

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2014-2017

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Šrámková

**Práce s dětmi s ADHD na ZŠ při PNB a na oddělení dětské
psychiatrie PNB**

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR FULL-TIME STUDIES

2014-2017

BACHELOR THESIS

Kateřina Šrámková

**Working with children with ADHD at the elementary
school and in the Department of Child Psychiatry in Bohnice
Psychiatric Hospital**

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 9.3.2017

Kateřina Šrámková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Tomanové, Ph.D. za odborné vedení, konzultaci a cenné rady a připomínky.

Anotace

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá základními informacemi o syndromu ADHD. Popisuje historii, terminologii, příznaky a příčiny vzniku této poruchy. Terapii a farmakoterapii, vyšetření dětí trpících hyperkinetickou poruchou i možnosti vzdělávání a výchovy. Praktická část pomocí polostrukturovaných rozhovorů, pozorování a zpracování dostupných dokumentů objasňuje rodinnou situaci dětí s ADHD hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Bohnice, přístupy personálu tamější dětské psychiatrie a celkový průběh hospitalizace.

Klíčová slova

ADHD, dítě, hyperaktivita, HKP, oddělení dětské psychiatrie, PNB, pozornost, režim, rodinná výchova, výchova.

Annotation

The main purpose of the theoretical part of this bachelor thesis is to provide the insight into the issue of ADHD. It describes the history, terminology, symptoms and causes of the disorder as well as the therapy and pharmacotherapy, examinations of the children suffering from ADHD, and the particular possibilities of education and upbringing. The practical part of the thesis describes the research methodology, including semi-structured interviews, observations and processing of available documents. It further focuses on the family environment of children suffering from ADHD who are hospitalized in the Department of Child Psychiatry in Bohnice Psychiatric Hospital, the behaviour of staff of the Department of Child Psychiatry in Bohnice Psychiatric Hospital, as well as the overall course of the hospitalization.

Keywords

ADHD, attention, child, department of child, family education, hyperactivity, hyperactivity disorder, psychiatry, psychiatric hospital in Bohnice, regimen, upbringing.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ADHD.....	11
1.1 HISTORIE	11
1.2 TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE ADHD.....	12
1.3 PŘÍZNAKY ADHD A PŘÍČINY VZNIKU	14
1.4 TERAPIE	15
1.4.1 TERAPIE	16
1.4.2 FARMAKOTERAPIE	17
2 VYŠETŘENÍ HYPERKINETICKÉHO DÍTĚTE.....	22
2.1 PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA	22
2.1.1 DIAGNOSTIKA TRIÁDY PŘÍZNAKŮ.....	23
2.2 VZDĚLÁVÁNÍ A VÝCHOVA DĚTÍ S ADHD.....	25
2.2.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC VZDĚLÁNÍ ŽÁKŮ A STUDENTŮ SE SPECIÁLNIMI VZDĚLÁVCÍMI POTŘEBAMI.....	25
2.2.2 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN.....	26
2.3 VÝCHOVA DÍTĚTE S ADHD.....	27
2.4 SPOLUPRÁCE RODINY A ŠKOLY	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
3 DÍTĚ S ADHD NA ZŠ PŘI PNB A NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ PSYCHIATRIE PNB.....	32
3.1 CÍL PRÁCE A METODY ŠETŘENÍ.....	32
3.2 MÍSTO SBĚRU DAT	32
3.3 KAZUISTICKÉ ŠETŘENÍ.....	33
3.3.1 MARTIN.....	34
3.3.2 LUKÁŠ	36
3.3.3 ONDŘEJ	39
3.3.4 DANIEL.....	41
3.3.5 MATYÁŠ.....	42
3.4 CHOD ODDĚLENÍ DĚTSKÉ PSYCHIATRIE.....	44
3.4.1 VIZITY	45
3.4.2 REŽIM NA ODDĚLENÍ	46

3.4.3	PSYCHOLOŽKY	47
3.4.4	TERAPEUTKY	48
3.4.5	UČITELKY.....	49
3.5	ZÁVĚR ŠETŘENÍ.....	50
	ZÁVĚR	52
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	54
	SEZNAM ZKRATEK	56
	SEZNAM PŘÍLOH.....	57

ÚVOD

Název bakalářské práce zní „Práce s dětmi s ADHD na ZŠ při PNB a na oddělení dětské psychiatrie PNB“. Pojem ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - Syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou) je ve společnosti v posledních letech velmi frekventovaný. Téma si autorka vybrala z toho důvodu, že je daná problematika zajímavá. S dětmi s poruchou ADHD se setkávala již od dětství jak ve školních zařízeních, tak i v rodině. Na dětské psychiatrické oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice (dále PNB) dříve docházela asistovat při nácviku na vánoční besídky, proto si jej zvolila jako pracoviště pro výzkum. Tato porucha je provázena poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou. U každého dítěte se může projevovat jinak, avšak tyto tři hlavní příznaky jsou v různé míře vždy přítomny. V dnešní době se objevují spekulace, zda jsou děti s diagnózou ADHD skutečně nemocné, nebo mají nedostatečnou výchovu, či se jim naopak v rodině dostává moc pozornosti. Pacienti s ADHD, kteří jsou hospitalizováni na oddělení dětské psychiatrie v PNB jsou zcela určitě děti, které touto poruchou trpí.

Cílem bakalářské práce je objasnit termín ADHD a jeho současnou problematiku. Dále uvést příklady dětí trpících touto poruchou a možnosti, jakými lze s dětmi pracovat v rodině a nakonec prezentovat přístupy pracovníků PNB k dětem se syndromem ADHD.

V první kapitole se autorka zabývá základní charakteristikou syndromu ADHD, jeho historií, základní terminologií a klasifikací podle MKN-10 a DSM-IV. Dále typickými příznaky, příčinami vzniku a terapií včetně farmakoterapie. Druhá kapitola je zaměřena na práci s dítětem s hyperkinetickým syndromem, na prvotní vyšetření dítěte s podezřením na poruchu ADHD, kde je popsána psychologická diagnostika, a vyšetření triády symptomů (pozornost-hyperaktivita-impulzivita). Následuje vzdělávání a výchova žáků s ADHD včetně legislativního rámce a přístupu rodiny k dítěti a ke škole.

V praktické části práce jsou představeny kazuistiky pěti chlapců trpících ADHD a hospitalizovaných v PNB. Kazuistiky jsou zaměřeny zejména na jejich rodinné prostředí a výchovu, ale také na důvod příjmu k hospitalizaci a na průběh pobytu na dětském oddělení PNB. V příloze jsou poté publikovány dva řízené rozhovory:

s vedoucím lékařem oddělení dětské psychiatrie a s jednou z třídních učitelek zdejší základní školy (dále ZŠ). Cílem je zjistit, zdali je přístup ze strany rodiny pro vývoj dítěte s ADHD důležitý a zda postřehy personálu odpovídají rodinným anamnézám z kazuistik žáků.

V závěru praktické části je popsána práce s dětmi v PNB ze strany psychologů, terapeutů a učitelek a celkový průběh hospitalizace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ADHD

ADHD je porucha pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Děti trpící touto poruchou se vyznačují nadměrnou aktivitou, neposedností, snadnou ztrátou pozornosti, impulzivitou, agresivitou, netrpělivostí atd. Hyperkinetická porucha (dále HKP) je třikrát častější u chlapců než u dívek. V několika málo případech přetrvává až do dospělosti, avšak její příznaky již nejsou natolik nápadné. V ostatních případech se projevy ADHD vytrácí v období dospívání.

1.1 HISTORIE

Lékaři se o poruchu ADHD zajímají již od počátku 20. století. V roce 1902 proběhlo první vyšetření dětí, které se projevovaly neklidem, přestože pocházely ze správně vychovávající rodiny. Z těchto vyšetření lékař G.F. Still zaznamenal větší počet chlapců než dívek. Všechny zkoumané děti se projevovaly hyperaktivitou a poruchou chování. Dále vyvodil, že jelikož nebyla zanedbána výchova, děti nebyly vystavovány nežádoucím vlivům prostředí, nejpravděpodobnější příčina vzniku této poruchy bude zřejmě biologického původu. Tento výzkum byl zásadní pro mnohé budoucí vyšetření. Před ním se na hyperaktivitu u dětí dívalo jako na „morální defekt“ a podobné chování se řešilo bitím, které mělo donutit děti poslouchat. (Drtílková, 2007)

Autorka dále zmiňuje výklad Edwarda Hallowella, který zní: *„prestižní britský lékařský časopis Lancet otiskl v roce 1904 krátký článek s nadpisem „Případ neposedného Filipa“, ve kterém byla zábavným způsobem nevhodného chování (je stále v pohybu, houpe se na židli, dokud se nepřevrátí, při pádu stáhne ubrus a s ním sklenice, talíře a příbor...).* Byly to další zmínky popisující chování s hyperkinetickými

příznaky“ (Hallowell et al., 1994, cit. Drtílková, 2007, s. 15). Psychostimulační látka byla poprvé použita v roce 1937 Charlesem Bradleyem. Měla pozitivní výsledky v oblasti zmírnění hyperaktivity a zlepšení prospěchu (Drtílková, 2007).

Za celé dvacáté století se pro poruchu ADHD vystřídal mnoho termínů. Některé z nich se objevují dodnes, avšak jsou velmi zastaralé a do nynější terminologie nepatří. Jedním z takových termínů je „lehká mozková dysfunkce“ (dále LMD), který se zavedl v roce 1963 v Chicagu, kde se zároveň stanovila i jeho definice (Drtílková, 2007). *„Jsou to děti vyšší, průměrné nebo podprůměrné inteligence, s různými poruchami chování nebo učení. Různé formy onemocnění, od velice mírných až po závažné, jsou spojeny s odchylkami funkcí CNS“* (Drtílková, 2007, s. 16). V té době termín zahrnoval poruchy, které dnes pod ADHD nepatří (např. specifické vývojové poruchy učení a motorické funkce). Neurologové brali LMD jako „lehkou“ formu dětské obrny. V dalším odvětví byla brána jako „psychomotorická instabilita na bázi LMD“. Jako hlavní příčiny byly považovány zejména prenatální a postnatální komplikace. Dnes se při etiologickém řešení stále berou v potaz, avšak pozorovány jsou i další příčiny (Drtílková, 2007).

1.2 TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE ADHD

A. TERMINOLOGIE

Ve světě se v druhé polovině 19. století používal termín „minimální mozková dysfunkce“, který do České republiky přišel již jako „malá mozková dysfunkce“. Užíval se pro hyperaktivní děti, u kterých stále ještě nebyla uvedena přesná příčina vzniku poruchy a považovala se za následek nedostatečné výchovy. I v novodobé terminologii se objevuje pojem LMD, který má kořeny v šedesátých letech 20. století. Avšak nejčastějšími pojmy nynější terminologie jsou podle Mezinárodní klasifikace nemocí hyperkinetická porucha s poruchou pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování. Druhý z příkladů se diagnostikuje v případě, že kromě poruchy pozornosti a aktivity se u nemocného dítěte objevuje i problematika v chování (Jucovičová, Žáčková, 2010).

V České republice se často vyskytuje termín ADHD, který byl převzat z terminologie Americké psychiatrické asociace. ADHD je zkratka pro syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou, zatímco ADD je syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity. Příznaky, které děti s ADHD mají, jsou dlouhotrvající a chronické. Nejsilněji se začínají projevovat při vstupu dítěte na základní školu, kdy je nuceno plně udržovat pozornost (Jucovičová, Žáčková, 2010).

B. KLASIFIKACE ADHD

Podle DSM-IV a MKN-10 jsou hyperkinetické poruchy brány rozdílně.

Hlavní rozdíl spočívá v různém vyčlenění subtypů, kde podle kritérií MKN -10 hyperkinetické poruchy zahrnují subtyp:

- s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F 90.0) a
- hyperkinetické poruchy chování (F 90.1).

Pro diagnózu je nutné, aby byly přítomny společně všechny základní příznaky poruchy (Drtílková, 2007).

Podle kritérií DSM-IV zahrnují hyperkinetické poruchy následující subtypy:

- ADHD, inattentive type (s převládající poruchou pozornosti),
- ADHD, hyperactivity/impulsivity type (s převládající hyperaktivitou a impulzivitou)
- ADHD, combined type (smíšený typ) (Drtílková, 2007).

Drtílková dále uvádí kritéria hyperkinetické poruchy podle MKN-10, podle kterých se porucha musí projevit před 7. rokem věku dítěte. Hlavní symptomy, které s poruchou souvisí, trvají minimálně 6 měsíců. Také je přítomna tzv. triáda–porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita (Drtílková). Na rozdíl od MKN-10, kde je nutnost výskytu obou symptomů hyperkinetické poruchy, u DSM-IV nemusí být přítomny všechny příznaky.

Mezi dětmi s poruchou ADHD je častý rozdíl v projevech. U některých dětí se může projevit spíše narušená pozornost, zapomínání, roztržitost, mnohdy nejsou schopni se soustředit, často přestanou vnímat okolí, dokonce se porucha může projevit na jejich pohybové aktivitě, která je v tomto případě nižší. Stejně tak se jejich porucha projevuje ve škole nerovnoměrnými výkony, podle učitelů a spolužáků jsou líní. Může se stát, že se u nich objeví impulzivita, agresivita či jiné záchvaty vzteku, avšak hyperaktivita není

dominantním příznakem. Tím je tento typ HKP nebezpečnější, jelikož se příznaky bez zásadní hyperaktivity snáze přehlédnou. V manuálu DSM-IV je tento typ označován jako „inattentive type“ (typ s převládající poruchou pozornosti) (Drtílková, 2007).

1.3 PŘÍZNAKY ADHD A PŘÍČINY VZNIKU

A. PŘÍZNAKY ADHD

„Dítě s ADHD nevydrží chvíli v klidu, neustále něco musí dělat, většinou více věcí najednou. Ve škole nevydrží sedět v lavici, vykřikuje, neustále se hlásí, padají mu věci, vyndává věci z tašky, vybíhá u lavice apod.“ (Altmanová, 2010, s. 3).

Projevy syndromu ADHD se mohou měnit na základě denní doby, věku jedince či sociálního prostředí. Děti s touto poruchou mají často problémy s dodržováním obecných pravidel a norem chování. Obtíže jim dělá vytváření rozvrhů, organizace, řešení problémů a v případě, že je přepadne nějaká výrazná emoce, těžko se s ní vyrovnávají. Neumí se správně vyjadřovat, často mají problémy s koordinací pohybů, s motorikou (hrubou i jemnou), se spánkem (spí krátce či moc dlouze, mohou mít i převrácený spánkový režim). I když tyto potíže nepostihují intelekt, na školní či pracovní výsledky a sociální úspěšnost mohou mít značný vliv.

V dospělém věku mají jedinci s poruchou ADHD jiný klinický obraz než děti s touto poruchou. Jde zejména o maturaci mozku během jeho vývoje, ale podíl má také schopnost vyrovnat se s daným postižením, kterou mají dospělí díky zkušenostem lépe vyvinutou než děti. Výše zmíněné příznaky ovlivňují mnoho dalších faktorů v životě jedince trpícího poruchou ADHD. Např. vyšší úrazovost (z důvodu jak hyperaktivity, tak impulzivity i možné ztráty pozornosti), obtížné navazování vztahů (kvůli své vznětlivosti, neposlušnosti), speciální přístupy ve škole (specifické výukové metody), problémy v zaměstnání (obtížně nachází uplatnění, složité hospodaření). Mimo tyto faktory jsou tu ještě další, při kterých si ani nemocný jedinec nemusí nebezpečí uvědomit, např. řízení motorového vozidla (které je rizikové v případě impulzivního jednání), zneužívání návykových látek, neschopnost organizace a nakládání s financemi apod. Pro děti s ADHD je velmi obtížné vydržet při studiu, jelikož je pro ně složitější

plnit domácí úkoly, připravovat se na výuku, soustředit se na vykládanou látku, dodržovat pravidla a režim atd.

B. PŘÍČINY VZNIKU

Příčiny vzniku ADHD mají kořeny v mnohých vědeckých disciplínách.

Nejpodstatnější z nich je genetika. Mnohé studie potvrdily, že při vzniku ADHD není na vině špatná výchova ani prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. (Munden, Arcelus, 2008).

Jiné studie dokazují, že má ADHD z 80 % dědičný základ. Oproti tomu výchova či životní prostředí jsou jakožto příčina ADHD o mnoho procent menší. To se prokázalo při studiích jednovaječných dvojčat.

I v případě, kdy dvojčata vyrůstala odděleně a jednomu z nich již bylo ADHD diagnostikováno byla 80 % pravděpodobnost, že se vyskytne i u druhého dvojčete (Goetz, Uhlíková, 2009).

Po vlivech genetických není možné opomenout také vlivy prostředí. Nejsou sice natolik významné, ale je důležité se o nich zmínit, v některých případech jim totiž lze předejít. Týká se to zejména nedostatečného okysličení mozku. Díky některým vnějším faktorům se mozek hůře okysličuje během těhotenství nebo při porodu, což může mít vliv na pozdější vznik ADHD. Významnější roli však hraje dlouhodobé snížení přísunu kyslíku do mozku, což může mít na svědomí např. závažná infekční onemocnění matky či užívání návykových látek v těhotenství. Negativním faktorem také může být předčasný porod (Goetz, Uhlíková, 2009).

Kromě genetických příčin a vlivů prostředí jsou uváděny „strukturální abnormality mozku“. U jedinců s ADHD se potvrdila odlišnost v mozkových strukturách oproti jedincům, kteří HKP netrpí. Tato odlišnost se objevila v těch částech mozkové tkáně, ve kterých se nachází systémy zahájení a vykonávání uvědomělého pohybu, pozornosti, plánování činnosti apod. Některé výzkumy poukazují i na odlišnou tvorbu těch neurotransmiterů, které ovlivňují pozornost, chování, koordinaci pohybu, spánek, učení, paměť.

1.4 TERAPIE

1.4.1 TERAPIE

Aby byla terapie účinná, je potřeba zapojit a sjednotit několik pomocných skupin, mezi něž patří školní či poradenský psycholog, který může testovat dětské IQ, poskytuje poradenství o problému a veškeré informace a rady, jak problém překonat. Zároveň pomáhá i učitelům, aby i oni mohli vytvořit vhodné prostředí pro děti s ADHD ve škole (Munden, Arcelus, 2008).

Dále speciální pomoc dětem s potížemi. Do této skupiny patří jak asistenti, tak učitelé. Ti se snaží škole pomoci s tím, jak se k žákům chovat a jak k nim přistupovat. Mezi speciální pomoc dětem s potížemi patří také specializované třídy (známější pod názvem vyrovnávací), které se objevují zejména na školách pro děti se specifickými problémy učení a chování (dále SPUCH) (Munden, Arcelus, 2008).

Třetí skupinou jsou školní zdravotnice a lékaři. U nás nejsou tyto pomocníci příliš rozšířeni. V jiných zemích jsou známy zejména sestry, ale například ve Velké Británii se vyskytují školní lékaři. Na ně se rodiče při podezření na jakékoliv tělesné nebo duševní problémy dítěte obracejí přímo. Lékař či sestra jim poté dokáží sehnat konkrétní osobu, na kterou se mají obrátit. Jejich pomoc ve škole je velice důležitá zejména proto, že dávají pozor, aby dítě pravidelně bralo své léky a jsou mu kdykoliv plně k dispozici (Munden, Arcelus, 2008).

V české republice jsou častější skupinou psychologové, kteří pomáhají zejména užitečnými radami dětem i jejich rodinám. Důležitou součástí jejich práce je vnímání pacientových emocí, myšlenek, chování, sebedůvěry a sociálních dovedností (Munden, Arcelus, 2008).

Jedna z nejdůležitějších skupin zahrnuje rodinné terapeuty, pod které řadíme sestry, psychology, sociální pracovníce a lékaře. Podstata této skupiny vychází zejména z toho, že potíže, které s sebou ADHD nosí, nemají dopad jen na dané dítě, ale z velké části i na jeho rodinu. Práce rodinného terapeuta spočívá převážně v tom, že nechá jednotlivé členy rodiny volně mluvit o daných problémech, nesnaží se jim radit ani nevstupuje do jejich řeči, naopak je cíleně směřuje k vlastnímu řešení (Munden, Arcelus, 2008).

Další skupinou jsou rodičovské organizace na podporu dětí s ADHD. V České republice se zatím mnoho podpůrných organizací nevyskytuje, ale některé alespoň pořádají pomocné přednášky. Celkově se snaží o zařazení ADHD do politických

programů a o rozšíření povědomí o něm mezi širokou veřejnost a tím i zlepšení přístupu k dětem s touto poruchou a k jejich rodinám (Munden, Arcelus, 2008).

Proto je důležitá spolupráce všech dětí, rodičů i odborníků, aby zájem o ADHD neustále rostl a neupadl v zapomnění (Munden, Arcelus, 2008).

➤ Kognitivně behaviorální terapie „vznikla na konci 70. let 20. století. Je to psychoterapeutický směr, který v sobě integruje behaviorální a kognitivní přístupy. Behaviorální přístup se zaměřuje především na zjevné chování a snaží se je změnit pro klienta žádoucím směrem. Kognitivní přístup pak pracuje s myšlenkami, postojí k sobě, k druhým a k okolnímu světu“ (Theiner, 2007, s. 177).

➤ Behaviorální terapie sleduje to chování, které je zjevné na pohled. Zároveň hledá spouštěče a následky tohoto chování. Vychází z toho, že kvůli nedostatku schopností nebo neschopností využít přítomné schopnosti se vytváří problémové chování (Theiner, 2007).

➤ Kognitivní terapie „pracuje s myšlenkami a kognitivními procesy. Je účinná u komorbidních depresivních a úzkostných poruch“ (Theiner, 2007, s. 177). Při této terapii se terapeut nesnaží poruchu vyléčit, ale pozměnit chování, které nějakým způsobem zhoršuje kvalitu života klienta. Tudíž se snaží najít cíl, který bude pro klienta prospěšný, a díky kterému se bude snažit chování změnit i on sám. Vše se musí udávat konkrétně, nikoliv obecně. Jak cíl, tak chování, které je předmětem této terapie. Podstatou je, aby si dítě uvědomilo, proč se má změnit právě dané chování. Této změny se dá docílit pomocí hraní rolí nebo modelového přehrávání žádoucího chování. Tím dítě pozná, jak by se chovat mělo, a při úspěchu je odměněno. Jako první se dítě učí samomluvu, která je zaměřena na vyřešení daného problému. Poté co tento krok zvládne, se snaží poznávat jak své myšlenky a pocity, tak i myšlenky a pocity ostatních. Kromě dítěte při této terapii musí být přítomni i rodiče. S nimi terapeut nacvičuje rodičovské chování a učí je, na které podněty přestat úplně reagovat (křik) a na jaké začít reagovat jinak (agrese). Kromě reakce na nežádoucí chování se rodiče učí vnímat i žádoucí chování a dítě za něj chválit (Theiner, 2007).

1.4.2 FARMAKOTERAPIE

1. HISTORIE

„V roce 1937 Charles Bradley v USA popsal u 14 ze 30 dětí s problémy v chování „nápadné zlepšení chování, a především zlepšení školního výkonu“ během týdenní léčby benzedrinem“ (Drtílková, 2007, s. 135). Jelikož se díky této léčbě potvrdilo zlepšení chování a výkonů ve škole, začala se po druhé světové válce stimulancia více využívat. Účinky stimulantů se označovala jako „paradoxní reakce“, protože na děti, které netrpěly HKP působily opačně, tudíž zvyšovaly aktivitu a impulzivitu (Drtílková, 2007).

V 60.a 70. letech se začaly objevovat neuroleptika, a tak po jejich rychlém testování přešly stimulancia do pozadí. Zkoušely se preparáty sedativního a incizivního typu. Těmto látkám se sice dařilo tlumit neklid, na kognitivní funkce měly však negativní účinky. Děti například usínaly ve škole. V důsledku pojetí HKP jako součást LMD, se při farmakoterapii snažili ovlivnit organickou psychopatologii nootropními preparáty, které na hyperkinetickou poruchu neměly žádný vliv, naopak se spekulovalo o zhoršení psychomotorického neklidu (Drtílková, 2007).

2. SOUČASNOST

Porucha ADHD je brána jako nemoc, jelikož je nazývána různými lékařskými pojmy. V případě užívání vhodných léků se chování dětí (zejména se středně těžkou a těžkou formou ADHD) zásadně mění. A mění se i přístup ke vzdělání, k lidem a k navazování vztahů. Ostatní možnosti, jak potlačit příznaky ADHD a co nejvíce přiblížit kvalitu života nemocných dětí k životu dětí bez poruchy, jsou sice také důležité, avšak v mnoha případech je vhodná medikace jedinou možností jak zajistit jejich účinnost (Munden, Arcelus, 2008).

V případě, že je zvolena farmakologická léčba, by při předepisování léků měl spolupracovat jak daný jedinec, tak i rodiče a samozřejmě lékař. Po předepsání léků je důležité, aby si lékař i rodič s dítětem promluvili o tom, proč by mělo léky brát a v čem mu to může pomoci. Jinak by farmakologickou léčbu mohlo brát spíše jako trest (Munden, Arcelus, 2008).

A. PSYCHOSTIMULANCIA

V roce 1993 byly publikovány výsledky, které ukazovaly, že po léčbě stimulanty došlo ke zlepšení u 65-75 % pacientů, kdežto u placebo se úspěšnost pohybovala kolem 4-30 %. Je dáno, že stimulancia by se měla začít podávat až ve školním věku, jelikož u mladších dětí jsou reakce na tyto léky nepředvídatelné (Drtílková, 2007).

Užívání těchto látek je v 70-90 % případech úspěšné. Proto jsou také mezi léky, které se u HKP podávají na prvním místě. Autorka popisuje studie, ve kterých se prokázala účinnost psychostimulancií. Tyto medikamenty pozitivně ovlivňují jak základní příznaky, kterými jsou hyperaktivita, porucha pozornosti a impulzivita, tak i vedlejší symptomy jako agresivita, neschopnost navazování sociálních vztahů, studijní výsledky. Mají dobrý vliv i na krátkodobou paměť. Kromě pozitivní odezvy mají však i nepřesvědčivé výsledky zejména v oblasti nálady, návalů vzteku, poruchy pozornosti a specifických poruch učení. Samozřejmě se mohou objevit i nežádoucí účinky, i když u většiny případů jsou stimulancia snášena bez problémů. Nejčastějšími nežádoucími účinky bývá nespavost, snížená chuť k jídlu, úbytek hmotnosti, bolesti břicha a hlavy, zvýšená tepová frekvence (Drtílková, 2007).

➤ Ritalin je standardní methylfenidát. U tohoto léku je obtížné nastavit správné dávkování. Ve většině případů se musí předepsaná dávka několikrát změnit, aby vyhovovala pacientovi a zaručovala správné působení léku. V ČR se stimulancia předepisují ve velmi malé míře oproti např. USA, kde je v některých školních třídách užívá 5-10 % žáků. Podle Munden a Arceluse je to známka průměrné diagnostiky a podprůměrného léčení v naší zemi, a proto se mnoho dětí léčí neefektivně, a z toho důvodu se jim nedostává adekvátního vzdělání (Munden, Arcelus, 2008).

Ritalin snižuje hyperaktivitu, impulzivitu a agresi, zvyšuje rozsah pozornosti. Děti po něm více poslouchají, méně chybují a začínají se snažit. Zároveň roste kvalita práce a zlepšují se ve čtení i psaní. Díky tomu všemu se také zvyšuje i jejich sebevědomí (Munden, Arcelus, 2008). Lék se musí brát pravidelně, účinek trvá 2-3 hodiny, a proto je nutné užívat ho zhruba 3krát denně. Pro děti je dobré naučit je, aby si samy hlídaly čas, kdy si mají lék vzít. Naučí je to větší samostatnosti a spolehlivosti a brzy se sžijí s pravidelným a dlouhodobým užíváním. Lék má samozřejmě i nežádoucí účinky. Mezi nejčastější patří poruchy spánku a nervozita. Mnohdy se takové problémy řeší snížením denní dávky. Mohou se objevit i další, méně závažné vedlejší účinky jako je suchost v ústech, snížená chuť k jídlu, bolesti břicha, hlavy a závratě (Drtílková, 2007).

B. NESTIMULAČNÍ PREPARÁTY

➤ Atomoxetin (Strattera) není stimulant, tudíž se jeho předepisování nemusí hlídat tak důkladně z důvodu možnosti zneužití, proto je pro pacienty lépe dostupný.

Atomoxetin stačí brát jednou denně, převážně v ranních hodinách, díky jeho vlastnosti působení po celý den. Výhodou je, že nezpůsobuje nespavost jako například ritalin, naopak zjednodušuje usínání. Je vhodné ho podávat i pacientům, kteří kromě ADHD trpí ještě např. Tourettovým syndromem, díky jeho schopnosti zmírňovat tiky (Munden, Arcelus, 2008).

➤ Antidepresiva se mnohdy využívají u dětí a dospělých jedinců trpících ADHD, na které nemají příznivé účinky stimulancia. Tato léčba je také brána jako výhodnější u těch typů HKP, se kterými se vyskytují tiky, epilepsie, psychotické příznaky, deprese či závislosti (Drtílková, 2007). I tady se mohou objevit nežádoucí účinky, a sice poruchy srdečního rytmu a výjimečně i náhlá úmrtí. Důležité je provádět kontrolní EKG před nasazením léčby a při zvyšování dávky. Co se týče ostatních méně nebezpečných vedlejších projevů, můžeme se bavit o suchosti v ústech, rozmazaném vidění, zácpě, retenci moči, abnormální chuti k jídlu (ať snížené nebo zvýšené), s tím související úbytek nebo zvýšení hmotnosti, bolesti břicha a hlavy, nespavost (Drtílková, 2007).

➤ Clonidin se oproti předchozím zmíněným antidepresivům, které se podávají převážně před spaním, užívá začátkem druhé poloviny dne, aby nezpůsobil nespavost. „*Kombinace clonidinu se stimulanty je někdy používána a doporučována při léčbě ADHD s komorbidní tikovou poruchou*“ (Arnold, 2000, cit. podle Uhrové, 2007, s. 159).

➤ Antipsychotika neboli neuroleptika. „*U dětí s hyperkinetickou poruchou mají sedativní efekt, avšak při vyšších dávkách vzrůstá riziko nežádoucích účinků, poklesu školní výkonnosti a pravděpodobně se vzdáváme příznivého ovlivnění specifických symptomů poruchy v kognitivní oblasti* (Uhrová, 2007, s. 160). U poruchy pozornosti s hyperaktivitou, bez poruchy chování se tyto medikamenty nepředepisují jako první možnost. Kvůli jejich tlumícím efektům jsou doporučovány především na poruchy pozornosti s hyperaktivitou, které doprovází těžké poruchy chování, agresivita, tikové poruchy, autismus apod. A to pouze v případě, že všechny standardní metody již byly

kvůli neúspěchu vyloučeny (Uhrová, 2007).

2 VYŠETŘENÍ HYPERKINETICKÉHO DÍTĚTE

Diagnostika syndromu ADHD není tak snadná, jak se může zdát, jelikož ho často doprovází i jiné poruchy, které mohou modifikovat psychopatologický obraz.

Hyperkinetická porucha se projeví většinou do pěti let života dítěte. Je několik bodů, které jsou zásadní při diagnostice hyperkinetické poruchy:

1. Rozhovor s matkou či jinou blízkou osobou

Je důležitá spolupráce s osobou, která nám dokáže podat informace o vývoji dítěte, jeho chování a základní anamnézu. Většinou to tedy bývá matka. Rozhovor s ní trvá 30 minut (Theiner, 2007).

2. Podrobné klinické vyšetření dítěte

Bez přímého vyšetření dítěte nelze stanovit diagnózu. Je vhodnější provádět vyšetření dítěte bez přítomnosti rodičů, avšak v prostředí, kde se dítě cítí bezpečně. Samotné vyšetření by mělo trvat 30-45 minut (Theiner, 2007).

3. Učitel jako diagnostik

Jelikož u dítěte trpícího hyperkinetickou poruchou se základní příznaky, což jsou nepozornost, impulzivita, hyperaktivita, projevují nejvíce ve škole, je při stanovení diagnózy velmi důležitý rozhovor s učitelem, na který je vyhrazeno 15-20 minut (Theiner, 2007).

4. Psychologické vyšetření

Tyto testy nemůže provádět nikdo kromě psychologa. Ani ten nemůže stanovit lékařskou diagnózu, ale podává velmi důležité informace o stavu dítěte (Theiner, 2007).

2.1 PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

Pro poruchu ADHD je nutné provést celkové vyšetření, při němž se diagnostik zaměřuje jednotlivě na ty funkce, které přímo souvisejí se základní triádou příznaků ADHD (porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita). Po nich se vyšetřují i ostatní charakteristické symptomy. Cílem komplexního vyšetření jedince trpícího ADHD je zjištění úrovně rozumových schopností, motorických a vizuomotorických dovedností, schopnosti prožívání a sebepojetí. Dále hodnotí vztahovou problematiku v různých

sociálních skupinách (rodina, vrstevníci, učitelé apod.). Je důležité vědět, že během vyšetření se mohou základní projevy HKP zmírnit nebo naopak zvýraznit. Proto jsou pro vyšetřujícího velmi podstatné získané údaje od matky nebo jiného příbuzného a ostatní informace od předchozích diagnostiků (Uhrová, 2007).

2.1.1 DIAGNOSTIKA TRIÁDY PŘÍZNAKŮ

1. PORUCHA POZORNOSTI

V případě vyšetření pozornosti je důležité vidět její jednotlivé díly. Ty se navzájem překrývají a ovlivňují. Uhrová (2007, s. 97) uvádí, že „*při hodnocení pozornosti je často obtížné odlišit projevy jednotlivých komponent jeden od druhého a často i od projevů jiných psychických funkcí. Za tímto účelem se používají specifické psychodiagnostické metody, které umožňují hodnotit právě dílčí komponenty pozornosti*“.

U nás se nejvíce využívají testové metody tužka-papír a počítačové metody:

A. TUŽKA-PAPÍR

Jsou častější než metody administrované počítačem, jelikož jsou dostupnější.

➤ Číselný čtverec: Při hodnocení tohoto testu se posuzuje úroveň koncentrace a distribuce pozornosti a schopnost odolávat zátěži. Také je z něj možné vyhodnotit kolísání výkonu pozornosti v čase (Uhrová, 2007).

➤ Číselný obdélník: Obdobné využití jako u předchozího testu. Měří hlediska pozornosti, přesnosti percepce, pracovní tempo (Uhrová, 2007).

➤ Pražská modifikace Bourdonova testu: Užívá se k hodnocení úmyslné koncentrované pozornosti, přesnosti percepce a psychomotorického tempa. Test navíc umožňuje sledovat průběh výkonu v čase. Dále z něj lze usuzovat pracovní charakteristiky jedince. Test je určitým ukazatelem míry unavitelnosti a schopnosti odolávat tlaku stereotypie. V současné době se používá spíše v diagnostice dospělých (Uhrová, 2007).

➤ Test diskriminace tvarů: Podobný jako Pražská modifikace Bourdonova testu, jen je díky své jednoduchosti vhodný spíše pro děti (Uhrová, 2007).

➤ Test pozornosti d2: Je využíváný pro děti i dospělé. Umožňuje zjistit individuální výkonnost v oblasti pozornosti a soustředění. Je to časově omezená zkouška, která měří rychlost zpracování, výkonovou křivku, dodržování pravidel a kvalitu výkonu při rozlišování podobných zrakových podnětů (Uhrová, 2007).

B. ADMINISTROVANÉ POČÍTAČEM

➤ Testy měřící reakční čas: Měří míru pozornosti. Mezi takové testy patří např. Continuous Performance Test (CPT), při němž jsou na monitoru v určitých časových intervalech prezentovány podněty a subjekt odpovídá zmáčknutím tlačítka na určité předem specifikované podněty nebo dvojice podnětů. Test měří schopnost udržet pozornost (Uhrová, 2007).

2. VYŠETŘENÍ HYPERAKTIVITY

„Hyperaktivita se u dětí s HKP projevuje nadměrnou pohybovou aktivitou nebo nutkáním k této aktivitě, která je vzhledem k dané situaci nepřiměřená a jeví se jako neúčelná a nesmyslná. Aktivita je často charakterizována zvýšenou rychlostí a intenzitou. Nejlepším diagnostickým nástrojem je tedy pozorování. Cenné informace přináší pozorování během vyšetření. Je však třeba mít na paměti, že diagnostická situace může být pro dítě nová a jeho projevy mohou být zkreslené ať už ve smyslu inhibice motorických projevů nebo jejich zvýraznění“ (Uhrová, 2007, s. 102).

Proto jsou velice důležité všechny údaje o dítěti od rodiny, příbuzných, učitelů apod. Existují dva přístroje, pomocí kterých dokážeme změřit hyperaktivitu, a jsou to aktometr a pedometr (Uhrová, 2007).

3. VYŠETŘENÍ IMPULZIVITY

„Impulzivita je chápána jako deficit v oblasti autoregulace, jehož následkem je snížená schopnost odložit reakci na právě přítomný podnět. Projevuje se zbrklostí a často vede k neadekvátním reakcím. Může se projevovat tzv. impulzivním kognitivním stylem, který je charakterizován rychlou a současně chybnou odpovědí na prezentovaný podnět. Právě tento styl můžeme měřit výkonovými testy“ (Uhrová, 2007, s. 101).

➤ Matching Familiar Figure Test (MFFT): Tento test byl vyvinut v roce 1965. Probíhá tak, že se danému pacientovi nejdříve ukáže obrázek a následně série

podobných obrázků, ze které má daný obrázek identifikovat. V ČR se využívá přepracovaná verze „Test nacházení známých obrázků“ (TE-NA-ZO). Existují dvě verze testu, pro děti od 6 do 14 let (ve které jsou normy zvlášť pro dívky a chlapce) a pro dospívající a dospělé (ve které jsou normy pro obě pohlaví) (Uhrová, 2007).

2.2 VZDĚLÁVÁNÍ A VÝCHOVA DĚTÍ S ADHD

2.2.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC VZDĚLÁNÍ ŽÁKŮ A STUDENTŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

Touto problematikou se zabývá zákon č. 561/2004 Sb. – *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*. Dále vyhláška 27/2016 Sb. *o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. Paragraf 16 tohoto zákona je věnován právě dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Tento paragraf také vymezuje jedince, kteří pod něj spadají. Jsou to děti se:

1. Zdravotním postižením. Pod něj spadají děti s mentálním, tělesným, zrakovým či sluchovým postižením, s vadami řeči, se souběžným postižením více vadami, autismem a vývojovými poruchami chování nebo učení.

2. Zdravotním znevýhodněním. Mezi to patří zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc, lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám chování nebo učení, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

3. Sociálním znevýhodněním. Jedná se o rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova.

Dále odstavec 6 tohoto paragrafu *„zakotvuje právo dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním na vzdělávání způsobem, který odpovídá jejich potřebám při současném využití speciálních pomůcek, které jim takové vzdělávání umožní“* a odstavec 7, podle kterého *„děti, žáci a studenti se zdravotním postižením mají právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou“*.

Vyhláška 147/2011 Sb. *o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*, je další vyhláškou, která úzce souvisí s tématem dětí s ADHD. Pojednává o vyrovnávacích a podpůrných opatřeních, podle potřeb žáka. Vyrovnávacími opatřeními se rozumí využívání pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků, poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga. Škola tato opatření poskytuje na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka, průběhu a výsledků jeho vzdělávání, popřípadě ve spolupráci se školským poradenským zařízením. Mezi podpůrná opatření pak patří využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.

V dnešní době se školství v ČR pokouší vytvořit vhodné prostředí, ve kterém se budou všichni žáci cítit rovnocenně, budou mít stejné podmínky a šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a budou mít právo na rozvoj individuálních předpokladů. Během posledních dvaceti let došlo k velkému pokroku ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (dále SVP). Zejména v oblasti integrace a inkluze (Bartoňová, Vítková, 2013).

2.2.2 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN

Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu (dále ŠVP). Zpracovává ho škola na základě doporučení školského poradenského zařízení a žádosti zletilého žáka nebo zákonného zástupce. Obsahuje údaje o skladbě druhů a stupňů podpůrných opatření poskytovaných v kombinaci s tímto plánem, identifikační údaje žáka a údaje o pedagogických pracovnících podílejících se na vzdělávání žáka. Jsou v něm dále uvedeny zejména informace o:

- a) úpravách obsahu vzdělávání žáka
- b) časovém a obsahovém rozvržení vzdělávání
- c) úpravách metod a forem výuky a hodnocení žáka
- d) případné úpravy výstupů ze vzdělávání žáka

Individuální vzdělávací plán je zpracován bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy škola obdržela doporučení a žádost zletilého žáka nebo zákonného zástupce. Může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeb žáka.

Vyhláška č. 116/2011 Sb. *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* pojednává o tom, že účelem poradenských služeb je přispívat zejména k vytváření vhodných podmínek pro zdravý tělesný a psychický vývoj žáků, pro jejich sociální vývoj, pro rozvoj jejich osobnosti před zahájením vzdělávání a v průběhu vzdělávání. Dále k naplňování vzdělávacích potřeb a rozvíjení schopností, dovedností a zájmů před zahájením vzdělávání a v jeho průběhu. K prevenci a řešení výukových a výchovných obtíží, projevů různých forem rizikového chování, které předchází vzniku sociálně patologických jevů a dalších problémů souvisejících se vzděláváním a s motivací k překonávání problémových situací. K vytváření vhodných podmínek pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním, ke vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšího profesního uplatnění. Také k rozvíjení pedagogicko-psychologických a speciálně pedagogických znalostí a profesních dovedností pedagogických pracovníků ve školách a školských zařízeních.

2.3 VÝCHOVA DÍTĚTE S ADHD

„Tento týden je zkouška nervů. Sice žádný doktor, ale Tom je prostě „na zabítí“. Stačí trošku zvednout hlas a už na mě řve. A to já zvedám hlas opravdu minimálně. Opravdu neposlouchá. Cesta do obchodu se rovná shánění ochranky či policie, aby ho našli. Prostě uteče. Když nejsem ochotna rvát kočár s menšími dvojčaty kvůli dvěma stům metrům do autobusu, ječí ještě další hodinu. Teď se nudí v posteli a budí dvojčata. Jsou dny, kdy mám pocit, že už nemám sílu. Jsem totálně vyčerpaná a zoufalá. Ale pak

se stane to, co včera, a to mi trochu síly dodá. Byli jsme v cukrárně a jedna paní se Toma na něco zeptala a on jí pěkně odpověděl. Pak jsme vyšli ven a on říká: „Mami, já tu paní miluju. Já jsem se do paní zamiloval.“ Nebo když mi řekne: „Mami, ty jsi hezká...“ Ach jo, chtěla bych víc rozumět, co se děje v jeho hlavě...Andrea“
(Škrdlíková, 2015, s. 31).

Tímto dopisem začíná kapitola „Rodina a neklidné dítě“ z publikace Petry Škrdlíkové. Napsala ho jedna z matek dítěte ADHD, která byla s autorkou v kontaktu při psaní knihy. Vystihuje nadměrnou psychickou zátěž, která provází téměř všechny rodiče vychovávající dítě s HKP. Existují dva pojmy, které by měly výchovu dítěte s hyperkinetickou poruchou provázet. Je to „láska“ a „hranice“. V rámci těchto pojmů nacházíme podle Škrdlíkové (2015, s. 36) čtyři výchovné styly a sice:

1. *„výchova s dostatkem projevované lásky a nedostatkem stanovovaných hranic*
2. *výchova s nedostatkem lásky a nedostatkem hranic*
3. *výchova s nedostatkem lásky a přítomností stanovovaných hranic*
4. *výchova s dostatkem projevované lásky i dostatkem stanovovaných hranic“*

Nastavení daných hranic a zavedení pravidel je při výchově dítěte s ADHD skutečně podstatné. Pokud dítě nemá zavedený režim, práce s ním je mnohem obtížnější. Ve chvíli, kdy ví, že je čas např. na svačinu, domácí úkoly nebo vyčištění zubů, časem bude tyto činnosti dělat bez protestů. Denní režim usnadní život nejen rodičům, ale převážně i dětem. Pro rodiče může být ze začátku těžké zavést dodržování pravidel do každodenního života. Z toho důvodu uvádí Carter pět kroků, které jim při zvládnutí počátečních překážek pomohou:

1. Prvním z nich je tzv. „ukázka“. Rodič se pokouší dítě naučit nějaké činnosti (např. mytí nádobí) tím, že mu jí názorně předvede. Než si dítě povinnost vsugeruje, je potřeba mu jí předvést několikrát a musí se soustředit na pozorování rodiče. Výslovně se mu tedy řekne, aby se díval, jak se to dělá. Jelikož děti s ADHD potřebují neustále nějaký pohyb, je dobré, aby při pozorování napodobovaly pohyby rodiče. To jim také pomůže v osvojení si dané činnosti (Carter, 2011).

2. Dalším krokem je „aktivní účast“. Během tohoto kroku se dítě s pomocí rodičů samo procvičuje v mytí nádobí. Je důležitá trpělivost, na dítě se nesmí spěchat. Pokaždé, když si rodič všimne nějaké chyby, je nutné na ni dítě upozornit a opravit ho.

Nemělo by se mu asistovat příliš dlouhou dobu, aby si na pomoc nezvyklo. V tomto kroku jde zejména o to, aby se dítě naučilo samostatně činnosti vykonávat (Carter, 2011).

3. Třetím krokem k zvládnutí pravidel je „dohled“. Dítě již nádoby myje samo. V případě nějaké chyby se pouze slovně opraví. Kdyby mu rodič při každém zaváhání v činnosti pomáhal, dítě by se dále nesnažilo zvládnout ji samo. Při každém povedeném pokusu by mělo být dítě pochváleno. Děti s ADHD nemají vysoké sebevědomí, a tak je potřeba jim často dávat pozitivní odezvu (Carter, 2011).

4. Následuje „svěření odpovědnosti“, při němž zařadíme mytí nádobí do každodenní povinnosti dítěte. Stále je důležité ho často chválit. Musí vědět, že zadanou práci odvádí dobře, a že jsou na něj za to rodiče pyšní. V tu chvíli bude mít k činnosti kladnější přístup a lépe se ji naučí zařadit do svého rozpisu úkolů (Carter, 2011).

5. Posledním krokem je „kontrola“. Rodiče by měli zadanou činnost po dítěti kontrolovat. Upozornit ho, že umyté nádoby pokaždé zkontrolují. I samo dítě je rádo, když za splnění úkolu dostane pochvalu (Carter, 2011).

Pokaždé když dítě danou činnosti zvládne je nutné ho ujistit, že dělá vše správně, pochválit ho před známým nebo příbuzným, když je dítě v blízkosti. Na každý krok si rodič musí vymezit dostatek času, aby si ho dítě plně osvojilo a mohlo se soustředit na další. Doba trvání jednotlivých kroků není u všech činností stejná. Proto si rodič musí všimnout toho, jak dítě daný úkol zvládá (Carter, 2011).

I přes dodržování určitých pravidel jsou situace, kdy se s dítětem s ADHD těžce jedná. Zejména v případě, že se jeho příznaky začnou projevovat na veřejnosti. Chození do obchodu, na návštěvy, k lékaři. Tyto situace a další jim podobné mohou být pro rodiče velmi náročné. Pro některé z nich je těžké se smířit s postojem okolí. Ať už cizích lidí, které potkávají na ulici nebo blízkých přátel a příbuzných. Ti se totiž často uchylují k názoru, že chování dítěte je zaviněno nedostatečnou výchovou, bojí se dítě pohlídat či ho pozvat na dětskou oslavu. V tu chvíli se rodiče i s dítětem uzavřou před vnějším světem, jelikož se chtějí vyhnout dalším kritickým reakcím. Dítě se potom cítí osamocené, bez přátel a často si to dává za vinu (Škrdlíková, 2015).

Dále se setkáváme s různými postoji k výchově. V některých případech se matky uchylují k přístupu „vše jde vyřešit po dobrém a domluvou“. To však u dětí s poruchou ADHD příliš nezabírá a později to vede k vnitřní frustraci matky (Škrdlíková, 2015).

Možným problémem při výchově dítěte s ADHD je i příprava do školy. V tu chvíli jsou to právě rodiče, kteří mu při učení a plnění úkolů musí pomoci. Dítě s HKP se nedokáže učit příliš dlouho, proto je důležité dělat při učení časté přestávky. Důležitým bodem je místo, kde se dítě učí. Potřebuje klid, aby ho nerozptylovaly okolní zvuky (televize, sourozenci apod.) a měl by pracovat v místnosti, kde si obvykle nehraje. Jako poslední je podstatná denní doba. Večer je pro dítě s ADHD nejméně efektivní částí dne. Proto je nejvhodnější přípravu do školy provést hned po příchodu domů (ať ze školy či nějaké mimoškolní aktivity) (Altmanová, 2010).

2.4 SPOLUPRÁCE RODINY A ŠKOLY

Autorka zmiňuje dopis od matky chlapce s ADHD, který pojednává o vztahu učitelky z mateřské školy (dále MŠ), která k jeho diagnóze (ADHD, potíže s vývojem řeči) přistupuje velice neprofesionálně, s dítětem neumí pracovat a matka má každý den strach svého syna Dominika z MŠ vyzvednout. Již ve dveřích matka vysílá tázavé pohledy směrem k učitelce: „*Tak co Dominiček, paní učitelko, snažil se dnes?*“ Unavená učitelka bez rozmyšlení odpovídá: „*No, co byste chtěla... s tou diagnózou...*“ (Škrdlíková, 2015, s. 45).

Ve vztahu učitel-rodíč je právě učitel ten, který by se měl snažit vytvořit dobré vztahy a pomáhat rodině podporovat dítě. Často se stává, že učitel přistupuje k chování dítěte tak, že pochází ze špatné výchovy v rodině. Odsuzuje rodiče dítěte s ADHD, i když přesně nezná stanovenou diagnózu, neví přesně co ADHD znamená a nezná ani výchovné přístupy v dané rodině (Škrdlíková, 2015).

Dále Škrdlíková (2015, s. 44) pojednává o možné problematice komunikace mezi rodiči a učiteli právě ze strany rodičů: „*Rodiče mají často cejch špatných a neschopných vychovatelů, jenž však blokuje jejich otevřenost slyšet i dobré a užitečné informace. Učitel se při jednání s rodičem může setkat se zralým rodičovským postojem, který se vyznačuje vědomím specifik dítěte a hledáním spolupracujícího učitele, se kterým chce rodina táhnout za jeden provaz. Možná častěji se však setká s rodičem, který si za léta kritiky od okolí vybudoval určité obranné postoje či problémy dítěte vůbec neřeší.*“

Rodič často potřebuje radu ohledně přístupu k dítěti s ADHD, povzbuzení a poskytnutí prostředí důvěry. Při navazování dobrých vztahů je vhodné rodiče přimět k rozhovoru, během kterého mu učitel poskytne právě pozitivní ohlas a může mu podat užitečné rady, a naopak získá informace o prostředí, ve kterém se dítě vyskytuje mimo školu. Tak naváže lepší vztahy s rodiči, které ovlivní nejen jejich spolupráci, ale i chování dítěte (Škrdlíková, 2015).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 DÍTĚ S ADHD NA ZŠ PŘI PNB A NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ PSYCHIATRIE PNB

3.1 CÍL PRÁCE A METODY ŠETŘENÍ

Cílem praktické části bakalářské práce je nastínit problematiku v rodině žáků s ADHD hospitalizovaných v pavilonu 28 v PNB. Dále představit a popsat činnost pracovníků v pavilonu 28., zejména učitelů, psychologů a terapeutů. Dílčím cílem je za první kazuistika pěti chlapců s ADHD navštěvující ZŠ při PNB a za druhé popis chodu pavilonu 28 a ZŠ při PNB. V závěru praktické části je hodnocení souvislosti mezi získanými informacemi z kazuistik a z polostandardizovaných rozhovorů s pracovníky oddělení.

Pro dojití k těmto cílům, byly zvoleny následující metody: přímé pozorování dětí při vyučování, velkých vizitách a skupinových sezeních, rozhovor s psychologkou, terapeutkou a učitelským sborem, řízený rozhovor s lékařem a třídní učitelkou a analýza dokumentů (chorobopisy a osobní spisy žáků).

Výzkumným vzorkem bakalářské práce v rámci případové studie bylo pět chlapců trpících syndromem ADHD, kteří jsou hospitalizováni v PNB (někteří opakovaně) a jsou žáky tamější ZŠ. Všichni chlapci pocházejí z neúplné rodiny s genetickým zatížením.

3.2 MÍSTO SBĚRU DAT

Poznatky pro bakalářskou práci byly získávány na pavilonu 28 v PNB, který je pavilonem dětské psychiatrie, a který prošel v roce 2010 rozsáhlou rekonstrukcí. Zároveň s rekonstrukcí pavilonu bylo zkultivováno i jeho okolí a nově upravena a

přebudována velká zahrada, kde se nachází fotbalové hřiště s běžeckou dráhou, dále oplocené víceúčelové hřiště s umělým povrchem, stoly na stolní tenis, herní prvky pro malé děti, venkovní šachy, ohniště a velký altán, ve kterém za příznivého počasí může probíhat i výuka zdejší ZŠ, což má příznivý vliv na duševní pohodu žáků. Místa pro sběr dat byla jednotlivá oddělení dětské psychiatrie v 1. a ve 2. patře (chlapecké a dívčí), dále v suterénu, kde probíhají terapie a skupinová sezení a zároveň se tam nachází sídlo místních terapeutek. Autorka byla dále přítomna několika velkých vizit, kterých se účastní primář oddělení, vedoucí lékař, ostatní lékaři, psychologové, terapeutky a zástupce zdravotních sester. Pravidelně se setkávala s psycholožkou chlapeckého oddělení v její pracovně, kde probíhalo několik neřízených rozhovorů.

Dalším místem sběru dat byla ZŠ při PNB, která se nachází ve 3. patře této budovy, je tedy součástí pavilonu 28. Má čtyři kmenové třídy, počítačovou učebnu a dále je zde jedna víceúčelová třída, která je určena pro individuální výuku problémových žáků a zároveň slouží jako audiovizuální učebna. Vzhledem k lékařským diagnózám dětí a k zajištění jejich bezpečnosti škola nemá odborné učebny ani laboratoře, pomůcky na pokusy a neprovádí laboratorní práce. Učitelé musí mít rovněž pod kontrolou všechny pomůcky, kterými by žáci mohli ohrozit sebe nebo ostatní spolužáky, např. nůžky, pravítka, kružítko, tužky, špendlíky atd.

ZŠ při PNB byla založena v roce 1950. Tehdy byla vybudována pro žáky s epilepsií a pro mládež vyžadující zvláštní péči a byla jediná tohoto druhu v Československu. Již v té době byla důležitá spolupráce personálu na celém oddělení, díky čemuž se znatelně zlepšoval zdravotní stav pacientů. Nyní se škola věnuje zejména nemocným či zdravotně oslabeným žákům, kteří potřebují odbornou psychiatrickou péči. Jsou to především ti žáci, kteří mají problémy jak ve škole, tak v rodině. Vyučují se tu žáci s mnohými diagnózami např. organickou poruchou osobnosti, s poruchami učení a chování, s ADHD, s poruchami autistického spektra, žáci se suicidálními pokusy, depresemi, sebepoškozováním a sociálně patologickými jevy (alkoholismus, drogová závislost, záškoláctví, příp. i trestná činnost).

3.3 KAZUISTICKÉ ŠETŘENÍ

Do kazuistiky je zařazeno pět chlapců, kteří jsou hospitalizováni na oddělení dětské psychiatrie PNB a zároveň dochází do ZŠ při PNB, která se nachází ve stejné budově. Případová studie obsahuje rodinnou, osobní, psychiatrickou, sociální a školní anamnézu, diagnózu a záznam ze dvou po sobě jdoucích vizit.

3.3.1 MARTIN

Čtrnáctiletý chlapec Martin žije se svou matkou, navštěvuje běžnou ZŠ a opakuje 7. třídu. Nyní je už druhým měsícem hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde zároveň navštěvuje i základní školu.

➤ Rodinná anamnéza

Matka, nar. 1966. Trpí hypertenzí, je neléčená schizofrenička (u lékaře naposledy v roce 2003, od té doby neléčena), nepobírá invalidní důchod, není vedena na úřadu práce, je samoplátcem zdravotního pojištění. Otec, nar. 1970. Je zdravý, s matkou spolu nežijí, k Martinovi ho matka nepouští.

➤ Osobní anamnéza

První těhotenství, rizikové, v termínu, záhlavím, kleštěmi, obtočená pupeční šňůra, kříšen, v inkubátoru nebyl, novorozenecká žloutenka. Seděl v 6 měsících, chodil v 1 roce, mezitím nelezl po čtyřech.

➤ Psychiatrická anamnéza

Ve školním roce 2015/2016 nechodil $\frac{3}{4}$ roku do školy, matka ho omlouvala – má poruchy spánku, v noci je vzhůru, ve dne spí. První psychiatrické vyšetření – zjištěna deprese, sebepoškozování. Proběhl soud o opatrovnictví, z důvodu zanedbání péče byl odebrán, pravděpodobně nastoupí do DD nebo DÚ.

➤ Diagnóza

ADHD, smíšené poruchy chování a emocí.

➤ Sociální anamnéza

Žije s matkou v nedostavěném domě, vedle bydlí otec matky. Martinův otec prarodiče navštěvoval, dokud babička nezemřela. Matka s ním nekomunikovala, k Martinovi ho nepouštěla. Až do 5. třídy Martin prospíval, do školy chodil, dle dětské lékařky byl zdravý, čistý. Matka odmítá kamkoliv jezdit, něco si zařizovat, ať úřady, lékaře apod. Finančně jí podporuje jen její otec. Od roku 2015, kdy Martin začal chodit do 6. třídy, škola oznámila, že do školy nechodí, matka ho neomlouvá a kontakt na matku nemají. Do ordinace k dětské lékařce také přestal docházet. Pracovnice z městského úřadu se pokoušely matku navštívit, vystrkovala je ze dveří, křičela na ně, že zavolá policii a zavírala se před nimi. Jednou za čas, kdy Martin přišel do školy, vypadal zanedbaně, komunikoval jednoslovně, avšak matku stále bránil. OSPOD podal podnět k zahájení řízení o nařízení ústavní výchovy nezletilého. Kontaktovali otce, uvedl, že se synem není nadále v kontaktu.

V dubnu 2016 se matka dostavila do školy, omluvila Martinovu absenci a jako důvody uvedla průjmy, bolesti hlavy, zubů, ale také obavu či divný pocit z třídní učitelky, podle jejích slov má zvláštní hlas. V druhém pololetí nebyl Martin z žádného předmětu ohodnocen, měl 37 omluvených a 467 neomluvených hodin. Otec nezletilého při soudním řízení uvedl, že by se o syna rád postaral, ale neviděli se dlouhou dobu a nejsou na sebe zvyklí, nejprve by chtěl se synem navázat kontakt. Ve školním roce 2016/2017 Martin opět nechodil do školy, při šetření v bydlišti matka nereagovala.

V listopadu roku 2016 byla provedena kontrola bydliště za asistence policie a hasičů. V přízemí domu byl příšerný nepořádek, na podlaze zašlapané bláto a zrní (na dvoře chovají kozy), ústřední topení nefunguje – topí dřevem, všude po nábytku nádobí, na zemi škopek s močí a kýbl s lidskými výkaly. V dalším pokoji dvě klece s morčaty na sobě, dvojlůžko se špinavými lůžkovinami, kde spí matka s Martinem. Sociální zařízení špinavé a neudržované, v domě neteče voda.

➤ Školní anamnéza

Do 1. třídy šel v 7 letech, měl odklad pro poruchy chování. Před nástupem do PNB navštěvoval 7. třídu na běžné ZŠ, nyní opakuje ročník pro vysokou absenci, od února 2016 nechodil do školy.

➤ Při přijetí do PNB

Nezletilý Martin: „*Od února nechodím do školy, mám problémy se spaním, v noci jsem vzhůru do 4 do rána a pak spím do 3 a nejde mě probudit. Léky nezabíraly, na pozorování v nemocnici nic nenašli. S nikým nekomunikuju, poškozuju se tak 1x za týden, škrábu se na ruce. Trochu mi to pomáhá, postupně jsem se z toho stavu vždycky dostal, zlepšila se mi nálada. Teď necítím úzkost ani napětí. Už spím dobře, ráno vstávám normálně. Myšlenky, že bych si chtěl ublížit pouze v tom svém stavu, to je tak jednou za týden. V tom stavu mám hroznej vztek, nedokážu pochopit, že jsem si dokázal vůbec ublížit. Vzniká to z ničeho nic. S mámou vycházíme, pomáhám jí s nádobím, uklízím. S tátou se nevidám.*“

Matka je nedostupná, telefon nezvedá.

➤ Vizita

Proběhla první čtvrtek po víkendu, kdy byl na propustce u matky. Měl čerstvě rozškrábanou ruku, udělal si to klackem na zahradě. Ví o tom, že je matka nemocná, a že se neléčí, ale moc tomu nerozumí. Více o ní mluvit nechce, lékaři a psychologka mu alespoň radí, aby o tom zkoušel psát do deníku, že se mu uleví. Pan primář mu zakázal další propustky, protože se jeho stav po nich zhoršuje. Martin to plně chápe, neprotestuje. Také mu poradil, aby zkoušel svůj vztek a nepříjemné stavy vybíjet jinak než na sobě (boxovací pytel, vyřvání do polštáře, promluvit si na soukromých pohovorech).

Další týden je Martinovi mnohem lépe, stav se opět zlepšil. S matkou nemluvil od poslední propustky, ona sama mu nevolá. Slíbili, že jí zkusí zavolat, ale často si vypíná telefon z důvodu paranoi. Martin nemá žádné čisté prádlo, z důvodu nezájmu ze strany matky. Na oddělení to vyřeší tím, že mu ho dají vyprat v místní prádelně.

3.3.2 LUKÁŠ

Desetiletý chlapec žijící pouze s matkou. První pobyt v PNB ve 2. třídě. Mimo ZŠ při PNB vystřídal již tři základní školy. Poslední kombinace léků značně zlepšila

Lukášovo chování, avšak matka se rozhodla, že nechce, aby je užíval, a tak se jeho stav opět zhoršil.

➤ Rodinná anamnéza

Matka se narodila v USA, od 2 let je v ČR. Vystudovala pedagogickou školu, pobírá příspěvky na péči + ÚP + hmotná nouze + sirotčí důchod pro Lukáše. Je s ní obtížná spolupráce (není s ničím spokojená). Otec zemřel v roce 2015, nebyli oddáni, národnost SK, vyučen sklář, dělal zedníka. S matkou se opakovaně rozcházel, definitivně v roce 2014. Podle matky byl kvartální alkoholik a měl tikovou poruchu. Dva nevlastní sourozenci z otcovy strany, není více informací. Dědeček z matčiny strany měl paranoii, že po něm jde FBI, a vokální tiky. Teta z matčiny strany měla schizofrenii a skočila z okna.

➤ Osobní anamnéza

Narodil se jako chtěné dítě z druhé gravidity (první interrupce). Porod proběhl o měsíc předčasně, záhlavím, nekříšen, poporodní adaptace dobrá. Dlouho lezl po čtyřech, chodit začal v 15 měsících. První slova říkal před prvním rokem, poté přestal, mluvit začal až ve 2,5 letech. Pomočování cca do 8 let.

➤ Psychiatrická anamnéza

První kontakt s psychologem ve 3 letech na doporučení MŠ, ten určil dg. Aspergerův syndrom. Poté šel do speciální MŠ. Od 5 let v péči psychiatra – choval se nevhodně vůči lidem, nerespektování dospělých (i cizích např. v MHD). Doktor mu nasadil Ritalin, ten ho hodně uklidnil. Později se u něj objevily tiky, tak museli změnit léky na Stratteru.

➤ Sociální anamnéza

Bydlí s matkou v bytě 2+kk, má svůj pokoj.

➤ Školní anamnéza

1. třída proběhla bez obtíží, ve 2. již dvě hospitalizace v PNB, poslední měsíc druhé třídy domácí výuka s matkou a asistentkou. V původní ZŠ probíhala výuka podle ŠVP pro ZŠ.

Ve druhém pololetí 2. třídy byl v PNB 2 měsíce hospitalizován, podle učitelky byl nesoustředěný, vulgární i k dospělým (na vulgarismy bylo lepší nereagovat, po ignoraci se zmírnily). Při práci nesamostatný, často se musel kontrolovat. Když se učitelka zrovna nevěnovala jemu, začal chodit po třídě, nedokázal sedět. Ke konci pobytu se chování zlepšilo.

Začátek 3. třídy navštěvoval ZŠ pro žáky se specifickými poruchami chování. Ze začátku žádné problémy, oblíbený u spolužáků, objevovaly se tendence vybíhat ze třídy s hlasitými vulgarismy. Nerespektoval pravidla a začal být agresivní vůči dětem. Napadal učitelku i asistentku. Poslední den v této škole se nedokázal koncentrovat, fyzicky napadl učitelku i spolužáky. Večer se podle matky situace výrazně zhoršila, zaútočil i na ni, a proto musel být odvezen do PNB.

1 měsíc pobyt v PNB. Stejně chování jako při prvním pobytu. Pokud nebyl zaměstnán, začaly problémy, takže pro něj muselo být připraveno mnoho alternativního materiálu. Rád pracoval v řemeslných dílnách, tam vydržel celou hodinu v klidu. Po ukončení druhé hospitalizace během roku 2015 dva krátké pobyty v PNB. Mezitím navštěvoval 5. třídu v ZŠ s menším počtem žáků ve třídě, má IVP, má asistentku pedagoga, nyní opět hospitalizace v PNB.

➤ Diagnóza

ADHD, Aspergerův syndrom, Tourettův syndrom (podle matky, ale diagnóza není potvrzená), porucha chování a poruchy osobnosti, poruchy přizpůsobení.

➤ Při přijetí

Podle Lukášových slov: „*Měl jsem deprese, před poslední hospitalizací na mě po cestě do školy dopadla deprese a chtěl jsem se zabít (skočit pod metro, vylézt na střechu a skočit), zavolal jsem mámě a ta zavolala sanitku a odvezli mě do PNB. Slýchával jsem i hlasy, měl jsem často černé myšlenky, nedávno mi změnili léky a to mi hodně pomohlo, hlasy ani černé myšlenky už nemám a cítím se mnohem líp“.*

Podle matky trpí paranoiou, že je v nebezpečí ona i on, ve třídě se obnažoval před spolužáky, doma často sahá po nožích, že je k ničemu a už tu nechce být, vyhrožuje, že zabije všechny ženy, že je nenávidí, ale sám neví proč a kde se to v něm vzalo. Na internetu si hledá videa s tematikou násilnictví na ženách, má přítom erekci a říká, že mu to dělá dobře.

➤ Vizita

Na obou vizitách byl chválen, chování se mu zlepšilo, sám říká, že se cítí mnohem lépe, že mu nově předepsané léky hodně pomáhají. Už nemá žádné černé myšlenky, ani depresivní stavy. Na vizitě se s primářem domluvili, že dostane na víkend propustku, uvidí se, jak to s matkou zvládne a podle toho budou zvažovat možné trvalé propuštění.

3.3.3 ONDŘEJ

Třináctiletý chlapec, který bydlí s matkou a nevlastní sestrou. Má silné projevy Aspergerova syndromu spojeného s ADHD.

➤ Rodinná anamnéza

Matka, nar. 1972. Od dětství léčena pro deprese, úzkosti. V 10 letech hospitalizována, nyní se léčí ambulantně, pracuje jako manikérka. Otec, nar. 1977. Problémy s alkoholem, sebepoškození, léčen pro alkoholismus, gambling, nezaměstnaný. Má novou rodinu, ale s Ondřejem jsou v kontaktu. Podle matky popírá chlapcovu nemoc, vidá ho jen sporadicky. Ondřej má dvě nevlastní sestry-Adélu (1993) z matčiny strany a Veroniku (2012) z otcovy strany.

➤ Osobní anamnéza

Ze třetího těhotenství (1x zamlklý potrat), rizikové těhotenství pro krvácení, porod v termínu, protahovaný, nebyl kříšen, měl zlomenou klíční kost, v 8 týdnech bezvědomí – bezdeší, byl hospitalizován – UZ mozku – krvácení do mozku, mozečková cysta. Pomalu přibýval, odmítal jinou stravu než mateřské mléko (kojen do 5,5 let), chůze a první slova v 1,5 roce, chodil na logopedii. Od 15 měsíců sledován na neurologii a

neurochirurgii, mikrocefalie. Časté hospitalizace – laryngitidy, chronická zácpa, bolesti břicha, občas noční enuréza.

➤ Psychiatrická anamnéza

Tříkrát hospitalizován v PNB. Od 2 let v péči psychologa – porucha autistického spektra, Aspergerův syndrom dg. od 4 let. V 6 letech byl hospitalizován v Motole, tam dg. ADHD.

➤ Diagnóza

Pervazivní vývojové poruchy – Aspergerův syndrom, vrozená mikrocefalie, specifická porucha artikulace řeči, ADHD, poruchy usínání a spánku.

➤ Při přijetí

Ondřej uvedl: *„Učení mi nevadí, ale do školy chodím nerad. Učitelka si na mě zasedla, chci se jí pomstít, kdybych mohl, hodím na školu atomovou bombu. Doma nejraději hraju na počítači Nejraději bych se odstěhoval do Albánie, protože se tam může auto řídit už od 13 let a já chci řídit raketovou lod'. Špatně spím, nemám kamarády, nejraději jsem sám“.*

Podle babičky Ondřej v noci nespí, často spí i po obědě. Dále tvrdí, že si na něj ve škole zasedli, že omylem rozeslal nějaký obsah s vulgarismy po sociálních sítích a děti to hned řekly rodičům. Babička si myslí, že to měli nejdříve řešit s ním, ale oni na něj rovnou začali útočit a on potom dostal záchvat. Říká, že Ondřej je inteligentní, jediné když ho chytne amok, tak říká, že všechny pozabíjí, potom se zase omlouvá. Bylo by potřeba, aby se naučil pravidlům, nerespektuje autority, ani matku a sestru. Někdy je i ponižuje a nadává jim.

➤ Sociální anamnéza

Bydlí s matkou a nevlastní sestrou Adélou.

➤ Vizita

Na vizitě se projevoval velice negativně. Nemá naučené způsoby při rozhovoru, pohled do očí (autista), na vše si stěžoval, *„nic mě nebaví, všechno je strašný, terapie*

všichni nesnáší a já tam chodit nechci a nesnáším terapeutky, ať tu nevaří tak hnusný jídlo“ atd. Na vše útočil, do deníku napsal, že umí sestavit dynamit (v podstatě vyhrožoval). O výbušninách dříve mluvil často. Zřejmě v případě, když se nedokáže s danými věcmi vyrovnat a nějakým způsobem komunikovat s lidmi, se rozhodne pro negativní postoj vůči všemu a útočí vůči všem. Tím se v podstatě brání.

3.3.4 DANIEL

Osmiletý chlapec, bydlí s matkou a dědečkem. Opakuje 2. třídu, má silnou vadu řeči. Po přijetí byl zamlklý, zatvrzelý a nechtěl spolupracovat. Postupně si zvykl na spolužáky i na učitelku a již pracoval.

➤ **Rodinná anamnéza**

Matka, nar. 1984. Je zdravá. Otec, nar. 1985. Podle matky má nějaké psychické problémy, byl agresivní, mlátil ji před dítětem, od r. 2010 se nestýkají.

➤ **Osobní anamnéza**

Porod několik dní po termínu, císařským řezem, poté horší škálové hodnoty. Byl v inkubátoru, psychomotorický vývoj v normě. V 1,5 roce přestal mluvit – řešeno v soukromém zařízení i na logopedii.

➤ **Psychiatrická anamnéza**

1. hospitalizace v PNB, podle matky autistické projevy, Aspergerův syndrom, avšak diagnóza nestanovena.

➤ **Diagnóza**

SPU diagnostikované, vada řeči. Porucha pozornosti, hyperaktivita, lhaní, podvody, šikanování, útěky, infantilní chování, verbální agresivita, fyzická agresivita. Psychické problémy– podvody: matka píše domácí úkoly.

➤ **Při přijetí**

Daniel byl drzý na personál, nadával, kopal, byl vulgární. Podle matky hází i nábytkem, útočí na děti i dospělé vždy když cítí křivdu. Nezvládá změnu prostředí, nechce chodit do školy, ráno se vypraví, ale když do školy dojdou, tak se zasekne a odmítá jít dovnitř, takže se učí doma.

➤ Sociální anamnéza

Bydlí s matkou a dědečkem.

➤ Školní anamnéza

Chodí do ZŠ v Liberci, 2. třída, má asistentku, prospěch dobrý, 1. ročník opakoval pro nedostatek známek vzhledem k časté absenci. Prospěch slabý, ze všech předmětů kromě chování nehodnocen, z chování 3. Spolužáci se ho bojí, bojí se, i když není přítomen a vyptávají se na něj, kdy přijde. Bojí se i o třídní učitelku a asistenta pedagoga. Hospitalizace v PNB-má konflikty ve škole, nerespektuje autority, odmítá chodit do školy, verbálně agresivní vůči vyučujícím, doma i ve škole silné afekty.

➤ Vizita

Jednou odveden ze školy na oddělení, protože se pral s ostatními. Nechce mluvit, je zatvrzelý. V kolektivu má konflikty, vzteká se, provokuje. Vždy slibuje, že bude hodný, ale dlouho nevydrží. Nesnese být sám na pokoji. Do deníku píše málo, většinou jen slovo nebo větu. Spíše kreslí obrázky – je možné, že má problémy s psaním. Na vizitě moc nemluví, jen si vyslechne, co mu pan primář či lékař řekne o posledním týdnu.

Podle učitelky je na školní docházku nezralý, raději si hraje, vystřihuje a maluje, než aby se učil.

Sdělení od matky–při návštěvě jí říkal, že má někdy nutkání někomu ublížit, že se to zhoršuje a bojí se, aby tu kvůli tomu nezůstal déle.

3.3.5 MATYÁŠ

Devítiletý chlapec. Je zvyklý na to být „kapitán“ skupiny. Oba bratři, se kterými žije, jsou mladší a on byl jejich vůdce. Ve chvíli, kdy si je vzala pěstounka, bratři Jakub a Lukáš se na ni upnuli, a to bylo pro Matyáše těžké.

➤ Rodinná anamnéza

Matka, nar. 1981. Je zdravá, byla ve výkonu trestu pro krádeže. Nyní má v péči nejmladší dceru (2015), nestýkají se. Když ji pustili na podmínku, děti v kojeneckém ústavu nenavštívila. Otec, nar. 1978, je zdravý, s Matyášem se nestýká.

Matyáš má 4 sourozence. 2 bratři Jakub (2009) Lukáš (2010) bydlí s Matyášem a opatrovníky, nejstarší Michal (2000) bydlí u babičky, sestra Albína (2006) u otce.

➤ Osobní anamnéza

Pěstounka nezná informace o porodu, Matyáš má problémy pouze s jídlem.

➤ Psychiatrická anamnéza

V PNB 1.hospitalizace.

➤ Diagnóza

Poruchy chování s hyperaktivitou.

➤ Při přijetí

Matyáš: *„Nevím, proč jsem tady, ve škole mě baví všechno. Spím dobře, ale občas se vzbudím, pak si čtu a to mě baví. Nejvíc mě baví hry na počítači. Ve škole mám kamarády, s bratry vycházím jakž takž. Z jídla mě bolelo břicho, proto jsem nejedl, teď už mě nebolí. Špatnou náladu moc nemívám. Nevím, proč jsem ten telefon ukradl“.*

Pěstounka: *„Jednou za rok se vždy stane, že asi měsíc nejí, zvrací. Má velké problémy s komunikací. Všechno řeší tím, že mlčí. U všeho máte pocit, že mu nic nevadí. Působí plaše. Občas ve škole odmítne psát písemku nebo si vleze pod lavici a pak se na něj musí pomalu. Prospěch celkem dobrý, horší je to s krádežemi. Ve škole má důtku, protože ukradl kamarádovi telefon. Už v první třídě mi ukradl 1500,- Kč, protože chtěl mít taky peníze. V posteli se nepomočuje. Doma má vlastní pokoj, protože je nejstarší a má jiný režim, když se vzbudí, ruší sourozence, kteří ještě spí. Pokoj zdevastoval,*

rozstříhal prostěradlo, pomaloval záclony, plive na okno. Nakonec začal chodit čůrat za stůl. Mysleli jsme si, že se třeba bojí, tak jsme mu dali na noc do pokoje kýbl, pak ale začal čůrat na chodbě do květináčů. Vysvětlit to nedokáže (podle doktorů, psychologů možná tím chtěl říct, že nechce vlastní pokoj, ale chce spát se sourozenci, když se snaží, tak je nebudí, avšak neumí o tom mluvit). Je těžké nastavit mu hranice. Je hodně vzdorovitý (pěstounka prosila o pomoc psychologku, jak se k němu chovat. Mám ho ráda, ale neví si s ním rady, když není doma, vše je ok). Agresivní není, ve škole je spíš kamarádský. Ta krádež telefonu byla poprvé. Já hlavně potřebuju vědět, jestli mám doma sígra, nebo jestli není třeba nemocný a nemám se k němu chovat nějak speciálně. Funguje, jen když je pěstounka hodně rázná, laskavosti zneužije. Za 3 roky udělal pokrok“.

➤ Sociální anamnéza

Od 2013 v pěstounské péči. Před pěstounskou péčí byl v kojeneckém ústavu i s bratry. S biologickými rodiči se nestýká.

➤ Školní anamnéza

3. třída na ZŠ, ve škole má dobrý prospěch, někdy se rozhodne, že nebude psát písemku.

➤ Vizita

Matyáš byl ze začátku velice tichý, nekomunikoval, avšak ve škole pracoval. Na vizitách je po týdnu vidět rozdíl. Zvykl si na dané prostředí, sblížil se s ostatními chlapci. Těší se na víkendovou propustku, až bude hrát s rodinou hry a všechny je uvidí. Terapeutka i psychologka ho za poslední týden chválí.

3.4 CHOD ODDĚLENÍ DĚTSKÉ PSYCHIATRIE

Ve chvíli, kdy je dítě přijato na oddělení v PNB je nutné, aby se mu začal věnovat celý tým odborníků. Mezi ně patří lékaři, sestry, psychologky, terapeutky a učitelky. Každý z nich je v tomto procesu nenahraditelný, v době hospitalizace se všichni snaží

dítěti pomoci a nějakým způsobem ho i napravují. Navzájem musí spolupracovat, sdělovat si veškeré informace o pacientech, které během času stráveném s nimi nasbírají.

Děti jsou ubytovány na odděleních, dívky a chlapci zvlášť. Pokoje jsou po dvou, do samostatného pokoje, tzv. neklidu, se pacient přiřadí pouze v případě, že je nějakým způsobem nebezpečný sobě nebo okolí, v tu chvíli je pod neustálým dohledem. Pacienti mají na každý den nastavený pravidelný režim. Díky tomu děti lépe fungují a poslouchají. Režim pomáhá zejména dětem, které trpí syndromem ADHD, ale také dětem s problémovým chováním, kterým chybí nastavená pravidla v rodině.

Ráno je společný budíček, snídaně, podávají se léky a následně se společně sejdou na komunitě, kde se rozebírá předchozí den. Po komunitě jdou děti do školy, která se nachází ve stejné budově. V 10:45 odcházejí na svačinu zpět na oddělení a po ní se vrací na zbytek vyučování. V úterý a ve čtvrtek začíná škola později, protože probíhají velké vizity. V tom případě chodí žáci během vyučovacího dne na oběd a následně probíhá odpolední výuka. Po škole začíná program. Podle režimů, které mají děti přidělené, chodí na terapie mimo budovu nebo zůstávají uvnitř. Program končí okolo 17. hodiny. Po něm mají děti volný čas, mohou si číst, být s ostatními ve společenské místnosti, psát úkoly, učit se atd. Večere se podává po 18. hodině, následně se děti obvykle dívají na televizi.

Během týdne se psycholožka a lékař snaží komunikovat s každým pacientem, provádějí s nimi tzv. individuální pohovory, děti o ně mohou požádat i samy. V tom případě si vyberou, s kým by pro ně byl pohovor nejvhodnější. Personál se jim vždy snaží vyjít vstříc.

3.4.1 VIZITY

Velké vizity probíhají jednou týdně ráno. V úterý je dívčí vizita a ve čtvrtek chlapecká. Autorka této práce byla přítomna na několika chlapeckých vizitách, jelikož všichni pacienti s ADHD, kteří byli v době šetření na oddělení, byli chlapci.

Na vizitě se sejde pan primář, vedoucí lékař, lékařka, která zapisuje průběh vizity, staniční sestra, psycholožka a terapeutka. Pan primář má k dispozici osobní složku

pacienta a informace od psychologičky, terapeutky a učitelky o chování dítěte v uplynulém týdnu. Děti jsou volány po jednom, sedí se v kruhu. Chlapec vždy sedí naproti panu primáři (v případě jeho nepřítomnosti vedoucího lékaře), aby mohl probíhat přímý oční kontakt. Pacient má prostor pro to, aby se sám podělil o novinky, o to, jak se má, co se zlepšilo a naopak. Avšak často se děti stydí nebo nejsou moc komunikativní a v tom se velice výrazně projeví práce primáře, který s nimi dokáže perfektně komunikovat, rozvést hovor, pokládat podstatné otázky apod. Zjišťuje, jestli si pacient uvědomuje své nevhodné chování nebo naopak zlepšení. Dále se nahlíží do deníků, které si děti každý den píšou. V nich komunikují s psychologičkou, která jim odpovídá na jejich zápisy a pokládá jim další otázky. Když dítě deník nepíše nebo píše jen opravdu stručně, připomínají mu, že mu to může pomoci ze sebe dostat nějaký stres, a že se s nimi může podělit o cokoli. V případě pokroků v chování pacienta se řeší změna režimu a možné vycházky nebo víkendová propustka, někdy dokonce i trvalé propuštění.

3.4.2 REŽIM NA ODDĚLENÍ

Na dětském oddělení je pět stupňů režimů, které se během pobytu mění podle chování dítěte.

➤R5 – nejpřísnější režim. Není častý. Dává se v případech, kdy dítě musí zůstat na zamčeném pokoji z toho důvodu, že je nebezpečné pro okolí, nevychází mezi ostatní. Je pod neustálým dohledem a jídlo je mu donášeno. Tento režim obvykle trvá max. 24 hodin.

➤R4 – režim, který se obvykle přiřazuje při přijetí pacienta. Dítě se může pohybovat volně mezi pokojem a zbytkem oddělení. Sestra o něm má neustálý přehled. V tomto případě nedochází do školy ani na terapie, ale druhý den po přijetí je režim většinou změněn.

➤R3 – nejčastější režim. Pacient již dochází do školy i na terapie v rámci budovy a oplocené zahrady. V případě, že získá dodatek B za dobré chování (R3B), může chodit na společné vycházky po areálu PNB.

➤R2 – nejmírnější režim, přiděluje se kompenzovaným pacientům. Pacient dochází na aktivity i mimo budovu, dostává propustky na celý den (od 9 h do 17 h). V případě, že kontakt s rodiči nijak nezhoršuje jeho psychický stav, často je domluvena propustka domů na víkend.

➤R1 – není obvyklé dávat tento stupeň režimu, jen výjimečně v případech, kdy dítě dochází z oddělení do své kmenové školy.

3.4.3 PSYCHOLOŽKY

Nyní na pavilonu 28 PNB působí dvě psychologičky. Jedna na chlapeckém a druhá na dívčím oddělení. Tato subkapitola je zaměřena na psychologičku Zuzanu, která pracuje s chlapci. Zuzana má na starosti pohovory s nově přijatými dětmi i s těmi, které jsou již v PNB hospitalizovány. Každý den pročítá deníky a odepisuje na zápisky dětí v denících a v neposlední řadě organizuje tzv. skupiny. Některé jsou zvlášť chlapecké a dívčí, jiné probíhají společně. Mohou být rozděleny i podle věku, aby se v nich pacienti mohli zabírat danými tématy a všichni se byli schopni zapojit. Stejně tak s dětmi s mentální retardací se snaží pořádat uzavřené skupiny, aby s nimi mohla intenzivněji pracovat.

Následující část popisuje jednu ze skupin, které se konají každou středu. Tématem těchto skupin je nácvik komunikačních dovedností. Skupiny se zúčastnilo pět chlapců se syndromem ADHD a tři dívky s jinou poruchou. Skupiny probíhají v místnosti, kde se pořádají také terapie. Kromě Zuzany byla přítomna i psychologička z dívčího oddělení. Všichni seděli v kruhu a jako první proběhlo uvítací kolečko. Děti dostaly za úkol říct své jméno a odpovědět na otázku „Kdybyste mohly žít v jiné zemi nebo na jiném místě, kde by to bylo a proč?“. Všechny děti odpověděly bez ostychu a za každou odpověď byly pochváleny. Jako další na řadě byla „zahřívací hra“. Jelikož většina dětí má potíže se soustředěním a s pozorností, tato hra se orientovala právě na zmíněné problémy. Pro děti s ADHD to bylo obtížné, ale bavilo je to a snažily se plně soustředit. Po této činnosti následovala hra s kartami. Doprostřed kruhu se rozložilo několik karet s různými obrázky, děti zavřely oči a jedno po druhém je otvíraly a každé si vybralo jednu kartu. Dostaly za úkol si kartu pečlivě prohlédnout a vymyslet, jak by se dala

popsat jedním slovem. Poté je vrátily paní psychologe, která karty spolu s dalšími přimíchanými opět rozložila doprostřed kruhu. Každý z pacientů potom řekl své vymyšlené slovo a ostatní hádali, která karta je právě jeho. U dětí s ADHD by se dalo očekávat, že se u hry začnou jeden přes druhého překřikovat. Bylo překvapením, že se každý vždy přihlásil a až po vyvolání svůj tip řekl. A v poslední činnosti rozdělily psychologe děti na dva týmy a vysvětlily jim, aby si představily, že jsou hlína na keramiku, kterou na terapiích používají, a která se dá tvarovat. Dohromady měly ze svých těl vytvořit různá zvířata, která jim byla zadána, a druhý tým hádal. Na závěr psychologe zhodnotily celé sezení, děti řekly, co se jim líbilo a také se vzájemně ocenily.

Tato skupina byla pro bakalářskou práci přínosem. Protesty od chlapců, pošťuchování apod., které byly původně očekávány se nepotvrdily. Nakonec bylo velice milým překvapením, že se děti nepřekřikovaly, nehádaly se, dodržovaly pravidla, na všechny aktivity se plně soustředily a dokázaly velmi upřímně a otevřeně zhodnotit chování jak své, tak ostatních.

3.4.4 TERAPEUTKY

Terapeutky dětského oddělení zajišťují odpolední program, pro mimoškolní děti i dopolední. Terapeutka Eva popsala, jaké terapie má na starosti ona, náplň práce kolegyně Veroniky a dále všechny možnosti, které děti mají. Na jednotlivé terapie jsou děti rozdělovány den předem. Tento systém se osvědčil lépe než dobrovolné zapisování.

Eva vede činnostní terapie, nejčastěji korálky. Při této terapii si děti vyrábí náramky, přívěsky na klíče a jiné. Také se s dětmi připravuje do školy (s úkoly jim pomáhá jen v případech, že potřebují, ale obvykle s nimi čte, píše, počítá). Veronika vede keramiku a arteterapii. Chodí s dětmi běhat.

Dále se žáci účastní společných terapií v podobě vaření, pečení, mohou se zapsat do knihovny, kde si buď čtou nebo jsou na počítači (sociální sítě jsou zablokované). Jednou týdně chodí dívky do posilovny – spíše ty starší, mladší by si mohly ublížit. Chlapci se každé ráno na komunitě mohou zapsat na boxovací pytel, kam s nimi terapeutky nebo vychovatelé odpoledne jdou. Lékaři tuto terapii doporučují na vybití

přítomného vzteku, namísto agresivního chování vůči ostatním, sobě či sebepoškozování. Jednou týdně na oddělení dochází rehabilitační terapeutka, která s dětmi s nějakými zdravotními problémy (špatné držení těla, bolesti hlavy, nadváha) cvičí. Je zde k dispozici i vířivá vana.

Terapie se nacházejí v suterénu pavilonu 28. Pro děti jsou určeny čtyři místnosti, ve kterých terapeutické činnosti probíhají. Děti, které mají režim R2, však mohou chodit na terapie i mimo budovu. To jsou například hiporehabilitace, léčebný tělocvik. Jednou týdně společně dochází na tzv. centrální terapie, kde si vyrábí svíčky, košíky, šijí panenky, pracují se dřevem apod. Pro děti, které mají zájem, je organizováno jednou za dva týdny dojíždění na plavání do bazénu.

3.4.5 UČITELKY

Na ZŠ při PNB pracuje dohromady pět učitelek, z toho je jedna ředitelka, která vyučuje angličtinu a dále čtyři třídní učitelky.

V šesté třídě jsou umístěni žáci z prvního stupně ZŠ a ZŠ praktické, příp. speciální a vyučuje se v odděleních. Zde je kladen velký důraz na individuální přístup. V sedmé třídě jsou vyučováni žáci 6. a 7. ročníku ZŠ a ZŠ praktické, příp. speciální, ale i žáci víceletých gymnázií. Také zde se vyučuje v odděleních. Osmou třídu navštěvují žáci 8. ročníků ZŠ a ZŠ praktické, příp. speciální a víceletých gymnázií. Do deváté třídy zdejší školy chodí žáci 9. ročníku ZŠ a ZŠ praktické, příp. speciální a víceletých gymnázií.

S přihlédnutím k problémům žáků jsou upravovány učební plán i osnovy, redukce týdenní výuky do 20 hodin je dána typem školy—jedná se o základní školu při zdravotnickém zařízení. Týdenní výukový plán na této škole vychází ze zdravotního stavu dětí a je upraven po dohodě s lékaři až na 22 hodin týdně. Protože se neustále mění složení a charakter třídy, může se lišit obsah učiva a očekávané výstupy. Učitelé jsou nuceni se přizpůsobit ŠVP kmenových škol, ze kterých děti přicházejí a zároveň momentální intelektové úrovni své třídy, protože nejdůležitější jsou možnosti a potřeby hospitalizovaných dětí.

Při přijetí dítěte do ZŠ při PNB je do kmenové školy zaslán dotazník, který by měl pomoci zdejší učitelce seznámit se s příp. problémy žáka ve škole. Dozví se hodnocení

chování, průběžnou klasifikaci, příp. spolupráci s rodiči. Po propuštění vypracují třídní učitelé hodnotící zprávu o žákovi a posílají ji na kmenovou školu.

Pedagogové jsou nuceni neustále kontrolovat situaci a náladu ve třídě, aby zabránili záchvatovým či agresivním projevům. V případě náhlého nezvladatelného problému je zdravotnický personál na pokyn vyučujících připraven okamžitě zasáhnout. V průběhu školního roku probíhají pravidelné konzultace a porady pedagogů s lékaři a psychology. Vzájemně si předávají informace o prospěchu a chování žáků ve škole a na oddělení. Učitelé se pak při své práci řídí zejména zdravotním stavem žáků a doporučením lékařů. Dále se učitelé účastní pátečních velkých komunit, kde se scházejí pacienti z obou oddělení, všichni lékaři, psychologové a terapeutky.

3.5 ZÁVĚR ŠETŘENÍ

Z uvedených kazuistik a polostandardizovaných rozhovorů (viz. příloha A, B) lze vyvodit, že výchova a rodinné prostředí, ve kterém dítě s ADHD vyrůstá, je velice podstatné pro vývoj jeho poruchy. Všechny děti s hyperkinetickou poruchou hospitalizované v PNB mají neúplnou, sociálně slabou či geneticky zatíženou rodinu. Rodičů hospitalizovaných pacientů, kteří se zajímají o pokroky svého dítěte a snaží se zajistit takové výchovné přístupy, které jsou jim doporučovány, je minimum. V průběhu šetření nebylo hospitalizováno v PNB dítě s ADHD, které by pocházelo z funkční rodiny, jež o dítě správně pečuje. Bylo zjištěno, že pokud je dětem nastaven pevný řád a denní režim, jejich chování se viditelně zlepšilo. Kromě správných výchovných přístupů je neméně důležitá medikace. Vhodná kombinace léků dokáže ve velké míře potlačit příznaky hyperkinetické poruchy a zjednodušit tak život rodině, ale zejména dítěti. V případě, že je dítě hospitalizováno na dětské psychiatrii PNB, daný režim pro něj začíná platit okamžitě. Pro pacienty, kteří nejsou z domova zvyklí nějaká pravidla dodržovat, bývá těžší si na chod oddělení zvyknout, avšak po nějaké době je i pro ně nastavený řád přínosný. Lékaři i ostatní personál jsou s dětmi v kontaktu každý den, a tak jsou schopni vyhodnotit, kdy se jejich chování zlepšilo natolik, aby mohly být propuštěny na celodenní nebo víkendovou propustku domů či do náhradních výchovných zařízení. Ve chvíli kdy je pacientovi propustka schválena, je důležité po

návratu zjistit, zda se stav dítěte opět nezhoršil. V takovém případě musí lékaři vyhodnotit, zda v budoucnu může být povolena další propustka či nikoli. Pokud návštěvy probíhaly opakovaně bez sebemenších potíží, je zvažováno celkové propuštění pacienta.

Pro děti s ADHD je velice důležitá trpělivost. Jak ze strany lékařů a pedagogů, tak ze strany rodičů. Často se zdá, že dítě nevnímá, mnoho rodičů takové chování považuje za drzé a uchýlí se k trestu, mnohdy fyzickému. Dítě s poruchou ADHD však nechápe, za co bylo potrestáno a začne být agresivní. V takových situacích, ve kterých se zdá, že nevnímá, je důležité upoutat zpět jeho pozornost, jelikož porucha pozornosti je jedna ze tří základních příznaků poruchy ADHD. Aby se podobná nedorozuměním nestávala, musí se dítěti často střídát činnosti. Učitel ho nenechává déle než 10 minut vypracovávat jedno zadání, proto je velmi důležitý individuální přístup. Stejně tak doma dítě nevydrží dlouho u jedné hry a rodič by měl mít připraveno mnoho alternativ.

Při správném přístupu rodiny i kmenové školy a správnému užívání medikace hospitalizovaného dítěte s ADHD je pravděpodobné, že opakovaný pobyt na dětské psychiatrii PNB nebude nutný. V případě, že rodič neví, jak se nejlépe k dítěti chovat a jaký režim zavést, jsou to místní psychologové a odborníci, kteří mu vždy ochotně pomohou. Cílem úzké spolupráce lékařů, psychologů a pedagogů na oddělení dětské psychiatrie PNB je okamžité řešení vzniklých problémů a společná snaha o zmírnění potíží dětí s ADHD. Každý z pracovníků usiluje o to, aby se hospitalizované děti po propuštění úspěšně zapojily do běžného života.

ZÁVĚR

Porucha ADHD je zkoumané téma již od roku 1902. Během 20. století byla hyperkinetická porucha nazývána různě (např. LMD) a spojována s lehkou formou dětské mozkové obrny. V dnešní době ADHD charakterizuje tzv. triáda, což je porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Důležitá je včasná diagnostika.

Děti trpící touto poruchou mají horší školní výsledky, nedokáží se delší dobu soustředit na zadanou práci. Často je přepadají výkyvy nálad a záchvaty agresivity. Kromě horších školních výsledků mají problém i v sociálních vztazích. Z důvodu neklidu, častého vstupování do řeči, snadné výbušnosti a ztráty pozornosti nebývají v dětském kolektivu příliš oblíbení. V případě přetrvání poruchy ADHD do dospělosti, je pro jedince obtížné najít vhodné zaměstnání či navázat sociální vztahy.

Zřejmě hlavní příčinou poruchy ADHD je genetické zatížení. Až 80 % případů má původ právě v genetice. Zbýlých 20 % se dělí mezi příčiny vnějšího prostředí a strukturální abnormality mozku. Při vývoji dítěte s ADHD je důležitá vhodná terapie, spolupráce mnohých pomocných skupin. Neméně podstatná je farmakoterapie, u které se zpočátku daný lék nebo kombinace léků zkouší, než se najde ten nejvhodnější. U každého pacienta je hledání toho správného léku jinak dlouhý proces. Existuje několik základních léků pomáhajících tlumit příznaky poruchy ADHD, to ale neznamená, že na každé dítě budou působit stejně.

Vyšetření hyperkinetického dítěte probíhá různými způsoby. Základním a zřejmě nejjednodušším je rozhovor s několika osobami, které se s pacientem stýkají. Zásadní rozhovor probíhá s matkou, či jiným blízkým příbuzným. Následuje rozhovor s třídní učitelkou a samozřejmě se samotným dítětem. Kromě diagnostických rozhovorů se ADHD vyšetřuje pomocí psychologické diagnostiky, kde se vyšetřující zaměřuje zvláště na jednotlivé symptomy, jež jsou pozornost, hyperaktivita a impulzivita.

Vzdělávání žáků s ADHD legislativně spadá pod vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Děti s ADHD se často musí vzdělávat podle individuálního vzdělávacího plánu, který kmenová škola zpracovává přímo pro daného jedince. Se vzděláváním souvisí i výchova dětí s hyperkinetickou poruchou v rodině. Naučit dítěte jakési zodpovědnosti a nastavit potřebný režim. Kromě výchovy v rodině je podstatné fungování ve škole, při kterém je nutností dobrá spolupráce mezi rodiči a učiteli,

případně s celou školou. Když všechny subjekty zainteresované v zájmu dítěte správně nespolupracují, má to negativní dopad na budoucí vývoj dítěte.

Výzkumná část jasně dokazuje, že pokud rodina nefunguje nebo se dítěti s ADHD dostatečně nevěnuje, mohlo by být v budoucnu hospitalizováno na psychiatrii. Pokud je dítěti věnována správná péče, jako jsou pevné hranice, režim, rozvrh vyplněný různými terapiemi a koníčky, individuální přístup, pochvaly, postihy, příp. medikace, projeví se to na značně zmírněných příznacích. Při šetření byl viditelný vlídný přístup personálu oddělení dětské psychiatrie PNB, nezměrná trpělivost při opakovaném vysvětlování, naslouchání, ale také důslednost při trvání na dodržování pravidel a plnění úkolů. Spolupráce celého personálu má velký vliv na zlepšení chování, zmírnění nervozity a zvýšení sebevědomí dětí s ADHD. Takovýto postup a vhodné podmínky jsou důkazem, že děti s hyperkinetickou poruchou dělají pokroky nebo jsou dokonce schopny plně fungovat v běžném životě.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použité české literatury

ALTMANOVÁ, M. *Hyperaktivní a nepozorné dítě*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 2010. ISBN 978-80-254-9047-1

BARTOŇOVÁ, M., OPATŘILOVÁ, D., VÍTKOVÁ, M. *Přístupy k dětem a mládeži se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním mimo školu*. Brno: Paido, 2013. ISBN 9788073152420.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén, 2007. ISBN 9788072624195.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. ISBN 9788072626304.

ŠKRDLÍKOVÁ, P. *Hyperaktivní předškoláci*. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026209287.

ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. *Neklidné a nesoustředěné dítě*. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024726977.

Seznam použité zahraniční literatury

CARTER, CH., R. *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole*. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788026206217

MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674304

Seznam použitých internetových zdrojů

Hyperka: Předškolní klub pro hyperaktivní děti [online]. Praha, © 2015. Dostupné z: <http://www.hyperka.eu/adhd>

STRNADOVÁ I., HÁJKOVÁ V., KVĚTOŇOVÁ PROUZOVÁ R. *Alfabet.cz: Informační servis pro rodiče dětí se zdravotním postižením* [online]. © 2000-2015 [cit. 2015-01-21]. Dostupné z <https://www.alfabet.cz/informace-o-typech-zdravotniho-postizeni/diagnozy/354-jak-vznikne-adhd>

Základní škola při Psychiatrické nemocnici Bohnice [online]. Praha 2001 [cit.2017-02-04]. Dostupné z <http://www.zsbohnice.cz/historie-skoly/>

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 6. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

ČESKO. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 6. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

ČESKO. Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 6. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-116>

ČESKO. Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 6. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-147>

SEZNAM ZKRATEK

- ADD-Attention Deficit Disorder – Porucha pozornosti bez hyperaktivity
ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Porucha pozornosti s hyperaktivitou
CNS-Centrální nervová soustava
CPT-Continuous Performance Test
ČR-Česká Republika
DD-Dětský domov
DSM-Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
DÚ-Diagnostický ústav
EKG-Elektrokardiogram
FBI-Federal Bureau of Investigation – Federální úřad pro vyšetřování
HKP-Hyperkinetická porucha
IQ-Intelligenční kvocient
IVP-Individuální vzdělávací plán
LMD-Lehká mozková dysfunkce
MFFT-Matching Familiar Figure Test
MHD-Městská hromadná doprava
MKN-Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠ-Mateřská škola
OSPOD-Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PNB-Psychiatrická nemocnice Bohnice
SPU-Specifické poruchy učení
SPUCH-Specifické poruchy učení a chování
SVP-Speciální vzdělávací potřeby
ŠVP-Školní vzdělávací program
TE-NA-ZO-Test nacházení známých obrázků
USA-United states of America – Spojené státy Americké
UZ-Ultrazvuk
ZŠ-Základní škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rozhovor 1	I
Příloha B – Rozhovor 2	III

Příloha A – Rozhovor 1

1. Jak byste zhodnotil míru spolupráce s rodiči pacientů s ADHD?
 - Liší se podle toho, z jaké rodiny dítě pochází. Jestli je rodina funkční nebo dítě pochází ze sociálně slabého prostředí nebo z výchovného zařízení. Samozřejmě nejlepší spolupráce je s funkční rodinou, která má snahu dítěti pomoci a patřičně se mu věnuje, ale takových pacientů zde máme nejméně. U většiny rodičů je malá odezva na rady, jak s dítětem doma pracovat. Objevují se i rodiče, kteří zásadně odmítají podávat svým dětem léky. Tyto děti poté selhávají jak v rodině, tak ve škole a musí být opakovaně hospitalizovány.

2. Ze strany rodičů pacientů s ADHD, jsou to oni, kteří personál sami kontaktují případně se dostaví osobně nebo je spíše musíte kontaktovat vy?
 - Špatná spolupráce je s dysfunkčními a sociálně slabými rodinami, které se o své děti zajímají nejméně, málo je navštěvují, sami netelefonují, někdy dokonce nezvednou telefon ani nám, vymlouvají se, že nemají čas a peníze na cestu a neztotožňují se s tím, že jejich dítě je nemocné a berou ho spíše jako zlobivé. U dětí z náhradní rodinné péče, tzn. dětských domovů, diagnostických a výchovných ústavů spolupráce je o něco těžší. Tudíž bych odhadoval, že 2/3 rodičů opakovaně kontaktujeme sami.

3. Jsou všechny hospitalizované děti s ADHD léčeny pomocí medikace?
 - Většině dětí je indikována medikace. Bez medikace fungují děti pouze výjimečně v případech lehké formy ADHD.

4. Je pravda, že v případě vhodně zvolené medikace se značně zmírní příznaky poruchy ADHD?
 - Určitě. Vhodně zvolená medikace je základem úspěšného fungování našich pacientů. Jak ve škole, tak v rodině.

5. Při výběru vhodné farmakoterapie je nutné zkoušet různé kombinace léků, které dítěti vyhovují nebo na každého zabírají ty samé?
 - Univerzální léčba ADHD neexistuje. Na naše oddělení jsou přijímány děti k diagnostickému pobytu, při kterém se hledá vhodný lék na míru, případně kombinace léků. Tato doba je u každého dítěte různě dlouhá.

6. Za tu dobu, co vaše oddělení navštěvují, jsem se dozvěděla, že mnohdy se děti s ADHD po propuštění opět vrátí zpět k hospitalizaci. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem a v kolika procentech se tak děje?
 - Přesnou statistiku si nevedeme. Nejčastějším důvodem opakované hospitalizace je nedůslednost rodiny nejen při výchově, ale i nedodržováním medikace. Jakmile dítě, které funguje s vhodným lékem léčbu přeruší, samozřejmě se jeho projevy opět zhorší a přestává fungovat jak doma, tak ve škole.

7. Jak jste řekl, s rodiči je mnohdy složitá komunikace, přesto ale máte jisté informace o situaci v rodině pacientů ať ze strany dítěte, dostupných zpráv nebo pohovorem s rodiči. Jaká výchova se dostává dětem s ADHD, které skončí jako pacienti v PNB?
 - Opět musím opakovat, že to je nedůslednost ve výchovných postupech. Je nutné trvat na dodržování nastavených pravidel, režimu, časových rozvrhů, plnění povinností. Projevuje se zde i nedostatek času a trpělivosti rodičů. A někteří rodiče bohužel nejsou schopni přijmout fakt, že jejich dítě má problém, který je potřeba řešit a myslí si, že z nevhodného chování tzv. „vyroste“.

Příloha B – Rozhovor 2

1. Jak byste zhodnotila míru komunikace s rodiči pacientů s ADHD?
 - S rodiči komunikujeme pouze při příjmu dítěte k hospitalizaci, často nám nejsou schopni popsat chování, problémy svých dětí ve škole spíše zastírají. Tvrdí, že problém je v ostatních, např. v učitelích.

2. Ze strany rodičů pacientů s ADHD, jsou to oni, kteří školu sami kontaktují případně se dostaví osobně nebo je spíše musíte kontaktovat vy?
 - Rodiče, kteří se zajímají o prospěch a chování ve škole během hospitalizace jsou spíše výjimkou. Je určitě chybou, že nesledují pokroky ve školní úspěšnosti. Někdy mám pocit, že si k nám dítě odložili, aby si od jeho chování odpočinuli.

3. S rodiči je mnohdy složitá komunikace, avšak s dětmi strávíte půl dne a máte k dispozici informace o jejich situaci v rodinách ať od žáků nebo od personálu na odděleních, v případě i od samotných rodičů. Jaká výchova se dostává dětem s ADHD, které skončí jako pacienti v PNB?
 - Výjimku tvoří rodiče, kteří se dítěti věnují a snaží se mu pomoci, ale přesto je jeho postižení tak velké, že musí být hospitalizováno z důvodu úpravy medikace. Zkušenosti mám spíše s nedůsledností ve výchově, se špatnou spoluprací s učiteli. Rodiče nepravidelně podávají léky nemocným dětem, podceňují jejich problém.

4. Z dostupné literatury je známo, že děti s ADHD je nutné stále zaměstnávat. Co to znamená pro vás učitele a jak se dá taková situace zvládnout ve třídě, do které dochází děti s různými poruchami?
 - Jsme profesionálové. Všechny máme mnoholeté zkušenosti. Je nutné ke každému dítěti přistupovat individuálně. Potřebujeme určitý čas, abychom dítě poznaly a mohly k němu správně přistupovat. Samozřejmě je naše práce náročná na přípravu, musíme mít v zásobě velké množství činností, které je nutné často střídat, prokládat

oddychovými aktivitami. Neméně důležitá je výchovná práce s celou třídou. Důsledně vysvětlujeme, proč se některé děti chovají jinak. Ve třídě máme společně žáky s ADHD, s poruchami autistického spektra, psychiatricky nemocné žáky, dále žáky s poruchami chování a učení a jiné, proto výuka probíhá v odděleních. S tímto se musí vyrovnat nejen učitelé, ale i děti.

5. Dokážete posoudit, zda se během hospitalizace stav žáků lepší? Chování, školní výsledky i jejich psychický stav?
 - To vidíme každý den. Opět musím dodat, že je pokrok individuální. Některé dítě se nezlepší ani za měsíc, u jiného se pokrok ukáže už za 14 dní. Vyhovují mu nastavená pravidla, řád, systém pochval a postihů.

6. Je pravda, že v případě vhodně zvolené farmakoterapii se značně zmírní příznaky poruchy ADHD? Lze to posoudit i v případě, že se s žáky stýkáte pouze ve škole, a ne během celodenního programu?
 - Samozřejmě, že vhodně zvolená medikace má velký vliv na zlepšení chování žáků. My i lékaři máme radost, když se podaří dítěti tzv. „namíchat“ vhodnou kombinaci léků, která mu usnadní život.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kateřina Šrámková

Obor: Speciální pedagogika-vychovatelství

Forma studia: Prezenční

Název práce: Práce s dětmi s ADHD na ZŠ při PNB a na oddělení dětské psychiatrie PNB

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 45

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 6

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 7

Vedoucí práce: Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.