přirozeném kontaktu s dítětem s ADHD a jsou motivováni pomoci mu. V našem případě se jedná v první řadě o rodiče a další rodinné příslušníky, určitě i učitele a spolužáky.

V této souvislosti je třeba odpovědět na několik otázek. Nakolik se liší odborná psychologická pomoc (psychoterapie) od běžných výchovných postupů, které používají nebo mohou používat rodiče a učitelé? Na tuto otázku jsem již dal částečně odpověď v předcházející části. Pochopitelně mimo rámec možností rodičů i psychologů je medicína. Vzhledem k tomu, že základem pomoci je modifikace chování, je evidentní, že výše uvedené postupy budou tvořit podstatnou část a běžně je mohou využívat jak rodiče tak učitelé.

Zatímco psycholog nebo lékař si může zvát dítě na kontrolu (terapii) maximálně jednou týdně, rodiče jsou k dispozici každý den. Jejich působení na dítě může symptomy ADHD zesilovat nebo naopak mírnit. Rodiče jsou emočně velmi angažováni na svém dítěti, mají je rádi a mají zájem, aby co nejlépe prospívalo. Samozřejmě, že tato citová angažovanost může v některých případech sehrát i negativní roli, přesto u většiny dětí významně převažuje pozitivní vliv.

Pochopitelně tento přístup sekundárně vede k posunům v roli psychologa nebo lékaře ve vztahu k dětem s ADHD. Větší pozornost než v tradičním modelu věnují konzultacím s rodiči a jejich ovlivnění než samotné intervenci ve vztahu k dítěti.

Rodiče jsou stále více pokládáni za domínující osoby při ovlivňování dítěte. Mají primární zodpovědnost za zdravý tělesný i duševní rozvoj dítěte, za jeho vzdělávání i výchovu. Je žádoucí brát tento trend vážně a chovat se podle toho.

Závěr

Modely, které přicházejí z biologických věd, z medicíny, přinášejí velký prospěch dětem s ADHD. Totéž platí i pro psychoterapii prováděnou ve specializovaných institucích. Tento přístup však poněkud snižuje význam přirozených prostředí, ve kterých dítě tráví převažující část svého času a která hrají v jeho životě zásadní roli. Současně se tím snižuje i zodpovědnost aktérů (rodičů, učitelů i samotného dítěte) za vlastní život. „Alternativní“ způsoby vysvětlení ADHD nepopírají význam odborné pomoci, nicméně většinou důraz kladou na vlastní síly zúčastněných. Zdůrazňují význam běžných výchovných přístupů a nezbytný posun v rolích odborníků.

Literatura

1. Ashwal S, Rust R. Child Neurology in the 20th Century. *Pediatric Research*, 2003; 53, 2: 345–361.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association 2000.
3. Hallahan D, Keogh B (Eds.). *Research and Global Perspectives in Learning Disabilities*. Mahwah, LEA 2001.
4. Kalat JW, Wurm T. Implications of Recent Research in Biological Psychology for School Psychology. In C. Reynolds, T. Gutkin: *The Handbook of School Psychology*. Wiley and Sons, New York 1998; 271–290.
5. Kučera O, et al. *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*. SZN, Praha 1961
6. Mash E, Wolfe D. Disorders of Childhood and Adolescence. In G. Stricker, T. Widiger, I. Weiner: *Handbook of Psychology*. J. Wiley and Sons, New York 2003.
7. Matějček Z. Poznámka k evolučnímu pohledu na syndrom ADHD. *Psychiatrie pro praxi*, 2003; 3: 131–133.
8. Mertin V. LDE, LMD nebo ADD/ADHD? In: A. Kucharská: *Specifické poruchy učení a chování*. Praha, Portál 1997: 22–24.
9. Mertin V. Intervence u specifických poruch chování. In L. Šulová: *Problémové dítě a hra*. Praha, Raabe, 2004; E 1.4.
10. Mertin V. Některé alternativní přístupy k psychologické diagnostice dětí. In J. Šípek, M. Niederlová: *Psychologická diagnostika*. Praha, Karolinum v tisku.
11. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha, Psychiatrické centrum 1992.
12. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha, Psychiatrické centrum 1996.
13. Olfson M, Gameroff M, Marcus S, Jensen P. National Trends in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2003; 160, 6: 1071–1077.
14. Reid R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effective Methods for the Classroom. *Focus on Exceptional Children*, 1999; 32, 4: 1–20.
15. Root RW, Resnick RJ. An Update on the Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Professional Psychology*, 2003; 34, 1: 34–41.
16. Zelinková O. *Poruchy učení*. Praha, Portál 2003.