

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Děti se syndromem ADHD ve školní družině

Children with ADHD after-school club

Libuše Zichová

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Mojžíšová, Ph.D.

Studijní program: Vychovatelství

Studijní obor: BC-VYCH

2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Děti se syndromem ADHD ve školní družině vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha,

.....

Podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Jarmile Mojžíšové, Ph.D. za ochotnou pomoc, cenné rady a připomínky. Zároveň bych chtěla poděkovat za praktické rady v počátku zpracování bakalářské práce PaedDr. Zdeňce Hankové. Děkuji také svým kolegyním v zaměstnání za jejich trpělivost a spolupráci při vzniku této práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a toleranci během celého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce má za cíl pomocí metod kazuistiky, dlouhodobého pozorování a rozhovorů nastínit a vyhodnotit problematiku dětí postižených syndromem ADHD, které jsou integrovány v kolektivu vrstevníků v běžném oddělení školní družiny. Porovnává dostupné teoretické poznatky odborné literatury se skutečností v reálném životě těchto dětí. Pojednává o možných příčinách vzniku, vývoji a příznacích onemocnění, možnostech vlivu výchovného působení na vývoj a socializaci vybraných dětí, popisuje rozmanitost a individuální odlišnosti jednotlivých případů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Školní družina, syndrom ADHD, integrace, dětská hra, spolupráce s rodinou.

ANNOTATION

This thesis aims to use the methods of case report, long-term observation and interviews in order to outline and assess the issue of children affected by ADHD syndrome, those who are integrated in the team of peers in an ordinary school club. It compares the available theory of academic literature with the reality of these children's lives. The thesis deals with the possible causes of the disease's emergence, development and symptoms, it discusses the options of educational influence on the development and socialization of the children selected. It describes the diversity and individual differences of each case.

KEYWORDS

School club, ADHD, integration, game for children, cooperation with family.

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Školní družina.....	9
2.1	Ovlivňování volného času dětí mladšího školního věku.....	9
2.2	Cíle práce ve školních družinách.....	10
2.3	Obsah práce školních družin.....	11
2.3.1	Odpočinkové a rekreační činnosti.....	11
2.3.2	Zájmové činnosti.....	11
2.3.3	Sebeobslužné činnosti.....	13
2.3.4	Veřejně prospěšné činnosti.....	13
2.3.5	Příprava na vyučování.....	13
2.4	Spolupráce s rodiči.....	13
2.5	Klima oddělení školní družiny.....	14
3	Syndrom ADHD.....	15
3.1	Vymezení a vývoj pojmu.....	15
3.2	Historie výzkumu onemocnění syndromem ADHD.....	17
3.3	Příznaky a projevy syndromu ADHD.....	17
3.4	Syndrom ADHD a jeho možné kombinace s dalšími poruchami a onemocněními...19	
3.5	Příčiny vzniku syndromu ADHD.....	20
3.5.1	Vnitřní faktory příčin vzniku syndromu ADHD.....	20
3.5.2	Vnější faktory příčin vzniku syndromu ADHD.....	21
3.6	Charakteristika dětí se syndromem ADHD z různých pohledů.....	22
3.7	Diagnostika – určení diagnózy ADHD.....	24
3.8	Terapie.....	27
3.9	Integrace dítěte s ADHD.....	31
4	Hra.....	33
4.1	Dětská hra.....	33
4.2	Hra ve školní družině.....	33
4.2.1	Funkce hry ve školním věku.....	34
4.2.2	Význam hry dětí školního věku.....	34
4.2.3	Dělení her.....	34
4.3	Hra jako diagnostická metoda.....	35
4.4	Hra jako prostředek terapie.....	35

5	Vlastní výzkum a metody projektu.....	37
5.1	Cíl výzkumu.....	37
5.2	Použité metody.....	37
5.2.1	Metody pozorování	37
5.2.2	Metody rozhovorů.....	38
5.2.3	Metoda kazuistiky	38
5.3	Zkoumaní jedinci.....	39
6	Kazuistiky	40
6.1	Kazuistika č. 1 – Daniel (narozen v srpnu 2006).....	40
6.2	Kazuistika č. 2 – Karel (narozen v říjnu 2007).....	47
6.3	Kazuistika č. 3 – Vojtěch (narozen v prosinci 2006).....	54
7	Závěr – práce vychovatelky s integrovanými dětmi.....	61
8	Shrnutí.....	62
9	Seznam literatury a použitých zdrojů	65
10	Seznam příloh.....	67

1 Úvod

V této bakalářské práci se zabývám problematikou dětí se syndromem ADHD a složitostmi jejich života ve školní družině, ale i mimo ni. Onemocnění syndromem ADHD ovlivňuje chování dětí ve všech oblastech života, ve vzdělávání, ale také ve volném čase. Takové děti vyžadují specifický přístup a mnoho znalostí, vědomostí a dovedností ze strany vychovatele, který je nedílnou součástí výchovného procesu a socializace těchto jedinců. Takto postižené děti jsou více náchylné k sociálně patologickému chování ve srovnání se zdravými jedinci. Proto by si každý vychovatel měl uvědomit, jak důležité je jeho poslání a jak velký vliv na mladé lidi může mít jeho přístup a působení.

Cílem práce je poukázat v konkrétních případech na možnosti výskytu syndromu ADHD, jeho rozmanitosti, individuální odlišnosti a možný vliv výchovného působení na vývoj těchto dětí. Na základě výzkumných metod dlouhodobého pozorování, rozhovorů a analýzou nasbíraných materiálů o vybraných dětech a porovnáním s dostupnými teoretickými poznatky jsou zpracovány případové studie jedinců, na kterých je patrná rozmanitost této problematiky v konkrétních případech.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá ve třech kapitolách vymezením pojmů školní družiny, syndromu ADHD a pojmem dětská hra.

První kapitola teoretické části je věnována školní družině jako instituci plnící důležitou úlohu při výchově nejmladší generace, rozebírá pojem volného času, výchovné cíle a obsah práce školní družiny, možnosti spolupráce s rodiči, vytváření vhodného prostředí v oddělení školní družiny pro přijetí každého jedince.

Druhá kapitola teoretické části se zabývá diagnózou syndromu ADHD, vymezením a historickým vývojem pojmu, výzkumem tohoto onemocnění, jeho příznaky a projevy, možnostmi kombinací s dalšími psychickými diagnózami, příčinami vzniku, diagnostikou a možnostmi terapií a integrace postiženého jedince do kolektivu zdravých dětí.

Ve třetí kapitole rozebírám dětskou hru jako nejpřirozenější aktivitu dětí, která je jednou z nejfrekventovanějších činností ve školní družině a ve volném čase. Zkoumám především funkce, význam a možnosti rozdělení her pro naše účely. Zabývám se rovněž hrou jako důležitým diagnostickým a terapeutickým prostředkem.

Cílem druhé – praktické části je na příkladech konkrétních sledovaných chlapců popsat složitost problematiky postižení syndromem ADHD, v jednotlivých kazuistikách se zabývám popisy anamnéz chlapců, jejich vývoje od dětství, vyhledáváním příznaků, příčin, vývoje jejich diagnózy, terapie, možností vlivů na jejich současný stav. Součástí kazuistik jsou také popisy pozorování a rozhovorů s rodiči, učitelkami a dalšími jedinci, kteří se podílejí na výchově chlapců. Jsou zde nastíněny i možné prognózy do budoucna.

Závěrem hodnotím složitost výchovného působení ve školní družině s účastí integrovaných dětí a důležitost odborného, avšak chápavého přístupu vychovatelky k individuálním odlišnostem dětí.

Práce je ukončena shrnutím a porovnáním jednotlivých případových studií, jejich shodných i odlišných znaků.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Školní družina

Školní družina je jedním z mnoha zařízení, která pomáhají s výchovou dětí mladšího školního věku mimo vyučovací dobu. Plní důležitou úlohu při výchově nejmladší generace, vede děti mimo jiné ke schopnosti trávit smysluplně volný čas, čímž velkou měrou přispívá k prevenci sociálně patologických jevů.

2.1 Ovlivňování volného času dětí mladšího školního věku

Volný čas, do kterého mimo jiné školní družina také zasahuje, je pojmem, který vyvolává v každém člověku jinou představu. Zpravidla je to představa příjemného úseku dne, kdy „nemusíme nic dělat“, jinými slovy „můžeme dělat, co chceme“. Jsou ale i lidé, kteří si nevědí s touto dobou rady, nevědí, jak ji naplnit.

Podle Pávkové a kol. (2002, str. 13) je volný čas „doba, kdy si své činnosti můžeme svobodně vybrat, děláme je dobrovolně a rádi, přináší nám pocit uspokojení a uvolnění.“ Je to v podstatě „opak doby nutné práce, povinností a doby nutné k reprodukci sil“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2001, in Pávková a kol., 2002 str. 13).

Mělo by jít tedy o dobu regenerace sil, odpočinek, rekreaci, zájmové činnosti, ale také dobu, která je věnována dobrovolné veřejně prospěšné činnosti.

V dnešní době se však často setkáváme se dvěma extrémů, jak děti v závislosti na rozhodnutí rodičů tráví svůj volný čas: V prvním případě se rodiče snaží volný čas dětí naplňovat stále větším množstvím kroužků, zájmových činností v různých sportovních oddílech, přihlašování do Základních uměleckých škol do činností s pestrým zaměřením. Rodiče jako by soutěžili mezi sebou a neberou ohled na to, zda děti tyto činnosti baví a chtějí je dělat. Děti jsou často přetěžovány a pojem volného času se pro ně stává spíše strašákem, ztrácí svůj původní význam.

Na druhé straně je mnoho dětí, které zažívají benevolentnější výchovu nebo nedostatek rodičovské péče, tyto děti „nemusí dělat nic“, naopak se potulují po ulicích a nevědí si s volným časem rady, což je pro ně stejně stresující a často to vede k tomu, že děti se z nudy zapojují do různých nestandardních skupin, které mají zkušenosti s patologickým chováním.

Ani jeden z těchto přístupů není ideální. Nejlépe je dohodnout se s dětmi, které si samy mohou podle rady a pečlivého uvážení rodičů vybrat, co by chtěly dělat, co je baví, „v čem jsou dobré“. Kdo jiný by měl znát dítě lépe, než jeho rodiče, kteří vědí, co děti umí, jak se od malička profilují a jak jsou zdatné vydržet zátěž, kterou účast v mimoškolních aktivitách přináší.

U dětí je více než u jiných věkových skupin žádoucí tuto dobu kontrolovat, ovlivňovat ji dospělými či pedagogy, učit děti naplňovat svůj volný čas vhodnými a smysluplnými aktivitami.

2.2 Cíle práce ve školních družinách

Obecným cílem výchovy již v dávné historii bylo vychovat všestranně harmonicky rozvinutého člověka ve všech složkách jeho osobnosti (složka rozumová, tělesná, mravní, pracovní a estetická). Toto samozřejmě platí dodnes i při výchovném působení ve školní družině.

Snad ještě významnější je však cíl prevence sociálně patologických jevů, které se v dnešní době objevují stále častěji a nejsou výjimkou ani u dětí mladšího školního věku. Proto vznikají programy prevence těchto jevů, ze kterých čerpá i školní družina při vytváření vlastního školního vzdělávacího programu.

Jak uvádí Hájek, Pávková a kol. (2003), školní družina se zaměřuje především na výchovu ke *zdravému životnímu stylu* (jde například právě o to jak trávit volný čas), na *posilování komunikačních schopností* (děti v prostředí školní družiny mají ke komunikaci mnoho příležitostí, zvláště s vrstevníky), také na *zvyšování sociálních kompetencí* (ty vedou k socializaci jedince a přípravě na životní role), na výchovu k odstraňování nedostatků *v psychické regulaci chování* (děti se učí ovládat své reakce, vypořádat se stresem a neobvyklými životními situacemi), na *schopnost najít své místo* ve skupině i ve společnosti (hledat a najít svou identitu, posilovat pozitivní vztahy mezi lidmi, začlenit se do skupiny a společnosti, vytvářet pozitivní klima ve skupině), na *formování životních postojů* (pomáhá vytvářet žádoucí žebříček hodnot).

Z těchto důležitých obecných cílů vychází konkrétní cíle, které si stanoví školní družiny individuálně a které lze kontrolovat. Přitom nesmí být opomíjen hlavní cíl výchovy, kterým je člověk vybavený žádoucími dovednostmi, znalostmi, návyky a postoji. Tyto cíle jsou kontrolovatelné obtížněji a bývají výsledkem dlouhodobého působení pedagogů.

2.3 Obsah práce školních družin

Funkce školní družiny je naplňována řadou činností, jde především o činnosti odpočinkové, rekreační, zájmové, sebeobslužné, veřejně prospěšné a přípravu na vyučování. Tyto činnosti nebývají zařazovány všechny každý den, vzájemně se prolínají a doplňují, ale činnosti odpočinkové, rekreační a zájmové by se v programu družiny objevit každodenně měly (Hájek, Pávková a kolektiv, 2003).

2.3.1 Odpočinkové a rekreační činnosti

Tyto činnosti mají za úkol především odstranit přetíženost a únavu po školním vyučování, slouží nejvíce k rekreaci a relaxaci, k obnovení fyzických a psychických sil dětí, mají v činnosti družiny velký význam. Ze strany vychovatele jde často o činnosti spontánní a neplánované, které se přizpůsobují přání a nápadům dětí, jež na těchto činnostech úspěšně participují, ale i o plánované činnosti, kde se zvláště významně prosazuje zásada dobrovolnosti.

Odpočinkové činnosti probíhají klidnou formou, v pozitivním ovzduší, jde především o odpočinek při poslechu hudby, pohádek, různá relaxační cvičení, klidné spontánní hry a volné zájmové činnosti, prohlížení knih, obrázků, časopisů atd., besedy a vyprávění na různé téma, práci s počítačem.

Pomocí rekreačních činností se naopak ventiluje přílišné napětí po vyučování a využívá se při nich přirozeně zvýšené potřeby pohybu dětí mladšího školního věku. Probíhají formou pohybových aktivit, nejlépe venku, ale i v tělocvičně a jiných vhodných a dostatečně velkých prostorách.

2.3.2 Zájmové činnosti

Zájmové činnosti jsou hlavními cílevědomými činnostmi školní družiny, mají za cíl uspokojit potřeby individuálních zájmů a schopností dětí. Pro děti mají význam především proto, že v nich najdou smysl svého počínání ve výsledném produktu, který je ze strany dětí očekáván, ať už jde o produkt hmotný či nehmotný. Příprava na tyto činnosti je pro vychovatele zvláště náročná a je důležité tyto činnosti předem poměrně podrobně plánovat a promýšlet.

Tyto aktivity se v rámci školní družiny obecně dají rozdělit svým obsahem na zájmové činnosti: *společenskovědní, přírodovědné a ekologické, pracovní-technické, esteticko-výchovné, tělovýchovné a sportovní* (Pávková a kol., 2002).

Společenskovední činnosti

Ve společenskovedních činnostech se děti učí poznávat historii, společnost dnešních dnů, poznávají svou vlast a jazyk, získávají různými formami a metodami poznatky o jiných zemích, o světě, osobnostech, tradicích atd. Hmotným produktem mohou být různé sbírky, nehmotným produktem řada zajímavých poznatků.

Přírodovědné a ekologické činnosti

Tyto činnosti vedou k obohacení dětí o mnoho praktických poznatků o živé i neživé přírodě, k vlastní péči o životní prostředí, pěstování pozitivního vztahu ke svému okolí, ve kterém žijeme, péči o zvířata, mohou být zařazovány i specializované činnosti, jako je chovatelství, pěstitelství atp. Děti chápou tyto aktivity jako zvláště významné. Přípravují je k uvědomění si důležitosti ochrany a tvorby životního prostředí pro budoucnost. Takto získané zájmy někdy přerůstají až do dospělého věku a stávají se pro člověka celoživotním koníčkem.

Pracovně-technické činnosti

Děti jsou těmito činnostmi vychovávány k prohloubení zájmu o cílevědomou činnost, která přináší užitek. V praxi se učí používat různé technické materiály, konstruovat ze stavebnic, opravovat a vynalézat drobné předměty, řešit při tom různé technické problémy. Bývají sem zařazovány také činnosti modelářské, elektrotechnické, práce s výpočetní technikou. Tyto činnosti mají také velký význam v přípravě na budoucí život.

Esteticko-výchovné činnosti

Mezi estetické činnosti se zařazují zájmové činnosti výtvarné, hudebně pohybové a literárně dramatické. Tyto činnosti využívají estetického cítění dětí, učí je kladnému vztahu ke kulturním hodnotám, zaměřují se na kulturu chování dětí, rozvoj vkusu a tvořivosti. Oblíbené jsou zejména tvořivé aktivity, které jsou pro děti silně motivační a přinášejí jim cenné zážitky.

Tělovýchovné a sportovní činnosti

Pro děti velmi oblíbené činnosti se týkají hlavně různých pohybových her s pravidly i bez pravidel, sezónních sportů, turistiky, kondičních cvičení s náčiním i bez náčiní, průpravných a zdravotních cvičení. Rozvíjejí především tělesnou zdatnost, uvolňují

psychickou zátěž, umožňují dětem využít přirozenou potřebu pohybu, vedou děti k orientaci na sporty a podobné aktivity v dospělosti.

2.3.3 Sebeobslužné činnosti

Zaměřují především na péči o vlastní osobu dětí, na dodržování a uplatňování hygienických návyků, péči o pořádek a čistotu, správné a účelné oblékání, dodržování pravidelného denního režimu, ale zahrnují i péči o vlastní majetek, o vhodné návyky při jednání s lidmi podle etických zásad.

2.3.4 Veřejně prospěšné činnosti

I tyto aktivity bývají příležitostně zařazovány do praxe školní družiny. Jedná se zvláště o vedení dětí k dobrovolné činnosti ve prospěch jiných lidí, ať už cíleně na určitou skupinu či péči a ochranu životního prostředí ve prospěch všech. U mladších dětí je však vhodnější zaměřovat tyto činnosti na konkrétní pomoc určitým skupinám lidí (důchodci, budoucí prvňáci atd.), v čemž spatřují jasný smysl svého konání. Tím jsou děti vychovávány k pozitivním sociálním vztahům a kladným charakterovým vlastnostem.

2.3.5 Příprava na vyučování

Jde o činnosti, které obohacují a rozšiřují či upřesňují poznatky dětí z vyučování, ve školní družině jsou však používány odlišné metody a formy práce než při školním vyučování. Zpravidla jde o didaktické hry, ale také o aplikaci konkrétních získaných poznatků z vyučování v praxi a procvičování učiva.

2.4 Spolupráce s rodiči

Vychovatelky se zákonnými zástupci dětí by měly komunikovat na základě partnerského vztahu, mají společný cíl, a tím je nejlepší zájem dítěte a jeho prospěch. Dítě se zpravidla chová v každém prostředí jinak, s rodinou má neformální vztahy založené na emocích, kdežto vychovatel je pro dítě zpočátku cizí osoba. V zájmu vychovatele je pochopit individualitu dítěte, co nejvíce se mu přiblížit a v nejlepším případě si získat jeho důvěru a úctu tak, aby dítě bylo přístupno jeho pedagogickému ovlivňování.

Vychovatel by měl jednat s rodiči tak, aby rodiče necítili jeho povýšenost, ale měli pocit, že mají s vychovatelem společné zájmy. Přitom vychovatel by měl umět rodičům vysvětlit své záměry a přesvědčit je o správnosti svého přístupu k dítěti. K tomu je třeba dostatek pedagogického taktu, se kterým vychovatel musí rodičům sdělovat nejen kladné, ale

i záporné informace o jejich dítěti. Zároveň však vychovatel musí být přístupný názoru a sdělení rodičů, musí umět jim naslouchat.

Komunikace s rodiči může probíhat několika možnými formami, jak uvádí Hájek (2003). Jde o individuální rozhovory v konzultačních hodinách, při třídních schůzkách nebo nejčastěji při předávání dítěte, o telefonické informace při neodkladnosti problému, písemné zprávy a třídní schůzky pro celou skupinu rodičů, kde jsou nejčastěji předávány organizační informace a zodpovídány dotazy či nejasnosti ze strany rodičů. Někdy jsou pro spolupráci využívány i méně časté formy, jako např. dny otevřených dveří, účast rodičů ve školní družině za běžného provozu v libovolném čase, účast a pomoc rodičů při různých příležitostných akcích, zapojení rodičů do vybraných odborných činností (besedy, praktické ukázky) podle jejich kvalifikace či zájmového zaměření (seznámení se zaměstnáním nebo koníčky rodičů), participaci na vytváření programu pro děti.

Vychovateli může být poskytována zpětná vazba ze strany rodičů hodnocením např. slovní formou (beseda nebo individuální rozhovor o práci školní družiny), nebo písemnou formou (dotazníky).

2.5 Klima oddělení školní družiny

Kolektiv dětí, které navštěvují jedno oddělení školní družiny, je sestaven zpravidla náhodně (formálně), vztahy dětí se vytvářejí postupně. Některé děti se navzájem znají již z mateřské školy nebo bydliště, jiné přicházejí do kolektivu dětí jako nové. Úkolem vychovatele je budovat pozitivní vztahy mezi všemi dětmi, atmosféru spolupráce, empatie, vzájemné pomoci a solidarity, učit děti řešit konflikty a problémy, odstraňovat spory, zařazovat do skupiny všechny děti bez výhrad, vytvářet tak pozitivní klima ve skupině. Vztahy dětí mladšího školního věku jsou ještě labilní, děti nemají předpoklady k vytvoření skutečného kolektivu, ale již zde si utváří základy pro budoucí skupinové cítění a přátelství mezi vrstevníky.

Důležitým úkolem vychovatele je zabránit negativním jevům, kterými jsou např. šikana, vyřazování některých odlišných jedinců ze skupiny ostatních dětí nebo jiné projevy agresivity vůči jedinci či skupině dětí, jak již bylo zmíněno dříve.

3 Syndrom ADHD

V současné době se stále častěji hovoří o dětech, které jsou svým chováním výrazně odlišné od většiny ostatních dětí jejich věku. Tímto problémem se zabývá mnoho odborníků, výzkumů, studií a literárních děl. Jedním z takových onemocnění je také syndrom ADHD.

3.1 Vymezení a vývoj pojmu

Termín ADHD pochází ze zkratky anglického „Attention Deficit Hiperactivity Disorder, volně překládáno do češtiny jako „porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou“ (Goetz, Uhlíková, 2013), „porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou“ (Munden, Arcelus, 2008; Zelinková, 2009), „syndrom narušené pozornosti spojený s hyperaktivitou“ (Slowík, 2007) nebo „syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou“ (Žáčková, Jucovičová, 2005). V podstatě jde ve všech případech o totéž onemocnění.

Tento termín však ještě do nedávné doby u nás nebyl používán. Mezi staršími názvy onemocnění s podobnými příznaky zaznamenáváme označení LDE (lehká dětská encefalopatie) nebo častěji LMD (lehká mozková dysfunkce). Train (1997, in Slowík, 2007) uvádí, že se pro potíže spojené s LMD užívají i jiné názvy, které však souvisí spíše s projevy těchto poruch než s jejich příčinami. Konkrétně se zmiňuje o termínech syndromů ADD¹ a ADHD, se kterými se pojí nejčastěji specifické poruchy učení. Syndrom ADHD je podle Traina navíc charakteristický specifickou poruchou chování, která vyplývá z projevů hyperaktivity.

Termíny LMD a LDE se užívaly na našem území ještě na počátku 21. století. Tato pojmenování jsou již v současné době překonána (Goetz, Uhlíková, 2013). Přesnější diagnostikou a podrobnějšími studii odborníci dospěli k tomu, že předešlá označení se neshodují především v příčinách, projevech a léčbě poruchy, počáteční termíny zaznamenávaly širší spektrum symptomů.

Pipeková (1998) například neuvádí pojmu syndrom ADHD, zaznamenává již však užívání tohoto termínu v americké odborné literatuře. Pokorná (1997, in Pipeková, 1998) uvádí výsledky zahraničních výzkumů onemocnění LMD u dětí s normálním intelektem, zmiňuje se o deficitech dílčích funkcí, které zahrnují i příznaky spadající podle nových poznatků do projevů dnešního pojetí syndromu ADHD (impulzivnost, velká vzrušivost, agresivita, neposlušnost, nižší úroveň sociálního chování, změny nálad, poruchy koncentrace,

¹ ADD – zkratka angl.. Attention Deficit Disorder, syndrom poruchy pozornosti

zvýšená pohyblivost, neklid). Pojem LMD (LDE) zahrnuje tedy širší řadu příznaků, mezi které spadají kromě symptomů syndromu ADHD i symptomy vývojových poruch chování a učení a další.

I u nás se začalo používat pojmenování „*syndrom ADHD*“, které vychází z Klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace². Řada odborníků v ČR se ale také přiklání k názvu „*hyperkinetická porucha*“ nebo „*porucha pozornosti a aktivity*“, který vychází z klasifikačního systému Světové zdravotnické organizace³. Mezi těmito názvy a diagnostickými kritérii jsou však nemalé rozdíly v řadě příznaků. Klasifikace podle DSM-IV zahrnuje mnohem širší skupinu pacientů než MKN-10, a proto se naši lékaři častěji uchylují k označení „pacient se syndromem ADHD“. Jen tak může být poskytnuta všem pacientům s příznaky tohoto onemocnění účinná léčba. (Munden, Arcelus, 2008).

Tři základní příznaky syndromu ADHD (hyperaktivita, impulzivita a porucha koncentrace), o kterých bude zmínka dále, se nemusí vyskytovat současně. Například Davidson a Neale (2001, in Zelinková, 2009) dělí ADHD do tří subkategorií, kterými jsou:

- prostá porucha pozornosti (ADD), při které děti mají pouze poruchu v zaměření pozornosti bez hyperaktivity
- hyperaktivita a impulzivita
- spojení obou předchozích typů – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou, kterou trpí nejvíce děti (Zelinková, 2009).

Barkley (1990, in Zelinková, 2009) jmenuje kromě předešlých podkategorií ještě ADHD s agresivitou a bez agresivity a opoziční chování (ODD – Oppositional Defiant Disorders – porucha opozičního vzdoru, kdy dítě odporuje autoritám). Oproti tomu Goetz a Uhlíková (2013) hovoří o tzv. komorbiditách (viz podkapitola 3.4), což je souběžný průběh dalších psychických onemocnění a poruch se syndromem ADHD, opoziční chování (ODD) a poruchy chování (agresivitu) považují za možné komorbidity.

Goetz a Uhlíková rozdělují ADHD jako Davidson a Neale do tří obdobných subtypů podle zastoupení příznaků. Jsou jimi:

- děti s obtížemi s pozorností bez hyperaktivity a impulzivity
- děti spíše hyperaktivní a impulzivní, které se dokážou podle potřeby soustředit

² Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace – *The Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, 4th edition*, neboli DSM-IV, více využívané v USA a Austrálii.

³ Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace – *The International Classification of Diseases, 10th edition*, neboli MKN-10, využívané častěji v ČR a ve Velké Británii.

- smíšený typ dětí, které trpí celou triádou příznaků (zastoupení nejpočetnější).

3.2 Historie výzkumu onemocnění syndromem ADHD

Toto onemocnění není nové, jak by se mohlo zdát. Podle autorů Munden a Arceluse (2008) je prokázáno, že symptomy onemocnění ADHD existují zřejmě odedávna.

Již v roce 1902 britský lékař F. Still popisuje u dětí stav, podobný dnešnímu onemocnění (zavedl pro něj označení „deficit morální sebekontroly“). Symptomy onemocnění přisuzuje organickým a vrozeným příčinám.

V USA se již v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století mnoho odborníků věnovalo stanovení diagnózy a farmakologické léčbě ADHD. V Evropě v té době výzkumy ještě tak daleko nebyly. Zde se uplatňovaly spíše teorie dětských poruch z psychických příčin.

Teprve v průběhu sedmdesátých a osmdesátých let 20. století je zaznamenán i v Evropě intenzivní vědecký výzkum diagnostických kritérií, jehož důsledkem je zjištění, že jde o poruchu s biologickou příčinou, u které je možná úspěšná léčba.

V posledních letech se tato porucha dostala do povědomí nejen ve Velké Británii, ale i v ostatních evropských zemích, bylo zde vyšetřeno a evidováno najednou více případů tohoto onemocnění. Proto si veřejnost může myslet, že jde o onemocnění nové, moderní. Ale podle uvedených údajů tomu tak není.

3.3 Příznaky a projevy syndromu ADHD

Syndrom ADHD může mít řadu symptomů, pro toto onemocnění je však známá *klíčová triáda příznaků*, kterými jsou *hyperaktivita, impulzivnost a porucha koncentrace*. Tyto tři příznaky se podle Zelinkové (2009) mohou vyskytovat buď izolovaně, nebo současně. Podle dalších odborníků se však v různé míře intenzity tři základní symptomy v různých kombinacích projevují u všech dětí, které mají diagnostikovaný syndrom ADHD.

Příznaky se dále mění s věkem, tedy vývojem dítěte. U nejmenších dětí (novorozenec, batole a předškolák) je nejpatrnější hyperaktivita, později přistupuje impulzivita, s přibývajícím věkem se přidává i porucha koncentrace, což je patrné již u starších předškoláků a zvláště s nástupem do školy. U adolescentů je pak obvykle nejnápadnější impulzivita, u dospělých se často příznaky zmírňují a při správném působení terapií u malého procenta pacientů téměř nebo úplně vymizí. Je důležité zmínit, že projevy hyperaktivity, impulzivity i poruch koncentrace se v určitých fázích vývoje vyskytují zvýšeně i u většiny

běžné populace, ale pro stanovení diagnózy je nutno podotknout, že příznaky lze pozorovat ve znatelně vyšší míře a v delším časovém úseku (podle kritérií jde minimálně o šest měsíců), než je obvyklé u zdravých jedinců.

Žáčková a Jucovičová (2005) uvádějí, že hyperaktivita se u dětí v kojeneckém období ještě nedá příliš rozpoznat, ale postižené děti mívají poruchy biorytmu (hůře a nepravidelně spí, hůře sají a jsou podrážděné, často bez příčiny pláčou), v batolecím období jsou již i zvýšeně pohyblivé, takže u nich dochází častěji k úrazům, nedokáží se příliš dlouho soustředit na hru (projev poruchy koncentrace), jsou impulzivnější (častěji se vztekají, reagují neadekvátně silně), jsou hůře zvladatelné. U dětí se syndromem ADHD také často pozorujeme opoždění ve vývoji řeči, celkový nerovnoměrný vývoj, v předškolním věku už první výchovné problémy, děti hůře komunikují, nezvládají sebeobsluhu. Často proto musí být odložen vstup takových dětí do školy (při soustavné práci s problémovým dítětem a při dozrávání jeho centrální nervové soustavy se však někdy poruchy mohou zmírnit).

U dětí školního věku pak můžeme pozorovat nepřiměřené reakce na různé události, které tyto děti vzhledem ke své diagnóze obtížně zvládají. Stále musí bojovat o uznání, což provádějí většinou některým nevhodným způsobem, např. unikají do nemoci, do „svého světa“, chovají se často jako věkově mladší děti, mohou také zlehčovat situaci, vinit ostatní ze svých chyb, poutat pozornost předváděním se a „šáskováním“, v horších případech se u těchto dětí může rozvinout agresivita různého stupně (slovní napadání, fyzické útoky vůči věcem, ostatním dětem, dospělým, někdy vůči sobě samému).

Goetz a Uhlíková (2013) připouštějí, že se při projevech onemocnění může s věkem měnit jejich důležitost a intenzita, někdy se vhodným působením mohou symptomy zmírnit tak, že nejsou téměř vůbec patrné a lidé s diagnózou ADHD se nemusí lišit od svých vrstevníků. Ve školním věku se vyskytují převážně následující projevy (nebo některé z nich): chyby z nepozornosti, nízká koncentrace a snadná „vyrušitelnost“ při činnostech, nízká vůle při práci nad domácími a jinými zadanými úkoly, nedostatečná vytrvalost, zbrkllost, ztrácení věcí, neposlušnost, neposednost, překotné vykonávání aktivit, problémy s usínáním a spánkem, obtíže s navazováním kontaktů a zařazováním mezi vrstevníky, riskantní chování, zhoršená odolnost vůči kritice, urážlivost, rychlé, ale krátké nadšení pro různé nápady a činnosti.

Munden a Arcelus (2008) rozvádějí projevy jednotlivých příznaků podobně jako většina odborníků: děti jsou hyperaktivní, stále v pohybu, stále povídají, když nemají, vykřikují, pošťuchují kamarády, ruší je, zapomínají a ztrácejí pomůcky, jsou impulzivní,

jednají bez přemýšlení, ukvapeně, často u nich dochází k úrazům, chovají se hazardně, hůře navazují přátelství a neumí si je udržet, budí dojem, že stále dělají schválnosti, tyto děti mají problém se soustředit, což je také důsledkem jejich impulzivity a hyperaktivity, nedokáží dlouho udržet pozornost u jedné činnosti, brzy je přestává bavit a není pro ně zajímavá, často říkají, že se nudí, mívají také problémy s učením, u těchto dětí se v nemalém procentu přidružují k syndromu ADHD další specifické poruchy učení nebo jiné psychické poruchy a problémy, o čemž bude zmínka dále.

Laniado (2004) uvádí projevy typu neposlušnosti, nezvladatelnosti, nadměrné pohyblivosti a „živosti“, jednání bez rozmyslu, tvrdohlavosti, umanutosti, nedůvěřivosti, tyto děti nemají rády změny, hůře je snáší, nedodržují pravidelný rytmus, jsou přecitlivělé a podrážděné, neznají míru, jsou hlučné a svéhlavé, nemají žádné hranice.

Prekopová a Schweizerová (2013) charakterizují „neklidné děti“ jako neposedné, neposlušné, nezvladatelné, konfliktní, stále s něčím nespokojené, sociálně méně vyspělé, než je obvyklé. U dětí s diagnózou „hyperaktivita“ zkoumají celou řadu dalších projevů.

Obecně se tedy dá říci, že názory odborníků na projevy abnormalit u dětí, které trpí syndromem ADHD, jsou podobné, přičemž vycházejí z různých poznatků podle toho, jak je hodnotí a zaznamenávají pacienti, jejich rodiče, pedagogové a nejbližší okolí.

3.4 Syndrom ADHD a jeho možné kombinace s dalšími poruchami a onemocněními

Děti i dospělí mohou mít však současně s diagnózou syndromu ADHD i další přidružená onemocnění a poruchy psychického rázu. Stanovení více souběžných psychiatrických diagnóz se nazývá odborně *komorbidita* (Goetz, Uhlíková, 2013). Tito autoři uvádějí, že výskyt více diagnóz se syndromem ADHD je poměrně vysoký (v 60 – 70 %). S rostoucím věkem se mění i zastoupení těchto onemocnění a jejich závažnost. Pokud je však prováděna vhodná a včasná léčba syndromu ADHD, je poměrně velká naděje, že se další psychická porucha neobjeví.

Goetz a Uhlíková (2013) jmenují u dětí jako nejčastěji přidružené poruchy některých školních dovedností, což jsou tzv. specifické vývojové poruchy učení (dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie, dyspinxie a další). Výskyt této komorbidity je poměrně hojný, údaje mluví až o 30 % dětí. Úspěšnost takovýchto dětí ve školní výuce je poměrně nízká, ale při dobré nápravě je naděje na zlepšení. Dalšími častými souběžnými obtížemi je specifické vývojové opoždění motoriky a výslovnosti, porucha opozičního vzdoru (ODD), další poruchy chování (ty se objevují později než poruchy ODD a s dospíváním se stupňují), úzkostné

poruchy, poruchy nálady (deprese, bipolární afektivní porucha, což je střídání nálad od depresí k máni), tiková porucha, poruchy spánku, zneužívání návykových látek.

Munden a Arcelus (2008) uvádějí kromě těchto již jmenovaných kombinací poruch ještě další vážná onemocnění s psychiatrickou diagnózou, která se mohou se syndromem ADHD vyskytovat současně. Jsou to například poruchy autistického spektra, kam je zařazován i Aspergerův syndrom, obsedantně kompulzivní porucha, která se projevuje nutkavým chováním, myšlením nebo jednáním, Tourettův syndrom, poruchy přichylnosti, další emoční poruchy, psychotické poruchy (ztráta kontaktu se skutečností, bludy). Autoři ale zároveň uvádějí, že je možné tato jmenovaná onemocnění se syndromem ADHD zaměnit a hlavním úkolem ošetřujícího lékaře je provést všechna možná dostupná vyšetření a stanovit co nejpřesnější diagnózu, aby terapeutické působení na pacienta mělo správný účinek.

3.5 Příčiny vzniku syndromu ADHD

Výzkum se intenzivně zabývá zjišťováním příčin vzniku onemocnění syndromem ADHD, což je důležité pro co nejpřesnější stanovení diagnózy a následné terapie. Tak jako na vývoj člověka, tak na vznik tohoto zatížení má vliv celý soubor faktorů. Podle většiny vědeckých výzkumů je důvod vzniku kombinací psycho – bio – sociální oblasti, jinak řečeno, vliv na vznik a vývoj tohoto onemocnění má jednak psychický a biologický základ a jednak prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Jde tedy o kombinaci vlivů vnitřních i vnějších.

3.5.1 Vnitřní faktory příčin vzniku syndromu ADHD

Je již dostatečně prokázáno, že onemocnění syndromem ADHD vzniká na biologickém podkladu. Hovoří se o tom, že funkce mozku postiženého člověka se odlišuje od zdravého jedince. Toto bylo dokazováno různými moderními vyšetřovacími metodami, jako jsou např. EEG (elektroencefalografie), MR (magnetická rezonance) nebo počítačová tomografie (CT). Nejčastěji používanou zobrazovací metodou je EEG, která se dá provádět ambulantně, nezatěžuje rentgenovým zářením a je nebolestivá, ale její výsledky nejsou průkazné, vyloučí pouze jiná podobná onemocnění (Munden, Arcelus, 2008). Ostatní metody se používají pouze výjimečně.

Biologické příčiny zahrnují *genetické předpoklady* pro onemocnění syndromem ADHD. Existuje řada důkazů o tom, že ADHD je dědičná porucha. Bylo zjištěno, že v pokrevním příbuzenstvu dítěte s ADHD se často vyskytuje další jedinec, který také trpí ADHD. Dědičnost tohoto onemocnění je poměrně vysoká, ale ne stoprocentní. Také při

zkoumání dvojčat žijících ve stejných podmínkách bylo prokázáno, že je vysoké procento případů, kdy syndromem ADHD trpí obě děti (více je to u jednovaječných dvojčat, ale i dvojevaječná dvojčata měla obě zároveň tuto diagnózu přibližně v 32%). To také přispělo k důkazu, že existuje možnost, že genetický (biologický) vliv vzniku poruchy není přímo závislý na prostředí a výchově (Munden, Arcelus, 2008).

Biedermann (Davidson, Neale, 2001 in Zelinková, 2009) prokázal, že genetická dispozice hraje významnou roli, u rodičů s ADHD je 50 % pravděpodobnosti, že jejich děti budou trpět stejným onemocněním. Ke stejným závěrům došel i při studiích dvojčat. Novodobější studie prokázaly ještě vyšší procento dědičnosti, např. Goetz, Uhlíková (2013) uvádějí, že u ADHD má až 80 % základ genetické zatížení, oproti tomu ostatní vlivy jsou méně významné.

Nezanedbatelný vliv na onemocnění mohou mít i další *biologické faktory*: rizikový průběh těhotenství, špatný zdravotní stav matky, komplikovaný porod, další problémy při prenatálním i perinatálním vývoji dítěte.

3.5.2 Vnější faktory příčin vzniku syndromu ADHD

Někteří odborníci téměř vylučují vliv vnějších skutečností na vznik a vývoj onemocnění ADHD. Většinou se však shodují v názoru, že vnější faktory, jako jsou životní prostředí, ale i sociální zázemí a výchova mohou mít také vliv na vznik poruchy, i když v menší míře a pouze v kombinaci s biologickými příčinami.

Hodnotí se především *životní prostředí*, kde se pohybuje matka před narozením dítěte, vliv různých chemických látek v ovzduší, také *životospráva a životní styl* budoucí matky (užívání alkoholu, nikotin, aditiva ve stravě, stres atd.).

Podle Prekopové a Schweizerové (2013) má na rozvoj hyperaktivity vliv rovněž výchovný styl a působení rodičů, kteří dětem neurčují žádné hranice a dávají jim příliš mnoho volnosti. Poukazují na to, že při změně přístupu rodičů a změnou výchovy se u některých dětí hyperaktivita zmírní nebo úplně vytrácí. Tyto děti však často bývají chybně diagnostikovány a s jejich vývojem a vyzríváním se původní diagnóza ADHD opouští. Lze tedy s velkou pravděpodobností říci, že nebylo prokázáno, že by výchova měla na vznik onemocnění podstatný vliv.

3.6 Charakteristika dětí se syndromem ADHD z různých pohledů

Děti s diagnózou syndromu ADHD jsou si svým způsobem chování podobné. Různí odborníci se většinou v charakteristice těchto dětí shodují, obdobné názory mají i pedagogové, kteří s těmito dětmi pracují a zpravidla jsou vzdělávání v poznacích, co tato porucha znamená a jak se projevuje. Názory na charakter dětí s ADHD ze strany rodičů, veřejnosti a ostatních dětí (spolužáků, vrstevníků, sourozenců) bývá odlišný, je tomu tak pravděpodobně proto, že nebývají informováni o příčinách neobvyklého chování postižených dětí. Poučení jedinci prokazují pochopení pro typické chování dětí s ADHD. Děti, které syndromem ADHD trpí, samy na sebe mívají velmi kritický pohled, často se v sobě nevyznají a neví si se sebou rady.

Pohled odborníků

Odborníci u dětí, které mají později stanovenou diagnózu ADHD – poruchu pozornosti a aktivity, pozorují a popisují v chování těchto dětí mírný až vysoký stupeň psychomotorického neklidu, snížení doby koncentrace při plnění úkolů, nižší schopnost ovládat své impulzy, děti někdy působí infantilněji, než by odpovídalo jejich věku, jsou hravější, přebíhají od jedné činnosti k druhé, v chování k rodičům jsou neukázněné a nezvladatelné, vynucují si pozornost, skáčou do řeči lékaři a hlavně rodičům, jsou na své rodiče agresivní. Tyto a mnoho dalších projevů nemívají všechny děti, ale základní projevy – zvýšenou aktivitu a impulzivnost a nedostatečnou koncentraci popisují odborníci po vyšetření téměř u všech dětí.

Problémem je, že různé skupiny odborníků mají různý náhled na jmenované obtíže. Někteří mají tendenci chybně přisuzovat dané projevy specifickým vývojovým poruchám učení nebo chování, což bývá ve školách velmi časté, nebo je zaměňovat s jinými podobnými onemocněními, jak bylo již řečeno.

Pohled pedagogů

Učitelé mohou při denním kontaktu s žáky postiženými syndromem ADHD pozorovat individuálně řadu dalších projevů. Nejčastěji se zmiňují o tom, že s těmito dětmi téměř pravidelně na začátku každé hodiny řeší problém zapomínání pomůcek, domácích úkolů, ztrátu různých předmětů (pero, sešit, učebnici), děti při vyučování neustále ruší spolužáky vykřikováním, vykonáváním jiných činností, než jakým se mají právě věnovat (hrají si s hračkami, pomůckami, „šaškují“), pobíháním po třídě, když mají sledovat výklad nebo

samostatně pracovat, u starších dětí je časté i agresivní chování ke spolužákům, vyučujícím, drzosti ve formě odmlouvání a ne úplně vhodných poznámek, posmívání se, při zhoršené koncentraci se projevuje i „nepřítomnost duchem“ ve formě „denního snění“, pasivita a neochota spolupracovat a vykonávat určené úkoly.

Při účasti v nepovinných činnostech a volnočasových aktivitách závisí projev těchto dětí na tom, zda se do činností zapojují dobrovolně či z donucení, do jaké míry je aktivity zaujmou, někdy při zvýšeném zájmu se dokáží zapojit i na poměrně dlouhou dobu a neruší ostatní.

Vše závisí na tom, jak pedagog s dítětem zachází, jaké má zkušenosti s onemocněním ADHD, jak chápe podstatu tohoto problému a jaké metody práce a přístup k dítěti zvolí. Učitelé dokáží často problémy vidět i popsat, ale ne vždy si umí uvědomit, že jde o projevy léčitelné poruchy (Munden, Arcelus, 2008).

Pohled rodičů

Podle Goetze a Uhlíkové (2013) rodiče své děti charakterizují slovy: „zajímá ho všechno kromě toho, co má právě dělat“, „vypadá, že vůbec neposlouchá, co se mu říká“, „je jakoby v denním snu“, „nepracuje, pokud na něho nedohlížím“, „když někam jde, tak běží“, „nevydrží v klidu, stále je na pochodu“, „nevydrží sedět u jídla, alespoň si musí odběhnout na záchod“, „jedná dříve, než myslí“, „je unáhlený“, „reaguje zkratovitě, podle prvního dojmu“, „nedokáže si zapamatovat víc než jeden úkol“, „soustředí se pouze na to, co ho zajímá“, „vypadá, jakoby stále dělal nějaké naschvály“, „u všech činnostech si mluví pro sebe, ale nahlas“ atd. Je ještě mnoho vět, kterými rodiče charakterizují své děti s postižením, ale v momentě, kdy jim lékař či jiný psycholog vysvětlí, že toto vše patří k diagnóze a vysvětlí jim alespoň základní poznatky o syndromu ADHD, rodičům se zpravidla uleví, že chyba není v nich, jak si často myslí, ale právě v tomto onemocnění. Vhodnými výchovnými zásadami pak lze tyto příznaky zmírnit a upravit.

Pohled spolužáků a kamarádů

Spolužáci pozorují u svých vrstevníků s postižením, že tyto děti často vyrušují při vyučování, při napomínání učitelem nereagují a pokračují v nevhodném chování, předvádějí se svým spolužákům a myslí si, že jsou zajímaví, neposlechnou ani v případě, že je o to požádají i samotné děti, stále se vrtí na židli, poskakují, odcházejí z lavice, při zkoušení dělají hluk, vydávají různé zvuky, nenosí pomůcky a tím zdržují spolužáky, protože učitel to musí každou hodinu řešit, o přestávkách se chovají často hlučně, lítají, někdy ubližují spolužákům,

předvádějí se, stále na sebe upozorňují, půjčují si bez dovolení cizí věci, při společné práci ve skupině nespolupracují, často bývají urážliví.

Nebývá příliš časté, že by děti trpící ADHD měly stálé kamarády. Kamarádství trvá zpravidla podle toho, jak dlouho vydrží postižené dítě dodržovat pravidla společenského chování nebo jak chápe sociální pravidla. Z důvodu jejich impulzivity a omezené pozornosti většinou děti s ADHD mnoho kamarádů nemívají a když už je mají, jsou to děti se „špatnou pověstí“. Existují i děti, jejichž chování v důsledku ADHD je tak špatné, že jsou úplně vyřazeny z kolektivu spolužáků a vrstevníků (Munden, Arcelus, 2008).

Pohled veřejnosti

Rodiče dětí postižených syndromem ADHD bývají často obviňováni veřejností, že nezvládají výchovu svých dětí, jsou příliš benevolentní, neschopní poradit si s výchovnými problémy, neumí děti usměrnit, buď je vůbec za nic netrestají, nebo naopak trestají neúměrně a příliš přísně, jejich děti jsou nezvladatelné a neznají základní vzorce společenského chování. Ostatní často rodiče i s jejich postiženými dětmi vyčleňují ze společenského života. Veškerou vinu z chování problémových dětí přisuzují právě jejich rodičům.

3.7 Diagnostika – určení diagnózy ADHD

Je třeba říci, že určování diagnózy patří pouze do rukou odborníků. Na počátku mohou stát pochybnosti a uvědomění si problému a podnět k vyšetření ze strany dětského lékaře, rodičů, ale i pedagogů, kterým jsou děti svěřeny při výchově a vzdělávání, nebo nejbližších příbuzných, kteří o děti často pečují.

Zdrojem informací o dítěti jsou tedy v první řadě rodiče, učitelé, ale i děti samotné. Ti všichni poskytují popisy konkrétních problémů v konkrétních situacích a prostředích. Jde především o dlouhodobé pozorování chování, informace o frekvenci určitých způsobů a hlavně o době trvání neobvyklého chování (Zelinková, 2009).

Dítě samotné podává v rozhovoru informace k vytvoření přehledu o jeho vlastnostech, osobnosti, problémech, přednostech, sociálních vztazích k vrstevníkům, postoji k ostatním lidem, z čehož je pak zpracován profil dítěte a jeho charakteristika.

Dítě s odlišným chováním a učebními, výchovnými či kázeňskými problémy bývá ve škole vyšetřeno školním psychologem. Poté je zpravidla odesláno na vyšetření, které se

nejčastěji provádí v PPP⁴, ale i SPC⁵ nebo SVP⁶, zde se dítěte ujímá další odborník (speciální pedagog, speciální psycholog). Při zjištění podezření na syndrom ADHD je rodičům dítěte doporučeno psychiatrické vyšetření. Psychiatr různými diagnostickými metodami a případnými dalšími doplňkovými vyšetřeními (např. neurologie atd.) diagnózu buď potvrdí, nebo vyvrátí. V rukou odborníka je pak také stanovení vhodné terapeutické péče. Tento postup však není pravidlem, bývá individuální a některé vyšetření může být vynecháno, není nutné. Důležité je dojít ke správné diagnóze a včasné intervenci každého postiženého dítěte.

Jisté je, že stanovit diagnózu ADHD není jednoduché, neexistuje žádný jednoznačný a přesný postup, symptomy pro ADHD se mohou vyskytovat i u jiných poruch a onemocnění a naopak jiná onemocnění mohou zakrýt symptomy ADHD (Munden, Arcelus, 2008). Není výjimkou, že u dítěte byla stanovena diagnóza ADHD a později byla překvalifikována či zrušena. To, co se zpočátku může jevit jako symptomy tohoto syndromu, s vývojem centrální nervové soustavy dítěte může ustoupit nebo úplně vymizet.

Ke stanovení diagnózy syndromu ADHD se velmi často při prvotním podezření využívá hodnocení chování podle diagnostických kritérií, o kterých byla zmínka v podkapitole 3.1 (Vymezení a vývoj pojmu). Podle Goetze a Uhlíkové (2013) tato kritéria používají zpravidla psychiatři a jsou odlišná pro dva různé klasifikační systémy – evropský a americký (MKN-10 a DSM-IV).

Diagnostiky jednotlivých oborů se navzájem doplňují, každá odborná diagnostika má jiné cíle. Je proto důležité, aby všichni odborníci spolupracovali a společně se tak podíleli na zlepšení situace ve vývoji jedince s postižením ADHD.

Ke stanovení diagnózy se tak zpravidla používá souhrnu vyšetření a poznatků, kterými jsou:

- zjištění a přehled dosavadních potíží dítěte
- lékařská a psychiatrická anamnéza
- tělesné vyšetření
- další informace z oborů psychologie, logopedie, foniatry, oftalmologie, pedagogiky (školní psycholog, učitel)
- další testování dítěte podle nutnosti (Munden, Arcelus, 2008).

⁴ PPP – pedagogicko- psychologická poradna – instituce pro diagnostickou a poradenskou činnost

⁵ SPC – speciálně-pedagogické centrum – poradenské zařízení pro rodiče a pedagogy žáků se speciálními potřebami

⁶ SVP – středisko výchovné péče – středisko poskytující preventivně výchovnou péči dětem a mládeži s negativními jevy chování

Speciálně pedagogická diagnostika

Probíhá na základě speciální pedagogiky, jejímž hlavním cílem je poznat širokou škálou metod co nejlépe člověka s postižením či handicapem, zaměřuje se na získání informací o osobnosti člověka, jeho možnostech dalšího zařazení (integrace) do společnosti, do kolektivu vrstevníků, zabývá se možnostmi jeho vzdělání a výchovy. Zkoumá také prostředí, ve kterém člověk žije a které na něj působí, průběh dosavadního vývoje. Speciálně pedagogická diagnostika vyžaduje individuální přístup na rozdíl od běžné pedagogické diagnostiky, která může probíhat i ve skupině (Pipeková, 1998).

Speciální pedagogika využívá v diagnostice několik metod. Například Pipeková (1998) a Slowík (2007) uvádějí téměř shodně nejvíce používané metody:

- obecné – rodinná anamnéza, osobní anamnéza, (Slowík navíc přidává školní anamnézu), Pipeková ještě uvádí doplňkové metody – vyšetření prostředí a katamnéza (zkoumání příčin opakujících se neobvyklých projevů chování v odstupu času po terapii)
- speciální – pozorování (záměrné i nezáměrné), rozhovor, dotazníky, testování (psychologické, pedagogické, didaktické aj.), rozbor (analýza) a hodnocení výsledků činností, přístrojové a počítačové metody (např. použití audiometru k vyšetření sluchu), Slowík zmiňuje také metody ověřování vědomostí a dovedností (písemné, ústní aj.), Pipeková uvádí jako speciální diagnostickou metodu i kazuistiku.

Psychologická diagnostika

Její cílem je zkoumat především psychické vlastnosti, procesy, stavy odlišného jedince, jeho náhled na vlastní osobu, postoje k vlastnímu postižení, projevy a prožívání sledovaného člověka.

Lékařská diagnostika

Lékař má hlavní cíl stanovit druh choroby a následnou terapii, v procesu péče o postiženého tedy plní především funkci léčebnou, nikoli výchovnou a vzdělávací, což spadá do kompetence pedagogické diagnostiky. Pro zdárný postup vývoje jedince s postižením je však velmi důležitá.

Diagnostika v sociální oblasti

Je také důležitá pro vytvoření uceleného obrazu o příčinách odchylek v chování dítěte. Zabývá se všemi činiteli, které působí na vývoj jedince, jeho osobnosti, které ovlivňují výchovu, vytváření náhledu na svět a sebe samého. Jde především o rodinnou anamnézu, pozorování a zjišťování sociálního prostředí, kde dítě vyrůstá.

3.8 Terapie

Terapie vychází z určené diagnózy, její zahájení je v rukou lékaře psychiatra, který stanovil diagnózu ADHD – porucha pozornosti a aktivity. Určuje odborný postup, který má dosáhnout stanovených výchovných a vzdělávacích cílů a současně má léčebný efekt (Slowík, 2007).

Na terapii dítěte se syndromem ADHD by se měl podílet celý kolektiv lidí, v jejichž zájmu je dítěti co nejvíce usnadnit život, zařadit jej do kolektivu vrstevníků, zvládnout každodenní režim a zlepšit vztahy s osobami, se kterými dítě přichází do styku (Goetz, Uhlíková, 2013). Tento soubor lidí může být pojmenován různě, např. Goetz a Uhlíková (2013) používají pojmu „pracovní skupina“, Munden a Arcelus (2008) názvu „terapeutický tým“. Patří do něj praktický dětský lékař, ošetřující lékař (psychiatr), rodiče dítěte, nejbližší rodina, pedagogové (učitel, vychovatel, vedoucí kroužků a volnočasových aktivit, speciální pedagog, asistent pedagoga), školní psycholog, další terapeuti a odborníci, kteří spolupracují na analýze, vyhodnocují pokroky či neúspěchy, stanoví vhodnost a úspěšnost postupu a případně provádí změny v terapii a podílejí se tak společně na zlepšení situace dítěte.

Podle Prekopové a Schweizerové (2013) je nejlepší terapií prevence. Existuje mnoho případů, kde byla narušena rovnováha v potřebách dítěte, proto u tohoto jedince vzniká hyperaktivita. Základy prevence a terapie hyperaktivity jsou ve výchově k rodičovství, tedy ve vzdělávání mladého člověka, který se na budoucí rodičovství připravuje. Terapie v užším slova smyslu se podle těchto dvou autorek dělí na pomoc, která podporuje vývoj osobnosti dítěte se zaměřením na úpravu sociálních vztahů a prostředí, pomoc, která zmírňuje pohybovou aktivitu a zlepšuje pozornost a koncentraci a pomoc biochemickou cestou (diety a medikamenty).

Terapie může zahrnovat různé možnosti postupů, které by měly být vhodné individuálně pro konkrétního jedince trpícího syndromem ADHD. Najít takový postup není vůbec jednoduché, lékař spolupracující s celým týmem musí často měnit oblast terapie a určit nejvhodnější plán ušitý „přímo na tělo“ pacienta.

Nejčastějším typem léčby je *farmakoterapie*. Další způsoby léčby mohou probíhat pomocí *psychoterapie, muzikoterapie, arteterapie, rodinných terapií*. Většinou lékař volí kombinaci několika typů léčby. Nejvhodnější a velmi účinné je *upravit výchovné metody* a vytvořit řadu nových výchovných postupů a zásad ve spojení s jiným druhem terapie. Psychiatr nebo psycholog má za úkol poučit a vést rodiče na této cestě plné nezbytných změn v jejich životě i životě dítěte. Jen vzdělaní a přístupní rodiče, ale i pedagogové a ostatní členové skupiny mohou pomoci postiženému dítěti zmírnit následky jeho potíží.

Farmakoterapie – léčba medikamenty

Tato cesta léčby, pokud je již pevně stanovena, by neměla být nikdy jedinou možností. Vždy působí v kombinaci s dalším typem terapie, minimálně se zavedením nových výchovných prostředků, o kterých bude ještě zmínka.

Odborníci se v názorech na léčbu medikamenty liší. Například podle Prekopové a Schweizerové (2013) je tento postup nutný jen u velmi malé části hyperaktivních dětí. U většiny dětí je lépe volit některou z psychoterapií.

Munden a Arcelus (2008) tvrdí, že u dětí se středně těžkou až těžkou poruchou je tato léčba jedinou možností, ale také ve spojení s dalšími změnami. Uznávají však, že pro děti s mírnou formou ADHD je lépe zvolit nejdříve kombinaci psychologických, speciálně pedagogických a sociálních opatření.

Laniado (2004) uvádí, že i mezi lékaři se názory na léčbu medikamenty liší, jedni tvrdí, že léky jsou nezbytné, druzí považují jejich dlouhodobé užívání za zbytečné, a někdy i škodlivé. Zastávají dokonce názor, že léky na zmírnění aktivity mohou způsobit závislost, v dlouhodobém působení jsou málo účinné a pomáhají jen krátkodobě.

Potvrzení diagnózy ADHD tedy automaticky neznamená, že pacient musí být léčen farmaky (Goetz, Uhlíková, 2013). Závislost na lécích pro zmírnění hyperaktivity a zlepšení koncentrace nebyla dosud prokázána ani vyvrácena, tito dva autoři však uvádí, že u dětí s neléčenou ADHD se naopak zvyšuje sklon k jiným závislostem.

Určení a stanovení léčby medikamenty stanoví lékař, musí však zvážit další důležité aspekty. V první řadě musí rodič, který dítě postižené syndromem ADHD přivádí, souhlasit s takto doporučenou léčbou, dítě nesmí mít žádné z kontraindikací pro užívání léku, s užíváním této léčby by měla souhlasit a být seznámena celá širší rodina, která s dítětem přichází do styku (toto je nanejvýš důležité mezi oběma rodiči, ale i rodiči a prarodiči dítěte,

nejhorší situace nastává, když jedna strana léčbu farmaky uznává a druhá se proti ní brání, což způsobuje konflikty).

Je důležité mít na paměti, že léky nemohou změnit osobnost dítěte, mění pouze symptomy onemocnění a zmírňují obtíže. Výchovná opatření a změna režimu spolu s užíváním vhodně zvoleného preparátu znásobují účinek. Léky by měly být považovány pouze za oporu, nikoli hlavní zdroj léčby (Munden, Arcelus, 2008).

K léčbě hyperaktivity se nejčastěji v první řadě využívá *stimulancií*⁷ (v ČR lék Ritalin s účinnou látkou methylfenidát má rychlý účinek, Concerta má pomalejší uvolňování účinné látky). Předepisují se také *nestimulační preparáty* (např. lék Strattera), které působí jinou cestou než stimulancia. Oba typy léků děti netlumí, ale snižují hyperaktivitu, impulzivitu a zvyšují rozsah pozornosti, tedy mají účinek na celou triádu symptomů onemocnění ADHD. Mohou však způsobovat některé nežádoucí vedlejší účinky, kterými jsou například nespavost, nechutenství, občasné problémy s růstem, tiky (to se týká hlavně Ritalinu, Strattera tiky nezpůsobuje, a proto může být podávána i dětem s přidáním Tourettovým syndromem), větší nervozitu, výjimečně i deprese. Podle studií je možné tyto léky užívat dlouhodobě, ale je třeba provádět zvláště u menších dětí kontrolu růstu a krevního tlaku (Munden, Arcelus, 2008). Na léčbu ADHD se mohou užívat či přidávat výjimečně i jiné léky, ty se však volí až po prokázání malého účinku předchozích jmenovaných léků nebo při komorbiditě onemocnění. Jde např. o *antidepresiva* (léky k potlačení depresí), *antipsychotika* (léky potlačující psychotické symptomy, např. bludy a halucinace) a *antihypertenziva* (léky snižující krevní tlak, podávají se z důvodu nespavosti nebo při zvýšení tiků).

Psychoterapie

Tato forma terapie je důležitou součástí léčby syndromu ADHD. Jde o praktickou pomoc dětem (individuální terapie formou hry, dramaterapie) i jejich rodičům (rodinné terapie), výcvik různými technikami pro změnu přístupu k dítěti, zlepšení chování dítěte, získání žádoucích reakcí a vzorců chování, analýzy vzorců chování, pozitivní posilování, trénink řešení problémů (Munden, Arcelus, 2008), terapii prací (ergoterapie), hudbou (muzikoterapie), arteterapii, terapii hrou, terapii jízdou na koni (hipoterapie) atd. (Prekopová, Schweizerová, 2013).

Psychoterapie bývá používána buď samostatně, nebo ve spojení s farmakoterapií, ale vždy se zavedením dalších výchovných opatření.

⁷ Stimulancia jsou látky zvyšující aktivitu nebo zlepšující kvalitu aktivity (Goetz, Uhlíková, 2013, str. 158)

Výchovná opatření a zásady pro dítě se syndromem ADHD

U dítěte se syndromem ADHD je více než u ostatních dětí důležité zavést do výchovy *jasná pravidla* a strategie a důsledně je dodržovat. Jen tak dítě pochopí, co je po něm žádáno a odstraní se zmatek v požadavcích. Je nezbytně nutné, aby se všichni, kteří na výchovu dítěte působí, dohodli a domluvená pravidla a zásady jednotně vyžadovali a dodržovali. Pravidla by neměla dítě zbavovat svobody, ale naopak by mu měla poskytnout konkrétní prostor pro svobodné chování. Vytvoření pravidel znamená stanovit dítěti určité *hranice*. „Neexistují-li hranice, přepadá dítě strach, který se snaží ohlušit“ (Prekopová, Schweizerová, 2013, str. 128). Z toho pak vzniká hyperaktivita a impulzivní chování.

Výchovná opatření v rodině

Je třeba v první řadě zavést *pravidelný denní režim*, při kterém se dítě lépe orientuje v čase. Dítě pak mívá méně potíží s nespavostí (u syndromu ADHD častý problém) a nemá důvod k nečekaným reakcím kvůli nesouhlasu s požadavky rodičů a vychovatelů.

Dle Žáčkové a Jucovičové (2005) je prospěšné dodržovat několik hlavních výchovných zásad důležitých pro výchovu dětí s ADHD: vytvořit *klidné a láskyplné rodinné prostředí* oproštěné od vypjatých a afektivních situací, stanovit *pevný řád* a vytyčit pevné *hranice* ve výchově, důsledně dodržovat a kontrolovat *dodržování daných pravidel*, *sjednotit výchovu* rodiny a školy, soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte, dítě často *chválit a méně trestat*, *usměrňovat aktivitu* dítěte vytvářením zajímavých situací, zajistit *přiměřené množství podnětů*, ve kterých se dítě lépe orientuje. Naopak nanejvýš nevhodné jsou tyto výchovné postupy: nejednotnost ve výchově, perfekcionistická výchova, příliš liberální nebo nedůsledná výchova.

Goetz a Uhlíková (2013) poskytují rodičům další rady pro úpravu výchovy dítěte s ADHD. Doporučují *poskytovat* dítěti bezprostřední *zpětnou vazbu* na jeho chování, více dítě *chválit* a až poté hodnotit chyby, hodnotit dítě co nejčastěji, používat při hodnocení *jasné a názorné ocenění* (fyzický kontakt, věcné odměny, bodový systém u starších dětí), používat častěji pochvalu místo trestu, externalizovat (konkretizovat) čas, důležité *informace* uvádět *jasně a stručně*, problémy pojmenovat konkrétně, snažit se o *soustavnost a pravidelnost*, *předvídat problémové situace* a snažit se jim předem vyhýbat, nebrat si problémy dítěte osobně a smířit se s nastalou situací, *myslet pozitivně na budoucnost*.

Laniado (2004) se shoduje s ostatními odborníky v názoru, že i dítěti s postižením ADHD je třeba (snad ještě více) *projevovat bezpodmínečnou lásku*, nenechat se od dítěte

citově vydírat, brát vážně jeho názor, předem mu *jasně stanovit, co od něj očekáváme, nediskutovat* o jasně zavedených pravidlech a požadavcích, *nesmlouvat*, učit se *dítě pochopit*, pomáhat mu se vyjádřit, aby nedocházelo k nedorozuměním, *naučit ho naslouchat* ostatním, umět dítě pokárat tak, aby nepochybovalo o rodičovské lásce, *nezraňovat* jej při trestání, více dítě chválit.

Výchovná opatření ve škole

Také ve škole se doporučuje zavést určité úpravy v zacházení s dítětem s ADHD. Učitel by měl dítě *posadit do své blízkosti*, měl by ho bezprostředně *chválit a odměňovat* za dobrou práci, mírně dítěti *ulevovat* a ventilovat tak jeho sklony k hyperaktivitě např. *pověřováním drobnými úkoly* (něco zařídít, smazat tabuli apod.), při stanovení diagnózy ADHD umožnit dítěti začít jinak od samého začátku, *spolupracovat* s rodiči (Munden, Arcelus, 2008). Podobně Zelinková (2009) navrhuje i ve škole zavést *pozitivní přístup* spolu s mírnými tresty, které by měly následovat ihned po splnění úkolu, zavést *častou zpětnou vazbu, instrukce a pokyny* při práci poskytovat *po částech*, aby dítě bylo schopno je pochopit a udržet si je v paměti, *nediskutovat* o vhodnosti chování, *sdělit spolužákům a kamarádům* vhodným vyjádřením *podstatu problémů* dítěte s ADHD, *respektovat styl učení* (charakteristický globální styl, vnímání celku, systému), *vést* dítě ještě více než jedince běžné populace *k sebekontrolě a sebehodnocení, zachovat optimismus* a „pevné nervy“ při výchově.

3.9 Integrace dítěte s ADHD

Pokud lékař stanoví diagnózu ADHD, doporučuje zároveň další postup ze strany školy v přístupu k jedinci se zvláštními potřebami, kterým bývá *integrace* takového žáka. V současné době se již nepočítá s tím, že budou tyto děti oddělovány od ostatních zápisem do tzv. základních škol praktických či speciálních škol, ale bude zavedena *integrace či inkluze* do běžných tříd nebo zřizování tříd speciálních v rámci základní školy. Integrační přístup spočívá v zajištění speciálních prostředků, podpory a péče pro žáky s postižením tak, aby tito žáci mohli být zapojováni do většiny činností jako ostatní „normální“ žáci. To je nejlépe možné s podporou asistenta pedagoga nebo osobního asistenta. Inkluzivní přístup spočívá v zapojení dítěte do všech běžných činností pokud možno bez využití zvláštních prostředků a opatření (Slowík, 2007).

Pokud má být dítě do kolektivu dětí bez postižení integrováno, musí být pedagog dobře informován o příčinách, projevech a stupni postižení. Děti s postižením ADHD vyžadují individuální přístup ze strany pedagoga, který by měl zvolit vhodné výchovné

a vzdělávací metody, ať již běžné pro ostatní děti či metody speciální. Pro děti se syndromem ADHD lékař nebo psycholog často pro vzdělávání doporučuje individuální vzdělávací program (Hájek, Pávková a kol., 2003). Hlavním cílem pedagoga je zabránit vyloučení (exkluzi) takto postiženého jedince z dětského kolektivu, usnadnit mu osobnostní rozvoj, nalézt silné stránky takového dítěte a dále je podporovat, hodnotit dítě co nejčastěji pochvalou i za malé dílčí pokroky (Hájek a kol., 2007).

4 Hra

Hra je pojem, který nelze jednoduše definovat. Má spoustu významů, v lidském životě je však velmi důležitá. Je to fenomén, který provází člověka celým životem a je jeho nezbytnou součástí. Hrají si malé děti, ale i dospělí. Pouze typ hry a její důležitost se v životě člověka mění, hra je různě významná v jednotlivých vývojových etapách. Ve všech věkových kategoriích však musí splňovat požadavek zábavnosti, spontánnosti a dobrovolnosti, jinak člověk hru pouze reprodukuje (napodobuje). Při hře se zobrazuje skutečnost, ale zároveň probíhá v oblasti „jako, jakoby“.

4.1 Dětská hra

Hra je důležitou součástí dětství, je vývojovou potřebou malého dítěte, nejčastější a nejpřirozenější činností v předškolním věku. V dětství slouží k rozvoji osobnosti dítěte, k jeho zdravému všestrannému vývoji. Původně si odborníci mysleli, že hra dítěte je protikladem práce, ale pozorováním hry dětí bylo zjištěno, že tomu tak není. Hra, výkon, učení a práce jsou spíše rozdílné typy jednání, které k sobě mají blízký vztah a mají mnoho společného (Petillon, 2013). Formou hry již před začátkem školní docházky děti získávají největší část poznatků.

Vývoj hry souvisí s vývojovými etapami života člověka, zatímco dítě do tří let věku si hraje zpravidla individuálně, respektive s ostatními dětmi se stejnými hračkami, ale paralelně (souběžně, hra není kolektivní záležitostí) a většinou k tomu potřebuje nějaké předměty („hračky“), po třetím roce života se začíná rozvíjet hra s kamarády, ale pouze v menších skupinkách (dvojice, trojice), kdy si děti hrají společně a někdy i bez hraček. Pro hru v rolích však většinou ještě potřebují pomoc dospělého, který je vede, radí, pomáhá, případně se zapojí do společné hry dětí.

4.2 Hra ve školní družině

V mladším školním věku, tedy po nástupu do školy má hra stále velký význam, avšak její charakter se mění. Hra dětí je již realističtější, složitější, fantazie mírně ustupuje, ale ještě stále je při hře důležitá, děti již hru umí plánovat a promýšlet, hrají si častěji ve skupinách a spolupracují. Přibývá her s pravidly a tvořivých her (Pávková, 2003).

Ve školní družině je hra základním prostředkem práce, přináší uvolnění po školním soustředění, je svobodná a dobrovolná, zaplňuje nejdelší část režimu dne. Prolíná prakticky všemi plánovanými i neplánovanými činnostmi. Slouží k relaxaci a rekreaci více než

k zábavě. Uvolňuje emoce dětí, přináší nové poznatky, zážitky, zkušenosti. Podílí se na rozvoji všech složek osobnosti dítěte. Děti se učí samostatnosti, spolupráci s vrstevníky, novým strategiím v činnosti, plánování, zvykají si i na záporné prožitky (prohra, porážka). Poznávají samy sebe, své možnosti, povahové rysy, odstraňují se bariéry mezi vrstevníky, ale zároveň bariéry v dětech samotných, pěstuje se psychická odolnost, sebedůvěra a sebevědomí. Děti nacházejí své místo ve skupině zkoušením různých rolí (vedoucí i podřazené), učí se přizpůsobovat ostatním (Hájek, 2007).

4.2.1 Funkce hry ve školním věku

Podle Pettiona (2013) hra ve školním věku plní mnoho funkcí, není jen „odměnou“:

- *Vlastní funkce* hry tkví v uvolnění atmosféry, prožitku mimo realitu, v hraní samotném.
- *Adaptační funkce* je v propojení předškolního a školního hraní, to platí i v oblasti volného času.
- *Doprovodná funkce* spočívá v prolínání hry různými školními vyučovacími předměty, kdy se hry využívá jako motivace k učení.
- Hra má rovněž *funkci diagnostickou*, jak bude zmínka dále.
- Hra splňuje také funkci *uvolňující a kompenzační*, nejvhodnější pro uvolnění po sedavém vyučování jsou pohybové hry.

4.2.2 Význam hry dětí školního věku

Hra je důležitým výchovným prostředkem pro děti každého věku. Je přípravou na život a práci. Děti při hře pozitivně využívají přebytečné energie, zotavují se po namáhavém školním soustředění na vyučování, zbavují se negativního napětí, nacvičují si budoucí návyky, úkoly a životní role, učí se jeden od druhého, učí se toleranci, empatii, sebeprosazení (hledají a nacházejí vlastní identitu), využívají při tom své vnitřní motivace (zvědavost, přirozená touha po poznání nového).

4.2.3 Dělení her

Již mnoho odborníků se zabývalo pokusy rozdělit hry podle různých kritérií. Neexistuje jednotný systém rozdělení her. Je důležité, z jakého hlediska chceme hry rozdělit. Pro naše účely v podmínkách pedagogického působení na děti je možné obecně hry rozdělit ze dvou hledisek, pedagogického a psychologického:

- *Psychologické hledisko* – rozdělení na hry individuální, paralelní, párové, skupinové.
- *Pedagogické hledisko* – hry tvořivé (vycházejí z fantazie, momentální nálady, svobodného rozhodnutí dítěte, jeho zkušenosti) a hry s pravidly (bývají častěji řízené, pravidla her jsou předem dána, nezáleží tedy na fantazii).

4.3 Hra jako diagnostická metoda

Hra může sloužit odborníkům také jako diagnostická metoda, kdy pozorováním hry dítěte můžeme analýzou zjistit nedostatky či opoždění ve vývoji a odchylky ve formě hry, která je nepřiměřená věku.

Pipeková (1998) uvádí, že hra u dětí s postižením má specifické rysy. Hra jako metoda k diagnostice může vzniknout jako *spontánní situace* (do té nezasahujeme, jen sledujeme a snažíme se získat co nejvíce poznatků k diagnostice) nebo být *záměrně navozena* (ovlivňujeme vznik i průběh hry). U hry můžeme sledovat vývoj herní situace jako celek nebo jen určité dílčí cíle (charakter hry, délku pozornosti, odraz skutečnosti, motorické schopnosti, řečový projev, společenské chování, prožitek a citové zaujetí při hře, povahové rysy dítěte, zájmy, funkci smyslových orgánů). Při záměrném navození herní situace by pozorování mělo probíhat ve známém prostředí, kde se dítě cítí uvolněně, musíme vést v patrnosti také časové nastavení (kdy a jak dlouho si dítě hraje – hra by měla trvat do 15 minut), nemělo by docházet k nadměrnému rozptylování při hře. Toto sledování je třeba provádět opakovaně nebo dlouhodobě, k vyvození závěru nestačí pouze jednorázové pozorování. Poznatky je třeba zaznamenávat buď písemně, nebo pokud to jde, je vhodné provádět buď zvukový či lépe videozáznam. K těmto účelům může sloužit mnoho typů her – námětové, konstruktivní, intelektové, napodobivé, slovní, hudební, dramatické a další hry.

4.4 Hra jako prostředek terapie

Mnoho odborníků využívá hry jako terapeutického prostředku při různých diagnózách. Terapie hrou je jednou z forem *psychoterapie*, jak bylo již uvedeno v podkapitole 3.8.

Terapeutické působení na postiženého jedince obvykle provádí vyškolený psycholog (tzv. herní terapeut), jenž má dlouhodobé zkušenosti a příslušné vzdělání. Jeho zaměření je podle typu postižení a stanovené diagnózy.

Psychoterapie hrou je nejčastěji využívána k odstranění problémů typu depresí, úzkosti, impulzivity, agresivity – ovládnutí pocitů, uvolnění napětí, hra v rolích pro pochopení prožívání sebe i jiných, klidné řešení konfliktů, znovuzařazení do skupiny, jak uvádí Erkertová (2011). Hra napomáhá i při odstranění studu, sociální nejistoty, chronických onemocnění, vyrovnání se s nepříjemnými zážitky v životě, zpracování nepříjemných pocitů a nejistoty, adaptace na nové prostředí nebo vrstevníky, a to jak u dětí, tak u dospělých. Pokud je herní terapie správně prováděna a přijímána, má v konečném efektu za následek změnu chování člověka.

U dítěte je výsledek patrnější, protože jeho osobnost se teprve vyvíjí a dítě hru přijímá jako přirozenou činnost. Tato terapie je vhodná pro děti od tří let věku, někdy je uváděno až od čtyř let. Často k ní bývá používáno hračky, která u dětí bývá nedílnou součástí hry.

Za terapeutické mohou být považovány také *interakční hry* (Hermonchová, 1994), které v širším slova smyslu „léčí“ skupinu. Tyto hry slouží mimo jiné k regulaci chování, u pasivních jedinců aktivitu zvyšují a naopak u jedinců, zvyklých na vedoucí role, aktivitu usměrňují. Děti se tak rovnoměrně podílejí na činnostech skupiny. Hry povzbuzují děti v prohlubování sociálních dovedností (empatie, tolerance, komunikace, rozhodování v kritických situacích, rozvoj vlastní odpovědnosti). Interakční hry tak snižují strach a napětí z nové skupiny a usnadňují její spolupráci v začátku. Děti pak mohou lépe přijmout do skupiny i problematické jedince s různými specifickými poruchami a lépe je pochopit.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Vlastní výzkum a metody projektu

Podstatou kvalitativního výzkumu v praktické části je systematické srovnávání praxe (chlapci s diagnózou syndromu ADHD ve školní družině) s teoretickými poznatky pomocí pedagogické kazuistiky, jak bude popsáno dále. Tato metoda je sice časově náročná, ale jeví se jako nejvhodnější pro zmapování a pochopení života těchto chlapců v rodině, ve škole i školní družině, jejich problémů, prognóz jejich dalšího vývoje.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem práce je podat popis vývoje chlapců od narození, nastínit průběh vyšetření jejich diagnóz, popsat projevy a pobyt těchto chlapců ve školní družině se všemi problémy a konkrétními zkušenostmi, se kterými se vychovatelka, postižený jedinec i ostatní zúčastnění mohou setkat.

5.2 Použité metody

Ke zpracování je využita metoda případové studie (kazuistika), která zahrnuje studium a analýzy dokumentace z vyšetření chlapců, metody pozorování, metody rozhovorů s rodiči, učiteli, asistenty a vychovatelkami, kteří se podílejí na výchově těchto chlapců.

5.2.1 Metody pozorování

Metoda pozorování je prakticky plánovitým, cílevědomým a soustavným sledováním dané pedagogické reality (výchovné prostředí školní družiny, situací, jevů, lidí), které směřuje k její analýze a vyhodnocení (Čábalová, 2011, str. 100). V naší práci využíváme jednak metody *přímého nestrukturovaného pozorování* chlapců (kazuistiky č. 1 a 3) a jednak metody *nepřímého nestrukturovaného pozorování* (kazuistika č. 2).

Při přímém nestrukturovaném pozorování jsou dlouhodobě sledovány a popsány u konkrétních chlapců příznaky a projevy jejich onemocnění, snažíme se nalézt shodné znaky, které jsou uvedeny v teoretické části. Toto pozorování chlapců probíhá průběžně v době přítomnosti dětí ve školní družině. Jeho výhodou je možnost sledování přirozeného průběhu a opakování projevů při výchovně vzdělávacím procesu v kontaktu s pedagogickou realitou (Čábalová, 2011).

Metodu nepřímého nestrukturovaného pozorování využíváme v kazuistice č. 2, kdy pozorovateli jsou vychovatelky, ke kterým chlapec dochází do oddělení. Jejich terénní záznamy z různých situací vypovídají o problémech a odchylkách, se kterými se vychovatelky s tímto chlapcem potýkají.

5.2.2 Metody rozhovorů

Jde o metodu založenou na komunikaci a interakci výzkumníka (vychovatelka) s respondenty (v našem případě rodiče, další vychovatelky, učitelky, asistentky chlapců), přímé dotazování, zjišťování jejich názorů, postřehů a postojů (Čábalová, 2011). V naší práci využíváme individuálních *strukturovaných rozhovorů*, kdy otázky jsou předem přesně stanoveny, dále *nestrukturovaných rozhovorů*, ve kterých probíhá zjišťování při spontánním navození otázek tak, jak se rozhovor vyvíjí, a také *polostrukturované rozhovory*, které jsou založeny na úvodních otázkách a doplňujícím popisném vyprávění.

- *Strukturovaný rozhovor* byl využit pro přesné zjištění okolností vzniku problému, jeho řešení, začlenění chlapců do třídního kolektivu, náhled na problémy s chlapci ze strany učitelky (příloha č. 2) a matky (příloha č. 1). Otázky byly předem dány, vzhledem k tomu, že rodiče nedali souhlas s pořízením zvukového záznamu, byl rozhovor pouze písemně zaznamenán, není doslovný.
- *Polostrukturovaný rozhovor* se uskutečnil v případě asistentek pedagoga. Asistentky pedagoga vypovídaly o svých zkušenostech s touto prací, o zkušenosti s konkrétním chlapcem, o vývoji jeho problému. Úvodní otázky byly doplněny volným vyprávěním na dané téma – praktická zkušenost s námi vybraným jedincem (příloha č. 3).
- *Nestrukturované rozhovory* se týkaly matky a vychovatelky Kamila (kazuistika č. 2), které spontánně vyprávěly postřehy z chlapcova života na základě doplňujících dotazů, vyplývajících z rozhovoru. Tento typ rozhovoru byl využit také u matky Daniela pro doplnění údajů o současném prožívání chlapce.

5.2.3 Metoda kazuistiky

Jde o systematické zkoumání vývoje chlapců na základě využití rozboru materiálů z odborných vyšetření, popis a záznam pozorování, záznam rozhovorů. Cílem kazuistiky je provést případovou studii jednotlivců, kteří odpovídají zadanému cíli. Tato studie slouží k utvoření reálného obrazu života konkrétních chlapců ve všech prostředích, kde se pohybují.

Její součástí je také prognóza dalšího vývoje chlapců, která byla zpracována na základě jejich dosavadního vývoje.

5.3 Zkoumání jedinci

Ke zkoumání byli záměrně vybráni chlapci, kteří splňují dané předpoklady (účastní se pobytu ve školní družině a mají stanovenou diagnózu syndromu ADHD). Chlapci jsou v současnosti žáky 2. a 3. ročníku běžné základní školy, jsou individuálně integrováni a kromě chlapce z kazuistiky č. 3, pro jehož vzdělávání byl vypracován IVP, pracují podle běžného vzdělávacího programu. Dva z chlapců pracují při výuce s dopomocí asistenta pedagoga (kazuistika č. 2 a 3). Ve školní družině jejich pobyt probíhá bez asistenta.

Výsledky a závěry, učiněné v tomto šetření, jsou platné pouze pro tento výzkum, nelze je zobecňovat, avšak lze nalézt podobnost s jinými případy.

6 Kazuistiky

Následují tři rozdílné případové studie chlapců, kteří navštěvují školní družinu. Analýza jednotlivých případů je doplněna pozorováním vychovatelek školní družiny a rozhovory s učitelkami, rodiči a asistentkami těchto chlapců.

6.1 Kazuistika č. 1 – Daniel (narozen v srpnu 2006)

Charakteristika chlapce

Chlapec jménem Daniel⁸ je vyšší postavy, štíhlý, má světlé vlasy. Je veselý, komunikativní, ale zpočátku má ostych hovořit s cizími lidmi z důvodu vad ve výslovnosti. Daniel je starý 9 let, navštěvuje 3. třídu běžné základní školy. Navštěvuje kroužky florbalu a stolního tenisu. Po doporučení lékařky ho chtěla matka přihlásit do horolezeckého kroužku, z důvodu jeho nižšího věku však nebyl přijat.

Rodinná anamnéza

Sourozenci: Chlapec má jednu sestru (dvojče), která je vyšetřena v PPP pro učební potíže, konstatována možná ADD (má obdobné symptomy jako Daniel, které však odpovídají spíše poruše koncentrace pozornosti bez hyperaktivity), jinak zdráva.

Rodiče: Matka je zdráva, má drobnou vadu řeči (nepřesná výslovnost sykavek, dyslálie), má středoškolské vzdělání bez maturity (SOU, kuchařka, prodavačka), otec je zdravý, středoškolské vzdělání bez maturity (SOU, truhlář, skladník). Rodina je bez zátěže. Rodiče se v sedmi letech věku dětí rozvedli (rok 2013).

Děti k biologickému otci z jeho rozhodnutí dochází nepravidelně, otec se nezajímá příliš ani o jejich výsledky ve škole, pouze nárazově projevuje tento zájem návštěvou školy a třídní učitelky. Otec žije v současné době ve stejném městě jako děti, nedávno si zde koupil byt. Dlouhou dobu však bydlel u svých rodičů (prarodičů Daniela) mimo místo pobytu dětí. Nyní je bez stálé partnerky. Vztah Daniela k otci je problematický, někdy by Daniel byl podle jeho slov raději v jeho péči, jindy ho „nenávidí“. Je to závislé na tom, co otec chlapci slíbí a v jakém rozpoložení se po návštěvě rozejdou. Z pozorování a vyjádření dětí lze vyvodit, že otec projevuje o chlapce intenzivnější zájem než o jeho sestru (Danielovo dvojče).

⁸Údaje o chlapci byly získány a zpracovány s ohledem na zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (konkrétně §5, bod 1, §9, bod a), § 13, body 1–3). Matka poskytla důvěrné údaje o chlapci a dala souhlas s jejich využitím při případové studii, bylo jí písemně přislíbeno, že bude zachována anonymita chlapce. Proto bylo jméno pozmeněno.

Matka žije v domácnosti s dětmi a dalším partnerem (již od rozvodu manželství s Danielovým biologickým otcem), který je u dětí oblíbený, děti s ním dobře vycházejí, respektují ho, ten ale bývá často pracovně delší dobu mimo domov.

Osobní anamnéza

Daniel a jeho sestra jsou z prvního matčina těhotenství, z IVF oplození. Těhotenství bylo rizikové, ukončeno porodem sekci, porod byl plánovaný. Chlapec se narodil normálně velký (2800g, 46 cm), jeho poporodní vývoj byl také v normě. V předškolním věku nebyl příliš nemocný, objevil se u něj atopický ekzém, který sám po čase odezněl. Kromě ADHD má Daniel diagnostikovanou alergii na trávy a pyly. Neprodělal žádné úrazy ani operace.

V současné době dochází chlapec na pravidelné kontroly do psychiatrické ambulance (vždy asi po čtyřech měsících). Na logopedii chodí nepravidelně, protože matka je pracovně plně vytížena a Daniel příliš nespolupracuje.

Předškolní vývoj

Podle záznamů z vyšetření bylo s chlapcem pro mírné opoždění motorického vývoje krátce prováděno cvičení Vojtovou metodou. Od jednoho roku věku začal opakovat slova, v roce a půl věty, ale měl potíže s výslovností, slova komolil. Do šesti let věku trpěl na občasnou noční enurézu. Nyní je v tomto ohledu bez potíží.

Chlapec navštěvoval mateřskou školu od čtyř let věku, byl zařazen do speciální třídy s logopedickým zaměřením. V mateřské škole se adaptoval dobře, docházel do ní bez potíží.

Školní anamnéza

Do základní školy nastoupil s ročním odkladem, důvodem byla hlavně jeho nezralost v oblasti řeči, ale také projevy zvýšené pohybové aktivity a problémy s koncentrací při vykonávání některých aktivit. Svou roli sehrálo též datum narození (srpen).

Po nástupu do školy se potíže vystupňovaly, byl nesoustředěný, nechtěl spolupracovat, při kontaktu s dětmi se objevily první projevy agresivity, také mimo školu nastaly podobné obtíže, a proto bylo matce školním psychologem doporučeno psychologické vyšetření chlapce nejprve v PPP, poté v odborné psychologické ordinaci. Následovalo psychiatrické vyšetření, stručné shrnutí je uvedeno dále. Chlapec se po medikaci mírně zlepšil.

Stále užívá léky, ve škole se obtíže zmírnily, avšak výsledek není plně uspokojivý. Matka vypovídá, že většina Danielových vyučujících jej chválí za zlepšení alespoň v oblasti

spolupráce a koncentrace při práci, avšak vzájemný vztah některých vyučujících s Danielem je stále problematický. Daniel jim po předchozím zklamání nedůvěřuje a nechce spolupracovat.

Průběhy vyšetření, závěry, doporučení

Daniel prošel již dlouhou řadou vyšetření (od listopadu 2013 do prosince 2015), matka v tomto ohledu pro chlapce dělá, co je v jejích silách. První vyšetření proběhla již v předškolním věku Daniela, bylo shledáno, že úroveň jeho řečového projevu je značně opožděná, jsou již konstatovány projevy mírné poruchy koncentrace a hyperaktivita, občas opoziční chování.

Další vyšetření jsou z doby docházky do základní školy, kam Daniel nastoupil s ročním odkladem. Zjištěním psycholožky PPP (listopad 2013) byla konstatována nižší úroveň rozumových schopností, opožděný vývoj řeči, symptomy ADHD, porucha učení dyslexie, poprvé byla doporučena práce ve škole s pomocí asistenta pedagoga, matka byla s Danielem poslána k dalšímu vyšetření k odborné lékařce psychiatrice.

Psychiatrickým vyšetřením (březen 2014) několika projektivními technikami⁹ tato lékařka stanovila diagnózu syndromu ADHD a poruchy řeči, které mají vliv na celkový vývoj osobnosti (selhávání ve škole může vyvolávat pocit vlastní neschopnosti a prohlubovat reaktivní agresivní tendence). Doporučila škole opět ke zvážení využití asistenta pedagoga, matce bylo doporučeno konzultovat vhodné výchovné metody ke zvládnutí synova chování s odbornou lékařkou, z psychiatrické indikace by měl chlapec absolvovat ošetření chrupu¹⁰ ve větším rozsahu v celkové anestezii. Doporučení školy (asistent pedagoga) i matce (odborná pomoc s výchovou a ošetření chrupu) jsou uváděny opakovaně i v následujících zprávách z vyšetření až do současnosti. Ani jedno z těchto doporučení však zatím nebylo využito.

Již po prvním stanovení diagnózy Daniel užívá léky (jak bude uvedeno dále) dle závěru ošetřující psychiatricky. Po zavedení a pravidelném užívání medikace bylo zaznamenáno postupné zlepšení ve škole i doma, ne však plně uspokojivé. Užívání léků bylo v průběhu léčby upravováno.

Matka s Danielem uskutečnila opakované vyšetření v PPP (březen 2015), které potvrdilo závěry z předchozích vyšetření, konstatovalo navíc poruchu učení dysortografie.

⁹ Bylo použito např. ROR (Rorschachova) testu k zachycení osobnosti, Lücherova barvového testu, kresebného Hand testu k odhalení agresivity.

¹⁰ Chlapec má špatné postavení chrupu a z toho vyplývá nesprávná výslovnost a hrubé vady řeči (dyslalie), které budou bez tohoto opatření těžko napravitelné.

Zároveň bylo prozatím stanoveno, že k Danielovu vzdělávání není nutný individuální plán, přesto je třeba respektovat u chlapce zásady přístupu k dítěti se syndromem ADHD a poruchami učení – dyslexie a dysortografie. Tyto závěry budou platné do konce docházky na první stupeň ZŠ. Daniel byl vyšetřen na EEG, toto vyšetření neprokázalo žádné odchylky od normálu.

Medikace, vývoj aplikace

Ihned po prvním vyšetření lékařkou psychiatrickou (březen 2014) byly Danielovi předepsány léky: Tiapridal 3x denně, Strattera 1 tableta večer.

Pro nedostatečný efekt byl od dubna 2014 přidán lék Ritalin 2 – 3x denně (podle odezvy lék podávat ráno a odpoledne – celkem 2 tablety, nebo odpolední dávku rozdělit na odpoledne a večer po ½ tableť). Důvodem byla nedostatečná koncentrace pozornosti při odpolední přípravě do školy. Očekávaný efekt se však nedostavil, a tak byl Ritalin opět vysazen. Lékařka doporučila užívat Esprico (přípravek sloužící jako doplněk stravy, který pomáhá k udržení normální činnosti mozku, nejedná se o lék jako takový). Tento přípravek matka chlapci podává nepravidelně.

V současné době Daniel užívá léky Tiapridal a Strattera. Aplikace léků však není jednoduchá, jak bude zmíněno v kazuistice v odstavci „Vývoj chování ve školní družině“.

Souhrn z rozhovorů s matkou

S matkou chlapce byly vedeny dva plánované rozhovory. *První strukturovaný rozhovor* měl za cíl zjistit více o zvycích a chování Daniela v dětství, v domácím prostředí, o jeho vztazích k jednotlivým členům rodiny, o spolupráci s třídní učitelkou (otázky i odpovědi k tomuto rozhovoru jsou uvedeny v příloze č. 1).

S odstupem času následoval *druhý nestruturovaný rozhovor*, který sloužil k doplnění prvotních informací a neformální výpovědi matky o vývoji některých jevů v životě Daniela od zjištění diagnózy, o současných problémech chlapce a jeho rodinného života, vlivů na jeho současné chování, případné změny v chování po nasazení medikace.

Matka popisuje, že v současné době není jednoduché režim dodržovat, neboť Daniel má další aktivity (kroužky florbalu a stolního tenisu), a proto někdy na přípravu do školy dojde až ve večerních hodinách, kdy již chlapec není schopen spolupracovat. Matka vypovídá, že od té doby, kdy Daniel začal užívat léky, se jeho stav o hodně zlepšil, také ve škole ho paní

učitelka poslední dobou častěji chválí, a proto se také Daniel více snaží. Je to pro něj moc důležité.

Matka hovoří také o vztahu otce s Danielem jako o problematickém. Otec vždy po seznámení s novou přítelkyní s dětmi udržuje častější a pravidelnější kontakt, ten však zeslábně po rozchodu s partnerkou. V současné době otec bydlí sám v novém bytě v místě bydliště dětí. Začal se s dětmi více stýkat, jeví o ně zájem, ale po rozchodu s partnerkou není v nejlepším psychickém stavu a děti zatěžuje svými problémy. To má značný vliv i na chování Daniela, který je hlavně po návštěvách u otce vůči matce odmítavý, někdy drzý, ale někdy zase milý. Jeho nálady se rychle střídají. Otce odmítá stále častěji, nechce ho navštěvovat.

Daniel poslední dobou nechce užívat léky, předepsané lékařkou psychologické ordinace. Toto rozhodnutí pochází údajně z jeho osobních pohnutek. Matka udává, že se tak Daniel rozhodl sám, nemá pro to žádné vysvětlení, pouze tvrdí, že léky brát nechce, nikdo ho nepřesvědčoval ani mu nerozmlouval, aby léky bral. Nechce svůj názor změnit ani po rozmluvě s třídní učitelkou, vychovatelkou, nereaguje ani na vysvětlení matky, že léky užívat musí pro jeho dobro, je to důležité pro jeho úspěšnost ve škole. (Matka přišla náhodně na to, že Daniel léky neužívá poté, kdy převlékala Danielovi povlečení a našla léky schované pod polštářem.) Po vážné rozmluvě matky s Danielem a po domluvě ošetřující lékařky Daniel léky bere, ale občas některý vyhodí. Pravidelné užívání léků je tak stále nevyřešené.

Vývoj chování ve školní družině (přímé nestrukturované pozorování)

Daniel nastoupil do školní družiny v září 2013, tedy ve věku 7 let. Byl milý, vstřícný. S některými dětmi se znal již z mateřské školy, měl mezi nimi dobré kamarády, nebyl konfliktní, a tak jej děti dobře přijaly. Od počátku však jevil známky neklidu, přebíhal od jedné činnosti ke druhé, „nic ho nebavilo, nudil se“, vydržel pouze u konstruktivních stavebnic, ale i zde vyžadoval individuální přístup vychovatelky. Nevydržel sledovat ani předčítání či vyprávění pohádek při odpočinkových činnostech, stále se stěhoval po místnosti, převaloval se, měnil polohy, musel proto sedět vždy v bezprostřední blízkosti vychovatelky, aby s ní byl v přímém kontaktu a viděl na obrázky v knize. Při zájmových činnostech se zapojoval pouze tehdy, pokud mohl být středem pozornosti, samostatně nepracoval. Bavily ho především pohybové aktivity, ve kterých byl úspěšný. Stále vyžadoval kladnou odezvu a zpětnou vazbu. Připravit pro Daniela činnost, která by ho zaujala, bylo někdy nad lidské

síly. Agresivita vůči sobě ani nikomu jinému nebyla u něj zaznamenána, neměl důvod s nikým soupeřit a necítil se ohrožený.

Nejvýraznější u něj byly známky značně opožděného vývoje řeči (mluvil velmi nesrozumitelně s mnoha logopedickými vadami, jeho slovní zásoba byla ale na dobré úrovni a gramatická správnost projevu v normě). Ve školní družině pobýval jeden týden do konce provozu, druhý týden chodil po obědě, matka má s dvojčaty v první třídě mnoho práce, tak využívá kratší směny, aby se mohla dětem intenzivně věnovat (pracuje jako prodavačka na směny).

Po prvním vyšetření u lékařky psychiatrie (duben 2014), kdy byla Danielovi nasazena medikace, se začaly problémy s hyperaktivitou mírně zlepšovat. Daniel měl ale časté výkyvy nálady, někdy pracoval s plným nasazením, jindy nechtěl pracovat vůbec. V té době docházel také na logopedii, a tak se vývoj jeho řeči mírně posunul. S logopedkou však nechtěl příliš spolupracovat, a také jeho matka si stěžovala, že doma nechce mluvní cvičení provádět, a proto s ním na logopedii přestala docházet.

Daniel s nástupem do druhé třídy (září 2014) nastoupil opět do školní družiny, zůstal ve stejném oddělení, avšak přišly sem také nové děti, které začaly navštěvovat první třídu. Daniel se cítil důležitější, byl rád, když byl pověřen „významnými“ úkoly (rozdávání pomůcek, rada mladším se sebeobslouhou, zvyky a pravidly školní družiny, pomoc při úklidu oddělení, atd.). V té době byl již Daniel mnohem klidnější, ale stále se nechtěl moc zapojovat do zájmových činností, moc si nevěřil, nebavilo jej to. Úspěch u něj měly především aktivity, při kterých se mohl více pohybovat, společné pohybové hry, dramatizace všech možných situací, které nemusely být slovně doprovázeny (pantomimické hry). Na prvním místě stále zůstávají konstruktivní hry, je poměrně šikovný a má bohatou fantazii, dobře spolupracuje i s vrstevníky.

V současné době je žákem třetí třídy, do školní družiny dochází ob jeden týden, pobývá zde většinou do konce provozu. Jeho stav se upravil natolik, že je samostatný, moc rád pomáhá, ale vzhledem k tomu, že kolektiv oddělení je složen převážně z mladších dětí, nemá zde již mnoho kamarádů, se kterými by měl společné zájmy. Proto se většinou věnuje samostatnému vytváření „čehokoli“, to ho prý nejvíce baví, náměty získává sám z internetu a televize. Od vychovatelky vyžaduje pouze materiál, poté zhodnocení a ocenění práce. Společné aktivity připravené vychovatelkou většinou z důvodu delšího vyučování nestíhá, zapojuje se jen někdy a ne příliš dobrovolně. Stále má rád pantomimu, při odpoledním čtení (pokud je přítomen – asi 1 – 2x týdně) „rád předvádí čtený text“. Má velkou fantazii. Děti se

na tyto chvíle těší, Daniel tak získává na důležitosti. Ve školní družině je spokojený, nemá konflikty ani s dětmi ani s vychovatelkami. Jeho slovní projev se zlepšil, ale stále má řadu logopedických vad. Na logopedii nedochází. Stačí mu, „že se domluví“.

Problém je pouze s užíváním léků, Daniel odpolední dávku léku (Tiapridal) užívá po obědě. Zpočátku s tím neměl problém, lék sám dobrovolně užíval ihned po příchodu z oběda, ale v současné době (přibližně od ledna 2016) jej odmítá. Občas některý lék vyhodí do koše nebo vyplivne. Proto matka požádala o spolupráci vychovatelku, aby dohlédla na Daniela a lék mu podávala ona. Daniel při rozhovoru neumí vysvětlit, proč se jeho přístup k léčbě změnil, ani matka si s ním neví rady. V průběhu léčby však Daniel měl obtíže s útlumem přes den a večer naopak s nespavostí, a tak bylo dávkování i složení léků na doporučení lékařky upravováno. To by mohlo být příčinou Danielova počínání. Ve výpovědi to matka ale nepotvrzuje.

Prognóza dalšího vývoje, závěr

Daniel nastoupil do školní družiny jako dítě s příznaky dyslálie a symptomy ADHD. Tyto diagnózy byly potvrzeny i odborníky, proto užívá léky na tlumení hyperaktivity a zlepšení pozornosti. K diagnóze ADHD se ve školním vzdělávání přidaly i poruchy učení – dyslexie a dysortografie. Daniel ale nemá formu ADHD s agresivitou, což mu napomáhá být úspěšný v kolektivu dětí a jeho integrace není proto tak složitá.

Jeho vývoj je mírně pozitivní díky léčbě, dobré spolupráci matky s lékařkou i vychovatelkou, dodržování pravidelných režimových momentů a důslednosti při výchovném působení ve družině i doma. Přispívá k tomu také postupné dozrávání nervové soustavy chlapce. Problémem je pouze spolupráce s třídní učitelkou, jak bylo zmíněno ve výpovědi matky, také občasné problémy s biologickým otcem.

Přesto, že Daniel odmítá občas léky brát, lze konstatovat, že Danielovy výsledky hlavně v oblasti hyperaktivity a impulzivity se značně zlepšily nejen ve škole (nosí pochvaly, ne pouze poznámky jako dříve), doma, ale i ve školní družině a v dalších volnočasových aktivitách. Jeho prognóza je proto při dodržení léčby a výchovných zásad příznivá.

6.2 Kazuistika č. 2 – Karel (narozen v říjnu 2007)

Charakteristika chlapce

Chlapec jménem Karel¹¹ je drobnější postavy i vzrůstu, má světlé vlasy. Je velmi komunikativní a lehce navazuje kontakt i s cizí osobou. Je důvěřivý, citlivý, avšak velmi impulzivní. Je starý 8 let, navštěvuje 2. třídu běžné základní školy. Mimo školu chodí pouze do školní družiny, není přihlášen do žádného dalšího kroužku. Krátkou dobu chodil do oddílu aikida, o tento sport však neměl zájem, a tak jej matka odhlásila („nebavilo ho to, nudil se“).

Rodinná anamnéza

Sourozenci: Chlapec má sestru (dvojče), která má podle výpovědi třídní učitelky učební obtíže obdobného charakteru jako Karel, avšak jde pouze o poruchu koncentrace bez hyperaktivity. Zatím nebyla vyšetřena, ale třídní učitelka doporučuje posouzení alespoň školním psychologem.

Z prvního manželství matky má chlapec ještě dvě sestry – 15 a 17 let, ty jsou zdravý a bez problémů.

Rodiče: Matka (41 let) je ukrajinské národnosti, má základní vzdělání, nedokončila střední zdravotnickou školu, byla zaměstnána jako sanitářka a pomocná sestra v nemocnici, v současné době pracuje jako dělnice ve výrobě. Je zdravá.

Otec (39 let) je české národnosti, je vyučen zedníkem a v oboru pracuje, doma je však pouze o víkendech, v zimě občas i během týdne. V současné době mu bylo doporučeno vyšetření sluchu.

Za zmínku ze širší rodiny stojí ještě Karlova sestřenice (dcera otcovy sestry), která má diagnostikovanou poruchu ADHD.

Osobní anamnéza

Chlapec je ze třetí matčiny gravidity, která byla riziková, je z dvojčat, porod proběhl v termínu, spontánně, Karel se narodil záhlavím, byl drobnější (2500g, 49 cm), jeho dvojče (sestra) bylo porozeno sekci. Poporodní stav dvojčat i adaptace byla normální. Neprodělal žádné operace ani úrazy, pouze běžná onemocnění, vážně nestonal. V mladším věku trpěl

¹¹ Jméno je fiktivní ze stejného důvodu jako u chlapce z kazuistiky č. 1. Rodiče souhlasili s použitím důvěrných údajů a materiálů o chlapci.

atopickým ekzémem, který však odezněl. V současné době má stanovenou alergii na roztoče a srst kočky.

Předškolní vývoj

Dle výpovědi matky byl Karel v raném dětství klidné dítě, byl kojen do 11. měsíce. Jeho motorický vývoj byl urychlený, první samostatné kroky dělal již v deseti měsících, byl hodně živý. Řeč se vyvíjela v normě – v roce používal první slova, ve dvou letech věty, řeč je bez vad, na logopedii nedocházel.

V mateřské škole se však objevily první problémy s chováním, Karel byl neklidný, nevydržel u žádné činnosti, provokoval děti. V této době mu bylo poprvé doporučeno vyšetření v PPP, které bylo realizováno. Psycholožka konstatovala symptomy ADHD (hyperaktivitu a poruchu pozornosti).

Školní anamnéza

Karel nastoupil do základního vzdělávání v šesti letech, je narozen v říjnu, a tak u něj o odkladu nebylo uvažováno. Ve škole se od počátku objevovaly problémy s hyperaktivitou, nevydržel se soustředit na školní práci, nedokázal sedět při vyučovacích hodinách, nezapojoval se do práce, byl také impulzivní při styku se spolužáky, byl agresivní (ubližoval jim, ale poté toho litoval). Doma se také projevíly problémy s přípravou do školy, odmítal pracovat, odbíhal od práce. Problémy se stále prohlubovaly, a tak matka vyhledala na doporučení školy pomoc v PPP. Po tomto vyšetření byla potvrzena diagnóza ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou. Poté následovalo za necelého půl roku vyšetření u odborné dětské psychiatricky, ta diagnózu potvrdila a zavedla medikaci. Stručné shrnutí výsledků obou vyšetření je uvedeno dále. Po zavedení medikace a s dopomocí asistenta pedagoga se chování i školní práce Karla výrazně zlepšily. V současné době při dodržování terapeutických postupů má Karel dobré výsledky, prognóza je mírně příznivá.

Průběhy vyšetření, závěry, doporučení

Jak již bylo zmíněno výše, Karel absolvoval několik vyšetření. Všechna vyšetření shodně konstatovala diagnózu syndromu ADHD. Vyšetření probíhala v době od prosince 2012 do září 2015, v prosinci 2015 Karel absolvoval EEG vyšetření.

První vyšetření bylo uskutečněno v průběhu předškolního vzdělávání v mateřské škole, kdy se projevíly první výše jmenované problémy (především hyperaktivita, agresivita,

zvýšená impulzivita, k nimž se později přidaly poruchy koncentrace). Toto vyšetření proběhlo v PPP. Závěrem bylo konstatováno, že vývoj dítěte je v normě, projevy hyperaktivity a neklidu jsou pravděpodobně v souvislosti s rizikovými faktory v rodinné i osobní anamnéze (těhotenství matky, diagnóza ADHD se již vyskytuje u Karlovy sestřence).

Další vyšetření již proběhlo v průběhu docházky do základní školy, kde bylo konstatováno, že Karel je snaživý, ale není v jeho silách práci dokončit, je neklidný, brzy se unaví, pozornost je lehce ovlivnitelná okolními vjemy, byla také zjištěna nezralost schopnosti zrakového i sluchového rozlišování, souhlasná lateralita (levá ruka, levé oko), úroveň intelektových schopností v pásmu podprůměru (převládá názorová složka), verbální složka v hraničním pásmu intelektové výkonnosti, praktické vědomosti zaostávají za normou chronologického věku. Karlovi byla doporučena individuální integrace s částečnou podporou asistenta pedagoga, není však nutný individuální vzdělávací program.

Matce byla doporučena návštěva a vyšetření chlapce dětskou psychiatrickou, které následně s Karlem podstoupila. Lékařka po analýze osobní a rodinné anamnézy a vlastním vyšetření chlapce učinila závěr – diagnóza F 90.0¹² – těžká forma poruchy aktivity a pozornosti – ADHD, podprůměrné intelektové předpoklady. Určila medikaci (uvedeno v textu dále) a doporučila rodině nadále nutný dohled a dopomoc při práci a přípravě do školy, základních úkonech sebeobsluhy, ve škole individuální přístup a dopomoc asistenta.

Karel absolvoval také vyšetření EEG, zde ale nebyly shledány žádné změny ani odchylky od normálu.

Medikace, vývoj aplikace

Lékařka po stanovení diagnózy ADHD předepsala lék Ritalin, zpočátku určila denní dávku 1 tabletu (rozdělila ji do dvou fází – ráno i po obědě ½ tablety, večer bez léku). Po nástupu kladného efektu Karel lék užívá stále, avšak v současné době mu byla ranní dávka zvýšena na 1 tabletu, polední zůstává stejná. Lékařka však zaznamenala vedlejší účinky v podobě nechutenství a občasné agresivity, a tak se podle výpovědi matky rozhodla ponechat lék do konce školního roku, o prázdninách bude medikace změněna a vyzkoušen účinek jiného léku tak, aby Karel s novým lékem mohl bez problému absolvovat vyučovací proces.

¹² Diagnóza F 90.0 je podle MKN-10, kapitola V., str. 250, definována jako „nedostatek pozornosti s hyperaktivitou, syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou“, nepatří sem hyperkinetická porucha s poruchou chování (F90.1)

Rozhovor s matkou

Matka se zúčastnila kromě krátkých průběžných rozhovorů při předávání dítěte ze školní družiny dvou plánovaných rozhovorů – *strukturovaného*, který měl za cíl zjistit více údajů o chlapci, jeho chování v domácím prostředí a jeho vztazích se členy rodiny, o spolupráci s třídní učitelkou (otázky i odpovědi k tomuto rozhovoru jsou uvedeny v příloze č. 1), a *neformálního rozhovoru* krátce po opětovném přihlášení do školní družiny.

V druhém *neformálním rozhovoru* matka krátce popsala, jak se změnil stav chlapce po zavedení medikace, jaké jsou jeho nynější problémy a jakým směrem by měla postupovat léčba.

Po zavedení léku se Karel velmi uklidnil. Matka ho chválí, je ale důležité skutečně poctivě dodržovat dávkování léku, při vynechání „se to okamžitě projeví“. Nyní uvažují o změně léku pro jeho vedlejší účinky (nechutenství a nižší vzrůst i hmotnost chlapce, občasné projevy agresivity). Toto lékařka naplánovala na prázdniny, aby vše vyzkoušeli a „nebyly s tím problémy, až bude chodit do školy“.

Rozhovor s třídní učitelkou

Třídní učitelka vypovídala ve *strukturovaném rozhovoru*, ve kterém bylo cílem zjistit více o jejích zkušenostech s prací s dětmi s různými poruchami, jejím postupu a zásadách při práci a přístupu k těmto dětem. Otázky i odpovědi k rozhovoru jsou součástí přílohy č. 2.

Tato paní učitelka má již dlouhodobou praxi, původně vystudovala speciální pedagogiku, a tak je odborníkem v tomto oboru. Rozumí problému, který Karel se svou diagnózou má, jen chvíli trvalo, než si ho uvědomila také Karlova rodina. Nyní je práce mnohem jednodušší, i když není vše úplně bez problému. Hlavní komplikace nastávají, když si někdy Karel zapomene vzít ráno svůj lék.

S Karlem je v současné době vše na nejlepší cestě, hlavním důvodem tohoto vývoje je velmi dobrá spolupráce s rodinou, jejich rozumný přístup k chlapcovu onemocnění a bezpodmínečné a láskyplné přijetí chlapce.

Rozhovor s asistentkou pedagoga

Asistentka pedagoga vypovídala v *polostrukturovaném rozhovoru* o svých zkušenostech s touto prací, o seznámení s Karlem, o vývoji jejího vzájemného vztahu

s chlapcem, vývoji jeho problému s onemocněním. Otázky, témata a záznam rozhovoru jsou součástí přílohy č. 3.

Asistentka nějakou dobu hledala správný přístup ke Karlovi, pochopila jej a v současnosti jejich práce pokračuje většinou v souladu. Karel někdy jedná impulzivně, ale asistentku má rád, a proto se vše snaží napravit. Její účast ve třídě je přínosná.

Rozhovor s vychovatelkou školní družiny

Karlova vychovatelka, které je Karel v současné době svěřen, si vede podrobné záznamy o Karlově chování, ve kterých popisuje vývoj zapojení chlapce do kolektivu oddělení, vztahy Karla k ostatním dětem, jeho spolupráci v jednotlivých aktivitách a režimových momentech.

S vychovatelkou byl veden *neformální rozhovor*, při kterém vychovatelka svými slovy vyprávěla nové poznatky o chování Karla ve školní družině. Účelem rozhovoru bylo zjistit, jak se Karlovi daří po návratu do školní družiny po zavedení medikace.

Vychovatelka popisuje současné chování při jednotlivých činnostech: „Karel je většinou poslušný, je však dost roztěkaný, u her nevydrží příliš dlouho. Často náplň her mění, ještě ani hru nedokončí. Společných her se účastní se zájmem, ale stále nad ním musí být dohled, jinak dochází k dohadům mezi ním a ostatními spoluhráči. Pak ho většinou hra přestane bavit a raději něco dělá sám. Rád se předvádí, zpívá nebo něco vypráví, je rád středem pozornosti všech.

Také při zájmových činnostech se nesoustředí po celou dobu, proto mu vše déle trvá a většinou nechce (nedokáže) práci dokončit.

Při sebeobsluze (oblékání a hygieně) bývá často poslední, a tak mu musím dát náskok, posílám ho dříve než ostatní děti. I při obědě potřebuje více času. Jeho sestra byla pověřena matkou, aby na něj v jídelně dohlédla. Zbavila jsem ji této povinnosti a dohlížím na něj sama. Karel moc nejí, podle matky to souvisí s užíváním léku na ADHD, ale vzhledem k tomu, že Karel je poměrně drobný na svůj věk, myslím, že měl s jídellem potíže už před léčbou.“

Na dotaz na vztahy Karla k ostatním dětem vychovatelka vypovídá, že jeho původní agresivní chování se dost zlepšilo, nejedná již tak impulzivně jako dříve, občas se dostane do nějaké potyčky s chlapci, ale pak je mu to líto a dobrovolně a spontánně se omluví. Děti ho přijaly do skupiny, lépe mu rozumí, snaží se s ním vycházet a spolupracovat. Ale není to vždy

jednoduché, někdy potřebují pomoc a rozsouzení dospělým (vychovatelkou). Karel si uvědomuje zásady „slušného chování“ v kolektivu a většinou má snahu se podle nich řídit.

Jinak je Karel citlivé dítě, někdy je plačtivý, jindy výbojný, nálady se u něj střídají velmi rychle. V dobré náladě je velmi milý a rád vypráví, zpívá, popisuje různé zážitky. Pokud nemá náladu, nechce s nikým komunikovat, umí se i naštvat.

Jeho chování se ale hodně posunulo k lepšímu (oproti původnímu stavu, kdy navštěvoval školní družinu před přerušением docházky), s Karlem lze rozumně komunikovat a snaží se řídit podle rad dospělých.

Vývoj chování ve školní družině (nepřímé nestrukturované pozorování)

Záznam pozorování a popis Karlova chování a vývoj účasti ve školní družině poskytla vychovatelka, která se o Karla starala v době jeho nástupu do školní družiny.

Karel do školní družiny nastoupil hned v první třídě (září 2014), kdy zahájil školní docházku. Matka v té době pracovala v nemocnici jako pomocná sestra, Karla i jeho sestru často vyzvedávaly jeho starší sestry, které se o dvojčata staraly do příchodu matky.

Od počátku byl Karel velmi agresivní, nezvladatelný, s dětmi si nemohl hrát, protože při sebemenším popudu jednal impulzivně a bez rozmyšlení. Poté toho litoval, své špatné chování si uvědomoval, ale nemohl je ovládat. Děti ho vyřazovaly ze své společnosti, zvláště chlapci si s ním nechtěli hrát. Také jeho koncentrace na práci při společných zájmových aktivitách nebyla dostatečná. Dodržování předem stanovených pravidel Karel neustále porušoval.

Časté stížnosti vychovatelky rodičům na Karlovo nezvladatelné chování ve školní družině, ale také problémy ve škole a absolvování několika doporučených vyšetření se závěrem diagnózy ADHD dovedly matku k rozhodnutí, že ukončí pracovní poměr a bude se Karlovi a jeho sestře intenzivně věnovat. Odhlásila děti ze školní družiny (v květnu 2015, přerušení docházky do školní družiny trvalo přibližně osm měsíců). V té době také začala fungovat ve škole jako chlapcův asistent.

Prognóza dalšího vývoje, závěr

Karel má stanovenou diagnózu ADHD. Jeho vývoj v tomto ohledu byl poměrně přímočarý, porucha se u něj projevila dost výrazně hned od předškolního věku a poté byly

příznaky tohoto onemocnění konstatovány nezávisle několika odborníky také po začátku školní docházky.

Po stanovení diagnózy ADHD a doporučení dopomoci asistenta pedagoga ve školním vyučování se matka ujala této funkce (zapojila se dočasně jako chlapcova asistentka, dokud nebude jiné řešení). Po zavedení medikace se chlapcův stav zlepšil, zmírnila se jeho agresivita, ale na matku stále nereagoval podle představ učitelky, a tak matka zůstala v domácnosti a Karel dostal novou asistentku. Matka měla poté i více času a energie individuálně se chlapci věnovat. To situaci prospělo natolik, že se Karel mohl vrátit do školní družiny (leden 2016) a matka si našla novou práci.

V současné době navštěvuje Karel družinu druhým rokem, je umístěn do jiného oddělení, než původně docházel, jeho chování a vývoj je popsán ve výpovědi současné Karlovy vychovatelky. Je však nezbytně nutné dodržovat medikaci, pokud Karel někdy zapomene lék užít, ihned se to odrazí na jeho chování. Lék je mu podáván i v průběhu účasti ve školní družině. Těsně před podáním léku bývá již nedostatečný účinek patrný.

Karel prošel složitým obdobím hledání správného postupu při nápravě, ale dnes je jeho léčba perspektivní a prognóza je mírně příznivá. Pokud bude Karel užívat léky, společně s vhodným a jednotným výchovným působením a nezbytným vlídným a trpělivým přístupem má velkou naději na zlepšení. Matka je velmi snaživá a dobře spolupracuje s lékařkou, učitelkou i vychovatelkami školní družiny. Působení na Karla je tak sjednocené a jeho další vývoj se ubírá žádoucím směrem.

6.3 Kazuistika č. 3 – Vojtěch (narozen v prosinci 2006)

Charakteristika chlapce

Jedná se o chlapce jménem Vojtěch¹³, který je na svůj věk vysoké postavy, je štíhlý a má světlé vlasy. Je poměrně sdílný, komunikativní, rád vypráví (nejraději smyšlené historky), ale při rozhovoru udrží minimální oční kontakt. Aktuálně je žákem třetí třídy běžné základní školy, je mu 9 let. V současné době navštěvuje mimo školní družiny pouze základní uměleckou školu, hraje na flétnu. O dalších mimoškolních aktivitách bude zmínka dále.

Rodinná anamnéza

Sourozenci: Chlapec má jednoho staršího bratra (syn matky z prvního manželství, nyní dospělý). Bratr studuje a bydlí na internátu, domů jezdí pouze na víkendy. Je zdravý.

Rodiče: Matka dokončuje vyšší odborné vzdělání v oboru zdravotní sestra v kombinovaném studiu. Pracuje jako zdravotní sestra nemocnici. Je zdráva.

Otec je zaměstnán u soukromé firmy jako lesní technik. Po úrazu v dětství má problém s délkou levé dolní končetiny (obtíže při chůzi, na jednu nohu napadá). Jinak je zdravý.

Osobní anamnéza

Vojtěch se narodil z druhého těhotenství matky, průběh těhotenství byl fyziologický, bez komplikací, porod byl v termínu, avšak komplikovaný, ukončen sekci. Poporodní vývoj chlapce byl normální.

Předškolní vývoj

Vojtěch byl živější dítě, raný psychomotorický vývoj v normě. Hůře spal, více plakal a bděl již jako malé batole. Řeč se vyvíjela podle věku (kolem roku slova, později věty), z důvodu vad ve výslovnosti byl ve věku tří let umístěn do mateřské školy s vadami řeči. Separaci od rodičů snášel dobře. Již zde se však objevily opakované problémy s chováním, často dětem bezdůvodně ubližoval, v sociální interakci se dostavovaly neadekvátní či přehnané reakce na podnět. Ale také jeho motorický neklid při kterékoli činnosti byl výrazně odlišný od jeho vrstevníků. Vojtěch byl každou chvíli někde jinde, u žádné činnosti nesetřval ani vteřinu. Ani při poledním odpočinku nevydržel v klidu, stále se převaloval a nezamhouřil oko. První vyšetření v PPP proto proběhla již v předškolním věku, jak bude

¹³ Také jméno tohoto chlapce je smyšlené ze stejných důvodů jako u předchozích kazuistik.

uvedeno dále. Jeho výslovnost se v průběhu předškolního vývoje upravila, nyní je bez vad řeči.

Školní anamnéza

Vojtěch byl zařazen do školní docházky bez odkladu ve věku šesti a tři čtvrtě roku věku (narozen v prosinci, nástup do školy v září 2013). Ve škole se adaptoval dobře, je komunikativní, ale působí dětinsky (předvádí se, šaškuje, záměrně šišlá). Jeho neklid se vystupňoval, nevydrží sedět v lavici, stále odchází ze svého místa, na práci se nesoustředí. O přestávkách stále vyvolává potyčky se spolužáky, potřebuje neustálý dohled. Školní dovednosti jsou v normě.

Koncem školního roku (červen 2015) navštívili rodiče z vlastního rozhodnutí klinickou psycholožku, která u Vojty kromě již zmiňovaných symptomů ADHD diagnostikovala také hraniční poruchu autistického spektra – Aspergerův syndrom (bude uvedeno dále).

Nyní je Vojtěch stále ve stejném třídním kolektivu, chodí do třetí třídy, v současné době pracuje s dopomocí asistentky, jeho problémy se ale příliš nemění, pouze kolísají od lepších období k horším. Spolužáci s Vojtou nevycházejí, nerozumí mu, stále si na něj stěžují, v důsledku toho se Vojtova agresivita zvyšuje. Musí být pod stálým dohledem dospělého.

Průběhy vyšetření, závěry, doporučení

Vojtěch byl na doporučení učitelek mateřské školy již v předškolním věku poprvé vyšetřen v PPP (říjen 2010). Výsledek však není znám. Rodiče zprávu o vyšetření mateřské školy nepředali.

Druhé vyšetření proběhlo bezprostředně před nástupem do základní školy (leden 2013). Ze zprávy vyplývá, že úroveň rozumových schopností chlapce je v normě, symptomy syndromu ADHD přetrvávají, vliv na jeho chování může mít i výchovný styl rodičů – nedostatečné usměrňování a shovívavost. Rodině byla doporučena řada opatření ke změně výchovného působení na Vojtu.

Následné vyšetření proběhlo v psychologické ordinaci (červen 2015), kde byl Vojtěch vyšetřen několika diagnostickými metodami¹⁴ klinickou psycholožkou. Lékařka učinila závěr

¹⁴ U Vojtěcha bylo využito v diagnostice WISC III testu (Wechslerova inteligenční škála), projektivních metod Rorschachova testu k určení osobnosti vyšetřovaného, Wartegova testu (dokreslování započatých kreseb v časovém limitu)

– symptomy syndromu ADHD přetrvávají (hlavně neklid a impulzivita, méně koncentrace pozornosti), diagnóza Aspergerova syndromu v současné době převažuje, doporučila vzdělávat Vojtu podle IVP, dopomoc asistenta pedagoga.

Poté byl Vojtěch vyšetřen v SPC (speciálně pedagogické centrum, říjen 2015), toto vyšetření navazuje na výsledky předchozího vyšetření a jeho závěry a slouží k vypracování individuálního vzdělávacího plánu a dopomoci asistenta pedagoga. Je zde konstatováno, že se v případě Vojtěcha jedná o žáka se speciálními vzdělávacími potřebami – zdravotním postižením Aspergerovým syndromem ve smyslu § 16 zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů¹⁵. Vzdělávání chlapce bude probíhat formou individuální integrace za vhodných podpůrných opatření (IVP a pedagogická asistence).

Medikace, vývoj aplikace

Vojtovi nebyly dosud předepsány žádné léky.

Rozhovor s třídní učitelkou

S třídní učitelkou byl uskutečněn *strukturovaný rozhovor*, jehož otázky i odpovědi jsou součástí přílohy č. 2. Vyplývá z něj nepřekonatelná neshoda učitelky s rodiči Vojty, což má zásadní důsledky na vývoj chlapce. O Vojtovi si vede podrobné téměř každodenní záznamy. Ty dává k nahlédnutí rodičům, ale rodiče se brání, že je vše naopak, že učitelka si na Vojtu zasedla.

Od následujícího školního roku by měl Vojta přejít k nové třídní učitelce, avšak se stejnými spolužáky. Důležité však bude, jak zareagují rodiče chlapce, kteří nemají snahu spolupracovat se žádným z pedagogů.

Rozhovor s asistentkou pedagoga

Asistentka pedagoga, která pomáhá ve třídě s Vojtou, vypovídala v *polostrukturovaném rozhovoru* o svých zkušenostech s dětmi s podobnými poruchami, o jejím vztahu s Vojtou a vývoji jeho přístupu k ní (působí zde krátce – od listopadu 2015). Otázky a témata rozhovoru a její reakce jsou zaznamenány v příloze č. 3.

¹⁵Školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, §16, upřesňuje vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, bod 2) definuje pojem zdravotní postižení jako „mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování“.

Asistentka s Vojtou vychází střídavě dobře a špatně, vše záleží na aktuálním naladění chlapce. Rodiče asistentku příliš nepodporují a neuznávají, a proto ji chlapec nepřijímá. Často je na ni agresivní, vzteká se, je nepřizpůsobivý, vulgární, neposlouchá její rady. Rodiče ji „trpí“, protože jim byla doporučena, ale nekomunikují s ní příliš často, chlapce stále brání a jeho provinění svádějí na okolí (ostatní spolužáci, pedagogové).

Spolupráce s rodinou

Rodiče byli často zváni do školy, ale stále omlouvají Vojtěchovy chyby („Je prostě trochu živější“). Matčina výchova je benevolentní, vše Vojtovi promíjí, otec jedná podle momentální nálady (někdy Vojtu omlouvá, jindy mu nadává téměř bez důvodu). Chlapec je nedostatečně usměrňován, rodiče jsou shovívaví a nedůslední. Toto způsobuje častá nedorozumění mezi rodiči a třídní učitelkou. Rodiče popírají skutečnost, že by jejich syn měl výchovné problémy, vše svádí na pedagogy (třídní učitelku, vychovatelky). Spolupráce s nimi je velmi složitá a problematická. Nechtějí akceptovat ani doporučení školního psychologa a třídní učitelky k psychiatrickému vyšetření. Chlapec od třídní učitelky obdržel opakovaně napomenutí i důtku třídního učitele.

Po stálých incidentech a pod tíhou stížností ostatních rodičů Vojtovi rodiče přistoupili na to, že byl Vojta vyšetřen v PPP, později v psychologické ambulanci. Doporučením odborníků se však rodiče nechtějí řídit, odmítli další vyšetření se slovy, že „nechtějí Vojtovi dávat žádné léky“, brání se názorům ostatních, kteří mají zájem jim pomoci. Nejsou úplně smířeni s diagnózami, které byly stanoveny odborníky (syndrom ADHD, Aspergerův syndrom). Jejich spolupráce spočívá především v tom, že často docházejí do kanceláře školy a „na někoho nebo něco“ si stěžují. Zástupkyně školy jim vždy doporučí, aby se spojili a spolupracovali s třídní učitelkou, což rodiče většinou realizují, ale výsledek se nedostaví, neboť rodiče žádnou ze vzájemných domluv nedodrží. Chlapec stále obhajují a jsou agresivní, pokud okolí neuznává jejich názory.

Také při účasti v tomto projektu byli rodiče poněkud rezervovaní. Po písemném příslibu, že využití údajů o jejich synovi bude anonymní, svolili, aby byl popsán případ Vojtěcha v kazuistice, ale nebyli ochotni poskytnout žádné další materiály z vyšetření ani rozhovor.

Vývoj chování ve školní družině.(přímé nestrukturované pozorování)

Vojtěch nastoupil do školní družiny s nástupem do první třídy základní školy v září 2013. Rodiče neuvedli u chlapce v přihlášce ani při přijímacím rozhovoru žádné problémy, proto na něj bylo nahlíženo jako na zdravé dítě bez zvláštních potřeb. Po upozornění na první odchylky od běžného chování (nezvladatelnost, agresivitu a stálé narušování zavedených pravidel, vulgarity vůči dětem i dospělým) otec reagoval slovy, že si „myslel, že mateřská škola spolupracuje se základní školou a poznatky byly předány“. Po kontaktování mateřské školy, odkud Vojtěch přišel, bylo zjištěno, že rodiče ani do mateřské školy nepředali výsledky posledního vyšetření z PPP, jejich spolupráce s mateřskou školou také nebyla založena na důvěře. Teprve při opakovaných stížnostech otec zprávu z předškolního vyšetření v PPP předal třídní učitelce a kanceláři školy.

Chlapec projevoval stále známky neklidu, nebavily ho žádné řízené činnosti, stále se při nich přemísťoval a vyrušoval hlasovými projevy v době, kdy měl setrvat v klidu. Ostatní děti si tak vytvořily postupně od Vojty odstup, chlapec se stával izolovaným od skupiny vrstevníků, nikdo ho nechápal. To vyvolávalo agresivní reakce z jeho strany, bezdůvodné slovní i fyzické napadání. Rodiče ostatních dětí si na Vojtovo nevhodné chování stěžovali. Vychovatelka, která měla Vojtu ve svém oddělení, to řešila tak, že Vojtu musela mít stále pod dohledem.

Ve druhé třídě byl Vojta po opětovném přihlášení do školní družiny přesunut do jiného oddělení, kde je mu věnována individuální péče. Vzhledem k tomu, že byl již starší a v oddělení jsou i mladší děti (z prvního ročníku ZŠ), Vojta se mírně uklidnil. Jeho chování se ale mění podle jeho aktuálního stavu, někdy je klidný, jindy dělá problémy. Stále se neumí soustředit na činnosti, které to vyžadují, ale pokud jej něco zaujme, vydrží tuto činnost vykonávat dlouhou dobu a opakovaně. Při volných odpočinkových hrách se zpočátku zapojuje do skupiny dětí (většinou mladších, kde se cítí dobře), dokud nevznikne první konflikt. Pokud jde o napadání dětí (slovní či fyzické), Vojta neuznává svou vinu, k sobě je nekritický a po prvotních výmluvách, že „on si nezačal“ nebo že „ho někdo naváděl“, se dětem pod tlakem všech nerad omluví. Hra tak může pokračovat, ale pod zvýšenou kontrolou vychovatelky. Jindy, pokud „má svůj den“, musí být jeho pozornost hned od počátku odvedena na jinou činnost, musí být pod neustálým dohledem. Ani při organizovaných hrách nevydrží celý průběh bez problémů. Mívá záchvaty vzteku. Společenské hry jej nebaví vůbec, nechápe pravidla a neumí prohrávat. Při pokusech o relaxaci Vojta nedokáže odpočívat, stále sebou „šije“, ruší vykřikováním a nevydrží v klidu ani krátkou dobu. Nejoblíbenější jsou

u Vojty hry s dramatizací, kde se může předvádět. Má fantazii, jeho vymyšlené scénáře jsou v oblasti sci-fi příběhů. Pantomimické hry však nezvládá, protože nevydrží bez hlasového projevu.

Ve třetí třídě je Vojta zapsán do stejného oddělení jako ve druhé třídě, pouze složení kolektivu dětí se mění podle nově příchozích prvňáků. Vojta do této skupiny zapadá, mezi mladšími dětmi se cítí lépe, má pocit, že ho tyto děti poslouchají, lépe mu rozumí, našel si zde pár „spřízněných duší“ a necítí se ohrožen soupeřením s nimi. Rád se předvádí a „šáskuje“.

U Vojty se začínají projevovat sklony ke stereotypům (stále opakuje stejné věty, činnosti), trvá to většinou do doby, než jej zaujme jiný námět. Takto měl například období, kdy byl zaujat událostmi kolem jaderného výbuchu v Černobylu, okolnostmi druhé světové války, ale také sexuální tematikou. Otec uvedl, že si Vojta sám vyhledává poznatky o těchto událostech a tématech v knihách a na internetu, kreslí k nim obrázky a píše si poznámky. Nikdo nedokáže pak jeho pozornost odvést někam jinam, dokud se sám pro to nerozhodne.

Pod kontrolou dospělých již není tolik problémů, ve skupině si vydrží hrát do té doby, dokud děti nezačne slovně napadat nebo jim ničit jejich výtvary (konstruktivní hry). Sám při konstruktivních hrách spíše třídí kostky podle barev, tvarů nebo jiných společných znaků, které ho zrovna zaujmou, jinak staví pouze zbraně a ruší jejich používáním hru ostatních dětí. Při zaujetí hrou již udrží pozornost déle, snaží se své dílo dokončit, ale stále je neklidný a nevydrží bez pohybu.

Ve školní družině pobývá Vojta pouze tehdy, pokud jsou oba rodiče v zaměstnání, matka pracuje na směny. V době volna Vojtovy matky chodí chlapec sám domů (bydlí jen pár metrů od školní družiny), matka ale často Vojtu shání telefonicky v dlouhém časovém odstupu od odchodu z družiny. Vojta se vždy někde zdrží, něco jej zaujme, domů vždy dojde se zpožděním.

Za zmínku stojí také vývoj v oblasti ostatních mimoškolních aktivit Vojty. Vojta již od první třídy navštěvoval řadu kroužků a oddílů (např. kroužek keramiky, vaření, kickboxu, fotbalu a další), ale všude pobyl vždy jen pár lekcí a poté činnost ukončil po rozmluvě vedoucích aktivit s rodiči. Všude měl velké kázeňské problémy, nedokázal se podřídit pravidlům a zařadit se do kolektivu ostatních dětí. Pouze v základní umělecké škole, kde má individuální péči, je možné s ním spolupracovat a nepůsobí větší problémy. Hudební nauka probíhá také individuálně mimo skupinu ostatních dětí. Hudba jej baví.

Prognóza dalšího vývoje, závěr

Vojtěch je chlapec s diagnózou syndromu ADHD a Aspergerova syndromu. Jeho vývoj je komplikovaný a problematický. Vojta bude potřebovat trpělivý individuální přístup ze strany pedagogů, ale především rodičů, jejich náklonnost a lásku, tak, aby mohl zažívat i úspěch a nejen odmítání.

Důležité je, aby si Vojtovi rodiče připustili problémy, které Vojta má. Pokud nebudou připraveni spolupracovat s ostatními, kteří jim chtějí pomoci, a nepochopí jejich dobré úmysly, není východiska z této situace. Změna ve Vojtěchově vývoji závisí především na nich.

Naším úkolem je rodiče rozumnými argumenty trpělivě přesvědčovat, že spoluprací a sjednocením výchovného působení na chlapce s dodržováním zásad, doporučených pro tyto děti, můžeme Vojtěchovi pomoci a alespoň trochu mu usnadnit další život.

7 Závěr – práce vychovatelky s integrovanými dětmi

Z uvedených kazuistik vyplývá, jak složitá a rozmanitá je práce s dětmi, které jsou označeny onemocněním syndromu ADHD. Ve školní družině ale nejsou integrovány pouze tyto děti. Proto je důležité uvědomit si důležitost výchovného působení ve školní družině s účastí integrovaných dětí a potřebu odborného, avšak chápavého přístupu vychovatelky k individuálním odlišnostem dětí.

Vychovatelka ve školní družině má na starost velmi pestré složení vrstevnické skupiny dětí mladšího školního věku. V kolektivu oddělení se často vyskytují kromě zdravých jedinců i děti se zvláštními potřebami, poruchami a onemocněními. Může se zde proto sejít celá řada jedinců, kteří potřebují individuální péči. Nežádka tak v jedné skupině mohou být i děti s dalšími psychologickými a psychiatrickými diagnózami (např. poruchy chování, autistického spektra, poruchy učení) a jinými zdravotními omezeními (např. astma, potravinové alergie, poruchy metabolismu, vady zraku, sluchu a další), se kterými si musí vychovatelka poradit. Je nanejvýš důležité mít co nejširší přehled o jednotlivých problémech, jejich řešeních a možnostech, jak s nimi zacházet. Vychovatelka sice nemůže ovlivnit, jak bude další generace zdravá, ale může svým profesionálním přístupem a přehledem o problematice zlepšit kvalitu života dětí.

Hlavním úkolem a cílem každé vychovatelky je vytvářet pozitivní klima uvnitř takto složitého organismu, jakým je kolektiv dětské skupiny ve školní družině. Její role je o to důležitější, že vychovatelka se velkou měrou podílí na spoluvytváření žebříčku hodnot, který může ovlivnit celý další vývoj mladého člověka. Pro malé děti je vychovatelka vzorem a jen na ní záleží, jaké vztahy si vytvoří s dětmi, o které pečuje v jejich volném čase. Proto je nezbytné, aby rozuměla věkovým zvláštnostem dětí, ale současně k nim přistupovala jako k partnerům. Práce ve školní družině je specifická právě proto, že toto umožňuje. Každá vychovatelka by si měla uvědomit své poslání a měla by jej co nejlépe využít při působení na charakterové vlastnosti mladého člověka. Spolu s rodiči a školou tak může ovlivnit to, jak bude vypadat vývoj další lidské generace.

8 Shrnutí

V této práci jsem se zabývala problematikou dětí se syndromem ADHD ve školní družině. Cílem zkoumání vybraných jedinců bylo poukázat na to, jak různorodé problémy se mohou u dětí s touto poruchou vyskytnout, jak se jednotliví jedinci se stejnou diagnózou mohou lišit, jaké jsou jejich konkrétní příznaky, prožívání, rizikové faktory, které se u jednotlivců vyskytují, jaké je potřeba volit přístupy ve výchovném působení na tyto děti v rámci školní družiny.

V teoretické části se práce v první kapitole věnovala pojmu školní družiny, jejím cílům, obsahu práce, možnostem využití volného času dětí, které tato instituce může nabídnout ve výchovném procesu, jehož je součástí. Ve druhé kapitole teoretické části bylo z dostupných materiálů o problematice syndromu ADHD poukázáno na to, jak o tomto onemocnění informuje odborná literatura. Zabývala jsem se příčinami tohoto onemocnění, příznaky, pochopením přístupu k postiženým jedincům z pohledu různých skupin populace, možnostmi diagnostiky a terapie, ale také integrace takto postižených jedinců do skupiny zdravých dětí. Ve třetí kapitole teoretické části jsem rozebírala pojem hry jako nejpřirozenější činnosti v období dětství, jejího vývoje v životě člověka, možnostmi klasifikace her, hry jako diagnostické a terapeutické metody.

V praktické části byly uvedeny konkrétní případové studie tří chlapců, kteří se s problémem syndromu ADHD potýkají a jsou účastníky pobytu ve školní družině. Metodami rozboru dostupných materiálů o chlapcích, pozorováním jejich chování a rozhovory s lidmi, kteří se podílejí na výchově těchto chlapců, jsem poukázala na rozmanitost jednotlivých případů, se kterými se může vychovatel ve školní družině setkat. Součástí kazuistik je také možná prognóza dalšího vývoje chování chlapců.

Chlapci popisovaní v jednotlivých kazuistikách jsou stejní svou diagnózou, mají řadu společných znaků, ale přitom jsou každý jiný v důsledcích, které jim toto onemocnění přineslo. Různé jsou přístupy jejich učitelů, rodičů, asistentů, výchovné působení a jeho vliv na vývoj těchto chlapců.

Všichni chlapci měli problémy již v raném dětství, při vstupu do mateřské školy se většinou problémy prohloubily a chlapci se zpravidla setkali s prvními vyšetřeními příčin jejich problematického chování. Po nástupu do základní školy se projevíly základní příznaky (triáda – hyperaktivita, poruchy koncentrace a impulzivita) u všech tří chlapců. Všem bylo

záhy diagnostikováno onemocnění syndromem ADHD. Jejich vývoj je však dále v mnohém velmi rozdílný.

První chlapec (Daniel) je ve třetí třídě základní školy, je z dvojčat, má pouze jednu sestru. Rizikovým faktorem při jeho výchově je rodinná anamnéza (rozchod jeho rodičů, problematický vztah s otcem), ve škole nechápavý přístup jeho třídní učitelky. K řešení jeho problému by také mohla přispět pomoc asistenta pedagoga, kterého odborná vyšetření opakovaně doporučila a čehož škola z důvodu nesouhlasu Danielovy třídní učitelky zatím nevyužila. Chlapec by se tak mohl zbavit neúspěchů ve školním vzdělávání při stanovení specifických poruch učení (dyslexie a dysortografie), které byly zjištěny při vyšetření v PPP. Přesto Daniel při zavedené terapii a jejím dodržování prokazuje zlepšení. Příčinou je jistě také pozitivní a zodpovědný přístup matky chlapce, která se chlapci s láskou věnuje, snaží se spolupracovat a dodržovat doporučená výchovná opatření. Ve školní družině je chlapec dobře adaptovaný díky neagresivní formě ADHD. Kolektiv dětí jej přijímá, není izolovaný, jeho účast se obejde bez asistenta.

Druhý případ (Karel) je žákem druhé třídy základní školy. Je také z dvojčat (sestra), ale v rodině žije ještě se dvěma staršími sestrami z matčina prvního manželství. Rodina je v současnosti úplná, vztahy členů rodiny k chlapci jsou dobré. Karel má oproti Danielovi rizikový faktor v genetické výbavě (sestřenice z otcovy strany má diagnózu ADHD), jeho vývoj také od raného dětství nasvědčoval problému této diagnózy. U Karla je však na rozdíl od Daniela přítomen příznak agresivity, což mu činí problémy v zařazení do kolektivu dětí. Ke zlepšení jeho stavu velmi napomáhá vysoce odborný přístup Karlovy třídní učitelky a pozitivní přístup asistentky a rodiny. Jednotné působení a stanovení pevných pravidel přineslo do Karlova života kladné výsledky. Karel má pouze problém s občasným nedodržením léčby, který komplikuje jeho chování. Při zavedené medikaci a s dodržováním zavedených výchovných opatření má dobré předpoklady, že bude s vývojem jeho stav na současné nebo lepší úrovni. Po zavedení léčby se symptom agresivity lehce zmírnil, proto se chlapec může účastnit s úspěchem pobytu ve školní družině i bez účasti asistenta, ale stále potřebuje nenápadný dohled a kontrolu vychovatelky. Ve družině je v současné době adaptovaný lépe než po nástupu v první třídě, k úspěšnému zvládnutí jeho problémů napomáhá nejvíce kladné hodnocení vychovatelky při sebemenším zlepšení nebo úspěchu v podobě pochvaly či jiné drobné odměny.

Třetí chlapec (Vojtěch) je žákem třetího ročníku základní školy. Ze všech tří případů uvedených v této práci je nejkomplikovanější. Je z úplné rodiny, má jednoho staršího bratra,

kteřý v současné době žije na internátu, domů dojíždí pouze na víkendy. U tohoto chlapce jsou rizikovým faktorem především rodiče. Vojtěch má velké výchovné problémy již od dětství, avšak jeho rodiče si dosud nepřipustili důsledky jeho diagnóz. Vše je komplikovanější o to, že chlapec má komorbidní diagnózy (kombinace ADHD s Aspergerovým syndromem). Rodiče se spokojili s vysvětlením, proč je jejich chlapec problematický, ale nejsou již ochotni dodržovat doporučení odborníků. Snaží se před problémy utíkat, chlapce omlouvají, vše svádí na okolí. Ke všemu přispívá nejednotnost výchovného působení, zmatek ve výchově bez mantinelů. Přesto nelze rodičům upřít, že mají Vojtu rádi, snaží se o něj starat tak, aby byl spokojený. Vojta neužívá žádné léky (rodiče tvrdí, že je nepotřebuje, žádný z odborníků, kteří Vojtěcha vyšetřovali, je dosud nedoporučil). Vojtěchovo chování bývá nevyzpytatelné, nelze předpokládat, jaký bude průběh dalšího vývoje. Práce ve školní družině je při velké trpělivosti vychovatelky a s neustálým dozorem nad chlapcem možná, avšak při naplněnosti oddělení a s účastí dalších dětí s onemocněními je velmi náročná. Nejtěžší úkol vychovatelky spočívá v zapojení Vojtěcha do kolektivu dětí, které se Vojtovou agresivitou a nejasným chováním zklamaly a nerozumí mu. S vyšším věkem Vojty se situace mírně zlepšila díky tomu, že Vojta se mezi mladšími dětmi cítí lépe a nemá potřebu s nimi soupeřit o pozornost, ale problémy se přesto často vyskytují. Dětem je proto třeba neustále přiměřenou formou vysvětlovat Vojtovy reakce, odlišnosti a způsoby chování tak, aby je přijaly.

Cíl této práce byl naplněn porovnáním jednotlivých případů z praxe a také srovnáním s teoretickými poznatky. Prokázalo se, že popis onemocnění ADHD tak, jak jej uvádí teorie, většinou odpovídá reálné skutečnosti, v jednotlivých případech jsou určité odlišnosti, ale základní příznaky se vyskytují u všech pozorovaných chlapců. V souladu s teorií se ukazuje také vývoj postižených chlapců s ohledem na rizikové faktory v jejich životě. Z práce vyplývá poznatek, že práce vychovatele ve školní družině je při účasti dětí s poruchami velmi náročná a je nezbytně nutné, aby každý vychovatel přistupoval k této práci zodpovědně a s nejširším možným vzděláním.

9 Seznam literatury a použitých zdrojů

Literární zdroje:

ČÁBALOVÁ, Dagmar. *Pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2993-0.

ERKERT, Andrea. *Hry pro usměrňování agresivity: 100 námětů pro činnosti s dětmi ve věku od 3 do 8 let*. Vyd. 2. Překlad Dana Lisá, Anna Veselá. Ilustrace Cornelia Menichelli. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-885-2.

GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: Porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.

HÁJEK, Bedřich. *Jak vytvořit vzdělávací program pro školní družiny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-233-1.

HERMOCHOVÁ, Soňa. *Hry pro život: sociálně psychologické hry pro děti a mládež*. 2. vyd. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-79-8.

LANIADO, Nessia. *Máte neklidné dítě?*. Vyd. 1. Překlad Ivana Hlaváčová. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-868-6.

MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Překlad Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-430-4.

PÁVKOVÁ, Jiřina a Bedřich HÁJEK. *Školní družina*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-751-5.

PÁVKOVÁ, Jiřina. *Pedagogika volného času*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-711-6.

PETILLON, Hanns. *1000 her pro školy, kroužky a volný čas: od Atomů po Život na ostrově*. 1. vyd. Brno: Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0095-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-65-6.

PREKOPOVÁ, Jiřina a Christel SCHWEIZER. *Neklidné dítě*. Vyd. 3. Překlad Alžběta Sirovátková. Praha: Portál, 2013. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-262-0466-4.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 11. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.

ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?: metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro rodiče a vychovatele*. 6. vyd., (aktualizované, rozšířené). Praha: D + H, 2005. ISBN 80-903579-1-1.

Internetové zdroje:

GAWLIK, Karel. *40 let MDZT* [online]. 2008 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.rorschach.cz/?p=228>

HUMPOLÍČEK, Pavel. *Projektivní diagnostické metody* [online]. 1999 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.ssvp.wz.cz/Texty/projektivnidiag.html>

Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. *České vydání, překlad a zpracování publikace z pověření MZ*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha, 2013, str. 250 [cit. 2016-01-20]. Dostupné z: http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/mkn-tabelami-cast_1-1-2013.pdf

Úplné znění zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), jak vyplývá z pozdějších změn. *Sbírka zákonů 2008* [online]. 2008, str. 4831 - 4832 [cit. 2016-03-15]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/uplne-zneni-zakona-c-561-2004-sb>

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění účinném od 1. ledna 2015. In: *Úřad pro ochranu osobních údajů* [online]. 2000 [cit. 2016-01-15]. Dostupné z: <https://www.uoou.cz/zakon-c-101-2000-sb-o-ochrane-osobnich-udaju-a-o-zmene-nekterych-zakonu-ve-zneni-ucinnem-od-1-ledna-2015/ds-3109/archiv=0&p1=1261>

10 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Strukturované rozhovory s rodiči

Příloha č. 2 – Strukturované rozhovory s třídními učitelkami

Příloha č. 3 – Záznam rozhovorů s asistentkami pedagoga

Příloha č. 1

Otázky ke strukturovanému rozhovoru s rodiči

1. Jaký byl Váš syn jako malé dítě?
 2. Kolik let bylo Vašemu synovi, když jste si uvědomila odchylky jeho chování od ostatních dětí?
 3. O jaké obtíže se přesně jednalo?
 4. Jak jste přijali jako rodina diagnózu syndromu ADHD?
 5. Co se změnilo a jaké zásady jste museli začít doma dodržovat po stanovení diagnózy?
 6. Jaký vztah mají k Vašemu synovi jeho sourozenci?
 7. Jak se chová Váš syn k Vám osobně a k otci?
 8. Na jaké úrovni je spolupráce s třídní učitelkou chlapce?
-

Odpovědi rodičů na otázky strukturovaného rozhovoru

Odpovědi jsou přepsány volně pouze z písemných poznámek, matky nesouhlasily se zvukovým záznamem.

Odpovědi Danielovy matky (kazuistika č. 1):

Otázka 1: Matka popsala vývoj Daniela v dětství jako mírně opožděný, jeho sestra (dvojče) se vyvíjela přiměřeně věku, Daniel za ní zpočátku zaostával. Vzhledem k tomu, že mu matka i jeho sestra při komunikaci rozuměly, nesnažil se mluvit lépe („stačilo mu to“). Po nástupu do školky byl zařazen i se svou sestrou do logopedické třídy, ale nechtěl moc spolupracovat. Již tam si paní učitelka stěžovala na jeho neklid, nesoustředěnost.

Otázka 2: Asi okolo třetího roku věku chlapce si matka uvědomila, že je Daniel živější než jiní chlapci, do té doby byl sice více aktivní než jeho sestra, ale matka to přikládala tomu, že je chlapec. Začal se také doma vztekat, stále byl v opozici, se sestrou docházelo k občasným roztržkám.

Otázka 3: Podle matky to nebylo nic vážného. Ale vydržet u hry neuměl nikdy, nebavily ho ani pohádky, stále pobíhal, rozhazoval hračky a nic nedokončil. Tou dobou měl i občasné konflikty s dětmi.

Otázka 4: Po vyřčení diagnózy matka nebyla ani příliš překvapena, prý to čekala. Proto bylo její smíření s touto realitou vcelku jednoduché. Biologický otec, který v té době již žil odděleně, tuto diagnózu přijmout nechtěl, zpočátku nechtěl s matkou spolupracovat ani při podávání léků, ale v současné době se snaží.

Otázka 5: Doma bylo třeba vypracovat pevně stanovený režim. To mělo dobrý efekt. Snažili se zařídit vše podle rad a doporučení poradny i lékařky psychiatrie.

Otázka 6: Se sestrou se Daniel celkem snáší, někdy je mu dobrým spojencem, ale vzhledem k tomu, že je jeho sestra „úplný opak“ (je spíše hypoaktivní), dochází k nedorozuměním a naschválům ze strany Daniela. Také jejich zájmy jsou poněkud odlišné, a proto raději tráví volný čas odděleně.

Otázka 7: K rodičům se Daniel chová slušně, občas je na matku „hubatý“, odmlouvá a vzteká se, je v opozici, ale jindy je „zlatíčko“. Vztah s otcem je problematictější.

Otázka 8: Podle matky s třídní učitelkou obou dětí od počátku „bojují“. Nechtěla pochopit Danielovu diagnózu, zprávy z vyšetření si přečetla, ale přístup k Danielovi nezměnila. Opakovaně také odmítá asistenta, který by byl pro Daniela podle doporučení lékařů vhodný. Daniel seděl v poslední lavici (je vyšší postavy a rušil by). S jeho poruchou učení (mimochodem ji má pravděpodobně i Danielova sestra – SPU dyslexie a dysortografie) si příliš „hlavu nedělá“, dává mu pouze méně práce, ale klasifikuje ho běžně jako ostatní děti („prý má úlevy v množství zadané práce, a proto již nepotřebuje mírnější známkování“). Změna třídní učitelky však podle matky není možná (vysoká naplněnost paralelních tříd) a změna školy by znamenala dojíždění, což také nepřichází v úvahu. Postupně si ale učitelka na Daniela zvykla a s nástupem léčby mediky musela uznat, že se Daniel hodně zlepšil, a tak ho občas odmění pochvalou, když se mu něco podaří.

Odpovědi Karlovy matky (kazuistika č. 2):

Otázka č. 1: Matka vypovídá, že Daniel byl jako batole mnohem živější než jeho sestra, ale i ostatní stejně staré děti, dříve chodil (asi 10 měsíců). Také docela dobře komunikoval. Byl dost vznětlivý a agresivní, vztekal se.

Otázka č. 2: Už od malička matka pozorovala, že je Karel jiný. To ještě byla na mateřské dovolené, měla srovnání hlavně s Karlovou sestrou – dvojčetem.

Otázka č. 3: Byl neklidný, u ničeho dlouho nevydržel, největší problém byl však s jeho agresivitou hlavně vůči vrstevníkům. V mateřské škole si na něj stěžovaly učitelky i rodiče spolužáků. Stále někoho provokoval. Matka to však přikládala dědičným faktorům („má to po otci“).

Otázka č. 4: Matka předpokládala, že se jedná o tuto diagnózu, zvláště proto, že se ADHD objevilo již u Karlovy sestřence a něco o tom věděla. Přijala ji proto celkem dobře, jen otec občas vypadá, že si nechce Karlovy odchylky připustit, tvrdí, že je Karel normálně „živý“ jako ostatní chlapci. Je přísnější, než matka, a proto jej Karel lépe poslouchá. Také není doma každý den (spíše o víkendech), a tak nevidí všechny Karlovy projevy.

Otázka č. 5: Zařídili se podle doporučení psycholožky. Sice s obtížemi, ale upravili domácí režim. Karel se postupně, ale nerad podřizoval, postupně se situace zlepšovala. Po problémech ve škole i družině matka zůstala doma, v práci dala výpověď a začala docházet s Karlem do školy jako jeho asistentka („v té době nebyl hned nikdo jiný a situace to vyžadovala“). To ale nedělalo dobrotu, Karel má k matce citový vztah, a tak na ni nereagoval tak, jak by bylo zapotřebí. Po uvedení nové asistentky matka byla ještě nějakou dobu v domácnosti, zavedly důsledný časový harmonogram, na děti je tak více času, příprava do školy probíhá ve vhodnější době a Karel ještě není tak unavený jako odpoledne. Matka také lépe dohlédne na stravování chlapce, se kterým jsou trochu problémy. A hlavně Karel nemá tolik příležitosti pokoušet děti.

Otázka č. 6: Sourozenci Karla berou takového, jaký je. Vzhledem k tomu, že jsou to všechno děvčata, fungují nápomocně, o Karla se velmi zodpovědně starají. Také Karel je docela poslouchá.

Otázka č. 7: Nyní se situace trochu upravila, dříve Karel nechtěl vůbec spolupracovat, byl odmítavý, agresivní i vůči matce, ale otce respektuje („trochu se ho bojí“).

Otázka č. 8: Karel má podle jeho matky velké štěstí, že má zrovna tuhle paní učitelku. Je zkušená a ví, co s ním má dělat. A hlavně je důsledná, což matka prý tak úplně není. Karel ji má moc rád, i když ji někdy zlobí. Ale zase je mu to pak líto. Paní učitelka prý s rodiči spolupracuje, radí jim, co je s Karlem třeba doma dělat, matka je s ní v neustálém kontaktu. Je vidět, že učitelka o problému, který Karel má, hodně ví a zajímá se o něj. Vyžaduje ale také dodržování zásad od rodičů.

Příloha č. 2

Otázky ke strukturovanému rozhovoru s třídní učitelkou

1. Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe?
 2. Jaké máte praktické zkušenosti s dětmi s poruchami psychologického charakteru?
 3. Jaké zásady dodržujete při práci s tímto konkrétním chlapcem?
 4. Jak Vám pomáhá asistentka pedagoga?
 5. Jak se Vám daří zařadit chlapce do třídního kolektivu?
 6. Jaká je spolupráce s rodiči chlapce?
-

Odpovědi na otázky

Karlová třídní učitelka (kazuistika č. 2):

Otázka č. 1: Po ukončení gymnázia jsem studovala obor speciální pedagogiky na vysoké škole, studium jsem musela přerušit z důvodu mateřské dovolené. Poté jsem pokračovala dálkově a nastoupila jsem do zvláštní školy, později se uvolnilo místo v základní škole, tak jsem začala pracovat zde. Jsem stále ve stejné škole, celkem pracuji v oboru už dvacátý šestý rok.

Otázka č. 2: Za moji praxi mi prošly rukama spousta dětí hlavně s poruchami učení, někdy jsem měla takových dětí ve třídě i kolem deseti zároveň. Naučila jsem se s nimi pracovat, ale nebylo to vždycky jednoduché. Dřív nebyli asistenti pedagoga využíváni tak často jako dnes, spíš skoro vůbec. A tak jsem si musela poradit. Už tehdy byly mezi těmito rizikovými dětmi určitě i děti s ADHD, jen se o té poruše příliš mnoho nevědělo. Tyhle děti se zařazovaly všechny do kategorie dětí s LMD (lehká mozková dysfunkce). Kromě poruch učení bývaly hyperaktivní a vždy měly poruchy soustředění pozornosti. Dnes je to lepší v tom smyslu, že děti s ADHD bývají léčení medikamenty, a tak se většinou dá s nimi lépe pracovat. Taký pomoc asistenta kvituji s povděkem.

Otázka č. 3: Karel konkrétně má dost velký problém s hyperaktivitou, ale co je horší, je hodně vznětlivý a agresivní. Je taky dost vztahovačný, a tak mu stačí málo, aby se rozzlobil a provedl nějakou nepředloženost. V první třídě jsem mu hned zpočátku musela udělit napomenutí třídního učitele za nevhodné chování ke spolužákům a porušování školního řádu. Karel taky hodně zapomínal pomůcky, úkoly, matka to nedokázala uhlídat. Po doporučení

vyšetření a jeho absolvování dostal Karel léky, bere Ritalin. Matka taky chvílku pracovala jako jeho asistentka, ale to se moc neosvědčilo, protože Karel matku citově vydíral a nechtěl poslouchat. Po nástupu nové asistentky jsem upřesnila pravidla chování a postihy za nedodržování. I do té doby jsme ve třídě měli pravidla slušného chování a třídní úmluvy, které ale Karel nechtěl dodržovat. Já jsem ale dost důsledný člověk, na dodržování pravidel jsem hodně přísná. Proto jsme taky měli neshody s Karlem. Teď je to o mnoho lepší. U Karla je jeden zásadní problém, nedodržuje předepsanou léčbu, matka mu občas zapomene dát lék, a poté co nastoupila do práce, sestry léčbu také často opominou. To je pak Karel celý den „nepoužitelný“, neudělá vůbec nic a ani přítomnost asistentky to nenapraví.

Otázka č. 4: Asistent pedagoga je velmi záslužná funkce, já mám štěstí, že paní, která mi asistentku dělá, je zkušená v oboru pedagogiky, i když ne přímo v asistenci. Je ale vstřícná, učí se a přizpůsobuje se mým požadavkům. Moc mi pomáhá, někdy nejen s Karlem, ve třídě je více problematických dětí, takže je zde práce dost. Občas ji musím poučit, co od ní potřebuji, ale zpravidla sama ví, co má dělat. Hlídá u Karla hlavně zápisy domácích úkolů a potřebných pomůcek do notýsku, pomáhá Karla udržet při práci a neodbíhat, když je Karel unavený a vyrušuje nebo nepracuje, odejde s ním ze třídy, aby se uvolnil a odpočinul si. Naučila se citlivě zasahovat do Karlovy práce, zpočátku mu chtěla se vším pomáhat, ale on ji odmítal. Teď už zná Karlovy potřeby, tak všechno líp funguje.

Otázka č. 5: S Karlem je největší potíž právě v tom, že je impulzivní, nevyzpytatelný, jeho reakce jsou neočekávané a děti se musely naučit mu rozumět. Pokud má výbuchy vzteku, musí odejít ze třídy, ale když se uklidní, s dětmi vychází dobře. Teď při užívání léků problémy hodně ubyly, takže Karel s dětmi docela vychází. Má výhodu toho, že je s ním ve třídě jeho sestra – dvojče, a ta ho umí uklidnit. Děti se podle ní docela rychle učí, jak ke Karlovi a jeho problémům přistupovat.

Otázka č. 6: Karel má štěstí, že matka se pro něj skutečně snaží dělat maximum. Ihned při prvním oslovení a stížnostech začala konat, řídí se důsledně doporučeními z poradny, ale i mými radami. Do školy přijde vždy, pokud je to možné, ale reaguje i na písemné upozornění, když se něco děje. Je pravda, že když byla s dětmi doma, kontrola nad plněním úkolů byla lepší, teď po nástupu do práce trochu její dohled pokulhává. Ale určitě dělá všechno, co je v jejích silách. Nemá to vůbec jednoduché. Otec dětí je doma jen o víkendech a moc jí nemůže pomoci. Přesto spolupráci s rodinou hodnotím jako velmi dobrou.

Vojtěchova třídní učitelka (kazuistika č. 3):

Otázka č. 1: Můj postup při studiu byl poměrně jednoduchý, vystudovala jsem střední pedagogickou školu a hned po ní jsem nastoupila na VŠ na pedagogickou fakultu, obor učitelství pro 1. stupeň. Po ukončení vysoké školy jsem byla dva roky na mateřské dovolené a od té doby učím na jedné škole, celkem už šestnáctý rok.

Otázka č. 2: V praxi se stále setkávám s dětmi s různými problémy. V naší škole byl vysoký výskyt dětí ze sociálně slabších rodin, ty mívaly potíže s učením, poruchy učení, ale častěji nižší intelekt. K tomu se často přidávaly poruchy chování. Spolupráce s jejich rodinami byla často problematická. Ale výhodou bylo zase to, že celkový počet žáků ve třídě býval nižší, tak se to dalo zvládnout.

Otázka č. 3: Vojta je jeden z nejsložitějších případů, se kterými jsem se setkala. Je od začátku velmi neposlušný, problémový. Nepomáhala žádná výchovná opatření, protože rodiče Vojtu proti mně naváděli, neuznávali mé postupy a nechtěli si připustit, že Vojta má problém. Ten je od počátku velmi agresivní ke spolužákům, mluví vulgárně, nad vším, co po něm chci, se usmívá a všechno zlehčuje. Vlastně si s ním nevím rady, protože všechno začíná a končí na přístupu jeho celé rodiny k pedagogům. Problémy s jeho rodiči nemám jen já.

Vojtovi jsem již v první třídě udělila napomenutí i důtku třídního učitele za nevhodné chování vůči spolužákům, porušování školního řádu, narušování vyučování. To se opakovalo i ve druhém ročníku, až rodiče vzali Vojtu na doporučené vyšetření, ale ne na psychiatrii, ale ke klinickému psychologovi. Moc to však nepomohlo a Vojta v letošním školním roce již během prvního čtvrtletí opět dostal ode mě napomenutí i třídní důtku za nevhodné chování a stále trvající vulgaritu ve vyjadřování.

Otázka č. 4: Vojta byl až do listopadu tohoto školního roku, to je do začátku třetí třídy, bez asistenta. Rodiče nechtěli absolvovat vyšetření, tudíž Vojtovi nemohl být asistent přidělený. Po vyšetření na doporučení psychologa přišla k Vojtovi asistentka, která již s dítětem s ADHD pracovala, má s tím zkušenosti. Pomáhá mi hlavně s Vojtou, ale ve třídě je více problematických dětí, které by ji potřebovaly, někdy ji využiji i jinde. Vojta potřebuje občas odejít ze třídy i během vyučovací hodiny, ale hlídat se musí i o přestávkách, kdy vzniká nejvíce konfliktů. Přítomnost a pomoc asistentky je v tomto případě nezbytně nutná. Někdy musím zasahovat i já, to když se Vojta vzpouzí i proti asistentce. Má velkou sílu a někdy se nedá zvládnout. Přesto práce asistentky je pro mě pro mě důležitá a jsem ráda, že m byla přidělena.

Otázka č. 5: Jelikož je Vojta velice agresivní, ať už přímo fyzicky nebo slovně ubližuje dětem, jeho zařazení do kolektivu třídy je dost obtížné. Aby se zviditelnil, ještě více provokuje, šaškuje, snaží se upoutat na sebe pozornost, tím ale spolužáky spíš ztrácí, než získává na svou stranu. Děti mi stále chodí žalovat, stěžují si na Vojtovy útoky hned, jak je Vojta bez kontroly dospělého. Není asi nikdo, kdo by Vojtu bez výhrad přijal. Snažím se sice dětem Vojtovy problémy vysvětlit, ale když je pak Vojta napadne a ubližuje jim, těžko se to dá zvládnout. Ve třídě je docela izolovaný, jen někdy se k němu přidají někteří chlapci, kteří také mají problémy s chováním. Spíše mu děti ale nerozumí, Vojta se taky chová jako věkově mladší dítě, takže ho vrstevníci nechápou.

Otázka č. 6: O rodičích už asi nemusím moc dodávat, spolupráce je složitá. Když je pozvu do školy, vymlouvají se, že nemají čas, chodí většinou spolu až tehdy, když už problémy přerostou. Otec je dost výbušný a neskrývá svou antipatii vůči mé osobě, matka ho musí držet zpátky, ale doma to stejně asi funguje naopak, matka poslouchá otce a všechno se odehrává pod jeho vedením. Vždy se na něčem domluvíme, ale rodiče to pak překroutí a chodí si stěžovat do kanceláře. Co se týče přípravy do školy, není to tak špatné, Vojta mívá většinou pomůcky i úkoly v pořádku, jen někdy rodiče ignorují opakovaná upozornění ve sdělníčku, že má Vojta něco dokončit doma. Rodiče jsou stále nespokojení s mou prací a kritiky pronášejí nejrady rovnu před paní zástupkyní. Ta jim vždy poradí, aby se snažili domluvit hlavně se mnou, což rodiče učiní, ale vše se znovu opakuje. Myslím, že dokud si rodiče neuvědomí, že má Vojta problém, nic se nezmění.

Příloha č. 3

Otázky a témata polostrukturovaného rozhovoru s asistentkou pedagoga

1. Jaké máte vzdělání v oboru pedagogiky?
 2. Kolik pracovních příležitostí v tomto oboru jste již měla a jak dlouho pracujete jako asistentka pedagoga?
 3. S jakými případy postižení jste se již setkala?
 4. Pohovořte krátce o chlapci, se kterým nyní pracujete, jak se Vám jeví, jaký je Váš vztah, jak chlapec spolupracuje, jak se jeho onemocnění podle Vás vyvíjí, jak s Vámi spolupracuje rodina chlapce.
-

Odpovědi na otázky

Odpovědi asistentky pedagoga, která se stará o Karla (kazuistika č. 2):

Otázka 1: Mám pedagogické vzdělání v oboru vychovatel, pracovala jsem celý život na internátu pro studenty střední školy. O práci asistentky jsem se zajímala, mám v oboru nějaké znalosti. Nyní jsem v důchodu, tak mám čas vzdělávat se jako samouk. Také mi pomáhá Karlova třídní učitelka, která má v oboru hluboké znalosti a zkušenosti. Karel je první dítě, které jsem jako asistentka dostala na starost.

Otázka 2: Jako asistentka pedagoga jsem ještě nepracovala, Karlovi pomáhám necelého půl roku, do té doby byl bez asistenta a pak krátce jako asistentka pracovala jeho matka. To však nedělalo dobrotu.

Otázka 3: Ve svém životě jsem se setkávala s různými případy, ale v práci, kterou jsem vykonávala, se objevili pouze žáci s poruchami učení. Poruchy chování se dříve tolik neřešily, když dítě „zlobilo“, bylo potrestáno většinou ukončením studia střední školy nebo jiným kázeňským postihem. O syndromu ADHD se moc nevědělo, tím se zabývají odborníci intenzivněji poměrně krátkou dobu, až v posledních letech.

Okruh 4: Karel není zlý chlapec, musí se pouze naučit vyrovnávat se svým problémem diagnózy ADHD. Když jsem k němu přišla, bral již léky, které mu jednoznačně pomáhají. Netlumí ho úplně, je s ním dobrá spolupráce. Zpočátku jsem se musela naučit, jak moc můžu zasahovat do jeho práce, moc mě u sebe nechtěl mít, někdy se zlobil, že mu pomáhám.

Odstřkoval mě, tahal se se mnou o sešity, když byl v klidu a pracoval, do práce jsem mu moc nezasahovala. Teď už vím, kdy Karel potřebuje mou pomoc, jde hlavně o přípravy na hodinu, kontrolu pomůcek, zápis domácích úkolů do „notýsku“. Ke konci vyučování už bývá někdy dost unavený, tak se chodíme projít po chodbě, aby si svůj přetlak „vybil“. Když si někdy zapomene vzít lék, je to s ním horší, je velice aktivní a nesoustředěný a neudělá skoro žádnou práci. Taky se pak u něj projevuje agresivita. Ale když bere léky, je hodný, snaží se poslouchat. Mám ho ráda, je to docela milý kluk. Matka je velice vstřícná, radíme si navzájem. Každá máme nějaké zkušenosti. Karel je docela šťastné dítě, maminka si už zvykla na jeho problémy a je vidět, že se moc snaží mu pomoci. To je pro něj důležité vědět. Taky má Karel štěstí na třídní paní učitelku, ta opravdu jeho problému rozumí. Nastavili jsme si všichni pevná pravidla a při jejich dodržování se navzájem podporujeme. To Karlovi opravdu hodně pomohlo, přesně ví, co bude následovat, když pravidla nedodrží. Myslím, že má docela šanci poprat se se svou diagnózou.

Odpovědi asistentky pedagoga, která se stará o Vojtěcha (kazuistika č. 3):

Otázka 1: V době své mateřské dovolené jsem se začala zajímat o práci asistenta pedagoga, bylo mi známo, že je těchto lidí nedostatek. Mám za sebou kurz v oboru asistenta pedagoga, jsem v částečném invalidním důchodu, tak mi tato práce vyhovuje. Původně ale nemám pedagogické vzdělání, mám dobrý vztah k dětem, tak jsem to chtěla zkusit.

Otázka 2: Jako asistentka pedagoga pracuji třetím rokem, Vojta je můj druhý „případ“, u něj pracuji od listopadu 2015, to je pátý měsíc.

Otázka 3: V průběhu života se setkávám s různými případy postižení, ale ve funkci asistentky jsem se starala již o jednoho chlapce s ADHD. Byl to méně problematický chlapec, s Vojtou je to jiné.

Okruh 4: Vojta je komplikovaný případ tím, že má kombinaci dvou dosud diagnostikovaných onemocnění – Aspergerův syndrom a syndrom ADHD. Práce s ním je o to obtížnější, že neuznává žádné autority. Neustále se k němu snažím hledat cestičky, ale zatím se mi to příliš nedaří. Situace je o to komplikovanější, že nemám úplnou podporu jeho rodiny. Rodiče jsou vztahovační, nechtějí se smířit s problémy, které Vojta má díky onemocnění. Chyby hledají hlavně u druhých, Vojtu stále omlouvají. Vedu si o Vojtovi denně záznamy, které poskytují i třídní učitelce, o problémech informuji i Vojtovy rodiče. Ani třídní učitelka si moc neví rady s Vojtovými rodiči, kteří vše spíše komplikují.

Vojta je fyzicky silný chlapec, je vysoký, a tak ho těžko přemůžu. Je si toho vědom, někdy toho zneužívá. Nebere mě příliš vážně. Někdy ale má „dobrý den“, pak pracuje bez odmlouvání, je poslušný, nejsou s ním problémy. Takových dnů je však málo. Vždy pak přijde odezva, to Vojtovi „bouchnou saze“, mívá záchvaty vzteku, uvolňuje svůj „přetlak“, musím s ním odejít ze třídy a odreagovat ho jinak. Je s ním velmi těžká práce. Mám obavy, že pokud rodina nezačne spolupracovat, a moc to tak nevypadá, Vojtovi nebude možno pomoci. Trochu lepší domluva je s matkou, ale ta je dost pracovně vytížená a větší vliv na Vojtovu výchovu má evidentně otec.