

Změna kvality života rodiny, která vychovává dítě s ADHD

Michaela Hrdinová

Bakalářská práce
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela HRDINOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Změna kvality života rodiny, která vychovává dítě s ADHD.**

Zásady pro vypracování:

Vymezení výzkumného tématu.

Teoretický rozbor tématu.

Rozvedení výzkumného problému.

Zdůvodnění a specifikace výzkumného postupu.

Volba výzkumných metod a stanovení výzkumného vzorku.

Předpokládaný způsob zpracování výzkumných dat.

Závěr výzkumu a možnosti aplikace v praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Gavora,P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-85931-76-6

Heidbrink,H. Psychologie morálního vývoje. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-154-1

Koudelková,A. Psychologické otázky delikvence. Praha, Victoria Publishing, a.s., 19995

Langmeier,J.,Matějček,Z. Psychická deprivace v dětství. Praha: SZN, 1969

Maňák,J.,Švec,V. Cesty pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6

Musil,J., Musilová,M. Asistentská praxe. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0297-1

Musilová,M. Případová studie jako součást pedagogické praxe. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0749-3

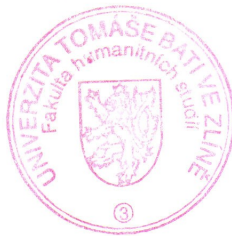
Vágnerová,M. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 1997

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Štefan Chudý, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **8. ledna 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2008**

Ve Zlíně dne 8. ledna 2008



L.S.


prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan


Mgr. Jarmila Celá
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku výchovy dítěte s diagnózou ADHD především v rodinném prostředí, na možnosti spolupráce se školou a odbornými zařízeními. Popisuje diagnostiku ADHD z hlediska psychologů i psychiatrů a snaží se o výčet faktorů ovlivňujících vznik a vývoj poruchy. Autorka se zmiňuje o vlivu osobnostních faktorů i sociálního prostředí. Teoretická část práce se zabývá obecnou charakteristikou poruch chování, průběhem hyperkinetické poruchy v dětském věku a dospívání a naznačuje i možnosti vývoje v dospělosti. Nastiňuje některé druhy terapie, reedukace a léčby dětí s ADHD.

Empirická část představuje v kvalitativním výzkumu podrobnou kazuistiku patnáctiletého chlapce, zahrnující všechna dosavadní vývojová období včetně prenatálního. Je doložena pohledem odborníků z oblasti psychologie, psychiatrie a etopedie. Komplexní náhled na tento extrémní případ může pomoci ostatním rodičům vyvarovat se výchovných chyb a pedagogickým pracovníkům nabízí pohled na případ ze strany rodiny.

Klíčová slova: ADHD, hyperkinetické poruchy, specifické poruchy chování, kazuistika, diagnostika, poruchy pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, agresivita, psychický a sociální vývoj, výchova

ABSTRACT

This graduation thesis is focused on problems concerning education of children with ADHD especially in their family and on possibilities of cooperation with school and special institutions. Diagnosticians are described from the point of view of psychologists and psychiatrists. The author is trying to list some factors influencing the genesis of this deficiency and the influence of the personality and social background as well.

The theoretical part describes the behaviour disorders in general, their course in childhood and adolescence and some prospects for adulthood. Some kinds of treatment and therapy for children with ADHD are also mentioned.

The empirical part presents a detailed casuistry of a 15-year-old boy including all stages since the prenatal one. This case is documented by specialists in psychology and psychiatry. The comprehensive approach to this extreme case in this thesis can help parents to avoid mistakes in education and it can give pedagogues a chance to look at these problems from the parents point of view.

Keywords: ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders), hyperkinetic disorders, specific behaviour disorders, casuistry, diagnostic, attention disorders, hyperactivity, aggressiveness, psychice and social development, aducation.

Motto:

“Třetí vrstva výchovy přesahuje ty dvě předchozí a nemám pro ni jiné označení než „duchovní“. Do ní patří to, co se i psychologii vymyká a co přesahuje pouhou vychovatelskou technologií, byť jakkoliv odbornou a profesionální, ale co je neméně reálné než to tělesně vnímatelné a co ve výchově působí snad ze všeho nejsilněji a nejúčinněji. Těžko se to popisuje a ještě obtížněji se to dokazuje – ale je to tak! Je to porozumění, láska, soucítění, odpuštění, vděčnost a další podivuhodné, ba divotvorné jevy tohoto světa, pro které nemáme ani odborná pojmenování.“

Zdeněk Matějček

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1PORUCHY CHOVÁNÍ A POZORNOSTI.....	11
1.1CHARAKTERISTIKA HYPERKINETICKÉ PORUCHY (ADHD).....	11
1.2PŘÍČINY ADHD.....	13
1.2.1Osobní faktory.....	13
1.2.2Vliv sociálního prostředí.....	14
1.3DIAGNOSTIKA ADHD.....	15
2PRŮBĚH PORUCHY ADHD.....	16
2.1PROBLÉMY VE VÝVOJI.....	16
2.1.1Raný vývoj.....	16
2.1.2Školní docházka.....	17
2.1.3Vývoj v období dospívání.....	18
2.1.4ADHD v dospělosti.....	18
2.2CHARAKTERISTIKA PORUCH CHOVÁNÍ V DĚTSKÉM VĚKU.....	19
2.2.1Lhaní.....	19
2.2.2Útěky a toulání.....	19
2.2.3Krádeže.....	20
2.2.4Agresivní poruchy chování.....	21
2.3PORUCHY SPOJENÉ S ADHD.....	21
2.3.1Přidružené symptomy.....	21
2.3.2Přidružené poruchy.....	22
2.4TERAPIE A LÉČBA DĚTÍ S ADHD.....	22
2.4.1Režimová terapie.....	23
2.4.2Ústavní režimová terapie.....	24
2.4.3Psychoterapie a alternativní metody léčby.....	24
2.4.4EEG-Biofeedback.....	24
2.4.5Kineziologie.....	25
2.4.6One Brain.....	25
2.4.7Videotrénink interakcí – VTI.....	25
2.4.8Farmakoterapie.....	25
2.5SHRNUTÍ	26
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
3PŘÍPADOVÁ STUDIE.....	28
3.1POZOROVÁNÍ.....	28
3.1.1Pozorování ve škole.....	28
3.1.2Pozorování v rodinném prostředí.....	30
3.2ANAMNÉZA.....	31
3.2.1Osobní anamnéza.....	31
3.2.2Rodinná anamnéza.....	32
3.2.3Školní anamnéza.....	33

3.3 ZÁVĚR ANAMNÉZY.....	35
3.4 PROGNÓZA.....	35
3.4.1 Prognóza školních výsledků.....	35
3.4.2 Prognóza vývoje osobnosti.....	35
3.4.3 Prognóza rodinného vývoje.....	36
4 POHLED ODBORNÍKŮ.....	38
4.1 Z POHLEDU PSYCHOLOGA (ZDROJ: PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA SVP).....	38
4.2 Z POHLEDU PSYCHIATRA (ZDROJ: VYJÁDRĚNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘKY).....	39
4.3 Z POHLEDU ETOPEDA (ZDROJ: PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA SVP).....	40
ZÁVĚR.....	41
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	43
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	45

ÚVOD

Výchova dítěte v rodinném prostředí je nejosvědčenějším způsobem, který lidstvo zná. Abychom se stali rodiči, nepotřebujeme zkoušky ani povolení, i když se jedná o jeden z nejsložitějších a nejzodpovědnějších úkolů, před který nás život postaví. Každý z rodičů řeší během výchovy potomka celou řadu menších i větších potíží, i když se jedná o dítě zdravé a bezproblémové. Rodiče takových dětí si ani nedovedou představit, v jak složité situaci se ocitají rodiny dětí handicapovaných, vážně nemocných či trpících nejrůznějšími poruchami. Výchova takového dítěte má zásadní vliv na celkové fungování rodiny a ovlivňuje její život v celém spektru běžných denních situací.

Pokud se jedná o dítě se zdravotním handicapem, bývá postoj okolí k situaci rodiny chápavý či litující. Pokud se však jedná o poruchu chování, existuje ve společnosti převládající názor, že rodina nezvládla svoji výchovnou funkci. Často se tímto způsobem vyjadřují i pedagogové. Přitom většina pedagogů se ve své praxi setkává již léta s pojmem lehká mozková dysfunkce a nově i s pojmem ADHD – hyperaktivita s poruchou pozornosti.

Tato porucha byla diagnostikována u mého mladšího syna, a několikrát jsem se s ní setkala i ve své dlouhodobé praxi učitelky na základní škole. Všimla jsem si, že se nejedná „pouze“ o problém dítěte, ale o vážný handicap celé rodiny. Soužití s takto postiženým dítětem je nesmírně problematické a vyžaduje nesmírnou trpělivost, obětavost a lásku. I přes veškerou snahu rodiny však potíže dítěte často přetrvávají a rodiče mají tendenci označovat danou situaci za vlastní výchovné selhání. Jsou v tomto směru utvrzováni ze strany školy i nejbližšího okolí. Pomoc v této nelehké situaci nabízí rodinám odborná pracoviště, především pedagogicko-psychologická poradna, ambulantní psycholog či psychiatr nebo středisko výchovné péče. Během své dlouholeté pedagogické praxe jsem se však nesečkala s publikací či seminářem, který by s problematikou komunikace s rodinnými příslušníky o této citlivé oblasti seznamoval učitele a vychovatele. Ze strany školy bývá rodičovské působení označeno za selhávající a problémy celé rodiny se prohlubují a vyhrocují.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY CHOVÁNÍ A POZORNOSTI

Poruchy chování a pozornosti byly poprvé diagnostikovány jako samostatná kategorie v roce 1940. Až do konce šedesátých let se tento termín používal především v lékařském prostředí. Za tu dobu prošla tato kategorie neuvěřitelnou řadou přejmenování a upřesňování. Namátkou jmenujme: dětská encefalopatie, minimální mozková dysfunkce, lehká mozková dysfunkce (LMD), porucha pozornosti (ADD – Attention Deficit Disorder), porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) a hyperkinetická porucha.

Poruchy chování a pozornosti lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností (Vágnerová, 1999).

Hyperkinetické poruchy jsou diagnostickou kategorií, která se objevuje u všech věkových skupin od dětství až po dospělost.

Podle posledních průzkumů se v České republice vyskytuje ADHD zhruba u 15 % dětské populace. Screeningový záchyt příznaků LMD prováděli v roce 1999 prof. Matějček, doc. Dytrych a dr. Tyl u 6 000 žáků 2. třídy. Studie zjistila, že pouze 66 % dětí je bez příznaků LMD. Ze zbývajících 18 % vykazovalo zřetelné klinické znaky a dalších 16 % vykazovalo znaky subklinické (Michalová, 2007).

1.1 Charakteristika hyperkinetické poruchy (ADHD)

R. Barkley uvádí ve své definici, že „*ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Často se projevuje v raném dětství. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony.*“ (Michalová, 2007, str. 29)

Nejrozšířenější označení pro všechny výše zmíněné poruchy, které je v současnosti užíváno, je syndrom hyperaktivity. Jedná se tedy o soubor jednotlivých symptomů (příznaků), které jsou pro poruchu typické a společně vytvářejí obraz charakteristický pro danou diagnózu. V případě ADHD se podle Z. Michalové jedná o tři hlavní symptomy:

- *Poruchy pozornosti*: Pozornost je psychická funkce, jejímž úkolem je vybírat z množství podnětů dopadajících na organismus ty, které jsou z jeho hlediska důležité. Pracuje na základě regulace podráždění a útlumu. Zesiluje významné podněty, orientuje na ně duševní aktivitu a tlumí vnímání podnětů nedůležitých. Při poruše se objevuje neschopnost soustředění a udržení pozornosti, nedokončování úkolů, časté zapomínání, ztráty věcí... Dítě se nedokáže oddělit od rušivých vlivů okolí.
- *Impulzivita*: Dítě se navenek jeví jako neschopné sebekontroly, jeho útlumové mechanismy jsou nedostatečné. Dítě reaguje na přicházející podněty zcela bezprostředně, překotně a zbrkle. Jedná ukvapeně, nedomýšlí rizika či důsledky svého chování. Je emočně labilní, reaguje prudce a často nepřiměřeně. Žije zcela přítomností, nedokáže čekat, všechno chce hned. Často mívá nižší sebehodnocení a bývá vztahovačné.
- *Hyperaktivita* se projevuje nadbytkem motorické aktivity, zvýšenou pohyblivostí a živostí. Dítě se vyznačuje nadbytkem energie, neposedností, jeho pohyby jsou neuspořádané, nemotorné, chaotické a neúčelné. Nevydrží na jednom místě, vrtí se, pohybuje rukama nebo nohama. Nápadným znakem je neustálý pohyb rukou, potřeba pohrávat si s něčím. Častým znakem je i zvýšený řečový projev, jak hlasitost, tak i doprovázení činností různými zvuky.

Pokud se tyto symptomy vyskytnou už před nástupem dítěte do školy nebo se vyskytnou déle než 6 měsíců či výrazně častěji než u jiných dětí, měli by rodiče zvažovat konzultaci s odborníkem, nejčastěji v pedagogicko-psychologické poradně.

Základem ADHD je faktická změna ve stavbě nervové soustavy. Jedná se tedy o neurovývojovou poruchu, při které se organické vývojové poškození kombinuje s negativním vlivem vnějších faktorů. Jde především o vývojovou změnu v distribuci dopaminových transmiterů (Malá, 2007).

Z lékařského hlediska jsou podle MKN- 10 hyperkinetické poruchy rozděleny do dvou jednotek:

- Porucha aktivity a pozornosti
- Hyperkinetická porucha chování

„F 91 Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem asociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takové chování u daného jedince extrémní, porušuje sociální očekávání přiměřené věku a je závažnější než obyčejná dětská nezbednost nebo rebelantství v adolescenci. (Michalová, 2007 dle MKN – 10)

1.2 Příčiny ADHD

Mezi laickou veřejností se ještě stále hojně objevuje názor, že je porucha ADHD způsobena nevhodnou a zanedbávající výchovou. Bohužel se k tomuto názoru kloní i někteří pedagogové. Dispozice k onemocnění ADHD je ovlivněna multifaktoriálně. Projevují se zde jak biologické předpoklady, tak i vliv řady sociálních faktorů. Interakce rizikových vlivů má za následek ovlivnění veškerého chování a hraje zásadní roli v rozhodovacím procesu jedince.

Na základě uváděných názorů jednotlivých odborníků (Zametkin 1995, Lou 1989, Berger 1997...) lze stanovit podíl vlivů na vznik dané poruchy takto:

- 50 – 70 % heredita (dědičnost)
- 20 – 30 % prenatální a perinatální příčiny
- 10 % pozdější vlivy postnatálního charakteru (Michalová, 2007, str. 42)

1.2.1 Osobní faktory

Základem poruchy je vrozená genetická dispozice a zdravotní stav jedince. ADHD je dědičná porucha spojená s poškozením mozku. Zpravidla se u jednoho z rodičů vyskytují obdobné symptomy (impulzivita, úzkostlivost, agresivita, apod.)

Další příčinou bývá oslabení nebo porucha CNS (centrální nervové soustavy) – porucha neurotransmiterů. Většinou se jedná o prenatální či perinatální poškození, tedy období nejranějšího vývoje mozku. Jakýkoliv problém, například onemocnění matky v době těhotenství nebo komplikovaný porod zvyšují zranitelnost mozku. Mozkové struktury jsou obzvlášť citlivé na nedostatečné zásobení kyslíkem během porodu. Oslabení nebo porucha CNS se může projevit i u dětí po úrazech hlavy či u dětí s epilepsií. Některé příznaky ADHD, jako jsou hyperaktivita, agresivita a poruchy nálad mohou být také důsledkem životního stylu matky v období těhotenství. Zvlášť nebezpečné je užívání alkoholu, nikotinu, kofeinu, drog a velké části farmakologických preparátů.

Porucha se projevuje častěji u chlapců, dívky jsou pravděpodobně spíše nositelkami genetického materiálu. Podle dosavadních výzkumů je větší riziko výskytu poruchy pozornosti a hyperaktivity v mužské linii.

Nepříznivou zátěží je emoční labilita, impulzivita a nižší schopnost sebeovládání, která je pro organické poškození CNS charakteristická. U postižených lze snadněji vyprovokovat nevhodné reakce. Například jedinci trpící syndromem hyperaktivity na bázi LMD mají mnohem více potíží s chováním a dostávají se v adolescenci i dospělosti častěji (v11-25%) do nápravného zařízení (Matoušek, 1996).

1.2.2 Vliv sociálního prostředí

Největší riziko pro dítě, které je zatíženo genetickými faktory vzniku ADHD, představuje nevhodné a nepodnětné rodinné prostředí. To může mít za následek rozvoj nežádoucích způsobů chování i podporu nežádoucích až maladaptivních osobních charakteristik. Dítě může napodobovat poruchové chování rodiče a převzít jeho odlišný normativní a hodnotový systém. Také se u dítěte může projevit raná citová deprivace, která poznamenává celý budoucí emoční život jedince.

Rizika rodinného prostředí lze rozdělit do několika skupin:

- Porucha osobnosti u jednoho, případně obou rodičů – neschopnost plnit rodičovskou roli, návyky vedoucí ke změně osobnosti (př. alkoholismus, toxikomanie), zanedbávání a týrání dětí.
- Subdeprivační zkušenost dítěte – rodina úplná, ale fungující pouze formálně, neposkytuje dítěti dostatek podnětů ke zdravému vývoji, dítě se nudí a hledá si náhražkové aktivity.
- Neúplná rodina – náročná role osamělého rodiče, nejčastěji matky. Rodina neposkytuje dítěti všechny potřebné vzorce chování, nedostatek otcovské autority a mužského vzoru chování.
- Tolerující subkultura – některé rodiny tolerují asociální chování a vychovávají děti ke krádežím a násilné činnosti (Vágnerová, 1999, str. 276-277).

Negativní vliv na rozvoj hyperkinetické poruchy mají i sociální skupiny vrstevníků. Nejčastěji jde o působení asociální party v období dospívání, ve které může mít poruchové

chování charakter normy. Zvýšené nebezpečí vlivu party na vývoj jedince představuje život na sídlištích, která jsou typická svou anonymitou a kde nefunguje dostatečná sociální kontrola okolí.

1.3 Diagnostika ADHD

Vzhledem k tomu, že ADHD oslabuje celý nervový systém, může se porucha projevovat ve všech mentálních funkcích. V pozornosti, soustředění, myšlení, vůli a plánování, paměti a učení, chování a sebeovládání. K přesnému stanovení diagnózy ADHD a kvantifikaci poruchy se používá diagnostika zaměřená na příznaky v oblasti motoriky a funkcí vnímání, ale také metody šalovací. Důležitá z hlediska diagnostiky jsou anamnestická zjištění o výskytu hyperkinetického syndromu u příbuzných. Diagnózu může podpořit i EEG záznam (Michalová, 2007, str. 53).

Nejnovější kritéria pro určení ADHD/ADD a udělení její diagnózy vznikla úpravou kritérií Americké psychiatrické asociace pro potřeby škol. Na základě výskytu určitého počtu symptomů, které nejsou slučitelné s daným vývojovým stupněm dítěte, po dobu nejméně šesti měsíců je odborníkem stanovena diagnóza.

Diagnostika poruchy chování by měla být dlouhodobějším procesem a měla by probíhat ve dvou rovinách. Základem je pozorování dítěte v jeho přirozeném prostředí, především ve školní třídě. Toto pozorování by mělo být doplněno výpovědí učitele i rodičů. Druhou rovinu by mělo tvořit poradenské vyšetření. Na základě všech údajů je psychologem a speciálním pedagogem sestavena závěrečná zpráva, jejíž zjištění jsou podkladem pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu pro potřeby školy. Psycholog a speciální pedagog doporučí rodičům nejvhodnější postup při výchově dítěte, navrhne vhodnou terapii, případně jej odešle k odbornému psychiatrickému vyšetření (Michalová, 2007, str. 53).

2 PRŮBĚH PORUCHY ADHD

Porucha ADHD přetrvává ve většině případů až do dospělosti a během života vytváří zátěžové životní události. Potíže jedince nevyplývají pouze z nesoustředění a hyperaktivity, ale i ze zhoršení některých kognitivních funkcí. Jedná se o problémy s rozlišováním podstatných informací, sníženou schopnost rozdělit si úkoly a plánovat.

Dítě (a v budoucnu často i dospělý) jedná ukvapeně, bez rozmyšlení, vytváří si rychlé závěry, nedokáže se poučit z úrazu ani trestu. Nefunguje u něj dostatečná sebekontrola, je přítomna nestálost a nezralost reakcí, neschopnost odložit akci, čekat, neschopnost reflektovat změny. Jde o „žití okamžikem“ (bez budoucnosti), často se objeví dřívější začátek sexuální aktivity (kolem 15 roku), střídání sexuálních partnerů bez použití ochrany. K rizikovému chování patří i experimentování s návykovými látkami.

„Hyperkinetické poruchy jsou vysoce rizikovou diagnózou pro vznik dalších psychiatrických poruch. Nejčastějšími komorbidními psychiatrickými poruchami u dětí jsou specifické vývojové poruchy motorické funkce a školní dovednosti (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie), afektivní poruchy, poruchy chování, zneužívání návykových látek, tikové poruchy, porucha opozičního vzdoru a úzkostné poruchy.“ (Malá, 2007)

Celoživotně bojuje jedinec s ADHD s poruchou emocí, která vyplývá z celkové frustrace. Projevuje se především zvýšenou emoční labilitou, přecitlivělostí a impulzivitou. V jeho náladě se projevují rychlé zvraty a zlostné výbuchy. U dospívajících se neschopnost zabavit se projevuje pocitem nudy, kterou dokážou krátkodobě oslabit velmi silné emoční podněty. Adolescenti mají tendenci ke zvýšené dráždivosti a netrpělivosti, vyhledávají silné zážitky, senzace, rizika a adrenalinovou zábavu (Malá, 2007).

2.1 Problémy ve vývoji

2.1.1 Raný vývoj

U kojenců se porucha projevuje v oblasti fyziologických potřeb. Mívají problémy se spánkem, špatně usínají a v noci se často budí. Také mají potíže s příjmem potravy, špatně sají mléko a z toho důvodu i pomalu přibývají na váze. Musí být dříve přikrmováni a problémy s jídlem přetrvávají často až do školního věku. Kojenec s ADHD je dráždivý, snadno se rozpláče, lze ho jen těžko utišit, občas křičí do vyčerpání.

V raném stádiu vývoje dochází u velké části dětí s ADHD k vývojovým opožděním v různých oblastech. Přibližně u 60 % dětí bývají zaznamenány poruchy raného vývoje řeči. Jejich schopnost vyjadřování se rozvíjí pomaleji než u zdravých dětí. Často komolí slova a tvoří pouze jednoduché věty složené ze dvou až tří slov. Také motorický vývoj probíhá u těchto dětí nerovnoměrně. Některé jsou opožděné a nedokážou si obstarat podněty, které by je zabavily. Naopak děti s výrazným syndromem hyperaktivity se projevují motoricky rychleji a rodiče mají problém je uhlídat.

Nejvýrazněji se od ostatních dětí odlišují v emoční oblasti. Objevuje se u nich intenzivní vzdor, který bývá často doprovázen záchvaty vzteku. Dítě se nedokáže podřídit, nedodrhuje stanovený řád, neposlouchá. Zároveň je výrazně fixováno na dospělé, vyžaduje si neustálou pozornost a péči. Je rádo středem veškerého dění a to i za cenu, že bude potrestáno (Malá, 2007).

2.1.2 Školní docházka

Nástup dítěte do školy bývá často prvním vážným krizovým momentem v životě rodiny, která doposud výchovu dítěte s ADHD zvládala. Škola znamená pro dítě především zátěž spojenou s požadavky na výkon i dodržování řádu a pravidel. Zvláště v oblasti chování se dítě neuvědoměle dostává do koloběhu situací, které se pro něj postupně stávají stále více frustrující. Pokud není porucha chování spojena se specifickými vývojovými poruchami učení, nepotřebuje dítě žádnou zvláštní koncepci výuky a pedagog by měl za pomoci rodičů zvládnout dítě v rámci běžného vzdělávacího systému. Nezbytná je ovšem odborná znalost učitele a individuální přístup k potřebám žáka. Ve většině případů se dítě špatně přizpůsobuje požadavkům na kázeň a řízenou činnost. Učitelé si stěžují, že dítě nereaguje na pokyny, neposlouchá, vyrušuje, nevydrží sedět, být potichu, nedá se na delší dobu usměrnit. Ve vztahu ke spolužákům se rádo předvádí, chce být ve vůdčím postavení, a pokud se mu nevyhoví, chová se uraženě nebo agresivně. K učitelům bývá dítě drzé, těžko se podřizuje autoritám, má sklon k opozičnímu chování. Často se začne bezdůvodně smát, vykřikovat a odmítat. Tyto stavy se střídají s pasivitou, kdy pouze sedí v lavici a odmítá pracovat. Doma se odmítá připravovat, o učení nemá zájem, na dohled rodičů reaguje vztekle a podrážděně. Jeho prospěch se postupně zhoršuje, ale protože potřebuje „vyniknout“, staví se do pozice „třídního darebáka“. Nosí poznámky, stále něco zapomíná, ztrácí věci. Chování dítěte v tomto období výrazně poznamenává komunikaci celé rodiny.

2.1.3 Vývoj v období dospívání

V pubertě se dospívající emocionálně odpoutává od rodiny. Neakceptuje dospělé, v chování se projevuje zvýšená kritičnost a výrazné opoziční chování. Potřeba prosadit vlastní názor vede často k „pubertálnímu negativismu.“ Na vznik nežádoucího chování má v tomto období zásadní vliv vrstevnická skupina.

„Potřeba dokazovat si vlastní nezávislost na společnosti se projevuje nejen odvržením jejích norem, ale mnohdy symbolickým nebo dokonce fyzickým útokem proti jejím hodnotám.“ (Vágnerová, 1999, str. 278)

V mírnější formě se dospívající chtějí od společnosti odlišovat určitým typem oblečení nebo účesu, ale v horším případě (často právě u jedinců s ADHD) dochází až k projevům násilí, vandalismu a ničení. U dospívajících eskaluje snaha zkoušet dosud zakázané aktivity, experimentovat v oblasti návykových látek nebo sexuální aktivity.

Zvláště děti, které neměly v rodině dostatečné citové zázemí, o které rodiče nejevili dostatečný zájem, se definitivně odpoutávají od rodiny. Dospělí pro ně nepředstavují autoritu a ve vrstevnické skupině se zařazují do pevně stanovené hierarchie, která jim dosud chyběla. Experimentují v oblasti chování, které překračuje běžné sociální normy a často se dostávají až na hranici kriminality (Malá, 2007).

2.1.4 ADHD v dospělosti

Scénář dospělého vývoje má opět dvojí cestu. V lepším případě dochází během dospívání k dozrávání doposud nedostatečně vyvinutých mozkových buněk, čímž dojde k lepšímu uvolňování neurotransmiterů. Takovéto zlepšení je však bezpodmínečně podmíněno správným přístupem v době potíží po celé období dětství a dospívání. V opačném případě problémy v dospělosti nemizí, ale naopak se výrazně prohlubují. Jsou umocňovány pocitem vlastní nedostatečnosti, následnou frustrací a trvalými konflikty se společností.

Americké studie, které dlouhodobě sledují vývoj poruchy pozornosti a hyperaktivity, odhadují přetrvávání příznaků do dospělosti asi u 70 % případů (Michalová, 2007).

U adolescentů s ADHD se dvakrát častěji vyskytuje delikventní chování s následnou soudní dohrou v období časně dospělosti. *„Je zřejmé, že neléčená porucha*

ekonomicky zatěžuje celou společnost. ADHD není lehkou poruchou, vztahující se pouze k dětství. Z ekonomického hlediska je neléčená ADHD poruchou drahou.“ (Malá, 2007)

Přetrvávání obtíží do dospělého věku je udáváno v 60 % případů jedinců s ADHD. Důsledkem bývá problematické dokončení středoškolských studií, které v 1/3 případů končí vyloučením ze studia. Vysokou školu dokončí pouze 5 až 10 % lidí s ADHD. Zastávají nižší pozice v zaměstnání, mají časté konflikty s nadřízenými a málo přátel. Sklon k antisociálním aktivitám má 40 až 50 % jedinců s ADHD, porucha vede v řadě případů k úzkosti a depresi a v krajních případech až rozvinutí poruchy osobnosti. U nemocných se častěji vyskytuje konzumace až nadužívání alkoholu, nikotinu, návykových látek. Mají větší sklon k rizikovému chování, jsou častější obětí dopravních nehod a úrazů při adrenalinových sportech (Malá, 2007).

2.2 Charakteristika poruch chování v dětském věku

Poruchy chování v dětském věku lze podle Vágnerové rozdělit na neagresivní porušování sociálních norem, jako jsou lži, útěky a toulání. Protipólem jsou agresivní poruchy chování, sahající od šikany a vandalismu až po násilné činy, přepadávání a loupeže.

2.2.1 Lhaní

Lhaním se dítě snaží vyhnout osobně nepříjemné situaci, ponížení nebo trestu. U dětí přibližně do 7 let věku se nejedná o pravé lhaní, ale konfabulace, kdy dítě částečně věří tomu, co říká. Pravá lež je charakteristická úmyslem a vědomím nepravdivosti. Často se jedná o obranný mechanismus se snahou vyhnout se potíží nebo získat nějakou výhodu. Děti s ADHD, ve snaze být středem pozornosti, se často uchylují k bájevě lhavosti, která na symbolické úrovni uspokojuje jejich potřebu atraktivity. K nebezpečným patří lži, jejichž úmyslem je poškodit druhou osobu a dosáhnout osobní prospěch. Bývají spojeny s egoismem, necitlivostí a někdy i agresivitou (Vágnerová, 1999, str. 280).

2.2.2 Útěky a toulání

Útěkem řeší dítě problémy s prostředím, které se mu jeví jako ohrožující nebo nepřijatelné. Jedná se o únikové jednání. Dítě s ADHD většinou dříve jedná, než myslí. Pokud si uvědomí závažný problém, kterého se dopustilo a má strach z následků či trestu,

může se uchýlit právě k útěku. Časté útoky z domova jsou signálem, že rodina ve své výchovné funkci selhává. Existují různé formy útěků, které se liší především svou motivací.

- Reaktivní, impulzivní útoky představují většinou zkratovou situaci, kterou dítě řeší problémem doma nebo ve škole. Většinou jsou motivovány strachem před trestem. Dítě se zpravidla chce vrátit domů, útek se po vyřešení situace už neopakuje.
- Chronické útoky bývají plánované, připravované a obvykle vyplývají z dlouhodobých problémů. Nejčastěji bývají zaznamenány u dětí z nefunkčních rodin a dětí v ústavní výchově. Jsou reakcí na pocit omezení svobody.

Toulání je charakteristické dlouhodobým opuštěním domova. Je výrazem nedostatečné citové vazby v rodině. Zpravidla bývá spojeno s dalšími odchylkami v chování, například krádežemi, které jim zabezpečují živobytí (Vágnerová, 1999, str. 281-283).

2.2.3 Krádeže

Pro krádež je charakteristická záměrnost jednání. Pokud je dítě rozumově schopno odlišit pojem vlastnictví, mělo by respektovat společenské normy. Menší nebezpečí představují příležitostné krádeže, které se objevují právě u dětí s ADHD. Něco se jim líbí, nečekají a věc si vezmou. Jedná se o impulzivní a nepromyšlenou reakci. Závažnější jsou předem promyšlené krádeže, které se objevují až ve starším školním věku. Především se jedná o krádeže peněz rodičům k uspokojení vlastních potřeb. Někdy mohou být závažným signálem šikany, pokud je dítě vydíráno. Nejnebezpečnější jsou opakované krádeže v partě. Zloděj má podporu skupiny, své jednání nepovažuje za závadné, naopak je za ně chválen.

V případě krádeží je pro rodiče důležité zjistit motivaci. Jestli krade dítě k uspokojení vlastní potřeby, jestli krade pro někoho jiného a je ke krádeži naváděno, jestli je dítě vydíráno nebo si krádeží získává respekt v partě. Poslední situace je nejnebezpečnější, protože fixuje nežádoucí chování jako normu (Vágnerová, 1999, str. 282-283).

2.2.4 Agresivní poruchy chování

Poruchy pozornosti (ADD – Attention Deficit Disorders) člení Z. Michalová na několik podskupin:

- ADD + H - spojení s hyperaktivitou,
- DD no H - bez hyperaktivity,
- ADHD s agresivitou,
- DD - opoziční chování.

Pro děti s ADHD je typické i opoziční chování, které se u nás jako samostatná kategorie nepoužívá. K charakteristikám diagnózy patří agresivita, nadprůměrná nesnášenlivost, hádavost, oslabená sebekontrola a sebeovládání, časté je antisociální chování. Porušování sociálních norem je u agresivního chování spojeno s násilným omezováním základních práv ostatních. Cílem agresivního chování bývá sebeprosazení a snaha ovládat druhé. Vzácně se objevuje i agresivní jednání, kde jedince uspokojuje samo násilí.

Nejnebezpečnější formou agresivního chování ve školním věku je šikana.

2.3 Poruchy spojené s ADHD

Jak již bylo řečeno v úvodu ADHD se vyznačuje celou řadou symptomů, z nichž ne všechny se vyskytují u každého jedince. Základní symptomy – poruchy pozornosti, impulzivita a hyperaktivita jsou pro diagnózu společné. Ostatní symptomy se mohou vyskytovat v různé míře a intenzitě.

2.3.1 Přidružené symptomy

- Poruchy spánku – nejsou hlavním příznakem ADHD, některé děti spí dobře. Často se však vyskytují potíže s usínáním, probouzení se v průběhu noci, mluvení ze spaní, noční děsy
- Nepružnost – zásadní neochota měnit jednou přijatá stanoviska, neochota přizpůsobovat se novým situacím
- Vztahovačnost – dítě je přecitlivělé na každou negativní poznámku či reakci okolí, má sklon obviňovat ostatní ze snahy poškodit ho

- Prudké výkyvy nálad – citové reakce jsou nepředvídatelné, dítě střídá vztek s lítostivým pláčem, má sklon k negativismu
 - Nesnášenlivost – chronická agrese vůči ostatním lidem, destruktivní chování, lhaní
 - Neuznávání autorit – neschopnost podřídit se řádu a režimu, společenským pravidlům a normám, opoziční chování, časté hádky s dospělými
 - Špatné nebo zhoršené sebepřijetí – podceňování vlastních schopností, snížená sebeúcta, nepříjemné pocity vůči okolí
 - Deprese – u 33 % dětí s ADHD se projevují klinicky definovatelné deprese, špatná nálada, plačtivost, sociální izolace, nechutenství, ztráta zájmů, suicidní myšlenky
 - Úzkost – u 30 % dětí s ADHD výskyt úzkostných poruch se somatickými projevy, bolesti břicha a hlavy, zvracení, neopodstatněný strach, obsedantní chování
- (Michalová, 2007)

2.3.2 Přidružené poruchy

Studie MUDr. Malé (2007) uvádí, že 44 % dětí s ADHD trpí i další přidruženou poruchou. ADHD se velmi často vyskytuje především ve spojení s dalšími specifickými vývojovými poruchami i některými zdravotními problémy. K nejčastějším patří spojení ADHD se specifickými vývojovými poruchami učení – dyslexií, dysgrafií, dysortografií, dyskalkulií a podobně. Ze zdravotních obtíží se k ADHD často pojí zrakové nebo sluchové obtíže, Tourettův syndrom, záchvatovité onemocnění a onemocnění štítné žlázy.

2.4 Terapie a léčba dětí s ADHD

Rodiče dětí s ADHD stojí před nelehkým úkolem. Na jedné straně nemohou a nesmí tolerovat problematické chování svého potomka, na druhé straně by ho však neměli vystavovat stresu z neustále hrozícího trestu. Často je pro rodiče nesmírně těžké, najít alespoň něco, zač by dítě mohli pochválit a podpořit jeho sebevědomí. Dítě si musí být jisté láskou a přijetím v rodinném prostředí. Základem výchovy dítěte s ADHD je důslednost a jednotný přístup rodiny, školy, příbuzných i vedoucích kroužků a sportovních oddílů.

Dítě bývá většinou v péči pedagogicko-psychologické poradny nebo střediska výchovné péče. Často však psychoterapie nestačí a v komplikovanějších případech je nutná i farmakologická léčba.

2.4.1 Režimová terapie

Dítě by mělo dostávat jednotlivé úkoly, které dospělí důsledně kontrolují. Ke každému úkolu musí být vhodně motivováno. Pravidelný režim dne vede k sebekázní. Zvláště při domácí přípravě na vyučování vede pevný režim k vytvoření podmíněného reflexu, který vede mozek k připravenosti na učení. Po námaze mozku je třeba dopřát dítě zventilování hyperaktivity vystřídáním činnosti. Čím je dítě mladší, tím kratší musí být časový úsek vyčleněný pro učení. Dobrou pomůckou jsou měkké masážní míčky, které dítě mačká v dlani při soustředěné činnosti jako je čtení a psaní. Odreaguje tím tenzi, kterou by jinak vybíjelo nepřiměřenými pohyby. Psycholog může rodičům poradit řadu postupů, které dítě pomohou zklidnit.

Výchova by měla směřovat k tomu, aby dítě získalo pozitivní vzorce chování, kterými by nahradilo negativní sklony. Postupně by si mělo budovat schopnost řídit svoje chování a ovládat svoji impulzivitu a agresivitu. Základem rodinné výchovy jsou odměny za pozitivní změny a dobré chování. Rodiče musí dát dítěti jasně najevo, jaké chování od něho očekávají, které chování je přijatelné a které přijatelné není. V případě správného chování by měli dítě odměnit. Ono tak získá pozitivní zkušenost a důvěru ve vlastní schopnosti. Ocenění a pochvalu si dítě zaslouží i za projevenou snahu, a to i v případě, že nebyla korunována úspěchem.

Problematické jsou reakce rodičů na nežádoucí chování. Některé děti se snaží vyvolat jakýkoliv zájem, třeba i negativní. V těchto případech je vhodné nežádoucí chování v rozumné míře ignorovat. Neustálé mentorování a častá kritika vedou ke ztrátě chuti a rezignaci na snahu změnit se.

Řadu krizových situací, kdy se dítě chová nežádoucím způsobem, je možno předem předvídat a předcházet jim. Rodiče by měli dítě chránit před takovými situacemi. (Michalová, 2007, str. 78).

2.4.2 Ústavní režimová terapie

V případě, kdy výchova v domácím prostředí selhává, nebo nemá adekvátní výsledky, mohou odborníci doporučit dítěti pobyt ve středisku výchovné péče nebo dětské psychiatrické léčebně. Zde se výchovní resp. zdravotničtí pracovníci zaměřují na kompenzaci jednotlivých symptomů, s nimiž dítě přichází. Děti z problematických rodin jsou zde poprvé postaveny do situace, která je nutí dodržovat určité hranice. Cílem terapie je vytvořit u dítěte hranice sebepojetí a také vytvoření určitých správných návyků. Správné chování je kladně hodnoceno, nejčastěji systémem bodování, na který navazuje systém pochval a odměn (Michalová, 2007, str. 171).

2.4.3 Psychoterapie a alternativní metody léčby

K základním metodám patří relaxace a u starších dětí přichází v úvahu i autogenní trénink. Za přítomnosti odborníka je vhodná individuální psychoterapie, imaginace a vizualizace. Z pohybových aktivit je vhodná jóga a jógová relaxace, relaxace při hudbě, cvičení pro svalové uvolnění (například cvičení ve vodě). Pro děti s uměleckými sklony je vhodná arteterapie či muzikoterapie.

Většina alternativních metod není určena k vyřešení potíží, ale ke zmírnění některých symptomatických poruch. K méně používaným patří EEG-biofeedback, kineziologie, videotrénink nebo systém One Brain (Michalová, 2007, str. 155).

2.4.4 EEG-Biofeedback

Metoda posiluje žádoucí aktivaci nervové soustavy, především pro trénink pozornosti, soustředění, sebeovládání a sebekázně. Odborníci zabývající se aplikací této metody uvádějí, že účinek EEG-Biofeedbacku se vyrovná účinku silného psychostimulancia. Elektrody přilepené k hlavě snímají mozkové vlny, které program třídí do frekvenčních pásem a převádí do digitální podoby. Průběh mozkových vln před sebou vidí dítě na obrazovce v podobě videohry, kterou ovládá pouze silou myšlenky, svou vůlí, bez pomoci klávesnice nebo myši. Aktivita mozku v žádoucím pásmu je odměněna úspěšnými výsledky hry. Výsledkem dlouhodobější terapie pomocí metody EEG-Biofeedback je zlepšení sebeovládání a posílení vůle. Ustupuje impulzivita, těkavost a agresivita. U mírně až středně závažných případů bývá pokrok zřetelný již dvaceti sezeních. (Michalová, 2007, str. 169-170).

2.4.5 Kineziologie

Kineziolog je v podstatě speciálně vyškolený facilitátor, který je schopen za pomoci somatických signálů komunikovat s mozkem klienta a najít energetické bloky v jeho těle. Víme, že při vjemu něčeho stresujícího či negativního svaly ochabují, lze je tedy použít jako signalizátory CNS. Facilitátor pracuje na úrovni buněčné paměti a dostává přesné, nezkreslené informace. Pracuje zejména se svaly na pažích a odstraňuje stresové emoce. Náprava je založena na pohybech a dotecích, které obnovují přerušovaný energetický tok (Zavadilová, 2007).

2.4.6 One Brain

System má navodit ideální spolupráci obou mozkových hemisfér. Ve stresu reagujeme na základě minulých zkušeností uložených v paměti. Negativní informace se objevuje ve formě energetického bloku a my místo hledání lepšího řešení uvízneme v pocitech bezmocnosti, protože u většiny lidí je v převaze jen jedna hemisféra. Posilováním oslabené hemisféry se dostávají obě poloviny mozku do rovnováhy a umožňují snadnější překonání negativních emocí (Palatová, 2008).

2.4.7 Videotrénink interakcí – VTI

VTI je účinná intervenční technika pro prevenci rozvoje sekundárních následků poruchy chování. Je založena na rozboru videozáznamů běžného rodinného života nebo chování dítěte ve škole. Po natočení videozáznamu vždy následuje analýza interakcí a rozhovor s rodiči, v případě školního záznamu s pedagogem. Základem není upozorňovat na chyby, ale vyzvednout pozitiva při interakci s problémovým dítětem. Hlavním cílem VTI je obnovit narušené vztahy, posílit dobrou verbální i neverbální komunikaci a pomoci při vytváření pozitivní atmosféry v rodině. VTI je metoda krátkodobá, trvá od jednoho do šesti měsíců a terapeut dochází do rodiny 1x týdně. Metoda působí také jako prevence nežádoucího chování (Michalová, 2007, str. 157-163).

2.4.8 Farmakoterapie

Děti s diagnózou ADHD mají více hospitalizací, 3x více otrav a 2 až 4x více úrazů. Přijetí do nemocnice pro mnohočetná zranění je o 13 % vyšší než u dětí kontrolních. Vydělíme-li zvlášť úrazy hlavy, jde o 15 % nárůst proti kontrolní skupině. (Malá, 2007)

Chování dítěte je pro rodiče od mala frustrující a složitější případy končí stále častěji v ordinacích psychiatrů. Předepisované léky přinášejí většinou rychlý výsledek, ale nesou s sebou i řadu rizik, z nichž nejpravděpodobnější je vytvoření návyku na danou substanci. K nejčastěji předepisovaným lékům patří Ritalin. Po podání přípravku narůstá duševní výkonnost a udržuje se na vyšší úrovni po celý den. Velkým nebezpečím je, že lék funguje na bázi amfetaminu a některé děti přecházejí v dospělosti k jeho nadužívání ve formě drogy. Příkladem může být Kurt Cobain, kterému byl v dětství Ritalin podáván a v dospělosti přešel na pouliční variantu drogy speed.

U dětí se sklonem k výbušnosti a agresivitě se podávají zklidňující léky z řady antipsychotik, například Risperdal. Pomáhá při poruchách mozkové činnosti týkající se myšlení, pocitů a chování. Tlumí agresivitu, vznětlivost a impulzivní reakce.

„Základem farmakologické léčby je co nejpřesnější stanovení diagnózy. Úspěšnost léčby na bázi metylfenidátu a atomoxetinu je mezi 60 a 75 %. K léčbě je samozřejmě nutno přidat i vhodný psychoterapeuticko- sociální program.“ (Malá, 2007)

Vhodně předepsané léky zmírňují hyperaktivitu, zlepšují pozornost a pomáhají dítěti k lepším výkonům. Pro dítě to znamená zlepšení sebehodnocení a rodiče nejsou tolik vystaveni výchovnému stresu. Farmakologické preparáty upravují látkovou výměnu dopaminu a noradrenalinu v mozku.

2.5 Shrnutí

Problematika ADHD zasahuje celoživotně do všech oblastí života a vývoje jedince i jeho rodiny. Především to, že děti nepodávají očekávaný výkon a jejich chování překračuje hranice obvyklých norem, klade zvýšené nároky na ně, na jejich rodiče i celé sociální okolí. Tyto děti v maximální míře potřebují pochvalu, které se jim výrazně nedostává. Nechápu, co dělají špatně, čím provokují druhé. Stále jsou kárány a jedna nepříjemná situace stíhá druhou. Jejich frustrace ze sociální neúspěšnosti a snížená tolerance ke stresu vede k prohlubování všech obtíží. Problém s řádem a pravidly má negativní dopad na jejich školní výsledky i celkově horší uplatnění v životě. Byť se projevují „drsně“, vulgárně a zdá se, že se jich nemůže nic dotknout, přesto emocionálně trpí a trápí se. Je na nás, na rodičích a výchovných pracovnících, abychom jim nelehkou životní situaci alespoň trochu usnadnili.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 PŘÍPADOVÁ STUDIE

Čtrnáctiletý chlapec David je žákem 8. třídy základní školy. Jedná se o speciální dyslektickou třídu. Z pozice rodiny i školy se chlapec jeví jako výrazně hyperaktivní se sklonem k agresivitě. Od pěti let je v péči pedagogicko-psychologické poradny a od jedenácti let v péči klinického psychiatra s diagnózou LMD/ADHD a přidruženými specifickými vývojovými poruchami učení – dyslexií, dysgrafií a dysortografií. V 11 letech absolvoval třítydenní pobyt na dětském psychiatrickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Brně a ve 14 letech dvouměsíční pobyt ve Středisku výchovné péče Valašské Meziříčí.

Matka je středoškolačka, zaměstnaná, dálkově studuje VŠ. Otec je středoškolák, zaměstnaný, před několika měsíci se od rodiny odstěhoval. Starší bratr je osmnáctiletý student střední školy.

Chlapec je vysoký a štíhlý. Dbá o svůj zevnějšek, je pohledný a upravený. Na první dojem působí sympaticky, sebejistě, dokáže být milý, usměvavý a je velmi komunikativní.

3.1 Pozorování

3.1.1 Pozorování ve škole

David je od mateřské školy pro všechny učitele problematickým dítětem. Od třetího ročníku je žákem speciální dyslektické třídy. Většinu spolužáků intelektem převyšuje, má rozsáhlý všeobecný přehled a výborné vyjadřovací schopnosti. Dyslektické obtíže ve čtení zvládl s pomocí matky velmi dobře, dysgrafické obtíže ustoupily s věkem, přetrvávají obtíže v oblasti dysortografie (nerespektování hranice slov a vět, časté vynechávání diakritických znamének, nerespektování délky samohlásek atd.). Ve vyučování se projevuje velkým motorickým neklidem, pokud musí setrvat na jednom místě, odreagovává se kýváním, podupáváním, neustále si s něčím hraje nebo si čmárá. Při výkladu vykřikuje, skáče učitelům do řeči a nenechá mluvit ani spolužáky. Neustále na sebe strhává pozornost, šaškuje, vykřikuje nevhodné poznámky, často i vulgární. Nesoustředí se, pozoruje dění v celé třídě i za okny, shazuje věci z lavice, aby měl důvod jít například pro zakutálenou tužku. Přitom dělá posměšné posunky za učitelovými zády a pošťuchuje spolužáky. Tyto chvíle někdy vystřídá nezájem až apatie, kdy odmítá pracovat, nepíše si poznámky, nespolupracuje. Pokud ho práce zaujme, většinou ji doprovází mluvením, broukáním či pozpěvováním. Být potichu mu činí velké potíže.

K učitelům bývá drzý, vulgární, nerespektuje jejich pokyny. Pokud se mu nedaří, vždy označuje za viníka učitele, výjimečně spolužáka. Při nezdaru je schopen hodit na zem sešit, učebnici, bouchnout do lavice, vykřiknout. Lépe vychází s učiteli v těch předmětech, kde je úspěšný. Jedná se především o předměty, kde mu k průměrné známce stačí jeho všeobecný přehled a vyjadřovací schopnosti. Vypracovává referáty navíc, nosí do školy knihy a obrázky, snaží se učitele zaujmout, očekává pochvalu. V předmětech, kde je třeba se zamyslet, soustředěně pracovat (matematika) nebo se soustavně připravovat (cizí jazyk) selhává po výukové stránce a velmi špatně vychází i s vyučujícími. Pokud nemá za zády třídu jako obecnstvo, je s ním snadnější domluva.

Se spolužáky má komplikované vztahy. Většina ze třinácti žáků třídy trpí obdobnými poruchami. Hlavně z počátku byl David ve vůdčí pozici. Postupem času však začalo jeho chování spolužáky obtěžovat a docházelo k častým konfliktům. Nedokáže pracovat ve skupině, při soutěžích chce vždy vyhrát. Pokud se mu nedaří, reaguje vztekle a někdy až agresivně. Jeho agrese je většinou slovní: urážky, vulgarismy, obviňování ostatních. Často mění kamarády. Během přestávek vyhledává žáky vyšších ročníků, většinou také problematické. Snaží se před nimi předvést, zavděčit se jim, získat obdiv či pochvalnou poznámku „za odvalu“ například pokřikováním vulgarismů na adresu pedagogů.

Občas se u Davida projevuje sociální cítění, zastává se slabších a má pochopení pro děti s handicapem. Při epileptickém záchvatu spolužačky dokázal poskytnout první pomoc a důrazně nabádal spolužáky, aby se dívce nesmáli.

Nenosí si pomůcky do vyučování, chybí mu sešity i učebnice, přesto že mu je matka pravidelně doplňuje.

V pololetí 8. ročníku byl hodnocen dvěma nedostatečnými (z matematiky a německého jazyka) a trojkou z chování.

Se školou spolupracuje pouze matka, od prvního ročníku se snaží všechny problémy řešit, přistoupila i na návrh hospitalizace v psychiatrické léčebně a k pobytu chlapce ve středisku výchovné péče. Výsledné chlapcovo chování však neodpovídá vynaloženému úsilí.

3.1.2 Pozorování v rodinném prostředí

Také doma se chlapec snaží, aby mu všichni členové věnovali maximální pozornost. Do nástupu puberty byl silně fixován na matku, v současnosti se od rodiny odpoutává, často se toulá venku s kamarády. Jeho pravidelnou povinností je venčení psa, ale i na něj často zapomíná. Je velmi nepořádný, pokud je přinucen uklidit si své věci, dělá to velmi nedbale. Pokud pomáhá v domácnosti, dělá to velmi neochotně. Občas má „světlé chvíle“, kdy sám od sebe udělá nějakou práci. Většinou proto, že má v plánu požádat o nějaké nadstandardní svolení matky.

Do školy se odmítá připravovat, lže, zapírá úkoly, schovává sešity a žákovskou knížku. Neustále ztrácí pomůcky a sešity. V případě, že ho matka přinutí k nějaké přípravě na vyučování, vzteká se a trucuje. Příprava do školy je doma důvodem nejčastějších sporů.

V poslední době se množí i spory ohledně Davidova pobytu mimo domov. Rád se toulá s kamarády, které však velmi často střídá. Málokdy se baví přímo s vrstevníky. Na jedné straně vyhledává starší přátele, kterým se snaží vyrovnat. Kouří a už experimentoval s marihuanou. Alkohol nepije. Přitahuje ho vše, co je zakázané. „Záliby“ střídá po několika měsících, maximálně půl roce. Má za sebou období hokejového fandění, grafiti a sprejství a v současné době ho zajímá hip hop a rapp. Píše si texty plné agresivity a vulgarismů.

Občas vyhledává i mladší kamarády, před nimi se předvádí a „řídí“ jejich zábavu. Umí si velmi pěkně hrát s malými dětmi. Je to jeden z jeho nejlepších povahových rysů.

Často se hádá se starším bratrem, provokuje ho a nevybíravě mu nadává. Projevuje se velmi sobecky, vždy se snaží prosadit vlastní názor. Pokud ho například bratr nechce pustit k počítači, dělá nepříjemné scény, které navozují negativní atmosféru v celé rodině.

K výrazným problémům patří i potíže s jídlem. Je extrémě vybíravý, pokud mu jídlo nechutná, nesní ho vůbec a snaží se dojít vším, co doma najde. Bez dovolení sní například jogurty pro celou rodinu, sladkosti se v domácnosti musí schovávat, a pokud je najde, sní i ty, které patří bratrovi.

3.2 Anamnéza

3.2.1 Osobní anamnéza

Chlapec se narodil z druhého těhotenství matky. Ta ve 3. měsíci těhotenství prodělala těžkou virózu a od 6. měsíce bylo těhotenství udržováno léky a hospitalizací v nemocnici. Porod proběhl hladce, krátce po termínu, byl vyvolávaný. Dítě bylo kojeno do tří měsíců, kdy muselo být z důvodů malých přírůstků váhy začít příkrmováno. Bylo velmi neklidné, mělo potíže se spánkem i krmením. Zpočátku byl motorický vývoj mírně opožděn (otáčení na břicho v 7 měsících, sezení v 9 měsících), ale po prvních narozeninách se srovnal s ostatními dětmi (chůze ve 12 měsících). Podobný průběh měl i vývoj řeči. Po pomalejším nástupu (první slova v 16 měsících) následoval normální vývoj a ve 4,5 letech mluvil chlapec bez logopedických vad.

V chlapcových 7 měsících byla matka 8 týdnů hospitalizovaná v nemocnici. O dítě se starali prarodiče a sestra matky, která byla také na mateřské dovolené. Po návratu matky z nemocnice k ní chlapec velmi silně emocionálně přilnul.

Trpěl řadou zdravotních obtíží a častými infekcemi. Ve třech letech mu byla při jedné z infekcí náhodně odhalena porucha látkové výměny – dědičná hypercholesteremie. Od té doby je chlapec trvale a doživotně léčen se zvýšenou hladinou cholesterolu. Pravidelně užívá lék Sortis a má speciální dietu. V pěti letech se u Davida projevila sluchová vada, standartní léčba ani odstranění nosní mandle nepomohly a chlapec byl třikrát operován v Dětské nemocnici v Brně. Od 8 let slyší dobře.

Z otcovy strany je v rodině zřejmě neléčená psychická porucha. Dědeček byl „podivín“ pravděpodobně s bipolární poruchou. Silné deprese se střídaly s manickými stavy. Byl lékař, měl nekontrolovaný přístup k lékům a užíval vysoké dávky rohypnolu. Stejně obtíže se projevily i u Davidova otce, komplikované navíc obsedantním chováním se zaměřením na pořádek. Problémy vyvrcholily alkoholismem a pokusem otce o sebevraždu.

Do mateřské školy nastoupil David ve 2,5 letech. Na dětský kolektiv se adaptoval pomalu, byl plačtivý a nedůvěřivý. Projevila se silná fixace na matku. S přibývajícím věkem si ve školce zvykl a začala se u něj projevovat i v „cizím“ prostředí hyperaktivita. Velmi špatným sebeovládáním byl nebezpečný ostatním dětem i sobě. V chování nebyl

patrný úmysl, jednalo se o zkratové jednání. Učitelky v MŠ uváděly, že David má dvě tváře. Na jedné straně milý, ochotný a mazlivý, na druhé straně divoký, zbrklý a vzteklý.

3.2.2 Rodinná anamnéza

Rodina se před půl rokem přestěhovala z třípokojového do čtyřpokojového, sídlištního bytu. David má vlastní pokoj, ale ještě nedávno ho sdílel se starším bratrem.

Otec, 43 let, středoškolák, bývalý voják z povolání, v současnosti vedoucí oddělení v obchodním řetězci. Před 5 lety bylo zrušeno jeho armádní působiště a on se rozhodl odejít do civilního sektoru. Výraznou životní změnu nezvládl, začal nadužívat alkohol a absolvoval 3x protialkoholní léčeni. Před první hospitalizací prodělal silný epileptický záchvat, před poslední demonstroval sebevraždu. Syn David byl svědkem obou událostí s dramatickým průběhem.

Matka, 40 let, středoškolačka, zaměstnaná původně jako učitelka a vychovatelka, dálkově studuje VŠ. Během posledních tří let dvakrát měnila zaměstnání, v současnosti pracuje jako redaktorka okresního týdeníku. Mezi chlapcovým 12 a 13 rokem pracovala ve směnném provozu na internátě a věnovala se studiu. Na syna začal mít větší vliv otec a kamarádi.

Bratr, 18 let, student střední školy. Bezproblémový chlapec, který v Davidovi vzbuzuje komplexy a pocit, že je rodiči protěžován, protože s nimi nemá konflikty. David ho velmi často provokuje a uráží. Bratr se snaží udržet nadhled, ale sklouzává do ironie a sarkasmů. Vzájemné osočování skončí občas rvačkou.

Rodinná výchova je od začátku nejednotná. Otec je puntičkář, záleží mu na pořádku a trvá na obvyklých stereotypch. Veškerou energii věnuje práci a úklidu, ve volném čase se věnuje sám svým koníčkům. Dětem se věnuje jen výjimečně, nikdy jim nepomáhá s přípravou do školy, nezajímá se o jejich trávení volného času. Často křičí a je podrážděný. Náklonnost synů si „kupuje“ pořizováním sladkostí a drahých dárků. Matka se stará o školní přípravu i volný čas dětí. Snaží se skloubit pocit důvěry a lásky s režimem a důsledností, což se jí, zvláště u mladšího syna, nedaří. Tvrdí, že kdyby měla chlapce trestat za všechny prohřešky, vyrůstal by v trvalém stresu. Proto chlapcovo nepřijatelné chování občas mlčky ignoruje. Matka trpí neléčitelnou a bolestivou nemocí páteře a kloubů. Měla

by pracovat pouze na částečný úvazek, ale snaží se ekonomicky zabezpečit rodinu. V poslední době bývá vyčerpaná a má sklony na situaci, která se nelepší, rezignovat.

S širším příbuzenstvem se rodina stýká pouze z matčiny strany, vztahy jsou dobré a do výchovy v rodině nezasahují.

Ve 14,5 letech věku chlapce odešel od rodiny otec. Starší syn skutečnost nepřijal a s otcem nekomunikuje. David využil situace a strhává pozornost otce na sebe. Často ho v nové rodině navštěvuje a využívá toho, že mu otec nic nezakáže, aby si chlapec naklonil. Režim, který se snaží navodit matka, je ze strany otce nabouráván. Davida otec rozmazluje dárky a nijak ho neomezuje, nechává ho venku s kamarády dlouho do noci. Chlapec se v novém prostředí cítí dobře. Otcova partnerka má dvě malé děti, které Davida obdivují. Otec i jeho přítelkyně se k němu chovají hezky, tráví spolu hodně času. Chlapec často utíká od matky, protože ta od něj vyžaduje plnění povinností doma a přípravu do školy. Po návratu ze střediska výchovné péče se chce chlapec k otci přestěhovat. Rodiče dosud nejsou rozvedeni, ale rodina je prakticky neúplná.

3.2.3 Školní anamnéza

Na základě zdravotní anamnézy (nedoslýchavost) a také z důvodu výskytu SVPU u staršího bratra byl u Davida realizován odklad školní docházky. Již v první třídě bylo u chlapce pozorováno specifické oslabení schopnosti psaní a navštěvoval kurz grafomotoriky při PPP. Speciálně pedagogické vyšetření odhalilo funkční oslabení CNS, dílčí oslabení motorických funkcí a suspektně zkříženou laterální s dominancí levé ruky a pravého oka. Ve druhé třídě byly u chlapce diagnostikovány specifické vývojové poruchy učení – dysgrafie a dysortografie, snížená čtenářská výkonnost na bázi LMD hyperaktivní formy, zkřížené laterality i hereditárních vlivů. Rozumové schopnosti byly označeny jako průměrné. Problematiku chování v první třídě rodina ani škola neřešily. David měl zkušenou učitelku, která k němu vždy přistupovala s pochopením a výchovné situace zvládala.

Ve druhé třídě ji vystřídala začínající učitelka, která chlapcovy schopnosti označila za vhodné pro zvláštní školu, neshodla se s matkou na společném postupu a chlapce hodnotila trvale nedostatečně. U Davida se rozvinula školní fobie, ráno zvracel a stěžoval si na bolesti hlavy. Začaly se objevovat problémy s chováním, především lhaní. Matka řešila situaci radikálně a v pololetí přeřadila chlapce do jiné školy. Původní škola pracovala

podle programu „Základní škola“ a nová podle programu „Obecná škola“. Přejel v pololetí vystavil chlapce stresu z rozdílnosti probíraného učiva a paradoxně nepřijal ani jiný systém výuky. Nechtěl pracovat ve skupině, měl problémy s vrstevníky a volnější režim školy chápal tak, že nemusí poslouchat. K největším potížím docházelo odpoledne ve školní družině. Nerespektoval vychovatelku, hádal se s dětmi. Jeho školní výsledky se výrazně zhoršily.

Na základě doporučení PPP nastoupil od začátku třetí třídy opět do jiné školy, tentokrát do speciální dyslektické třídy s malým počtem žáků. Chlapcovy školní výsledky se částečně zlepšily, s výjimkou matematiky, kde byl hodnocen trojkou. Problémy s chováním se však stále zhoršovaly. Projevy impulzivní a hyperaktivní označovala vyučující jako neúnosné. V páté třídě začal David docházet do ambulance dětského psychiatra, který mu naordinoval kombinaci léků Ritalin a Risperdal. Chlapec absolvoval i třítydenní pobyt na dětském psychiatrickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Brně.

K částečnému zlepšení došlo v šesté třídě. S přechodem na druhý stupeň nebyl David vystaven trvalému kontaktu s jednou učitelkou a při střídání vyučujících konfliktů krátkodobě ubylo. Hodnocen byl převážně dvojkami, jen z matematiky a němčiny měl trojku.

Výrazné problémy nastaly v sedmé třídě. Matka pracovala převážně na odpolední směně a David se úplně přestal připravovat do školy. Kázeňské problémy, především nerespektování pedagogů a výrazné opoziční chování vyústily ve dvojku z chování v pololetí a trojku na konci sedmé třídy. Na Davidově vysvědčení už převládaly trojky a dvě čtyřky (fyzika, německý jazyk). V současné době je žákem osmé třídy. V hodinách neplní pokyny pedagogů, pokud ano, tak neochotně a se zpožděním. Neustále vyrušuje, nevěnuje pozornost výuce, maluje si. K vyučujícím se chová odmítavě, přezíravě a vulgárně. V kolektivu dětí prosazuje vždy sám sebe, chová se vztekle a agresivně. Nepřipravuje se do výuky, nenosí pomůcky, nepíše úkoly a v hodinách nespolupracuje. Velmi prudce a odmítavě reaguje na kritiku. V pololetí 8. ročníku byl hodnocen dvěma nedostatečnými (z matematiky a německého jazyka) a trojkou z chování. V současné době je na základě doporučení školy a žádosti matky umístěn ve Středisku výchovné péče ve Valašském Meziříčí.

3.3 Závěr anamnézy

Jedná se o chlapce s průměrnou inteligencí, verbálně a sociálně zdatného. V situaci zátěže a nejistoty reaguje nejistě, podrážděně, zbrkle až agresivně. Má oslabenou vizuomotorickou koordinaci, pomalé pracovní tempo, snadno se unaví, projevuje se výrazným psychomotorickým neklidem a výkyvy pozornosti a výkonu. Na základě těchto zjištění, údajů z anamnézy a pozorování rodiny i školy, byla u chlapce diagnostikována hyperkinetická porucha – ADHD.

David je v péči pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče a dětského psychiatra. Je léčen na hypercholesteromii přípravkem Sortis a ADHD přípravkem Risperdal.

3.4 Prognóza

Prognóza budoucího vývoje chlapcových obtíží je do značné míry závislá na tom, jak se vyvine současná nejasná situace v rodině. David je citově nevyrovnaný, kolísá od přecitlivělosti na straně jedné k sobectví a nezájmu na straně druhé. Odchod otce a především jeho extrémně liberální postoj k synově výchově naznačují výrazné problémy, které rodinu čekají. Jsou pravděpodobné budoucí obtíže ve vzájemné komunikaci obou rodičů a vyhocení jejich nejednotného postupu v Davidově výchově.

3.4.1 Prognóza školních výsledků

Pokud se chlapec do konce školního roku nezlepší, bude pravděpodobně opakovat osmý ročník. Vzhledem k problémům s pedagogy mu v tomto případě nebude umožněno postoupit poté do deváté třídy a ukončí školní docházku již v osmém ročníku. Bude mít menší možnosti k nalezení učebního oboru, kam by mohl být přijat. V současné době se chce stát truhlářem. Potíže ve škole však předznamenávají, že by učební obor nemusel dokončit. Pozitivní vliv by v tomto případě mohlo sehrát nalezení kladného mužského vzoru, například mistra odborného výcviku.

3.4.2 Prognóza vývoje osobnosti

Nesoulad mezi možnostmi chlapce a požadavky okolí, v kombinaci s nevyhovujícím rodinným zázemím a pocitem neúspěchu vede u Davida k potřebě

dosáhnout alespoň nějaké identity a nějakého ocenění, které je společensky neakceptovatelné. Neúspěšný a odmítaný žák, problematický syn a nestálý kamarád má potřebu zaujmout okolí, šokovat, být středem pozornosti. Chlapec má tendenci zařazovat se do závadových part na sídlišti a zde touží „vyniknout“. V anonymitě party se může dopouštět vandalismu a možná i násilí. Již experimentoval s marihuanou, o drogách často mluví, aby šokoval okolí. Existuje reálné nebezpečí, že by se v budoucnu mohl stát na drogách závislý. Z alkoholu má prozatím strach, protože na příkladu otce viděl, jaké má jeho nadužívání důsledky. Větší nebezpečí hrozí ze strany lékové závislosti. David užívá od předškolního věku pravidelně různé léky a nevnímá tuto skutečnost jako potenciální nebezpečí. I z tohoto důvodu se matka rozhodla o vysazení léku Ritalin, který je silně návykový.

Davidův přechod mezi dospělé bude problematický. Především z důvodu neuznávání autorit a snahy prosadit vlastní nároky za každou cenu. Má vysoké existenční požadavky, libuje si ve značkových výrobcích a věci hodnotí podle jejich ceny. Tyto vlastnosti ho mohou přivést k protisociálním aktivitám, především krádežím.

Už od 13 let často hovoří o tom, jak se těší, až odejde z domu a „nebude mu nikdo poroučet“. Je tudíž pravděpodobné, že se začne toulat, utíkat z domu, že bude vyhledávat adrenalinové aktivity a rizikové sexuální aktivity.

3.4.3 Prognóza rodinného vývoje

David bude pravděpodobně využívat současné nejasné situace mezi rodiči. Při konfliktech bude utíkat z prostředí, kde bude kritizován. Pokud se nastěhuje k otci, bude nejspíš zakrátko vyvolávat konflikty i v novém prostředí. V případě, že nabourá otcův nový vztah je pravděpodobné, že psychicky labilní otec soužití se synem nezvládne. K obtížím by mohlo dojít i v situaci, kdyby do rodiny přivedla nového partnera matka. Přílišné zahlcení sítí nových vztahů by rozhodně nepřispělo ke kýženému chlapcovu zklidnění.

Davidova čekají i problémy v budoucích partnerských vztazích. Je egoista a na prvním místě je u něj vždy prosazení vlastních zájmů. Pravděpodobně bude mít řadu krátkodobých známostí, ale stálou partnerku bude hledat velmi těžko. Pokud se ožení, život v manželství ho bude omezovat a vztah zřejmě nevydrží delší dobu.

Vzhledem k tomu, že chlapci bude 15 let a problémy nepolevují, ba právě naopak, symptomy se projevují výrazněji, lze předpokládat, že u něj ADHD přetrvá do dospělosti.

4 POHLED ODBORNÍKŮ

4.1 Z pohledu psychologa (zdroj: propouštěcí zpráva SVP)

Přiměřeně somaticky vyspělý chlapec vyššího věku a hubenější postavy se na režim zařízení adaptoval formálně. Po počátečním klidnějším obdobím se objevují výkyvy v chování – střídavě se snaží, pak je ale drzý a vulgární, odmítá neoblíbené jídlo, předvádí se. Pokud se dostane do afektu, tento má potíže kontrolovat, konflikty někdy přehnaně dramaturgizuje. Má více poznámek na ostatní, na program – tyto jsou více kritické (jako by byl zvyklý na „lepší“). Ve skupině nepatří mezi oblíbené, musí se více snažit, aby si mezi vrstevníky vylepšil svoji pozici. Pokud mu na tom záleží, dokáže udělat dobrý dojem – umí mluvit, argumentovat, umí druhé vést nebo je pobavit. U chlapce je po celou dobu patrné střídání nálad a afektů. V individuální testové situaci je snaživý i ostražitý, zpočátku se kontroluje. David je společenský chlapec s dobrými vyjadřovacími schopnostmi vyhledávající kontakt s druhými (přičemž míra kontaktu není přímo úměrná kvalitě vztahu). Dokáže rozpoznat postoje ostatních, umí odhadnout – „co chtějí druhí slyšet“. Jeho porušování pravidel je někdy způsobeno neklidem nebo tendencí se předvést. Jindy však poruší pravidla úmyslně nebo se přidá k druhému... V chování je nedostatek sebevlády, větší impulzivita i agresivita. Chlapec není schopen ovládnout buďto své touhy, vnitřní afekty nebo podněty zvenčí. Emotivita je labilní, schopnost empatie, porozumění druhému je blokována nebo tlumena. David je dětsky egoistický a tím i přecitlivělý na kritiku. Prosociální zacházení s emocemi není rozvinuté (osobnost je nezralá ve smyslu porozumění druhému, schopnosti vcítit se do ostatních). Chlapec je běžnými pedagogickými postupy obtížně zvladatelný, pokud nemá náladu, úkol prostě nesplní nebo nespolupracuje. Na vývoj osobnosti a její projevy má výrazný vliv již dříve diagnostikované ADHD – v testovém vyšetření orientačně potvrzeno. Na vývoj osobnosti mají vliv vrozené dispozice, sporný výchovný styl otce, změny v rodinném životě, vrstevníci. Pokud chlapec chce, uvádí, že si je vědom toho, jak se chová (např. nevhodně). Otázkou však je, zda má společenské normy a pravidla zevnitřně – chování během pobytu to nepotvrzuje. Chlapec vnímá bolestně důsledky svého počínání a svoji rodinnou situaci (zdravotní stav otce, následně oslabený kontakt s otcovskou postavou). To může ovlivňovat jeho celkovou životní spokojenost, dostavuje se smutek, ukřivděnost, popřípadě pocit menší sebecehy. Chlapci chybí dostatek vůle, při nezdaru úsilí vzdává nebo uniká do jiné

aktivitu. Oplývá větší představivostí, někdy je naivní. U Davida předpokládám ambivalentní až mírně zápornější postoj k matce. To, kromě věku chlapce, znesnadňuje výchovné působení matky – David ji nerespektuje, víc si k ní dovolí. Otce si výrazně idealizuje, očekává na základě svých zkušeností, že mu více dovolí, než matka. K osobě staršího bratra kladné postoje neudává. K matce má málo konkrétních výtek a výchovné prostředí u matky nepopisuje nijak výrazně narušeně.

Chlapcův aktuální intelektový výkon se pohybuje při dolní hranici průměru, přičemž na celkový výsledek, bez větší míry chybovosti, mohla mít vliv nepozornost, nedůslednost a v některých částech testu i nedostatek školních vědomostí. Slabší výkon byl zaznamenán v úlohách s logickými početními operacemi a jejich následným použitím. Rovněž úlohy zaměřené na globální pochopení situací, popřípadě vzájemných vztahů mezi věcmi signalizují občasnou těžkopádnost. Slabší výkon je v oblasti pozornosti, vnímání a mechanické paměti – což ale málo ovlivňuje celkovou úroveň intelektu. Verbální schopnosti, porozumění vzájemným vztahům mezi slovy, schopnost uplatnit i složitější řešení úkolu – jsou na dobré úrovni. Riziko vidím v životním prostoru chlapce, kde je málo společensky ceněných aktivit, které by mu přinášely uspokojení, což může nepříznivě posilovat vliv „problémových kamarádů“. Je patrné, že David reaguje na pochvalu, rád získává respekt od „své“ autority (potřeba být uznán vyjímecným). Následnou ambulantní péči psychologa i psychiatra v tuto chvíli vidím jako potřebnou.

4.2 Z pohledu psychiatra (zdroj: vyjádření ošetřující lékařky)

V dětské psychiatrické ambulanci je chlapec veden pro celkovou nevyzrálou, poruchy chování, nerespektování autorit, neplnění povinností, chabou volní složku a tendenci unikat od povinností. Má problémy podřídit se režimu, tendence dělat si dle svého, je negativistický, nespolupracuje, slibuje zlepšit, ale při kontrole ke změně nedochází. Doma je problematické rodinné prostředí, dvojí výchova. Matka je vstřícná, ochotná spolupracovat, chlapec ji i více respektuje.

U Davida bývají pozorovány afekty vzteku, po ordinované medikaci (Risperdal) je uváděno zklidnění. Doporučeno zapojit do zájmových aktivit (rád kreslí, baví ho výtvarná výchova), doma dodržování režimu a plnění povinností.

Medikaci snáší dobře, objektivně stav nezlepšen, doporučen pobyt v SVP.

4.3 Z pohledu etopeda (zdroj: propouštěcí zpráva SVP)

Chlapec byl přijat do SVP na žádost matky a doporučení pedopsychiatra pro nerespektování autority doma i ve škole, ADHD a všechny problémy s tím související (hyperaktivita, nesoustředěnost, impulzivita, poruchy stravování, sociální nezralost, také dysgrafie, dysortografie...)

Příčinou výchovných obtíží chlapce je souhrn více negativně působících faktorů:

- Ne příliš vhodné osobnostní dispozice, na které má výrazný vliv diagnóza ADHD (u Davida můžeme najít snad všechny znaky popsané v literatuře - hyperaktivita, impulzivnost, s tím souvisí lhaní a krádeže, nepružná a nepoddajná osobnost, špatná reakce na změny, snížená schopnost vyrovnat se s neúspěchy, v oblasti emocí nepřírozeně se vyvíjející sebedůvěra, citová povrchnost a neschopnost poučit se z dřívějších zkušeností a v neposlední řadě poruchy stravování – velká vybíravost, dává přednost jen určité stravě), SVPU – dysgrafie, dysortografie.
- Dědičná zátěž (otec uvádí v dětství stejné problémy, jako má David, otec psychicky labilní, dle matky má problémy s alkoholem)
- Komplikovaná konstelace v rodině (otec se odstěhoval, matka je na výchovu sama)
- Nevhodné výchovné vlivy (ze strany otce) a nevhodně zvolené výchovné postupy

Během pobytu i přes speciální přístup, intenzivní působení a soustavné vedení v chování velké výkyvy. Období klidu a dobré nálady vystřídaly výbuchy vzteku, odmítání pracovat, provokace, škodolibost. Nereaguje na běžné výchovné metody. V domácím a školním prostředí nastanou zřejmě velmi brzy opět problémy. Není v silách matky ani školy „udělat zázrak“ a změnit Davidovo chování. Na rozhraní adolescence a dospělosti se děti s ADHD stávají pro své antisociální chování rizikovou skupinou, jsou více vystaveny nebezpečí závislosti na alkoholu a drogách. Proto je nutné u Davida soustavně pokračovat v poskytované péči, která by neměla ležet pouze na matce a která by měla zahrnovat taky pomoc rodině ve chvílích stresu, odborné doučování (se kterým by měla pomoci škola), které by pomohlo překonat těžkosti ve škole a budovat chlapcovu sebedůvěru, pokračovat v psychiatrické péči. Chlapec dál zůstává v péči našeho zařízení s možností opakovaného pobytu, během kterého může matka i škola načerpat sílu k dalšímu boji s Davidovou ADHD.

ZÁVĚR

Přístup k výchově a vzdělávání dětí s ADHD je nesnadný a problematický. Tíha výchovného působení leží především na rodičích. Hranice mezi důsledností a přísností, mezi láskou a rozmazlováním, je často velmi křehká. Rodina bývá stigmatizována špatným společenským přijetím dítěte, doma vzniká negativní atmosféra, dochází ke stresům a neurotizaci nejen dítěte, ale celého nejbližšího okolí.

Současný školský systém dosud na problematiku výchovy a výuky dětí s ADHD nereaguje. Existují speciální třídy pro nadané děti, třídy pro děti se specifickými poruchami učení, ale na žáky s ADHD je stále pohlíženo jako na nepřizpůsobivé a nevychované. Z Davidova příkladu vyplývá, že zařazení dítěte do dyslektické třídy má jediné pozitivum, kterým je menší počet žáků ve třídě. Nedává mu však dostatek stimulů k osobnostnímu rozvoji a nepodněcuje jeho snahu. Některé děti s ADHD jsou natolik problematické, že bývají zařazeny do speciálních (dříve zvláštních) škol, mezi spolužáky s výrazně nižším intelektem. I tento způsob je zcela nevhodný. Nejčastěji bývá dítě integrováno v běžné třídě ZŠ. Zde je konfrontováno se spolužáky, kteří se „umí chovat“, bývá s nimi srovnáváno a nekompromisně končí v pozici „černé ovce“. Také ne všichni pedagogové jsou v oblasti ADHD vzděláni a nejsou ochotni akceptovat odlišnou osobnost žáka. V informovanosti a průběžném vzdělávání pedagogů v problematice ADHD jsou ukryty pravděpodobně největší rezervy. Částečným řešením je přítomnost asistenta pedagoga, ale ta by mohla v dítěti vzbuzovat ambivalentní pocity – od výjimečnosti až po méněcennost.

Někteří odborníci, například Z. Michalová, vidí nejvhodnější řešení v realizaci vzdělávání prostřednictvím speciální školy pro děti s poruchami chování. V ideálním případě by se mělo jednat o školu internátní, která by vhodnou výchovu mohla podpořit režimovou terapií, nácvikem relaxačních a jógových technik, ale především by s dětmi pracovali odborníci vyškolení v problematice poruch chování. Škola by mohla dětem s ADHD poskytnout šanci k lepšímu budoucímu uplatnění, ale především adekvátnímu rozvoji osobnosti. Rizikem by v tomto případě byla kumulace problémových jedinců.

Při rodinném soužití i školní výuce dětí s ADHD je třeba mít neustále na paměti, že jejich problémy mají biologický základ a že jejich chování není způsobeno zlým úmyslem. Rodinám mohou pomoci setkávání s ostatními rodiči dětí s poruchami chování. Vzájemná

výměna zkušeností s výchovou i různými terapeutickými a reedukačními metodami může rodinu včas navést „na správnou cestu“.

Děti s poruchami chování potřebují pozitivní vedení, pochvalu, ale také řád a pevný režim. Především však potřebují dostatek nepředstírané a upřímné lásky. Život je staví do mnoha traumatických situací a do pozice nepřijetí společností. Jedinou nadějí na zmírnění negativních dopadů těchto situací jsou bezpečí, důvěra a láska.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- EDELSBERGER, L., et al. *Defektologický slovník*. Praha : SPN, 1984. 475 s. 14-398-84.
- GROSMANOVÁ, M. *Zlobivé nebo nemocné děti?* [online]. poslední aktualizace 29. 12. 2006 [cit. 2007-10-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/zlobive-nebo-nemocne-deti/?increase=1>>.
- HEIDBRINK, H. *Psychologie morálního vývoje*. Praha : Portál, 1997. 173 s. ISBN 80-7178-154-1.
- KAUFMANNOVÁ-HUBEROVÁ, G. *Děti potřebují rituály*. Praha : Portál, 1998. 93 s. ISBN 80-7178-203-3.
- KHÝR, M. *Dítě s poruchou pozornosti a hyperaktivitou – ADD/ADHD*. [online]. poslední aktualizace 21. 5. 2008 [cit. 2008-21-5]. Dostupné z WWW: <<http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>>.
- KOUDELKOVÁ, A. *Psychologické otázky delikvence*. Praha : Victoria Publishing, 1995. 114 s. ISBN 80-7187-022-6.
- KŘOVÁČKOVÁ, B. *LMD nebo ADHD?* [online]. poslední aktualizace 22. 3. 2001 [cit. 2008-8-1]. Dostupné z WWW: <<http://kmen.uhk.cz/kmen/dvpp/clanky/>>.
- KUNST, I. *Stimulancia v léčbě dětí s ADHD*. [online]. poslední aktualizace 21. 5. 2008 [cit. 2008-13-4]. Dostupné z WWW: <<http://ppphk.info/index.php?id=2.3>>.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha : Avicenum, 1974. 395 s. 80-049-74.
- LANIADO, N. *Máte neklidné dítě?* Praha : Portál, 2004. 110 s. ISBN 80-7178-868-6.
- MALÁ, E. Hyperkinetické poruchy (ADHD). *Lékařské listy*, 19.11.2007, č.20, s. 6-9.
- MATĚJČEK, Z. *Po dobrém, nebo po zlém?* Praha : Portál, 1993. 109 s. ISBN 80-85282-78-X.
- MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha : Avicenum, 1986. 331 s. 08-056-89.
- MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2007. 207 s. ISBN 80-7311-075-X.

MUSILOVÁ, M. Případová studie jako součást pedagogické praxe. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 32 s. ISBN 80-244-0749-3

PALATOVÁ, H. *EEG biofeedback jako prevence u předškolních dětí*. [online]. poslední aktualizace 21. 5. 2008 [cit. 2008-4-2]. Dostupné z WWW: <<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=3>>.

Rytalin : Methylphenidati hydrochloridum [online]. poslední aktualizace 21. 5. 2008 [cit. 2008-12-1]. Dostupné z WWW: <<http://www.anamneza.cz/moduly/lek.php3?id=4070>>.

SALČÁKOVÁ, Z. *Příběh Lerryho, který byl nucen brát ritalin*. [online]. poslední aktualizace 29. 12. 2006 [cit. 2007-25-11]. Dostupné z WWW: <http://ohz.cz/old_web/Klamani/ritalin.html>.

TAVEL, P. *Vybrané kapitoly ze sociální psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 132 s. ISBN 978-80-244-1658-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.

ZAVADILOVÁ, H. *Co je to kineziologie?* [online]. poslední aktualizace 31. 8. 2007 [cit. 2007-15-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.carusell.cz/kineziologie.html>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADD	Attention Deficit Disorder – porucha pozornosti
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou
CNS	Centrální nervová soustava
EEG	Elektroencefalogram
LMD	Lehká mozková dysfunkce
SVP	Středisko výchovné péče
VTI	Videotrénink interakcí