



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Možnosti vzdělávání žáků s ADHD v dětském domově se školou

Vypracoval: Mgr. Miloslava Štěpková

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Koutská

České Budějovice, prosinec 2013



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia

Faculty of Education

Department of Education and Psychology

Bachelor thesis

**Educational possibilities of students with ADHD in the Children's
Home and School**

Author: Mgr. Miloslava Štěpková

Supervisor: Mgr. Tereza Koutská

České Budějovice, December 2013

Název bakalářské práce: Možnosti vzdělávání žáků s ADHD v dětském domově se školou

Pracoviště: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky a psychologie

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Tereza Koutská

Rok obhajoby bakalářské práce: 2014

Abstrakt:

Tématem bakalářské práce je problematika vzdělávání osob s ADHD – poruchou pozornosti s hyperaktivitou. V teoretické části je nejprve charakterizována daná problematika z hlediska své náplně a rozsahu. Jsou uvedeny její hlavní symptomy. Okrajově je zmíněn i historický vývoj daného pojmu. Je vysvětlena její etiologie, diagnostika a dále jsou zde rozpracovány formy práce s klientem. V závěru teoretické části je kapitola věnovaná specifikaci zařízení, na jehož sledování se bude zaměřovat praktická část.

Výzkumná část práce zjišťuje pomocí zpracování kazuistik, jaké jsou možnosti práce s klientem s ADHD.

Klíčová slova: ADHD, hyperkinetická porucha, hyperaktivita, neklidné dítě, možnosti vzdělávání osob s ADHD, dětský domov se školou

Title of thesis: Educational possibilities of students with ADHD in the Children's Home and School

Workplace: University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Education, Department of Education and Psychology

Supervisor: Mgr. Tereza Koutská

The year of thesis defense: 2014

Abstract:

The theme of the thesis is the issue of education for people with ADHD - attention deficit hyperactivity disorder. In the theoretical part, the topic is first characterized in terms of its content and extent. They include the main symptoms. Marginally mentions the historical development of the concept. It explained its etiology, diagnosis, and there are also elaborated forms of work with the client. At the end of the theoretical part of the chapter is devoted to the specification of the device on which monitoring will focus the practical part.

The research determined by means of case reports what the possibilities of working with clients with ADHD are.

Key words: ADHD, hyperkinetic disorder, hyperactivity, restless child, educational possibilities of students with ADHD, Children's Home and School

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Možnosti vzdělávání žáků s ADHD v dětském domově se školou“ jsem vypracovala samostatně pouze s využitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, prosinec 2013

.....
Miloslava Štěpková

Poděkování

Děkuji tímto vedoucí práce Mgr. Tereze Koutské, za vstřícnost, čas a praktické připomínky, které věnovala mé práci. Děkuji mým kolegům z Dětského domova se školou Šindlovy Dvory za podporu při studiu.

Obsah

1.	ÚVOD	8
2.	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1.	Hyperkinetická porucha - ADHD	10
2.1.1.	Charakteristika ADHD	10
2.1.2.	Historický vývoj	11
2.1.3.	Subtypy ADHD.....	12
2.1.4.	Symptomy ADHD	12
2.1.5.	ADHD v průběhu vývoje jedince	16
2.2.	Etiologie.....	18
2.2.1.	Negenetické – vnější faktory	18
2.2.2.	Genetické – vnitřní faktory.....	18
2.2.3.	Biologicko-fyziologické příčiny.....	19
2.3.	Diagnóza.....	20
2.3.1.	Osobní anamnéza.....	22
2.3.2.	Rodinná anamnéza.....	22
2.4.	Vzdělávání dětí s ADHD	24
2.4.1.	Problém s psanými úkoly	26
2.4.2.	Problémy se čtením	28
2.4.3.	Problémy s počítáním	29
2.4.4.	Problémy se soustředěním, hyperaktivou.....	29
2.5.	Farmakologická léčba hyperkinetické poruchy	30
2.6.	Školská zařízení v rámci ústavní péče	32
2.6.1.	Druhy zařízení	33
3.	PRAKTICKÁ ČÁST	35
3.1.	Cíl práce.....	35
3.2.	Metodologie.....	35
3.3.	Charakteristika zařízení	35
3.4.	Případové práce	37
3.5.	Přehled kazuistik.....	53
4.	DISKUZE	54
5.	ZÁVĚR	57
6.	Seznam literatury	58

1. ÚVOD

Nářky rodičů, že mají doma zlobivé dítě, slýcháváme jistě všichni často. Někdy může jít o pouhé postesknutí nad malým prohřeškem dítěte, někdy může být situace vážnější. Dítě, které obtížně zvládá udržet klid, pozornost a své emoce na uzdě, ať už ve škole nebo mimo ni, není žádnou výjimkou. Jejich počet neustále narůstá a není to proto, že by jim chyběla dobrá výchova.

Problematika hyperkinetické poruchy je dnes věcí aktuální a závažnou, bohužel také velmi rozšířenou. Nijak přitom nepomáhá, že se v současné době zvyšují nároky školní i společenské. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou (dále jen „ADHD“) představuje jeden z nejčastěji se vyskytujících problémů v ordinacích pedopsychiatrů a psychologů. Tato porucha může člověka provázet po celý jeho život. Nejvýznamněji však do života jedince zasahuje v raném dětství a především pak ve školním věku, kdy dítě nastupuje na I. stupeň základní školy začínají se objevovat první problémy s učením. Právě proto je tato práce zaměřena do oblasti škol a vzdělávání.

Neúspěchy ve škole a neúspěšná socializace mezi vrstevníky totiž nemusí být způsobena vždy jen nedůslednou výchovou, nezájmem o dítě nebo naopak přehnanou péčí. Někdy i přes veškerou snahu rodičů, dítěti něco v něm samém brání, aby bylo schopné dosáhnout toho co ostatní, nebo aby umělo lépe zvládat své vlastní emoce, chování a jednání.

Rodiče jsou často bezradní, zklamaní z výkonů svého potomka a ve snaze přiblížit jeho výsledky svému očekávání sáhnou někdy i po trestu. Tím se ovšem dostávají do začarovaného kruhu. Dítě není samo schopno trvalé změny. Neúspěchy se dále opakují a tresty způsobují, že se u dítěte může začít prohlubovat pocit vlastní méněcennosti. Je důležité včas rozpoznat symptomy dané poruchy a nejlépe za pomoci odborníků je začít řešit.

Tato porucha představuje závažný problém také pro dítě samotné. Znemožňuje mu dosahovat lepších výsledků, způsobuje jeho dlouhodobé selhávání v různých činnostech. Hyperaktivita dítěte se projevuje různými formami. Omezuje určité schopnosti, vytrvalost, zaměřenost. Výrazněji se naopak projevuje v oblastech nežádoucích. Dítě bývá neklidné, hlasité, vyrušuje ve vyučování, věnuje se jiným činnostem než má. Reakcí okolí pak často bývá nechápavost, neoblíbenost u pedagogů, vyčleňování z kolektivu, posměšky. Je proto

třeba tento problém nepřehlížet, nezjednodušovat, ale plně se mu věnovat a pokusit se proti těmto těžkostem společně s dítětem bojovat.

Tuto závěrečnou práci člením na praktickou a teoretickou část. V teoretické přibližuji, co se pod pojmem ADHD skrývá, co může být příčinou jejího vzniku, jaké příznaky nám pomohou poruchu odhalit a jaké jsou možnosti práce s klientem. Dále popisuji, jaké problémy mohou nastat ve školní výuce. Vzhledem k zaměření práce stručně charakterizuji také systém zařízení v rámci ústavní péče. Stěžejní literaturou pro mne byly knihy: Drtílková, I., Šerý, o. *Hyperkinetická porucha ADHD*, Arcelus, J., Munden, A. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*, Goetz, M., Uhlíková, P. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*.

Problematiku ADHD jsem si zvolila, protože mě osobně velice zajímá. Při volbě jsem byla ovlivněna do značné míry svojí prací, ve které se těmito dětmi setkávám. Cílem mé závěrečné práce je shrnout teoretické poznatky, poukázat na závažnost problému, ale také zdůraznit možnosti rehabilitace a důležitost spolupráce s odborníky, kteří pomohou nejen s problémy dítěte, ale dokážou také podpořit rodiče, vyjádřit pochopení a podporu, protože ne vždy se za neúspěchem skrývá pouze zlobivé dítě nebo špatný rodič. Onemocnění ADHD totiž skutečně existuje, nejde pouze o děti se zanedbanou výchovou.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Hyperkinetická porucha - ADHD

2.1.1. Charakteristika ADHD

Poruchy chování a emocí patří mezi kategorii poruch s poměrně častým výskytem. Ovlivňují jedince v průběhu jeho vývoje, zasahují do poznávacích procesů, regulují prožívání, jednání, přizpůsobení se okolnímu prostředí. Znesnadňují tak život jak osobě samé, tak jejímu nejbližšímu okolí, rodině.

Samotný pojem ADHD představuje zkratku anglického výrazu Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Jedná se o hyperkinetickou poruchu, přesněji o poruchu pozornosti s hyperaktivitou.

Hyperaktivní děti jsou neposedné, jejich pozornost přelétá, neustále začínají nějaké činnosti, vymýšlejí si hry, vyhledávají neustále nové a nové úkoly, avšak nejsou schopny dokončit ty započaté. Zajímavou charakteristiku podal otec, který se sám s podobnými problémy potýkal a u jehož syna byla právě porucha ADHD diagnostikována. *„Chcete-li pochopit, v jakém světě člověk s ADHD vlastně žije, pusťte si najednou tři rádia, v každém jinou hudbu, do toho další, z nichž reportér vríská o šanci na fotbale, a zkuste při tom spočítat, kolik přeplatíte za tři roky na leasingu oproti půjčce, když vás ještě k tomu odírá cedulka vzadu na tričku za krkem, sedíte na židli, která skřípá a vrže a má jednu nohu kratší, pod zadkem máte hrbolatý tvrdý sedák a ještě vám pořád někdo klepe na rameno.“* (Antal, 2013, s. 28). Člověk s ADHD zkrátka vnímá své okolí jinak. Některé podněty na něj mohou působit intenzivněji než na ostatní. Zejména pokud jich je víc, působí pak v hlavě chaos a mohou odvádět myšlenky od toho, co je druhými vnímáno jako podstatné, aktuální.

„Příznaky ADHD má asi 6-8% dětí, problémy s chováním bývají nejvýraznější v 1.-5. třídě základní školy a častěji se vyskytují u chlapců než u dívek.“ (adehade, online, 2009). Takovéto děti na okolí působí dojmem, že jsou nevychované, divoké, zlobivé a uličnické. Někdy se také objevují názory, že to jsou děti bez pevné ruky ve výchově a tudíž rozmazlené. *„Nejde o výsledek špatného rodičovského přístupu nebo nepříjemné dispozice*

dítěte. V jistých ohledech se podobá ostatním dětským nemocem tím, že může mít při nesprávně vedené léčbě vážné následky. Trvalé projevy nepozornosti jsou nejčastějším znakem ADHD. Nepozornost se může projevovat ve škole, později v zaměstnání či ve společenských situacích.“ (Vašutová, 2008, s. 49).

2.1.2. Historický vývoj

Problematikou hyperkinetické poruchy se lékaři začali zabývat na počátku 20. století. Dříve jsme se mohli setkat také s označením LMD neboli lehkou mozkovou disfunkcí. „Termín lehká mozková disfunkce (LMD) vznikl jako výsledek potřeby sjednotit terminologii a ohraničit diagnostická kritéria této poruchy v mezinárodním měřítku. Na termínu LMD se sjednotil v roce 1963 tým odborníků v Chicagu a pod vedením S. Clementse vypracoval definici tohoto syndromu: 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. Tyto deviace se mohou manifestovat v různých poruchách percepce, tvoření pojmů, řeči, paměti, pozornosti, impulzivity a motorických funkcí. Změny mohou vznikat z genetického nebo biochemického porušení regulace, z poškození perinatálního nebo jinými nemocemi a poruchami vzniklými v době, která je typická pro vývoj a vyžívání CNS. Mohou být také časté nedostatky smyslové, které mohou vyvolat trvalé poškození mozku. Termín LMD se stal všeobecně známým a používaným nejen v psychiatrii, ale i v příbuzných oborech a v některých případech přetrvává toto starší pojetí poruchy dodnes.“ (Drtilková, 2013, s.16).

V dnešní době je však považováno označení LMD pro hyperkinetickou poruchu osobnosti s hyperaktivitou zastaralé. Pojem LMD je příliš široký a „neodpovídá MKN-10 (systém Mezinárodní klasifikace nemocí) ani DSM-IV (klasifikační systém vydaný Americkou asociací psychiatrů).“ (Škvor, Škvorová, 2003, s. 11).

Pro úplné upřesnění pojmů bych ráda ještě zmínila označení ADD – Attention Deficit Disorder neboli poruchu pozornosti, se kterým se také můžeme setkat. Někdy bývá užívána jako synonymum k ADHD, ačkoliv se od sebe navzájem odlišují. Na rozdíl od ADHD se zde jedná o poruchu, která není provázena hyperaktivitou. Riefová (1999, s. 17) jako charakteristické projevy této poruchy uvádí: „Snadná rozptýlitelnost vnějšími podněty, problémy s nasloucháním a s plněním pokynů, potíže se zaměřením a udržením pozornosti, potíže se soustředěním se na úkol a jeho dokončením, nevyrovnaný výkon v práci, ve škole

(jednou je schopen úkol splnit, podruhé ne, jeho výkon se mění neustále), „vypínání“ pozornosti, což může vypadat jako „zasměnost“, nepořádnost (žák ztrácí nebo nemůže najít své věci (sešity, tužky, knihy), na pracovním stolku a ve svém pokoji mívá dokonalou spoušť, nedostatečné studijní dovednosti, potíže se samostatnou prací.“

2.1.3. Subtypy ADHD

Současná klasifikace hyperkinetických poruch není dle Drtílkové (2013) zcela jednotná. Zatímco klasifikace MKN-10 člení hyperkinetické poruchy na poruchy pozornosti s hyperaktivitou (F 90.0) a hyperkinetické poruchy chování (F 90.1), diagnostický manuál DSM-IV definuje ADHD obsáhleji a hovoří o třech podtypech – typ s převládající poruchou pozornosti, hyperaktivně impulzivní typ a kombinovaný typ.

Onemocnění je vyjádřeno několika symptomy, které ale nemusejí být zastoupeny ve stejné míře. Podle jejich převahy rozlišujeme různé subtypy.

- *ADHD typ s převahou poruch pozornosti*
- *ADHD typ hyperaktivně-impulzivní*
- *ADHD typ kombinovaný*
- *ADHD typ nespecifický – prominentní symptomy nepozornosti, hyperaktivity-impulzivity, které však nesplňují kritéria ADHD*
- *ADHD v částečné remisi – současné symptomy již nesplňují všechna kritéria* (Drtílková, 2013, s. 26).

2.1.4. Symptomy ADHD

Pro diagnostikování ADHD je důležitá přítomnost určitých symptomů. Zkoumáme, jak se dítě chová, co jsou hlavní jeho hlavní obtíže. A. Train (1997), podobě jako řada dalších odborníků, hovoří o třech hlavních symptomech. Jsou to: poruchy pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Přičemž je dále na zvážení, zda se tyto symptomy vyskytovali již před vstupem do školy nebo vyskytují-li se po dobu delší než šest měsíců, či jsou výrazně častější než u jiných, stejně starých dětí.

Obě klasifikace (MKN-10, DSM-IV) shodně uvádějí, že porucha se u jedince musí objevit již před sedmým rokem života po dobu alespoň šesti měsíců, její projevy jsou

trvalého charakteru a objevují se na více místech, situacích (v rodině, ve škole..).

- Porucha pozornosti

Projevuje se jako neschopnost dlouhodobého zaměření na jednu věc. Dítě není schopné potlačit vnímání okolního světa, upoutávají ho i zdánlivě nepatrné věci. Jedinec je jakoby „vyrušován“ novými a novými podněty. Přechází od jedné činnosti k druhé bez toho, že jednu dokončil. Nedokáže se soustředit na detaily. Vypadá, jako by byl duchem mimo. Jeho práce je nedbalá, povrchní. Stává se, že ztrácí věci. Drtílková (2013, s. 26) jako základní charakteristiky uvádí:

- „*nepozornost při školních úkolech, pomíjení detailů, chyby z nepozornosti,*
- *neudrží pozornost při hře,*
- *zdá se, že neposlouchá během rozhovoru,*
- *neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly,*
- *má organizační problémy,*
- *nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim,*
- *ztrácí věci (hračky, školní potřeby...),*
- *vnější stimuly snadno přeruší jeho soustředění,*
- *zapomětlivý v denních aktivitách.“*

- Impulzivita

Skáče druhým do řeči, přerušuje. Není schopný vyčkat, až na něho přijde řada. Nenechá dospělého dokončit větu a začíná s odpovědí. Reaguje dříve, než je vyzván. Neustále mluví, ptá se. Má pocit jakoby byl neustále k něčemu popuzován, vyzýván, stále musel něco dělat.

Train (1997) hovoří o tom, že dítě trpící ADHD bude vykazovat neschopnost tlumit své projevy. Obecně si nebude uvědomovat důsledky toho, co říká. Platí u něj přísloví: „Co na srdci to na jazyku“. Když bude něco chtít, bude to chtít hned a bez čekání. Cestu si najde. Jeho hra nebude tichá. Je nutné na něj neustále dohlížet. Svou větu nebudete nikdy moci dokončit, aniž by vám do ní neskočilo. Pokud se budete bavit s někým jiným, pravděpodobně do vás bude strkat a snažit se vás odtáhnout pryč. Péče je náročná, jelikož dítě nemyslí na zranění, která by si mohlo při hře přivodit, ať už sobě či ostatním. Nebojí

se bolesti. Ve svém jednání je nevypočitatelné. Serfontein (1999, s. 41) uvádí v podstatě takové heslo, kterým se tito jedinci řídí: „Nejdřív to udělám a pak se nad tím zamyslím“.

- Hyperaktivita

Není schopný setrvat na jenom místě, stále se vrtí. Nutkání k pohybu – nevydrží sedět v lavici, neustále poposedává, opouští své místo, přebíhá. Má „neposedné“ ruce i nohy – ťukání prsty, poklepávání nohou.

Hyperaktivita znamená nápadnou pohyblivost a neklid. Děti nedokážou delší dobu klidně sedět, vrtí se a houpou na židli, opakovaně ze židle padají, vstávají, pobíhají od jedné věci k druhé a u žádné dlouho nevydrží. I během školního vyučování vstávají a chodí po třídě. Lezou po nábytku, skáčou po lavicích. Bývají hlučné, upovídané, doplňují výklad učitele poznámkami, ruší ostatní spolužáky. Jsou jen obtížně a krátkodobě usměrnitelné, ani opakované napomínání nevede k nápravě chování, stejně jako poznámky. Podobné problémy jako při vyučování mívají i ve školní družině a jídelně, jsou hlučné a nevydrží v klidu u talíře (jídla). (adehade, 2009, online).

E. Malá (2000) symptomy člení na:

Poruchy kognitivních funkcí

- porucha pozornosti – nepozornost sluchová, zraková, nežádoucí zapojení motoriky
- neschopnost selektivního zapojení pozornosti
- porucha analýzy a syntézy informací
- neschopnost strukturování činnosti
- porucha motivace, úsilí a vytrvalosti
- snížená představitivost

Poruchy motoricko-percepční

- hyperaktivita s neschopností relaxace
- motorická neobratnost
- porucha vizuomotorické koordinace

Porucha emocí a afektů

- labilita, iritabilita, explozivita

Impulzivita

- zbrkllost, neschopnost odložit akci, ukvapené závěry

Sociální maladaptace

- familiárnost, chování odlišné od ostatních, může vést k sociální neúspěšnosti – kompenzace formou různých poruch chování (riskování, hazard).

Lze říci, že v každém vývojovém období se porucha projevuje jiným způsobem, převládají různé dominantní znaky. Nejvýraznějšími charakteristikami je hyperaktivita a impulzivita (malé děti bývají velmi činorodé, proto nemusí být jejich aktivita od počátku nápadná, problémy se zpravidla objevují s nástupem do školy, popř. v mateřské škole).

Onemocnění se může projevovat i neuznáváním autorit. Mnohdy se objevuje v kombinaci s nějakou z poruch učení (dyslexie, dysgrafie atd.). *“Předpokládá se, že 20-40 % dětí s hyperkinetickým syndromem má mimointelektové obtíže učení, a to ve čtení, psaní, popřípadě v matematice. Richards uvádí na základě výzkumu v USA, že u 33 % dětí s AD/HD byly zjištěny obtíže ve čtení. Souvislost je pochopitelná, pokud sledujeme symptomatologii hyperaktivní poruchy, která předpokládá možné ovlivnění kognitivních funkcí.”* (Pokorná, 2001, s. 132).

Promítá se i do vztahu s vrstevníky. Hlučné, nepředvídatelné někdy až hrubé chování, snížená schopnost ovládat se, dělat kompromisy, uznávat obecná pravidla, ovládat své emoce způsobuje odmítání ostatní a může vést až k úplnému vyčlenění z kolektivu.

„Děti s hyperkinetickou poruchou bývají zvýšeně dráždivé, snadno se nechají vyprovokovat, někdy reagují agresivně, dostávají se do konfliktů s vrstevníky, nemají stálá přátelství, mohou být neoblíbené. Některé dělají „třídního šaška“, aby získaly pozornost a přízeň. Snadno se pro něco nadchnou, málokdy jsou však ve svých zájmech a aktivitách vytrvalí a důslední. Na napomínání reagují podrážděně, málokdy vyhoví okamžitě příkazům, rodičům se může stát, že je „přeslechnou“. Bývají často hodnoceny jako nespolehlivé a nedochvilné, protože mají problém reálně odhadnout a naplánovat trvání

jednotlivých aktivit. Rodiče bývají opakovaně voláni do školy, kde slyší neustále stížnosti na chování syna nebo dcery. Dítě může na opakované neúspěchy reagovat depresivně a jeho sebevědomí se postupně snižuje.“ (Drtílková, 2013, s. 233).

To vše dítěti znesnadňuje dosažení pocitu úspěchu, bezproblémovou socializaci a zpětně tak působí na dítě. ADHD bývá také často doprovázeno různými úzkostmi, depresemi.

Ve společnosti je poměrně rozšířený názor, že lidé s ADHD jsou osoby s nižší úrovní inteligence. Odborná literatura to však popírá. Nedostatek inteligence není příčinou případného neúspěchu, problematické je spíše plné využití potenciálu, které je znemožněno poruchou.

„Cílem rodičů, ale i učitelů by při výchově dítěte s ADHD proto mělo být nalezení způsobu, jak si počínat v soužití s dítětem tak, aby se dosáhlo stavu přijatelného pro obě strany. Je třeba snažit se rozlišit, za co dítě ve svých projevech může, a tudíž si zaslouží potrestání, a za co naopak nemůže a trestání je zbytečné, vede jen ke sníženému sebevědomí, k pocitům méněcennosti či k větší zatvrzlosti dítěte.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 65).

2.1.5. ADHD v průběhu vývoje jedince

ADHD je třeba brát skutečně jako onemocnění. Ne jako zlovyk, ze kterého dítě vyroste. Porucha se sice může vyvíjet, může se měnit její charakteristika, poměrné zastoupení jednotlivých znaků, ale sama od sebe nezmizí.

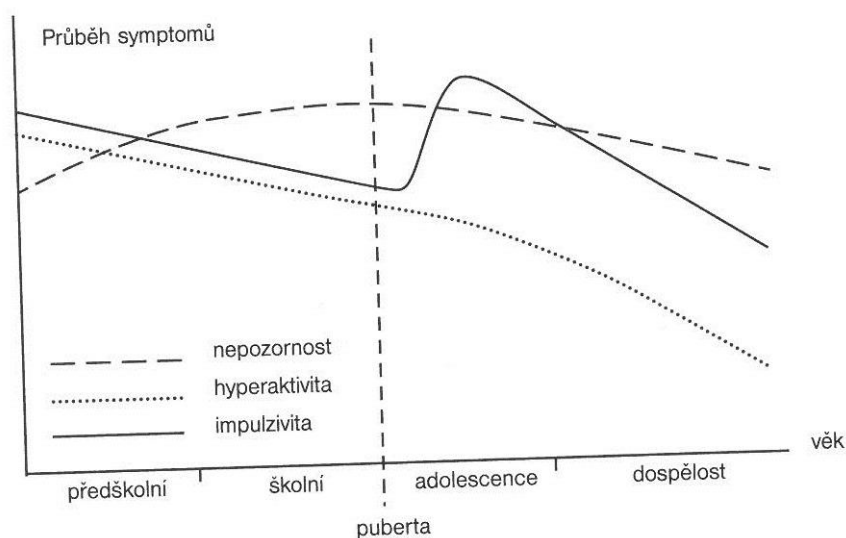
Goetz a Uhlíková (2009) zkoumají projevy ADHD v různých věkových obdobích:

- *novorozenecké* - režim u dítěte je značně nepravidelný
- *batolecí* – neklid, živost dítěte, dítě je schopno usnout uprostřed hry, ale v noci spí špatně, může se objevit nevyrovnaný psychomotorický vývoj (př. naučí se rychle mluvit, ale pohybově je stále méně obratné v porovnání s vrstevníky)
- *předškolní* – okolo třetího a čtvrtého roku věku je u dětí běžná zvýšená aktivita a s ní související nepozornost, tyto příznaky však většinou u poloviny z těchto dětí po půl roce vymizí.
- *školní* – nástup do školy představuje mezník v životě každého dítěte. Škola klade na

dítě mnohé požadavky – udržení pozornosti, zaměření na jednu oblast, učení se spolupráci s ostatními, vydržet v klidu delší dobu. V podstatě se jedná o věci, které jsou pro osobu s ADHD velmi obtížně dosažitelné. Děti s poruchou pozornosti a hyperaktivitou bývají také méně citově vyvrálé. Je snazší vyvolat u nich prudké změny emocí. Všechny tyto aspekty výrazně znesnadňují dítěti vzdělávání se a projevují se i ve vztazích se spolužáky. V kolektivu je nepřizpůsobivé dítě často odmítáno, pro své projevy a nezvládnuté emoce může být terčem posměchu, dokonce i šikany. To vše zpětně negativně působí na jeho vlastní sebehodnocení, nálady.

- *adolescentní* – do značné míry je zde normální tzv. „rebelující“ chování spojené s nerespektováním autorit, ražení si vlastní cesty, zkoušení nového. Jedinci s ADHD však toto chování dovádějí až do extrému. Experimentují s drogami, začínají dříve kouřit, více propadají hazardu, začínají dřív se sexuálním životem. Pokračují obtíže ve škole, nezřídka kdy opakují ročník, někteří bývají ze školy i vyloučení.
- *dospělí* – v tomto věku je již člověk více schopen své chování regulovat vůlí, proto projevy onemocnění nemusejí být na první pohled tak nápadné. Existují dokonce zaměstnání (žurnalistika, reklama), ve kterých jsou některé projevy ADHD např. bezprostřední emoce, netradiční nápady, atd. přínosné, oceňované. Pokud však projevy nemoci brání sehnání a udržení uspokojivého zaměstnání, jedinec opět bojuje s pocity méněcennosti, které mohou přerůst do depresí. Někteří se pak uchylují i některým formám rizikového chování.

Obr. č.1: Průběh symptomů ADHD v závislosti na věku



Zdroj: Drtílková, Šerý (2013)

2.2. Etiologie

Jelikož je vznik poruchy úzce vázán na fungování CNS, je velmi obtížné stanovit příčiny. Základním dělením můžeme důvody vzniku ADHD označit jako genetické a negenetické. Hovoří se také o příčinách biologicko-fyziologických.

2.2.1. Negenetické – vnější faktory

Ačkoliv nejsou hlavní příčinou vzniku, hovořit o vnějších faktorech je velmi důležité. Na rozdíl od genetických, které jsou dané, negenetické faktory jsou většinou ovlivnitelné. Proto je seznámení se s nimi velice důležité.

Goetz a Uhlířová (2009) za nejdůležitější faktor považují dostatečný přísun kyslíku, protože nedostatečné okysličení může způsobit závažné poškození mozku, zejména tedy dlouhodobějšího charakteru. A následně tak přispět k rozvoji ADHD.

„Zevní (negenetické) faktory se na vzniku hyperkinetických poruch podílejí asi 20-30 %. Mezi tyto faktory počítáme perinatální komplikace a úrazy – například kouření a pití alkoholu v těhotenství, předčasný, protahovaný a jinak komplikovaný porod, úraz hlavy (zvláště v prefrontální oblasti). V poslední době se předpokládají i vlivy ekologické – zvýšený spád těžkých kovů a radioaktivity, interferující se změnou aktivitou neurotransmiterů a sníženým průtokem krve v prefrontálním a motorickém kortexu tam, kde je zvýšená denzita dopaminových receptorů.“ (Drtílková, 2013, s. 312).

2.2.2. Genetické – vnitřní faktory

Na vzniku onemocnění se podílí nejvýznamnější měrou. Patří mezi vědecky prokázané příčiny vzniku poruchy. *„Dědičnost ADHD je velmi složitá, podílí se na ní mnoho genů a jejich vliv se sčítá s vlivy prostředí. Genetický podklad je ovšem nejvýznamnějším faktorem. Zhodnocením mnoho výzkumných studií, které se touto otázkou zabývaly, docházíme k závěru, že ADHD má až z 80 % dědičný základ a vnější faktory, jako je například výchova, životní prostředí dítěte, nebo biologické vlivy, jako třeba průběh těhotenství, hrají roli podstatně menší. Ukázalo se to ve studiích jednovaječných dvojčat, která vlastně genetickou výbavu mají zcela shodnou. Při sledování odděleně vyrůstajících*

jednovaječných dvojčat se zjistilo, že pravděpodobnost výskytu ADHD u druhého sourozence, jestliže u jednoho byla již prokázána, je až 80 %.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 69).

Pro zajímavost, Munden, Arcelus na základě nejnovějších výzkumů dále uvádějí, že: „pravděpodobnost zdědění ADHD, je výrazně vyšší po mužské, než po ženské linii.“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 52)

„V rodině se problémy s chováním a pozorností již vyskytli. Mnoho dětí má otce nebo matku, kteří měli obdobné problémy, jako mají dnes ony. Vzhledem k tomu, že porucha má svůj původ v genech – nelze ji léčit. Je ale možné dítěti pomoci se s problémy vyrovnat.“ (Škvor, Škvorová, 2003, s. 12).

2.2.3. Biologicko-fyziologické příčiny

Mnoho lékařů popisuje ADHD jako neurologickou poruchu postihující tu oblast mozku, která řídí zpracování impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace. Odborníci se domnívají, že může být spojena s nerovnováhou nebo nedostatečným množstvím dopaminu, chemické látky, která přenáší nervové signály. Vysvětluje to tak, že při soustředění náš mozek uvolňuje více přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmiterů), což nám umožňuje soustředit se na jednu věc a blokovat ostatní podněty. Zdá se, že lidé s ADHD mají těchto přenašečů nedostatek.“ (Riefová, 1999, s. 20).

„V roce 1970 vyslovil C. Kortensky „katecholaminovou hypotézu hyperaktivity“, podle které je hyperkinetická porucha důsledkem snížené produkce nebo snížené utilizace katecholaminů (dopaminu a noradrenalinu) v mozku. Hypotéza se na jedné straně opírala o dlouholeté údaje dokumentující příznivý účinek stimulancií v léčbě hyperkinetických dětí a na druhé straně o schopnost stimulancií zvyšovat hladiny dopaminu a noradrenalinu v mozku.“ (Drtílková, 2013, s. 44).

„Etiopatogeneze ADHD je obdobná jako u jiných neurovývojových poruch. Jako nejčastější příčiny jsou uváděny výraznější novorozenecká žloutenka a nedostatečný příjem jódu v těle matky během těhotenství. Patogeneticky se za rozhodující považují změny v distribuci dopaminových transmiterů. Genetiky je zmiňován výskyt u nejbližších příbuzných dětí ve 20-30%, mezi příbuznými 1. stupně je 5x častější než v jiných rodinách. Psychosociální faktory se považují za relativně zanedbatelné, mohou vést spíše k ADHD-like (podobnému) chování.“ (Šlapal, 2007, s. 30).

Odborníci spekulovali také nad možným vlivem olova, potravin a jejich jednotlivých složek na vznik nemoci. Zkoumali zejména vliv cukru a potravinových aditiv. Přímé zavinění se však nikdy neprokázalo. „*Spojování příznaků ADHD s určitým složením stravy as alergiemi na jídlo stále vyvolává v lékařských kruzích spory. Nedávný výzkum příčinné spojení tohoto syndromu se způsobem stravování jasně neprokázal. Zmíněná teorie má však řadu zastánců.*“ (Riefová, 1999, s. 20). Neprůkaznost těchto tvrzení sdílejí jí i Drtílková, Šerý (2013, s. 42). Naopak zdůrazňují, že porucha se spíše projevuje u dětí žijících v nepříznivých psychosociálních podmínkách (konfliktní prostředí, nižší sounáležitost rodiny, psychopatologie rodiče).

2.3. Diagnóza

Její stanovení je záležitostí odborníků. Důležitá je včasná diagnóza poruchy, můžeme se tak vyvarovat mnohých selhání dítěte, které jej často poměrně brzo negativně poznamenají. Chybou je, pokud rodič čeká, že ze svého chování dítě „vyroste“. Symptomy ADHD se většinou objevují již v raném věku. Lze pozorovat rozdíly mezi chováním hyperaktivního dítěte a jeho vrstevníků. Posuzovat můžeme také vývoj řeči, výslovnosti.

Jelikož je ke stanovení diagnózy i k další léčbě potřeba více informací, zaměřujeme se v ní na širší okolí. Hlavními zdroji informací jsou především učitel, rodiče a samozřejmě také dítě samotné. Rodič, stejně tak jako pedagog tráví s dítětem mnoho času a je schopný popsat jak vznikají problémové situace, co bývá jejich příčinou, jak dítě reaguje. Diagnostika dítěte probíhá formou různých testů, dotazníků, rozhovorů.

Kdy se obrátit na odborníka?

„Zvažte vyhledat odborníka zejména v případě, kdy platí některá z těchto skutečností:

- 1) *více než 6 měsíců je dítě neklidné, nepozorné, impulzivní ve větší míře než ostatní stejně staré děti*
- 2) *rodiče jiných dětí častěji říkají, že vaše dítě má zhoršenou sebekontrolu, je aktivnější, impulzivnější a nepozornější v porovnání s ostatními dětmi*
- 3) *na uhlídání dítěte musíte vynaložit víc času a námahy, než ostatní rodiče*

- 4) *ostatní děti si nechtějí hrát s vaším dítětem, protože je hyperaktivní, dráždivější nebo agresivnější*
- 5) *učitelé nebo zaměstnanci zařízení, kam dítě dochází, vás informují o tom, že několik měsíců má dítě problémy s chováním*
- 6) *často ztrácíte s dítětem trpělivost, používáte fyzické tresty, cítíte se v souvislosti s výchovou vašeho dítěte vyčerpaní a depresivní*
- 7) *považujete za nebezpečné nechat dítě chvíli o samotě* (Goetz, Uhlíková, 2009, s.51).

Drtilková, Šerý (2013) hovoří o několika součástech vyšetření. Patří sem rozhovor s matkou (či jinou blízkou osobou), podrobné klinické vyšetření dítěte, rozhovor s učitelem, dotazníky a škály, tělesné, laboratorní, zobrazovací a elektrofyzilogické vyšetřovací metody, vyšetření psychologa.

Jelikož se onemocnění dotýká člověka v mnoha oblastech, je třeba, aby se na jeho léčbě také podílel vícečlenný tým. Tým složený z odborníků i laiků, kteří jsou schopni pomoci v konkrétní sféře. Zapojuje se zde rodina, kterou je třeba seznámit s onemocněním jako takovým, s možnostmi léčby. Patří sem učitel, který se s dítětem téměř denně setkává, zná jeho reakce, všimá si kde to „nefunguje“. Ve spolupráci s rodiči může na případný problém poukázat i dětský lékař, v jehož péči se dítě nachází. Lékař může doporučit další vyšetření u specialistů. Navrhnou návštěvu psychologa, který může provést dítěti některé testy; dětského psychiatra, který může stanovit případnou diagnózu ADHD; pedagogicko-psychologické poradny, které provádějí vyšetření potvrzující nebo vyvracející poruchu.

„Nejčastěji je součástí vyšetření:

- *klinické psychiatrické vyšetření – pohovor s rodiči a dítětem,*
- *vyplnění dotazníků o chování dítěte,*
- *pohovor lékaře s učitelem dítěte, včetně vyplnění škály o chování dítěte ve škole,*
- *IQ test a test školních dovedností, který obvykle provádí psycholog,*
- *pokud to lékař považuje z nějakého důvodu za nutné, doporučí laboratorní vyšetření.“*
(Geotz, Uhlíková, 2009, s. 55).

Součástí prováděných vyšetření může být i doporučení na vyšetření neurologa, jelikož porucha ADHD úzce souvisí se správnou funkcí mozku, CNS.

Projevy nemocného mohou způsobovat i různé jiné problémy, proto se někdy součástí týmu stává i sociální pracovník, který dítěti/rodině pomáhá vzniklé situace řešit. Jedná se tedy o multidisciplinární tým, v němž má každý své nezastupitelné místo.

2.3.1. Osobní anamnéza

Probíhá po předchozím studiu dokumentů, zpráv a lékařských vyšetření dítěte. Lékař se zajímá o to, jaké bylo těhotenství matky, její zdravotní stav během těhotenství, vliv škodlivin, jaký byl porod. Zkoumá vývoj dítěte, jeho prodělané nemoci, současný zdravotní stav. Zda užívá nějaké léky.

Samotný rozhovor je vhodné dělat s dítětem samostatně. „*Přístup volíme individuálně, jsme empatičtí a autentičtí. Ideálně by dítě mělo trávit část vyšetření rozhovorem vsedě v křesle či na židli, abych mohli pozorovat hyperkinetické příznaky v situaci, kdy by dítě mělo klidě sedět. Další část vyšetření by měla probíhat při hře s přirozenou možností střídání činnosti, hračky atd. Prosté pozorování je nejcennější částí vyšetření.*“ (Drtílková, Šedý, 2013, s. 84). V rozhovoru lékaře zajímá, jak dítě vnímá rodinné vztahy, vztahy ve škole, s vrstevníky, jakou má představu sám o sobě. Až teprve v závěru se začíná dotazovat na případné problémy, na to, co by se dalo zlepšit.

2.3.2. Rodinná anamnéza

Rodiče, kteří se rozhodnou se svým problémem obrátit na odborníka, si již většinou s dítětem neví rady. Přicházejí v rozpacích, s pocitem vlastního selhání. Je proto důležité již od počátku navodit příjemnou atmosféru důvěry a porozumění.

Jelikož vznik ADHD bývá geneticky podmíněn, lékař zjišťuje, jaký je zdravotní stav rodičů dítěte a zda se v rodině již někdy vyskytla tato porucha. Ověřována je i přítomnost psychického onemocnění, deprese.

Rozhovor s rodiči

Zpočátku jde zejména o aktivní naslouchání. Matka/rodiče jsou vyzváni, aby sdělili, proč přicházejí. Později se připojuje lékař s doplňujícími otázkami. Je důležité, aby nenaváděli přímo k odpovědi. Cílem je zjistit co nejvíce o chování dítěte, jeho projevech.

Jaké situace dítě dokáže zvládnout, jaké jsou pro něj problematické, co mu konkrétně činní obtíže. Zajímá se také o vývoj dítěte, nemoci, problémy, jeho případné zvláštnosti.

Rozhovor s učitelem, analýza školního prostředí

Nástup do školy představuje významný mezník v životě každého dítěte. Je to místo, kde bude trávit značnou část svého času a budou zde na něj kladeny velké nároky v mnoha ohledech. To vše je pro hyperaktivní děti téměř neproveditelné. Pokud tomu nebylo již předtím, začínají se u hyperaktivních dětí projevovat odlišnosti, vznikat problémy. Učitel by měl být schopný to rozeznat a umět také popsat.

Swierkoszová (2006) doporučit učitelům, aby si jako pomůcku při diagnostice pořídili kartu, kde si budou projevy zaznamenávat. Karta se člení na jednotlivé symptomy – poruchu pozornosti, hyperaktivitu, impulzivitu. Ke každému z nich pak přiřazuje konkrétní projevy a ty učitel při jejich výskytu vždy označí.

Přímé rozhovory lze také doplnit o některé dotazníky. *„Pokud chceme mít diagnostiku kompletní, a zvláště pokud plánujeme farmakoterapii, provádíme další vyšetření:*

Klinická vyšetření:

- *pediatrické vyšetření,*
- *neurologické vyšetření,*

Laboratorní vyšetření:

- *krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů,*
- *jaterní soubor, urea, kreatinin,*
- *iontogram,*
- *moč chemicky,*
- *fakultativně hormonální vyšetření – thyroidní soubor, prolaktin, kortiuol, pohlavní hormony, dehydroepiandrosteron,*

Zobrazovací metody:

- *CT mozku,*

- *MR mozku,*

Elektrofyzilogické metody:

- *EEG*
- *EKG (především v souvislosti s plánovanou farmakoterapií).“ (Drtílková, Šerý, 2013, s. 88,89).*

2.4. Vzdělávání dětí s ADHD

Práce s dětmi trpícími ADHD klade na učitele zvláštní nároky. Paclt (2007) popisuje několik doporučení, které mohou výuku usnadnit, zefektivnit. Říká, že učitel by měl žáky motivovat v první řadě pozitivním posilování. Neměl by šetřit uznáním a pochvalou. Není to naprosté vyhýbání se trestům, ale určitě by neměli být hlavní hnací silou. Tresty by měli být jen mírné a jasně vysvětlené. Aby bylo jasné, že mezi učitelem a žákem dochází k naprostému pochopení, měl by učitel dbát na častou zpětnou vazbu. Vydávané pokyny by měla být stručné, jasné a především splnitelné – tedy v rámci žakových možností. Učitel by se měl snažit najít cestu, jak žákovi pomoci proniknou učivem, respektovat jeho zvláštnosti. To zahrnuje i být ochotný projevit zvýšený zájem o žáka, o jeho problém. Protože jak uvádí Blahutková, Klenková, Zichová (2005) „*děti s hyperaktivitou nejsou schopni přizpůsobovat se požadavkům, které na ně okolí klade.*“

Aby byla práce učitele úspěšná, je nezbytné neopomenout navázat spolupráci s rodiči dítěte. Ti mohou poskytnout nové informace. Je také důležité, aby pravidla, která budou dítěti nastolena, byla jednotná – doma i ve škole. Dítě by mělo jasně vědět, co se od něho očekává.

Důležité je, aby nedocházelo k negativnímu značkování dítěte vedoucím k jeho vylučování z kolektivu. Je třeba mít na vědomí, že se jedná o obecně známý problém, který je ale řešitelný a snažit se o vzájemnou spolupráci, pozitivní změnu. Možností je i konzultace situace s ostatními pedagogy.

Dítě s ADHD je konfrontováno s mnoha obtížnými situacemi, které není schopno samo zvládnout. Je třeba, aby zde byla osoba, které je schopna mu v tomto pomoci. Vedení dítěte, ať už doma nebo ve škole, se neobejde bez určitých specifických charakteristik

pomáhající osoby (rodič, učitel). Jennet (2013, s. 18) hovoří o tzv. kouči, a uvádí následující:

- *„nikdy neztrapňuje,*
- *je přátelský a navazuje oční kontakt,*
- *požadavky a otázky formuluje jednoduše,*
- *zadává vždy jen jeden úkol najednou,*
- *hlídá čas (hodinky)!,*
- *věci, které rozptylují, dává (beze slova) stranou,*
- *ví, že může být špatně pochopen,*
- *nikdy si nestěžuje,*
- *dohaduje se vždy přímo,*
- *pomáhá stanovit si cíle,*
- *je pozorný a povzbuzuje,*
- *zůstává věrný svému směru,*
- *ovládá 20 pravidel managementu chování.“*

Riefová (1999) se také zabývá tím, jak lze těmto žákům pomáhat. Uvádí, že u dětí s ADHD je vhodné se vyvarovat jakýchkoliv prudkých změn, které by mohly dítě zaskočit. Naopak pokud dítě dlouho sedí, musí se soustředit, učitel může následně zařadit krátké přestávky s protažením. Zájem o probíranou látku lze prohloubit diskusí, praktickými ukázkami, fyzickým kontaktem (položením ruky na rameno), očním kontaktem, změnami hlasu, energickým výkladem. Pedagog by měl být schopen žáky za úspěchy chválit, a to i před třídou. Kontakt by měl být udržován se všemi žáky rovnoměrně. Chybou je zaměřit se zejména na ty žáky, u nichž je větší pravděpodobnost odpovědi nebo vynechávání zadních lavic. Je třeba neustále kontrolovat srozumitelnost výkladu pro žáky. Na odpověď je třeba ponechat trochu času. Popřípadě zkusit otázku lépe formulovat. Zadaná práce by měla odpovídat žakovým možnostem, tak aby ji mohl zvládnout svépomocí.

Mimo návody, které nám ukazují, jaké chování je vhodné, existuje také několik věcí, kterým je třeba se vyvarovat. Je důležité, aby dítě na dítě nebylo v první řadě nahlíženo

jako na zlobivé, líné, které se jen snaží si nějak ulehčit práci. K tomuto názoru může přivádět nestálost žákových výkonů. Učitel se může ptát, jaký je důvod, že jednou je práce odvedena na dobré úrovni a jindy ji žák není schopen splnit. Je třeba ale správně identifikovat pravé důvody.

Učitel by měl volit takovou formu vyučování, aby byla pro všechny zvládnutelná. Měl by se snažit, aby atmosféra ve třídě byla uvolněná, beze strachu. Nikdy by neměl dopustit, aby dítě bylo zesměšňováno před ostatními. Pokud chce učitel žákovi něco vytknout, je lepší to udělat mimo zraky ostatních dětí.

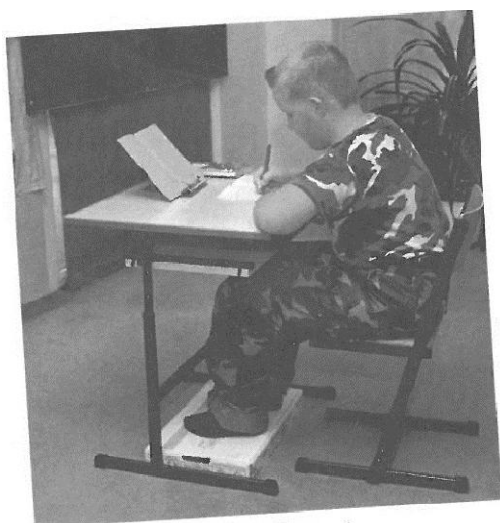
Riefová zdůrazňuje rovněž důležitost tělesné aktivity. Doporučují se sporty jako bojové umění (zvláště aikido), protože zlepšují schopnost dítěte na něco se zaměřit a soustředit „*K ovlivnění pohybového systému dětí lze využít celou řadu metodik. Jedná se o komplexní systém, pomocí kterého můžeme pozitivně ovlivňovat psychomotorický vývoj dítěte jak v domácím prostředí, tak v prostředí školských či zdravotnických zařízeních atd. Navíc se mohou přidávat i systémy používané v občanských aktivitách, jako je například jóga (hathjóga a pranayama), prvky z bojových umění – zejména tai-chi, z orientálních tanců, plavání, hippoterapie a další.*“ (Vyskotová, Zemánková, 2010, s. 12).

2.4.1. Problém s psanými úkoly

Děti s ADHD mívají problémy již s písmem jako takovým. Jejich rukopis bývá často nečitelný. A to jak pro učitele nebo rodiče, ale také pro ně samotné. Tento problém bývá způsoben poruchou senzomotorické koordinace. Ten způsobuje, že je nedostatečně vyvinutá jemná motorika. Další úskalí spočívá také v tom, že děti s touto poruchou mají problém rozlišit, kde jedno písmenko končí a druhé začíná.

Pro správné psaní je důležitá tzv. stabilní pozice, která by měla napomáhat udržení klidu. Při ní se dítě oběma chodidly pevně dotýká země, na židli sedí celými hýžděmi i stehny a jeho předloktí se stolem zaujímá pravý úhel. Ačkoliv se tato základní pozice jeví jako nejvhodnější, je dobré umožnit hyperaktivním dětem i například psát ve stoje u pultu nebo vleže na zemi. Pozornost je věnována i správnému držení tužky, volbě vhodných psacích pomůcek. Jenett (2013) uvádí, že pro děti s ADHD jsou vhodnější tlusté, dlouhé a hranaté tužky vyšší kvality. Jsou to tužky, které více vydrží, jsou pevnější, nebudou se tolik lámat, rozmazávat, půjdou snadno ořezávat, nezakutálí se tak snadno jako kulaté.

Obr. č. 2: Stabilní poloha při psaní



Zdroj: Škvor, Škvorová (2003)

Zásadním úkolem pedagoga je však probudit u dítěte motivaci. Proč se učit psát, když je venku hezky, proč to nemůžu jen říct.. Překonat počáteční těžkosti může představa, že se děti pak budou umět podepsat nebo budou moci poslat kamarádovi pohled.

„Velkou pomoc může dítěti poskytnout i počítač. Existují programy, které mu hravou formou pomohou vniknout do tajů některých „-pisů“, chemie a fyziky. Korekční program mateřštiny, který je součástí kancelářského balíku programů, i těch k volnému stažení, dají dítěti okamžitou zpětnou vazbu o gramatických chybách. Klávesnice a myš vyžadují dobrou koordinaci prstů, napomáhají rozvoji jemné motoriky a vytištěné výstupy se dítěti nevysmívají kvůli jeho nehezkému písmu (především u dysgrafiků).“ (Antal, 2013, s.159).

Řešením může být opuštění písma psaného. *„V ČR je od roku 2013 z rozhodnutí Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy alternativou k běžně užívané abecedě písmo Comenia script. Písmo Comenia script se pilotně ověřovalo od září roku 2010 na 33 základních školách. Podle závěrečné zprávy písmo děti baví, vyhovuje i levákům nebo žákům se specifickými vzdělávacími potřebami, zohledňuje například psaní dysgrafiků, děti různě handicapovaných a také žáků bilingvních. Podmínkou pro školy, které se ho rozhodnou zařadit do výuky, bude souhlas rodičů s výukou tohoto psaní s upozorněním na možné komplikace při přestupu žáka na jinou školu, používání určeného typu didaktických materiálů při nácviku psaní a vyškolený pedagog v metodice výuky psaní tohoto písma. Pokud se škola rozhodne zařadit písmo Comenia script do výuky, uvede to ve svém školním vzdělávacím programu.“ (Jenett, 2013, s. 65).*

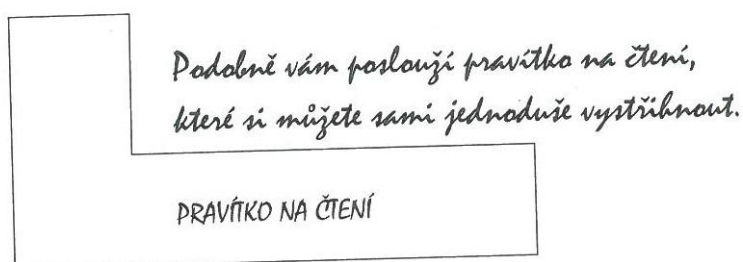
2.4.2. Problémy se čtením

K ADHD se poměrně často přidružuje další porucha – dyslexie (porucha čtení). Při čtení se budeme snažit, aby dítě udrželo ruce i nohy alespoň na malou chvíli v klidu. Pokud dítěti daří udržet klid, je třeba ho za to chválit.

„Ze všeho nejlépe se dětem s ADHD daří rozeznávat symboly (písmena). Hůře už je to s hláskami a zvuky. Jejich fonologické uvědomění je většinou nedostatečně rozvinuté. Proto jim také dělá potíže vzájemné přiřazení mezi znakem (písmenem) a hláskou (kódování). Snazší je pro ně – ještě před zahájením školní docházky – rozeznat a „přečíst“ krátká známá slova, jako například „OMW“, „Mars“, „LIDL“, „Audi“ apod. Se čtením jako takovým to však bohužel nemá nic společného. Svědčí to spíš o tom, že jsou schopné tyto symboly poznat, stejně jako např. u herních karet piky nebo káry.“ (Jenett, 2013, s. 82).

Uvědomit a osvojit jednotlivé hlásky, získat jistotu v tom jak zní, pomáhají písničky, básničky, různé hry. To vše může dítě procvičovat již před tím, než se vůbec začne učit číst. Čtení se pak obvykle začíná učit nejprve za pomoci hlasitého předčítání, které později přechází do vnitřní řeči. Čtenář se musí učit pozornosti, nepřeskakovat v textu. Čím je text zajímavější tím samozřejmě lépe. Udržení pozornosti pomáhá pohybování se v textu pomocí ukazováčku, který dítěti jasně ukazuje, kde se v textu nachází. Jenett (2013) uvádí také možnost využití tzv. pravítka na čtení, které si každý může sám snadno vyrobit.

Obr. č. 3: Pravítko na čtení



Zdroj: Škvor, Škvorová (2003)

Pedagog by se měl také přesvědčovat o tom, zda dítě všem slovům v textu plně rozumí. Pokud ne, text ztrácí na významu i na zajímavosti. Slova je třeba vysvětlit. U všech dětí, a u dětí s ADHD zvláště, platí, že je třeba je nepřetěžovat. Raději opakovat každý den.

2.4.3. Problémy s počítáním

Pro počítání jsou využívány různé oblasti mozku. Proto jsou i problémy s ním spojené poměrně složité. Již od raného věku by měli rodiče dětem pomáhat vytvářet povědomí o množstvích. O tom, že jsou různá množství – menší, větší, že množství se může měnit. Že existují čísla.

„Děti s ADHD mají problémy s číselným smyslem. To znamená, že mají nejisté představy o množství a velikosti, nedokážou je vyjádřit slovně a popsat vzájemné vztahy. V důsledku této nejistoty neumí dobře odhadovat a porovnávat. Nekonečnost všech čísel lze vyjádřit pomocí deseti číslic. Tato jednoduchá logika arabské číselné soustavy se však neodráží v jazyce. To dětem s ADHD, které se vždy snaží mít v určitém smyslu jistotu, staví před další problémy s pochopením. Žádné inteligentní východisko neexistuje, častým opakováním se musí naučit zvládat oba systémy. Matematická znaménka je třeba rozeznat jako symbol a zároveň je zformulovat slovně. To se podaří jen za předpokladu, že dítě pochopí matematickou funkci, která se za znaménkem skrývá.“ (Jenett, 2013, s. 92).

Mezi nejvíce používané pomůcky se řadí číselná osa. Na jedné nekonečné přímce jsou představena žákům všechna čísla, která vedou až do „nekonečna“. Dětem je vysvětleno, že na přímce se můžeme pohybovat doleva i doprava, záleží na početní operaci, kterou provedeme.

2.4.4. Problémy se soustředěním, hyperaktivitou

Je třeba vzít na vědomí, že dítě s ADHD dokáže vnímat najednou jen velmi malé množství dojmů. Jeho pozornost přelétá. Proto je třeba zdůrazňovat věci, které jsou důležité. Neříkat více informací najednou. Mluvit pomalu, opakovat, připomínat. Doporučuje se učivo názorně ukazovat na příkladech, využívat pokusy, diskuse. Aby si žák nezapomněl úkoly a donést pomůcky, může si vést „úkolníček“, kam bude vše důležité zaznamenávat.

Dětem musí být dáno jasně najevo, že učitel je tu pro ně. Pokud budou mít nějaký problém, mohou se na něho vždy obrátit bez toho, že by se obávaly trestu nebo výtky.

Hyperaktivní děti jsou neustále nutkány k pohybu. Nedokážou svou aktivitu, puzení plně ovládat, či zastavit. Pohyb potřebují. Problém nastává, když po nich okolí chce, aby své projevy omezily, změnily. Částečně toho lze docílit odměnami, pozitivní motivací. Je

však třeba připustit, že dítě bude potřebovat alespoň nějaký pohyb a na učiteli je, aby ho uměl přenést do vhodné podoby, např.:

- „Při psaní si vytřást ruku nebo promnout prsty,
- protáhnout se (přitom zůstat sedět na místě), např. „sbírat hvězdy z oblohy“,
- progresivní svalová relaxace (podle Edmunda Jacobsna),
- udržování rovnováhy na jedné noze,
- dva až tři kliky, žádný kondiční trénink,
- dojít k odpadkovému koši apod.,
- úkoly spojené s pohybem: utřít tabuli apod.,
- nebo prostě pohyb: „Oběhni jednou dokola školní dvůr!“ (Jenett, 2013, s. 128).

Obecně však můžeme říci, že dětem s ADHD pomáhá, pokud dostávají méně úkolů, méně píšou, ale naopak více mluví. Pozornost je snadněji udržena např. Diskusí nad tématem, prací ve skupinkách. Potřebují také více času na úlohy.

2.5. Farmakologická léčba hyperkinetické poruchy

Onemocnění ADHD je v dnešní době možné léčit i za pomoci medikamentů. Vyvinutí léčebných přípravků sice může v mnoha případech pacientům pomoci, neznamená to ovšem, že je léčba farmaky nasazována automaticky. „Léky nejsou zamítány, ale představují doplněk celkové péče.“ (Swierkoszová, 2008, s. 105). Obecně platí, že medikace je nasazována u středně těžkých, až těžkých forem nemoci. U lehčích forem je zvažováno alternativní řešení. Vhodnost se posuzuje u každého dítěte zvlášť, dle různých faktorů. Rozhodujícím kritériem je také „postoj rodičů k farmakologické léčbě dítěte obecně. Lék nepodává lékař – ten lék pouze předepsal (to je totéž jako doporučil) – ale rodiče. Je proto vhodné, aby si ujasnili, zda rozhodnutí ohledně farmakologické léčby svého dítěte akceptují.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 84). Na přístupu k léčbě se musí shodnout všichni, kteří se na ní budou podílet. Přijmout nebo odmítnout, ale jednotně.

Nepravidelná léčba by totiž mohla pacientovi spíše uškodit. A to je třeba mít na paměti ze všeho nejvíc.

Ve spolupráci s praktickým lékařem se konzultuje vhodnost léků vůbec. Přihlíží se k případným dalším nemocem, alergiím, apod.

Druhy:

- Stimulancia – Nejdéle a nejčastěji používané léky, patří sem např. Ritalin, Dexadrin, Concerta. Lékaři v ČR obvykle předepisují Ritalin, který snižuje hyperaktivitu a impulzivitu a zvyšuje rozsah pozornosti. „Patří však do skupiny psychotropních látek podobných amfetaminu, tedy i drogám jako je metamfetamin (pervitin, speed) či kokain. Z tohoto pohledu je jeho podávání komplexně poněkud kontroverzní.“ Šlapal, 2007, s. 33).
- Nestimulační – např. Atomoxetin (Strattera), *působí prostřednictvím změny aktivity noradrenalinového systému. Opět tedy děti nethlují, ale jinou cestou než stimulancia upravuje aktivitu mozkových center.*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 90).
- Antidepresiva – pokud jsou neúčinné výše zmíněné léky, užití u ADHD se zvýšenou úzkostí. „Zlepšují náladu, upravují hyperaktivitu, ale protože mají také sedativní účinky, nezvyšují proces učení.“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 81).
- Antipsychotika – dnes příliš nevyužívaná pro značné vedlejší účinky (Risperidon, Haloperidol, Chlorpromazin)
- Antihypertenziva – Clonidin - „bere se v druhé polovině dne, aby ovládl symptomy, aniž by zapříčinil nespavost, což pozdní užití stimulantů často způsobuje.“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 83).

2.6. Školská zařízení v rámci ústavní péče

Základní společenskou jednotkou je rodina. Jednou z jejích primárních funkcí je zabezpečení výchovy dítěte. Pokud v této oblasti rodina vědomě selhává nebo není svépomocí schopna toto plnit, nastupuje na pomoc péče ústavní. Jánský (2004) hovoří o nezastupitelném postavení rodiny ve výchově dítěte, které ovšem přestává platit, pokud se rodina stane rizikovým činitelem ve výchově. Dle důvodu bránícího v zajištění výchovy jsou děti umisťovány do odpovídajících typů zařízení. „*Je to v případech:*

- *kdy rodiče nejsou z různých důvodů schopni zajistit podmínky pro zdárný vývoj jejich dítěte v rodině*
- *kdy porucha chování je takového stupně a intenzity, že ohrožuje zdárný vývoj dítěte, kdy v důsledku poruchy chování dítě porušuje zákonné normy a jeho chování by bylo v případě jeho trestné odpovědnosti posuzované jako trestný čin*
- *kdy v důsledku poruchy chování dítě porušuje zákonné normy, jejíž trestně odpovědné a ústavní (ochranná) výchova je mu nařízena (uložena) jako alternativní trest*
- *kdy v důsledku poruchy chování dítě mezi 12-15 rokem porušuje zákonné normy způsobem, za který by byl dospělému uložen výjimečný trest.“* (Pipeková, 2006, s. 366).

Výkon ústavní nebo ochranné výchovy se ve školských zařízeních řídí dle zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Zákon říká, že tato zařízení mají zajistit právo na výchovu a základní vzdělání každého dítěte. Mají se podílet na harmonickém rozvoji a socializaci. Zařízení suplují péči jinak poskytovanou rodiči nebo jinými osobami zodpovědnými za výchovu dítěte. Jsou zde umisťovány děti od 3 do 18 let (případně do 19 let – prodloužení za účelem dokončení školy) na základě rozhodnutí soudu. Úkolem zařízení, který jej odlišuje od běžných školských ústavů, je zaměření se na zmírňování a odstraňování příčin a důsledků již vzniklých poruch chování a podílet se na zdravém rozvoji dítěte. Hovoříme-li o umístění do tohoto zařízení, nejedná se tedy o trest, ale o ochranu dítěte a poskytnutí odborné pomoci.

Zařízení fungují na bázi rodinných či výchovných skupin. Počet skupin i dětí ve skupinách je dán zákonem dle typu zařízení. Sourozenci bývají zařazováni do jedné skupiny.

Dětem zde umístěným je poskytováno plné přímé zaopatření, které zahrnuje poskytnutí stravy, ošacení, učebních pomůcek, zdravotní péči, kapesné, darovné.

2.6.1. Druhy zařízení

2.6.1.1. Diagnostický ústav

Bývá prvním zařízením, se kterým přicházejí děti do styku. Odborní pracovníci zde provádějí komplexní vyšetření dětí, které sem byly umístěny. Může se jednat o děti problémové, i bez závažných poruch chování. „*Diagnostický ústav plní podle potřeb dítěte úkoly:*

- a) diagnostické, spočívající ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností,*
- b) vzdělávací, v jejichž rámci se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností, stanovují a realizují se specifické vzdělávací potřeby v zájmu rozvoje osobnosti dítěte přiměřeně jeho věku, individuálním předpokladům a možností,*
- c) terapeutické, které prostřednictvím pedagogických a psychologických činností směřují k nápravě poruch v sociálních vztazích a chování dítěte,*
- d) výchovné a sociální, vztahující se k osobnosti dítěte, k jeho rodinné situaci a nezbytné sociálně-právní ochraně, podle potřeby zprostředkovává zdravotní vyšetření dítěte*
- e) organizační, související s umísťováním dětí do zařízení v územním obvodu diagnostického ústavu vymezeném ministerstvem, popřípadě i mimo územní obvod, spolupracuje i s orgánem sociálně-právní ochrany při přípravě jejího návrhu na nařízení předběžného opatření, které bude vykonáváno v diagnostickém ústavu nebo na návrh diagnostického ústavu v jiném zařízení,*
- f) koordinační, směřující k prohloubení a sjednocení odborných postupů ostatních zařízení v rámci územního obvodu diagnostického ústavu, k ověřování jejich účelnosti a e sjednocení součinnosti s orgány státní správy a dalšími osobami, zabývajícími se péčí o děti.“ (msmt.cz, online, 2002).*

Na základě vyšetření pak děti umísťují do již zmíněných zařízení (DD, DDŠ, VÚ). Zvažuje se také vhodnost/nevhodnost umístění v blízkosti domova, vždy s ohledem na minimalizaci mravního ohrožení dítěte. Pobyť trvá zpravidla 8 týdnů. Dítě zde během pobytu pokračuje v plnění školní docházky.

2.6.1.2. Dětský domov

Umísťují se zde děti s nařízenou ústavní výchovou bez závažných poruch chování. Důvodem bývá neschopnost rodičů se o děti postarat a zajistit řádně jejich výchovu. Věkové ohraničení je 3-18 let. „*Dětské domovy plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Děti zde žijí v rodinných skupinách po 6-8 dětech. Do škol dochází mimo dětský domov podle jejich individuálních vzdělávacích možností. Do dětského domova se rovněž umísťují nezletilé matky s dětmi.*“ (Pipeková, 2006, s. 368).

2.6.1.3. Dětský domov se školou

Zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou. Dále o matky s dětmi potýkající se závažnými výchovnými problémy, poruchami chování. „*Jsou do nich umísťovány děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky a součástí školského zařízení je příslušný typ školy.*“ (Jánský, 2004, s. 94). Mohou být koedukované či zaměřené jen chlapce/děvčata. Člení se na rodinné skupiny (2-6 v jednom zařízení). Pokud po ukončení povinné školní docházky přetrvávají důvody, pro které bylo dítě do zařízení umístěno, je přeřazeno do výchovného ústavu. V případě, že během povinné školní docházky pominou důvody, pro které bylo dítě přijato, může být zařazeno do školy mimo zařízení. Rodiče si rovněž mohou požádat o zrušení ústavní výchovy. Návrh rodiče zkoumá soud na základě vyjádření odborníků, zařízení.

2.6.1.4. Výchovný ústav

Jak již bylo naznačeno, výchovný ústav přebírá péči o děti starší 15let u nichž byla pro závažné poruchy chování nařízena ústavní nebo ochranná výchova. Přičemž zařízení pro ochrannou a ústavní výchovu jsou zřizována odděleně. Součástí zařízení bývá základní, příp. speciální škola, u některých škola střední. „*Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší 12 let, má-li uloženou ochranou výchovu, a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou. Výjimečně, v případě zvláště závažných poruch chování, lze do výchovného ústavu umístit i dítě s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let.*“ (msmt, online, 2002).

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je poukázat na závažnost problému ADHD, na jeho četnost. Práce má poukázat na to, že za označením „zlobivé dítě“ nemusí vždy stát jen nevhodná výchova, nezáměr rodiče, ale že to může být opravdový problém, na který je třeba se zaměřit a řešit jej. Hyperaktivita není nevychovanost. Jako nezbytná se pak jeví pomoc odborníka, který dokáže svými radami a postupy pomoci ke zlepšení.

Dílčí zaměření práce je nasměřováno k vzdělávání žáků v Dětském domově se školou Šindlovy Dvory.

3.2. Metodologie

Teoretická část bakalářské práce se opírá o studium odborné literatury především z oblasti speciální pedagogiky. Data jsou získávána a zpracovávána formou analýzy a syntézy.

Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem. Jsou zde zpracovány případové studie dvou klientů z DDŠ Š. Dvory, doplněné nestandardizovaným rozhovorem s pedagogickým pracovníkem.

3.3. Charakteristika zařízení

Dětský domov se školou Šindlovy Dvory je součástí Dětského diagnostického ústavu, dětského domova se školou, střediska výchovné péče a školní jídelny Homole 90. Poskytuje dětem s nařízenou ústavní výchovou a předběžným opatřením soudu komplexní péči v souladu se zákonem č. 383/2005 Sb.11

DDŠ má kapacitu 24 míst. Je to školské zařízení, jehož účelem je zajišťování péče o děti zde umístěné. V současnosti se jedná již o koedukované pracoviště.

Rozsah činnosti, způsobu péče o zařazené děti a další úkoly jsou vymezeny rovněž zákonem č. 383/2005 Sb. Hlavním úkolem je zajistit náhradní výchovnou péči v zájmu zdravého vývoje dítěte, jejich řádné výchovy a vzdělání. Dále je zajišťována péče zdravotní a sociální. Do DDŠ jsou umisťovány děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Zařízení má nepřetržitý celoroční provoz.

ZŠ poskytuje zařazeným žákům základní vzdělání v souladu se zákonem 561/2004 Sb. Kromě obecných cílů je cílem vzdělání zmírnění nebo úplné odstranění poruch chování, rozvíjení tělesných, rozumových, emocionálních a sociálních vědomostí, dovedností a návyků. Vzdělání se opírá o diagnostickou zprávu a pro žáka je zpracován individuální vzdělávací plán.

Děti jsou přijímány na základě rozhodnutí diagnostického ústavu. O jejich umístění jsou informováni rodiče (nebo jiné osoby zodpovědné za výchovu dítěte), SPOD a soud, který předběžné opatření nebo ústavní výchovu uložil. S dětmi je nejprve veden vstupní pohovor, seznámení s vnitřním řádem a poté je zařazeno do rodinné skupiny, kde je mu přiděleno lůžko, osobní skříňka a věci osobní potřeby. Zařazení dítěte do rodinné skupiny je konzultováno s etopedem.

Rodiče jsou informováni o důležitých událostech vztahujících se k dítěti písemně, akutní informace telefonicky (změny zdravotního stavu, útky). Návštěvy dítěte rodiči jsou možné po telefonické domluvě kdykoliv.

Přemístění dítěte do jiného školského ústavu je možné pouze na základě rozhodnutí příslušného diagnostického ústavu. Děti lze propustit na základě rozhodnutí soudu o zrušení ústavní výchovy, zrušení nebo uplynutí předběžného opatření soudu, na základě rozhodnutí soudu o svěřením dítěte do péče budoucích pěstounů či osvojitelů, které nabylo právní moci, nebo na základě dosažení zletilosti, pokud v zařízení dobrovolně nesetrvává do ukončení profesní přípravy.

DDŠ úzce spolupracuje s Policií České republiky, soudy, SPOD, Diagnostickým ústavem, státním zastupitelstvím.

Výchovná činnost se skládá z vedení dětí k základním hygienickým a společenským návykům, rozvoje osobnosti, přípravě na vyučování a zájmové činnosti. Péče je zařazeným dětem poskytována ve třech rodinných skupinách. Do každé rodinné skupiny může být

zařazeno minimálně 5 a maximálně 8 dětí. Výchovnou činnost přímo řídí a kontroluje vedoucí vychovatelka, která při tom spolupracuje s etopedem a příslušnými pedagogickými pracovníky. U každé skupiny pracují dva vychovatelé. Zpravidla muž a žena. Jde o zajištění klasické rodinné péče jako je tomu v běžném domácím prostředí. Za pomoci asistentů vychovatele a nepedagogických pracovníků zajišťují vychovatelé péči o děti jako v rodině. Pro výchovnou činnost jsou každé skupině k dispozici tři ložnice, klubovna, kuchyňka (která zároveň slouží jako místnost pro vychovatele), sociální zařízení, koupelna. Všem dětem je umožněno využívat posilovnu, travnaté hřiště, antukový kurt, počítačovou učebnu, rekreační chatu v Malovicích. Děti si sami udržují v ložnicích pořádek, denně provádějí běžný úklid. V denním režimu je jim vyhrazeno i osobní volno, které mohou využívat dle svého uvážení, ale vždy v souladu s vnitřním řádem. Vychovatelé ho pomáhají vyplnit nabídkou různých činností. Pro děti jsou také organizovány různé sportovní aktivity a kulturní akce. Zájmová činnost je realizována formou nabídky.

Vzdělávací proces je zajišťován přímo v budově DDŠ. Pro výuku jsou k dispozici tři třídy, počítačová učebna, učebna pracovní výchovy. Žákům jsou poskytovány učebnice, učební texty, učební pomůcky. Při výuce je přihlíženo k individuálním schopnostem a znalostem jednotlivých žáků. Žáci jsou zařazováni do tříd s ohledem na realizovaný vzdělávací program a rok školní docházky.

3.4. Případové práce

Při zpracovávání kazuistik jsem vycházela z osobního kontaktu s dětmi. Spolupracovala jsem s ostatními pracovníky zařízení (etoped, psycholog, pedagogičtí pracovníci, sociální pracovníci). Práce je podložena také studiem dokumentů souvisejících s umístěním dítěte do zařízení. Jména klientů uváděná v následujících kazuistikách jsou smyšlená.

Kazuistika č. 1. - Michal

Osobní anamnéza

Michal se narodil z druhého těhotenství matky, při druhém porodu. Průběh těhotenství bez komplikací. Porod ve 39. týdnu těhotenství, porod spontánní, záhlavím bez komplikací. Porodní hmotnost činila 2640 g, délka 46 cm. Matka během těhotenství

kouřila. V dětství prodělal jen běžná onemocnění a úrazy, očkovan řádně. Michal byl 2x hospitalizován v DPL Opařany. V současné době je medikován a ambulantně dochází na kontrolní vyšetření k pedopsychiatrovi.

Je přiměřeně tělesně vyspělý, plnoštíhlý-obézní, fyzicky zdatný. Má krátké hnědé vlasy. Intelektové schopnosti má podprůměrné, ale ne defektní, pravděpodobně nerozvinuté nezájmem ke vzdělávání (v ZŠP je zařazen kvůli poruchám chování a ADHD).

Osobnostně je extrovertní, nezralý, samolibý. Silnou osobnostní zátěží je výrazné symptomy ADHD (psychomotorický neklid, SPU, nesoustředěnost, instabilita, impulzivita), je psychiatricky medikován (Lamotrigin, Tisercin, Derin, Sertralin, Strattera). V emocích je nevyrovnaný, iritabilní s nedostatkem sebeovládání a agresivními tendencemi (vzdor, vulgarita, negativismus, vyhrožování, destrukce, ataky) nebo uniká do ignorace.

Převládají u něj egocentrické postoje a tužby, často se předvádí a impulzivně reaguje. Egoisticky se upřednostňuje, manipuluje, vyžaduje, uspokojuje své pohnutky bez ohledu na druhé a společenské normy. Rodiče (matka) jsou citovou jistotou a oporou, avšak rodičovská výchova byla pravděpodobně vzhledem k jeho obtížím nedostačující. Michal nemá dostatečně zafixovány společensky žádoucí vzorce chování. To v konfrontaci s okolím způsobuje disociální poruchy chování.

Osobní hygiena není na dobré úrovni. Pokud není kontrolován, snaží se podvádět. Ve věcech neudrží příliš pořádek. Během jídla nezvládá dodržet pravidla stolování.

Baví ho chodit na hokej nebo s otcem rybařit. Aktivně se účastní sportovních aktivit – hokeje, hokejbalu, fotbalu. Nevydrží však hrát dlouho, brzy se unaví. Má rád zvířata, doma měl kočky, morčata, zakrslé králíky. Rád se o ně stará, hraje si s nimi, mazlí se.

Rád a hodně jí. Chodí si přidávat, dojídá za druhé. Je třeba ho v jídle kontrolovat a brzdít. Preferuje zejména různé sladké pochutiny. Když je mírněn, reaguje většinou rozmrzelostí, verbální agresí.

Dle vyjádření etopeda bývá Michal impulzivně bezprostřední, rád si povídá, mazlí, druží. Baví ho pohybové aktivity. Pokud ale něco není podle jeho představ je okamžitě negativistický, nerespektující, hrubý, vulgární a agresivní (výhružky, ataky). Poté, co se částečně uklidní a uvědomí si možné nepříznivé následky, omlouvá se a krátkodobě účelově spolupracuje. Psychomotorický neklid ADHD je u něj patrný a značný (je psychiatricky medikován).

Před umístěním navštěvoval školu v Trhových Svinech. Zde se projevoval agresivně vůči svému okolí, neplnil své povinnosti, narušoval vyučování, užíval omamné a návykové látky, trpěl záchvaty vzteku, ve kterých i ničil vybavení. Chování nezletilého nebyla schopna usměrnit škola ani rodina, a jeho poruchy chování neodstranily ani doplňující opatření (změna školy, SVP, DDÚ, DPL, psychiatrická medikace). Proto byla rozhodnutím soudu nařízena ústavní výchova a chlapec umístěn do Dětského domova se školou Šindlovy Dvory. Matka s umístěním chlapce souhlasila.

Rodinná anamnéza

Matka se narodila roku 1970. Je vyučená cukrářkou, v současné době je vedena na úřadě práce. Otec je narozen roku 1976, zemřel v roce 2006 (v tuto dobu byli již rodiče rozvedeni).

Michal se narodil za doby manželství. Rodiče se poté rozvedli a on byl se svou sestrou svěřen do péče matky. Matka se později opět vdala.

K nevlastnímu otci má Michal dobrý vztah, říká o něm, že je hodný. Chlapec má jednoho vlastního a dva nevlastní sourozence.

Rodina bydlí v malém domku. Životní standard je na běžné úrovni.

Matka během pobytu jeví o chlapce zájem. Pravidelně ho telefonicky kontaktuje, bere domů.

Průběh pobytu v zařízení

Chlapec byl přijat do zařízení roku 2012. Michal plní povinnou školní docházku 7. rokem. Má průměrnou slovní zásobu, pojmy si vybavuje pomaleji. U některých slov, která použije, si není jist významem. Často používá vulgární slova, považuje to za normální.

Nemá problémy s navazováním nových kontaktů, jejich úroveň je ale velmi povrchní. Na podmínky pobytu dobře zvykl a nemá k režimu výhrady, nic mu zásadně nevádí. Našel si zde i nové kamarády, se kterými si hraje. Na minulé škole moc kamarádů neměl.

Přestože ho učení nebaví, je tady škola dobrá, lehká. Vyhovuje mu, že se při výuce tolik nepíše. Učitelé jsou dobří. Jídlo vaří celkem dobré, hlady netrpí, ale nemuseli by dělat často rýži. Cítí se zdrav. Časté sankce mívá, protože se nedokáže ovládnout a je agresivní, pak se omlouvá. Své projevy stupňuje, zejména pokud má „publikum“. Je rád středem

pozornosti, snaží se na sebe upozornit. Je mu jedno, pokud se zesměšňuje. Je pro něj důležité, že si ho ostatní všimnou. Je proto vhodné v případě problému, řešit toto o samotě, bez účasti jiných dětí.

Pozornost je málo koncentrovaná, vyžaduje neustálou motivaci. Je místně i časově orientovaný. Má problémy s pochopením složitějších souvislostí. Vědomosti, informace i projev odpovídají nižšímu věku. Slabších výkonů pak dosahuje v oblasti porozumění. Pracovní tempo je pomalejší, hůře se soustředí po delší časový úsek. Vyhovuje mu změna, podnětné, dynamické prostředí. Činnost si plánuje omezeně se slabou anticipací, často jedná pod vlivem momentálních popudů.

Velmi snadno se rozptýlí a nechá se odvést od vedené linie činnosti, doprovázeno kolísavou náladou. Myšlení je vágní a rigidní s horším úsudkem, zkratkovitý. Je velmi těžko názorově ovlivnitelný. Má obtíže i před autoritou, své postoje příliš nemění, okolí jej příliš nevyvádí z rovnováhy, řídí se svým sebepojetím. Často zapomíná úkoly, školní pomůcky. Není schopný si ve školních věcech zachovat pořádek.

Dle vyjádření školy se jedná o žáka, který je během výuky neklidný, nesoustředěný, velmi impulzivní a svým egoistickým a agresivním chováním velmi narušuje proces vyučování. V hodinách se hlasitě projevuje – pobrukuje si, skáče druhým do řeči. Dle třídní učitelky se během vyučování snaží krátkodobě pracovat, ale nedokáže se sebeovládat, vyrušuje (fyzicky napadá spolužáky, neustále provokuje, vyhrožuje spolužákům i učitelům, ničí pomůcky, smlouvá) nebo naopak je velmi pasivní.

Má dobré znalosti. S chováním má však velké problémy, nedokáže rozlišit, co si může a nemůže dovolit, k ostatním spolužákům bývá hrubý, provokuje je. Po napomenutí slibuje nápravu. Je nutné zaměřit se na pravidla chování. Říká, že ho nebaví se učit, baví ho pouze zlobit. Často reaguje pouze na odepření nebo přiznání výhod. Zadané úkoly plní jen pod přímým dozorem. Rád si kreslí, rád sportuje, ale chybí mu větší výdrž, lepší tělesná kondice.

Michalovo písmo je kostrbaté, špatně čitelné (často i pro něho samotného), písmenka jsou různě velká. Má problémy s pravopisem.

V třídním kolektivu Michal není příliš oblíben, vyhrožuje slabším spolužákům, slovně a fyzicky je napadá, je hrubý a vulgární. Trpí záchvaty vzteku, při kterých ničí vybavení třídy. Následně není schopen své chování reflektovat, omluvit se. Zařízení s matkou

pravidelně spolupracuje. Matka se o Michalovo chování v zařízení zajímá, ale často se snaží jej omlouvat.

Práce s klientem

Správný rozvoj chlapce lze stimulovat těmito způsoby:

Vzdělávání, škola:

- snažit se ho podporovat a pomáhat mu s kladným přijetím do kolektivu.
- je třeba mít stále na paměti jeho osobnostní obtíže (masivní ADHD, afektivita), mít pro něj pochopení a snažit se tyto obtíže profesionálně je eliminovat, usměrňovat, kompenzovat.
- etoped ve spolupráci s vychovateli, a pro tuto oblast také s učiteli, sestavují pro děti vždy konkrétní individuální výchovně vzdělávací plán (IVP), dle aktuálních znalostí a schopností chlapce, který se průběžně vyhodnocuje a dle dosažených změn se upravuje.
- prvotním úkolem každého pedagogického pracovníka, je stanovení jednoduchých/jednoznačných hranic a pravidel chování, provozních a vzdělávacích požadavků.
- důležité je také zaměření na posilování správného společenského chování, bezkonfliktních vztahů, plnění si povinností a především odpovědnosti za vlastní jednání. Dále také seznámení chlapce se společenskými normami.
- ve vyučování je vhodnější soustřeďovat na praktické vědomosti a dovednosti, než na obsáhlé teorie. Pro dítě s ADHD je snazší osvojit si věci praktické, uvedené na příkladu, než dlouhé vysvětlování, při kterém zcela jistě neudrží pozornost.
- velmi významnou roli hraje motivace a podpora ve výuce (pozornost, pochvala, uznání a ocenění). Nešetřit povzbuzením, pochvalou.
- protože chlapec není schopný udržet pozornost dlouhodobě, je třeba výuku fázovat (kvůli značným symptomům ADHD) a zařazovat relaxační chvílky. Z počátku zadávat jednoduché úkoly s dostatkem času na vypracování a individuální podporou, časté procvičování a opakování, reflexe. Snažit se vždy dokončit zadaný úkol (Např. na nedokončený úkol vyčlenit dobu v jeho volném čase).

- formou prezentace dobře vypracovaných úkolů posilovat zdravé sebevědomí a pozitivní pozornost.
- pomocí skupinového aktivního sociálního učení diskutovat a nacvičovat vhodné formy řešení konfliktů a problémových situací.
- předcházet rizikovým situacím jejich včasnou identifikací, jasnou strukturou režimu výuky, informovaností o změnách, adekvátním řešením vzniklých problémů.
- je třeba z pozice učitele zaujmout pozici pedagogické autority, která s odbornou taktikou reaguje na projevy chování chlapce. Citlivě vyjádřit jasný nesouhlas s případným chlapcovým nežádoucím jednáním. Konstruktivně vysvětlit, co se od něho žádá a očekává (v rámci jeho možností). Vyžadovat sociálně žádoucí chování a respektování běžných pravidel či pokynů. Upozornit na možné sankce. Konflikty negradovat, vymezit čas a prostor na zklidnění a uvědomění si důsledků (omluva, oprava, další úkol, doučování, přezkoušení, náhrada škody, informování ostatních pracovníků DDS a rodičů, sankce).
- občas je využívána možnost přivolat si dopomoc (etoped, pedagoga), který případně zamezí nebezpečnému jednání chlapce a zajistí jeho zklidnění či individuální výuku mimo kolektiv.

Výchova, rodinná skupina:

- zajistit vřelé přijetí s pozitivním očekáváním, základní potřeby, individuální pomoc a podporu. Posílit tím pocit bezpečí a jistoty.
- vytvořit výchovné klima zaměřené na zdravý životní styl s pravidelným režimem, schopnostem přiměřený a taktický/důsledný výchovný přístup s individuálním pochopením a pozitivními podněty pro zdravou seberealizaci. Soustředit edukační proces na sociální, praktické a smysluplné vědomosti a dovednosti.
- jasné stanovení jednoduchých/jednoznačných hranic a pravidel, žádaných vzorů chování a důsledků. Neumožnit chlapci manipulovat s pravidly a posouvat hranice chování, tím by se posilovaly nežádoucí vzorce chování a navíc to nevhodně inspiruje ostatní děti. V případě chlapcova selhávání zajistit okamžité přiměřené poznání - prožití přirozených následků svých činů. Případně udělit stanovený sankční trest (po dohodě pravidel). Udělovat spíše krátkodobá výchovná opatření, která je možné dodržet a efektivně kontrolovat.

- zajistit intenzivní výchovné vedení. Všímat si přísunu a vhodnosti osobních věcí, dohlédnout na udržování pořádku. Upevňovat a prohlubovat osvojování hygienických návyků a etikety společenského chování. Efektivně kontrolovat plnění adekvátních povinností. Dopředu dohodnout důsledky při jejich nesplnění.
- umožnit prožití náklonnosti výchovné autority (pozornost, pohlázení, uznání, podpora, pochvala). Projevovat zájem o to, co chlapec dělá, prožívá, cítí. Objasnit jednotlivé osobní cíle a vhodné prostředky vedoucí k jejich dosažení.
- na postu vychovatele zaujmout pozici profesionální pedagogické autority, která s odbornou taktikou reaguje na projevy chování chlapce. Citlivě vyjádřit jasný nesouhlas s případným chlapcovým nežádoucím jednáním. Konstruktivně vysvětlit, co se od něho žádá a očekává (v rámci jeho možností). Vyžadovat sociálně žádoucí chování a respektování běžných pravidel či pokynů. Konfliktní situace negradovat, vymezit čas a prostor na zklidnění a uvědomění si následků. Upozornit a nabídnout možné alternativy důsledků (např. omluva, oprava, další úkol, terapie, sociální nácvik, náhrada škody). Jako výchovná autorita být efektivně důsledný.
- podporovat sociálně přijatelné způsoby chování jejich oceněním, uznáním, vyzdvižením, pochvalou, udělením výhody, drobnou odměnou. Nešetřit povzbuzením, pochvalou, a to nejenom za dobré výkony, ale i za dobrou snahu. Negativní projevy korigovat a kultivovat s důrazem na pochopení, co je v chování chlapce nežádoucí a proč.
- dohodnout krátkodobé reálné cíle a pomoci při vhodné volbě prostředků k jejich dosažení, především prosociální dovednosti, empatie, hodnotové postoje a společenské morální zásady (etika společnosti), pocit osobní zodpovědnosti za vlastní činy, samostatnost, sebeovládání, schopnost adekvátně překonávat nepříjemnosti. Pomocí aktivního sociálního učení nacvičovat vhodné formy řešení problémových situací.
- zajistit pravidelné a kontrolované užívání medikace.
- dohlédnout na přípravu do školy a pravidelně spolupracovat se školou. Rozmlouvat o školních prožitcích a výsledcích vzdělávání. Posilovat pozitivní vztah k sebevzdělávání.
- nabízet, rozvíjet a podporovat zájmové aktivity (sportovní – fotbal, pohybové, rukodělné, pracovní), kde bude saturován, stimulován a kde může pozitivně uplatnit a uspokojit svou touhu po seberealizaci, uznání a pozornosti druhých.
- pravidelně a aktivně spolupracovat s rodinou/rodiči a podporovat rodinné kontakty. Pokusit se najít společný výchovný přístup vedoucí k žádoucímu vývoji osobnosti chlapce.

- při negativistických afektech a agresivních raptech zabezpečit prostor (mimo ostatní děti) a vyčkat zklidnění. Osvědčilo se odvést chlapce mimo kolektiv dětí do prostoru, kde je menší riziko zranění a možné škody (chodba). Není vhodné chlapce fyzicky držet, neboť se snaží vyprostit (kope, ohání se, kouše, plive, vulgárně nadává) a hrozí nebezpečí zranění. Postupem času se negativistickými projevy zbavuje tenze a začne se zklidňovat, pak je účinná zklidňující komunikace. Po 15-30 minutách začíná spolupracovat, omlouvá se, slibuje polepšení. Je však vhodné se mu intenzivněji individuálně věnovat, protože je náchylný k disociálním projevům a dalšímu afektu. Je možné při afektu zavolat záchranou službu a policii, ale v době jejich příjezdu bývá chlapec již částečně uklidněný a plačtivý.

Michal je žákem základní školy praktické, povinnou školní docházku plní sedmým rokem. Se zvládnutím učiva nemá v podstatě problémy, dosahuje dobrých výsledků. Díky ADHD mívá však problémy s chováním, je neklidný, nesoustředěný, impulsivní, agresivní. Do budoucna je nutné zaměřit se posilování správného chování, vztahů s ostatními dětmi, postojů k dospělým a plnění si povinností. Toto bude do budoucna však dle mého názoru obtížné.

Všeobecně je třeba u chlapce aktivně posilovat kvalitní hodnotovou orientaci, pokud to situace umožní, a adekvátní vzorce chování. Neustupovat mnohdy neobvyklým požadavkům, vynucovaným hostilním až anetickým způsobem. Neumožnit vynucování vlastních požadavků pomocí vzdoru a agrese. Nadále bude nutný taktní individuální přístup, vhodná motivace a podpora sportovních aktivit, které mu přinášejí pocit úspěchu a uspokojení. Potěší jej i pěkné hodnocení.

Důležitá zůstává také pravidelná kontrola školních i mimoškolních činností, podporovat snahu o sebekritičnost a sebekontrolu.

Kazuistika č. 2. - Karel

Osobní anamnéza

Chlapec se narodil z prvního těhotenství matky, při prvním porodu. Průběh těhotenství fyziologický. Porodní hmotnost činila 4040g, délka 53 cm. V dětství malá nemocnost, hospitalizován nebyl, v roce 2006 a 2007 absolvoval ozdravný pobyt v Javorníku ze sociálních důvodů. V dětství prodělal jen běžná onemocnění a úrazy. Byl v péči pedopsychiatra, MUDr. Novotné a později také hospitalizován v DPL Opařany. Karel je

medikován, v průběhu pobytu byla medikace upravována, v současné době užívá Risperidon Vipfarm 1/2-0-1, Lamotrigin Actavis 50 mg 1-0-1, Sertralin Vipfarm 0-0-1/2. Během pobytu v zařízení je bez vážnějšího onemocnění, či zdravotního omezení.

Karel je pubertální 14letý chlapec s disharmonickým vývojem, poruchami chování, pozornost a emocí s rysy hraniční osobnosti v psychiatrické zátěži, na podkladě multifaktoriálních příčin. Je střední postavy, tělesně vyspělý a schopný snášet větší fyzické zatížení. Je přiměřeně zručný, ale manuální práci jakéhokoliv druhu sám aktivně nevyhledává. Nejraději má pasivní odpočinek u počítače, kde hraje hry, nebo chatuje.

Hygienické návyky jsou na nízké úrovni. Neustále potřebuje kontrolu. Není schopen samostatně udržet pořádek ve svých věcech. Nejraději by si vzal jen to, co potřebuje a zbytek nechal tak, jak je.

Nedisponuje schopností navazovat uspokojivé sociální vztahy s vrstevníky, ale i dospělými. Má nepřiměřené chování a emotivní reakce v běžných podmínkách (nadměrná drzost, odmítání pokynů, šaškování se sexistickými a oplzlými narážkami, upozorňování na sebe hulákáním obhroublých výrazů apod.). Rád si dělá, co chce, a svým problematickým chováním si vynucuje privilegia.

Během pobytu si nenašel kamaráda, přál by si pevné vztahy, ale neumí je navazovat ani udržet. Má potřebu sociální převahy, kontroly nad situací, ztrácí-li jistoty – reaguje neúměrnou opozicí. Svě chování bagatelizuje, svádí vinu na okolnosti, svoji diagnózu. V okamžiku afektu ztrácí jakýkoliv náhled, je v područí nezvladatelných razantně výbušných emocí s agresí, která je sekundární kompenzací vnitřní tenze.

Chlapec před nástupem do zařízení navštěvoval 7. ročník ZŠ Prachatice. Povinnou školní docházku plní 7. rokem. Pro postup do sedmého ročníku musel složit komisionální zkoušky z českého jazyka. Ve škole bylo jeho chování nezvladatelné a dostupnými prostředky neovlivnitelné. Po odvedení ze třídy se byl schopný se krátkodobě uklidnit a spolupracovat s asistentem. Matka se školou spolupracovala, pravidelně ji navštěvovala, vzniklé situace se snažila řešit v rámci svých možností. Jelikož se tyto záchvaty se stále stupňovaly, byl Karel přemístěn do Dětského domova se školou Šindlový Dvory.

Dle vyjádření učitelů zařízení se jedná o žáka, který se nedokáže soustředit delší dobu, pozornost udrží, pokud v něm téma vzbudí zájem. I tak netrvá dlouho. Neustále klade doplňující otázky. Úkoly vypracovává tak, aby byly a mohl se věnovat něčemu jinému. Nerespektuje elementární pravidla slušnosti. Překotně hovoří, opouští své místo, nereaguje

na vyzvání. Ve škole chová velmi náladově. Dokáže pracovat dle pravidel, ale mívá časté záchvaty vzteku, agrese, bývá vulgární, slovně napadá své spolužáky i pedagogy.

Karel absolvoval internátní pobyt ve SVP v Českých Budějovicích a to v roce 2010. V roce 2012 zde opětovně nastoupil. Při druhém pobytu se Karel choval suverénně, velice vulgárně až perverzně. Pobyt ve SVP byl chlapci ukončen z důvodu útěků, kterých se zde dopustil.

Karel byl také zařazen do Zátěžového programu pro děti v péči kurátorů pro mládež.

V roce 2012 vydal Obvodní soud Usnesení o předběžném opatření, kterým se nezl. Karel umístil do Dětského diagnostického ústavu v Praze. Důvodem návrhu na nařízení předběžného opatření bylo zachycení chlapce ve večerních hodinách v Praze. Následně chlapec uvedl, že se chce vrátit zpět do místa svého bydliště, ale je bez prostředků. Proto byla kontaktována matka nezletilého Karla, která uvedla, že syn opakovaně utíká z domova a v současné době není schopna zajistit jeho vyzvednutí z finančních důvodů. V odůvodnění se dále uvádí, že Karel má výchovné problémy, poruchy chování, nezvládá školní výuku a opakovaně se dopouští záškoláctví. Od ledna 2012 došlo dle matky ke zhoršení chování doma, odmítá respektovat nastavená pravidla, má výkyvy v chování.

Téhož roku byl nezl. Karel převezen do DPL Opařany. Následně byl přemístěn do Dětského diagnostického ústavu Homole. V odůvodnění se uvádí, že vzhledem k místu pobytu chlapce je v jeho zájmu, aby byl přemístěn do zařízení blíže bydlišti rodiny. Matka s přemístěním chlapce souhlasila. Toto předběžné opatření bylo potvrzeno. K diagnostickému pobytu nastoupil Karel po ukončení hospitalizace v DPL Opařany.

Rodinná anamnéza

Karel se narodil z družského poměru matky a otce. Otec chlapce není uveden v rodném listě, o výchovu chlapce se nezajímá. Od narození vychovává Karla pouze matka (nar. 1974, v současné době na mateřské dovolené). Do roku 2006 s výchovou částečně pomáhali také prarodiče. V 7 letech se chlapec s otcem poznal, nestýkali se však spolu, v poslední době se s otcem stýká sporadicky.

Chlapec žil se svou matkou od narození sám. Matka měla dříve problémy s alkoholem, často se pohyboval v nevhodném prostředí. Jeho biologický otec není uveden v RL, o syna nejevili zájem, Karel o něm ví od svých 7 let, kontakt navázali v r. 2011, je však velmi sporadický. Aktuálně o něj otec opět zájem nejeví. Dle matky se problémy začaly

stupňovat v období, kdy jej bio-otec začal opět odmítat. Dle OSPOD je matka ve výchově nedůsledná, na výchově se podílí její přítel. Dříve se na jeho výchově podíleli jeho prarodiče, ti však v r. 2005 a 2006 zemřeli.

Karel v současné době žije ve společné domácnosti s matkou, polorodou sestrou a přítelem matky, který se na výchově chlapce podílí. Rodina obývá starý domek. Dům je vybaven standardně. K domu patří velká zahrada. Rodina používá náhradní zdroje energie, neboť je v domě odpojena elektřina. Jedná se o sociálně slabší rodinu, hygienická úroveň rodiny je dobrá.

Matka chlapce je v současné době na rodičovské dovolené, pobírá dávky SSP a brigádně pracuje. Přítel matky si v současné době jen přivydělává. Informace o biologickém otci nám nejsou známy.

Aktuálně vztahy s matkou značně problematické. Karel je proti ní a priori nastavený, protože matka jeho problémy řeší zákazy a křikem. Nevychází ani s nevlastním otcem. Ten je zaneprázdněný prací nebo chce jen sedět doma. To chlapce nebaví.

Průběh pobytu v zařízení

Chlapec byl do zařízení umístěn z důvodu dlouhodobých výchovných obtíží ve škole (narušování výuky, nevhodné chování k dětem i vyučujícím, záškoláctví, atd.). K nim se později paralelně přidaly i problémy v rodině (nerespektování autority rodičů, agrese, vulgarita, manipulace, vyhrožování, sebepoškozování, toulky, útky, schválnosti apod.). Ty začali s nástupem na druhý stupeň. Významným mezníkem pro Karla byla také smrt prarodičů.

Od počátku pobytu je medikován, ovšem stěžoval si na nedostatečné působení léků, po kontrole u pedopsychoiatričky byla medikace nově nasazena, od té doby si subjektivně neztěžuje, nicméně, jeho velké emoční výkyvy zřejmě budou vyžadovat jisté vyladění zejm. v denním režimu, problémy se spánkem jsou údajně z jeho pohledu vyřešeny, kromě ranního buzení cca kolem čtvrté.

Orientačně narušená tenacita pozornosti, paměť v normě. Čtení i psaní orientačně v normě. Během pozorování ve škole je patrná roztěkanost. Často začíná více úkolů najednou, ale nedokončí samostatně většinou ani jeden. Práci komentuje. Patrná problematická pozornost, zejména ve smyslu její výdrže. Od práce odbíhá otázkami, popř. vyprávěním k jiným tématům. Je netrpělivý, na pobídky reaguje poměrně dobře, ale práci

odbyvá. Nejdéle vydrží u kreslení. Nestále se pohupuje na židli, hraje si s propiskou. Často se ptá, zda si může odskočit. Neklidný, s vysokou potřebou změny, nových podnětů, s nižší reaktivitou na ohrožení. Běžné denní úkoly ho zahlcují.

V reakcích je živelný, spontánní, svým emočním impulzům podléhá, není schopný je dlouhodobě ovládat, tendence ke zkratkovitému jednání bez adekvátní volní a racionální kontroly. Nižší míra volní kontroly a respektu k pravidlům, rozhoduje se a jedná podle svého. Je individualistický, nepotřebuje podporu.

Je to chlapec velmi impulsivní, hyperaktivní a nad některými svými skutky ani nepřemýšlí. Do činnosti skupiny se od začátku zapojoval jen podle své chuti a nálady. Měl časté výbuchy vzteku až agrese. Toto vše sváděl na svou psychickou poruchu.

Neustále vyhledává nové a nové podněty, činnosti. Pro svou roztěkanost a netrpělivost však u žádné dlouho nevydrží. Při přípravě na vyučování není schopen pracovat soustředěně a samostatně. Veškeré informace sice vstřebá, ale zapamatuje si je jen krátkodobě a je nutné časté opakování probrané látky.

Ve škole se špatně soustředí. Někdy vyžaduje více úkolů, aby se procvičil, ale není schopný je dokončit. Delší pozornost je schopen věnovat jen tomu, co ho zajímá. I tak, ale nevydrží příliš dlouho. Neustále se zajímá o to, co se děje vedle něj, kolik je hodin, jaké je venku počasí, jestli je lavice rovně, židle se houpe, atd. Výuku ruší hlasitými komentáři, vyluzováním zvuků, vyprávěním historek, na které si právě vzpomněl. Na napomenutí zpočátku reagoval omluvou, později agresí a výmluvami na své "postižení, protože je mentál".

V průběhu pobytu v zařízení se u něj začaly zvyšovat projevy agrese. Agresi většinou obracel proti předmětům. Úmyslně shodil z lavice tužku, pak jí sprostě nadával a zbil. Totéž se dělo s židlemi, dveřmi a jinými předměty. Ve chvílích agrese na jakýkoli pokus o usměrnění jeho chování nereagoval. Pokud bychom v tu chvíli zvýšili hlas, byla by reakce ještě bouřlivější. Na napomenutí Karel reaguje výbuchem zlosti, nadáváním a kopáním a mlácením do okolních předmětů. Zároveň ale vše omlouvá tím, že je "postižený" a dožaduje se jiných a silnějších léků.

Má tendenci se předvádět a být středem pozornosti. V přetížení, a pokud si jej nikdo nevšímá, je agresivní. Mezi dospělými /učiteli/ si vybírá osobnosti, které respektuje a poslouchá je.

Práce s klientem

Správný rozvoj chlapce lze stimulovat těmito způsoby:

Vzdělání, škola:

- pomoci zvládnout plynule přechod z původní ZŠ do školy
- motivovat ke škole i k budoucímu povolání
- budovat vztah ke vzdělání, dohlédnout na dokončení povinné školní docházky
- upevňovat potřebu mít vzdělání / aktuálně obor kuchař
- umožnit Karlovi zažít pocit úspěchu, snažit se najít si i něco malého a chválit i před třídou, nenapomínat nutně za každou cenu
- vkládat do hodin relaxační přestávky umožňující snížení napětí
- opakovat to, co je důležité, podstatné, procvičovat
- aby se předešlo zapomínání, následným mrzutostem a výtkám, pořídit notýsek na úkoly
- dbát na to, aby na lavici byly pouze předměty právě potřebné
- posílit u chlapce vědomí, že pokud něco neví, něčemu nerozumí, učitel je tu od toho, aby mu nekriticky poradil, pomohl

Výchova, rodinná skupina:

- podporovat zdravý životní styl, zaměřit se na odklon od rizikového chování (návykové látky), podpořit vhodného koníčka
- pomoci a podpořit chlapce v orientaci v jeho sociálním okolí
- vytvoření prostoru pro budování důvěry, sebeúcty
- poskytovat korektivní zkušenost, zprostředkovat nové zážitky a podněty
- poskytnout mu prostor pro chápání vztahových souvislostí, hodnot
- pomoci mu vidět vlastní perspektivu, reálné cíle
- umožnit mu sociální zážitky s podporou vlastních kompetencí
- rozvíjet pozitivní schopnosti a možnosti

- poznávat a vyhodnocovat chování, jeho reakce
- vytvářet příležitosti pro budování nových (žádoucích) modelů chování
- používat důsledné kontrolní mechanismy, týmový přístup v jasně daných pravidlech
- komunikovat, vysvětlovat rizika chování
- podporovat vhodné vrstevnické interakce – kvalitní vztahy
- okamžitá zpětná vazba při nevhodném chování
- nové vhodné modely chování – s akcentem na eliminaci slovní a fyzické agrese
- pokusit se najít možnosti účelného a smysluplného využití volného času
- usměrňovat pubertální výkyvy – systém výhod/nevýhod
- rozvíjet pocit osobní zodpovědnosti, formovat hodnotové postoje a společenské morální zásady
- kontrolovat trávení volného času, zamezovat v přístupu k rizikovým skupinám
- důsledně postihovat porušení řádu a domluvených dohod, zajistit přiměřené poznání přirozených následků
- vyžadovat plnění povinností, zařazovat pracovní aktivity
- volit individuální přístup při řešení problémů/podpora motivace setrvání v DDS do doby změny výchovného prostředí – vlídnost, klid, laskavost – kontraproduktivní jsou strikce se zvýšeným hlasem
- povzbuzovat, objímat
- omezovat manipulativní, masivně předvádivé a účelové sklony
- neustupovat v pravidlech, povinnostech – nenechat se ovlivňovat
- pomáhat v orientaci ve vlastním chování, v reakcích okolí na něj – důsledná korekce nežádoucích projevů – vytváření postojů k vlastní zodpovědnosti a spolehlivosti
- eliminovat, popř. odstraňovat zdroje nežádoucích vlivů (vše, co má za následek inklinaci k rizikovému chování)
- probouzet zájem o „nové“, podporovat a usměrňovat aktivity
- motivovat k jiným modelům chování, využít pozitivní vzory

- individuální a skupinová rovina v průběhu reedukace a rehabilitace

Rodinné vztahy:

- monitorovat chování a prožívání v kontextu rodinné situace
- eliminovat negativní postoje vůči rodině matce obzvláště
- obnova vztahů především s matkou
- umožňovat kontakty s rodinou – apelovat na pravidelnost kontaktů a spolehlivost uskutečnění
- pomoci s vytvářením reálného vhledu v kontextu možností v budoucnosti

Zdravotní záležitosti :

- pokračovat v pravidelné pedopsychiatrické péči / dohlížet na užívání medikace (Mudr. Novotná v Č. Budějovicích)

Chlapec má zafixované chování s tak výraznými symptomy, že jejich korekce vyžaduje segregaci a intenzivní intervenci a rehabilitaci/terapii. DDS má školu v zařízení, je v dobré dojezdnosti od místa bydliště matky i od Č. Budějovic, kde je možnost terapií ve spolupráci s odborníky, je zde také pedopsychiatřka Mudr. Novotná k potřebě pravidelných ambulancí.

Karel je průměrně inteligentní chlapec s akcentovanou emoční impulzivitou, projevy hyperaktivního chování a nedostatečnou volní seberegulací. Výsledky odkazují na disharmonický vývoj osobnosti ve smyslu emočně nestabilní poruchy zejména v důsledku psychické deprivace v dětství v kontextu aktuálně neuspokojivých rodinných vztahů a pocitu odmítnutí. Karlova impulzivita představuje neustálou nutkavost k jednání. Své emoční impulzy není schopen plně ovládat, vnímá svou inadekvátnost, což dále zvyšuje jeho vnitřní tenzi, kompenzuje rolí šaška-grázla. Rizikovými jsou zejména jeho tendence k agresivním obránám, potřeba identifikovat se silnějšími v kontextu nezávislosti na autoritě.

Chlapec potřebuje bezpečné, ale pevně vymezené hranice. Ocení rovnocenné jednání, ale má potřebu zkoušet pravidla, je třeba pevně trvat na jejich vymezení, včetně jako na

předem definovaných sankcích. Směřovat Dominika k budoucímu uplatnění, rozvoji sebedůvěry, rozvíjet jeho kompetence, zvládání impulzů.

Karel pro své provokativní chování a plochost ve vztahu k ostatním bude i v budoucnu mít v této oblasti problémy. Chlapec nemá vůbec nastaven žebříček hodnot a ani si své nevhodné chování snad neuvědomuje. Potřebuje dohled jak nad školními, tak hlavně mimoškolními aktivitami. Snažit se mu najít takové aktivity, které ho budou motivovat a pomohou mu do budoucna rozvíjet jeho osobnost. Při těchto činnostech ho může, motivoval i sebemenší pochvala. Na tomto lze i do budoucna stavět.

3.5. Přehled kazuistik

	Michal	Karel
Možné příčiny vzniku ADHD	kouření v těhotenství	pítí alkoholu v těhotenství
Diagnostika	6 let	9 let
Důvody pro umístění v DDŠ	<ul style="list-style-type: none"> • poruchy chování spojené s agresivitou • porucha chování s hyperaktivitou • nezvladatelnost dítěte 	<ul style="list-style-type: none"> • porucha pozornosti s hyperaktivitou • nevyhovující bytové podmínky • vyhrocené vztahy uvnitř rodiny
Projevy ADHD	<ul style="list-style-type: none"> • nepozornost • zvýšená aktivita • mimovolní pohyby • agresivní výpady 	<ul style="list-style-type: none"> • neschopnost soustředit se • zvýšená aktivita • hovornost • impulzivita
Doprovodné příznaky	<ul style="list-style-type: none"> • problémy se psaním • snadná unavitelnost 	<ul style="list-style-type: none"> • prudké střídání emocí • deprese • citová deprivace
Medikace	<ul style="list-style-type: none"> • Sertralin • Lamotrigin • Tisercin • Derin • Strattera 	<ul style="list-style-type: none"> • Risperidon • Lamotrigin • Sertralin

4. DISKUZE

Nyní bych ráda shrnula výsledky pozorování a práce s výše uvedenými klienty. Ráda bych také porovнала, jakých výsledků bylo dosahováno vzhledem k předchozím doporučením.

Práce s klienty s ADHD vyžaduje svůj specifický přístup. Děti, které touto poruchou netrpí, jsou více samostatné. Oproti tomu, u dětí s ADHD, bylo třeba spolupráci více upravovat, vysvětlovat, volit jiné taktiky, postupy.

Ve školním prostředí měli oba chlapci problém zejména s udržení pozornosti. U Michala se osvědčilo zadávání více jednoduchých úkolů s dostatkem času na jejich vypracování. Dobré bylo jej občas povzbudit, protože vyžadoval více pozornosti. Karel upřednostňoval výklad za pomoci praktických příkladů. U obou chlapců však důležitou roli sehrálo zejména pravidelné opakování. Motivací byl i fakt, že chlapci byli upozorňováni na to, že pokud zadaný úkol nedokončí během školního vyučování, budou jej muset vypracovávat ve svém volném čase. Oba měli také velkou radost z každé pochvaly.

U obou dětí bylo problematické zvládnání zátěžových situací. Situací, kdy si nevěděly rady nebo jen zkrátka něco zrovna rozčílilo. Snadno a rychle se dostávaly do afektů, které bohužel nejvíc posilovala právě reakce nejbližšího okolí, spolužáků. Jako prospěšné se v první řadě jevílo, když byla možnost dítě odvést stranou od kolektivu. Někdy to bylo proto, že měly chuť se před ostatními předvádět, měly publikum, a proto své reakce stupňovaly. Jindy proto, že změna prostředí jim poskytovala více klidu. Zároveň pak byla možnost i vysvětlit ostatním dětem, jak se mají chovat nebo co bylo předtím špatně.

Roli „třídního kašpárka“ na sebe vzal především Michal, který byl pro to, aby si ho ostatní všímali, byl ochoten udělat v podstatě cokoliv. U Karla byly naproti tomu projevy agrese zejména výsledkem ztráty kontroly nad situací, která u něj vyvolala pocit úzkosti, ztrátu jistoty. Úniky k agresivnímu jednání byly jakousi jeho obranou.

Ukázalo se také, že je třeba stále opakovat, co z dané látky je důležité, podstatné. Karel rád odbíhal k různým detailům. Pro něj sice zajímavým, ale daným tématům vzdáleným. O tom, co jej zajímalo, dokázal dlouze hovořit. Často přidával i své smyšlené poznámky navíc. Bylo třeba jej vždy zastavit, vrátit zpět, zopakovat, co je důležité. Učitel psal důležité poznámky na tabuli nebo upozornil na jejich podtržení v sešitě. Zopakováním toho nejdůležitějšího se většinou hodina i končila.

Vzdělávání dětí se zde nevěnuje pouze škola. Jejím pokračování je určitá forma spolupráce s vychovatelem. Ten se na vzdělávacím procesu žáka podělí jeho večerní přípravou do školy, kontrolou aktovky, pomáhá s úkoly, přezkušuje, opakuje s dětmi probíranou látku.

Michal psané úkoly často zkoušel dělat sám, ale většinou brzy přicházel s prosbou o pomoc. Když se měl učit na nějaký test, bylo efektivnější učit se s ním hned od počátku. Pokud se šel učit sám na pokoj, bylo pravděpodobné, že místo čtení poznámek, se brzy začne věnovat něčemu jinému. Byl rád, pokud dostával během učení pozitivní zpětné vazby, pochvaly.

Karel se rád učil o samotě. Pokud se vyskytl nějaký problém, neuměl si říct o pomoc. Většinou se rozčílil a přestal pracovat. Při zkoušení často překvapoval zapamatovanými příklady, detaily, které učitel přednášel navíc k dané látce. Spolupráce s ním byla obtížná. Těžko si někoho pouštěl k tělu. Nejradši hovořil o svých plánech nebo vyprávěl smyšlené historky, pokoušel se vtipkovat. Aby začal učení brát vážně a začal se soustředit, osvědčilo se nejvíc upozornění, že pokud daný úkol nevypracuje, nebude se moct věnovat jiným činnostem, svému volnému času.

Po dohodě učitele s vychovatelem, který si děti po škole přebírá, byl dětem pořízen také „úkolníček“, malý notýsek, do kterého si psaly, co vše je třeba na příští hodinu připravit nebo donést. Ukázalo se ale, že pokud není důsledně dohlíženo na to, aby dítě zápis provedlo, často na něj zapomínaly. Někdy zase, aby se vyhnuly úkolům, které nechtěly dělat, tak předstíraly, že úkolníček zapoměly, ztratily. Bylo pak problematické toto řešit a hodnotit jejich chování. Nakonec se tedy přistoupilo k tomu, že úkoly jsou zapisovány učitelem a předávány přímo vychovateli.

Zaměřila jsem se také na to, jaký vliv má na děti hodnocení učitele. V dřívější době bylo hodnocení pro všechny děti více méně stejné. Děti s ADHD nebo jinou poruchou dostávaly pro ulehčení např. jinou formu testu. Pro své znevýhodnění však i tak nemohly dosáhnout takových výsledků, aby se dostaly mezi „lepší“ žáky.

Když jsme se pak spolu s žáky připravovali na testy v rámci závěru školního projektu, bylo těžké Karla nebo Michala motivovat. „Proč bych se učil, stejně budu zase poslední.“ atd. Nakonec se vychovatelé s učiteli domluvili, že kromě klasického hodnocení školní známkou, by bylo dobré ohodnotit a ocenit i přípravu jednotlivých žáků vůbec. Jak kdo dle svých možností pracoval. Tento postup se osvědčil. I když ani jeden z chlapců nedostal jedničku, byli za svou práci pochváleni před celou třídou. Jejich radost byla zjevná.

Myslím si, že bylo důležité ukázat, že pokud se člověk snaží, je za něj pochválit, co ocenit. Že úspěch nezáleží jen na nejlepších výsledcích.

Ve vyučování také pomáhaly krátké relaxační přestávky. Pro oba chlapce bylo úlevou, když jim byl umožněn nějaký dovolený pohyb, v rámci jinak běžné školní hodiny. Učitelé se jim snažili vyjít vstříc umožněním psaní na tabuli nebo její mazání, brali je jako pomocníky pro přinášení pomůcek, mapy (i v hodině).

Pozitivní výsledky přinášelo i zařazování sportovních aktivit a směřování dětí k nim.

Obecně se při práci s oběma chlapci osvědčila pravidelná a důsledná kontrola. Opakování ať už učiva nebo činností, vedlo k jejich fixování, zvnitřnění.

Ve spolupráci s těmito dětmi v zařízení vůbec je také velmi důležité si již od počátku nastavit určité hranice. Tyto pak dát jasně najevo i dětem a neustupovat z nich. Děti by měly vědět, jaké chování je ve společnosti přípustné a jaké nikoliv, co si mohou k druhému dovolit. Také by se měly naučit přijímat zodpovědnost za své chování.

5. ZÁVĚR

Děti s poruchou pozornosti s hyperaktivitou neboli ADHD stále přibývá. Stejnou geometrickou řadou bohužel nepřibývá lidí, kteří by byli s touto problematikou seznámeni. Stále ještě narážíme na mýtus, že se vlastně o žádnou poruchu nejedná. To jen někteří rodiče nezvládli výchovu svého dítěte. Jsou to jen „zlobivé“ děti, které ze svého chování vyrostou. Názory těchto lidí pak často způsobují jejich odmítavý postoj, kritické nahlížení, pohrdání, odmítání. Což většinou situaci ještě zhoršuje a dostáváme se tím v podstatě do začarovaného kruhu. Odmítavým postojem bývá snižována vlastní hodnota dítěte, jeho sebepojetí, sebeúcta a je tím odsouváno na okraj. Mnohé z nich pak reagují agresí, což situaci ještě více zhoršuje. Děti s ADHD si ale nedokážou pomoci sami.

Diagnostický proces není snadnou cestou. Vyžaduje spolupráci multidisciplinárního týmu. V první řadě je však důležité včasné odhalení ADHD, ať už rodičem nebo učitelem.

Tato problematika se dotýká jak chlapců, tak i dívek. Na základě vyjádření autorů publikovaných v odborné literatuře, i psychologických posudků v uváděných kazuistikách, ukazují, že trpět touto poruchou neznamená, mít nižší inteligenční kvocient. Děti s ADHD jsou stejně tak chytré jako ostatní. Jen potřebují pomoc, aby dokázaly zvládnout projevy své nemoci.

Pracuji jako vychovatelka v Dětském domově se školou Šindlovy Dvory a toto téma jsem si vybrala, protože se s těmito dětmi ve své práci setkávám. Víím, že práce s nimi není jednoduchá. O to větší radost je z každého malého úspěchu.

Důležitým článkem v léčbě je pomoc fungující rodiny, což děti v našem zařízení bohužel ne vždy mají. O to horší pak bývá dopad poruchy. Úkolem pedagogického pracovníka je pak nejen pracovat na zmírnění příznaků ADHD, ale také na resocializaci jedince vůbec.

Cílem této bakalářské práce bylo poukázat na formy a projevy tohoto onemocnění. Ukázat, že při jejich rozpoznání je možné s nimi pracovat a dosahovat zlepšení.

6. Seznam literatury

Monografie

ANTAL, M. *To dítě je nepozorné*. Praha : Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2898-1.

ARCELUS, J., MUNDEN, A. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.

BLAHUTKOVÁ, M., KLENKOVÁ, J., ZICHOVÁ, D. *Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3627-3.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. *Hyperkynetická porucha ADHD*. Praha : Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-419-5.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.

HORT, VL., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

JÁNSKÝ, P. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Hradec Králové : Gaudeamus. 2004. ISBN 80-7041-114-7.

JENETT, W. *ADHD 100 tipů pro rodiče a učitele*. Brno : Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0158-6.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a rodině*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.

PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.

RIEFOVÁ, S., F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4.

SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-315-3.

SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování, diagnostika – reedukace*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-238-9.

SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy učení*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 80-7368-042-4.

ŠKVOR, D., ŠKVOROVÁ J. *Proč zlobím*. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-407-1.

ŠLAPAL, R. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-160-7.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování u dětí*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

VYŠUTOVÁ, M. *Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a násilí ve školním prostředí*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-525-6.

VYSKOTOVÁ, J., ZEMÁNKOVÁ, M. *Cvičení pro hyperaktivní děti*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3278-7.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

Elektronické dokumenty

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2002). *Sbírka zákonů*. [online]. Praha [cit. 2013-11-11]. Dostupné na: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>

ADEHADE. *Diagnostika a typy ADHD*. [online]. Horoměřice [cit. 2013-11-11]. Dostupné na: <http://www.adehade.cz/diagnostika/diagnostika-a-typy-adhd/>