

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

**Dítě s hyperkinetickou poruchou chování
případová studie
(střednědobé sledování)**

Bakalářská práce

České Budějovice 2012

Vedoucí bakalářské práce:
PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D.

Vypracovala:
Renata Havlíková

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Ve Skočicích dne 30.6.2012

.....

Mgr. Renata Havlíková

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PaedDr. Heleně Havlisové, Ph. D. za její odborné vedení, užitečné rady a velice vstřícný přístup. Rovněž bych ráda poděkovala všem dotazovaným za spolupráci, jelikož bez jejich otevřenosti a vstřícnosti by nebyla realizace bakalářské práce možná.

Nemalé poděkování patří taktéž i mé rodině a přátelům za trpělivost a toleranci při mém studiu.

Anotace

V teoretické části práce jsem se zaměřila na nejnovější poznatky o problematice hyperkinetické poruchy chování u dětí. (klinický obraz a vývojové aspekty poruchy, genetické a biochemické markery, obraz poruchy psychodiagnostice). Seznámila jsem se sociálními důsledky poruchy a léčebnými možnostmi, psychoterapeutickou a psychosociální intervencí.

V praktické části práce jsem se pokusila zachytit a ilustrovat problematiku hyperkinetické poruchy chování v dynamice vývoje dítěte s touto diagnózou po dobu čtyřletého sledování. Mapována byla porucha ve vztahu k rodině a ve vztahu ke školnímu a částečně i mimoškolnímu prostředí (mateřská škola, 1. stupeň základní školy, středisko výchovné péče).

Klíčová slova

Poruchy chování, ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), LMD, hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti, DSM-IV, MKN-10, rodina, vzdělávání, integrace, pedagogicko-psychologická poradna, léčba, farmakoterapie, psychoterapie, behaviorální terapie

Abstract:

In theoretical part of the thesis I focused the latest news in the issue of hyperkinetic disorder of children behaviour. (Clinical picture and developmental aspects of disorders, genetic and biochemical markers, psychodiagnostic image disorders). I met with the social consequences of disorder and treatment options, psychotherapeutic and psychosocial interventions.

In practise part of the thesis I tried to describe the issue of hyperkinetic disorder of behaviour in dynamic development of child with this type of diagnose during four years . The object of studying was the disorder in relationship with the family and in the relationship with school and out of school. (kindergarden, primary school, center of pedagogical care).

Key words: behavioural and emotional disorder, ADHD (Attention, Deficit Hyperactivity Disorder), minimal brain dysfunction, hyperkinetic reaction of childhood, attention-deficit disorder with hyperactivity), hyperactivity, impulsivity, concentration disorder, ICD-10, family, education, integration, mental health service, remedy, pharmacotherapy, psychotherapy, behavioural management techniques.

ÚVOD	8
1. HYPERKINETICKÁ PORUCHA	10
1.1 Vymezení pojmu hyperkinetické poruchy	10
1.2 Klasifikace a terminologie	11
1.3 Diagnostická kritéria	13
1.4 Pohled na hyperkinetickou poruchu v historickém kontextu	16
2. SYMPTOMATOLOGIE	18
2.1 Základní příznaky	19
2.2 Přidružené příznaky	20
3. ETIOLOGIE A BIOLOGICKÉ ASPEKTY	21
3.1 Kognitivní faktory	21
3.2 Neurobiologické faktory	21
3.3 Genetický faktor	22
3.4 Biochemický faktor	23
4. KLINICKÝ OBRAZ	24
4.1 Vyšetření hyperkinetického dítěte v praxi	24
4.2 Pedagogicko-psychologická diagnostika	26
4.2.1 Diagnostika hyperkinetické poruchy chování	28
4.2.2 Diagnostika poruchy chování	29
4.3 Farmakologie	30
5. PSYCHOTERAPEUTICKO-SOCIÁLNÍ ZPŮS. INTERVENCE	32
5.1 Vývojové zvláštnosti dětí s hyperkinetickým syndromem	32
5.2 Kognitivní behaviorální intervence	33
5.3 Psychoterapeutické přístupy	36
6. VLIV HYPERKINETICKÉ PORUCHY NA ŽIVOT DÍTĚTE	37
6.1 Problematika hyperkinetické poruchy v rodinném prostředí	38
6.1.1 Zásady výchovného působení v rodině	39
6.2 Problematika hyperkinetické poruchy ve škole	41
6.2.1 Základní pedagogické postupy	42
6.2.2 Problémové chování ve třídě a jeho zvládnání	43
6.2.3 Vzdělávání v České republice	44
7. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	46
7.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	47
7.2 Metody výzkumu	47
7.3 Konstrukce výzkumného vzorku	47
7.4 Metody sběru dat a popis sběru dat	48
7.5 Způsob zpracování dat	48
8. PŘÍPADOVÉ STUDIE	49
8.1 Osobní anamnéza	49
8.2 Rodinná anamnéza	49
8.3 Školní anamnéza	50

8.4	Psychologická anamnéza	51
-----	------------------------	----

9.	POPIS VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	52
-----------	---------------------------------	-----------

9.1	Uvedení do případu (2007/2008)	52
-----	--------------------------------	----

9.2	První rok sledování (2008/2009) - předškolní období MŠ	55
-----	--	----

9.3	Druhý rok sledování (2009/2010) - 1. třída ZŠ	62
-----	---	----

9.4	Třetí rok sledování (2010/2011) - 2. třída ZŠ	67
-----	---	----

9.5	Čtvrtý rok sledování (2011/2012) - 3. třída ZŠ	72
-----	--	----

9.6	Ilustrace a interpretace vlastních výsledků u některých vybraných technik sběru dat v prostředí dítěte s hyperkinetickou p.chování	76
-----	--	----

10.	DISKUZE	84
------------	----------------	-----------

ZÁVĚR

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

SEZNAM CITACÍ

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

PŘÍLOHA

Úvod

Motto:
*“Vychovávat dítě znamená přijmout
je se všemi jeho zvláštnostmi dětské bytosti.
Znamená to, že jim nabízíme ve svém
domě dobré místo a budeme jim poskytovat
podporu a jistotu tak dlouho,
až budou schopny jít svou cestou.“*
Jiřina Prekopová

Hyperkinetická porucha chování je porucha v jejímž pozadí leží biologická příčina. Nejde o výsledek špatného rodičovského přístupu nebo nepříjemné a rozčilující dispozice ze strany dítěte. V jistých ohledech se podobá ostatním dětským nemocem tím, že může mít při nesprávném vedení léčby vážné následky (Munden a Arcelus, 2008). Tak abychom snížili tato budoucí rizika potřebujeme ve spolupráci s rodinou a školou potlačit rozvoj pocitů méněcennosti a nežádoucího chování dítěte s touto diagnózou. Základem každé činnosti s dětmi (rovněž tedy i s dětmi s hyperkinetickou poruchou) je osobní vklad, který pedagog a rodiče do dětí vnášejí. Na této straně musí stát zájem o dítě a ochota mu pomoci. Velmi potřebná je víra v dítě samotné, v to, že úsilí do něj vložené za to „stojí“. Tento lidský faktor je nenahraditelný, ačkoliv ani odbornost a v tomto případě, také dostatečná znalost problematiky této poruchy, nestojí v pozadí (Rief, 1999).

Přestože může být jakkoli komplikované navázat pozitivní komunikaci a kontakt s rodinou dítěte, nesmíme opomenout důležitost vytvoření přehledného a strukturovaného prostředí pro výuku dítěte (Rief, 1999). Pozitivní posilování spolu s mírnými tresty je základním prvkem pro potřebnou intervenci, která musí následovat ihned po splnění úkolu, protože vede k uspokojení dítěte a snaze znovu získat pochvalu. Dítě má být upozorněno na to, co udělalo správně. Důležitější než všeobecná pochvala je dát dítěti lepší a přesnější informaci než jej pouze pochválit a říct, že je šikovný. (Pokorná 2001, Zelinková 2003).

Tuto bakalářskou práci na téma dítě s hyperkinetickou poruchou chování jsem si vybrala na základě mé osobní zkušenosti s touto problematikou, díky které jsem měla možnost sledovat a zachycovat neadekvátní chování dítěte s hyperkinetickou poruchou, v roli studentky-asistentky.

Cílem bakalářské práce je zachycení a ilustrace problematiky hyperkinetické poruchy chování v dynamice vývoje dítěte s touto diagnózou v prostředí rodiny a školy, které probíhalo během čtyřletého sledování.

V teoretické části práce se zaměřím na nejnovější poznatky o problematice hyperkinetické poruchy chování u dětí a seznámím se sociálními důsledky poruchy a léčebnými možnostmi, psychoterapeutickou a psychosociální intervencí.

V praktické části práce se pokusím zachytit a ilustrovat problematiku hyperkinetické poruchy chování v dynamice vývoje dítěte s touto diagnózou po dobu čtyřletého sledování. Mapována bude porucha ve vztahu k rodině a ve vztahu ke školnímu a částečně mimoškolnímu prostředí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. HYPERKINETICKÁ PORUCHA

1.1 Vymezení pojmu hyperkinetické poruchy

Snad pro žádnou jinou psychiatrickou poruchu nebylo použito takové spektrum terminologických variant, které postupem doby odrážely změny v pohledu na její psychopatologii, etiologii a patogenezi.

V nejrůznějších zemích a obdobích minulého století vznikaly řady terminologických variant pro označení hyperaktivního chování s poruchou pozornosti, které bylo často doprovázeno i některými nedostatky v kognitivní a behaviorální oblasti jako je například z Drtílkové (2007) lehká dětská encefalopatie, minimal brain dysfunction, minimal brain damage, hyperactive child, chronic brain syndrome, strauss syndrome, syndrom hyperaktivního dítěte, hyperkinetický reakce v dětství. Starší termíny reflektovaly představu organického poškození CNS, postupně se terminologie stávala více popisnou. V roce 1890 byl použit W. Jamesem termín Porucha pozornosti jako deficit inhibiční kontroly a již v roce 1932 F. Kramer a H. Pollnow užívali termín hyperkinetický syndrom, poté následovaly hyperkinetický behaviorální syndrom, lehká mozková dysfunkce, časný infantilní exogenní psychosyndrom apod. Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 9. revizi použila pro tuto diagnostickou skupinu označení psychomotorická instabilita na terénu lehké mozkové dysfunkce a její 10. revize z roku 1993 přinesla termín hyperkinetické poruchy, jak je známe a užíváme v současné době. (Krause et al. 2003)

Hyperkinetická porucha (dále jen HPK) či v současnosti hojně používaný moderní termín ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), který vychází z amerických diagnostických manuálů. HPK se řadí mezi neurovývojové poruchy. Je charakterizovaná nepřiměřenou mírou nepozornosti, impulzivity a hyperaktivity. Postihuje děti již od raného věku a nesmí být opomíjena ani v dospělosti.

„Skupina poruch charakterizována raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování se objevují ve všech situacích a jsou trvalé.“⁽¹⁾

„ADHD je vývojová porucha dětského věku charakteristická nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci populace téhož věku. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“⁽²⁾

1.2 Klasifikace a terminologie

V současné době existují a používají se dva hlavní klasifikační systémy. Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases, neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize neboli MKN-10). A Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, neboli DSM-IV).

Současné pojetí hyperkinetických poruch podle DSM-IV a MKN-10 není zcela identické, hlavní rozdíl spočívá v rozdílném vyčlenění subtypů.

Americké diagnostické manuály psychiatrických poruch DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) a DSM-IV (1994) následně pojmenovaly termínem „*Porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou*“ (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD).

Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 9. revizi držela označení „*lehká mozková dysfunkce*“. Teprve její 10. revize, platná od roku 1993, přinesla termín „*Hyperkinetické poruchy*“, který zahrnuje diagnózy F90.0 „*Porucha aktivity a pozornosti*“ a F90.1 „*Hyperkinetický porucha chování*“. (Dudová, Hrdlička, 2003)

Hyperkinetické poruchy jak popisuje Drtílková (2007) dělíme podle kritérií MKN-10 zahrnují subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F90.0) a subtyp hyperkinetická porucha chování (F90.1). Pro diagnózu je nutné, aby byly přítomny společně všechny základní příznaky poruchy, (tj. poruchy pozornosti a hyperaktivita), případně impulzivita, považovaná za přidružený příznak, který však pomáhá poruchu potvrdit. Diagnostický manuál DSM-IV definuje ADHD šířeji a dělí ji do tří podtypů: na „*ADHD inattentive type*“ s převládající poruchou pozornosti, „*ADHD hyperaktivity/impulsivity type*“ s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a „*ADHD combined type*“ (smíšený typ).

„V souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí Světové zdravotnické organizace je užíván termín hyperkinetická porucha a její subtypy – porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování. Hyperkinetická porucha chování je diagnostikována, pokud je porucha aktivity a pozornosti doplněna i problematikou v chování dítěte – opozičním chováním a agresi, případně i jinými poruchami chování.“⁽³⁾

Podle Paclta (2007) se obě diagnostické kategorie do jisté míry překrývají, ale termín ADHD zahrnuje mírnější, parciální poruchy a nezahrnuje poruchy chování. ADHD lze diagnostikovat, pokud se u dítěte vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou (porucha pozornosti nebo hyperaktivita/impulzivita) a pokud se objevuje buď v domácím nebo školním prostředí. Termín hyperkinetický syndrom zachycuje podle autora závažnější příznaky, včetně poruchy chování, a lze jej diagnostikovat, pokud se příznaky objevují jak v domácím, tak ve školním prostředí.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kterou používají lékaři v naší republice, se hyperkinetické poruchy dělí na dva hlavní typy.

Poruchu aktivity a pozornosti (F90.0)

Hyperkinetická porucha chování (F90.1)

Jak sám název napovídá, u dětí s diagnózou, „hyperkinetická porucha chování“ se k poruchám pozornosti, hyperaktivitě a impulzivitě připojují také poruchy chování. U těchto dětí se ve zvýšené míře a dlouhodobě může projevat agresivita, rvačky, opoziční chování, lhaní, krádeže, záškoláctví, u starších dětí mohou mít projevy závažnější asociální nebo predelikventní charakter, jak poznamenává Drtílková (2006) Kombinace hyperkinetických příznaků s poruchami chování je prognosticky méně příznivá, existuje větší riziko rozvoje budoucího násilného chování a delikvence.

1.3 Diagnostická kritéria

Existují ještě další rozdíly, které komplikují spíše oblast teorie, než běžnou praxi. Mírnější kritéria pro ADHD jsou, mimo jiné, příčinou uváděného vyššího počtu dětí s touto diagnózou ve srovnání s přísnějšími kritérii pro HKP. Je jisté, že řada dětí, které by podle amerických kritérií DSM-IV splnily podmínky pro diagnózu ADHD a měly prospěch z léčby, nejsou u nás podle přísných kritérií pro hyperkinetické poruchy podchyceny a léčeny. Drtílková (2007) ukazuje rozdíl od diagnostických kritérií pro HKP, kde jsou kritéria pro ADHD diagnózu mírnější. Tu již může mít i dítě, které trpí pouze poruchami pozornosti, bez hyperaktivity a impulzivity, anebo hyperaktivitou a impulzivitou bez poruch pozornosti. (Diagnóza ADHD - kombinovaný typ, podle americké klasifikace).

Diagnostická kritéria pro HKP/ADHD podle MKN-10 a DSM-IV (viz. příloha č.1) jsou odlišná. Rozdíl oproti klasifikaci podle MKN-10 je takový, (Cahová, 2011[online]), že pro diagnostiku není nutná přítomnost všech jádrových příznaků. Podmínkou diagnózy je nutnost výskytu

některých jádrových symptomů již před 7. rokem věku. Některé příznaky se objevují na dvou či více místech (doma či ve škole) v tomto případě je důležité zohlednit i aspekt sociální. Diagnostická kritéria HKP podle MKN-10 vyžadují přítomnost všech jádrových příznaků HKP současně. Poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Porucha musí začínat před 7. rokem věku a musí trvat alespoň 6 měsíců.

Tyto uvedené tabulky Paclt (2007) představují ucelený přehled rozdílů diagnostických kritérií HKP/ADHD v MKN-10 a DSM-IV.

Klinická diagnostická kritéria HKP podle MKN-10 a ADHD podle DSM-IV (Tab.1)

<i>Diagnostická kritéria HKP podle MKN-10</i>	<i>Diagnostická kritéria ADHD podle DSM-IV</i>
Symptomy poruchy pozornosti: alespoň 6 příznaků po dobu 6 měsíců	Kritéria A1: 6 nebo více příznaků trvajících minimálně 6 měsíců - Porucha pozornosti:
Obtížná koncentrace pozornosti	Nepozornost při školních úkolech, chyby z nepozornosti
Neposlouchá	neudrží pozornost při hře
nedokončuje úkoly	neposlouchá během rozhovoru
vyhýbá se úkolům vyžadující mentální úsilí	neposlouchá instrukce, není schopno dokončit úkol
nepořádný, desorganizovaný	organizační problémy
ztrácí věci	nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí, vyhýbá se jim
Roztržitý	ztrácí věci
Zapomnětlivý	snadno se rozptýlí vnějšími podněty
	častá zapomnětlivost
Symptomy hyperaktivity: alespoň 3 příznaky po dobu 6 měsíců	Kritéria A2: 6 nebo více příznaků hyperaktivity - impulzivity trvajících minimálně 6 měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni – Hyperaktivita:
neposedí, vrtí se	neklid rukou, nohou, vrtí se na židli
pobíhá kolem	vstává ve třídě, když má sedět
vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid	často pobíhá v nevhodných situacích
v neustálém pohybu	neumí si hrát tiše
excesivně mnohomluvný	trvale příliš vysoká motorická aktivita, nadměrně mnohomluvný
Symptomy impulzivity:	Impulzivita:

alespoň 1 příznak po dobu 6 měsíců	
nezdrženlivě mnohomluvný	vyřkne odpověď na otázku, které ještě nebyly dokončeny
vyřkne odpověď bez přemýšlení	často není schopno čekat ve frontě nebo až přijde na řadu, při hře či komunikaci
nedokáže čekat	často přerušuje ostatní nebo se jim vnucuje
přerušuje ostatní	často stále mluví bez ohledu na sociální zábrany

Podle Americké klasifikace (DSM-IV), se ADHD definuje odlišně. Rozlišují se tři subtypy: ADHD s převládající poruchou pozornosti (*ADHD Inattentive type*), ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou (*ADHD Hyperactivity/ Impulsivity type*) a ADHD kombinovaný typ (*ADHD Combined type*) (Tab. 2 a 3). Odlišnosti tohoto členění ADHD ve Spojených státech amerických způsobují jisté rozpaky a nepřesnosti při srovnávání výsledků našich studií s výsledky studií podle kritérií DSM-IV.

Tab.2. - Dělení HPK podle MKN-10 a ADHD podle DSM-IV -SROVNÁNÍ

Hyperkinetická porucha (MKN-10)	Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD (DSM-IV)
Porucha pozornosti a hyperaktivita (F90.0)	ADHD typ s převahou poruchy pozornosti
	ADHD typ hyperaktivně-impulzivní
	ADHD typ kombinovaný
Hyperkinetická porucha chování (F90.1)	ADHD typ nespecifický
	ADHD typ v částečné remisi

Tab.3. - Subtypy ADHD podle DSM-IV

<i>Subtypy ADHD (DSM-IV)</i>
ADHD typ s převahou poruch pozornosti kritéria A I alespoň 6 měsíců
ADHD typ hyperaktivně impulzivní

kritéria A II alespoň 6 měsíců
ADHD typ kombinovaný kritéria A I a A.II alespoň 6 měsíců
ADHD typ nespecifický prominentní symptomy nepozornosti, hyperaktivity, impulzivity, které však nesplňují kritéria ADHD
ADHD v částečné remisi současné symptomy již nesplňují všechna kritéria

1.4. Pohled na hyperkinetickou poruchu v historickém kontextu

Poprvé vzbudily pozornost lékařů příznaky HKP u dětí na začátku 20. století. Drtílková (2007) hovoří o skupině dvaceti neklidných dětí, které v roce 1902 vyšetřil doktor G. F. Still. Tyto děti se projevovaly výrazným nežádoucím chováním, přestože byly vychovávány v takových domácnostech, které splňovaly všechna kritéria „dobré výchovy“. Z této studie definoval projevy hyperaktivity, poruchy chování, narušenou pozornost a všiml si také, že tyto projevy musí mít pravděpodobně nějaké biologické příčiny. Hypotéza o biologickém podkladu HKP byla podpořena na konci třicátých let 20. století. Charles Bradley v léčbě poruch chování u dětí použil psychostimulační látku, kdy při léčbě benzedrinem (racemickou směsí dextro- a levoamfetaminu) zmínil hyperaktivitu a zlepšil prospěch u neklidných dětí. Organický předpoklad poruchy se odrážel i v její samotné terminologii. Termíny jako minimal brain damage syndrome, brain injured child, minimal brain dysfunction, chronic brain syndrome byly používány v různých zemích světa a samotná terminologie se také často lišila mezi psychiatry, neurology a pediatry.

U nás byl ve třicátých letech dvacátého století poprvé použit termín minimální mozková dysfunkce, podle kterého byl používán termín malá mozková dysfunkce. Od padesátých let pak termín lehká dětská encefalopatie a v šedesátých letech se pomalu prosazoval termín lehká mozková dysfunkce. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

V průběhu minulého století bylo pro hyperkinetickou poruchu používáno mnoho různých názvů a také pohled na její příznaky prošel určitými změnami. Drtílková (2007) popisuje, že u nás byly řadu let hyperkinetické příznaky zahrnovány právě pod diagnózu „*lehké mozkové dysfunkce*“ (dále jen LMD) či v naší pedopsychiatrické praxi byla pro děti s hyperkinetickými příznaky používána diagnóza „*psychomotorická instabilita na bázi LMD*“. Z dnešního pohledu je považováno za chybné používání zastaralého pojmu LMD. Symptomy LMD nejsou tak specifické, aby byly použity jako kritéria pro samostatnou diagnózu. Současné pojetí HKP má podle autorky význam v prenatálních a perinatálních komplikacích a je akceptována jako možná součást etiopatogenetických faktorů, ale mimo to jsou však hledány další, specifické příčiny, zejména v oblastech molekulární genetiky. Laufer a Denhooft zavedli v roce 1957 termín „*hyperkinetické impulzivní poruchy*.“ Kritéria se opírala jen o klinické příznaky hyperaktivity a impulzivity, bez ohledu na etologii. V americkém manuálu DSM-II vydán v letech 1968-1975 byla uváděna podobná kritéria pro „*hyperkinetickou reakci v dětství*“. V následujícím manuálu DSM-III (1980-1987) byla v názvu zdůrazněna i porucha pozornosti „*attention deficit disorder*“. Toto pojetí zdůrazňuje symptomatologii bez ohledu na etiologii, přetrvává i v posledním manuálu DSM-IV (od roku 1994) jako „*Attention deficit hyperactivity Disorder – ADHD*“ a částečně také v poslední, 10. revizi MKN (mezinárodní klasifikace nemocí) jako „*hyperkinetické poruchy*“.

2. SYMPTOMATOLOGIE

V průběhu minulého století bylo pro označení hyperkinetické poruchy používáno mnoho různých názvů. Podle Drtílkové (2006) si také pohled na její příznaky prošel určitými změnami. U nás byly řadu let hyperkinetické příznaky zahrnovány pod diagnózu „*lehké mozkové dysfunkce*“ (LMD) a děti byly označovány jako psychomotoricky instabilní. V posledních letech se u nás vedle současného oficiálního názvu „*hyperkinetické poruchy*“ stále častěji používá přejatá zkratka z klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace (DSM-IV): AD/HD (Attention deficit / Hyperactivity Disorder), tj. porucha pozornosti s hyperaktivitou. Příčinou její vzrůstající oblíbenosti je pravděpodobně její stručnost a v odborných kruzích hraje roli převaha odborných článků publikovaných ve světové literatuře, které se týkají ADHD.

Dále pak také Drtílková (2007) HKP řadí mezi nejčastější příčiny psychiatrické léčby v dětském věku. Podle nejrůznějších studií se behaviorální problémy spojené s HKP vyskytují u 5-8 % dětí a to především u chlapců. Epidemiologické údaje ukazují na to, že v zemích, kde se používá klasifikace podle manuálu DSM-IV, je prevalence u dětí s ADHD podstatně vyšší, asi 4-19 %, než v zemích, kde je používána klasifikace MKN-10 (1-3 %). Je to způsobeno tím, že kritéria DSM-IV jsou širší a tzv. „měkčí“ pro vyžadování diagnózy přítomnosti všech základních příznaků. Je možno uvést příklad subtypu tvořeného pouze kombinací hyperaktivity a impulzivity, který nemá odpovídající protějšek v naší evropské klasifikaci.

ADHD se podle studie Taylor, Sergeant, Doepfner, et al. (1998) vyskytuje častěji u chlapců než u dívek. Britská studie zaměřená na užší diagnózu HKP ukázala stejný poměr u obou pohlaví. (Taylor, Sergeant, Doepfner, et al. 1998).

Dudová s Hrdličkou (2003) uvádějí, kde byly u dívek zaznamenány častěji poruchy pozornosti a u chlapců poruchy ve smyslu hyperaktivity a impulzivity. Nejvíce takto diagnostikovaných dětí bylo mezi 6. a 9. rokem.

Podtyp ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity bývá diagnostikován o 3-4 roky dříve, než podtyp s převládající poruchou pozornosti a smíšený.

2.1 Základní symptomy

K základním symptomům ADHD patří hyperaktivita, impulzivita a nedostatečná schopnost soustředění. Výzkumné práce opakovaně ukazují, že symptomy ADHD jsou v čase nápadně stálé. Klíčové symptomy a vzorce chování zůstávají v průběhu týdnů, měsíců i let nezměněné, ačkoliv asi u poloviny postižených dětí tyto symptomy při dosažení dospělosti do značné míry vymizí.(Drtilková, 2007)

„Děti trpící hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder), ADHD chronicky trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou. Tyto charakteristiky se u nich projevují již v ranných stádiích vývoje, a to ve stupni, který není přiměřený jejich mentálnímu věku. Symptomy vystupují výrazněji v situacích, které kladou požadavky na udržení pozornosti, kontrolu pohybů a utlumení impulzů (školní úlohy, pobyt v kolektivu, nutnost přizpůsobení se určitým normám nebo pravidlům.“⁽⁴⁾

Za klíčové symptomy jsou obecně považovány

nepozornost

hyperaktivita

impulzivita

2.2. Přidružené příznaky

Mimo tyto základní projevy lze u hyperaktivních dětí pozorovat i přidružené poruchy, které s vlastním syndromem úzce souvisejí. Jedná se o percepčně motorické poruchy, poruchy motoriky, motorické a senzomotorické koordinace a dále i poruchy percepčních funkcí, zejména zrakového a sluchového vnímání. Dále je možno pozorovat poruchy kognitivních funkcí, zejména poruchy paměti (zvláště tzv. provozní paměti), které úzce souvisejí s poruchou koncentrace pozornosti, a rovněž i poruchy v oblasti myšlení a řeči, včetně zvláštností v komunikaci dětí s ADHD. S prožíváním sebe sama souvisí u dětí s ADHD i emoční poruchy a následně i poruchy chování. Souvislost s ADHD mají i vývojové poruchy učení, které mají svůj podklad v poruše percepčně motorických funkcí a u hyperaktivních dětí bývají nezřídka umocněny kolísáním schopnosti koncentrace pozornosti, impulzivitou a poruchami paměti a řeči.

Drtilková (2007) popisuje některé z těchto poruch, které bývají u dětí pozorovány již od útlého věku, jiné začnou vystupovat výrazněji v obdobích, kdy jsou na dítě kladeny zvýšené nároky. Většinou již při vstupu do mateřské školy bývá požadována určitá míra pozornosti a korekce chování dítěte – hyperaktivita, impulzivita, emoční poruchy a poruchy chování se do jisté míry začnou projevovat a ztěžovat dítěti jeho socializační proces. Největší nároky na výkonnost dítěte ale klade základní škola – vstup do základní školy bývá pro dítě s ADHD zlomovým.

„Aby byly symptomy ADHD klinicky významné a aby splňovaly diagnostická kritéria, musí se vyskytovat ve významovém počtu a v dostatečném stupni vážně postihovat schopnosti daného jedince. Rovněž se musí vyskytovat v takovém rozsahu, který překračuje meze normální pro jedince daného věku a vývojového stádia.“⁽⁵⁾

Train (1997) definoval, že v diagnostickém statistickém manuálu psychických poruch DSM-IV je uveden podrobný popis hyperkinetického syndromu dětského věku, jehož základními znaky jsou: krátké rozpětí

pozornosti, zvýšená rozptýlenost a špatně řízená, extrémní hyperaktivita a další projevy. Častými symptomy jsou rovněž impulsivnost, výrazné kolísání nálad a agresivita. Načeš se objevují vývojová opoždění určité schopnosti, jakož i narušené a omezené lidské vztahy. V popisu v DSM-IV jsou uvedeny hlubší poznatky této problematiky, rozpracované v poslední době.

3. ETIOLOGIE A BIOLOGICKÉ ASPEKTY

Čím jsou naše znalosti o fungování lidského mozku podrobnější, (Drtílková et al., 2007), tím se příčiny mnoha psychických poruch zdají být paradoxně složitější. Nové poznatky se opírají o studie z oblasti moderní neurofyzologie, neurochemie, molekulární biologie a genetiky tak, abychom mohli pochopit etiopatogenetické souvislosti v celé souvislosti. Tento posun znalostí se týkal i HPK, která přestala být již důvěrně známou lehkou mozkovou dysfunkcí a mohla se stát obtížně srozumitelnou poruchou provázenou dysfunkcemi neurotransmiterů a receptorů či jiných dysfunkcí různých genů.

Jednotlivé výzkumné přístupy přinášejí řadu relevantních poznatků, které lze smysluplně interpretovat, přesto však etiologie v ADHD zatím zůstává v mnohém neobjasněná. Výzkumné modely ADHD se mohou překrývat, přesto však bývají nejčastěji uváděny tyto následující faktory: kognitivní, neurobiologický, genetický, biochemický.

3.1 Kognitivní faktory

Kognitivní faktory nevyzdvihují chybný informační proces.

Čtyři nejvíce dotčené funkce jsou:

pracovní paměť

sebeovládání afektivně-motivačního „nabuzení“

internalizace řeči
plánování a reorganizace činnosti

3.2 Neurobiologické faktory

Neurobiologické faktory, zdůrazňující vzájemné funkční souvislosti CNS. Prvním prostředkem ke zkoumání neurobiologie se stala elektroencefalografie (EEG). Z funkčních zobrazovacích metod se zatím nejvíce prosadilo zobrazení pozitronových emisí tomografií (PET). (Dudová, Hrdlička, 2003)

Informace jsou přijímány selektivně či mizí a jsou transformovány do jednotlivých oblastí mozku. Z psychologického hlediska zahrnují následující procesy:

rozpoznávání
identifikace
interpretace
řazení priorit
analýza
výběr odpovědí a reakcí
tento komplex informací je nevědomý.

3.3 Genetický a negenetický faktor

Důležitý faktor v objasňování etiologie je přikládán právě genetickému.

V poslední době jsou v souvislosti s výskytem HKP diskutovány poruchy neurotransmise – dopaminu, noradrenalinu, serotoninu, acetylcholinu a GABA a výskyt některých abnormit struktury a funkce určitých oblastí

při zobrazení mozku pacientů s HKP (Drtílková et al., 2007; Paclt et al., 2007)

Negenetický faktor

V etiologii se uvažuje i o možných negenetických faktorech podílejících se na vzniku onemocnění, jako jsou prenatální expozice matky, (alkohol, drogy či tabák). Nízká porodní váha dítěte, traumatické poranění mozku, škodlivé rodinné prostředí a nepříznivé životní události. (Dudová, Hrdlička 2003)

3.4 Biochemický faktor

Studie se zaměřily především na zkoumání úlohy dopaminu a noradrenalinu v patogenezi ADHD. Na jejich úlohu poukázala klinická účinnost psychostimulancií, které stimulují právě tyto dva neurotransmiterové systémy. „*Dopamin je spojován s procesy odměny, plánováním a zahájení motorické odpovědi, aktivací organismu, reakcí na nové podněty a schopností přepínání mezi podněty. Noradrenalin odpovídá v mozku za reakci arousal, regulaci signál – šum, kognitivní procesy závislé na stavu a kognitivní přípravu na nálehavé podněty. Právě narušení těchto funkcí je podkladem psychopatologie ADHD a HKP.*“⁽⁵⁾

Hellerová, Uhlíková (2003) uvádějí příčiny vzniku ADHD u konkrétního pacienta není v současné době proveditelné, i když probíhá řada výzkumných studií zaměřených na genetické a biochemické odchylky. (Hellerová, Uhlíková, 2003).

V budoucnu by mohlo toto poznání přispět k výběru konkrétní léčebné strategie a to především u volby vhodných psychofarmak, kde se v léčbě uplatňují látky s různým mechanismem jednotlivých účinků (viz kapitola 4.3).

Rostoucí zájem o HKP dětského věku je zcela oprávněný, protože přetrvává až u dvou třetin pacientů do dospělého věku. Na příklad uvádím, že Ve Spojených státech trpí příznaky ADHD až 2 % dospělé populace, tedy 4 miliony osob, kde je diagnóza založena na detailní vývojové charakteristice, objektizovaná pozorovacími škálami, poruch pozornosti, hyperaktivity a impulzivity v dospělosti (Cook, et.al, 2005)

4. KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz HKP není během dětství a dospívání dítěte stacionární. Mění se v průběhu vývojových etap, v návaznosti na postupující maturaci mozku. Je charakteristická raným počátkem kombinací u nadměrné aktivity a špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností se trvale soustředit na daný úkol. Činnosti dětí s HKP bývají špatně regulovány a organizovány společně s nedbalostí a sklonům k úrazům, díky kterým se často dostávají do disciplinárních potíží. Ve vztahu k dospělým často postrádají obezřetnost a ukázněnost a mnohdy jsou i neoblíbení ve vztahu s vrstevníky, a tak se mohou velice snadno dostat do izolace ve svém prostředí mezi vrstevníky.

4.1. Vyšetření hyperkinetického dítěte

Diagnóza HKP není jednoduchá, snad proto se nejdříve musí vyloučit jiné příčiny, které mohou být podrážděnost, neklid nebo problémy s učením a kázní. U neklidných předškolních dětí hledají, jak popisuje Drtílková (2007) obvykle matky o radu pediatra, avšak definitivně může diagnózu potvrdit teprve dětský psychiatr. U školních

děti dává občas podnět k vyšetření učitel nebo školní psycholog. Školy většinou spolupracují s pedagogicko-psychologickou poradnou, kam jsou děti odesílány a kde často zůstávají v dlouhodobé péči. Samotnou diagnózu HKP stanovuje dětský psychiatr ve spolupráci s dalšími odborníky.

V praxi může být diagnostika HKP spojena s komplikacemi, ve smyslu výskytu společně s jinými poruchami. Jejich přítomnost mají význam pro další terapeutický postup. HKP často provázené poruchy dříve diagnostikované pod pojmem LMD, které signalizují narušení nebo opoždění ve vývoji s biologickým zráním CNS. Hovoříme například o postižení vizuálně-motorických dovedností, řeči a školních dovedností. Také komorbidní (přidružené) poruchy se vyskytující se u HKP, jako například poruchy chování, tiky, úzkostné poruchy a jiné. „*Pokud diagnostikujeme hyperkinetickou poruchu s komorbidními tiky či komorbidní dyslexií, tak výskyt komorbidních poruch zaznamenáváme odděleně (v F80 –F89), neměly by být považovány za součást aktuální diagnózy hyperkinetické poruchy. Jedinou výjimkou je porucha chování, která má v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) speciální kategorii „hyperkinetická porucha chování“ pod kódem F90.1.*“⁽⁶⁾

U poloviny případů ADHD dochází ke spontánnímu ústupu kolem 12. roku věku. Medřická (2007) popisuje, že ve 40-60 % případů porucha přetrvává do dospělosti, kde se poměr mezi pohlavím vyrovnává.

Drtilková (2007) ve své publikaci uvádí, že pro diagnostiku HKP připadají tato následující vyšetření u odborných specialistů:

anamnéza zaměřená na tělesný a psychomotorický vývoj dítěte

rodinná anamnéza

speciální dotazníky cílené na projevy hyperkinetické poruchy (v rodině, ve škole)

pedopsychiatrické vyšetření

tělesné a neurologické vyšetření

elektroencefalogram (EEG)
laboratorní vyšetření (krevní obraz, jaterní testy, hodnoty štítné žlázy)
EKG před nasazením farmakologie

Dětský psycholog provádí psychodiagnostiku pomocí:
standardizovaných testů určující inteligenci dítěte vzhledem k věku (IQ)
vyšetření dílčích funkcí (paměť, vnímání)

Ostatní vyšetření podle potřeb zaměřené na:
zjištění dalších, přidružených poruch (dotazník)
zjištění emocionálních podmínek (projektivní test)
diagnostiku s využitím videa
rovněž bývá provedeno sociální šetření v rodině.

4.2 Pedagogicko-psychologická diagnostika

Jucovičová s Žáčkovou (2010) upozorňují na to, že pro správně diagnostikování HPK je třeba komplexní pedagogické, speciálně pedagogické a psychologické vyšetření, které je nutno doplnit výsledky jiných odborných vyšetření.

Jedná se například o neurologické, psychiatrické, pediatrické, endokrinologické, logopedické vyšetření. Pedagogická diagnostika je získávána dlouhodobým pozorováním a z rozborů dítěte. Učitelé ji poskytují formou vypracovaného školního dotazníku. Ukazuje důležité informace o výkonu žáka v průběhu vyučování a v jednotlivých předmětech, projevy chování, způsoby práce se žákem, pozitivní výsledky, spolupráci s rodinou. Formou cíleně zaměřeného anamnestického dotazování jsme získávali další důležité údaje, kde jsou zjištěny informace o průběhu těhotenství i porodu. Vývoj dítěte od narození po vstup do MŠ a nástup do ZŠ. Z rozhovoru s rodiči mapujeme o dítěti projevy chování a jaké výchovné strategie rodiče používají, jak dítě přistupuje ke školní práci, k přípravě na ni či jaké jsou

jeho vrstevnické vztahy a zájmy. Další cenné údaje nám poskytne samotné pozorování chování dítěte. Při rozhovoru, v testové situaci, při hře.

Systematické a komplexní psychologické vyšetření hraje v případě HKP v dětství velice důležitou roli. Posbírané informace o dosažené vývojové úrovni dítěte a specifických oslabených oblastech, umožňuje k sestavení individualizovaného nápravného plánu. (Paclt et al., 2007)

Paclt (2007) popisuje, jaké části by měla mít tato důkladná klinická fáze:

klinický rozhovor s rodiči a dítětem
záznam pozorování dítěte
zhodnocení školního výkonu (od mateřské školy až k současnému dni)

Tento postup by měl nadále udávat podklad ke stanovení:

optimální testové baterie a jejího časového rozložení
základní strategii efektivního vedení dítěte
vyšetřením „s respektem“ k možným nežádoucím projevům v oblasti chování a pozornosti
základních hypotéz o možném charakteru obtíží (které budou ověřeny příslušnými testy)

Při speciálně pedagogickém vyšetření se potvrzují poruchy v oblasti percepčně motorické, kterou je často ovlivněna „koncentrace“ paměti. Dále pak poruchu krátkodobé paměti s impulzivitou. Ta se negativně promítá do školní výkonnosti. Součástí vyšetření bývá i diagnostika školních schopností a dovedností. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

4.2.1 Diagnostika hyperkinetické poruchy chování

K diagnostikování poruchy pozornosti je možné užít speciálně zaměřených testů. Nejčastěji jde o Jiráskův standardizovaný Číselný test. Vágnerová (2001) upozorňuje, že normy jsou dnes již zastaralé. Lze posuzovat funkční úroveň pozornosti a odolnost vůči zátěži. Dále to jsou Trail making test (tzv. test cesty), pražskou modifikaci Bourdonova testu, Test koncentrace pozornosti od Kučery a Test obkreslování vypovídající o úrovni pozornosti od Matějčka a Vágnerové a jiné.

Projektivní metody, například kresby, ukazují velice cenné údaje. U dětí s HKP se nejvíce osvědčují techniky jako je Scénotest, Test rodinných vztahů. Z kresebných projektivních metod pak kresba rodiny nebo kresba začarované rodiny. Pro zachycení povah vztahů s vrstevníky se používají sociometrické metody. Takovou je například SORAD (Sociometrický ratingový dotazník). Informace o vztazích s vrstevníky můžeme získat rovněž od učitele. Součástí vyšetření je také posouzení aktuálního prožívání a sebepojetí dítěte. Používají se např. Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti (SPAS) od Matějčka, Vágnerové, případně i míry úzkostnosti dítěte, dotazník (CMAS). K nejpoužívanějším metodám patří škála Connorsové. U nás jsou k dispozici upravené české verze ve dvou formách. Forma pro rodiče (Connors Parent Questionnaire CPQ), která je určena pro posouzení psychických somatických projevů dítěte, zahrnující osm kategorií. Sem patří především příznaky, (které jsou pro HPK považovány za základní), impulzivita a hyperaktivita sloučeny

do jedné kategorie. Dále pak poruchy chování a asociálního chování společně s ostatními kategoriemi pro poruchy učení, úzkosti, psychosomatické potíže a jiné. Forma pro učitele se zaměřuje na posouzení školní práce dítěte a na jeho chování v třídním kolektivu, zařazení do skupiny a postoje k autoritě. Pro hodnocení impulzivity je možno použít Eysenkova dotazníku impulzivity, který je určen dětem od 7 do 15 let. K častým problémům se školním prospěchem se u dětí s HKP provádí vyšetření intelektu. „*Naměřený stupeň inteligence lze*

chápat jako pravděpodobnou funkční úroveň této schopnosti. “⁽⁷⁾ Používá se Wechslerova testu inteligence pro děti, buď staré verze Pražský dětský Wechsler (PDW), nebo nový Wechsler Intelligence Scale for Children – Third edition (WISC III), kde se k jednotlivým subtestům přistupuje individuálně, tak aby se odhalily pravděpodobné příčiny. (Drtílková et al., 2007)

4.2.2 Diagnostika poruchy chování

Zájem o výzkum etiologie a léčby poruch chování stoupá v posledních dvou desetiletích. Ve středu pozornosti jsou faktory psychosociální a biologické. Stoupá i zájem o otázky predikce z dětství až do dospělosti. Významné jsou studie zabývající se vztahem HKP a poruch chování, kde základními příznaky je opozičnictví a agresivita. Odvozené příznaky jsou pak výbuchy zlosti, časté rvačky, krutost k jiným lidem či zvířatům, ničení majetku, krádeže, záškoláctví, lhaní.

Poruchy chování zahrnují antisociální a agresivní chování, které začíná být zřetelné už v raném dětství a přetrvává až do adolescence. Včasná diagnóza již od předškolního věku a léčba Risperidonem spolu s psychoterapeutickou, sociální a terapeutickou intervencí může mít zásadní význam pro psychosociální vývoj dítěte. (Dopfner a kol., 2004).

Longitudinální studie (např. Paternite a kol., 1999) ukazují, že dětská agresivita byla v 38% spojena s následujícími diagnózami: depresivní porucha, závislost na drogách nebo alkoholu či antisociální porucha osobnosti. (Paclt) Biologické teorie poruch chování respektují dvě vývojové větve. V prvním případě se vyskytují primárně, samostatně, anebo současně s ADHD resp. hyperkinetickou poruchou. Ve druhém případě se pak objevují až v průběhu dětství, nejčastěji v období puberty (Malá, 1996).

Autoregulace jedinců s poruchami chování bývá nezralá, převážně emocionální, která směřuje především k uspokojování vlastních aktuálních potřeb, bez ohledu na okolnosti. S tím bývá spojeno snížené sebeovládání, impulzivita, nízká frustrační tolerance.

4.3 Farmakologie

Evropská skupina odborníků pro HKP publikovala pod záštitou oficiálních pedopsychiatrických společností vodítka ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry). K nejnovějším postupům patří Global Consensus on ADHD/HKD. (Remschmidt, 2005).

Podstatné je, zda je přítomna „čistá forma“ ADHD, či zda je přidružena různými psychiatrickými komorbiditami. V současné době to jsou látky ze skupiny psychostimulancií anebo nonstimulancií. Účinnost obou látek je podle různých studií srovnatelná (Drtilková, 2007)

Psychostimulancia

Drtilková (2007) popisuje mechanismus účinku těchto látek, které ovlivňují neurotransmise katecholaminů- noradreninu a dopaminu v CNS. Zvyšují dopaminergní transmissi ve frontálních a limbických oblastech a snižují dopaminergní aktivitu ve striatu.

Ritalin je užíván v terapii HKP u dětí starších 6 let. Pokud by nebyl efekt léčby zpozorován do jednoho měsíce, měla by být terapie ukončena. Výhodou Ritalinu je nízká cena a dlouhodobé zkušenosti v klinické praxi. Nevýhodou je však jeho krátká doba účinku, kolísání hladiny a jeho klinického efektu v průběhu dne.

Concentra je zařazován k látkám s prodlouženým účinkem. Podobně jako Ritalin je užíván v terapii HKP. Bývá předepisován pacientům, kde léčba Ritalinem nebyla dostatečná.

Nonpsychostimulancia

Atomoxetin u nás známý pod názvem Strattera, patří mezi inhibitory norepinefrinového transportéru s minimální afinitou dalších noradrenergických či obecně neurotransmitterových systémům. Zvyšuje extracelulární koncentraci noradrenalinu a dopaminu v prefrontálním kortexu. Nevýhodou jeho užíváním je sucho v ústech, nižší chuť k jídlu, pocení. Výhodou však zůstává, že se neřadí mezi psychostimulační látky a liší se spektrem nežádoucích reakcí či 24hodinovým kontinuálním efektem.

Antidepresiva se užívají u pacientů s HKP a komorbidní depresí. Tricyklická antidepresiva (TAD) se užívají v terapii HKP právě pro jejich noradrenergní efekt. V léčbě HKP se využívá nortriptylín, desipramin a imipramin. Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) se užívají jako přídatná medikamentace u pacientů s HKP a komorbidní obsedantně-kompulzivní poruchou nebo depresí.

Neuroleptika (Risperidon) jsou užívána u HKP se závažnými poruchami chování a agresivitou. Nedávný průzkum předepisování léků na severozápadě USA, prováděný v rámci státních programů Medicaid ukázal, že spotřeba stimulantů, které se běžně předepisují při terapii ADHD, kterým je nejčastěji (metylfenidát) Ritalin, v posledních letech vzrostl u dětí mladších než 4 roky až trojnásobně. Tyto léky jsou, jak už jsme výše uvedli velice účinné při terapii ADHD, přesto se také v tomto výzkumu zcela oprávněně pochybuje o tom, zdali je vůbec možné u takto malých dětí správně diagnostikovat ADHD. (Julie M. Zito a kol. 2000)

Hellerová s Uhlíkovou (2003) ve své studii upozorňují, že farmakoterapii je vhodné zahájit nejpozději okolo 12. roku, před začátkem vývojových změn neurotransmitterových systémů v období puberty.

5 PSYCHOTERAPEUTICKÉ A PSYCHOSOCIÁLNÍ ZPŮSOBY INTERVENCE

V předchozích kapitolách bylo uvedeno, že nejen farmakologická, ale také i některé druhy psychoterapie a psychosociální intervence jsou prokazatelně účinné. Otázkou zůstává, které psychoterapeutické postupy přinášejí subjektivní zlepšení statisticky doložitelné hodnotitelnými postupy.

5.1 Vývojové zvláštnosti dětí s hyperkinetickým syndromem

Z bipersonálního hlediska můžeme sledovat interakce s okolním světem již od raných stádií. Neklid v rodině u dětí s HKP zatěžuje citovou atmosféru a postupně tak rozvíjí vztahové problémy, které mohou být zdrojem rizika pro utváření osobnosti dítěte a vedou k jeho psychické traumatizaci. Nejčastěji se jedná o poruchy biorytmů, které se mohou odrazit v interakci s okolím, v první řadě s matkou, která je v této době nejdůležitější osobou. Langmeier (1998) hovoří o tzv. „dvojitě vazbě“ u dětí s ADHD, u kterých se objevuje nepravidelný biorytmus, kdy za každé situace reagují negativními emocemi, křikem a neklidem, čímž se matky dostávají do podobné situace, tedy se snaží udělat cokoli, odměnou je jim ale zase jen křik a neklid. Tudíž na místo pocitu uspokojení a radosti přináší péče o dítě matce jen nejistotu, úzkost a pocity viny. Naproti tomu dítě přijímá chování matky v napětí, stresu a tak se mezi nimi roztáčí bludný kruh vzájemného citového neuspokojování. Společně tak nejsou schopni naplnit základní vývojovou teorii podle Eriksona, tak aby dítě získalo v tomto období pocit důvěry, bezpečí a jistoty v okolní svět.

Batoletí období přináší mnohem více napjaté pozornosti ze strany matky či členů rodiny kvůli nepředvídatelným reakcím, pádům a úrazům. Výchova takového dítěte vyvolává větší úzkost i zklamání. Období vzdoru u těchto dětí probíhá bouřlivěji. Z terapeutického hlediska je

důležité vyhýbat se vzniku negativních interakcí či zabránit jejich dalšímu rozvoji. Výchova dítěte s HPK je náročná a vyčerpaný rodič, který tráví s dítětem nejvíce času, potřebuje načerpání nových psychických sil. Proto je v tuto chvíli důležité, aby si péče o dítě podařila rozdělit mezi více členů rodiny.

U dětí s HKP vznikají závažné problémy především při začlenění do předškolních institucí, protože tady je na dítě vyžadována schopnost podřídit se, přizpůsobit se režimu či na chvílku odložit bezprostřední uspokojení některých potřeb. Tady dochází k prvním interakcím s širším sociálním okolím, které na dítě klade nové požadavky a zároveň jej také hodnotí. Nejtěžším obdobím pak u dětí s HKP bývá období školního věku. Dítě se tu střetává s požadavky, které jsou mnohem náročnější. Vyžaduje se ukázněnost, soustředit se, inhibovat bezprostřední impulsy. Dítě s HKP není ale vzhledem ke svým problémům schopno všechny tyto požadavky přiměřeně splnit. Za špatné školní výsledky a negativně hodnocené chování je dítě trestáno dvakrát, výtkami ve škole a i v rodině. Rodiče prožívají pocity bezradnosti a neúspěchu se vzájemným obviňováním. Školní období je dobou, kdy dítě získává na důležitosti hodnocení a výkon, buď pocit úspěšnosti, spokojenosti či naopak pocity méněcennosti. Přijímají-li od okolí negativní hodnocení, tak s upřímnou otevřeností reprodukují hodnocení o sobě: „jsem darebák, ve škole zlobím, učitelé o mně říkají, že jsem grázl“ Z terapeutického hlediska je důležité najít oblast, kde se dítě s HKP může cítit úspěšné, tak aby dosáhlo pozitivního sociálního ocenění.

5.2 Kognitivní behaviorální intervence

Terapie s dětí s HKP se může zaměřovat na zlepšování pozornosti a impulzivitu a podporovat rozvoj seberegulačních mechanismů. V literatuře se objevují studie, které si dávají za cíl kontrolovanými postupy ověřit, nakolik je zapojení rodiny do psychoterapie hyperaktivních dětí účinné. Bor et al. 2002 (in Drtílková, Šerý) srovnávali skupinu dětí s HKP, které byly

zařazeny do terapeutického programu se svými rodiči, se skupinou dětí, které na zařazení teprve čekaly. U první skupiny, kde se terapie zúčastnili i rodiče, byla zjištěna nižší úroveň dysfunkcí. Rodiče sami také uváděli méně problémů s dětmi.

Zapojení rodičů do terapeutické péče o děti s HKP může vycházet z různých teoretických přístupů. V psychoterapii dětí s HKP nejčastěji hovoříme o kognitivně behaviorální terapii. Kognitivně behaviorální terapie neboli KBT je psychoterapeutický směr, který pracuje s myšlenkami, postoji k sobě, k druhým a k okolnímu světu, tak aby se žádoucím směrem docílilo pozitivní změn v zjevném chování klienta.

KBT u dětí s HKP neklade za cíl „vyléčení“, ale zaměřit se na konkrétní, definované problémy. Ty musí být co nejkonkrétněji popsány včetně frekvence, intenzity a trvání problémového chování. Drdilková (2007) uvádí příklad KBT u definice problému s ADHD: „*Vykřikují ve škole několikrát za hodinu a učitelka se kvůli tomu na mě zlobí a dostávám poznámky, za které mě rodiče trestají.*“⁽⁸⁾ Na základě takto definovaného problému se stanovují cíle pro terapii. Cíl musí být pro klienta reálný, dosažitelný a funkční. Cílem je změna chování na jiné, nové, které by klientovi mělo přinášet různé výhody, jinak se snadno vrátí k předchozímu chování. Popis cíle musí být konkrétní, tak aby byl cíl v terapii dosažen a mohlo se přejít k řešení dalších problémů. Příklad stanoveného cíle u ADHD: „*Na konci terapie budu umět sedět v hodině bez vykřikování*“⁽⁹⁾ Pozor je třeba věnovat tomu, aby jako špatné bylo označeno chování, které chceme v terapii změnit, nikoli dítě samotné. Děti s HKP mají dlouhodobě narušené sebehodnocení, tím jak jsou okolím dlouhodobě hodnoceny jako „špatní“, „zlobiví“.

Z kognitivních technik je používán především trénink sebeovládání. Technika „*Stop! Přemýšlej*“ Stop and think (Miranda, 2000), kde se nejdříve nacvičuje samomluva zaměřená k řešení problému. Tu dětem nejprve sami přehráváme a dále pak povzbuzujeme, aby si ji samy vyzkoušely. V další fázi se děti učí poznávat své vlastní myšlenky a pocity a pocity jiných. Zde se využívá hraní rolí nebo modelových přehrávání

situací. V této terapii je důležité zapojit rodiče a vhodné je získat pro spolupráci i učitele.

S rodiči spolupracujeme v rodinné kognitivně behaviorální terapii, jak uvádí Drtílková (2007), kde se naučí nácviku, jak adekvátně reagovat na chování dítěte. Základem je edukace rodičů o povaze poruchy, kterou dítě trpí. Dále se pak touto terapií rodiče naučí změnit negativní přístup k dítěti a jeho chování a naučí se používat především pozitivní motivace.

Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele, zahrnuje kognitivně behaviorální terapii nejen pro rodiče ale i dle Paclta (2007) pro trénink rodičů nebo učitelů či obou paralelně, kde zároveň může probíhat individuální program s jejich dětmi. V KBT se rodiče nejdříve seznámí s literaturou k problematice HKP, následně pak jsou probírány standardní behaviorální techniky přístupu k dítěti. Doba kontaktu terapeuta s učitelem je variabilnější, vždy záleží na úspěšnosti nebo neúspěšnosti intervence. Závěrečná evaluace výsledků bývá prováděna nezávislými posuzovacími škálami před a po léčbě. (například škálami Connorsové).

Hledání vhodných alternativ s učitelem může podpořit pocit samostatnosti dítěte a vytvořit atmosféru spolupráce. Podle Elliotta (1998) si pak žáci začnou více uvědomovat svá zlepšení a budou se cítit dobře. Tyto děti jsou dobře schopny naučit se látku a odměny za úspěch jsou tu klíčovými okamžiky. Například možnost se proběhnout, což není jenom odměna, ale i způsob, jak se uvolnit a soustředit na další výkon. Povzbuzování dítěte k pravidelným aktivitám, v nichž se mu daří k dosažení pocitu úspěšnosti.

Například v USA i Kanadě probíhají terapeutické programy pro děti a jejich rodiče nejčastěji formou tzv. intenzivní behaviorální léčby, která obvykle trvá 8 týdnů. Důležitou součástí léčby je intenzivní zkušenost ze skupinové terapie. Probíhají tu behaviorální intervence, které zahrnují bodový systém, tzv. time-out, který je obohacen o systém karet. Aktivity dětí jsou navíc hodnoceny a bodovány, ostatní část aktivit má již režimový a rekreační charakter. (Pelham, 1996)

5.3. Psychoterapeutické přístupy

Vedle klasické medikamentózní léčby a behaviorální terapie u dětí s HKP, existuje řada alternativních přístupů. Oficiální učebnice a texty z dětské psychiatrie se již desítky let věnují této „undergroundové“ stránce a ambulantní lékaři jsou pak často v rozpacích, pokud se rodiče dožadují těchto méně obvyklým způsobům léčby, protože jejich vědecká hodnota tu značně kolísá. Některé vycházejí pouze z hypotetických předpokladů, jiné se opírají o kazuistická nebo pilotní studie, jen výjimečně jsou ověřovány v kontrolovaných studiích.

Tato problematika pro léčbu s různými alternativními metodami byla tématem i mezinárodního kongresu NIH (Consensus Development Conference v Bethesdě v lednu 1998). Znamý odborník v dětské psychiatrii z Univerzity v Ohio publikoval výsledky různých alternativních technik s jejich prokázanou účinností. Kdy APP (The American Academy of Pediatrics) vydala v roce 2001 doporučení pro léčbu hyperkinetických poruch u školních dětí tzv. Clinical Practice Guideline for Treatment of the School-Aged Child with ADHD, které byly rozděleny do tří skupin, podle jejich vědecké hodnoty. Arnold (2002) udává tyto následující:

Terapie cílené na základní symptomy ADHD:

psychoaktivní medikace (stimulancia, antidepresiva, neurotika), behaviorální léčba (vedení a trénink rodičů, konzultace s učiteli, karty s denními záznamy, trénink schopností), EMG (Elektromyografický) biofeedback s relaxačním tréninkem, poradenství, skupinová a rodinná terapie

Léčbu cílenou na specifické případy ADHD:

eliminační diety, nutriční doplňky při prokázaném deficitu železa, zinku, magnézia, kalcia, vitamínu, detoxifikace, desenzitizace nebo imunoterapie

Léčbu nepodložená dostatečnými důkazy pro klasifikaci:

EEG biofeedback, vestibulární stimulace, specifický percepční trénink, další experimentální metody (rostlinné přípravky, esenciální mastné kyseliny, akupunktura)

Podle Arnolda (2002) se některé z alternativních léčebných postupů ukázaly jako částečně efektivní. Studie cílené na eliminační diety byly relativně nejlépe dokumentovány s určitou účinností, avšak pouze v selektovaných podskupinách, nikoli obecně. Suplemence chromu a magnezia, využití čínských rostlin, zrcadlový feedback, glykonutriční doplňky a vestibulární stimulace jsou podloženy pouze prospektivními, pilotními údaji. Přestože účinnost EEG biofeedbacku podle APP (i podle Arnoldovy stupnice) je k léčbě zařazována nepodloženými důkazy, které mohou být vyzkoušeny v individuálních případech.

6. VLIV HYPERKINETICKÉ PORUCHY NA ŽIVOT DÍTĚTE

Hyperkinetická porucha v dětství dokáže velmi zkomplikovat život nejen dítěti samotnému, ale často celé rodině. Rodiče bývají často voláni do školy kvůli kázeňským přestupkům dítěte, kde ve většině případů musejí reagovat na poznámky typického obsahu („vyrušuje, běhá po třídě, zapomíná úkoly, ztrácí své věci“ aj.). V takových případech v nich může vzniknout přesvědčení o vlastní výchovné neschopnosti. Zklamání ze špatného prospěchu dítěte, často vede k rozhodnutí „přitvrdit“ ve výchově, zavést systém trestů, zákazů a kontrol.

Přesto že děti s HKP mají inteligenci srovnatelnou s ostatními vrstevníky, bývají citlivé, vnímavé a přitom zažívají mnohem méně úspěchu než ostatní. *„Ideální rodina by měla být na jedné straně dostatečně tolerantní k nedostatkům dítěte, chápat, že se nejedná o nedbalost a neposlušnost a na straně druhé by měly být dítěti určeny jasné a srozumitelné mantinely „co ještě může a co už ne“⁽¹⁰⁾*

6.1 Problematika hyperkinetické poruchy v rodinném prostředí

Rodinné prostředí je prvním a základním životním prostředím člověka, které poskytuje dítěti v průběhu sociálního učení hodnotové vzory a vzorce chování, ale zároveň také představuje pro každé dítě (nejen hyperkinetické) řadu rizik. (Kohoutek, 2009[online])

Pro rozvoj osobnosti je důležitá rodinná konstelace (postavení dítěte uvnitř rodiny. Jeho role, pozice mezi sourozenci a ostatními členy rodiny, která je potřebná pro emoční stabilitu dítěte a způsob výchovy. V takovém případě hovoříme o výchovných postojích, které vycházejí z přístupu rodičů ke svým dětem. Uspořádání rodinného systému a pozice, jakou v něm dítě zaujímá také vliv na jeho budoucí vývoj. *„Rodinný systém může být uspořádán různým způsobem, může postrádat potřebný řád, jasná pravidla i srozumitelnou hierarchii postavení jednotlivých členů“⁽¹¹⁾*

Jedna ze specifických potřeb rodičů hyperaktivních dětí je ta, že chtějí, aby jejich nejbližší, ale také učitelé, sousedé a známí měli pochopení pro chování jejich dítěte a byli k němu tolerantní. Neboť právě pro ně je velmi zatěžující a stresující neustále slýchat, jak nevychované dítě mají. Neúspěchy a nepřijetí jejich dítěte následně berou jako svou osobní prohru. Rovněž vychovávat dítě s diagnózou HKP znamená neustále se vyrovnávat s kritikou a netolerancí. Proto je pro rodiče i jejich dítě velmi důležité cítit, že jsou přijímáni takoví, jací ve skutečnosti jsou.

Tolerance ostatních lidí dává zpětnou pozitivní vazbu nejen dítěti, ale i rodičům. (Platková, 2011).

Rodiny hyperaktivních dětí často potřebují pomoc a podporu, aby se naučily, jak správně zvládnout náročnou výchovu hyperaktivního dítěte. Zejména je důležitá konkrétní rada a podpora, která by jim mohla pomoci v průběhu každodenních situací a v problémech spojených s péčí o hyperaktivní dítě. Rodiče jsou ve své situaci nejistí a nedokážou odhadnout, jak dítě správně vést, jak s ním komunikovat, potřebují podpořit a posílit své výchovné kompetence. Z tohoto důvodu je pro ně podstatné vědět, že nejsou na vše sami (www.mpsv.cz/cs/8159 [online]).

6.1.1 Zásady výchovného působení v rodině

Projevy HKP lze vlivem vhodného výchovného působení v rodině ovlivnit. V odborné literatuře můžeme najít celou řadu existujících obecných zásad či rad, určených pro výchovu hyperkinetického dítěte. (Příloha č. 2)

Goetz, Uhlíková (2009) doporučují základní vhodné postupy, které je vždy nutné používat s ohledem na osobnost a projevy konkrétního jedince. Sjednocení výchovných zásad v rodině a ve škole, spolupráce rodiny i školy. Jednotné postupy při řešení problémů dítěte, dokáží přispět dle Jucovičové, Žáčkové (2010) k jejich postupnému odbourávání. Důslednost a soustavnost je další velice podstatnou zásadou ve výchově dítěte s HKP. Pravidla soužití, která byla společně vytvořena je nutné důsledně dodržovat. Pro zvládnutí chování dítěte je důležité používat v obdobných situacích stále stejné strategie. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Pochvala a následné prožití úspěchu. Jucovičová, Žáčková (2010) upozorňují, že Důležité je také soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte, jedině tak dítěti dovolíme prožívat i úspěch. V případě, že je dítě úspěšné, tak jej chválíme, například i za docela malé pokroky. Rovněž

oceňujeme snahu a povzbuzujeme ho k dalším výkonům. Zviditelnění času. Děti s HKP mívají často problémy s chápáním a představou času. Potřebují vnější kontrolu nad dodržáním časového limitu.

Lásku a bezpečí rodiny. Neustále je třeba dávat najevo, že má v rodičích vždy oporu, že mu jeho rodina poskytne potřebné zázemí, bezpečí, jistotu a pochopení. Pravidelný režim s jasně vymezenými pravidly. Laskavý přístup by měl být vždy v rovnováze s dodržováním dohodnutých pravidel. Dítěti je třeba jasně a stručně vymežit, jaké chování se od něj očekává. Jucovičová, Žáčková (2010) také poukazují na pravidelný režim s jasně vymezenými pravidly. Laskavý přístup by měl být vždy v rovnováze s dodržováním dohodnutých pravidel. Dítěti je třeba jasně a stručně vymežit, jaké chování se od něj očekává.

Neustálá předvídatost. Velká část problémů u dětí s HKP je způsobena tím, že dospělí nechají proběhnout akci dítěte a poté řeší teprve následky. Předvídatost a preventivní zásah dospělého může v některých případech zajistit to, že k problému vůbec nemusí dojít. Nevychovávat slovy, ale činy. Verbální výchova není příliš vhodná pro běžné děti školního věku, u dětí s HKP nevede k výsledkům vůbec. Proto je nutné, aby dospělý zesílil naléhavost přání nebo příkazu fyzickou přítomností. Rozhodně nejsou vhodné dlouhé diskuze a vysvětlování před vykonáním úkolu. (Mertin, 2/2004 [online])

Vyváženost podnětů a zájmových činností. Dítě s HKP bývá většinou zvýšeně aktivní, neklidné, plné energie. Proto vhodná volba zájmových činností pomůže usměrňovat nadměrnou aktivitu dítěte. (Jucovičová, Žáčková, 2010). Problémy dítěte nepovažovat za osobní problém. Při řešení problémů je nutné získat kontrolu nad svými pocity a zachovat klid, popřípadě pokusit se reagovat na problémy s humorem. V žádném případě si rodič nesmí připouštět pocity viny a selhání. (Goetz, Uhlíková, 2009)

6.2 Problematika hyperkinetické poruchy ve škole

Školu je možné považovat za další velmi rizikové prostředí na život jedince s HKP. Významnou roli zde sehrává vztah mezi učitelem a v našem případě hyperkinetickým žákem, které mohou být, z důvodu projevů poruchy, oboustranně stresující. Proto je velice důležité vytvořit takové prostředí, klima, které by účinně vycházelo vstříc potřebám těchto jedinců tzn. zajistit odpovídající přístup a vhodnou odbornou péči podporující pozitivní vývoj osobnosti. (Platková, 2011)

Počátek školní docházky je z hlediska dítěte a jeho rodiny zásadním životním mezníkem. Vágnerová (2001) uvádí, že má škola z hlediska budoucí úspěšnosti zásadní a v naší společnosti nenahraditelný prvek. Selhání může ovlivnit jak rozvoj osobnosti dítěte a prožití celého zbývajících dětství tak i závažná životní selhání ve smyslu nízké schopnosti sociální adaptace či dokonce trestné činnosti a delikvence.

Úspěšná integrace do školního prostředí je také úzce vázaná na specifické působení sociálního prostředí. Děti s HKP, kteří ve škole často selhávají, si mohou posilovat a upevňovat nežádoucí vzorce chování a adaptace, jež vedou následně nejen k nižší úrovni školní úspěšnosti, ale i výše zmíněným celoživotním obtížím. (Riefová, 1999)

Děti s HKP se nedovedou tolik soustředit na práci, pracují povrchně a s chybami, úkoly často nedokončí. Výrazné obtíže ve školním životě také může způsobovat nevyzrálé sociální vnímání a obtíže v dodržování sociálních norem. (Barkley, 1990). Vágnerová (2001) popisuje, že učitelé vnímají tyto projevy chování dítěte s ADHD jako důsledek nedostatečného úsilí a snahy a považují je za jistou formu nevychovanosti, drzosti. Nikoliv za projevy vývojového oslabení, které může být jejich nevhodným přístupem nadále posilováno.

6.2.1 Základní pedagogické postupy

Reifová (1990) upozorňuje, že práce s dítětem s HKP je ve školním prostředí velice obtížná a náročná. Systematický a otevřený přístup může chování dítěte i jeho motivaci ke školním záležitostem ovlivnit.

V literatuře nalzáme celou řadu doporučení pro práci s dítětem ve třídě u širšího výchovného prostředí. Většina přístupů vychází z behaviorálních technik zaměřených na pozitivní modifikaci chování.

Například Paclt (2003) ve své publikaci uvádí tyto obecné pedagogické zásady pro učitele.

Pozitivní posilování a mírné tresty. Tyto rady představují základní způsoby intervence zaměřené na poruchy chování. Pozitivní posilování, pochvaly by měly směřovat ke všem projevům daného žádaného chování. Tresty by měly být mírné, jasně definované a v přímé časové souvislosti. Častá zpětná vazba. Ta může vést ke změnám chování. Zpětná vazba by měla být stručná, pro dítě velmi jasná, bez jiných rušivých prvků. Respektování stylu učení představuje další zásadní prvky, kdy pro většinu dětí s ADHD je charakteristický tzv. globální styl učení. Úkoly a informace by se měly proto podávat jako celek. Instrukce a pokyny by měly být stručné, jasné a splnitelné. Po jejich zadání by se měly vytvořit podmínky ve kterých nebude dítě rušeno dalšími jinými podněty.

Nácvik metakognitivních strategií je ve své podstatě učením o vlastním stylu učení. Dítěti napomáhá získávat zpětnou vazbu a poznávat následky svých činností. Sebekontrola a sebehodnocení vede dítě k regulaci jeho impulzivity a může být vhodným nástrojem k pozvolné změně nežádoucích vzorců chování.

6.2.2 Problémové chování ve třídě a jeho zvládnání

Práce s dítětem s HKP ve školní třídě často představuje obtížně řešitelný a velice náročný problém. Problematika výchovného působení v rámci vyučovací hodiny je ovšem poměrně specifická a klade vyšší nároky na pedagoga a dítě. V souvislosti s touto problematikou nalzáme v literatuře celou škálu postupů a informací, které problémového chování dítěte s HKP týkají. Ucelený přehled těchto doporučení nalzáme například u Reifové (1999), kde se hovoří o systematickém, strukturovaném a pozitivním přístupu s předem a jasně definovanými pravidly. Tato doporučení bychom mohly shrnout do těchto následujících bodů.

jasně sdělené požadavky na chování a práci žáků
dostatek času na vysvětlení žádoucího a nežádoucího chování
předvídatelnost a důslednost jednání učitele
jasná struktura vyučovací hodiny
návuk žádoucího chování
důslednost na dovedení práce do konce
učitelovo porozumění, pružnost a trpělivost
učitelova pomoc na individuální úrovni

Míru obtížnosti úspěšného pedagogického přístupu věnují tomuto tématu i například tréninky učitelů zaměřené na specifika práce s dětmi s ADHD (Zelinková, 2003)

6.2.3 Vzdělávání v České republice

V České republice je vzdělávání upraveno zákonem č. 561/2004Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání jedince s HKP se zařazujeme dle tohoto školského zákona do skupiny jedinců se zdravotním postižením, kterým náleží naplňování speciálních vzdělávacích potřeb. *„Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení.“*⁽¹²⁾

V případě potřeby je možné zřídit pro tyto děti jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upraveným vzdělávacím programem. V těchto útvarech může ze zákona 561/2004 Sb. ředitel školy rovněž zřídit na základě vyjádření školského poradenského zařízení funkci asistenta pedagoga. *„Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází.“*⁽¹³⁾ Pro informaci je zde možné uvést, že na školský zákon navazuje mnoho dalších vyhlášek, zaměřené na různé oblasti vzdělávání. Tyto informace jsou veřejnosti přístupné na <http://www.msmt.cz/>.

Na základě individuální či skupinové integrace žáka se speciálními vzdělávacími potřebami může ředitel dle školského zákona 561/2004 Sb, povolit tomuto žákovi, na základě písemného doporučení poradenského zařízení a na žádost zákonného zástupce, vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (dále jen IVP). Jedná se o závazný pracovní materiál, jež slouží všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka (Zelinková, 2001). V ideálním případě je ve škole speciálně pedagogická péče zajištěna speciálním pedagogem, který úzce spolupracuje s třídním učitelem a dalšími pedagogickými

pracovníky. Speciální pedagog zároveň koordinuje sestavení IVP, podporuje rozvoj žáka, zprostředkovává další odbornou péči a diagnostiku ve spolupráci s poradenským pracovištěm. Rozsah péče vychází z doporučení odborného pracoviště, z koncepce a podmínek školy.

Závěrem bychom mohli konstatovat, že problematika dětí s HKP ve školní praxi představuje poměrně významný jev z hlediska dětí, tak i z hlediska pedagogických pracovníků. Škola a školní prostředí z hlediska dalšího životního vývoje dítěte představuje zásadní mezník a proto by jim měla být věnována maximální pozornost a péče.

II. ČÁST PRAKTICKÁ

7. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Kapitola o metodologii výzkumného šetření je úvodem ke druhé, praktické části práce. Jejím obsahem je cíl šetření, formulace výzkumných otázek, výzkumné metody, popis výběru výzkumného vzorku, popis nástroje sběru dat a jeho průběhu, jejich analýza a interpretace.

Cíl výzkumu:

Zachycení a ilustrace problematiky hyperkinetické poruchy chování v dynamice vývoje dítěte s touto diagnózou v prostředí rodiny a školy.

Metoda výzkumu:

kvalitativní výzkum - semilongitudinální čtyřleté sledování

Plán výzkumu:

Případová studie

Metody získávání dat:

přímé pozorování
polostrukturované rozhovory
analýza odborné dokumentace
dotazníkové škály
sociometrické šetření
projektivní techniky
psychologické testy

7.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

K této práci jsem se rozhodla na základě svého působení jako pomocná studentka-asistentka dítěte s hyperkinetickou poruchou.

Výzkumným cílem bakalářské práce je zachycení a ilustrace problematiky hyperkinetické poruchy chování v dynamice vývoje dítěte s touto diagnózou v prostředí rodiny a školy.

Vzhledem k výzkumnému cíli byly stanoveny tyto dílčí výzkumné otázky:

První výzkumná otázka tedy zní:

7.2 Metody výzkumu

Výzkum jsem realizovala pomocí kvalitativní výzkumné metody, semilongitudinálního čtyřletého sledování. Východiskem byla případová studie, skrze kterou lze detailně zkoumat jeden nebo několik málo případů tak, že od relativně malého počtu jedinců, získáváme velké množství informací a dat. „*V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti*“ (Hendl, 2005).

7.3 Konstrukce výzkumného vzorku

Výzkumným vzorkem jsem zvolila respondenta s diagnostikovanou hyperkinetickou poruchou, se kterým jsem se v rámci asistované studentské praxe, po celou dobu šetření setkávala.

Jako autorka této práce uvádím informaci o tom, že jsem získala souhlas k prohlášení o poskytnutí důvěrných informací pro účely zpracování této bakalářské práce.

Zdroje informací, týkající se osobních údajů respondenta, dle zákona o ochraně údajů č.j.101/2000Sb.,v platném znění, nebudou zveřejňovány.

7.4 Metody sběru dat a popis sběru dat

V kvalitativním výzkumu jsou nejčastěji využívány techniky rozhovoru a pozorování. Při svém výzkumu jsem využila všech těchto technik. Nejčastější techniky jsou zúčastněné pozorování, nestandardizovaný rozhovor a analýza osobních dokumentů (Disman 2000).

Pro mé šetření byl nejvhodnější polostrukturovaný typ rozhovoru, který se vyznačuje definovaným účelem a určitou danou osnovou, a tím pádem i velkou pružností celého procesu získávání informací. (Hendl, 1999).

7.5 Způsob zpracování dat

Přepsané a vytištěné přepisy všech rozhovorů jsem podrobila analytické technice nazývané otevřené kódování. Jedná se o počáteční část analýzy, která se pomocí pečlivého studia získaných údajů zabývá označováním a kategorizací pojmů. *„Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných“* (Strauss, Corbinová, 1999).

Jako další analytickou strategii jsem po dokončení otevřeného kódování použila tzv. techniku vyložení karet. Ta spočívá v uspořádání kategorií získaných z otevřeného kódování do souvislého celku, na jehož základě je sestaven text, který je převyprávěním obsahu těchto kategorií. Názvy jednotlivých kategorií se pak stávají názvy jednotlivých kapitol. (Šed'ová, 2007).

8. Případová studie

Tomáš

Jedná se o chlapce s průměrnou inteligencí, verbálně a sociálně zdatného. V situaci zátěže a nejistoty reaguje nejistě, podrážděně, zbrkle až agresivně. Má oslabenou vizuomotorickou koordinaci, pomalé pracovní tempo, snadno se unaví, projevuje se výrazným psychomotorickým neklidem a výkyvy pozornosti a výkonu.

Na základě těchto zjištění, údajů a pozorování, byla u chlapce diagnostikována hyperkinetická porucha s poruchou chování. Chlapec je v péči několika odborníků (psychologů, pedopsychiatra a neurologa). Pedagogicko psychologické poradny (PPP), Speciálně pedagogického centra (SPC) a Střediska výchovné péče (SVP). U Tomáše bývají pozorovány afekty vzteku, užívá naordinovanou medikaci.

Tomáš je chlapec menšího vzrůstu a drobnější fyzické konstituce, celkově imponuje mladším dojmem. Má tmavě hnědé vlasy a hnědé oči. Tváří se velice vážně, výraz tváře má neměnný, téměř pořád se lehce usmívá a mhouří oči.

Motivace k výkonu je nízká, nezáleží mu na výsledku, práci odbývá. Při kresebných technikách často gumuje, opravuje, využívá jen část dispoziční plochy, tvary nesymetrické, tahy nespojitě. Kresba po obsahové stránce chudá, jednoduchá, bez detailů, po formální stránce podprůměrná, s rysy infantilnosti. Výrazně neklidný, stále v pohybu, hraje si s vlasy, nevydrží sedět v klidu na židli. Pozornost snadno sklonitelná, méně vytrvalá. Hovoří tichým hlasem, místy mu není ani rozumět. Linii hovoru neudrží, odklání řeč jiným směrem, pro povinnosti, není ochoten překonávat překážky, postrádá vytrvalost, trpělivost, je ochoten vynaložit větší úsilí pouze v oblasti, která je předmětem jeho zájmu, či kde je nasnadě osobní profit.

Osobní anamnéza:

Chlapec z II. gravidity. V prenatálním období, rizikové těhotenství Tomášovy matky (ve 3. měsíci byla matka hospitalizována pro krvácení), porod byl předčasný v 37. týdnu, hlavičkou, nekříšen. Porodní hmotnost 3500g/50cm. Chlapec byl kojen do 1 a ½ roku věku.

Psychomotorický vývoj dle sdělení matky v normě. Sociální kontakt navazoval ihned. Jako kojeneček byl plačtivý, od mala vzdorovitý, trucovitý.

Tomáš byl krátce rehabilitován Vojtovou metodou (zakopával, často padal, špičky stácel přes sebe). Počáteční problémy se sebezpozováním, jak udává matka, se objevily „ve 3 letech, kdy se syn stával již těžko zvladatelným“.

Do 5 let Tomáš nekreslil, jenom čmáral. Výživa dítěte byla po celou dobu bez obtíží, chlapec prodělal běžná dětská onemocnění. do 6 let neuměl vyslovovat hlásky L, R, Ř, sykavky, navštěvoval logopeda.

Tomáš má ve svém rodinném prostředí, vlastní pokoj. Rád se stará o křečky, činčily a rybičky. 1x týdně chodil do skautu a Sokola, kde cvičil. Také navštěvoval zájmový elektrotechnický kroužek. Aktuálně navštěvuje kroužek keramiky a kroužek tvořivých rukou.

Rodinná anamnéza

Matka: Eva, má ukončené vysokoškolské vzdělání, v současné době pracuje jako technolog. Eva je samoživitelka.

Otec: Petr, ukončené vzdělání středoškolské, pracuje jako obchodník.

Sourozenci: Polorodí bratři, Petr a Pavel (dvojčata ze současné nové rodiny chlapcova otce).

Rodina neúplná. Matka žije sama se synem v bytě 2+1, občas vypomáhá matčina babička.

Rodiče nebyli sezdáni, otec odešel od rodiny v 1,5 roce věku chlapce, brzy se mu pak v nové rodině narodila dvojčata. Chlapec s otcem pravidelně tráví víkendy 1x za čtrnáct dní. V předškolním a aktuálním školním věku dítěte se matka s otcem vzájemně o výchově syna neinformují.

Školní anamnéza:

Tomáš do mateřské školy (MŠ) nastupuje ve 3 letech. Navštěvuje postupně čtyři mateřské školy. Z mateřských škol je vždy pro svoji agresivitu a nezvladatelnost svého chování vyloučen. Po změně medikace je psychiatrem doporučeno dočasně (na 14 dní) pobyt v MŠ přerušit. Denní doba pobytu v MŠ je od 6,30 do 15,45 hod. Školní docházku zahajuje v 7 letech věku, (chlapec narozen v září). Denně po vyučování chodí do školní družiny (ŠD). Problémy ve škole a především právě ve ŠD se u Tomáše postupně hromadí natolik, že je v 1. třídě ze ŠD vyloučen. V této době pravidelně dochází do střediska výchovné péče (SVP), kde navštěvuje 1x za 14 dní intervenční skupinová sezení. Chlapcovo chování se v 2. třídě natolik negativně vystupňuje, že je opět vyloučen, tentokrát ale i z dopoledního vyučování tak, aby mohl nastoupit na internátní pobyt do SVP. Důvody vyloučení jsou především problémy s navazováním vztahů s vrstevníky, konflikty s dětmi, potíže s respektováním autorit, afekty a snížená sebekontrola.

Psychologická anamnéza:

První kontakt s Pedagogicko psychologickou poradnou se uskutečnil v chlapcových 5ti letech (r. 2006). Poté následují další návštěvy u jiných odborníků: Krizovém centru pro děti a rodinu (r.2007), Psychiatrická ambulance (r.2007), Speciálně pedagogické centrum (r.2009), Diagnostický pobyt v Motole (r.2009), Středisko výchovný péče (r.2009).

V roce 2008 je u chlapce diagnostikována hyperkinetická porucha chování, nasazena medikace Tiapridalem, Nootropilem, poté je nasazena Strattera a Risperdal. V současné době je na žádost matky u Tomáše medikace vysazena.

V rámci psychologických vyšetření byly použity tyto následující metody:

pozorování, rozhovor, vybrané subtesty u WISC-III., ROKf, kresba postavy, dotazník diagnostiky hry u dětí s autismem aj.

9. POPIS VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Chronologický vývoj čtyřletého sledování

uvedení do případu (2007/2008)

první rok sledování (2008/2009) předškolní období MŠ

druhý rok sledování (2009/2010) 1. třída ZŠ

třetí rok sledování (2010/2011) 2. třída ZŠ

čtvrtý rok sledování (2011/2012) 3. třída ZŠ

Jednotlivá období byla vždy mapována z pohledu:

1. učitele, vychovatele (školního prostředí)
2. matky (rodinného prostředí)
3. vlastní reflexe, (z pohledu asistenta)
4. odborníka (ze závěrečných zpráv)

9.1 Uvedení do případu (2007/2008)

V zimě 2007 navštívila Tomášova matka se svým synem Krizové centrum na doporučení učitelky MŠ, kterou v této době její syn navštěvoval. Jak později uvedla, důvodem tohoto doporučení byly stížnosti jeho učitelky: „*Váš syn se ve školce chová agresivně vůči ostatním dětem a také je velice těžko výchovně zvladatelný*“.

Ze závěrečné zprávy z KC 2/2007: „*Ve věku ve kterém momentálně Tomáš je, bylo prvořadou otázkou získání aktivity, tzn. činorodé testování reality. Také je pro toto období charakteristické jen postupné budování*

empatie na základě učení a napodobování. Tomáš je komunikativní, kompetentní a zvědavý chlapec. Má slabší jemnou motoriku a projevuje se zvýšenou aktivitou, což může naznačovat slabší schopnost udržet pozornost. Navíc jeho vzrůst může vzbudit mylný dojem, že je starší a že by měl zvládat víc- zdá se ale, že jeho vývoj a projevy jsou v mezích normy“.

Doporučením psychologky z Krizového centra bylo věnovat Tomášovi zvýšenou pozornost, při činnostech a hrách, které jsou náročné na udržení pozornosti, příp. u kterých je zřejmé, že ho nebaví. Dále je vhodné dát mu dostatečný prostor pro pohyb, který může momentálně jenom těžko vědomě a z vlastní vůle kontrolovat. Jeho agresivní projevy můžou sloužit i jako snaha získat pozornost nebo odreagování napětí. Je dobré ho upozorňovat na to, co se nemá dělat, taky vysvětlit proč, a obzvlášť chválit to, co dělá dobře.

Následně na to, matka požádala o návštěvu u dětské klinické psychologky, která z vyšetření stanovila u Tomáše tento závěr: *„Lehce hyperkinetické dítě s pohotovostí k afektivním rozladám s intelektem v normě. Sklon k manipulacím a sebeprosazováním při jedináčkovské výchově v neúplné rodině.*

Doporučení: Pokyny, jednotnost ve výchově v prostředích obou rodičů, důslednost, logopedická péče“.

Situace v MŠ se ani po vyšetření nelepší. Matka se dopisem obrací na ředitelku a žádá MŠ o psychologické vyšetření v PPP a vzájemnou spolupráci: *„Vzhledem ke stížnostem ze strany rodičů i učitelů MŠ, týkající se synova chování, bych Vás tedy chtěla poprosit o pomoc a spolupráci. Ráda uvítám Vaše návrhy, jak tyto problémy řešit. Napadá mne např. ještě návštěva Pedagogicko psychologické poradny spojené s diagnostikou nebo Speciálně pedagogického centra či lékaře, případně požádat o asistenta do MŠ. Myslím, že není vhodným řešením izolovat syna od ostatních dětí např. tím, že nepojede na výlet, bude sedět u jiného stolečku, apod. Toto si myslím, že by na něm mohlo zanechat negativní následky. Určitě je dle mého názoru důležité ale najít příčinu a důvod a*

jeho chování usměrnit do běžných norem. Mokrát děkuji za pomoc a spolupráci.“

Na tento dopis ředitelka reaguje: „*Ředitelství MŠ na základě žádosti zákonného zástupce doporučuje vyšetření Tomáše do PPP z důvodu problémům s chováním dítěte v dětském kolektivu.“*

Zpráva z odborného vyšetření v PPP:

„Matka i mateřská škola shodně popisují, že v některých situacích (kdy neprobíhá vše podle momentálního přání Tomáše) dochází u něho k neadekvátnímu chování, které se projeví silným afektivním výbuchem doprovázeným brachiální a verbální agresí. Z chování chlapce a výsledků vyšetření lze usuzovat na nerovnoměrnosti v psychickém vývoji. Zatímco všeobecný rozhled a úroveň znalostí jsou u Tomáše velmi dobré, sociální a především emoční zralost je na nižší úrovni“ (Na doporučení PPP se uskutečnila také první návštěva dětské psychiatrické ambulance).

Závěry z dětské psychiatrické ambulance:

únor/2008 byl stanoven tento závěr:

F90.1 Hyperkinetické poruchy, hyperkinetická porucha chování (nerovnoměrný psychický vývoj, výrazná psychosociální nezralost u intelektově dobře disponovaného dítěte, výchovné problémy, vzdorovitost, afektivní výbuchy s verbální a brachiální agresivitou permissivní výchova.

březen/2008 nasazena Strattera (psychiatrická ambulance)

březen/2008 vyšetření z dětské neurologie

v září/2008 doporučení medikace Risperdal (závažné poruchy chování s agresivitou nejsou akt. slučitelné s pobytem v MŠ, doporučuji ponechat zatím dítě doma, po cca 2 týdnech, kdy by měl nastoupit zklidňující efekt léků, znovu zkusit dát do školky. Pevná ruka, výchovná důslednost.

Shrnutí této etapy:

Chlapcovy problémy se manifestují již před vstupem do této MŠ (v této době je to již jeho 5. mateřská škola). Z předchozích mateřských škol je vylučován pro svoji agresivitu a nezvladatelnost. S nástupem do nové MŠ potíže přetrvávají. Vzhledem k těmto situacím v chování a stížnostmi ředitelky je chlapec z popudu matky vyšetřen klinickou psycholožkou a také později KC a PPP. Na základě doporučení Pedagogicko psychologické poradny se také uskutečnila první návštěva dětské psychiatrické ambulance, kde byla chlapci diagnostikovaná hyperkinetická porucha chování se zvýšenou pohotovostí k afektivním rozladám. Pro tyto obtíže byla zavedena medikace. Tomáš zůstává od lednu/2008 v ambulantní péči psychiatrického oddělení.

9.2 První rok sledování (2008/2009) - předškolní období MŠ

Na počátku září 2008 se Tomášova matka dozvěděla o možnosti využít pro svého syna studenta PF JU, který vykonává volitelnou studentskou praxi v mateřských a základních školách v rámci svých studijních povinností.

V září 2008 mne oslovila garantka této praxe a dohodly jsme se na jednosemestrální praxi. Následně pak jsme se společně dohodly i s matkou chlapce na této asistované studentské praxi. Cílem této praxe bylo pro mne jako asistenta zachytit neadekvátní projevy chování a pokusit se je společně s pedagogy řešit na základě doporučení z PPP a psychiatrie.

Asistentická praxe probíhala 1x týdně (v 5. Třídě) MŠ, ve třídě předškoláků, kam Tomáš docházel. V této předškolní třídě byla integrována také jedna dívenka, která měla svého pedagogického asistenta.

Pro dokreslení školní situace v MŠ (říjen/2008), uvádím některé informace, které jsem získala z rozhovoru s učitelkou a pedagogickou asistentkou:

„Tomáš je během dne neustále v pohybu, je neklidný, vydává různé zvuky. Má také poruchu řeči, v MŠ navštěvuje logopedický kroužek. Chlapec má největší obtíže v době odpoledního odpočinku, kdy je neklidný. Usíná pozdě a pak se mu nechce vstávat. Pokud není všechno podle jeho přání, projevuje se u něj neadekvátní chování, jako jsou výbuchy zlosti, agresivita. Kope do dětí, hraček, nábytku, učitelek, používá velice vulgární slova.“

„Tomáš je poměrně samostatný, ale pomalý, musí se mu neustále připomínat to, co má dělat (např. v šatně při oblékání). Pozornost udrží jen velmi krátce. Má velice dobrou paměť. Dobrou slovní zásobu, řečový projev odpovídá jeho věku. Výtvarný projev je slabší, nevyzrálý. Při sebeobsluze je obratný, ale pomalý. Má velice dobré všeobecné znalosti. Nejraději si hraje sám. Při hře je hodný, pokud nenastane nějaký problém. Pokud dojde ke sporům o hru, hračku či jiný problém, nastanou již zmíněné výbuchy zlosti a agrese. Děti si s ním nechtějí hrát, protože jim ubližuje, nadává. Autority příliš neuznává, vždy se snaží prosadit si svoje zájmy“.

V rozhovoru s matkou o chlapcově rodinném prostředí (říjen/2008):

„První problémy začaly ve 3 letech, kdy byl těžko zvladatelný, vynucoval si své. Například: nechtěl jet autobusem, ale na kole, kopal kolem sebe, křičel. Po nástupu do autobusu se uklidnil. Takovéto příhody byly časté. Už jako malý byl trucovitý a vzteklý. Agresivita se stupňuje. Spouštěčem bývá požadavek, příkaz, napomenutí. V afektu je nebezpečný, kope kolem sebe, kouše, škrábe, hází po dětech i dospělém kameny, písek, kope děti do hlavy, do učitelky, strhává věci kolem sebe, utíká, prostě nadává“.

Matka dál popisuje některé z neadekvátních situací: *„když si syn prosazuje své, lehne na zem, kope, plive, rozhazuje rukama, nohama, vytrhne se, v tu chvíli je nutné ho zalehnout a držet, odnést do auta, kde*

kope do oken, sedaček, řve“. Afektivní výbuchy mají vždy příčinu, dle maminky: „*nesnáší zásahy zvenčí“.*

Matka popisuje nedávný Tomášův afekt, který se stal v prostorách MŠ: „*Při odchodu ze zahrady MŠ dostal záchvat vzteku (křik, řev, kopání), viděl, že si kamarád vzal jeho klacek. Nedá se přemluvit, nechtěl jiný klacek, jen tamten, nedá se uklidnit, nekontrolovatelně vyletí ze školky, po zadržení je agresivní. Je nutné ho půl hodiny pevně držet, aby se uklidnil. Stejná reakce nastane, když nemůže najít svůj metr, zruší se dohodnutí schůzka s kamarádem, má odejít už domů ze zábavy, soutěž hasičů, zasekne se, chce zůstat. Afekty trvají 10-30 min, nejde ho uklidnit, slova ani bolest nevnímá. Po odeznění je vyčerpaný, nemluví.“.*

Reflexe z mého přímého pozorování chlapce v MŠ (v průběhu 6ti měsíců)

V době, kdy jsme se spolu s chlapcem seznámili se mnou Tomáš komunikoval jen při navozených či spontánních aktivitách. Vzájemnými prožitky a strávenými společnými chvílemi se mi Tomáš postupem času začal svěřovat. Dávala jsem mu najevo, že ho mám ráda a že mi může důvěřovat. Důležité bylo naučit se zůstat při společných aktivitách klidná, trpělivá a přátelská, společně jsme se učili rovnováze v dodržování našich pravidel a společenských řádů. Některé Tomášovy osobní zájmy a potřeby se musely občas sladit a podřídit potřebám a povinnostem ostatních dětí či aktivitám, které měly paní učitelky s dětmi naplánovány. Byla vymezována jasná pravidla a pravidelný (stereotypní) režim, tak aby nevznikaly žádné nejasnosti. Stanovená opatření začala fungovat. Při mé nepřítomnosti v MŠ se přesto některé z nežádoucích projevů chlapce v chování objevovaly, ačkoli nebyly tak časté. Dbala jsem na důslednost a jednotnost v řízených aktivitách a sledovala takové situace, které by mohly u Tomáše vyvolat pocit nepohody. Komunikace s matkou a pedagogy MŠ byla po dobu mé asistence velmi otevřená k vzájemným diskusím. Zpočátku se zdálo, že učitelky mou roli „studenta – asistenta“ ve školce berou s velkou rezervou. Postupem času mezi námi došlo

k navození přátelské atmosféry a zdálo se, že moje roli začaly vnímat jako mnohem smysluplnější, pro samotnou spolupráci a znovuvytvoření lepšího předškolního klimatu pro Tomáše v tomto prostředí.

V mimoškolním prostředí jsme společně poznávali a pronikali do nejrůznějších oblastí, které ho bavili, nebo činnosti ve kterých zažíval pocit úspěchu či naopak odreagování, (prohlížení encyklopedií, péče o jeho domácí zvířátka, aj.) kterými jsem ho často usměrňovala k přiměřeným podnětům. Při společných aktivitách ve školce i mimo školku jsme hráli divadlo, připravovali besídky, vystoupili v Mateřince, malovali v galerii, poznávali přírodu, cestovali za indiány, seznámili se školáky a prožili plno příjemných chvil nejen ve školce, ale i mimo ní.

Po skončení mé semestrální asistentské praxe jsem měla zájem pokračovat a nadále docházet do MŠ. Se svolením paní ředitelky a učitelky mi bylo vyhověno.

Situace v MŠ přesto zůstávala nadále velice složitou. S chlapcovými projevy si učitelky nevěděly rady, podle nich je: *„Spouštěcím mechanismem záchvatu častý spor mezi dětmi a Tomášem nebo příkaz ze strany pedagoga. Tomáš je sociálně nevyspělý, nezvládá soužití v kolektivu.“*

Matka proto znovu hledá další pomoc různých odborníků. Ve SVP ji bylo doporučeno: *„hodnotit den černými a žlutými puntíky, ne vždy to jde dodržet.“* To se zdá matce obtížné, argumentuje, že se s ním celý den nevidí a proto je obtížné vystihnout moment, kde je vhodné se ke špatnému chování vracet.

Tomáš je společně se svou matkou velmi aktivní, o víkendech podnikají výlety, navštěvují výstavy, různé soutěže, chlapec se o vše zajímá. Dvakrát týdně jde v doprovodu matky do kroužků cvičit do Sokola, do Skauta. Dle sdělení matky *„zde problémy ani konflikty s dětmi nejsou. Tomáš má rád hry, soutěže, chodí sem rád. Při činnostech, které Tomáše baví, nevnímá problémy, ty nastávají při činnostech, které dělat nechce“.*

V únoru 2009 požádá matka SPC o přešetření, zda se u Tomáše nejedná o autismus. „Syn vyžaduje ráno a večer rituály, činnosti vykonávat v přesném sledu. Přehození pořadí, např. snídaně s oblékáním (u babičky), ho rozhodí, dojde k výbuchu. Na změny musí být připravován“.

Dle sdělení otce u něj chlapec rituály ani přesný režim nevyžaduje, má zde volnější režim, může dělat, co chce a podle svého. „Záchvat měl jednou a to když se po něm chtělo, aby se oblékal“. „Je v řadě činností pomalý, musí se stále pobízet. U stolních her vydrží jen krátce, pravidla chápe, ale hra ho nebaví“. U otce si vybírá spíš hračky pro menší děti.

Závěrečná zpráva z SPC 2/2009

„V MŠ má Tomáš čtyři kamarády, jsou to děti, s kterými se rodina stýká. Nejrady si hraje sám, děti si s ním nechtějí hrát, protože jim ubližuje, s vrstevníky je v konfliktu, hájí se své teritorium i věci. Lépe vychází se staršími dětmi. Paní učitelky poslechne, rád se přitulí, tělesný kontakt neodmítá. V SPC bezkonfliktní, odpovídal na tázané. Motoricky i verbálně napodobuje.

Emocionálně nezralý, reakce nepřiměřené, nadměrně dráždivý. V afektu nevnímá slova ani bolest, nedá se utiřit, nutné ho fyzicky držet. Afekt trvá 10 až 30 minut. Po odeznění je unavený, nemluví. V MŠ při ignorování se vkrádá do blízkosti učitelky. Vznětlivý, umíněný, sebezprosazující.

Hra: baví ho soutěživé hry, u stolních her nevydrží, ale pravidla chápe. V MŠ se umí do hry vtáhnout i rozvinout ji, hraje si tvořivě s fantazií. Hra odpovídá věku.

Adaptace na změnu: V MŠ mu změny prostředí nevyhovují, trvá mu, než si osvojí nová pravidla. Potřebuje jasně vymezené hranice. Ve Skautu, Sokole problém není.

Aktivita: Hyperaktivní, potřebuje neustále zaměstnávat. Potřebuje dostatek spánku, po obědě potřebuje spát až 3 a půl hodiny. Spí tvrdě, nevzbudí ho ani budík (po vyšetření v SPC usnul tvrdě na židli v čekárně). Už jako malý celé odpoledne prospal. Chlapec je medikován. Nebojí se sám, v obchodě matku nehledá. Nebojí se výšek.

Intelekt celkově v normě, nevyrovnaný profil. Horší výsledky vykazuje v grafomotorice, vizuomotorické koordinaci. Má velmi dobré všeobecné znalosti a paměť.“

„Z výsledků šetření je Tomáš neautistický. Po stránce vědomostí a dovedností (kromě sociálních) je do školy připraven. Interakce s ostatními dětmi ve školce a hlavně v družině bude velmi problematická a bez asistenta i dle názoru pedagogů v MŠ a i dle SPC je nemožná. Četnost afektů v zátěžovém prostředí se tak bude stupňovat. Už tak má ohromnou sílu a nebezpečné nápady. Žák bude potřebovat asistenta ke zvládnutí běžných situací ve škole. Asistent bude muset sledovat signály nepohody, které by mohly přerůst v ataky vůči sobě i svému okolí.

Pravděpodobně náročnější než dopolední vyučování pro něj bude pobyt v družině (pokud se nenajde jiné řešení)“.

Konečná diagnóza bude stanovena ve FN v Motole.

Propouštěcí zpráva z FN Motol:

„Tomáš hospitalizován s doprovodem své matky 7/2009

Medikace: Strattera, Risperdal, Ritalin

Doporučena terapie s matkou, zaměřenou na zvládnutí frustračních situací.

Možnost využití terapie pevného objetí pod odborným vedením.

Kontaktování spec. pedagoga (PPP event. SPC k úzké spolupráci se školou). Doporučení byla osobně probrána s matkou.

Závěr: F90.1 Hyperkinetická porucha chování“

Shrnutí této etapy:

Šestiletý Tomáš navštěvuje MŠ (druhým rokem), je to již jeho čtvrtá školka. V současné době je zařazen do 5. třídy – předškoláci. V lednu byl Tomáš u zápisu a byl přijat do této školky. Tomáš pobývá ve školce od 7:00 do 15:30, maminka má dlouhou pracovní dobu. Po obědě má chlapec větší potřebu spánku, než jeho ostatní vrstevníci, okolo oběda už je velmi unaven, v době odpočinku po obědě spí i tři hodiny.

Tomáš hůře zvládá změny, při změně třídy a učitelky na počátku nového školního roku (v září, říjnu), se záchvaty vzteku objevily 4-5krát do měsíce. Než-li se zadaptoval na nové prostředí, nové podmínky a zavedená pravidla, četnost afektů se snížila. V současné době se záchvaty vzteku objevují jen výjimečně, ale zcela nevymizely. Společně s učitelkami se snažíme včas odhalit varovné signály, házení hraček, odstrkávání dětí. Všímáme si i situací, které afekt vyvolává, např. když si jiné dítě chce od Tomáše půjčit sebemenší maličkost. Hraje si sám, o hračky požádá, hru rozvíjí, věnuje se jí velmi dlouho, nerad ji ukončuje. Přímo řečené požadavky neakceptuje, právě ty dokáží nastartovat záchvatové chování. Tomáš rád vyrábí, stříhá, lepí, skládá. V poslední době si nosí výrobky i z domova, rád se s nimi pochlubí, a velmi rád ostatním dětem ukáže i postup. Ve školce nevypráví o svých zážitcích z rodiny.

Počátkem roku 2009 matka navštívila SPC, podezření na autismus, protože syn vyžaduje rituály a činnosti vykonává v přesném sledu. Z výsledků šetření je Tomáš neautistický, konečná diagnóza byla stanovena v FN v Motole 7/2009, kde byla diagnostikována Hyperkinetická porucha chování.

Bez asistenta bude interakce s ostatními dětmi ve škole a hlavně především ve ŠD dle názoru pedagogů v MŠ a i dle SPC, nemožná.

9.3 Druhý rok sledování (2009/2010) - 1. třída ZŠ

V září 2009 nastupuje Tomáš do 1. třídy Základní školy (ZŠ). Ze sdělení matky, *..., nám bohužel nebyla pro naši situaci doporučena, (ani ve SVP) žádná vyhovující ZŠ se specifickými výchovně-vzdělávacími potřebami mého syna* “. Matka pro chlapce zvolila spádovou ZŠ, tj., která byla nejbližší místu jeho bydliště. Tomáš tam nastoupil společně se svými vrstevníky z MŠ.

Školní prostředí je pro Tomáše změnou, kladoucí na jeho osobnost vysoké nároky především v oblasti přijetí nové sociální role a vytvoření

funkčních vazeb se spolužáky ve třídě i přijetí autority paní učitelky. Interakce s ostatními dětmi ve škole nebyla podle paní učitelky a matky natolik náročná v dopoledním vyučování, jako především ve školní družině, dále jen ŠD.

Situace ve školní družině byla velmi problematická, především neřízeným (volnějším) programem v těchto odpoledních aktivitách a částečně také odlišným typem osobnosti učitelky a vychovatelky ve ŠD. Tomáš se mnohem snáze podřídil autoritě učitelky v dopoledním vyučování. V tomto řízeném procesu dokázal respektovat pokyny a v úkolových situacích a projevil značnou vytrvalost.

Na základě těchto okolností a také mé předešlé asistenci v MŠ jsem se s chlapcovou matkou domluvila o další možné spolupráci. Když jsem navštívila ředitelku ZŠ a sdělila jí svojí představu o mé možné spolupráci s pedagogy a vychovateli, doslova mne přijala s otevřenou náručí, se slovy, „jďte jako na zavolanou“. Ředitelka ZŠ uvítala mou pomoc zejména proto, že jsem byla seznámena s celou situací a u Tomáše jsem již asistovala.

Se souhlasem paní ředitelky, učitelky a vychovatelky mi byla nabídnuta možnost nahlédnout do vyučování a především docházet dle domluvy (1x týdně) do ŠD, kde se převážně objevovaly chlapcovy výchovné problémy.

Pro dokreslení Tomášovy školní situace v ZŠ uvádím rozhovor s jeho učitelkou:

„Tomáš je velmi vznětlivý, neovladatelný, vztekem reaguje hlavně na přímé příkazy, dále na zásah zvenčí do jeho teritoria, nebo do jeho vlastních či přivlastněných věcí. Novému prostředí, novým lidem a novým pravidlům se přizpůsobuje delší dobu a těžce. Když vše pozná a pochopí, zklidní se. Řád mu vyhovuje, ale nerad je vytrhován z toho, co ho baví. Rad se orientuje v učivu. Školní práci však pokládá svým způsobem za nesmyslnou. Dobře čte, ale nemá zažitý písemný projev, vynechává písmena, interpunkční znaménka. Sešity jsou neúhledné. Chybuje z nepozornosti. Má velmi bohatou slovní zásobu, avšak nedokáže

odhadnout, zda-li se u něj jedná o přirozenou dětskou lež podpořenou obrazotvorností. Dostaneme-li se ke slovu, nedokáže přestat, je doslova nezlomitelný od svých myšlenek. V hodinách prvouky se prokazuje velmi dobrými znalostmi. Rád maluje, ale „po svém“ jeho výtvořky však jsou jiné než ostatních dětí. Jakýkoli zásah i dobře míněný je pro Tomáše spouštěčem agrese. Tomáš má svůj uzavřený svět a je těžké do něj jakýmkoli způsobem proniknout“.

Reflexe z mého z přímého pozorování ve třídě (dopolední vyučování)

Tomáš spolupracoval velmi dobře u tabule s učitelkou, kde má okamžitou zpětnou vazbu. Při práci v lavici je jakoby „duchem nepřítomný“ často se válí se po lavici a sleduje okolní dění. Pracuje dobře a samostatně jen tehdy, zaujme-li ho nějaká mimořádná práce nad rámec výuky. Tomáš musí být stále pobízen, důrazné připomínání a důsledné vedení ústí k jeho agresivní reakci a jeho slovním invencím vůči učitelce. Nejlépe pracuje ve chvíli, kdy je čas věnován jiným dětem, zde se živě zajímá o novou látku, je bystrý, velmi dobře uvažuje a má velmi dobrý přehled o učební látce jiných spolužáků. Samostatně vypracovává lehké slovní úlohy. Má velmi bohatou fantazii a velmi dobrou slovní zásobu. Pokud je zaujat prací a pracuje pod dohledem vyučujícího, kterého respektuje, nemá během vyučovacích hodin žádné větší problémy. Pracuje si vlastním tempem, rychlém až neuváženém. Má velikou snahu se nadále sebevzdělávat.

Výchovné potíže v 1. třídě u Tomáše nastávaly dle informací ředitelky a pedagogů převážně při odpoledním pobytu ve ŠD. Z rozhovoru s vychovatelkou:

„Hned od počátku je Tomáš nepřehlédnutelným žákem ve třídě školní družiny. Projevuje se animálními zvuky (a to i venku na paloučku či ulici), neustále se válí po zemi nebo po někom a něčem či někam skáče. Snaží se i o neustálou pozornost. Při venkovních přesunech vyžaduje

neustálou komunikaci, ačkoliv se mi nikdy nesvěřuje s ničím příliš osobním a důvěrným. Tomáš si často vymýšlí.“

Reflexe z mého přímého pozorování ve ŠD

Tomáš v odpoledních činnostech ŠD pracuje spíše samostatně a svým tempem (většinou chce hned vše vyzkoušet, nejlépe bez pomoci dospělého). Podobně to je i u přípravy k nějaké aktivitě, pouze s tím rozdílem, že k ní je mnohem častěji nucen, kde činnost odkládá, protahuje, případně zcela odmítá.

Velmi často se stává, že započatou činnost nemá vůli dokončit. Zároveň se nechá velmi snadno strhnout jiným novým podnětem, ke kterému obrací svou pozornost a na původní činnost zcela zapomíná. Pokud má dostatek pozornosti, vcelku obstojně a ochotně funguje a to jak při činnostech, tak i při řízených činnostech nebo i při chování na veřejnosti (při obědě). Řízené aktivity spíše nevyhledává, do sportovních her (fotbal, vybíjená) se nezapojuje, nejraději je, aby mohl dělat, na co má právě chuť a náladu (např. houpat se na houpačce na školním paloučku, aniž by tam pustil i jiné děti), v tu chvíli své teritorium dokáže bránit natolik, že začne po ostatních dětech házet písek či se sám předvádět v nekontrolovatelných projevech chování.

Většinu času jsem s Tomášem strávila právě v ŠD, kam jsem docházela 1x týdně. Tomášovo chování jsem se vždy snažila usměrnit tak, jak bylo v danou situaci nejlépe možné řešit. Přesto jsem jeho prostředí v ŠD vnímala z pohledu vychovatelky převážně jako „nezvladatelné“, kdy se v této odpolední době Tomáš choval převážně neklidně, impulsivně a nepozorně. Vychovatelka vždy čekala na můj příchod do ŠD a moji oporu při odpoledním programu.

Komunikace s učitelkou a vychovatelkou byla od počátku našeho poznávání velmi přátelská a otevřená ke společným diskuzím při hledání řešení k aktuálním situacím, které v průběhu školního roku nastávaly.

Tomáš zná běžné společenské normy jako poděkování, pozdravení apod., ale s jejich užíváním a dodržováním mívá problém. Na druhou stranu prokázal, že je schopen se autoritě i daným pravidlům a pokynům

celkem podřídít, je však zapotřebí jejich důsledného připomínání, vyžadování a nastavení si případných adekvátních pravidel, odměn a trestů.

Učitelka, kterou jsem měla možnost nějakou dobu při vyučování sledovat je z mého pohledu důslednou, přirozenou autoritou, tudíž je pro Tomáše vhodnou i podnětnou osobností, kde díky řízenému programu dopoledního vyučování nedocházelo k závažnějším problémům chlapce, oproti chování ve ŠD, kde se jeho problémy stupňovaly.

V dubnu 2010 Tomášovo „nezvladatelné“ chování ve ŠD se vyhrtilo natolik, že se **v dubnu 2010 sešla výchovné komise**, která projednávala návrh vyloučit Tomáše ze ŠD ...“*z důvodu opakovaného porušování vnitřního řádu školní družiny, dopouštění se kázeňských přestupků, které ohrožují zdraví a bezpečnost ostatních žáků. Jednalo se o stížnostech rodičů (písemná forma potíží).*“

Postoj ředitelky ZŠ: „matka se může obrátit s žádostí o pomoc při hlídání syna na městskou charitu. Předání rozhodnutí o vyloučení ze ŠD“.

Navrhovaná opatření: Byl projednán prospěch a chování Tomáše ve škole a školní družině. Vzhledem k tomu, že Tomášovo chování ve ŠD opakovaně ohrožuje zdraví a bezpečnost ostatních dětí, navrhla ředitelka školy vyloučit Tomáše ze ŠD (duben/2010).

Tato situace (zhruba 2 měsíce před koncem školního roku), přinesla matce velké problémy, protože neměla pro svého syna po dopoledním vyučování žádné pravidelné hlídání a ani dozor. Za pomoci rodiny a přátel se jí podařilo sestavit každodenní itinerář, pro vyzvedávání syna po vyučování (resp. po obědě), ze školy domů. Jako samoživitelka by si jen velice těžko mohla dovolit chodit do práce na zkrácený pracovní úvazek, a tak začala hledat nejrůznější řešení v podobě nízkoprahových organizací, nadací, neziskovek či evropských fondů s možností získání finančního příspěvku na osobního asistenta, který by byl pro matku a chlapce do budoucna velice potřebným.

Tomáš také v této době začal navštěvovat SVP, kde se začal pravidelně účastnit „středních komunit“ (jedná se o skupinová intervenční sezení s dětmi s podobnými výchovnými problémy, které probíhalo v odpoledních hodinách, kam Tomáše většinou doprovázela jeho matka či babička a posléze i já), kde jsem měla možnost účastnit se některých plánovaných sezení společně s etopedem SVP.

Pro ilustraci, představím některé z pozorovaných situací těchto komunit, kde Tomáš sám sebe vnímá dost nereálně a cítí se přehnaně sebevědomě. Není schopen si sebekriticky připustit jakýkoliv problém, negativní vlastnost či nedostatek (při středních komunitách býval vždy se svým celotýdenním chováním spokojený, nebylo nic, co by se mu nezdařilo). Pokud není něco podle jeho představ, svádí vinu na ostatní. V zátěžových situacích začne s okolím manipulovat, případně začne druhým vyhrožovat a osočovat je. Z rozhovoru s etopedem ze SVP: *„je pro Tomáše podpora a povzbuzení „pouhá“ pochvala, což je vzhledem k věku vcelku pochopitelné, ale je potřeba, aby přišla ve vhodnou chvíli, na základě bezprostředního chování Tomáše a ne v důsledku jeho manipulací případně lži“.*

Shrnutí této etapy:

Začátek školních povinností přinesl Tomášovi některé změny kladoucí na jeho osobnost vysoké nároky. Především v oblasti přijetí nové sociální role a vytvoření funkčních vazeb se spolužáky ve třídě a ostatními dětmi ve ŠD. Tomáš neměl v dopoledním vyučování žádné větší problémy v komunikaci se svými spolužáky a s přijetím autority jeho učitelky, jako především v prostředí ŠD. Ačkoliv jsem zpozorovala signály nepohody převážně ve ŠD, z pohledu pedagogů ZŠ a z rozhodnutí výchovné komise byl nakonec Tomáš z tohoto prostředí ŠD vyloučený a to bez možnosti odvolání, až do konce prvního ročníku. Proto se ze závěrů rozhodnutí výchovné komise neměla šance odvolat

a tak se dostala do tíživé situace. (Matka sháněla do konce tohoto a do začátku nového školního roku finanční řešení pro vzniklou nepříznivou situaci). Tomáš je v dlouhodobé péči SVP. Navštěvuje Sokola, skauta a kroužek keramiky.

9.4 Třetí rok sledování (2010/2011) - 2. třída ZŠ

Po prázdninách Tomáš nastupuje do 2. třídy ZŠ a zároveň znova do třídy ŠD. Z počátku jsou v tomto prostředí ŠD určité organizační přesuny, kdy Tomáš navštěvuje jinou třídu ŠD, ale nakonec se vrací zpátky do prostředí svých vrstevníků a k jeho paní vychovatelce. Tomášova učitelka z první třídy, nadále vyučuje chlapcovu třídu i v tomto školním roce. Z tohoto pohledu a z rozhovoru s učitelkou, je to do jisté míry výhodou, pro zavedený fungující, pravidelný režim s ustálenými algoritmy v tomto výchovně vzdělávacím procesu je chlapec dle učitelky: *„velmi přemýšlivý a chytrý žák, který svými znalostmi předčí většinu spolužáků. Působí velmi dětským až nevinným dojmem, je však jakousi šedou eminencí ve všech konfliktech, které v kolektivu vzniknou. Bohužel má jasný náhled na vzniklou situaci a bez mrknutí oka dokáže manipulovat s dospělými bez jakéhokoli pocitu viny“*. U Tomáše je třeba zaměřit se na pořádek kolem sebe. Pod přímým rodičovským dozorem, který ovšem nebude pracovat za něj, je třeba, aby si sám připravil pomůcky, sám uklidil tašku. Je třeba učit Tomáše odpovědnosti za své činy a nedělat práci za něj, pouze přiměřeně dohlédnout na samostatnou činnost. Vzhledem k sklonitelné pozornosti, poruchám chování bych doporučovala důslednou spolupráci s matkou a neustále vyžadovat přípravné pomůcky, penál, sešity, pořádek ve svých věcech a zejména domácí přípravu. Jde o to, aby si chlapec zautomatizoval základní školní dovednosti a návyky, které jej budou provázet celou školní docházkou. Ať už se jedná o nácvik čtení, psaní, matematických představ, úpravy sešitů pořádku ve věcech (ořezané tužky, píšící pera).

S paní učitelkou jsem se v průběhu roku setkávala, měly jsme možnost společně diskutovat nad aktuálními situacemi, které v průběhu roku nastaly. Dokonce mi byla několikrát během školního roku poskytnuta možnost vyzkoušet si přímo ve vyučování některé z testových forem SPAS, CMAS a sociometrického šetření L-Jonesové, samozřejmě se souhlasem rodičů všech zúčastněných žáků ve třídě.

Z pozorování v prostředí školní družiny

V prostředí školní družiny se Tomáš často projevuje neklidně, impulsivně a nepozorně. Nechá se strhnout od činnosti nepodstatným podnětem nebo se naopak sám předvádí v nekontrolovatelných projevech chování.

V komunikaci s vychovatelkou je dost vypočítavý. Je ochoten říkat jen to, co uzná za vhodné a co mu případně může přinést nějaký profit, v opačném případě od tématu odbíhá nebo otevřeně říká, že se o tom bavit nebude.

Tomáš působí emočně nevyrovnaně a v reakcích na okolí školní družiny dost nevypočítatelně. Často se nechá být i drobnostmi od druhých dětí vyprovokovat k nadávkám, vzteklým výpadům, vyhrožování, případně i k fyzické agresivitě. Rozladění neskrýval ani vůči vychovatelce, když si trvá na svém: *„Tomáš se totiž projevuje tak, že by nejraději dělal věci po svém, jen v tu dobu, kdy se mu chce a co se mu chce. V momentě afektu nesnáší fyzický kontakt. Ten ho dokáže ještě více vyprovokovat, a to k útoku i proti dospělé osobě“*.

Tomášův vztah a jeho „specifické“ chování v prostředí ŠD k vychovatelce se dle mého sledování víceméně nezměnilo. Tomáš má s respektováním autorit v tomto prostředí již značné problémy, je tu nutná jednoznačnost v pokynech a jasné vymezení bez možností smlouvání a úniků, které právě Tomáš zneužívá a spíš jej využívá k účelné manipulaci. Projevuje se tu velice povrchně, snadno vycítí, že tu není okolím přijímán a tak si své chování kompenzuje právě takovým neadekvátním chováním, tak že na sebe maximálně upozorňuje,

přehání a provokuje do takové míry, že se jeho chování stává velice kritické pro něj samotného a i pro jeho okolí.

V dubnu 2011 se situace znovu vyhrocuje. Opět se svolává výchovná komise, tentokrát byli svoláni zástupci všech institucí v jejich péči Tomáš je (zástupci z PPP, z SVP, učitelé, vychovatelé, matka i otec Tomáše), kde se rozhodlo, že chlapec nastoupí po dobu dvou měsíců na internátní intervenční pobyt do SVP, z důvodu stupňujících se potíží ve škole, především ve ŠD. Tam jsou neustále spatřovány: *„problémy s navazováním vztahů s vrstevníky, konflikty s dětmi, potíže s respektováním autorit, afekty a snížená sebekontrola.“*

Chlapcova matka, která se zasedání výchovné komise také účastnila se pokusila s SPC domluvit, jestli by syn mohl navštěvoval tento intervenční pobyt ve SVP až v odpoledních hodinách, aby nemusel na tak dlouhou dobu opustit třídní kolektiv, protože tam do jisté míry k větším výchovným problémům nedochází, oproti problémům ve ŠD. Ze sdělení SVP bylo rozhodnuto, že takové možnosti tohoto programu nejsou možné z důvodů, že dopolední vyučování ve SVP může končit v jiný čas, než by měl Tomáš ve své kmenové třídě a po tu dobu by byl chlapec bez dozoru.

Tomáš ve SVP absolvoval pouze stacionární formu, tj. do 17.hod. (kromě pondělí, kdy navštěvoval odpolední kroužek).

Díky předchozí ambulanci docházce neměl Tomáš problém s adaptací, protože toto prostředí již dobře znal. Patřil do skupiny mladších dětí, kde byl sám úplně nejmladší (věkové složení skupiny 8-14 let). Po celou dobu nebylo možné ho pozorovat při navazování vztahů s vrstevníky. Nové prostředí a situace zvládal bez stýskání, ostychu před dětmi nebo dospělými. Projevoval se od počátku velmi živě, skákal po chodbách jako žába, dělal ze sebe psa, seděl s nohama až pod bradou, neustále potřeboval měnit polohu. Viditelný tělesný neklid a napětí doprovázelo často škrabání na rukách a nohách.

Ze závěrečných zpráv SVP 6/11 (po ukončené dvouměsíčního stacionárního pobytu v SVP)

Zpráva etopeda SVP: „Vzhledem ke stacionárnímu pobytu se Tomáš nemohl v bodovém systému hodnocení střediska umisťovat na předních pozicích, i tak jeho hodnocení vykazovalo výkyvy v návaznosti na chování. Prvním měsíc zvládal lépe nároky a sebeovládání, během druhého měsíce se začaly vyskytovat potíže. Zhoršilo se i hodnocení, které si Tomáš nedokázal a ani nechtěl až do konce pobytu vylepšit. Během celého pobytu nedokázal s nikým z dětí navázat bližší kamarádský vztah, dával najevo nezájem a nadřazenost, ostatní ze skupiny ho respektovali, ale spíše si ho nevšimli. Tomáš sám uváděl, že lépe vychází se staršími dětmi, které s ním šaškovali a dělali mu zábavu“.

Ze zprávy vychovatele SVP:

„Do odpoledních činností se Tomáš zapojoval vcelku bez problémů, nejraději měl soutěžní disciplíny, sportovní aktivity a exkurze (např. farma housat, Černá věž, návštěva u hasičů). Většinou mu příliš nevadilo, že díky věku, bude se svými výsledky mezi ne příliš úspěšnými.“

Osobní hygiena:

„Díky tomu, že zde Tomáš večerní ani ranní hygienu nevykonával, nemohu dostatečně posoudit, zda má osvojeny základní návyky týkající se osobní hygieny a péče o tělo. Mohu pouze konstatovat, že do školy chodil vždy v přiměřeně čistém oblečení. Co se týká udržování pořádku v osobních věcech a společných prostorách, v této oblasti má Tomáš jisté nedostatky. Ve školní tašce i lavici míval nepořádek, často někde zapomínal věci, stále něco hledal. Úklidy prováděl na vyzvání celkem bez problému, přiměřeně svému věku. V jídle je trochu vybíravý, ale lze říci, že má zažitý prvky slušného stolování“

Zpráva od psychologa SVP 5/2011

„Tomáš, žák 2. třídy ZŠ, ke stacionárnímu pobytu v SVP přijat pro problematické chování ve škole, především ve školní družině, nerespektuje autority, poutá na sebe pozornost za každou cenu, nepořádný, pohodlný, agresivní vůči dětem i dospělým, ničí věci.

Metody: pozorování, anamnéza, rozhovor, FDT, Baum test, osobnostní dotazník, B-J.E.P.I., test rodinných vztahů zachycující citové vazby dítěte, Dokončování vět.

Závěr pedopsychiatrického vyšetření: Hyperkinetická porucha

Chlapec osobnostně s rysy impulzivity, s tendencemi k výbušnému jednání v situaci frustrace. Motorický neklid v rámci širší normy. Bez známek organicity, pozornost se nejeví významně narušena. Ovlivněn nedostatečnou motivovaností a obavami ze selhání. Exekutivní funkce bez odchylek. Bez známek poruchy autistického spektra. Závěr: Hyperkinetická porucha chování.“

Shrnutí této etapy:

V září Tomáš nastoupil do 2. třídy ZŠ, kde začal znovu navštěvovat třídu ŠD. Rovněž pokračoval v kolektivu svých vrstevníků, společně se svojí učitelkou a vychovatelkou. Zatímco všeobecný rozhled a úroveň chlapcových znalostí jsou velmi dobré, sociální a především emoční zralost je stále na nižší úrovni, to lze usuzovat z nerovnoměrnosti v psychickém vývoji, které se bohužel znovu odrazilo i v chování ve ŠD. Při sebeprosazování svých zájmů dochází k takovým nepřiměřeným reakcím, že byl na základě rozhodnutí výchovné rady vyloučen z kolektivu svých vrstevníků a svého školního prostředí, kdy se podrobil dvouměsíčnímu stacionárnímu pobytu ve SVP, kam chlapec pravidelně ambulantně docházel. Po ukončení pobytu ve SVP se Tomáš stihl ještě

na pár dní vrátit do své kmenové školy, kde společně se svým třídním kolektivem dokončil školní rok.

SVP učitelům, vychovatelům a matce žáka písemně poskytlo následující doporučení V této době jsem požádala paní učitelku, paní vychovatelku a matku o laskavost, zda-li by mi mohly vyplnit, (každá samostatně) dotazníky škály Connersové, které jsou speciálně určeny pro rodiče a učitele. Tomáš pravidelně navštěvoval radiotechnický kroužek, skauty a kroužek keramiky.

9.5 Čtvrtý rok sledování (2011/2012) - 3. třída ZŠ

V září 2011 nastoupil Tomáš do 3. třídy ZŠ. V tomto školním roce došlo hned na začátku k podstatným změnám. Učitelka, která Tomáše vyučovala v první a druhé třídě již v tomto školním roce nepokračovala a na začátku školního roku ho s ostatními spolužáky přivítala nová paní učitelka. Taková změna čekala na Tomáše i ve ŠD, kde jeho stávající vychovatelku vystřídala jiná paní vychovatelka. Vzhledem k tomu, že jsem celkem 5 měsíců z tohoto roku pobývala mimo Českou Republiku, jsou uvedené údaje získávány zprostředkovaně. Prostřednictvím pravidelného emailového kontaktu s Tomášovo matkou, která mne informovala o podstatných událostech, které souvisely se situací Tomáše doma i ve škole. V prosinci 2011 jsem se po mém příjezdu osobně účastnila Vánoční besídky, kde Tomáš účinkoval společně s dalšími dramatického kroužku, který vedla paní učitelka z první a druhé třídy. Tomáš začal docházet do tohoto kroužku od počátku nového školního roku a podle jeho slov je tam spokojený.

Krátce po Novém roce jsme se sešli s matkou a chlapcem, abychom si také společně ještě popovídali. Z Tomášova rozhovoru,

velice „skoupého na slovo“, jsem se toho opravdu příliš nedozvěděla, Tomáš není v tomto ohledu vůbec sdílný. A tak jsem se alespoň snažila doptávat, abych se od něj vůbec něco dozvěděla a mohla se tak pokusit alespoň o malou konverzaci. Při mém doptávání jaké byly Vánoce a co dostal od Ježíška pod stromeček, mi jen sdělil, že Vánoce byly dobré a také chvilku přemýšlel, co že to vlastně všechno pod stromeček dostal. Nakonec si na nějaké dárky vzpomněl a vyjmenoval mi jich mnoho. Poté se má zvědavost ubírala směrem k otázkám, na co pěkného se bude nyní těšit, nebo co hezkého ho bude v blízké době čekat. Tomáš nevěděl, jen přemýšlel, ačkoliv výrazu jeho obličeje bylo vidět, že o tom opět přemýšlí a tak mu alespoň maminka napověděla. Při mých dalších otázkách, jakpak se mu vede ve škole a jestli se těší na spolužáky, mi jen s pár málo slovy sdělil, že se do školy docela těší a na spolužáky na některé také. Poté jsem se zeptala na jeho školní výsledky, ty byly Tomášem hodnoceny kladně, za které jsem ho také pochválila a v zápětí jsem se doptávala také na to, jestli se také během Vánočních prázdnin viděl s nějakými kamarády a co případně dělal a tak mi Tomáš převyprávěl, s kým se viděli, kde a co všechno dělali. Také jsem se chlapce vyptávala na jeho učitelku, ale v tuto chvíli se Tomáš začal válet po stole a tak to už jsem věděla, že takhle se s naší konverzací daleko nedostaneme a tak jsem raději navázala na to hezké Vánoční představení, které jsem viděla, aby mi připomněl, koho to vlastně hrál. V tu chvíli Tomáš „zbystřil“ a začal mi vyprávět o čem to vlastně celé bylo a kdo tam hrál jakou roli.

Protože jsem se ještě i v druhé polovině tohoto školního roku vracela zpět do zahraničí, slíbili jsme si s Tomášem, že až se vrátím, že se ho ještě určitě pokusím i s ostatními spolužáky navštívit i ve škole. Tak jako tomu bývalo v předešlých letech.

V červnu 2012 jsem se s paní učitelkou po svolení zástupkyně ředitele, domluvila na tom, že bych se určitě mohla přijít podívat do hodiny, ačkoliv se v té době žáci již neučili, protože se nezadržitelně blížil konec školního roku. Žáci s paní učitelkou měly již jen třídnické

hodiny a tak připravovali třídu „na prázdniny“. Vraceli klíčky od svých školních skříněk a ti co už měli vše v pořádku splněné, si mohli hrát s ostatními či malovat. Atmosféra ve třídě byla, jak už to tak ke konci školního roku bývá, velmi přátelská a zábava volná. Ti co stihli řádně splnit všechny své povinnosti si již od první hodiny hráli nejrůznější hry, které si přinesli z domova. Tomáš si přinesl Monopoly, které hrály se skupinkou dětí. Na začátku druhé hodiny paní učitelka pobídla všechny děti, aby se posadily na svá místa a zhodnotila čtenářské dovednosti dětí, podle bodovací škály, kterou žáci měli pověšenou na magnetické tabuli. Po zhodnocení měli žáci již zaslouženou volnou zábavu.

Ze vzájemné diskuze a osobitého přístupu zpozorovaného během mého sledování, bych usoudila, že je Tomášova učitelka, alespoň na první dojem, pro žáky velice výraznou osobností s přirozenou autoritou a důsledným přístupem. Z našeho přátelského povídání jsem se dozvěděla, že *„Tomáš je ve třídě mnohem více hyperaktivní a méně pozorný, než většina dětí“*, ale přesto když četla chlapcovu složku, sama nemohla uvěřit tomu, že se jedná o tohoto chlapce, *„jakoby se psalo o úplně jiném chlapci“*. S Tomášem větší problémy ve vyučování ani o přestávkách během roku neměla a dokonce když jsem se doptávala na chování ve školní družině, mi také odpověděla, že: *„je poměrně zvladatelné, oproti minulým rokům.“* Také mi sdělila, že s chlapcovou matkou spolupracují velice dobře. Paní učitelka Tomáše chválila jako žáka a to především v prvouce, kde vyniká v určitých oblastech, jeho širšího zájmu.

Na konci školního roku byla chlapcova matka pozvána na zhodnocení celkového chlapcova chování v řízených skupinových setkávání do SVP, kam Tomáš v průběhu roku pravidelně 1x za 14 dní docházel, (kde mi také bylo umožněno, se zúčastnit tohoto setkání, a tak alespoň pro ilustraci uvádím některá z *navrhovaných řešení a zhodnocení tohoto školního roku 2012 etopedkou SVP*:

„Ve skupinové práci při relaxaci mu chvíli trvá zklidnění, potom pozorně poslouchá instrukce, nikdy nezavírá oči. Tyto relaxační chvíle

jsou Tomáše přínosné, zvládá je dobře a velmi dobře potom pokračuje v další práci. Myslím, že je důležité převést je i do jeho běžného života“

„Kresba je zpravidla odbytá, používá především většinou pouze černobílé kombinace. Má svůj specifický svět. Při popisu kresby dokáže velmi přehnaně vylíčit a vymýšlet situace, tak aby na sebe upoutal něčí pozornost či získal obdiv.

„Dále je nutné podporovat Tomáše ve smysluplném využívání volného času. Motivací by měla být především chvála a dostatečné čtení s maminkou. Jako nejlepší přípravu na vyučování doporučuji denní půlhodinové společné čtení s maminkou, Tomáš si dobře pamatuje a co je mu přečteno dokáže dobře uplatnit. Sám by měl denně číst nahlas alespoň 15min, i přestože dobře čte. Tomáš nekomunikuje, je nesdílný. Chlapce je potřeba nutit k vzájemné konverzaci, tak aby se naučil mluvit o svých emocích a prožitcích“.

„Pro další vývoj bude dále nutné spolupracovat s odbornými pracovišti. Přestože byla Tomášovi věnována v SVP maximální pozornost a pracuje se s ním individuálně podle všech doporučení pro děti s ADHD, splňuje požadavky určené učebním plánem, ale je lenivý a pohodlný.“

Pro dokreslení tohoto setkání, uvádím některá zhodnocení dle chlapcovy matky:

„Přání Tomáše jsou víceméně hmotné povahy. Nejčastěji to bývá počítač a hračky. Tomáš je zaměřen na odhalování fungování věcí a zařízení, zajímá se o logické hádanky, origamy, strategie her. Nevyhledává kreslení, to často odbyl. Více ho baví manuální tvořivá činnost, má bohatou představivost a obrazotvornost. Baví ho se vzdělávat v encyklopediích. Rád se stará o svá zvířátka, která má doma. Bavilo by ho starat se a pečovat o zvířata v nějaké organizaci, na kolektivní sporty Tomáš moc není. To ho nikdy moc nelákalo. Sdílný je velice málo, je v tomto podobný svému otci. V tom jsou si oba velice podobní. Pokud se chci něco dozvědět, musím to zněj „tahat“ sám od sebe mi zpravidla nic nesděluje. Rovněž má neustále problémy s nepořádkem, ať už ve školních pomůckách, tak i doma. Co se

týká samotného chování, tak se do jisté míry jeho neadekvátní projevy s věkem a vývojem z mého pohledu snad zlepšil. Stále zůstává důležité mít znalost o této problematice, poznat dítě a uplatňovat k němu individuální přístup. Smířit se s odlišností a dělat pro něj co je potřeba, tak abychom z něj dostali to nejlepší.

Shrnutí této etapy:

V průběhu třetího ročníku se dle výpovědi učitelky a matky u Tomáše nevyskytly žádné závažnější problémy jak při vyučování tak o přestávkách, ani se změnou prostředí či vychovatelky ŠD. Tomáš byl dobře motivován, různými formami výuky a byl také především pod neustálým dohledem pedagogů, kteří mu věnovali zvýšenou pozornost, kde byla oceněna, nejen jeho snaha ale i zájem o školu. Tomáš pracuje podle svého tempa, ačkoliv se nadále velmi těžko podřizuje. Není-li pod přímým dohledem dospělého je drzý, zákeřný a nebezpečný. Cítí-li respekt k dospělému, dokáže se zatím podřídít a zvládat nároky na své chování. Z rozhovorů s pedagogy, matkou a etopedem SVP je chlapcův aktuální stav stabilnějším.

Další návštěva u psychiatra není plánovaná, jelikož byla v červenci 2011 vysazena medikace. Chlapec je nadále veden u psychologa.

9.6 Ilustrace a interpretace vlastních výsledků u některých vybraných technik sběru dat v prostředí dítěte s hyperkinetickou poruchou chování

Tato šetření probíhala od roku 2010 do roku 2012

Použité techniky sběru dat:

Projektivní techniky - Kresba rodiny a kresba začarované rodiny

- Projektivní interview

Dotazníky - SPAS

- Škála Connersové pro rodiče

- Škála Connersové pro učitele

Sociometrické šetření - Longa-Jonesové

Psychologické testy - CDI

V této části práce se ve zkratce zmíním a porovnáám jen některé vybrané výsledky jednotlivých interpretací těchto šetření, (popis celé techniky je vždy pak přiložen v příloze této práce).

Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí: SPAS

Autoři: Zdeněk Matějček, Marie Vágnerová

Dotazníkem SPAS se zaměřeně dítěte ptáme, jakou představu má o svých schopnostech, o své výkonnosti v jednotlivých předmětech, o svém postavení v konkurenci s ostatními.

SPAS není metodou, na níž by bylo možno klinickou diagnózu zakládat.

Avšak velmi vydatně může k takové diagnóze přispívat.

SPAS je užitečný u dětí, které mají nějaké školské problémy.

Například: Děti se specifickými školskými poruchami. (Dyslexie, LMD, aj.)

Výsledky šetření respondenta:

Škála	Hrubý skór	Sten
1.	4	6

2.	8	8
3.	8	8
4.	4	6
5.	1	4
6.	5	6
Celkový skór	30	7

Retest

Škála	Hrubý skór	Sten
1.	5	7
2.	8	8
3.	9	8
4.	1	4
5.	1	4
6.	6	7
Celkový skór	30	7

Z tabulek příručky:

SPAS je tedy relativně stabilní. Respondent netrpí ve škole pocitem méněcennosti. Projevuje naopak velkou spokojenost sám se sebou i v předmětech, v nichž se mu příliš nedaří. Má tedy zcela nekritický postoj k sobě. Pro mnohé děti s ADHD je velmi příznačný právě tento nedostatek úzkosti, činitele korigujícího vztah k společenskému okolí. SPAS přispívá alespoň zčásti k diagnóze případu, ačkoliv ta je přesvědčivěji založena na jiných ukazatelích. Především tedy přispívá k osobnostní charakteristice respondenta.

Škála Connersové pro rodiče: Dotazník pro rodiče

Obvyklá mezinárodní zkratka: CPQ

Plný název v originále: Children's Parent Questionnaire

Autor: C. Keith Conners

Česká verze: Ivo Paclt, Michal Šebek

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

Výsledky dotazníku od matky:

Číslo a název faktoru	hodnoty
I. Poruchy chování	80,95%
II. Úzkost	28,60%
III. Impulzivní-hyperaktivní	62,50%
IV. Poruchy učení	58,30%
V. Psychosomatické potíže	6,66%
VI. Puntíčkářství, perfekcionismus	0%
VII. Asociální chování	0%
VIII. Svalová napětí	25%
Patologické hodnoty ADHD > 30 bodů	49b.

Patologické hodnoty ve smyslu ADHD > 30 bodů (2 směrodatné odchylky). *Poznámka: určeno pro výzkumné účely, validizace a standardizace v ČR zatím nebyla provedena).*

Škála Connersové - Dotazník pro učitele

Zkratka - CZQ

Autor: C. Keith Conners

Česká verze: Ivo Paclt, Michael Šebek

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

Výsledky dotazníku od třídní učitelky:

Číslo a název faktoru	hodnoty
I. Poruchy chování	82%
II. Nezúčastněnost, pasivita	55%
III. Napětí, úzkost	5,55%
IV. Hyperaktivita	94,40%
ADHD > 20 ± 5 bodů	60b.

Výsledky dotazníku od paní vychovatelky:

Číslo a název faktoru	hodnoty
I. Poruchy chování	56%
II. Nezúčastněnost, pasivita	39%
III. Napětí, úzkost	44,40%
IV. Hyperaktivita	88,80%
ADHD > 20 ± 5 bodů	53b.

Výsledky posouzení chlapcova psychického stavu, jsou dle matky dítěte, učitelky a vychovatelky velmi podobné.

Sociometrická technika Longa-Jonesové, (Jiří V. Musil)

Tuto sociometrickou techniku, jsem zrealizovala v chlapcově třídním kolektivu, s písemným souhlasem rodičů, všech respondentů.

Rozdělení zón terčového sociogramu L-J sociometrické techniky

Zóny	Vážené skóre	Incidence
1	0 bodů	signifikantně ignorovaná osoba
2	1-5 bodů	pod očekávaným skórem
3	6 bodů	základní očekávaný skór
4	7-12 bodů	nad očekávaným skórem
5	13+ bodů	signifikantně preferovaná osoba

Výsledky a interpretace:

třída jako celek				Tomáš			
obliba		neobliba		obliba		neobliba	
HS	SS	HS	SS	HS	SS	HS	SS
7	4	10	4	0	1	22	5

Třída jako celek - výsledky pro „oblibu“ jsou nad očekávaným skórem
 -výsledky pro „neobliba“ jsou nad očekávaný skórem

Tomáš - výsledky pro „oblibu“ versus „třída“ je:

signifikantně ignorovaná osoba

-výsledky pro „neoblibu“ versus „třída“ je:

signifikantně preferovaná osoba

	třída jako celek		Tomáš
	chlapci	děvčata	
obliba	44%	56%	0%

neobliba	93,33%	6,66%	21%
----------	--------	-------	-----

Poměr obluby ve třídě mezi chlapci a děvčaty je 44% ku 56%, kde Tomáš neobdržel žádnou volbu, tudíž je umístěn v zóně 1 (viz výše) a označuje jeho signifikantní odlišnost od ostatních dětí.

Poměr neobluby mezi chlapci a děvčaty je 93,33% ku 6,66%, kde je Tomášovo vážený skór vyšší než 13 bodů, tudíž je umístěn v nejvyšší zóně 5, kde se jeho skór sociometrického statusu liší od statusu ostatních spolužáků.

Dle výkladu sociometrického nálezu Longa a Jonesové jsou tyto výsledky formulovány a definovány sociometrickým nálezem: Signifikantně rozštěpený žák, tento termín definuje studenta, který je jak signifikantně preferován, tak i signifikantně odmítán. Bývají zdrojem mnoha výchovných problémů a lze je těžko identifikovat v kolektivu třídy.

CDI – Children’s Depression Inventory, Sebeuposuzující škála depresivity pro děti

Autorka testu M. Kovacs, autorem příručky M. Preiss, 1998

Tato škála je standardizovanou sebeuposuzovací metodou deprese pro dětský věk. Měří současný stav nebo změnu stavu a přispívá k diagnostice obtíží dítěte v klinické psychologii, psychiatrii, poradenství.

Výsledky z jednotlivých subškál:

Únor 2011		
Subškály CDI	Hrubý skór	Percentil
Špatná nálada	3	79
Interpersonální potíže	0	48
Nevýkonnost	3	76
Anhedonie	8	94

Snížené sebehodnocení	5	95
------------------------------	----------	-----------

Tuto zkoušku jsem opakovala pro možný ukazatel zlepšení či zhoršení Tomášova sebehodnocení s odstupem 5 měsíců.

Červen 2012		
Subškály CDI	Hrubý skór	Percentil
Špatná nálada	3	79
Interpersonální potíže	0	48
Nevýkonnost	2	63
Anhedonie	9	97
Snížené sebehodnocení	5	95

Stark (1990) doporučuje napodruhé vyšetřit děti, které mají celkový skór vyšší nebo roven 19.

Zvýšené skóry (v tabulkách označeny červeně) jsou již nad hranicí standardní odchylky od hranice průměru.

Subškály anhedonie a sníženého sebehodnocení měly u Tomáše jak při prvním, tak při druhém retestu nejvyšší skóre.

Zkoušku je možné použít jako screeningový nástroj, kde několik položek může zachytit důsledky deprese ve školním prostředí, jak uvádí sama autorka této zkoušky.

Pro účely všeobecného csreeningu se chci vyvarovat falešně pozitivní diagnóze, kde samozřejmě těmito výsledky nemůžu jako neodborník cokoliv sama hodnotit.

Shrnutí této oblasti:

Tyto výsledky a ilustrace prezentovaných šetření jsou jen pouhým nástinem mých vlastních pokusů o zachycení problémových oblastí rodinného a školního prostředí a také pro dokreslení aktuálních prožitkových či dlouhodobých stavů respondenta, které jsem měla možnost díky střednědobému sledování uskutečnit.

10. Diskuse

Cílem šetření této práce bylo zachycení a ilustrace problematiky hyperkinetické poruchy chování v dynamice vývoje dítěte s touto diagnózou v prostředí rodiny a školy. Semilongitudinální kvalitativní studie, která byla získána především metodou přímého pozorování, rozhovorů a analýzy odborných zpráv, nám prostřednictvím čtyřletého sledování poskytla několik stěžejních informací, které nám mohou pomoci dotvořit si obraz o jedinci s hyperkinetickou poruchou chování.

Nejdříve se pozastavme u východisek analýzy struktur (v chronologickém časovém sledu jednotlivých období dítěte), které byly mapovány od nástupu dítěte od MŠ až po třetí třídu ZŠ. Hlavní rys analyzovaných struktur zachycuje problémové oblasti právě v dynamice jeho vývoje.

Pomocí těchto sebraných dat můžeme lépe pochopit celý skutečný příběh, tak jak jej prožívali a vnímali všichni aktéři, kteří byli po celou dobu (nebo jen nějakou část této doby) zúčastněnými.

Myslím si, že je právě toto střednědobé sledování jakýmsi mapujícím ukazatelem možného nástinu, (pomocí jdoucích časových etap) tak abychom si mohli tímto sledováním odpovědět na tyto

stanovené dílčí otázky, kterými by bylo vhodné se v budoucnu nadále zabývat.

1. Jaký je přístup rodiny k dítěti s hyperkinetickou poruchou a jak se v souvislosti s časem projevuje?
2. Jaké podmínky jsou schopni vytvořit současná škola a učitelé pro dítě s takovou diagnózou?
3. Které faktory je možno v souvislosti s nežádoucím chováním dítěte s touto diagnózou v prostředí školy a rodiny považovat za rizikové a proč?
4. Které intervenční faktory vedou v praxi k pozitivním změnám v chování dítěte s hyperkinetickou poruchou chování?

Sběr dat probíhal od října 2008.

Pozornost je věnována matce (rodinnému prostředí) pedagogům v MŠ, ZŠ, ŠD a specializovaným odborníkům (školního a částečně i mimoškolního prostředí) se kterými jsem se jako nestranný pozorovatel student-asistent po celou dobu tohoto šetření (sledování) setkávala.

1. Jaký je přístup rodiny k dítěti s hyperkinetickou poruchou a jak se v souvislosti s časem projevuje?

Chlapcova matka (mimo jiné samoživitelka), která ve snaze pomoci s adaptací syna s diagnózou HKP, hledá nejrůznější cesty a řešení pro možnou pomoc a spolupráci. Po celou dobu mého přímého sledování se neustále snaží pomáhat synovi překonat toto kritické období, nepodlomit více jeho sebedůvěru, ale naopak podporovat u něho všechny dobré vlastnosti, zájmy a nadání.

Pro kvalitní život rodiny s dítětem s HKP je důležité, aby rodinná výchova byla jednotná a důsledná nejen u matky, ale také především u otce dítěte, který sice s nimi nežije, ale 1x za 14 dní se s chlapcem na celý víkend stýká. Rodiče by se měli zajímat a starat nejen o samotné poskytování všech důležitých potřeb, ale také jaké jsou jeho problémy, tak aby byl dán prostor pro vytvoření jednotných a důsledných vzorců chování.

Důsledný a pozitivní přístup matky v domácím chlapcově prostředí, kde byla vytvořena „specifická opatření“ dle chlapcových potřeb (dodržování klidných a neuspěchaných rituálů, pravidelný spánek a upravený celkový režim dne) byl již od počátku začínajících problémů nastaven.

Postupem času se projevy neadekvátních stavů, i díky těmto domácí opatřením a neustálé matčiny podpory zlepšují.

2. Jaké podmínky jsou schopni vytvořit současná škola a učitelé pro dítě s takovou diagnózou?

Současná škola (školský zákon) může dítěti s HKP nabídnout možnosti zřízení funkce asistenta pedagoga, který by se mohl každodenně neklidnému dítěti věnovat, nebo zajištění individuálního vzdělávacího plánu, využít pomoci školních poradenských pracovníků (výchovný poradce, školní metodik prevence či popřípadě školní psycholog, spec. pedagog). Upoutání žáka ve výchovně-vzdělávacím procesu není samozřejmě ani pro pedagogy nikterak snadné, přesto z mého sledovaného šetření vyplynulo, že v dopoledním vyučování do jisté míry vše fungovalo. Pro takového žáka bylo ve školním prostředí nejpodstatnější často jen úspěšné usazení do první lavice, dostatečná hlasitost, důslednost, oční kontakt a z mého soudu vyplývající přirozená autorita či osobnost učitelky.

Je samozřejmě známo, že práce s dětmi s touto poruchou může být často vyčerpávající a že také klade velké nároky na trpělivost a

vynalézavost. Je však třeba stále nepřestávat hledat cesty k porozumění jejich vnitřnímu světu.

Naproti tomu, aby se nadále mohly tyto děti rozvíjet, prožívat úspěch a pocit bezpečí v daném prostředí školy, potřebují mít také i dobré vztahy se svými vrstevníky. Základem dobré atmosféry ve třídě je, že nikdo ze spolužáků nemá strach, že každé dítě ví, že do společenství třídy patří. Tyto děti často nebývají oblíbení u svých vrstevníků. Stejně tak dopadl i Tomáš, ve výsledcích mého sociometrického šetření, kde byl spolužáky hodnocen jako „signifikantně odlišný“.

Tyto děti potřebují již výše zmiňované porozumění a podporu dospělého, tak aby se v tomto prostředí dospělého cítili bezpečně, snadno se zklidnily a byly přijímány ostatními dětmi. Velice záleží na tom, jaký má k dítěti postoj samotný pedagog. Jeho chování a přístup je modelem pro chování všech dětí ve třídě. Podstatné je také to, zda o potížích dítěte dovede s jeho vrstevníky otevřeně a s porozuměním hovořit a zda-li je mu k tomu poskytnut i dostatečný prostor.

3. Které faktory je možno v souvislosti s nežádoucím chováním dítěte s touto diagnózou v prostředí školy a rodiny považovat za rizikové a proč?

Nedostatečné strategie řešení a nezvládání konfliktů patří mezi některé faktory, které je možné považovat za rizikové v souvislosti s diagnózou této poruchy. Bylo by tedy dobré, aby se i pedagogové v MŠ a ŠD zaměřili při práci především i na tuto oblast. Úspěšné strategie (doporučení) je možné si do jisté míry nacvičit. Je to samozřejmě rovněž také cesta k dítěti, aby nebylo jen odmítáno a vyčleňováno z kolektivu svého prostředí.

Tomášovo neadekvátní chování v MŠ a ŠD se jevílo jako „ohrožující“. Každou takovou situaci, pak samozřejmě i on sám překonával „po svém“. Pedagogové, kteří nemají o problematice HKP dostatečné množství informací, mohou často spíš vinit rodiče z chování

dítěte, například, že jsou nedůslední ve výchově, atd. Připomínání problémů a neustálá kritika vede nejen dítě ke ztrátě chuti a odvahy, ale aby se již dále nesnažilo. To znamená, že je vždy lepší umožnit dítěti, aby začalo znovu a použilo jiné optimálnější strategie. S tím souvisí i řád a určité rituály při sestavování dne (to platí nejen ve vyučování, ale i mimo něj). Dítě je klidnější, když ví, jaká činnost ho čeká. Rituál usnadňuje dítěti orientaci v průběhu celého dne. Dítě by mělo podrobněji vědět, jaké činnosti jsou naplánovány, na co se může těšit.

Takový pedagog, může být i sám jistým rizikovým faktorem pro dítě s HKP. Takový žák pedagoga naplňuje zoufalstvím a pokud to „vycítí“, začne mu dělat z povolání peklo. Pedagog má pocit, že žák nevyužívá zcela plně svůj potenciál, že se nesnaží a je lenivý. Z takového důvodu je nezbytná informovanost všech, kteří přijdou s žákem do kontaktu. Takové dítě vyžaduje specifický přístup a pochopení, která se dotýkají zejména v osobním přístupu pedagoga, jeho důslednosti, schopnostem komunikace, motivace a empatie.

4. Které intervenční faktory vedou v praxi k pozitivním změnám v chování dítěte s hyperkinetickou poruchou chování?

Pozastavme se nejdříve u hlavních bodů ve shrnutí jednotlivých etap chronologického popisu šetření. Nejčastějším tématem chování chlapce s HKP byla agrese, útok, nepochopení, nepřijetí, vyloučení a to především ze strany učitelů a vychovatelů školního, konkrétně předškolního a školního prostředí ŠD.

Tato hlavní témata u dětí s HKP bychom neměli přehlížet, ale naopak se na ně o to víc zaměřit. Zvláště pak na pocity související s nepřijetím a nepochopením. Pozitivní je také to, že jak u matky, tak u učitelů v ZŠ bylo použito mnoho vhodných opatření, (která byla

doporučena), které bychom měli nadále podporovat i pro případnou společnou intervenci.

Spolupráce odborníků a učitelů s rodinami dětí s touto poruchou je v České republice teprve v počátcích. Zatím se můžeme setkat jen se svépomocnými skupinami rodičů. S komplexní péčí o rodiny se bohužel u nás doposud neseťkáváme. Pozoruhodná a z části chvályhodná je práce SVP, kde fungují skupinové intervence, internátní pobyty pro děti s podobnou diagnózou, kde mají rodiče určité možnosti využít poradnu s fundovanými odborníky, kteří mají ti nejlepší zkušenosti s touto problematikou. Přesto si z mého pohledu myslím, že u nás doposud nefungují především pro rodiny s dětmi nějaká skupinová sezení vedené psychologem, etopedem či jiným specialistou, nejsou nikým nabízeny terapie, které jsou dnes do jisté míry tolik předkládány v souvislosti s touto problematikou nebo pravidelné přednášky, výcvik sociálních dovedností, tak jak je uvedeno v odborné literatuře či teoretické části této práce, pro děti i rodiče a v některých málo případech dokonce i pro učitele, kteří se mohou dobrovolně účastnit.

Hlavním intervenčním prvkem, který vede k pozitivním změnám v chování dítěte s HPK, by měla být pro všechny zúčastněné strany inspirativní věta „Respektovat a být respektován“. Neměli bychom nikdy zapomínat na to, že máme tyto děti s HKP „brát vážně“. Ačkoliv mívají tyto děti velice často problémy se sdělováním myšlenek, pocitů a názorů, měli bychom jim pomáhat k vytvoření vhodného prostředí a citlivého naslouchání. Je potřeba je podporovat, klást podněty a dát jim najevo, že jim rozumíme.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zachycení a ilustrace problematiky hyperkinetické poruchy chování v dynamice vývoje dítěte s touto diagnózou v prostředí rodiny a školy.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na nejnovější poznatky o problematice hyperkinetické poruchy chování u dětí a seznámila jsem se sociálními důsledky poruchy a léčebnými možnostmi, psychoterapeutickou a psychosociální intervencí. V praktické části práce jsem se pokusila zachytit a ilustrovat problematiku hyperkinetické poruchy chování v dynamice vývoje dítěte s touto diagnózou po dobu čtyřletého sledování. Mapována byla porucha ve vztahu k rodině a ve vztahu ke školnímu prostředí.

Kvalitní vztah rodičů a pedagogů s dětmi s hyperkinetickou poruchou chování je důležitý pro celkové pozitivní klima rodiny a kolektivu třídy, ale také pro vytvoření vhodných podmínek domácího a školního prostředí.

Rodiče a učitelé, kteří jsou dostatečně seznámeni s metodami a přístupy k těmto dětem vědí, jak úspěšně mohou k dítěti přistupovat či mnohem lépe reagují na případné problémy, kterým mohou lépe předcházet. Dostatečná informovanost, všech zúčastněných, kteří přicházejí do styku s dětmi s touto diagnózou, je základem úspěšného přijetí dítěte a vytvoření vhodných podmínek pro daná prostředí.

Rodiče a učitelé těchto dětí by se měli vzájemně podporovat a spolupracovat na jednotném přístupu, který vyžaduje důslednou výchovu. Neznamená to, že se musí dohodnout na jednom společném postupu, (každá osobnost sama za sebe má svá specifika) ale měli by umět mezi sebou dobře komunikovat, důsledně a přesvědčivě jednat a vzájemně respektovat jeden druhého.

Rodiče těchto dětí by měli mít vždy na paměti, že výchova jejich dítěte je proces náročný a dlouhodobý, který vyžaduje více času, více péče, více trpělivosti a optimismu a úsilí jí následně věnované se rozhodně vyplatí. (Jucovičová, 2005).

Jsem přesvědčena, že k úspěšnému docílení ideálního stavu dětí s touto poruchou, je zapotřebí ještě mnoha zásadních změn, tak abychom mohli hovořit

o celkovém pohledu na případ především v důsledku vzájemné spolupráce rodiny, odborníků specialistů a samozřejmě školy, jakožto celého systému.

Byla bych ráda, kdyby tato práce přispěla ke zvýšení povědomí všech, kteří by přišli do vzájemného kontaktu dětí s hyperkinetickou poruchou chování, tak aby jim zmapované čtyřleté sledování, ukázalo či nastínilo vhodný směr cesty. Zejména pak pomoci se začleněním do daných prostředí a společně s nimi hledat vhodné podmínky řešení pro jejich úspěšné přijetí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Arnold, L.E.: *Contemporary diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder*. 2nd ed. Newtown: Handbooks in Healthcare, 2002
- Cahová, P., Pejčochová, J., Oslešková, H. *Masarykova univerzita, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Brno, Klinika dětské neurologie, Centrum pro epilepsie*
- Cook E.H., Stein M., Krasowski M., Cox N., Olkon D., Kiefer J, Leventhal B.: *Association of Attention Deficit Disorder and the Dopamine Transporter gene*. The American of Human Genetics, 1995
- Dell, O.: *Neposedné dítě. Jak pomoci hyperaktivnímu dítěti*. Praha: Grada, 1999
- Drtílková, I. Šerý, O, et al.: *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén, 2007
- Drtílková, I.: *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. Gasset, 2006
- Drtílková, I.: *Hyperaktivní dítě*. Galén, 2007
- Dudová, I., Hrdlička, M.: *Hyperkinetické poruchy v dětství*. Pastgrad Med, 2003
- Elliott, J. Place, M.: *Dítě v nesnázích (z anglického originálu Children in difficulty A guide to understanding and helping)*. Praha, Grada, 1998
- Flick, G.: *Managing ADHD in K-8 classroom: a teacher's guide*: California, Erwin, 2010
- Goetz, M., Uhlíková, P.: *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*.
- Hellerová, P. Uhlíková, P.: *Psychiatrie pro praxi, č.6, Psychiatrická klinika 1.LF UK, Centrum dorostové a vývojové psychiatrie*, 2003
- Hendl, J.: *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005
- Hendl, J.: *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999.
- Jucovičová, D., Žáčková, H.: *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010
- Jucovičová, D., Žáčková, H.: *Máte nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro rodiče a vychovatele*. Praha: D&H, 2007
- Jucovičová, D., Žáčková, H.: *Metody s dětmi s LMD-především pro učitele a vychovatele*. Praha: D&H, 1999
- Kerr, S.: *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál, 1997
- Krause, KH., Dresel, SH., Krause, J., et al. *The dopamine transporter and neuroimaging in attention deficit hyperactivity disorder*. *Neurosci Biobehav Rev.*, 2003
- Langmeier, J., Krejčířová, D.: *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha, Grada 1998
- Lougy, R.A.: *The school counselor's guide to ADHD: what to know and do to help your students*. California: Erwin, 2009

- Matějček, Z.: *Jak a proč nás děti trápí*, Grada Publishing, 1997
- Miranda, A., Presentacion MJ.: *Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the children with ADHD, with and without aggressiveness*. Psychol Sch, 2000
- Paclt, I. a kol.: *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007
- Paclt, I. Ptáček, R. Florián, J.: *Hyperaktivita*: Praha, Vzděl. institut ochrany dětí, 2006
- Pelham, W.E., Hoza, B.: *Intensive treatment: A summer treatment program for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. New York, American Psychological Association Press 1996
- Platková, D.: *Diplomová práce*. Masarykova Univerzita Brno, 2011
- Portmanová, R.: *Jak zacházet s agresivitou*. Praha: Portál, 1993
- Prekopová, J.: *Malý tyran*. Praha: Portál, 2009
- Remschmidt, H. *Global konsensus on ADHD/HKD: Working group*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry, 2005, č.3
- Rief, S.: *nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 2010
- Sagi, A.: *Problémové dítě v MŠ*. Praha: El, 2004
- Serfontein, G.: *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál, 1999
- Strauss, A., Corbinovi, J.: *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert 1999.
- Šebek, M.: *Hyperkinetické dítě – psychoanalytický pohled*. Čes-slov Psychol, 1995
- Šed'ová, K.: *Analýza kvalitativních dat*. In Švaříček, R., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007
- Train, A.: *Specifické poruchy chování a pozornosti. Jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha, Portál, 1997
- Vágnerová, M., *Psychologie problémových dětí*. Liberec, 2000
- Vágnerová, M.: *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Carolinum, 1998
- Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vydání*. Praha: Portál 2001
- Vágnerová, M.: *Komplexní problematika školního neprospěchu*, Liberec, 1996
- Zelinková, O. : *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších*
- Zelinková, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*.
- Zentall, S.: *ADHD and education: foundations, characteristics, methods, and collaboration*. New Jersey: R.R. Donnelley & Sons Company, 2006
- Zito, J.M.: *Trends in prescribing of psychotropic medications to preschoolers*. Journal of the American Medical Association, 2000

SEZNAM CITACÍ

- (1) Paclt, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007 s.12
- (2) Paclt, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. s.13
- (3) Drtílková, I. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. Gasset, 2006. 56s.
- (4) Drtílková, I. *Hyperaktivní dítě*. Galén, 2007. 83s.
- (5) Jucovičová, D. Žáčková, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Grada, 2010.s.88
- (6) Munden, A. Arcelus, J. *Poruchy pozornosti hyperaktivita*, Portál, 2002. s.120.
- (7) Medfická, H., Kunčíková, M., Novák, V. ADHD.Neurol pro Praxi, 2007, č.4, s220)
- (8) Paclt, I. Ptáček, R. Florián, J.: *Hyperaktivita*, Praha, Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, str.6
- (9) Jucovičová, D. Žáčková, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Grada, 2010., str.106
- (10) Drtílková, I. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. Gasset, 2006, str.26

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

KOHOUTEK, Rudolf. Vliv rodiny na rozvoj osobnosti člověka. [online] 6. 12. 2009, [Cit. 15.6.2012]. Dostupné na www: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/vliv-rodiny-na-rozvoj-osobnosti-cloveka>

MPSV - článek „Podporu si zaslouží i rodiny s hyperaktivními dětmi“ [online], [Cit. 15.6.2012]. Dostupné na www: <http://www.mpsv.cz/cs/8159>

MERTIN, Václav. ADHD – Pohled psychologa. Pediatrie pro praxi [online]. 2/2004, ISSN 1213-0494.[cit. 3.10. 2010].Dostupný na www: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/02/02.pdf>

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [cit. 12.10. 2010]. Dostupné na www: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb->

Zákon č. 561/2004 Sb., v platném znění, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)[cit. 11.10. 2010]. Dostupné na www: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Přehled základních symptomů ADHD (DSM IV)

Pozn. Pro diagnózu je nezbytné, aby byly v klinickém obrazu opakovaně, často.

Pozornost

Neudrží pozornost, dělá zbytečné chyby.

Neudrží pozornost ani při hrách.

Zdá se, že neposlouchá, když k němu mluvíme.

Neposlouchá instrukce a dělá zbytečné chyby z nepozornosti.

Nedokáže zorganizovat a naplánovat činnosti (jeho práce je chaotická).

Vyhýbá se činnostem, které vyžadují udržení volního úsilí.

Ztrácí věci, pomůcky do školy, sportovní potřeby atd.

Reaguje zbrkle na zevní podněty.

Zapomíná na běžné denní aktivity, které má plnit.

Hyperaktivita

Vrtí se v lavici, nevydrží klidně sedět, hraje si s prsty.

Odchází z lavice, když se očekává, že by měl sedět.

Pobíhá dokola nebo se houpe na židli, když se to nehodí.

Nedokáže si hrát potichu, neumí hrát hry, které ticho vyžadují.

Je stále v pohybu, jako by byl poháněn vlastním motorem.

Nadměrně mluví (je užvaněný).

Impulzivita

Vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka.

Nevydrží být trpělivý, nevydrží čekat, až na něho přijde řada.

Přerušuje a vyrušuje ostatní – jak při hrách, tak v konverzaci.

(Stárková, L. Psychiatrie pro praxi, 2008/9 [online])

Diagnostická kritéria ADHD u dětí a adolescentů podle DSM- IV

Musí být přítomno:

ve věku 3–5 let 10 a více příznaků

od 6–12 let 8 a více příznaků

od 13–18 let 6 a více příznaků

Příznaky:

Často neklidně hýbe rukama i nohama, vrtí se na židli;

dělá mu potíže klidně sedět, i když je k tomu vyzván;

snadno ho roztěkají vnější podněty;

má potíže s vyčkáváním, až na něj dojde řada ve hrách nebo skupinových situacích;

často vyhrkne odpověď na otázku ještě dříve, než byla otázka vůbec dovyslovena;

dělá mu potíže sledovat instrukce, které mu dávají jiní (a to nikoliv z důvodu opozičního chování či nedostatku chápavosti, atd.) a selhává v dokončování úkolů;

mívá potíže s udržováním pozornosti při práci ale i v herních činnostech;

často „přeskakuje“ od jedné ještě nedokončené činnosti ke druhé;

dělá mu potíže hrát si potichu;

často povídá až příliš;

přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči nebo se plete do her jiným dětem;

často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká;

ztrácí věci, které jsou nezbytné k práci nebo k činnostem ve škole či doma;

pouští se do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (a nedělá to proto, že by jen vyhledávalo napětí pro napětí), např. vbíhá do vozovek, aniž by se rozhlédlo.

(Paclt, Psychiatrie pro praxi 2002/3 [online])

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MKN-10 PRO HYPERKINETICKOU PORUCHU

Nepozornost

Alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců

v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:

často se mu nedaří pozorně se soustředit podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci či jiných aktivitách;

často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;

často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká;

často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti;

často nedokáže zorganizovat si úkoly a činnosti;

často se vyhýbá úkolům (např. domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí);

často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností (např. školní pomůcky);

často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;

často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý.

Hyperaktivita

Alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců

v takové míře, že nají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu:

často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;

často při vyučování nebo jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;

často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu);

často je nadměrně hlučné při hře nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech;

trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřizovat společenským podmínkám nebo požadavkům.

Impulzivita

Alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v

takové míře, že nají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu:

často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;

často nevydrží stát v řadě nebo mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada;

často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je i při hře);

bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení, nadměrně mluví.

(Goetz, M., Uhlíková, P. 2009, s.60-61)

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA DSM-IV PRO ADHD

A. Zde platí minimálně buď 1. (A1) nebo 2. (A2) varianta.

A 1. Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho výkonu.

Nepozornost

často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;

často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;

často se zdá, že neposlouchá, když se na něj přímo hovoří;

často nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoliv proto, že by se stavělo do opozice nebo nepochopilo zadání);

často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti;

často se vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se např. dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (např. školní nebo domácí úkoly);

často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje);

často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;

často zapomíná na každodenní povinnosti.

A 2. Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu

nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá

jeho vývojovému stadiu.

Hyperaktivita

často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;

často při vyučování nebo jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;

často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu);
často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat;
bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jakoby „jelo na motor“;
často bývá nepřiměřeně upovídané.

Impulzivita

často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada;
často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je i při hře).

B. Některé příznaky hyperaktivity, impulzivity nebo nepozornosti či narušení funkčnosti byly

přítomny již před 7. rokem věku.

C. některé zhoršení funkce vyplývající z příznaků se projevuje ve dvou nebo více oblastech

života (např. škola / zaměstnání – doma).

D. Musí být jasně patrné zhoršení v oblasti společenské, vzdělávací nebo v zaměstnání.

E. Příznaky nelze přičíst zároveň přítomné pervazivní vývojové poruše, schizofrenii či poruše

nálady nebo je není možné lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (poruchou nálady, úzkostnou

poruchou, disociativní poruchou, poruchou osobnosti).

(Goetz, M., Uhlíková, P. 2009, s. 60-61)

Obecné zásady usnadňující práci pedagogům s dítětem ADHD ve třídě

Pravidla sice situaci kompletně nevyřeší, ale mohou ji pomoci lépe zvládat a mírnit neklid dítěte nejen v komunikaci s pedagogem, ale i s jeho spolužáky. Napomáhají pedagogům snáze udržet pozornost dítěte, vyvarovat se činnostem, které by mohly narušit chod třídy a zároveň mít dítě lépe pod kontrolou.

Snažte se pochopit problém, kterým dítě trpí.

Při realizaci programů používejte jednoduché, jasné a důsledné postupy.

Dítě musí vědět, že úsilí, které vykonává, mu pomáhá.

Mějte dítě co nejvíce na očích. Sledujte jeho chování.

Neusazujte dítě s ADHD u okna.

Jak při zadávání instrukcí dítěti, tak při běžné komunikaci udržujte oční kontakt.

Nechte dítě vaše instrukce zopakovat.

Dávejte mu jednoduché, krátké a krátkodobé úkoly (v ideálním případě pouze po jednom). Dlouhodobé úkoly raději rozfázujte.

Pokud má dítě úkol plnit, umístěte ho mimo rozptylující vlivy (dveře, okno, rádio..).

Když dítě udělá něco správně, odměňte ho. Pokud možno často a bezprostředně.

Odměna by ale měla mít pro dítě smysl.

Pokud musíte řešit s dítětem kázeňské přestupky, je potřeba, aby dítě vědělo, že se o něj staráte a máte ho rádi jako osobnost. A to i v případě, že se vám nelíbí, jak se právě zachovalo.

Musíte-li dítě opravovat a napomínat, zaměřte se na konkrétní projevy jeho chování a ne na příčiny. Dítě s ADHD totiž neví, proč se chová tak, jak se chová.

Napomínejte dítě v soukromí, ne před celou třídou.

Připomínky dávejte v maximální možné míře v klidu.

Není vhodné příliš zvyšovat hlas, případně křičet. Trestejte vlídně a pokud možno krátkodobě. V otázce, co je a co není vhodné chování, buďte důslední. Všechna vaše rozhodnutí musí dítě vnímat jako shodná, stálá a správná. Výchovné postupy proto musejí být jednotné.

Pokuste se zajistit dítěti kamaráda s vhodným modelem chování. Je však potřeba nepoukazovat na rozdíly mezi chováním, neboť předhazování úspěchů ostatních snižuje dítěti sebedůvěru.

Pokuste se pomoci dítěti zařadit se do kolektivu vrstevníků.

Příloha č. 6

DESATERO PRO RODIČE DĚTÍ SE SYNDROMEM ADHD

Obrníme se klidem a velikou trpělivostí – víme, že dítě nám to nedělá naschvál.

Stále hledáme dobré stránky našeho dítěte, za které můžeme dítě pochválit, mluvíme o nich a posilujeme je (mezi všemi těmi průšvihy se snadno ztratí to, co dítě udělalo dobře).

Místo zadávání úkolů raději s dítětem aktivně a v klidu spolupracujeme. Máme je tak na očích, pomáháme mu soustředit se na cíl a dáváme mu jistotu, že nám na něm záleží.

Práci a činnost dělíme na velmi krátké časové úseky, cca 10-15min., které prokládáme odpočinkem. Odpočinek je dobré spojit s nějakým pohybem.

Dbáme na to, aby dítě každý den mělo možnost vybit svou „přebytečnou“ energii v pohybu a volných hrách (ale pozor - organizované kroužky k tomu nejsou příliš vhodné).

Dovolíme mu vrtět se na židli či pracovat v různých polohách: vkleče, vleže na koberci apod. Je-li to možné, požádáme učitele, aby se mohlo dítě čas od času projít i během hodiny.

Spolupracujeme se školou, ptáme se na úspěchy našeho dítěte, žádáme, aby dítě mohlo sedět co nejbližší učiteli a pokud možno co nejdál od rušivých podnětů.

Dbáme na celkové dobré zdraví dítěte, aby nebylo zbytečně zatěžováno dalšími potížemi.

Nenecháváme dítě s jeho průšvihy a neúspěchy samotné, šetrně je s ním probíráme, hledáme cesty, jak to příště udělat lépe.

Včas uvažujeme o vhodném budoucím povolání dítěte. Intelektová kapacita dětí s ADHD se neliší od ostatních dětí, musíme však zvažovat zejména míru jejich aktivity – tyto děti často bývají spokojené spíše v praktickém povolání. Nejdůležitější je jejich spokojenost s pracovní činností.

http://nahradnirodina.cz/files/File/syndrom_adhd.pdf [online] 6. 11. 2010

Doc. PhDr. Vladimír Kebza, CsC., upravila Mgr. Martina Vančáková

Příloha č.7

Škála Connersové - Dotazník pro učitele

Zkratka - CZQ

Autor: C. Keith Conner

Česká verze: Ivo Paclt, Michael Šebek

Doporučený uživatel: učitel, Doba vyplnění: 15 minut

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

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

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

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

Velice se zhoršil/a

.....
Trochu se zhoršil/a

.....
Jeho (její) výkon se nezměnil v

.....
Zlepšil/a se v

.....
Výrazně se zlepšil/a v

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

Změny chování dítěte

Chování	Mnohem horší	Trochu horší	nezměnilo se	Lepší	Mnohem lepší
Celkově					
Ve třídě					
Podílení se na činnostech třídního kolektivu					
Postoje k autoritě					

IV. Předkládáme vám seznam nejrůznějších reakcí a způsobů chování dětí. Postupně je přečtete a posuďte, zda v poslední době (v posledním týdnu, posledních 2 týdnech, v posledních 4 týdnech) se u posuzovaného dítěte takovéto reakce a způsoby chování projevovaly a v jakém stupni. Stupnice s popisem jednotlivých stupňů je na pravé straně! Svoji odpověď dejte do kroužku. Pracujte rychle a nic nevynechejte! S vyplněným dotazníkem bude zacházeno jako s důvěrným sdělením určeným pro lékařské účely.

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

Chování ve třídě:

1. Je neposedný. 0 1 2 3
2. Brumlá, mumlá, „bručí“ nebo vydává jiné rušivé zvuky. 0 1 2 3
3. Dožaduje se okamžitého uspokojení. 0 1 2 3
4. Obtížně usměrňuje své pohyby, je neobratný. 0 1 2 3
5. Je neklidný (do všeho se hrne). 0 1 2 3
6. Je vznětlivý. 0 1 2 3
7. Je nepozorný, má potíže se soustředěním. 0 1 2 3

8. Nedokončí, co začne.	0 1 2 3
9. Je citlivý ke kritice.	0 1 2 3
10. Je vážný nebo smutný.	0 1 2 3
11. Je zasněný, duchem nepřítomný.	0 1 2 3
12. Je zachmuřený nebo rozmrzelý.	0 1 2 3
13. Křičí, povykuje, je hlučný.	0 1 2 3
14. Vyrušuje ostatní děti.	0 1 2 3
15. Je hádavý.	0 1 2 3
16. Rychle a dramaticky střídá nálady.	0 1 2 3
17. Jedná vychytrale.	0 1 2 3
18. Destruktivní ničivé.	0 1 2 3
19. Krade.	0 1 2 3
20. Lže.	0 1 2 3
21. Má výbuchy hněvu, explozivní a nepředvídatelné chování.	0 1 2 3
Účast na činnostech skupiny:	
22. Izoluje se od ostatních dětí.	0 1 2 3
23. Zdá se, že ho/ji kolektiv nepřímá.	0 1 2 3
24. Zdá se, že se snadno nechá vést jinými.	0 1 2 3
25. Nemá smysl pro fair play.	0 1 2 3
26. Zdá se, že mu/jí schází někdo, kdo by ho/jí vedl.	0 1 2 3
27. Nevychází s příslušníky opačného pohlaví.	0 1 2 3
28. Nevychází s příslušníky vlastního pohlaví.	0 1 2 3
29. Dráždí ostatní děti nebo se míchá do jejich věcí.	0 1 2 3
Postoj k autoritě:	
30. Je submisivní.	0 1 2 3
31. Je vzdorovitý.	0 1 2 3
32. Je nestydatý, drzý.	0 1 2 3
33. Je nesmělý.	0 1 2 3
34. Je ustrašený.	0 1 2 3
35. Klade mimořádné nároky na učitelovu pozornost.	0 1 2 3
36. Je tvrdohlavý.	0 1 2 3
37. Je příliš úzkostlivý, než by o něco požádal.	0 1 2 3
38. Nespolupracuje s učitelem.	0 1 2 3
39. Má problémy s pravidelnou docházkou do školy.	0 1 2 3

Dodatečné údaje pro učitele:

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

Zakřížkujte prosím nejvhodnější tvrzení:

Chová se mnohem hůře než ostatní děti

.....

Chová se hůře než ostatní děti

.....

Chová se asi tak stejně jako ostatní děti

.....

Chová se lépe než ostatní děti

.....

Chová se mnohem lépe než ostatní děti

.....

Vyhodnocení faktorů

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

Poznámky: Skóry jednotlivých faktorů se vyznačují jistým stupněm vzájemné korelace, zvláště mezi faktory

1 a 4. Tyto dva faktory lze pro zjednodušení sečíst a hodnotit jako jediný faktor.

Výsledky dotazníku od třídní učitelky:

Číslo a název faktoru	hodnoty
I. Poruchy chování	82%
II. Nezáčastněnost, pasivita	55%
III. Napětí, úzkost	5,55%
IV. Hyperaktivita	94,40%
ADHD > 20 ± 5 bodů	60b.

Výsledky dotazníku od paní vychovatelky:

Číslo a název faktoru	hodnoty
I. Poruchy chování	56%
II. Nezáčastněnost, pasivita	39%
III. Napětí, úzkost	44,40%
IV. Hyperaktivita	88,80%
ADHD > 20 ± 5 bodů	53b.

Příloha č.8

Škála Connersové pro rodiče: Dotazník pro rodiče

Obvyklá mezinárodní zkratka: CPQ

Plný název v originále: Children's Parent Questionnaire

Autor: C. Keith Conners

Česká verze: Ivo Paclt, Michal Šebek

Hodnocená populace: široká dětská populace s projevy poruch pozornosti, chováním a poruchami neurotickými

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

Doporučený uživatel: psychiatr, psycholog, pediatr

Zdroj dat: Rodiče

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

Přibližné trvání jednoho hodnocení: zhruba 1 hodinu

Hodnocené období: aktuální stav (během posledních 4 týdnů)

Zvláštnosti skórování: mnohostrannost dotazníku (srov. Tab)

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

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

DOTAZNÍK PRO RODIČE (CPQ-CONNERS/TEST)

Jméno dítěte: Datum

narození:

Vaše jméno: Vztah

k dítěti:

Dnešní datum:

Překládáme vám seznam nejrůznějších potíží a problémů, s nimiž se rodiče u svých dětí setkávají. Jednotlivé potíže a problémy pročítejte pečlivě a posuďte, zda se v průběhu minulých 4 týdnů u vašeho dítěte uvedené potíže vyskytovaly a v jakém stupni. Svoji odpověď, to znamená stupeň obtíže, dejte do kroužku! Pracujte rychle a nic nevynechejte! S vyplněným dotazníkem bude zacházeno jako s důvěrným sdělením, určeným pro lékařské účely.

Stupnice: 0-vůbec ne

1-trochu

2-značně

3-velmi

Problémy s jídlem:

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

Problémy se spánkem:

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

Strach a obavy:	
8. Bojí se nových situací.	0 1 2 3
9. Bojí se lidí.	0 1 2 3
10. Bojí se být sám.	0 1 2 3
11. Bojí se nemoci, smrti.	0 1 2 3
Svalové napětí:	
12. Je velmi strnulý, ztuhlý, má toporné držení těla.	0 1 2 3
13. Cuká sebou, má záškuby.	0 1 2 3
14. Má třes.	0 1 2 3
Problémy s řečí:	
15. Koktá.	0 1 2 3
16. Mluví nesrozumitelně, drmolí.	0 1 2 3
Problémy s močením:	
17. Pomočuje se v noci	0 1 2 3
18. Když jde na záchod močit, musí pospíchat, aby se nepomočil	0 1 2 3
Problémy se stolicí:	
19. Pokakává se.	0 1 2 3
20. Má zácpu.	0 1 2 3
Obtíže s následujícími příznaky, když lékař nenalezl žádná onemocnění:	
21. Bolesti hlavy.	0 1 2 3
22. Bolesti břicha.	0 1 2 3
23. Zvracení.	0 1 2 3
24. Jiné bolesti.	0 1 2 3
25. Průjmy.	0 1 2 3
Problémy s dumláním, žvýkáním předmětů, Vytrhávání vlasů:	
26. Cucá si palec (prst).	0 1 2 3
27. Okusuje si nehty.	0 1 2 3
28. Žvýká šaty, pokrývky atd.	0 1 2 3
29. Vytrhává si vlasy.	0 1 2 3
Dětinskost, nevyzrálost:	
30. Chování, hra odpovídá nižšímu věku.	0 1 2 3
31. Pláče.	0 1 2 3
32. Vyžaduje pomoc při činnosti, kterou by měl provádět sám.	0 1 2 3
33. Lne k rodičům nebo jiným dospělým.	0 1 2 3
34. Dětský, nepřiměřeně věku žvatlá.	0 1 2 3

Citové problémy:	
35. Zlobí se sám na sebe.	0 1 2 3
36. Nechá se napadat ostatními dětmi.	0 1 2 3
37. Cítí se nešťastný.	0 1 2 3
38. Své trápení si nechává pro sebe.	0 1 2 3
Zvýšené sebeprosazování:	
39. Pouští hrůzu na slabší.	0 1 2 3
40. Chlubí se, že ho druzí nemají rádi.	0 1 2 3
41. Je drzý k dospělým.	0 1 2 3
Problémy se získáváním přátel:	
42. Je plachý, bázlivý.	0 1 2 3
43. Bojí se, že ho druzí nemají rádi.	0 1 2 3
44. Cítí se snadno zranitelný.	0 1 2 3
45. Nemá žádné přátele.	0 1 2 3
Problémy se sourozenci:	
46. Cítí se ukřivdění.	0 1 2 3
47. Vztahovačný nebo škodolibý.	0 1 2 3
48. Bojovný, svárlivý vůči sourozencům.	0 1 2 3
Problémy s udržením přátel:	
49. Obtěžuje ostatní děti.	0 1 2 3
50. Prosazuje svou.	0 1 2 3
51. Střídá přátele, je vybíravý.	0 1 2 3
Neklid:	
52. Je neklidný, do všeho se hrne.	0 1 2 3
53. Impulzivní, jedná podle okamžitého nápadu.	0 1 2 3
54. Nedokončí započatou činnost.	0 1 2 3
Nálada:	
55. Je výbušný, chová se nepředvídatelně.	0 1 2 3
56. Mlátí sebou o zem.	0 1 2 3
57. Rozhazuje a rozbíjí věci.	0 1 2 3
58. Je rozmrzlý.	0 1 2 3
Sex:	
59. Hraje si s pohlavními orgány.	0 1 2 3
60. Účastní se sexuálních her s ostatními	0 1 2 3
61. Je zdrženlivý, stydlivý.	0 1 2 3
Problémy ve škole:	
62. Učení mu dělá problémy.	0 1 2 3
63. Neraď chodí do školy.	0 1 2 3
64. Bojí se chodit do školy.	0 1 2 3

- | | |
|--------------------------|---------|
| 65. Sní za bílého dne. | 0 1 2 3 |
| 66. Chodí za školu. | 0 1 2 3 |
| 67. Nedodrží školní řád. | 0 1 2 3 |

Lhaní:

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

Krádeže:

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

Zakládání ohňů:

- | | |
|-------------------|---------|
| 74. Zakládá ohně. | 0 1 2 3 |
|-------------------|---------|

Problémy s policií:

- | | |
|-------------------------------|---------|
| 75. Má „oplétačky“ s policií. | 0 1 2 3 |
|-------------------------------|---------|

Puntičkářství:

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

Další problémy:

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

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

.....

Pozoruji u svého dítěte: Vůbec ne Trochu Hodně Moc

.....

Jak vážné problémy má podle vás v současnosti vaše dítě?

Zakřížkujte: () Žádné () Malé () Vážné

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

(Tab.) *Tabulka faktorů*

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

Výsledky dotazníku od matky:

Číslo a název faktoru	hodnoty
I. Poruchy chování	80,95%
II. Úzkost	28,60%
III. Impulzivní-hyperaktivní	62,50%
IV. Poruchy učení	58,30%
V. Psychosomatické potíže	6,66%
VI. Puntíčkářství, perfekcionismus	0%
VII. Asociální chování	0%
VIII. Svalová napětí	25%
Patologické hodnoty ADHD > 30 bodů	49b.

Sociometrická technika Longa-Jonesové, (Jiří V. Musil)

Rozdělení zón terčového sociogramu L-J sociometrické techniky

Zóny	Vážené skóre	Incidence
1	0 bodů	signifikantně ignorovaná osoba
2	1-5 bodů	pod očekávaným skórem
3	6 bodů	základní očekávaný skór
4	7-12 bodů	nad očekávaným skórem
5	13+ bodů	signifikantně preferovaná osoba

Výsledky a interpretace:

třída jako celek				Tomáš			
oblíba		neoblíba		oblíba		neoblíba	
HS	SS	HS	SS	HS	SS	HS	SS
7	4	10	4	0	1	22	5

Třída jako celek - výsledky pro „oblíbu“ jsou nad očekávaným skórem
 - Výsledky pro „neoblíbu“ jsou nad očekávaným skórem

Tomáš - výsledky pro „oblíbu“ versus „třída“ je: signifikantně ignorovaná osoba
 -výsledky pro „neoblíbu“ versus „třída“ je: signifikantně preferovaná osoba

	třída jako celek		Tomáš
	chlapci	děvčata	
oblíba	44%	56%	0%
neoblíba	93,33%	6,66%	21%

Poměr oblíby ve třídě mezi chlapci a děvčaty je 44% ku 56%, kde Tomáš neobdržel žádnou volbu, tudíž je umístěn v zóně 1 (viz výše) a označuje jeho signifikantní odlišnost od ostatních dětí.

Poměr neoblíby mezi chlapci a děvčaty je 93,33% ku 6,66%, kde je Tomášovo vážený skór vyšší než 13 bodů, tudíž je umístěn v nejvyšší zóně 5, kde se jeho skór sociometrického statusu liší od statusu ostatních spolužáků.

Dle výkladu sociometrického nálezu Longa a Jonesové jsou tyto výsledky formulovány a definovány sociometrickým nálezem: Signifikantně rozštěpený žák, tento termín definuje studenta, který je jak signifikantně preferován, tak i signifikantně odmítán. Bývají zdrojem mnoha výchovných problémů a lze je těžko identifikovat v kolektivu třídy.

Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí: SPAS

Autoři: Zdeněk Matějček, Marie Vágnerová

Význam školního úspěchu pro sebepojetí dítěte závisí na tom, jak se dosud jeho sebepojetí vytvářelo. Dítě na sebe zpravidla pohlíží tak, jak se domnívá, že je vidí rodiče a později i další osoby, učitel a kamarádi.

Obraz sebe působí na očekávání a chování jedince. Jestliže je sebehodnocení nízké, bývá nízká i motivace k takové činnosti.

Test má osm položek v šesti škálách, které označujeme:

1. Obecné schopnosti (Dítě se vyjadřuje o svých intelektových schopnostech, o své bystrosti, pohotovosti a ostatních vlastnostech, které jsou předpokladem úspěchu ve školní práci).
2. Matematika (Dítě hodnotí své schopnosti pro matematiku a svou úspěšnost v tomto předmětu).
3. Čtení
4. Pravopis
5. Psaní
6. Sebedůvěra (Dítě vyjadřuje důvěru ve své schopnosti a hodnotí své postavení mezi ostatní žáky, jak dalece mezi nimi vyniká nebo obostává v jejich konkurenci).

Sebepojetí ve smyslu pouhého odrazu skutečnosti se může prolínat s přáním, jakým by dítě chtělo být, zejména reality za citově zabarvenou představu je běžnější, typická tendence „vytahovat se“ u dětí v tomto věku, neschopnost introspekce atd.).

Zadávání a vyhodnocení testu

Dítěti předkládáme dotazník se slovním doprovodem, který parafrázuje to, co je natištěno v záhlaví testu jako „návod“. Dítě v něm bude vyjadřovat to, co samo cítí a co si myslí. Požádáme dítě, aby nám i sobě „návod“ přečetlo nahlas. Tím ověřujeme, jak plynule dítě čte a s jakým porozuměním. Dále už pracuje samo. Jestliže dá najevo, že některé otázky nerozumí, vysvětlíme mu, o čem jde. Jinak však nepomáháme. Test trvá asi 10-15 minut. Dbáme na to, aby dítě příliš nespěchalo.

Skórování testu je velmi jednoduché. Přiložením šablon zjistíme, kolik zakroužkovaných odpovědí spadá do okének označených čísly jednotlivých škál.

Užití a interpretace

Dotazníkem SPAS se zaměřeně dítěte ptáme, jakou představu má o svých schopnostech, o své výkonnosti v jednotlivých předmětech, o svém postavení v konkurenci s ostatními. SPAS není metodou, na níž by bylo možno klinickou diagnózu zakládat. Avšak velmi vydatně může k takové diagnóze přispívat. SPAS je užitečný u dětí, které mají nějaké školské problémy. Např. děti se specifickými školskými poruchami. (Dyslexie, LMD, ..)

Škála	Hrubý skór	Sten
1.	4	6
2.	8	8

3.	8	8
4.	4	6
5.	1	4
6.	5	6
Celkový skór	30	7

Retest

Škála	Hrubý skór	Sten
1.	5	7
2.	8	8
3.	9	8
4.	1	4
5.	1	4
6.	6	7
Celkový skór	30	7

SPAS je tedy relativně stabilní. Respondent netrpí ve škole pocitem méněcennosti. Projevuje naopak velkou spokojenost sám se sebou i v předmětech, v nichž se mu příliš nedaří. Má tedy zcela nekritický postoj k sobě. Pro mnohé děti s ADHD je velmi příznačný právě tento nedostatek úzkosti, činitele korigujícího vztah k společenskému okolí. SPAS přispívá alespoň zčásti k diagnóze případu, ačkoliv ta je přesvědčivěji založena na jiných ukazatelích. Především tedy přispívá k osobnostní charakteristice respondenta.

Projektivní techniky

Dětský psycholog se dnes neobejde bez projektivních technik, jsou mu zdrojem mnoha technik, jsou mu zdrojem mnoha diagnosticky užitečných informací, které ověřuje v dalším vedení případu. Je si vědom jejich výhod (usnadňují vytvoření úzkého kontaktu s respondentem, evokují atmosféru hry, redukují zkouškovou úzkost a obranné mechanismy, snižují simulaci a umožňují manifestaci i méně příznivých rysů nebo takových aspektů, jež není respondent schopen vyjádřit přímo). Má však na paměti i jejich zřejmě nevýhody (validita většiny projektivních zkoušek je problematická, interpretace bývá subjektivní, do značné míry ovlivněna osobností psychologa, některé zkoušky jsou časově náročné a jejich vyhodnocení je pracné, mnohé vyžadují velké teoretické přípravy i bohatých zkušeností s používáním techniky).

Projektivní interview

Autor: Vladimír Michal

V dětské psychologické praxi se vyvinula tato standardizovaná explorační pomůcka, která se osvědčil zvláště v psychologickém poradenství, jejíž užitečnost závisí na tvořivosti psychologa. Začátečníkovi poslouží prozatímní normy, zkušený klinik si dovolí pružné obměny případové analýzy.

Projektivní interview obsahuje 3 části:

- 1.Kouzelný svět
- 2.Nedokončené věty
- 3.Dětský svět

1. V první části Kouzelného světa se respondent identifikuje s kouzelníkem. Kouzelník „navštěvuje“ rodinu, školu a dětskou skupinu. Může vyjadřovat postoje i k sobě samému a k examinátoru.
V druhé části dítě setrvává v roli kouzelníka, vazba se již uvolňuje, když se dítě identifikuje se zvířátkem (nejdříve spontánně, pak jde o přijetí nebo odmítnutí s 12 zvířaty).
2. Nedokončené věty mohou být použity samostatně, výhodnější je však aplikovat hned po Kouzelném světě. Dokud jsou aktivovány postoje a oslabeny zábrany dítěte. Je zaměřen k diagnostice postojů respondenta k rodičům, sourozencům, k dětské skupině, ke škole, k vlastním schopnostem a dále k zjišťování cílů, hodnot, strachů a konfliktů. K dispozici jsou frekvenční tabulky nejčastějších odpovědí a průměrné reakční časy.

Tato metodika je standardizována. Vzhledem k tomu, že jde o pomůcku pro exploraci, nelze na ni uplatňovat požadavky normalizace, reliability a validity. Základem interpretace jsou vysvětlení, jimiž odůvodňuje dítě odpověď.
K dispozici jsou záznamové archy. První část „Kouzelného světa“ trvá přibližně 25-30 minut u druhé části „Nedokončené věty“ asi 15 minut.

K administraci souboru používáme zásadně ústní interpretace. Odpovědi zaznamenáváme doslovně, společně se všemi znaky chování.

Kouzelný svět: Tomášovi odpovědi jeho ústní interpretace byly obohaceny o bohatou fantazii, vtipkováním a materiálními (především technickými) postoji.

U identifikace zvířecích podob se respondent spodobňoval jen k myši, psu, ptáčku. A dlouze přemýšlel o orlovi (nakonec uvedl „někdy by se mi to hodilo“)

Takové odpovědi bychom mohli interpretovat:

u myši jako úzkostné postoje, celkového nepřizpůsobení, oslabení v socializaci.

u psa potřebou být užitečný, pomáhat druhým či agresivním postojům „může pokousat“ či potřeba bezpečí, ochrany, domova, patřit někomu, ..

u ptáčka potřeba volnosti, nezávislosti, být oblíbený, užitečný, ..

a částečně i u orla potřeba volnosti, svobody, uznání, dominance a částečně i agresivity..

(Nedokončené věty: ...)

Kresba rodiny a kresba začarované rodiny z instrukcí Z. Matějčka a I. Strohbachové

Popis diagnostických metod

R. Davido (2001) podotýká, že dětská kresba je jedním z nejhodnějších přístupů k poznání osobnosti dítěte. Není jen pouhou hrou nebo sněním, zahrnuje v sobě jak hru a snění, tak realitu, takže ji nelze opomíjet.

Kresebné testy jsou v oblasti klinické psychologie právem velmi oblíbené a široce využívané. Kreslení je pro většinu dětí činností příjemnou a přitažlivou, takže nemívají z takového úkolu strach, ani k němu nepocítují nechuť. Kreslení na začátku vyšetření poskytuje i možnost motorického uvolnění, čímž se snáze sníží nejistota, nedůvěra či neurotické zábrany, které jinak komplikují spolupráci s psychologem. Kresebné metody nebývají ani příliš časově náročné a mohou poskytovat různé informace o vývojové úrovni i citovém ladění dítěte. (Říčan, 1997)

S kresbou rodiny jakožto projektivní metodou se v dětské psychologické diagnostice setkáváme již od třicátých let. V klinické praxi má mnohé výhody. Jednou takovou výhodou bývá zpravidla to, že dítě tuto metodu vnímá jako hru, účel si neuvědomuje, a tak snáze může projevit i méně příznivé rysy oproti metodě rozhovoru či dotazníku. (Švancara a kol. 1971)

Test kresby rodiny umožňuje získat určitou informaci o způsobu, jakým dítě svou rodinu vnímá, jak se mu jeví a jak ji hodnotí, resp. její jednotlivé členy. Způsob zobrazení vlastní rodiny vyjadřuje jeho názory, postoje a pocity. Dítě zobrazí rodinu tak, jak se mu jeví z jeho subjektivního pohledu. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009)

Tato metoda má dnes několik forem, které se liší především v tom, jak široké téma se dítěti zadává. V literatuře se např. uvádí několik odlišných instrukcí. Vančurová [1966, in Koluchová, Morávek 1990 s.62] užívala instrukci: „*Namaluj, jak to u vás vypadá doma v neděli, když se všichni sejdete, když jste všichni pohromadě.*“

Dle postupu a instrukcí Z. Matějčka a I. Strohbachové se u nás vžilo toto zadání: „Na list papíru si dítě nadepíše „Naše rodina“, aby nebylo pochyb o tom, co kreslí. Dále pak zní zadání: „*Nakresli obrázek, který by vyjadřoval život celé vaší rodiny!*“

Zmínění autoři, jak již uvedeno, začínají kresbou Naše rodina. Po dokončení bývá dítě zpravidla vyzváno, aby otočilo papír na druhou stranu a nakreslilo Začarovanou rodinu.

Při kresbě začarované rodiny se volí začarování členů jen do zvířat. Jejich symbolika se zdá být totiž přehlednější, než například u rostlin nebo věcí. Zadání zní takto: „*Děti představte si, jako kdyby přišel kouzelník a každého z vás začaroval do nějakého zvířete-teré mu tak nejlíp odpovídá-nejlíp vyjadřuje jeho povahu.*“ Nakonec se doptáváme, co která osoba představuje, tak abychom se dověděli, co ovlivnilo volbu. [Matějček, 2005 s.30]

Kresba začarované rodiny stimuluje ve větší míře symbolické zpracování prožitků a postojů k vlastní rodině. Způsob proměny jednotlivých postav lze chápat jako určitou symboliku. Tímto způsobem je dítě schopné sdělit informaci, kterou by jinak vyjádřit nedovedlo, nebo by případně ani nechtělo. Metoda je vhodná pro děti od 6 do 12 let., výjimečně u vyšetření dětí mladších či strašičích. Časová náročnost se pohybuje obvykle od 5 do 10 min. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009)

Způsob práce

Administraci obou zkoušek Kresby rodiny a Kresby začarované rodiny jsem zadávala s odstupem jednoho týdne. Byl zadán přesný postup dle instrukcí k jednotlivým zkouškám podle Z. Matějčka. Tomáše jsem testovala v jeho domácím rodinném prostředí, bez přítomnosti jeho matky.

Kresbu rodiny Tomáš kreslí tužkou na papír formát A4. Časová dotace této zkoušky trvala přibližně 4-5 min.

Kresbu začarované rodiny Tomáš kreslí pastelkami rovněž na papír formát A4. Časová dotace této zkoušky trvala přibližně 12 min.

Výsledky

Celkový dojem Kresby rodiny působí velice negativně až depresivně. Výčet postav, spíše ženských a mužských siluet, které jsou bez detailního ztvárnění některých částí lidského těla. Takto zobrazené osoby v kresbě umístěné vedle sebe svědčí o nedostatku kreslířských dovedností ale i o jisté nechuti kreslit právě na toto dané téma. Výraz z tváří jednotlivých postav by tu mohl do jisté míry odrážet náladu, kterou všem zobrazeným osobám připisuje jako dominantní. Vlasy, oči a ústa jsou v kresbě sice naznačeny oproti chybějícímu nosu, uším, rukám a chodidlům, přesto si je více netroufám interpretovat na základě jejich chudého kresebného ztvárnění. Konfliktů, které se objevují v dané kresbě je vidět hned několik. Např. Konflikt v podobě blesku

vystupujícího z poměrně pozitivně ztvárněného nebe mezi usmívající se osoby maminky a babičky či opravovaná postava otce a již zcela nezdařilá a nedokončená osoba samotného autora zakreslena do podoby vzdalujícího se stromu. To vše může působit jako určitý projev úzkosti, nejistoty či možné agrese. (Novák, 2004)

Kresba začarované rodiny, na mne působí mnohem pozitivnějším dojmem, nejen samotným začarováním do symbolů jednotlivých členů rodiny a dotazováním se na význam zobrazení, který mohl být samozřejmě ovlivněn různými mechanismy, pro danou chvíli vztahující se k autorovi na základě jejich vlastností a aktuálních vztahů. První nakreslený symbol představující matku, byla „myš“, té byl pak ještě v zápětí přikreslen „kus sýra“. Myš, jakožto největší symbol kresby, nejdominantnější, nejsilnější, mající vlastnost shromažďující či pečovatelskou, dohlížejíci, číhající s výraznými smysly („uši na šťopkách“, „neustále otevřené oči“aj). „Beriška“, druhý ztvárněný symbol, představující babičku, možný symbol vyjadřující křehkost, libost či užitečnost. Beriška byla autorem vybarvena či vyšrafována, pro vnější viditelné znaky, aby byla „jako hezká beriška“ Můžeme vnímat jako možné jisté upozornění, proti této konkrétní osobě. Třetím zobrazeným symbolem, je symbol „Kocoura“.

Kocour symbolizuje otce. Menší zvíře, ztvárněno v profilu. Umístěn do pozadí kresby. Otec chybí častěji než matka. Může to vyjadřovat negativní, lhostejný vztah (ze strany otce i dítěte), nebo jen převažující otcovu nepřítomnost. Kocour, jakoby spokojeně hleděl na obří myš, v bezpečné vzdálenosti od ostatních velkých zvířat. Posledním symbolem je symbol „Motýla“. Motýl, vyjadřující autora kresby. Maličký, svobodný, bezstarostný. Tato symbolická zobrazení konfrontují jen na základě toho, co již o Tomášovi vím.

Z obou kreseb je zřejmá nižší úroveň grafomotorických dovedností. Psychologické vyšetření pro hyperkinetický syndrom, který je příčinou narušení jeho pozornosti, výkyvů ve výkonu i horší senzomotorické koordinace.

Projev dítěte je velmi toporný a dítě často střídá tlak kreslícího náčiní. Objevuje se typická disproportionálnost, kde je zobrazena velká hlava nebo dlouhý krk, a asymetričnost. Typické jsou dvojité přerušované roztřesené čáry, části těla bývají chybně připojeny. Časté opomíjení detailů. Objevovat se mohou i geometrické tvary, kdy kresba působí opožděně a neohrabaně. V podstatě kresba odráží celkovou symptomatologii dítěte, tedy poruchu pozornosti, neklid, deficit v oblasti zrakově-

pohybové koordinace, impulzivitu a problémy v oblasti vnímání a myšlení (Mlčák, 1996)

Závěry

Již z literatury vím, že kresebné projektivní techniky není vhodné používat jako jedinou psychodiagnostickou metodu. Závěry kresby je vhodné formulovat jako hypotézy či otázky týkající se dané osobnosti, které samozřejmě vyžadují ověření dalšími metodami. Při hodnocení a interpretaci kresebných projektivních technik je potřeba postupovat důsledně a kriticky k vlastním závěrům. Taková nekritická a povrchní interpretace by pak snadno mohla vést k poškození posuzované osoby.

Poznámka: Obě tyto kresby do příloh z důvodu citlivých informací nepřikládám.