

Přehled současných možností nefarmakologické podpory pro děti s ADHD a jejich rodiny v České republice

PhDr. Mgr. Petra Dvořáčková, PhDr. Ivana Jůzová, Ph.D., doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky, Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Článek přibližuje aktuální možnosti nefarmakologické podpory pro děti s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a jejich rodiny v České republice, na které je může praktický lékař v případě potřeby odkázat. Text představuje ucelený výčet opatření využívaných u cílové skupiny zejména v období předškolního a základního vzdělávání. Zmíněna je rovněž oblast sebevzdělávání a svépomoci pro rodiče či zákonné zástupce, která může významně napomoci zvládnání každodenních náročných situací v rodinách dětí s ADHD.

Klíčová slova: ADHD, nefarmakologická intervence, ucelené rozvojové programy pro nácvik koncentrace pozornosti, kognitivně behaviorální terapie, neurofeedback, edukace a podpora rodičů.

Overview of current non-pharmacological support options for children with ADHD and their families in the Czech Republic

This article outlines current non-pharmacological support options for children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and their families in the Czech Republic, to which general practitioners can refer them if needed. It presents comprehensive development programs for attention training, cognitive behavioral therapy, neurofeedback, and support options within the school environment. Attention is also given to self-education and self-help opportunities for parents or legal guardians, which can provide substantial support in managing the everyday challenges daily challenges that families of children with ADHD often face.

Key words: ADHD, non-pharmacological intervention, comprehensive development programs for attention training, cognitive behavioral therapy, neurofeedback, parent education and support.

Úvod

ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou) je neurovývojová porucha, charakteristická přetrvávajícími deficity v oblasti pozornosti, hyperaktivitou a/nebo impulzivitou, které negativně zasahují do každodenního života dítěte a jeho rodiny (1).

První projevy ADHD mohou rodiče znamenávat už v kojeneckém období, kdy se u dětí často projevuje porucha základních biorytmů. Spánek dětí bývá přehozený, ne-

pravidelný, typická je nadměrná dráždivost a plačtivost. Až u 57 % dětí ve věku mezi třemi až čtyřmi lety mohou rodiče pozorovat některé projevy ADHD (25). Stanovení diagnózy v tomto období však může být obtížné, zejména z důvodu velké variability projevů, které jsou ve vývoji považovány za normu (1, 3, 14). Pokud však projevy splňující kritéria pro ADHD přetrvávají alespoň rok, je pravděpodobný dlouhodobý průběh poruchy (25) a z toho vyplývající potřeba podpory

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research in Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Pediatr. praxi.* 2025;26(4):216-220

<https://doi.org/10.36290/ped.2025.042>

Článek přijat redakcí: 5. 6. 2025

Článek přijat k tisku: 3. 7. 2025

PhDr. Mgr. Petra Dvořáčková

dvorackova@ped.muni.cz

v průběhu vzdělávacího procesu. Diagnózu ADHD stanovuje na základě podrobného klinického vyšetření dítěte a pohovoru s rodičem, případně dalšími odborníky, dětský psychiatr (1, 14, 25).

Pro stanovení diagnózy ADHD je nutné, aby se příznaky projevovaly minimálně po dobu šesti měsíců a vyskytovaly se v alespoň dvou různých prostředích, jako je škola, domácí prostředí, volnočasové aktivity a podobně. Vzhledem ke zvyšujícím se nárokům na udržení pozornosti mají projevy významný dopad nejen na vzdělávání, ale také na začleňování dítěte do kolektivu a vztahy s okolím (1, 14).

Prevalence ADHD v dětské populaci do 12 let je přibližně 8 %, u dospívajících ve věku 12–18 let pak přibližně 6 % (20, 25). Častěji se porucha vyskytuje u chlapců než u dívek, v poměru přibližně 2 : 1. U dívek přitom převažují symptomy nepozornosti, zatímco u chlapců jsou častější projevy hyperaktivity a impulzivity (1, 14). U 80 % dětí diagnostikovaných ve školním věku pokračuje ADHD i v adolescenci, přičemž v 16 % případů přechází plně vyjádřený syndrom do dospělosti. Dle dostupných studií však symptomy ADHD přetrvávají v dospělosti v podstatně vyšší míře, tj. přibližně ve 40–60 % případů (1, 2, 14, 25).

V závislosti na převládajících projevech lze rozlišit tři základní subtypy ADHD: subtyp s převahou poruchy pozornosti (kdy se vyskytuje alespoň 6 příznaků z kategorie poruchy pozornosti), subtyp s převahou hyperaktivity a impulzivity (kdy se vyskytuje alespoň 6 příznaků z kategorie hyperaktivity a impulzivity) a kombinovaný subtyp (kdy se vyskytuje alespoň 6 příznaků z obou kategorií) (1). Přehled příznaků ADHD dle DSM V je uveden v tabulce 1.

Komorbidity

Pro ADHD, stejně jako pro jiné neurovývojové poruchy, je charakteristická vysoká míra komorbidit (1, 4, 5, 6, 11).

ADHD se velmi často pojí s neurovývojovými poruchami, přičemž nejčastější je kombinace se specifickými poruchami učení (31–45 %) (5). Významná je také souběžná přítomnost poruch autistického spektra (PAS). Klinický obraz vykazuje přibližně 13 % dětí

Tab. 1. Příznaky ADHD dle DSM V (1, 3)

Příznaky z kategorie poruchy pozornosti dle DSM V	
1.	Často nedává pozor na detaily, ve škole dělá chyby z nedbalosti
2.	Neudrží trvalou pozornost při úkolu nebo při hře
3.	Zdá se, že neposlouchá, i když se mluví přímo k němu
4.	Neřídí se instrukcemi, nedokončuje zadané úkoly. Přitom se nejedná o to, že by jim nerozuměl
5.	Neumí si naplánovat úkoly, povinnosti, hry
6.	Vyhýbá se, nebo jsou mu nepříjemné aktivity vyžadující soustředěné mentální úsilí (doma i ve škole)
7.	Ztrácí školní pomůcky, hračky, sportovní potřeby
8.	Snadno se rozptýluje nebo vyruší od úkolu či aktivity
9.	Zapomíná na denní rutinní aktivity, úkoly nebo povinnosti
Příznaky z kategorie hyperaktivita/impulzivita dle DSM V	
1.	Hraje si s prsty
2.	Opuští své místo ve školní třídě nebo v jiných situacích, v době, kdy by měl sedět
3.	Pobíhá, vylézá kamkoliv a kdykoliv, včetně nevhodných situací. Nadměrně pobíhá dokola nebo leze, a to i v situacích, kdy je to nevhodné
4.	Neumí si klidně hrát, zejména hry, které vyžadují ticho či soustředění
5.	Je stále v pohybu „jako na pochodu“, jako by „měl motorek“
6.	Stále hovoří
7.	Vyhrkne odpověď dřív, než je dokončena otázka
8.	Nevydrží v klidu čekat
9.	Přerušuje ostatní, vynucuje si pozornost, plete se do hry nebo konverzace jiných

s diagnózou ADHD, přičemž prevalence PAS je vyšší u mladších dětí (ve věku 4–11 let, 19 %) ve srovnání s dětmi staršími (ve věku 12–17 let, 10 %) (24).

Z hlediska problémového chování se u dětí s ADHD nejčastěji vyskytuje porucha opozičního vzoru (*Oppositional defiant disorder*) (1, 5, 8). Objevuje se přibližně u 25 % dětí se subtypem s převahou poruchy pozornosti a až u 50 % dětí s kombinovaným subtypem (1). Ve zvýšené míře se u jedinců s ADHD vyskytuje také hraniční porucha osobnosti s prevalencí 18–34 % u dospělé populace s ADHD (7).

V obdobné míře jako poruchy chování se u jedinců s ADHD vyskytují úzkostné poruchy (25–50 %) (9). Podoba úzkostných poruch se však v závislosti na věku dítěte významně liší (1, 4, 5). U menších dětí se úzkost nejčastěji projevuje formou jednoduchých fobií nebo separační úzkosti, zatímco generalizovaná úzkostná porucha se zpravidla objevuje až ve školním věku. U adolescentů bývají nejčastěji diagnostikovány panická porucha, agorafobie nebo sociální fobie (4). V přibližně 20–30 % případů se u jedinců s ADHD objevují také tiky (10) a v menší míře depresivní poruchy (5, 8).

U jedinců s ADHD byl ve srovnání s intaktní populací zaznamenán také vyšší sklon k užívání návykových látek (5, 21). Mezi nejčastěji užívané látky u dospívajících a dospělých

jedinců s ADHD patří kanabis (51 %), nikotin (41–42 %), alkohol (33–44 %), opiáty (16–19 %) a kokain (10–35 %) (21).

Farmakologická léčba ADHD

Mezi formy farmakologické léčby ADHD nastavované (dětským) psychiatrem (4) patří preparáty ovlivňující dopaminový a noradrelinový systém (4). Terapie je obvykle zahájena podáváním psychostimulancií, přičemž v českém prostředí je první volbou metylfenidát ve dvou formách (3, 4, 14). Prvním doporučeným léčivem je bezprostředně působící Ritalin (dostupný v gramáži 10 mg (28)), jehož účinek trvá přibližně 2,5 až 3 hodiny. Druhou formou je Concerta (dostupné v gramážích 18, 36 a 54 mg (28)), s pozvolným uvolňováním, kde účinek přetrvává až 12 hodin. Obě léčiva mohou být podávána dětem od 6 let, přičemž účinnost metylfenidátu se udává přibližně v 75 % případů (3).

Alternativou ze skupiny psychostimulancií je lisdexamfetamin, který je na českém trhu dostupný pod názvem Livizux a jehož účinek může přetrvávat až 13 hodin. V současné době je určen k léčbě ADHD u dětí ve věku 6 až 12 let a je dostupný v dávkách 20, 30, 40, 50, 60 a 70 mg (26).

Další možností je preskripce nestimulačních látek, konkrétně atomoxetinu (například léčivo Strattera, dostupné v gramážích 10, 18, 25, 40 a 60 mg (27) s účinkem

až 24 hodin (3, 13). Dětem s ADHD bez komorbidit se doporučuje nejprve podávat metylfenidát, a až v případě neúčinnosti nebo netolerance se jako druhá volba doporučuje atomoxetin. Avšak u dětí, u nichž se vyskytuje ADHD spolu s některou z výše uvedených komorbidit nebo v případě nesouhlasu s léčbou psychostimulancií bývá atomoxetin obvykle první volbou (13, 14), a to i u dětí od 6 let (12). Účinek léčby atomoxetinem se typicky dostavuje v průběhu prvních 4 až 6 týdnů (12).

U jedinců, kteří na výše uvedené látky ne reagují, je možné v dalších krocích léčby využít i vybrané preparáty ze skupiny antidepresiv nebo atypických antipsychotik (4).

Přestože je farmakologická léčba ADHD považována za účinnou ve více než 70 % případů (22), může být spojena s výskytem nežádoucích účinků (23). Mezi nejčastější nežádoucí účinky psychostimulancií, konkrétně metylfenidátu, patří nespavost, bolesti hlavy a břicha, nechutenství, úbytek na váze, dráždivost a plačtivost (14). V případě léčby lisdexamfetaminem se nejčastěji vyskytuje snížená chuť k jídlu, insomnie, sucho v ústech, bolest hlavy, bolest v horní části břicha a pokles tělesné hmotnosti (26). U atomoxetinu jsou pak uváděny bolesti hlavy a břicha, nechutenství, ospalost, zvracení, nevolnost a zvýšení srdeční frekvence a/nebo krevního tlaku (12).

Možnosti nefarmakologické intervence ADHD

Nejlepších výsledků terapie u jedinců s ADHD bývá, jak prokázaly klinické studie, dosahováno při kombinaci farmakologické a nefarmakologické intervence (3, 8, 14, 15, 18). Tato kombinace přístupů může přispět k redukci farmak, snížení až eliminaci případných nežádoucích účinků (8, 14) a nachází své místo i (nebo právě) v případech, kdy rodiče a zákonní zástupci farmakologickou léčbu odmítají (3).

Nefarmakologická intervence u dětí s ADHD v předškolním věku

Děti a dospívající s ADHD patří do skupiny dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, a mají proto v prostředí mateřských, základních a středních škol nárok na bezplatné poskytování pora-

denských služeb školskými poradenskými zařízeními a podpůrných opatření členěných do pěti stupňů.

První stupeň je zcela v kompetenci vzdělávací instituce a zahrnuje sadu základních opatření upravujících edukační proces při prvotním zachytu vzdělávacích obtíží vyplývajících z projevů ADHD a/příp. případných komorbidních projevů. Pro zavedení vyšších stupňů opatření je nezbytné komplexní vyšetření ve školském poradenském zařízení. Jednou z hlavních a většinou i prvních institucí, kam je vhodné rodiče či zákonné zástupce dětí s ADHD odkázat jsou proto pedagogicko-psychologické poradny (PPP). V případech, kdy se u dítěte kromě ADHD vyskytuje i jiné postižení, může pediatr doporučit návštěvu speciálně pedagogického centra (SPC). Zatímco pedagogické psychologické poradny soustředí svoji podporu na žáky v riziku vzniku školního neúspěchu z důvodu méně závažných obtíží (jako jsou např. specifické poruchy učení či ADHD, apod.), speciálně pedagogická centra cílí na identifikaci vzdělávacích potřeb vyplývajících z existence primárního postižením (například senzorickeho/tělesného/mentálního postižení, PAS, kombinovaných vad, narušené komunikační schopnosti, atp.) přičemž ADHD v takových

případech figuruje jako komorbidní obtíž. Příklady podpůrných opatření pro děti s ADHD v předškolním věku jsou znázorněny v tabulce 2.

Kromě komplexní diagnostiky a doporučení podpůrných opatření nabízí poradny také další formy podpory. Pro děti od tří let a jejich rodiče zajišťují například zhodnocení školní zralosti včetně případného doporučení odkladu školní docházky, podporu při adaptačních potížích v MŠ, pomoc při řešení emočních a výchovných problémů a také rozvoj dílčích dovedností formou individuální či skupinové péče (např. edukativně stimulační skupiny pro předškolní děti, kroužky pro předškoláky a další).

Součástí služeb PPP je případné doporučení a/nebo realizace **ucelených rozvojových programů** pro nácvik koncentrace pozornosti, které je možné realizovat již v období předškolního věku. Tyto programy vyjma rozvoje pozornosti stimulují také vývoj grafo/motoriky, percepčních a kognitivních funkcí, řeči, motivace a sociálních dovedností. Jejich cílem je posílit u dětí klíčové dovednosti pro zahájení povinné školní docházky a usnadnit jim adaptaci ve školním prostředí. Nabízené programy mohou být realizovány individuálně v domácím prostředí, kdy s dítětem na zadaných mate-

Tab. 2. Příklady podpůrných opatření pro dítě s ADHD v předškolním věku (16)

Oblast podpory	Konkrétní opatření
Struktura dne a pravidla	Dodržování řádu, rituálů a rutiny Upozorňování na změny předem Jasná, čitelná pravidla ve vizuální podobě (ikonky, piktogramy)
Prostředí	Eliminace rušivých podnětů Vytvoření relaxační, klidové zóny
Pohyb a aktivity	Poskytování prostoru pro pohybové uvolnění Střídání aktivních a odpočinkových činností Zapojení a střídání více smyslů Střídání pracovních poloh
Odpočinek a regenerace	Relaxační přestávky při prvních projevech únavy
Organizace práce a rozsah činností	Přizpůsobení rozsahu činnosti Rozdělení práce do zvládnutelných úseků Poskytnutí odpovídající časové dotace
Zadávání úkolů a instrukcí	Opakované zadávání pokynů Sdělovat jen minimum informací, rozdělit sdělení na více úseků Vizuální podpora instrukcí (např. obrázky, názorné ukázky)
Zpětná vazba a motivace	Častá a průběžná zpětná vazba Posilování vhodného chování pochvalou, oceněním i za dílčí pokrok Oceňování pozitivních vlastností a schopností dítěte
Emoce a psychická pohoda	Možnost prožívat pozitivní emoce
Prevence problémového chování	Zvýšený monitoring chování během činností Zvýšený dohled jako prevence problémů
Rozvoj pozornosti a soustředění	Podpora soustředění vhodně uspořádaným prostředím Motivační přístup učitele Hry rozvíjející koncentraci a koordinaci (např. kostky, labyrinty apod.)

riálech denně pracuje rodič. Reflexe činností a pracovní plán je pravidelně konzultován s odborníkem PPP (speciálním pedagogem, psychologem) či proškoleným učitelem. K dispozici jsou však také programy skupinové, jejichž lekce jsou organizovány zpravidla jednou týdně, popř. jednou za týden dva (16, 17).

Nefarmakologická intervence u dětí s ADHD v mladším a starším školním věku

Podpůrná opatření se uplatňují také v období školní docházky, a to jak v mladším, tak i ve starším školním věku. Opatření využívaná v předškolním vzdělávání lze ve školním prostředí nadále uplatňovat a dále je rozšiřovat o další přístupy podle individuálních potřeb žáka. Pedagogicko-psychologické poradny navíc kromě podpory ve vzdělávání poskytují žákům mladšího a staršího školního věku, dospívajícím i jejich rodičům pomoc při zvládání adaptačních a vztahových obtíží, kariérové poradenství či podporu při rozvoji nadání (17). Příklady podpůrných opatření pro děti s ADHD v mladším a starším školním věku jsou uvedeny v tabulce 3.

Ucelené rozvojové programy nabízené pro děti ve věku 8–12 let cílí vyjma rozvoje pozornosti na posilování pracovního tempa a organizaci školní práce, podporu sebekontroly a efektivního řešení úkolů. Programy jsou realizovány individuálně v domácím prostředí za obdobných podmínek jako u dětí předškolního věku. Těžiště spočívá v každodenní systematické práci žáka s rodičem pod pravidelnou supervizi proškoleného odborníka PPP či učitele (16, 17). Dochází tak nejen k posilování dovedností nutných pro zvládání nároků povinné školní docházky, ale taktéž k podpoře rodičovských kompetencí.

Z hlediska terapeutických přístupů je vhodné zmínit **kognitivně behaviorální terapii (KBT)**. U dětí s ADHD se KBT typicky zaměřuje na posílení porozumění poruše a jejím dopadům, rozvoj exekutivních funkcí, identifikaci rušivých podnětů a zvládání hněvu. KBT tak napomáhá zmírňovat projevy typických obtíží, jako je nepozornost, impulzivita nebo výkyvy nálad, a podporuje efektivnější

Tab. 3. Příklady podpůrných opatření pro dítě s ADHD v předškolním věku (16)

Oblast podpory	Konkrétní opatření
Organizace práce a rozsah činnosti	Přizpůsobení rozsahu činnosti Respektování výkyvů ve výkonnosti a rychlé unavitelnosti Práce v době nejvyšší koncentrace Dopomoc při zahájení činnosti (dopomoc prvního kroku) Kontrola započaté činnosti Poskytnutí prodlouženého času
Hodnocení	Preference kvality před kvantitou Hodnocení pouze toho, co žák stihl ve vyhrazeném čase vypracovat Poskytnutí možnosti opravy
Prevence chybovosti	Zvýraznění změn v textu (např. matematických znamének) Eliminace náhlých změn
Motivace a sebehodnocení	Pozitivní motivace Vedení k vlastnímu sebeoceňování Techniky pozitivního posilování
Zaujetí a udržení pozornosti	Poutavé formy výuky (experimenty, hry, zajímavé úkoly) Aktivní účast žáka
Usměrnování pozornosti	Verbální i neverbální připomenutí Zvýšený monitoring Častější zpětná vazba
Vedení k dokončování činnosti	Důraz na dokončení činnosti Zásada „krátce a častěji“ Postupné navyšování rozsahu činnosti
Usměrnování motorického neklidu	Zklidnění verbálně i neverbálně (oční kontakt, dotyk, gesto) Převádění projevů do přijatelné formy Respektování drobného motorického neklidu
Usměrnování nadměrné řečové aktivity	Změna intonace hlasu, nonverbální pokyny Signály domluvené předem (např. zvonek, tukuť)
Zaznamenávání domácích úkolů	Dohled nad zápisy domácích úkolů Pravidelná kontrola zápisů Pravidelnost v zadávání úkolů
Podpora paměti a koncentrace	Mnemotechnické pomůcky Předmět speciálně pedagogické péče zaměřený na rozvoj koncentrace, paměti, percepčních a motorických funkcí

fungování dítěte ve školním i každodenním životě (18, 19).

Efektivní metodou pro korekci soustředění a dalších projevů je také **neurofeedback** (v našem prostředí známý spíše jako EEG-Biofeedback). Pomocí elektrod umístěných na pokožce hlavy se měří elektrická aktivita mozku, která je přenášena na obrazovku formou jednoduché „videohry“. Její ovládání podporuje regulaci specifických (žádaných) EEG vln, a tím se mozek „učí“ fungovat efektivněji (19, 20).

Edukace a podpora rodičů či zákonných zástupců

Významnou roli při zvládání projevů ADHD sehrává také edukace a podpora rodičů. V této oblasti lze doporučit vzdělávací kurzy, workshopy či semináře, které rodiče seznámí s hlavními projevy ADHD a nabídnou také praktické tipy pro každodenní soužití s jedincem s touto diagnózou (20).

Značně pestrá je v současnosti také nabídka webových portálů určených ro-

dičům, pečujícím a jinak zainteresovaným osobám, které se ADHD věnují; zmínit lze například portály **Neklidné děti** (www.neklidne-deti.cz) a **ADHD** (www.adehade.cz). Opomenout nelze ani soukromé (nejen webové) poradny nabízející konzultace pro rodiče a odborníky, osobně i on-line.

Závěr

Na téma ADHD je v současnosti nahlíženo jako na neurovývojovou poruchu s možnými celoživotními následky. Variabilita jeho projevů měnící se s věkem přímo ovlivňuje jedince v jeho schopnosti učení, emoční seberegulace i socializace. I když jsou tyto projevy farmakologicky korigovatelné, většího efektu dosahuje terapie v kombinaci s nefarmakologickými postupy. Zejména v souvislosti s přítomnými komorbidními projevy se tak klíčem k plnohodnotné podpoře jedince stává pochopení souhry těchto projevů, jejich komplexních důsledků a vysoce individualizovaná podpora, která v konečném důsledku zvyšuje kvalitu života jedince i jeho okolí.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
2. Custodio RJP, Hengstler JG, Cheong JH, et al. Adult ADHD: it is old and new at the same time – what is it? Reviews in the Neurosciences. 2024;35(2):225-241. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2023-0071>.
3. Stárková L. ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatr. Praxi.* 2016;17(1):16-21. <https://doi.org/10.36290/ped.2016.004>.
4. Drtílková I. Diagnostika a léčba dětí s ADHD a komorbidní úzkostí. *Pediatr. praxi.* 2013;14(1):39-41. <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/01/09.pdf>.
5. Masi L. ADHD and Comorbid Disorders in Childhood Psychiatric Problems, Medical Problems, Learning Disorders and Developmental Coordination Disorder. *Clinical Psychiatry.* 2015;1(1). <https://doi.org/10.21767/2471-9854.100005>.
6. Michalová Z. Komorbidita a přidružené obtíže ADHD. Školní poradenství v praxi: nový odborný časopis pro poradenské pracovníky. 2018;5(5):2-7. Available from: <https://www.rizeniskoly.cz/casopisy/skolni-poradenstvi-v-praxi/komorbidita-a-pridruzene-obtize-adhd.m-4703.html>.
7. Weiner L, Perroud N, Weibel S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks. 2019; 15:3115-3129. <https://doi.org/10.2147/NDT.S192871>.
8. Medřická H, Kunčíková M, Novák V. ADHD. *Neurologie pro praxi.* 2007;8(4):219-221. <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/04/08.pdf>.
9. Sciberras E, Lycett K, Efron D, et al. Anxiety in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics.* 2014;133(5):801-808. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3686>.
10. Taurines R, Schmitt J, Renner T, et al. Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders.* 2010;2(4):267-289. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0040-0>.
11. Sokolova E, Oerlemans AM, Rommelse NN, et al. A Causal and Mediation Analysis of the Comorbidity Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2017;47(6):1595-1604. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3083-7>.
12. Zmeškalová D. Atomoxetine. *Psychiatr. praxi.* 2020; 21(1):47-52. <https://doi.org/10.36290/psy.2020.009>.
13. Drtílková I. Doporučený postup převodu z léčby Ritalinem na léčbu Stratterou u dětí s ADHD. *Psychiatr. praxi.* 2009;10(3):145-147. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/11.pdf>.
14. Příhodová I. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD). Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2011;74/107(4):408-418. <https://www.csn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2011-4/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776>.
15. Mertin V. ADHD – pohled psychologa. *Pediatric pro praxi.* 2004;7(2):58-61. <https://pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/02/02.pdf>.
16. Jucovičová D, Žáčková H. Katalog podpůrných opatření: dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu specifických poruch učení a chování. Univerzita Palackého v Olomouci. 2020.
17. Programy. Pedagogicko-psychologická poradna pro Prahu 7 a 8. Retrieved April 27, 2025. Available from: <https://www.ppppraha7a8.cz/programy>.
18. Ding Q, Li M, Zhu D. Is combined CBT therapy more effective than drug therapy alone for ADHD in children? A meta-analysis. *Traditional Medicine and Modern Medicine.* 2018;01(01):21-26. <https://doi.org/10.1142/S2575900018400013>.
19. Sibley MH, Bruton AM, Zhao X, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health.* 2023;7(6):415-428. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00381-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00381-9).
20. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics.* 2023;49(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>.
21. Magon R, Müller U. ADHD with comorbid substance use disorder: review of treatment. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2012;18(6):436-446. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.111.009340>.
22. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2011;128(5):1007-1022. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654>.
23. Greydanus D. Psychopharmacology of ADHD in pediatrics: current advances and issues. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2009;5(5):171-181. <https://doi.org/10.2147/NDT.S4075>.
24. Zablotsky B, Bramlett MD, Blumberg SJ. The Co-Occurrence of Autism Spectrum Disorder in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders.* 2020;24(1):94-103. <https://doi.org/10.1177/1087054717713638>.
25. Kolářová Z. Porucha ADHD často přechází z dětství do dospělosti. *Medical Tribune.* 25/2018. Porucha ADHD často přechází z dětství do dospělosti | MT.
26. Sliva J. Lisexamfetamin v léčbě ADHD u dětí a dospívajících. Česká a slovenská psychiatrie. 2024;120(5):243-248. http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2024_5_243_248.pdf.
27. Masopust J, Mohr P, Anders M, et al. Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatr. praxi.* 2014;15(3):112-116. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/03/05.pdf>.
28. Drtílková I. Concerta v léčbě hyperkinetické poruchy. *Psychiatrie pro praxi.* 2010;11(2):77-82. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/10.pdf>.