

*Univerzita Karlova v Praze*

*Pedagogická fakulta*

***Rodinná a školní socializace dětí s ADHD***

*Family and School Socialization of Children with ADHD*

***Zuzana Bílková***

***Katedra psychologie***

***Školitel: Doc. PhDr. Isabella Pavelková, CSc.***

***Studijní program: Psychologie, obor Pedagogická psychologie***

***2012***

*Prohlášení:*

*Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma Rodinná a školní socializace dětí s ADHD vypracovala pod vedením školitelky doc. PhDr. I. Pavelkové, CSc. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato disertační práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.*

*2. ledna 2012 v Č. Budějovicích*

.....  
podpis

*Poděkování:*

*Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé disertační práce doc. Pavelkové za její laskavý přístup, pochopení, cenné rady a velké nasazení při vedení mé disertační práce. Velký dík také patří všem, kteří se se mnou podělili o svou životní zkušenost s problematikou ADHD a souhlasili s účastí ve výzkumu. Také bych chtěla poděkovat své rodině, zejména dceři a manželovi za pochopení a toleranci, rodičům za jejich podporu a směr, který mi v životě ukázali, babičce Liduše za její čas a trpělivost, se kterou se věnovala naší dceři.*

.....  
*podpis*

## **ABSTRAKT**

**NÁZEV:** *Rodinná a školní socializace dětí s ADHD*

**AUTOR:** *Zuzana Bílková*

**KATEDRA:** *Katedra psychologie*

**ŠKOLITEL:** *Doc. PhDr. Isabella Pavelková, CSc.*

## **ABSTRAKT:**

*Předkládaná práce se zaměřuje na proces socializace dětí s ADHD (Porucha pozornosti s hyperaktivitou) v prostředí rodiny a školy. Vycházíme z přehledu aktuálních výzkumů o etiologii, symptomech a terapii syndromu ADHD, socializaci pojmáme jako interakční proces mezi jedincem a jeho sociokulturním okolím. Symptomy ADHD a jejich obraz v každodenním životě dětí považujeme za faktor ovlivňující průběh socializačního procesu, zejména na úrovni ovlivnění vztahu s rodiči a učiteli. Ve výzkumu se věnujeme této problematice u dětí předškolního a mladšího školního věku. Výzkumné otázky se zaměřují na vliv udělení diagnózy ADHD na život dítěte, dopad ADHD na vztahy dítěte s jeho vychovateli a ovlivnění vztahu mezi rodinou a školou. Data sebraná pomocí rozhovorů s rodiči a učiteli dětí s ADHD a pozorování dětí podrobujeme kvalitativní analýze. Výsledky výzkumu poukazují na klíčový význam postojů, které k problematice zaujímají vychovatelé, význam včasného udělení diagnózy, dále na důležitou roli motivačních problémů spojených s ADHD zejména na úrovni vztahu mezi rodinou a školou.*

## **KLÍČOVÁ SLOVA:**

*ADHD, socializace, vychovatelé, vztah rodiny a školy*

**ABSTRACT**

**TITLE:***Family and School Socialization of Children with ADHD*

**AUTHOR:** *Zuzana Bílková*

**DEPARTMENT:** *Department of Psychology*

**SUPERVISOR:** *Doc. PhDr. Isabella Pavelková, CSc.*

**ABSTRACT:**

*The thesis is focused on the process of socialization of children with ADHD in family and school setting. We present the overview of current research about etiologies, symptoms and therapy of the syndrome. The socialization is defined as the process of interactions between individual and his social and cultural background. ADHD symptoms are considered to be an important factor in socialization process, particularly as the factor affecting the relationships with parents and teachers. The research is focused on children of preschool and school age. We pose research questions concerning the influence of setting the diagnosis, the influence of ADHD on child's relationships with educators and the influence of the diagnosis on the relationship between family and school. Data were collected during interviews with parents and teachers of children with ADHD and during observation of children in their home or school. Data were analysed by qualitative analytic methods. Research outcomes point out the importance of educators' attitudes towards the problem, the importance of early setting a diagnosis and important role of motivational problems connected with ADHD in family - school relationship.*

**KEYWORDS:**

*ADHD, socialization, educators, family – school relationship*

## OBSAH

<b>1</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Úvod do problematiky ADHD</b> .....	<b>5</b>
2.1	Základní vymezení .....	5
2.2	Pojmové vymezení .....	6
2.2.1	Dědictví LMD .....	6
2.2.2	Vývoj názorů na problematiku ADHD.....	7
2.2.3	Aktuální názvosloví.....	8
2.2.4	Klasifikace.....	9
2.3	Modely a teorie ADHD .....	10
2.3.1	Barkleyova teorie ADHD .....	14
2.3.2	Transakční model ADHD.....	17
2.4	Symptomy.....	18
2.4.1	Porucha pozornosti .....	19
2.4.2	Impulzivita.....	20
2.4.3	Hyperaktivita .....	21
2.4.4	Motivace a seberegulace chování.....	21
2.4.5	Související potíže a přidružené diagnózy .....	24
2.4.6	Aktuální publikace pro vychovatele.....	26
<b>3</b>	<b>Terapie ADHD</b> .....	<b>28</b>
3.1	Psychosociální přístupy .....	29
3.1.1	Individuální psychologická, psychoterapeutická a speciálně – pedagogická péče .....	29
3.1.2	Skupinová a rodinná terapie .....	31
3.1.3	Poradenství pro rodiče .....	32
3.2	Medicínská léčba .....	36
3.2.1	Dostupná farmakologická léčba .....	36
3.2.2	Komplikace farmakologické léčby.....	37
3.2.3	Alternativní medicínské přístupy .....	39
<b>4</b>	<b>Vývojový pohled na symptomy ADHD a vztahová rizika s nimi spojená.....</b>	<b>41</b>
4.1	Kojenecký a batolecí věk.....	41
4.1.1	Předškolní věk .....	45
4.1.2	Mladší a střední školní věk.....	47
4.1.3	Starší školní věk .....	49
<b>5</b>	<b>Socializace v rodině a škole.....</b>	<b>51</b>
5.1	Současná pojetí socializace .....	52
5.1.1	Proces socializace v kontextu ADHD .....	54
5.2	Rodinná socializace .....	55
5.2.1	Současná podoba rodiny.....	56
5.2.2	Povaha vazeb uvnitř rodiny .....	57
5.2.3	Role rodiče v současné rodině.....	61
5.2.4	Mezigenerační přenos.....	62
5.2.5	Souhrn charakteristik rodinné socializace .....	63
5.3	Školní socializace .....	64
5.3.1	Specifické úkoly školní socializace.....	65
5.3.2	Rodinná versus školní socializace – souhrn odlišností.....	66
<b>6</b>	<b>Vztah rodiny a školy.....</b>	<b>68</b>
6.1	Vývoj vztahu rodiny a školy.....	68
6.2	Vztahy rodiny a školy - současná situace v ČR .....	70

<b>7</b>	<b>Metodologie výzkumu .....</b>	<b>75</b>
7.1	Design vlastního výzkumného projektu .....	76
7.1.1	Výzkumné otázky .....	76
7.1.2	Jednotlivé kroky výzkumu .....	78
7.1.3	Výzkumný vzorek .....	78
7.1.4	Metody sběru dat .....	80
7.1.5	Metody analýzy dat .....	82
7.1.6	Diskuze nad použitými metodami a kvalitami vzorku .....	84
<b>8</b>	<b>Život rodiny.....</b>	<b>86</b>
8.1	Život před diagnózou.....	86
8.1.1	Raná zkušenost .....	86
8.1.2	Konstatování problému a cesta k diagnóze .....	88
8.2	Život s diagnózou ADHD.....	91
8.2.1	Pohled dítěte na sebe a své chování.....	91
8.2.2	Být matkou hyperaktivního dítěte .....	92
8.2.3	Sourozenci .....	98
8.2.4	Postoj otců .....	100
8.3	Závěry k tématu socializace v rodině .....	101
<b>9</b>	<b>Socializace ve škole .....</b>	<b>102</b>
9.1	Vstup do mateřské či základní školy .....	102
9.2	Život ve třídě .....	105
9.2.1	Metody a postupy pro práci ve třídě.....	108
9.3	Závěry k tématu socializace ve škole .....	111
<b>10</b>	<b>Vztah rodiny a školy u dětí s ADHD.....</b>	<b>112</b>
10.1	Postoje rodičů při nástupu dětí do základní školy .....	112
10.2	Vzájemné postoje školy a rodiny .....	114
10.2.1	Postoje matek ke škole .....	115
10.2.2	Postoj školy k rodičům .....	118
10.3	Kontakt s odbornou péčí.....	120
10.4	Motivace ke školní práci a domácí příprava do školy .....	124
10.5	Závěry k tématu vztahu rodiny a školy .....	130
<b>11</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>131</b>
11.1	Diskuze k pojetí problematiky ADHD .....	131
11.2	Diskuze k metodologii výzkumu .....	133
11.3	Diskuze k výzkumným zjištěním .....	134
<b>12</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>138</b>
<b>13</b>	<b>Literatura .....</b>	<b>140</b>
<b>14</b>	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>147</b>

# 1 Úvod

Současná doba má ve zvyku nás občas zahltit některými tématy. U témat, která se týkají dětí, jejich výchovy a jejího zlepšování, to platí obzvláště. Často se objevuje podobný vzorec - nejprve několik odborníků začne poukazovat na problém a nedostatek pozornosti mu věnované, časem se problém stane majetkem veřejným, nejen mezi odborníky, ale také mezi laickou veřejností. Velký podíl na tom, že tento proces občas nevnímáme přirozeně, ale cítíme se přímo bombardováni, bychom mohli připsat i médiím.

Dozajista k takovýmto „propíraným“ tématům patří i děti s problémem, který se aktuálně schovává pod zkratkou ADHD, tedy porucha pozornosti s hyperaktivitou. Přesto, nebo možná právě proto, je tomuto tématu věnována i tato práce. Předkládaná práce se nesnaží přinášet zcela nové poznatky o příčinách či terapii této poruchy, jejím smyslem je pohled na každodennost, odhlédnutí od mýtů, narušení rutinního uvažování. Hlavním cílem je představit každodenní život dětí s touto poruchou ve dvou základních životních prostředích – v rodině a škole. Domníváme se, že podrobným poznáním každodennosti je možné přiblížit se skutečným potřebám zúčastněných dětí i jejich vychovatelů a uvažovat o účinné terapii a zejména o komplexnějších postupech, které vyústí ve zvýšenou kvalitu života těch dětí a jejich okolí, kterým ji přítomnost ADHD omezuje.

Práce je tradičním způsobem uvozena teoretickým kapitolami, které orientačně přibližují současný stav poznání v dotčených tématech. V prvních dvou kapitolách přinášíme nejprve poznatky o symptomech, etiologii a terapii ADHD, se snahou postihnout ty aspekty poruchy, o kterých se domníváme, že ovlivňují každodenní život svých nositelů. Navazuje kapitola věnovaná vývojovému pohledu na ADHD, kde se snažíme o komplexní propojení získaných poznatků, včetně zobrazení jejich dopadu do vztahů dítěte. Tato kapitola je tak již nakročením k dalšímu tématickému celku, který se věnuje otázkám socializace. V této části nejprve stručně definujeme socializační proces, aby byl následně podrobněji analyzován ve dvojím kontextu – jako socializace v rodině a škole. V kapitole věnované rodinné socializaci věnujeme pozornost také současné podobě rodinných vztahů a rodičovských rolí. Důvodem je předpoklad, že právě tyto vztahy jsou přítomností ADHD zasaženy a je proto vhodné zvažovat obecnější poznatky o jejich fungování. Poslední kapitola teoretického bloku je stručným nástinem současných poznatků o vztahu rodiny a školy. Důvod zařazení tohoto zřetele je shodný s výše uvedenými – jedná se o problematiku, která pak vystupuje jako klíčový faktor v datech výzkumné části. Navíc,



pokud se zabýváme socializačním procesem v rodině a škole, nelze pominout vzájemné ovlivnění těchto institucí.

Navazujeme metodologickou kapitolou, která seznamuje s okolnostmi proběhlého výzkumného šetření. Jak bylo zmíněno, práce aspiruje na sondu do každodennosti dětí s ADHD. Z toho důvodu jsme zvolili kvalitativní postupy analýzy dat. Při sběru jsme se pohybovali v prostředí škol, školských poradenských zařízení (zejména střediska výchovné péče) a také v rodinách zkoumaných dětí, jedná se tedy o terénní šetření. Výzkum probíhal v relativně dlouhých časových úsecích (kontakt s jednotlivými zkoumanými dětmi trval vždy zhruba rok) a snažili jsme se také o zachycení vývoje jednotlivých zkoumaných dětí.

Získaná data jsou analyzována ve třech blocích. Nejprve se věnujeme problematice socializace v rodině a vlivu přítomnosti ADHD na toto prostředí. Následně podobným způsobem přistupujeme k otázce socializace a života dětí v prostředí školy. Tato část se uzavírá kapitolou věnovanou vztahu těchto prostředí a institucí. Ve všech třech kapitolách se snažíme o zprostředkování pohledu jednotlivých účastníků. Uzavíráme diskuzí nad získanými poznatky.

Vyznění práce nezapře profesní orientaci autorky na dětskou poradenskou psychologii, tento postoj byl také motivem pro zvýšený zřetel na zařazení získaných poznatků do kontextu možností psychoterapie a poradenské péče dětí s ADHD a jejich vychovatele.

Věříme, že tato práce naplní svůj cíl a poskytne čtenáři možnost nahlédnout do života dětí s ADHD, stejně jako inspiraci pro práci s touto cílovou skupinou.

## 2 Úvod do problematiky ADHD

Smyslem této úvodní kapitoly je stručně načrtnout symptomatický obraz syndromu Attention Deficit Hyperaktivity Disorder (ADHD), tedy poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Zaměříme se na vymezení používaných pojmů, pojmenování základních skupin příznaků a kritérií a seznámení s aktuální úrovní poznání o etiologii této poruchy.

Informativní charakter této kapitoly je dán cílem práce, jak byl vytyčen v úvodu. V textu proto hojně odkazujeme na publikace, kde jsou detailnější informace k dispozici, včetně stručné charakteristiky některých monografií aktuálně dostupných na českém trhu.

V textu se nevěnujeme problematice diagnostiky poruchy, kromě stručného odkazu na diagnostická kritéria v rámci vymezení symptomů. Důvodem je skutečnost, že ve vzorku našich dat se tato otázka nejevila jako závažná, pro zkoumané rodiny bylo důležité, zdali byla diagnóza vyřčena, nebylo tolik zásadní kým a na základě jakého vyšetření. Naopak otázky etiologické, které mohou poskytovat odpověď na otázku, proč zrovna naše dítě, se jeví jako významné. Náš výzkum také ukazuje, že pokud jsou tyto informace rodičům zprostředkovány, jejich angažovanost v nápravě je smysluplnější, protože je jim jasný smysl a směřování jednotlivých kroků nápravného působení.

### 2.1 Základní vymezení

ADHD je v současné době jedna z nejčastěji diagnostikovaných dětských poruch, i v celosvětovém měřítku (Aguiar, Eubig, Schantz 2010, Semrud – Cliekeman, Teeter Ellison 2009) . Jedná se o neurobehaviorální syndrom s komplexní etiologií. Prevalence se celosvětově předpokládá mezi 5 až 10 % dětí. Významně častěji se vyskytuje u chlapců. Přetrvání poruchy do dospělosti se udává v rozmezí od 35% případů (Aguiar, Eubig, Schantz 2010) až k 55% (Barkley 2006)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Barkley (2006) upozorňuje na skutečnost, že někteří lidé si sice uchovávají některé příznaky poruchy a i nadále jsou těmito projevy omezováni, ovšem diagnostická kritéria nastavená na dětský věk nereflektují změnu v povaze symptomů a u jedinců v dospělém věku již dostatečně nediferencují.

## 2.2 Pojmové vymezení

### 2.2.1 Dědictví LMD

Na prvním místě by asi bylo vyrovnání se s pojmem, který je sice vnímán jako překonaný a postupně vymizel z psychologických zpráv, ale v běžném hovoru mezi psychology i pedagogy stále nalézá užití.

Problematika hyperaktivity a nepozornosti byla totiž dlouho vnímána jako doplňkový problém při zkoumání lehkých mozkových dysfunkcí a z nich (v tehdejších pojetí) vyplývajících poruch učení a osud této diagnózy byl dle našeho názoru v našich podmínkách velmi specifický. Domníváme se, že relativně hluboké obeznámení odborné veřejnosti s konceptem lehkých mozkových dysfunkcí a zakořenění tohoto pojmu, které bychom přičítali „matějčkovské škole“ českých psychologů, vedlo k paradoxní situaci, kdy ve světě již hojně užívaný koncept ADHD nebyl v českém prostředí příliš používán, ale přístup k terapii a pedagogické práci s žáky často odpovídal relativně moderním poznatkům o této poruše. Nové poznatky o terapii se k nám dostávaly, ovšem nabalovaly se na stávající odborný slovník i etiologický pohled na problematiku. Na druhé straně, jestliže ve Spojených státech již v 70. letech opustili koncept hyperaktivity jako jednoho z následků drobného poškození mozku a následně i myšlenku hyperaktivity jako součásti mozkové dysfunkce a vydali se směrem ke zkoumání hyperaktivity jako samostatné otázky, situace u nás spíše kopírovala směry zkoumání v západní Evropě, kdy zejména ve Velké Británii přetrvávalo zaměření na široce pojatý koncept LMD (ve zdejší pojetí MBD – Minimal brain dysfunction). Situaci u nás jsme si pak zkomplikovali nomenklaturním chaosem, který vznikl kombinací využívání pojmů LMD, hyperkinetický syndrom, ADHD/ ADD a pro zmnožení komplikací se v pedagogické literatuře začalo pracovat s konceptem specifických poruch chování.

Na základě provedených rozhovorů s pedagogy si troufám tvrdit, že pro část českých učitelů zůstanou hyperaktivní děti již navždy „elemďáky“, i když se takový pedagog aktivně zúčastní semináře zaměřeného na práci s dětmi s ADHD a bude používat moderní pedagogické přístupy.

## 2.2.2 Vývoj názorů na problematiku ADHD

Cesta k pojetí ADHD v jeho dnešní podobě se započala již v 50. letech s Lauferovou studií, která hovoří o dětech s hyperkinetickou impulzivní poruchou a za zdroj potíží označuje nedostatečnou schopnost oblasti thalamu filtrovat stimuly (Barkley 2006). Za příčinu poruchy bylo považováno drobné poškození mozku. Tento přístup je reprezentován např. Wenderovou teorií (Drtilková, Šerý 2007). Tyto koncepce slábly, jak již bylo zmíněno, v 70. letech. Později se přidávají teorie založené na předpokladu dysfunkčních mechanismů mozkové činnosti nebo deficitů v hladinách neurotransmiterů. V etiologickém vysvětlení se pak často pracuje s ne zcela konkrétním pojmem organicita<sup>2</sup>. I nadále byla hyperaktivita považována převážně za otázku dětského věku, symptom, který spolu s věkem a zráním CNS vymizí.

Dalším významným momentem byl přínos Virginie Douglasové, která poukázala na skutečnost, že pro pochopení potíží dětí je potřeba se vedle hyperaktivity zaměřit také na problém s udržení pozornosti a kontrolou impulzů.

Ve stejnou dobu ovšem posílila do současnosti přetrvávající skupina hlasů hlásajících, že hyperaktivita neexistuje a jedná se pouze o výmysl netolerantních rodičů a učitelů, případně nekompetentního vzdělávacího systému (Barkley 2006).

V podobě relativně blízké dnešní byla porucha definována v roce 1980 v DSM III. Toto vydání Diagnostického manuálu duševních nemocí Americké psychiatrické asociace z roku 1980 již přichází se symptomatickým vymezením syndromu ADD (Attention Deficit Disorder - Syndrom deficitu pozornosti) a to s hyperaktivitou (ADD + H) nebo bez (ADD - H). Jak zdůrazňuje Barkley (2006), zde se radikálně rozchází evropské a americké pojetí, evropská Mezinárodní klasifikace nemocí, tehdejší devátá verze (ICD-9) i nadále pracuje s pervazivní hyperaktivitou jako základním prvkem poruchy.

Vymezení ADD v DSM III je založeno na do současnosti trvajícím pojetí třech základních problémových oblastí, kterými jsou nepozornost, hyperaktivita a impulzivita.

Rozdělení na výše zmíněné subtypy (ADD +/-H) se ale ukázalo jako velmi umělé, nebylo založeno na dostatku empirických důkazů a již v roce 1987, v revidovaném vydání DSM III bylo opuštěno ve prospěch varianty ADHD a nediferencovaného ADD.

---

<sup>2</sup> Pojem organicita často nalézáme v psychologických zprávách, objevil se i v materiálech dětí v našem výzkumu, ovšem podle našich zkušeností nepřispívá k jejich srozumitelnosti, protože uživatelům těchto zpráv (učitelům, rodičům i dalším odborníkům) nepřenáší příliš jasnou informaci o zdroji potíží. Že se tato nejasnost netýká pouze psychologické, ale i neurologické a neuropsychologické odborné veřejnosti, dokládá Kulišťák (2000).

Následující léta byla zejména ve znamení hledání co nejpřesnějších diagnostických kritérií. Tento moment je důležitý pro veškerý další výzkum, protože kromě stanovení obecně přijímaných diagnostických kritérií došlo také k větší shodě ohledně rozlišování vlastního ADHD, komplikací s ním souvisejících a přidružených komorbidních potíží (byl jasně vymezen vztah mezi ADHD a poruchami chování, agresivitou, úzkostí apod.). Barkley (2006) v tomto kontextu vyzdvihuje zejména přínos studií Loneyové.

Další dekáda pak vedle již zavedených etiologických modelů (nejčastěji neurobiochemický, neurofyziologický a psychoneurologický) přináší modely neuropsychologické a to zejména teorii deficitu inhibičních mechanismů - přichází s přelomovou myšlenkou, že klíčovým mechanismem tohoto syndromu není nepozornost, protože tato je sekundárním následkem potíží v oblasti řízení chování. Autorem této teorie je R. A. Barkley. Tyto základní koncepty budou podrobněji pojednány dále.

### **2.2.3 Aktuální názvosloví**

Ve své práci vycházím z konceptu ADHD, jak jej definuje diagnostický manuál duševních nemocí Americké psychiatrické asociace ve verzi DSM IV – TR, poprvé vydaný v roce 2000. Porucha pozornosti s hyperaktivitou je zde opět vymezena symptomaticky, trojicí základních symptomů, kterými jsou nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Porucha může být vyjádřena třemi subtypy: ADHD inattentive type je charakterizovaný převládající poruchou pozornosti, u ADHD hyperactive type převládá hyperaktivita a impulzivita, třetí typ je smíšený (ADHD combined type). Předpokládá se začátek obtíží v dětství, ale také přetrvání poruchy do dospělosti u cca 60% jedinců s diagnostikovaným ADHD. Podle míry závažnosti jsou stanoveny tři stupně poruchy (mírná, kdy jen minimálně zasahuje do sociálního života, dále pak střední, kdy již dochází ke společenské újmě a vážná, kdy se ADHD stává téměř pervazivní poruchou).

Podrobná kritéria, nebo alespoň jejich stručnou verzi lze kromě vlastního manuálu najít v českém překladu ve většině dostupných monografií na toto téma, např. Paclt (2007), Drtílková, Šerý (2007), nebo Jucovičová, Žáčková (2010), tyto publikace také shrnují rozdíly mezi diagnózou ADHD stanovenou podle amerického manuálu DSM a diagnózou hyperkinetické poruchy stanovenou podle kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (ICD – 10), která je vnímána jako přísnější, vyčleňuje jiné subtypy - hyperkinetickou poruchu (odpovídá ADHD smíšenému typu) a hyperkinetickou poruchu

chování (k symptomům se přidávají ještě další poruchy chování, např. agresivita).

Pro oba sety diagnostických kritérií ovšem platí, že se zaměřují na projevy hyperaktivity v chování, potíže s pozorností a impulzivitou, předpokládají vznik poruchy před vstupem do školy, trvání potíží minimálně v řádu měsíců a projevy poruchy ve více než jednom prostředí. Pro ICD je charakteristické, že všechny další potíže mimo vymezenou trojici, jako jsou poruchy učení nebo např. deprese, jsou vnímány jako komorbidní diagnózy a ne jako možná součást klinického obrazu poruchy, jak je tomu podle DSM IV (Drtílková, Šerý 2007).

Většina výzkumů, nejen ve USA, ale i Evropě a Asii využívá pro výzkumné účely vymezení ADHD. Pojetí poruchy podle ICD - 10 je využíváno méně, spíše pro potřeby medicínské.

#### **2.2.4 Klasifikace**

Kromě třech základních subtypů (viz výše), zmiňuje diagnostický manuál také variantu ADHD - typ nespecifický, kdy se projevuje porucha pozornosti i hyperaktivita, v podobě, která neodpovídá diagnostickým kritériím. Poslední variantou je ADHD v částečné remisi, kdy symptomy již nedovídají všem kritériím.

Lze se setkat také s dalším pojetím. Autorky Semrud – Cliekeman a Teeter Ellison (2009) např. zmiňují subtypy založené na rozdělení jedinců do fenotypicky homogenních skupin podle profilu symptomů. Výsledkem je sedm subtypů. Tyto *fenotypy* se používají zejména pro výzkumné účely. Autorky ovšem zmiňují i jejich možnou využitelnost pro klinickou praxi, kdy s jejich pomocí lze snáze uchopit heterogenitu populace s diagnostikovaným ADHD, např. pro potřeby vysvětlení rozdílů mezi některými výzkumnými výsledky a projevy u konkrétního jedince. Jedná se o tyto kategorie: Málo symptomů, Mírná nepozornost, Vážná nepozornost, Upovídaný – nepozorný, Mírná forma kombinovaná, Vážná forma kombinovaná, Hyperaktivní.

Další vymezení, opět zajímavé z hlediska posuzování podoby, kterou ADHD může nabývat u konkrétního jednotlivce, uvádí Paclt (2007). Jedná se o rozdělení do subtypů podle Bhandaryho. Je využíváno také pro určení vhodného typu farmakoterapie v rámci pedopsychiatrické nebo neurologické péče. *Subtyp I* je charakterizován výraznou poruchou pozornosti a učení. Úspěšná zde bývá farmakoterapie stimulancii. Typická je pro tyto děti horší sociální adaptace, ovšem bez výraznější agresivity. *Subtyp II* je charakteristický

všezahrnující hyperaktivitou a související poruchou pozornosti. Opět zde není tendence k agresivitě, k léčbě se využívá kombinace risperidonu s Ritalinem. Pro *subtyp III* je typická impulzivita, která vede k častým konfliktům. Léčba je proto zaměřena na úpravu nálady, používá se carbamazepin, lithium a antidepresiva. Poslední *subtyp IV* vykazuje nejméně problémy v sociální oblasti, typická je necitlivost na odměnu a trest, nedostatek sociální přichylnosti a empatie. Náročná je i farmakoterapie, využitelná jsou atypická antipsychotika. Zde je také nejčastější komorbidita s poruchami učení a disociálními projevy (dle Paclt 2007, str. 36 – 37).

## 2.3 Modely a teorie ADHD

Pohled na etiopatogenezi ADHD odráží širokou škálu oborů, které se touto problematikou zabývají. Proto vedle klasických teorií neurologických a genetických nalézáme také modely neuropsychologické a psychologické.

Neurofyzilogické modely vycházejí zejména z výsledku zkoumání pomocí moderních zobrazovacích metod. Výzkumy založené na vyšetřeních funkční magnetickou rezonancí i počítačovou tomografií nejčastěji uvádí zasažení zejména oblastí frontálního a prefrontálního kortexu, dále bazálních ganglií a mozečku, studie opakovaně nalézají také zmenšené corpus callosum (podrobněji viz např. Paclt 2007, Barkley 2006, Semrud – Clikeman, Teeter Ellison 2009). Nálezky jsou zde abnormální jak strukturně, tak funkčně, Paclt (2007) dokládá změny metabolismu mozkových buněk na základě výzkumů využívajících pozitronovou emisní tomografii, Barkley ovšem upozorňuje, že tyto změny jsou průkazné u dospělých, u dětí a adolescentů jsou nálezky nejednoznačné. Obdobně výzkumy krevních průtoků poukazují na změny zejména v oblasti prefrontálního kortexu a mozečku. Nelze opominout ani odlišnosti v EEG vyšetřeních, nejčastěji je zde patrný zvýšený podíl pomalých vln théta.

Rozsah výzkumů a zjištěných neurologických odchylek u dětí i dospělých s ADHD jen odráží širokou škálu příčinných faktorů a odpovídá také rozmanitosti klinického obrazu poruchy. Zejména již zmíněná Bhandaryho klasifikace subtypů ADHD dává do souvislosti zjištěné neurologické odchylky s konkrétními variantami poruchy v chování jedince.

Podnětem pro genetické modely je zejména míra výskytu ADHD mezi příbuznými

jedinci. Pravděpodobnost, že sourozenec dítěte s ADHD bude trpět stejnou poruchou, je cca 50%; mezigeneračně Paclt (2007) uvádí heritabilitu mezi 0, 75 až 0, 9. Pro genetickou zátěž jednoznačně hovoří provedené výzkumy jedno a dvojvaječných dvojčat i studie adoptovaných dětí. Genetické faktory také pravděpodobně přispívají k významně častějšímu výskytu poruchy u chlapců. V současnosti je popsáno asi 40 genů, o kterých se předpokládá, že mají vliv rozvoj ADHD, jedná se zejména o geny, které kódují funkce neurotransmíterů na synapsích.

Genetické výzkumy tudíž úzce souvisí s dalším etiologickým model, který vychází z neurobiochemie poruchy. U jedinců s ADHD byly konstatovány změny v hladinách neurotransmíterů a to zejména katecholaminů - dopaminu a noradrenalinu (Paclt 2007, Drtílková, Šerý 2007, Barkley 2006, Sergeant 2004). První hypotéza vyslovená v tomto směru již v 70. letech Kortenskym, tzv. katecholaminová hypotéza hyperaktivity, je akceptována a zpřesňována dalšími výzkumy i v současnosti. Předpokládá se zvýšené množství dopaminových receptorů, které vede k nedostatku dopaminu v synaptických štěrbinách. Noradrenalin vzniká přeměnou dopaminu a u dětí s ADHD se předpokládá zejména problém ve vzájemném poměru hladin noradrenalinu a dopaminu. Nejčastěji citovaným důkazem těchto teorií je pozitivní úprava symptomů ADHD po podání methylphenidátu, který je blokátorem receptoru dopaminového transportéru. Pro vliv noradrenalinu zase svědčí pozitivní účinek látek zvyšujících noradrenergní přenosy, tedy např. atomoxetinu.

Další výzkumy se věnují také vlivu serotoninu, který by mohl stát spíše za zvýšenou impulzivitou.

Další etiologické faktory jsou spojeny zejména s prenatálním a perinatálním obdobím. Opakovaně doloženo bylo spojení s nízkou porodní vahou a kouřením matky v těhotenství. Některé studie také uvádějí porodní a poporodní komplikace, Semrud – Clikeman a Teeter Ellison (2009) to ovšem považují za nedostatečně podložené.

Čistě psychologické teorie jsou založeny zejména na psychoanalytickém paradigmatu. Šebek (1990) zdůrazňuje zejména význam mateřského objektu. Psychická ztráta matky je v jeho pojetí nejrizikovějším faktorem, protože právě kontakt s matkou je zdrojem nástrojů ke zvládnání pudové excitace, psychofyzilogického vzrušení. Pokud dítě nemá v adekvátním věku dostupnou osobu, jejíž stabilní přítomnost a kvalitní interakce jsou mu zdrojem k přijetí mechanismů na zvládnání vlastního neklidu, tyto mechanismy se nevyvinou a hyperaktivita se stane výrazným prvkem fungování dítěte. Je také způsobem



jak se vyhnout další psychické ztrátě, protože neumožňuje trvalejší kontakt s dalšími osobami.

Daley et al. (2009) konstatují, že vzájemná vazba výskytu ADHD u dítěte a rodičovské výchovy je reciproční. Na jedné straně výzkumy podle nich jednoznačně potvrzují, že negativní nebo chaotický výchovný styl přispívá k rozvoji symptomů ADHD, na straně druhé negativní naladění a nízká frustrační tolerance dětí s predispozicí k ADHD tyto poruchy výchovného stylu může vyvolávat. Maniadaki et al. (2005) shrnují výsledky výzkumů zaměřených na vztah mezi rodičovskou výchovou a symptomy ADHD, které konstatují, že na rozvoji symptomů ADHD, zejména problémového chování a agresivity, se podílí zejména již zmíněný negativní a silový výchovný styl, dále pocity bezmoci a vyčerpání rodičů, které vedou k tomu, že dítěti se dostává zejména negativního posilování jeho chování a v neposlední řadě také reaktivní rodičovský postoj, kdy rodiče pouze mírní následky chování dítěte, ale minimálně posilují jeho pozitivní stránky.

Příspěvkem k psychosociálnímu pohledu na problematiku je přístup Prekopové a Schweizerové (1994), opět zejména kvůli svému dopadu na terapii poruchy<sup>3</sup>. Předpokládají, že hyperaktivita dětí je pouze v malém procentu případů součástí biologicky podmíněného syndromu (ve smyslu LMD nebo ADHD), daleko častěji se podle nich jedná o děti, které trpí neklidem. Tento pojem vnímají jako širší než je pouhá hyperaktivita, v zásadě zahrnuje většinu symptomů ADHD – *(hyperaktivita) většinou je důsledkem nadměrné zátěže v určitém citlivém vývojovém stupni, který dítěti znemožní vnímání sebe sama a sebeovládání... Víme, že většinou je (hyperaktivita) důsledkem daleko šířeji a hlouběji sahajícího jevu. A tím je neklid. Vnitřním neklidem rozvířená životní energie si nachází únikovou somatickou cestu a projeví se hyperaktivním chováním s hektickým, odbíhavým způsobem jednání. Hektika pak zpětně působí jako bumerang na vnitřní nepokoj a zesiluje ho. Kruh se uzavírá a stres se stupňuje. V tomto smyslu je hyperaktivita psychosomatický děj a chápat ji jako diagnózu je nesprávné.* (Prekopová, Schweizerová 1994, str. 9 – 10). Psychosomatický rozměr svého přístupu autorky konkretizují v tom smyslu, že při somatické kanalizaci psychického problému je využit nejcitlivější orgán a v případě dětí je tímto orgánem intenzivně se rozvíjející mozek, proto má pak neklid řadu projevů kognitivních.

---

<sup>3</sup> I pokud přijmeme aktuální bouřlivé diskuze a kritiky terapeutického přístupu Prekopové, v praxi je hodně znám a užíván a rodiče i děti v našem vzorku se s tímto přístupem setkávali, jejich pohled na poruchu jím mohl být ovlivněn, z toho důvodu považujeme za potřebné zde tento přístup zmínit.

Z hlediska následné terapie ADHD je vedle neurobiochemických modelů, které jsou podkladem pro farmakologickou léčbu a psychoanalytického přístupu, který je vhodným výchozím bodem pro psychoterapii a práci s rodiči, podle našeho názoru nejvýznamnější neuropsychologický přístup, reprezentovaný např. Barkleyovou teorií seberegulace, teorií odporu k opoždění či tzv. kognitivně energetickým modelem (CEM). Starší teorie, které předpokládaly, že primárním problémem ADHD jsou deficity pozornosti, jsou převážně překonány (Sergeant 2004). Oproti těmto teoriím Barkley jako primární mechanismus poruchy označuje deficit inhibičních mechanismů<sup>4</sup>. Sonuga – Barke (Sonuga – Barke et al. 2004, Sergerant 2004, Paclt 2007, Dalen 2004) ve své teorii odporu k opoždění (delay aversion theory, resp. teorii duální cesty – dual pathway theory)<sup>5</sup>, pak zdůrazňuje, že vedle deficitu inhibičního mechanismu, založeného na exekutivní dysfunkci, je důležitým prvkem také problém motivační, kdy se pro dítě určitá činnost stává neudržitelnou, protože nevnímá opožděnou odměnu, která je výsledkem činnosti a cíleně odpoutává svou pozornost od takové činnosti. Problém tudíž nespočívá v tom, že by pozornost neudrželo pod vlivem ostatních podnětů, ale že tyto cíleně samo vyhledá, odklon od původní činnosti je veden právě potřebou ji nahradit jinou, která bude pro dítě zajímavější. Jedná se tedy o celkové narušení motivačního procesu. Zdůrazňuje také problémy s časovými představami<sup>6</sup>, protože pokud dojde ke stimulaci, která ovlivňuje vnímání času, děti trpící ADHD vykazují stejné výsledky jako kontrolní skupiny (Antrop 2006).

Kognitivně energetický model (CEM, příp. cognitive energetic dysregulation hypothesis), který prezentuje Sergeant (2004), konstatuje tři roviny deficitů typických pro ADHD. V nejnižší úrovni se jedná o zpracování informací (na úrovni kognitivních procesů, včetně motorické reakce), druhou etáž tvoří energetické rezervy – arousal, aktivace a úsilí, poslední odpovídá systému řízení a exekutivních funkcí. Autoři předpokládají, že deficit střední úrovně ve smyslu nesprávného rozvržení energetických

---

<sup>4</sup> Protože Barkleyova teorie velmi dobře koresponduje s našimi nálezy z výzkumu a, jak sám autor konstatuje, je dobrým výchozím bodem pro intervenci, je jí věnována samostatná kapitola. Druhým důvodem je také skutečnost, že je na ní založeno velké množství aktuálních výzkumů, nebo se vůči ní vymezují, v dostupných českých publikacích je ovšem zmiňována vždy jen velmi stručně.

<sup>5</sup> Sonuga Barke se pokusil o fúzi své původní delay aversion theory a s Barkleyovým modelem, výsledkem je dual pathway theory, která předpokládá oba možné zdroje poruchy – jak odlišný motivační styl (Sonuga – Barke), tak poruchy exekutivních funkcí (Barkley), tuto hypotézu také ověřil na vzorku předškolních dětí (Sonuga - Barke et al. 2003).

<sup>6</sup> Problémem se v zde myslí neschopnost dětí porovnat si časové úseky a určit, které jsou stejně dlouhé. Pokud mají k dispozici vnější stimulaci, vnímají čas čekání na odměnu jako kratší, i když obdrží informaci o délce trvání, které je v obou případech stejná. Volí pak jednoznačně tu situaci, kde budou čas mezi úkolem a odměnou vnímat jako kratší, protože to je pro ně rozhodující stanovisko. Překonání dlouhého časového úseku je pro ně „nepředstavitelné“, proto takový úkol rovnou nezvolí.

rezerv vede k potížím jak v motorické organizaci, tak na úrovni exekutivní (Kulišťák 2003, Sergeant 2004, Drtílková, Šerý 2007).

### 2.3.1 Barkleyova teorie ADHD

Základními koncepty, na kterých teorie staví, jsou seberegulace a exekutivní funkce. Jedná se o teorii vývojovou. Sám autor zdůrazňuje, že v kontextu jeho modelu není klíčové, jak přesně vzniká inhibiční deficit<sup>7</sup>, ale že se snaží uchopit šířku klinického obrazu poruchy a zahrnout do pojetí poruchy deficity kognitivních funkcí, seberegulaci a organizaci chování v čase ve vztahu k budoucnosti (Barkley 2006).

Základním problémem ADHD je v tomto pojetí behaviorální inhibice. Ta je *„základní komponentou, podmiňující i všechny ostatní, zejména vývoj, osvojení a plný výkon čtyř exekutivních funkcí...vytváří jim prostor, podněcuje jejich internalizaci, podporuje jejich výskyt a chrání je před interferencemi. Stejně tak působí na vytváření a výkon mezi-časových cíleně orientovaných behaviorálních struktur, které se z těchto exekutivních funkcí vyvíjejí. Jedná se o neverbální pracovní paměť, internalizaci řeči (verbální pracovní paměť), seberegulaci v rovině afektů, motivace, arousalu a rekonstituci (plánování a generativitu)“* (Barkley 2006, str. 300). Provázanost inhibice a exekutivních funkcí vysvětluje tak, že *„jsou to právě tyto exekutivní funkce, které mohou zaměřit chování od aktuálně přítomné kontroly ke kontrole pomocí vnitřně reprezentovaných forem informací a to prostřednictvím vlivu na poslední komponentu (modelu), kterou je motorická kontrola“* (cit. d., str. 301).

Autor zdůrazňuje, že pro pochopení významu inhibičních procesů pro řízení chování je potřeba vzít v úvahu, že koncept behaviorální inhibice je multidimenzionální. Zahrnuje tři základní dílčí procesy, kterými jsou (1) inhibice úvodní potenciální reakce na podnět, (2) pozastavení již probíhající odpovědi na podnět, respektive umožnění zpoždění v rozhodování, zdali odpovídat a (3) ochrana této časové prodlevy a řízených odpovědí před konkurencí jiných podnětů a reakcí. Právě druhá součást inhibičního procesu je klíčová pro pochopení vztahu inhibice chování a exekutivních funkcí. Časová prodleva reakce, která vzniká inhibicí primární odpovědi, je momentem, kdy exekutivní funkce vstupují do hry a vytváří se prostor pro seberegulaci jedince.

---

<sup>7</sup> Ovšem podrobně rozpracovává také problematiku změněných neurologických nálezů jako podkladu k funkčním změnám u ADHD.

Exekutivní funkce jsou pro potřeby této teorie definovány jako „*specifická skupina sebeurčujících aktivit jedince, jejichž smyslem je seberegulace ve vztahu k budoucnosti*“ (Barkley 2006, str. 305). Autor vychází z pojetí těchto funkcí jako výsledku internalizace, respektive privatizace typů chování, které bylo původně veřejné a zaměřené na ovládnutí okolí. V této podobě se vyskytuje v raných fázích vývoje člověka a postupně jsou tyto projevy privatizovány, až se stanou součástí sebeřízení.

Teorii jsme označili za vývojovou. Podle Barkleye se totiž zmiňované funkce objevují u jedince postupně. Nejprve se objevuje behaviorální inhibice, paralelně s neverbální pracovní pamětí, následována internalizací řeči, dalším krokem je internalizace afektů a motivace a posledním krokem je internalizace hry. Ve vývoji se pak tyto procesy projevují jako posun od vnější k vnitřní kontrole, jak ve smyslu podnětů prostředí, tak ve smyslu řízení chování vnějšími osobami a následně jedincem samotným. Další posun se objevuje v postoji k času. Jestliže původně se jednalo o funkce, jejichž smyslem je anticipace změny prostředí – změny v budoucnosti, jejich internalizací provází vědomé vnímání času. Jedinec je osvobozen od reagování pouze na aktuálně přítomné podněty, protože zvnitřněné procesy pomáhají efektivně překonávat časový odstup mezi souvisejícími momenty chování probíhajícími v různém čase (kontingencemi) a chování jedince je pak cílesměrné a řízeně orientované na varianty budoucnosti. Autor dovozuje, že jedinec, který si toto chování osvojí, lze označit za cílesměrného, účelně a záměrně jednajícího. Smyslem jeho jednání pak je maximalizace dlouhodobých zisků ve smyslu jedincových zájmů a jejich upřednostnění před aktuálním krátkodobým ziskem. Poslední posun je tedy ve schopnosti pozdržet odměnu. Dověření vývoje seberegulace nastává podle autora až v dospělosti, okolo třiceti let věku.

Stručný nástin této inspirativní teorie uzavřeme popsáním vztahu narušených funkcí ke klinickému obrazu poruchy. Jak již bylo zmíněno, jedná se o konstrukt vývojový. Pokud v tomto vývoji dojde k nějaké chybě, rozvíjejí se symptomy, které vedou k diagnóze ADHD. Ve vztahu k času se potíže dají označit jako krátkozrakost, či časová slepota, protože jedinec trpící ADHD neumí adaptivně fungovat ve vztahu k času a budoucnosti. Barkley (2006) tuto skutečnost vysvětluje právě chybami v inhibici a její nedostatečné protektivní funkci. Pokud je vnímání narušeno interferencemi, jedinec nedokáže věnovat pozornost vnitřními a vnějším změnám časových informací a ztrácí časový odhad.

Co se týče projekce narušených problémových funkcí do konkrétních symptomů, potíže s neverbální pracovní pamětí, kterou autor definuje jako „*kapacitu k udržení*

*vnitřních reprezentací informací za účelem kontroly následného chování“* (cit. d. str. 307) a zdůrazňuje její nejen retrospektivní, ale také prospektivní funkci, vedou k problémům v sebeobrazu, hodnocení vlastních schopností a dále pak v práci s časem ve smyslu využití zkušenosti a schopnosti předvídat. Tyto na první pohled nesourodé oblasti jsou spojeny právě schopností nakládat s minulou zkušeností a využít ji pro reakci na současnost. Je – li tato schopnost narušena, narušuje se proces komparace minulých zážitků s aktuálními podněty, např. ve smyslu vyhnutí se již jednou udělané chybě. V komplexnější podobě tohoto procesu se dostáváme právě až ke konstrukci sebeobrazu, který vzniká na základě hodnocení vlastních minulých činů a také porovnáváním svých plánů a jejich realizací. Děti s ADHD mívají obecně nižší sebevědomí než děti zdravé, studie ovšem ukazují, že se to týká celkového sebeobrazu, a tato skutečnost se připisuje zejména vlivu přidružených potíží, jako jsou depresivní poruchy. Při předpovídání svého úspěchu v konkrétním úkolu nadsazují ve stejné míře, jako děti z kontrolních skupin, ale jejich finální výkon bývá výrazně horší, než je průměr kontrolní skupiny. Tuto skutečnost ale při dalším hodnocení svých schopností nezahrnují do úsudku a to i přes to, že jsou celkem přesné při hodnocení schopností ostatních dětí. Studie provedené na toto téma (např. Owens et al. 2007) ale předpokládají, že v tomto směru se jedná o symptom do určité míry protektivní.

Barkley (2006) naznačuje také vztah této funkce ke schopnosti řídit se pravidly (jako zadaným vzorcem chování, který je potřeba držet v paměti a porovnávat s aktuálním výkonem). Tato schopnost se u dětí s ADHD často jeví jako narušená.

Narušení další komponenty tohoto modelu, funkce verbální pracovní paměti, souvisí s opožděnou internalizací řeči. Zde Barkley vychází z Vygotského teorie o řeči jako nástroji sebeřízení. V zásadě se jedná o narušení schopnosti vnitřního dialogu, který je ovšem nástrojem reflexe, řešení problémů, opět schopností, jejichž nedostatečnost je typickou součástí klinického obrazu ADHD. Druhou rovinou tohoto problému je narušené porozumění čtenému textu, zejména při tichém čtení, protože toto předpokládá opět ukládání přečteného do pracovní paměti.

Narušená funkce seberegulace v oblasti afektů, motivace a arousalu se projevuje zejména v neschopnost brzdit primární reakci na podnět, i když je tato reakce neadekvátní např. ve vztahu ke sociálním normám. Chování dětí s ADHD proto vykazuje daleko větší míru negativních emocí, které zdraví jedinci také pociťují, ale dokáží inhibovat jejich veřejný projev. V návaznosti na Bronowského teorii jazyka, ze které při konstrukci modelu

vychází, zdůrazňuje Barkley podíl poruchy této funkce na poruše objektivního náhledu<sup>8</sup>, případně empatie. Vztah k regulaci motivace a arousalu je v jeho modelu založen na pojetí motivačního stavu jako svého druhu emoce. V tomto kontextu pak porucha schopnosti regulovat či navodit emoci znamená také porušenou schopnost regulace motivace a úrovně arousalu.

Poslední exekutivní komponenta modelu – rekonstituce - zahrnuje analýzu chování na dílčí prvky a jejich syntézu do nových, komplexnějších vzorců chování. Analýzou je myšleno rozčlenění vzorce chování na dílčí úseky, syntézou jejich rekombinace. Porucha této funkce se podle Barkleye projevuje zejména v oblasti fluence a to nejen verbální, ale také v oblasti motoriky, resp. podle autorova předpokladu v každé situaci, kdy má chování směřovat k nějakému cíli. Logicky porušena pak může být i kreativita a plánování. Barkley v tomto kontextu mluví o narušené syntaxi a to nejen ve smyslu jazyka, ale chování jako celku.

V souhrnu tedy lze říci, že autor podává přesvědčivé vysvětlení pro velkou část symptomů, zejména impulzivitu jako projev desinhibice a potíží v řízení chování ve vztahu k pravidlům a v budoucnosti situovaným cílům.

Přes své široké přijetí i tato teorie může být zpochybněna. V metaanalýze výzkumů exekutivních funkcí u dětí s ADHD konstatují Castellanos et al. (2006), že nějaký typ kognitivní dysfunkce, který by mohl způsobovat symptomatiku ADHD, nalézají u cca 80% zkoumaných dětí s ADHD, zbylá pětina vychází v neuropsychologickém testování bez diagnostikovatelných potíží. Přinášejí inspirativní myšlenku dvou skupin exekutivních funkcí. Na jedné straně jsou chladné (cool) exekutivní funkce (např. pracovní paměť), které jsou zodpovědné za výkon ve většině úkolů obsažených v neuropsychologických testech a etiologicky pravděpodobně zaštiťují zejména symptomy nepozornosti. Druhým pólem jsou horké (hot) exekutivní funkce (např. riskantní rozhodování), které se podílejí na úkolech, ve kterých je jedinec afektivně vázán, nebo vyžadují zhodnocení afektivního významu podnětu. Poruchy těchto funkcí pak mohou způsobovat symptomatiku hyperaktivity/impulzivity.

### **2.3.2 Transakční model ADHD**

Transakční model ADHD autorem Semrud-Clikeman a Teeter Ellison (2009) je

---

<sup>8</sup> Zde ve smyslu neregulovaného primární emoci.

pokusem o integraci jednotlivých pohledů na etiologii poruchy. Zjištění z těchto dílčích přístupů jsou zahrnuta do sítě, která poukazuje na jejich vzájemné vazby a podmínění. Na základě přehledu řady studií dokládají vliv genetických, temperamentových a pre- a perinatálních enviromentálních faktorů na vývoj a dozrávání nervové soustavy a tudíž na vznik ADHD. V porovnání s těmito hlavními skupinami faktorů konstatují menší, ale též významný vliv postnatálních faktorů (rodinné prostředí, psychické onemocnění rodičů) apod.) na rozvoji ADHD, předpokládají jejich významný podíl na manifestaci jednotlivých symptomů v průběhu života jedince a zodpovědnost za rozvoj závažnějších forem poruchy a komorbidních diagnóz, nevnímají je tedy primárně jako kauzální, ale přepokládají jejich vliv na podobu poruchy. Konstatují, že zatím nebyl pojmenován konkrétní gen zodpovědný za ADHD a genetickou zátěž spojují zejména s geny kódujícími dopaminové receptory.

Stručný přehled etiologických modelů lze zakončit závěrem Drtílkové (in Drtílková, Šerý 2007), která upozorňuje na vzájemnou souvislost neurobiochemických a neurofyziologických etiologických modelů a neuropsychologických dysfunkcí u ADHD. Jestliže novější neurofyziologické studie potvrzují u dětí s ADHD hypofunkční katecholaminové projekce z oblasti bazálních ganglií do prefrontálního kortexu, v hladinách neurotransmiterů se tato dysfunkce projevuje jako hypoaktivita kortikálního dopaminového systému a hyperaktivita striatálního dopaminového systému. V neuropsychologickém fungování se pak projevuje kognitivní deficit v oblasti kontroly arousalu, inhibice a výkonu, spojený se kortikální oblastí. Potíže ve striatální oblasti vedou k hyperaktivním projevům. Navíc právě striatum je oblastí velmi citlivou na perinatální hypoxii, je zde tedy vazba i na další etiologický faktor ADHD.

## 2.4 Symptomy

Symptomy ADHD jsou nejčastěji uváděny ve formě triády - porucha pozornosti, impulzivita, hyperaktivita. K těmto základním skupinám přidáváme ještě podrobnější pohled na motivační problémy, protože v našem výzkumu se ukazují jako klíčový prvek. Také v návaznosti na zmíněné teoretické modely ADHD, zejména Barkleyovu seberegulační teorii a delay aversion teorii je zřetelné, že se jedná o klíčový mechanismus, který jednotlivé symptomy propojuje. Podrobnější pohled na symptomy ve smyslu jejich konkrétní manifestace v každodenním životě dítěte je obsahem kapitoly (*Vývojový pohled*

*na symptomy ADHD a vztahová rizika s nimi spojená*). Z dostupných českých monografií je tato problematika asi nejlépe zpracována v publikaci Jucovičové a Žáčkové (2010).

### **2.4.1 Porucha pozornosti**

Poruchu pozornosti nejčastěji vymezujeme jako neschopnost kontrolovat a zaměřit pozornost k činnosti. U dětí s ADHD se typicky projevuje chaotickým přístupem k práci i hře, charakterizovaným přebíháním mezi činnostmi, nedokončováním činností, opomíjením některých aspektů úkolu (nemusí se nutně jednat o detaily), vnímat instrukce a naplánovat si efektivně svou činnost. Činnost působí chaoticky také díky neschopnosti sekvencovat a vytvářet plány. Ve vztahu k prostředí je také typický chaos – nepořádek, ztrácení věcí.

Pozornost je komplexní proces, v souvislosti s ADHD se většinou konstatuje problém hned na několika úrovních. Proces zaměřené pozornosti je podle Semrud – Clikeman a Teeter Ellison (2009) prvním aspektem, který by měl být jedincem zvládnut. Porucha zaměření pozornosti bývá označována jako vyrušitelnost.

Podle Barkleyho modelu ADHD je ovšem problém vyrušitelnosti druhotný, způsobený poruchou regulace a inhibice chování (např. Barkley 2006, Semrud – Clikeman, Teeter Ellison 2009). Co bývá označováno jako vyrušitelnost je ve skutečnosti neschopnost inhibovat tendenci k hledání jiných podnětů, které jsou v danou chvíli zajímavější. Tím se vysvětluje schopnost dětí s ADHD někdy pozornost udržet bez problémů, typicky se uvádí sledování televize nebo hry na počítači. Tyto činnosti totiž dítěti poskytují neustálé dostatečné sycení. Jak uzavírají Semrud – Clikemanová a Teeter Ellisonová (2009), děti tedy jsou schopny svou pozornost k úkolu zaměřit, ale nejsou schopny ji udržet, protože neodolají dalším konkurenčním podnětům, které se v danou chvíli jeví jako zajímavější. Zdrojem potíží nejsou primárně tyto vnější podněty, ale kvalita prvního poskytnutého podnětu (Paclt 2007). Klíčem k udržení pozornosti je proto vedle úpravy prostředí zejména charakter a struktura úkolu. Abychom zvýšili pravděpodobnost, že dítě pozornost udrží, je potřeba proložit úkol zpětnovazebními mechanismy nebo vřazovat mezi úkoly drobné odměny (mohou být i činnostního charakteru).

Vedle vyrušitelnosti lze tedy postavit další aspekt pozornosti, který bývá porušen, a tím je vytrvalost pozornosti. Podle Semrud – Clikeman a Teeter Ellison (2009) se jedná o další vývojový krok. S jeho dosažením se dítě dokáže věnovat činnosti soustředěně po delší dobu, včetně činností, které se opakují. Bdělost, jak lze jinak tuto rovinu pozornosti



označit, úzce souvisí s úrovní arousalu, její porucha je tedy v souladu s předpoklady, že úroveň arousalu je u dětí s ADHD neadekvátní. Zmíněné autorky také doplňují, že tyto varianty poruchy pozornosti jsou plně v souladu s neurologickými nálezy o změněném metabolismu a aktivaci mozkových buněk. Podobně korespondují neurologické nálezy s potížemi s udržení pozornosti u komplexnějšího úkolu. To je kontrolováno frontálními laloky, které regulují chování. Tyto jsou ale poslední oblastí mozku, která dozrává. Problémy v dozrání této oblasti by pak byly zdrojem potíží s pozorností u dětí s ADHD. Tím by bylo možné také vysvětlit částečné zlepšení symptomů v čase, související tedy s postupnými dozráváním a částečnou úpravou tohoto deficitu, včetně tvorby náhradních mechanismů.

Obě předchozí roviny se podílí na selhávání v procesu selektivní pozornosti, která bývá nejvíce dávána do souvislosti s kvalitou školní práce a dosahovanými školními výsledky, resp. schopností dítěte soustředit se ve škole odpovídajícím způsobem a podílet se na procesu vyučování. Jedná se o složitý vzorec chování který zahrnuje aktivaci a udržení odpovědi a zároveň inhibici jiné reakce, tudíž oba procesy, jejichž narušení je součástí syndromu ADHD (Semrud – Clikeman, Teeter Ellison 2009).

## **2.4.2 Impulzivita**

Druhým jádrovým symptomem je impulzivita. Problém impulzivity u syndromu ADHD velmi úzce souvisí s pozornostními problémy, resp. impulzivita je stejně jako porucha pozornosti výsledkem poruchy inhibice a seberegulace a podle některých teorií se jedná o klíčový mechanismus pro pochopení poruchy a vysvětlení ostatních symptomů. Mechanismus jejího vzniku byl již popsán výše. Dodejme proto zejména její projevy v chování. Jedná se zejména o neschopnost řídit se pravidly, přizpůsobovat se nárokům ostatních nebo nárokům situace, jednání je zbrklé, nahodilé. Dále pak odložit činnost nebo vyčkat se splněním přání, děti nezvládají situace, kdy by měly čekat. Zde opět odkazujeme na kapitolu věnovanou Barkleyho modelu ADHD. V zásadě lze spolu s Drtílkovou charakterizovat jednání dětí s ADHD jako přístup „hned a teď“. Tato autorka také poukazuje na to, že impulzivita není patrná pouze na behaviorální úrovni, ale také na rovině kognitivní, ve zbrklých úsudcích, nepromyšleném rozhodování (Drtílková, Šerý 2007).

Na první pohled paradoxně k této přebíhavosti a chaotičnosti v chování jsou děti

s ADHD často velmi „konzervativní“, nemají rády změny, právě proto, že nejsou schopny se na ně efektivně adaptovat, chybně nastavené změny (tedy zejména neoznamené a nepřipravené) proto pouze zvyšují jejich tenzi a vedou k prohloubení problémů v chování. Neschopnost inhibovat reakci je také příčinou toho, že děti s ADHD daleko více než ostatní dávají najevo negativní emoce, působí jako vzteklé, dráždivé, dostávají se do konfliktů.

Na posledním místě zmiňujeme důsledek, který ovšem svým dopadem leckdy převyšuje ostatní, a to je neschopnost vyhnout se a odhadnout nebezpečí. Děti s ADHD daleko více riskují a snáze se dostávají do nebezpečných situací, což vede ke zřetelně větší úrazovosti.

### **2.4.3 Hyperaktivita**

Hyperaktivita se projevuje jako zvýšená pohyblivost, typické je velké množství neúčelných doprovodných pohybů. Provedení záměrného pohybu bývá nepřesné, zbrklé, vzniká dojem neobratnosti. Učitelé i rodiče se shodují, že tento problém nejvíce vynikne ve strukturovaných situacích a těch momentech, kdy by mělo dítě zůstat chvíli v klidové situaci. Kromě školní lavice jsou problematickými momenty dopravní prostředky, nebo např. stolování. Jak zdůrazňuje Drtílková (Drtílková, Šerý 2007), charakteristické je, že nadměrná aktivita nevede ke zvýšení množství vykonané práce, naopak, nadbytečné pohyby a odbíhání jsou spíše na překážku. Potíže se spánkem v pozdějším věku, resp. potíže s usínáním, také souvisí s neschopností zaujmout klidovou polohu a setrvat v ní. Dítě samo sebe stále ruší a proto špatně usíná.

Silně zasaženou oblastí je řeč. Děti jsou upovídáné, hovoří překotně a zbrkle, často nesouvisle. Vzhledem k relativně časté komorbiditě s poruchami řeči pak někdy vzniká problém s porozuměním. Jedná se tak o další faktor, který může dítě izolovat. Navíc logopedická náprava je přítomností ADHD zkomplikována.

### **2.4.4 Motivace a seberegulace chování**

Otázka motivace se v problematice ADHD stává významnou zejména s výše zmíněnými etiologickými hypotézami Sergeantovými (cognitive energetic dysregulation hypothesis) nebo Sonogy – Barkeho (delay aversion theory), kteří na nich zakládají

vysvětlení klíčových mechanismů této poruchy.

Barkley naopak zdůrazňuje rovinu seberegulace a přináší přehled výzkumů, které konstatují sníženou schopnost řídit se danými pravidly. Shrnuje to přílehlavým konstatováním, že děti s ADHD „*mají větší problém s tím jak dělat, co umí, než s tím, že by nevěděly, co dělat*“ (Barkley 2006, str. 133) . Kromě základního problému, kterým je porucha seberegulace, k tomu pravděpodobně přispívá také opožděná internalizace řeči, ve smyslu řeči jako nástroje sebeřízení.

Van der Meere, Berger a Wiersema (2010) se ve svém přehledu výzkumů motivace u ADHD při vysvětlení motivačních deficitů přiklání spíše k modelu Sergeantovu nebo delay aversion teorii, zdůrazňují ale, že výsledky výzkumů jsou stále velmi nejednoznačné a také chybí šířeji uznávaný koncept motivace a úsilí, který by výzkumy sjednotil.

Protože ale náš výzkum ukazuje, že právě pozorovaný nedostatek úsilí je tím, co stojí za častými konflikty dětí s ADHD s rodiči a učiteli<sup>9</sup>, pokládáme za nutné na tomto místě shrnout teoretické předpoklady k této problematice.

Zastřešit problematiku řízení chování a motivace lze nejzřetelněji konstatováním, že pro děti s ADHD je typický problém s útlumem činnosti a to obousměrně, jak ve smyslu udržení se u činnosti, tak ve smyslu oddálení jejího započetí, projevuje se tedy jako neschopnost dokončit činnost, udržet se u jedné činnosti a neopustit ji předčasně, zvládnout nutkání k činnosti. V kontextu Barkleyova modelu se jedná se o převážně kognitivní deficit, který zasahuje do roviny seberegulace a adaptace a ovlivňuje i rovinu motivace. Naopak Sonuga – Barke předpokládá, že problém je čistě motivační<sup>10</sup>.

Oba přístupy ale ukazují, že pro hladký průběh motivačního procesu vznikají nemalé překážky – motivační napětí je neustále oslabováno novými impulsy, novými cíli, ke kterým může dítě své chování směřovat. A dříve, než jich dosáhne, objeví se další podněty, které opět svedou energii jinam. Výsledkem v praktickém životě je přelétavé dítě, které střídavě např. bere do ruky hračky, ale započatou činnost s žádnou z nich nedokončí a začíná se věnovat dalším aktivitám, dítě, které odevzdává ve škole nedokončený test dlouho před vypršením časového limitu apod.

Na oslabení motivačního napětí se samozřejmě podílí také porucha pozornosti, která vede k oslabení vlivu původních incetiv a dovoluje objevovat podněty stále nové.

---

<sup>9</sup> Podrobnější rozbor této skutečnosti a hypotézy o příčinách této situace jsou obsahem kapitoly Motivace ke školní práci a domácí příprava do školy.

<sup>10</sup> Ovšem jeho předpoklad, že dítě vyhledává novou činnost před ukončením druhé záměrně, protože nedokáže pracovat s oddálenou odměnou a prvotní činnost je pro něj neudržitelná, obsahuje také zřetelný kognitivní aspekt. Tím je otázka vnímání času a udržení kognitivní reprezentace oddálené odměny.

Ve výkonových situacích je pro děti s ADHD typický problém v činnostech s oddálenou nebo slabou odměnou. V případě, že odměna nenásleduje ihned po úkolu nebo není dostatečně silná, výrazně klesá jejich úspěšnost v činnosti, zejména v souvislosti s jejím nedokončením. Typické jsou pro ně také potíže v udržení úsilí a snahy v úkolech vyžadujících opakovanou činnost, která nenabízí dostatečně silné průběžné pozitivní posílení. Dlužno podotknout, že ne všechny studie dochází k těmto výsledkům, pravděpodobně silnou roli zde hraje také náročnost úkolu a další proměnné, které nebyly ve výzkumech kontrolovány nebo zmíněny (Barkley 2006). Tento autor ovšem zmiňuje také zajímavý výzkum P. Greena, podle kterého až 50 % rozptylu výsledků v neuropsychologických testech (používaných mj. právě pro hodnocení dětí s ADHD) padá na vrub míře úsilí, kterou je proband ochoten úkolu věnovat. Můžeme si tedy klást otázku, co bylo první, zdali kognitivní obtíže, které způsobují problémy v motivaci, nebo jsou to právě potíže v motivaci, které vedou ke slabým výsledkům v neuropsychologických zkouškách kognitivních funkcí a také v reálných výkonových situacích. Neurologické výzkumy a také ontogeneze kognitivních a motivačních procesů naznačují jako významnější první variantu, ale při hodnocení výkonů dětí s ADHD bychom výrazný podíl motivační stránky na výkonu v kognitivních testech nikdy neměli opomíjet.

Velké množství studií zaměřených na hledání příčin, proč děti s ADHD selhávají v úkolech s oddálenou odměnou, přineslo také velké množství velmi různorodých odpovědí. Na jedné straně stojí předpoklad snížené citlivosti k odměně a porušeném vnímání času, na straně druhé hypotéza, že základem problému jsou již výše zmíněné hlubší kognitivní obtíže – nedostatky ve vnitřní řeči a krátkodobé paměti a schopnosti regulovat své nabuzení, resp. omezená „kapacita“ vnitřní motivace. Podle Barkleye (2006) není problém v malé odměně, ale právě v kombinaci času a kognitivní dysfunkce – zdravé děti dokážou oslabení vnější motivace překlenout pomocí seberegulace, v danou chvíli pracují s vnitřní reprezentací odměny, kterou vztahují k překonání časového oddálení. Děti s ADHD tuto kapacitu nemají (předpoklad poruchy pracovní paměti), a proto ve chvíli slabého působení odměny ztrácejí zájem, obraz odměny neudrží, a proto přestává působit.

Tímto pojmenovává problém, který v problematice motivace u dětí s ADHD vnímám jako klíčový. Selhávají zejména v oblasti vnitřní motivace, stále potřebují vnější regulaci, selhávají u nich nástroje pro posílení autodeterminace. Viděno z pohledu teorie Deci a Ryana (dle Pavelková 2002) - proces přechodu k seberegulaci a autodeterminaci jako vyšším formám motivace je u těchto dětí většinou delší a problematický, vyžaduje dlouhodobou podporu (děti je potřeba „jistit“ např. stálou nabídkou vnější regulace, jejíž

využití může dítě postupně omezovat a regulovat své chování samo, toto jištění je ale stále k dispozici a využíváme ho v situacích, kdy by děti samy selhaly a mohly tak ohrozit dosažení cíle). Součástí práce s dětmi s ADHD tudíž logicky musí být i rozvoj volných vlastností.

Na závěr je tedy možno konstatovat, že jednotlivé projevy a skupiny projevů syndromu ADHD vytvářejí komplikovanou síť vzájemných interakcí a společných příčin. Rozvoj volných vlastností a seberegulace pak může být zdrojem zvládnání nejen na úrovni chování (ve smyslu snížení hyperaktivity) a rozhodování (zvládnutí impulzivity), ale i pozornosti (volní řízení).

#### **2.4.5 Související potíže a přidružené diagnózy**

*Potíže související s ADHD* lze nalézt v oblasti kognitivního vývoje, emoční a sociální oblasti, na rovině výkonové a nalézáme i přidružená rizika zdravotní. Tématu se blíže dotýkáme také v kapitole věnované vývojovému pohledu na symptomy ADHD.

Mezi nejčastější obtíže patří poruchy řeči (zejména opožděný nástup řeči, poruchy plynulosti), ve shodě s Barkeleyem (2006) je lze shrnout jako potíže v organizaci, výrazu a kohezi v řeči. Dále nalézáme potíže v psychomotorické koordinaci, percepční poruchy a poruchy spánku. Zde se předpokládá příbuzná etiologická báze se syndromem ADHD. ADHD je také často doprovázeno školním neprospíváním, Barkley (2006) konstatuje i snížené výkony v intelektových testech, průměrně o 0,6 standardní odchylky, které lze přičíst poruše exekutivních funkcí. Dále nalézáme problémy ve vztazích s vrstevníky, snížené sebevědomí, špatný odhad vlastních schopností nebo celkově neadekvátní sebeobraz. Ve výkonové oblasti jsou zřetelné potíže v rovině každodenního fungování, ať již se jedná o sebeobsluhu či samostatnost dítěte. Děti trpící ADHD se častěji než zbytek dětské populace léčí s astmatem a vykazují sklon k vyšší úrazovosti (zde se spojuje impulzivita se sníženou schopností odhadnout riziko a své schopnosti).

Od těchto souvisejících potíží doporučují Semrud – Clikeman a Teeter Ellison (2009) odlišovat *přidružené diagnózy, resp. komorbidní poruchy*. Mezi nejčastěji diagnostikované patří porucha opozičního vzvodu (ODD), poruchy chování, úzkostné poruchy a deprese a zejména specifické vývojové poruchy školních dovedností a

motorické funkce (dříve „syndrom neobratného dítěte“) (Drtílková, Šerý 2007).

Jedna z nejrozsáhlejších studií zaměřená na terapii ADHD – Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (tzv. MTA) realizovaná v roce 1999 v USA Národním institutem duševního zdraví (NIMH) mj. zmapovala výskyt komorbidních poruch s výsledným konstatováním tří základních profilů kombinace ADHD s komorbidními diagnózami. Mezi jednotlivými profily jsou velké rozdíly v reakci na poskytovanou terapii, z praktického hlediska je tudíž toto zjištění velmi významné. Jedná se o profil ADHD + internalizující diagnózy (deprese, úzkosti), dále ADHD + ODD a poruchami chování, třetí profil kombinuje obě skupiny. Z hlediska terapie poruchy děti s kombinací ADHD a úzkostných poruch lépe reagovaly na léčbu než děti s kombinací se ODD či bez komorbidní diagnózy, bez ohledu na to, jaký typ léčby byl poskytován (ve výzkumu byly děti léčené farmakologicky, děti s behaviorální léčbou a děti s kombinací obou přístupů). Naopak děti s ADHD + ODD nebo samotným ADHD reagovaly významnějším zlepšením převážně při podávání medikace, účinek samotné behaviorální léčby byl slabý (Jensen et al. 2001). Z hlediska situace v ČR je toto zjištění velmi významné, protože jak konstatuje např. Drtílková (Drtílková, Šerý 2007), jen část dětí s diagnostikovaným ADHD kromě psychologické či speciálně–pedagogické péče vyhledá také péči lékařskou a profituje z možností dobře nastavené medikamentózní léčby.

Specifickou skupinu komorbidních diagnóz tvoří poruchy autistického spektra a tikové poruchy, zejména Tourettův syndrom, případně obsedantně - kompulzivní porucha (OCD). U poruch autistického spektra je vzhledem k jejich pervazivní povaze péče většinou nastavena zejména na zmírnění jejich příznaků a ADHD je vnímáno jako sekundární. U tikových poruch závisí na závažnosti potíží, Drtílková (Drtílková, Šerý 2007) uvádí, že u mírnějších variant poruchy jsou to příznaky ADHD, které způsobují dítěti větší komplikace, zejména v sociálním kontextu.

Zajímavý poznatek přinesl výzkum Monuteaux a kol.(2010), kteří longitudinální studií prokázali, že pohlaví dítěte nemá vliv na průběh vlastní diagnózy ADHD, ale významnou měrou se podílí na podobě a vývoji komorbidních potíží. Zatímco u chlapců se přidružené diagnózy se přibývajícím věkem proměňují, u dívek zůstávají stabilní. Autoři si proto kladou otázku, zdali rozdíl není způsoben tím, že u chlapců mohou být přidružené diagnózy spíše funkcí míry a trvání symptomů ADHD, ale u dívek se víc jedná o samostatné syndromy. Rozdíl je také v podílu úzkosti v přidružených diagnózách – u dívek je vyšší.

Zejména pro oblast terapie je podle našeho názoru inspirativní pohled Yeschinové

(2003), která se domnívá, že deprese a další komorbidní diagnózy jsou ve skutečnosti internalizované afektivní odpovědi na prožívání klíčových příznaků ADHD a interakcí s okolím, které se podílejí na vzniku poruch nálady a příznaků úzkosti.

Většina výše citovaných autorů zdůrazňuje nutnost kvalitní diagnostiky komorbidních potíží, zejména ve vztahu k farmakologické léčbě. Některé preparáty určené ke zmírnění potíží u ADHD mohou zhoršovat příznaky přidružených poruch a naopak. I v nastavení psychoterapeutické a speciálně–pedagogické péče je ale nutné individuálně posoudit, která z poruch komplikuje dítěti život primárně, a tudíž jakým směrem a v jakých časových krocích (ve vztahu k jednotlivých diagnózám) se má péče ubírat. Všudypřítomné zaklínadlo o nutnosti „multidisciplinárního přístupu“, kterým se hemží odborné články a v praxi (jak ukazuje náš výzkum) často není naplňován, proto nutně musí zaznít i na závěr této kapitoly.

#### **2.4.6 Aktuální publikace pro vychovatele**

Na tomto místě bychom chtěli jen velmi stručně zmínit některé publikace, které jsou aktuálně dostupné rodičům a učitelům dětí s ADHD, zaměřujeme se zejména na monografie české, protože praktické rady a postupy jsou někdy těžko přenositelné do odlišných sociokulturních podmínek, což snižuje využitelnost poznatků z některých zahraničních publikací. Smyslem je mimo jiné poukázat na nejnovější zdroje, které jsou často citovány v odbornějších textech, nalézáme je např. v seznamech literatury aktuálně vypracovávaných diplomových prací, ale ne vždy jsou s nimi seznámeni profesionálové v praxi, zejména učitelé, kteří často vycházejí z oblíbených a ve své době velmi kvalitních, leč nyní ne zcela aktuálních zdrojů (např. publikace Třesohlavé, Matějčka).

Na prvním místě jsou dvě publikace pocházející z pera lékařů, shodně vydané v roce 2007. První zmiňme studii doc. Paclta – *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Shrnuje zde výsledky dlouhodobějšího výzkumného zájmu o problematiku hyperaktivity. Publikace obsahuje kapitoly odborného charakteru zaměřené na psychofarmakologii či genetiku, stejně jako kapitoly prakticky zaměřené na intervence. Její užitečnost spatřujeme zejména ve stránce podrobného seznámení s farmakoterapií a také uvedení ADHD v kontextu dalších pedopsychiatrických diagnóz, se kterými může být zaměněna, nebo které ji doprovází. V tomto směru může být přínosná zejména pro profesionály poradenských zařízení, kterým může napomoci ve včasném odhalení případného

psychiatrického rozměru potíží, které řeší jejich klienti, a tudíž jejich včasné odeslání k příslušnému odborníkovi.

Druhou publikací je kniha autorského kolektivu sdruženého okolo prof. Drtílkové – *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Ta je svým obsahem oproti předcházející publikaci cíleně zaměřená na problematiku samotného ADHD, je obsahově velmi vyvážená a pro profesionála v oboru svým záběrem velmi užitečná. Poradenským pracovníkům a učitelům, jejichž úkolem bývá zprostředkování odborných informací rodičům, je užitečnou pomůckou příloha knihy, která stručně a srozumitelně informuje o ADHD a lze ji využít jako samostatný materiál např. pro rodiče. Podobným způsobem lze využít také příručku stejného autorského kolektivu, která vyšla souběžně s původní monografií pod názvem *Hyperaktivní dítě*.

V roce 2009 vyšla další publikace populárnějšího charakteru, již v názvu uvádějící své zaměření na rodiče a učitele, jedná se o knihu lékařů pedopsychiatrů Goetze a Uhlíkové *ADHD – příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*<sup>11</sup>. Kniha je velmi přehledná, dobře strukturovaná, obsahuje aktuální informace a zejména rodič, ale i učitel zde najde vhodné podněty k řešení konkrétních situací.

Asi nejnovější českou monografií k tématu je práce Jucovičové a Žáčkové *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Autorky navazují na své předchozí, velmi užitečné leč stručné, příručky k dílčí problematice týkající s ADHD a přicházejí se soubornější prací. Je psaná srozumitelným jazykem a vzhledem k praktické zkušenosti obou autorek dle našeho názoru odpovídá potřebám vychovatelů dětí s ADHD.

Praktickou příručbou pro učitele je publikace Riefové<sup>12</sup> *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole*, která vyšla v reedici v roce 2010. Jediným nedostatkem je fakt, že se nejedná o aktualizované vydání. Ač se jedná o zahraniční publikaci, je pro praxi zajímavá velkým množstvím konkrétních postupů, které jsou podrobně rozepsány.

V souhrnu lze tedy říci, že ač je v problematice ADHD ještě mnoho neznámých, jsou zdroje ověřených poznatků velmi bohaté a existuje dostatek podnětů pro praktickou pomoc rodinám a dětem s ADHD, stejně jako péči o ně v prostředí školských institucí. Jako velký přínos vnímáme zejména studie vzešlé z našeho sociokulturního okruhu, jejichž výsledky jsou dobře aplikovatelné do místní praxe.

---

<sup>11</sup> Praha : Galén, 2009 160 s.. ISBN 978-80-7262-630-4

<sup>12</sup> Praha : Portál, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7367-728-2



### 3 Terapie ADHD

Jak již bylo zmíněno, ADHD jako komplexní problematika vyžaduje interdisciplinární přístup. Na řešení problému se v našich podmínkách nejčastěji podílí psycholog a kmenový učitel dítěte, dále pak speciální pedagogové, dětská psychiatrie a neurologové, zejména v rámci péče v institucích pak také psychoterapeuti a sociální pracovníci, což odpovídá i standardům péče uznávaným v zahraničí. V této kapitole budou představeny dostupné možnosti péče.

Na téma efektivity různých druhů terapie u ADHD bylo provedeno množství výzkumů, přehled podává např. Barkley (2006). Obecně lze říci, že všechny široce rozšířené terapeutické přístupy mají oporu v provedených výzkumných šetřeních. Mírně zde zejména psychologickou péči ve smyslu diagnostiky a poradenství na úrovni jedince, rodiny i školy, dále medicínskou péči a v neposlední řadě psychoterapeutické přístupy, které zahrnují zejména behaviorálně zaměřené postupy a rodinnou a skupinovou terapii.

Přínosem<sup>13</sup> pro hlubší analýzu terapie ADHD se stala již zmiňovaná studie MTA (Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD). Jedná se o studii, kterou v devadesátých letech inicioval americký National Institute of Mental Health (NIMH, Národní institut duševního zdraví). Srovnávala účinnost farmakologické léčby, intenzivní behaviorální léčby, jejich kombinace a běžně poskytované rutinní péče. Přestože její první výstupy byly interpretovány v tom smyslu, že farmakologická léčba sama o sobě přináší nejlepší výsledky, podrobnější rozbor získaných dat ukázal, že to platí pouze v případě hlavních, jádrových symptomů ADHD. Pro úpravu přidružených potíží (nejen komorbidních poruch, ale také vztahových problémů ve škole či rodině) jsou psychosociální přístupy klíčové. Pokud je tedy cílem léčby nejen úprava impulzivity či hyperaktivity, ale celkové zlepšení kvality života jedince a jeho okolí, je potřeba psychosociálních terapeutických přístupů neoddiskutovatelná.

Argumentem posilujícím význam psychosociálních přístupů byla také studie PATS (Preschool ADHD Treatment study) také realizovaná pod patronací amerického Národního institutu pro duševní zdraví (National Institute of Mental Health, NIMH 2006), která konstatovala nevhodnost farmakologické léčby u dětí předškolního věku (ve smyslu

---

<sup>13</sup> Přínosem i v tom směru, že v rámci kritického zhodnocení této studie se ukázala potřeba „dávkovat“ a upravovat psychosociální péči na míru danému dítěti stejně, jako se postupně upravuje dávkování léku. Jak připomněli Greene a Ablon (2001), pro takový postup u diagnózy ADHD nám chyběly a stále chybí některé nástroje. Příspěvkem v tomto smyslu jsou např. diagnostické postupy, které ve své příručce představuje Barkley (2006b)

zvýšeného procenta výskytu závažnějších stupňů nežádoucích účinků léčby) a to i přes skutečnost, že u většiny předškolních dětí dochází při velmi nízkých dávkách léků ke zlepšení symptomů. Riziko nežádoucích účinků a jejich míra jsou ale příliš velké.

V následujícím textu jsou zmíněny zejména varianty péče, se kterými se mohou setkat hyperaktivní děti v České republice. Pro porovnání jsou ovšem popsány i zahraniční programy. Varianty péče jsou rozděleny na přístupny psychosociální, kam je zahrnuta práce psychologická, psychotherapeutická, speciálně – pedagogická a sociální a dále na přístupy medicínské. Péči psychologickou rozumíme zejména psychologickou diagnostiku a poradenství a odlišujeme je od práce psychotherapeutické, i když v praktických podmínkách péči poskytující instituce ji často provádí ten samý pracovník.

### **3.1 Psychosociální přístupy**

Psychosociální přístupy v terapii ADHD mají široký záběr. Kromě individuální péče věnované dítěti s ADHD je v repertoáru také rodinná terapie zaměřená na normalizaci vztahů mezi rodiči a dětmi. Psycholog nebo speciální pedagog také většinou bývá klíčovým pracovníkem při práci se samotnými rodiči. Psychologické poradenství využívají také učitelé, kteří s dětmi s ADHD pracují. V ideální podobě by v některých případech bylo užitečné, aby psycholog mohl pracovat i s třídou, do které dítě chodí, zde již ovšem hovoříme o nadstandardních variantách, navíc jak se ukázalo v našem výzkumu, pokud se třídou dobře pracuje učitelka, není toto opatření nutné. Jako zásadní vnímáme ovšem v našich podmínkách roli zprostředkující, kdy psycholog nebo speciální pedagog (etoped), pracující v rámci některé ze zúčastněných školských institucí, se stává ústřední osobou, která může koordinovat péči a zprostředkovávat komunikaci mezi rodiči, školou, případně dalšími institucemi a také se snažit, aby ústředním tématem celého procesu stále zůstávalo zkvalitnění života dítěte s ADHD.

#### **3.1.1 Individuální psychologická, psychotherapeutická a speciálně – pedagogická péče**

Prvním kontaktem mezi psychologem a dítětem s ADHD bývá často vyšetření.

Psycholog se podílí na stanovení diagnózy<sup>14</sup>. V České republice to bývá nejčastěji psycholog pracující v rámci školského poradenského systému, pedagogicko – psychologické poradny (PPP) nebo střediska výchovné péče (SVP). V optimálním případě pak dítě zůstává v jednom z těchto zařízení v dlouhodobější péči, na které se podílí i další odborníci z těchto institucí, zejména speciální pedagogové.

Podoby této následné péče byly naznačeny výše. Na prvním místě je individuální práce s dítětem. Její varianty jsou závislé na věku dítěte. U předškolních dětí nebývá pro individuální práci s dítětem moc prostor, tedy ve smyslu psychoterapie nebo poradenství, k dispozici je ale mnoho dílčích metod.

Využit se dají například relaxační hry, na které podle naší zkušenosti i předškolní děti velmi dobře reagují a tuto zkušenost pak lze přenášet i do školky nebo do domácího prostředí. Kromě aktuálního zážitku relaxovaného stavu je ziskem z těchto cvičení také trénink schopnosti zaměřit pozornost nebo nácvik pojmenování pocitů. Postupně děti vedeme ke schopnosti vnímat své pocity, což pomáhá při dalším nácviku jejich zvládnání.

Důležitou pozici mají metody zaměřené na kognitivní funkce. Sem patří např. program HYPO Z. Michalové, který se zaměřuje zejména na zkvalitnění pozornosti a rozvoj exekutivních funkcí. Uplatnit se dá také metoda Instrumentálního obohacování R. Feuersteina, metodiky B. Sindelarové, metoda KUPOZ a mnoho dalších dílčích metod. V této oblasti se tedy uplatňuje také speciálně – pedagogický přístup. Množství výukových metod a podpurných programů užitečných pro děti s ADHD je již i v České republice veliké a je i snaha jejich výsledky vědecky dokumentovat. Opět bohužel jen část z nich je dostupná pro předškolní děti.

U dětí starších pak můžeme využívat i postupů individuální psychoterapie. Zde se autoři liší v hodnocení vhodných přístupů. Barkley (2006) či Taylor et al. (1998) považují

---

<sup>14</sup> Diagnostice ADHD se v této práci nevěnujeme, protože se jedná o nesmírně rozsáhlou problematiku a navíc konkrétní postupy stanovení diagnózy se nejevily v našem výzkumu jako zásadní. Život dítěte a jeho rodiny se většinou změnil po stanovení diagnózy, nebylo ale důležité, zdali ji stanovil psycholog, lékař nebo speciální pedagog. Nemluvě o významné roli učitelek z mateřské i základní školy při předběžném pojmenování problému. Navíc se ukazuje, že diagnostické postupy jsou v České republice velmi nejednotné a využívané metody rozmanité a těžko porovnatelné. Zejména nám chybí standardizace v zahraničí zavedených metod jako jsou škály Connersové a také širší baterie posuzovacích a sebesposuzovacích dotazníků, hojně využívaných např. v USA, které jsou užitečnou pomůckou při stanovení konkrétního dopadu poruchy na život dítěte, jeho rodiny a situaci ve škole. S těmito nástroji je snazší přizpůsobit léčbu individuálním potřebám konkrétního dítěte a jeho okolí.

za neúčinnější přístup kognitivně – behaviorální terapii. Yeschinová (2000) se přiklání k větší práci s jazykem, využívá metody které vychází z přerámování či externalizace, tedy prvků konstruktivistických přístupů. Bohužel rozsáhlejší studie na posouzení účinnosti terapeutických přístupů tyto buď nespecifikují, nebo využívají převážně KBT přístupy.

Argumentem pro rozhodování by podle našeho názoru měla být zejména individuální situace dítěte a posouzení jeho možností, na straně pracovníka pak komfort, který při práci s jednotlivými metodami pociťuje. U dětí, kde je zřetelný motivační deficit a sebeřízení je kritickým bodem, jsou podle našich omezených zkušeností kognitivně – behaviorální metody méně účinné, protože se opírají právě o tento „nefunkční“ článek. Pro nácvik sebeřízení je v takových situacích klíčovým momentem spolupráce rodičů, kteří jsou vnějším zdrojem regulace chování dítěte a teprve postupně je dítě vedeno k zvnitřňování regulačních procesů.

V souhrnu lze tedy říci, že na poli individuální práce existuje nesčetné množství možných přístupů a postupů, které mohou být účinné, v praxi pak by o jejich využití měly rozhodovat individuální potřeby dítěte, ve skutečnosti je rozhodujícím kritériem nejčastěji dostupnost péče.

### **3.1.2 Skupinová a rodinná terapie**

Jak již bylo zmíněno, zahrnutí rodiny do terapeutického procesu je podle většiny výzkumů klíčovým prvkem. Může mít ovšem mnoho podob, od odborné podpory rodičům v poradenském procesu, přes občasné konzultace a pomoc při vedení „domácího programu“ dítěte, až ke klasické rodinné terapii, která dává prostor k vyřešení konfliktů a normalizaci vztahů. V mnoha případech rodina potřebuje pro kvalitní život s dítětem s ADHD všechny tyto složky.

Důležitým prvkem setkání s celou rodinou je podchycení kritických situací, které jsou v rodině nejčastějším zdrojem konfliktů. Dále pak zjištění, jaký obraz o svém dítěti a jeho budoucnosti si rodiče vytvořili, jak rozumí svému rodičovskému příběhu, jaká mají očekávání od budoucnosti a jaké místo v tomto příběhu má porucha, kterou trpí jejich dítě. Lze tak předejít očekáváním, která nelze splnit, stejně jako ukázat, že dítě má před sebou otevřenou budoucnost a není potřeba jej směřovat např. do méně náročných profesí. Zejména v případě matek je také na místě ošetřit případné pocity viny, že dítěti poruchu způsobily např. chybami v těhotenství apod. Tyto pocity a vzájemná obviňování mohou být

také latentním zdrojem nevráživosti mezi rodiči („*to je z té vaší rodiny, tam jsou všichni divný...*“), která většinou propuká, když se dítě dostane do potíží.

Rodinná terapie také vytváří prostor pro práci se sourozenci, kteří jsou často silně zasaženi přítomností ADHD v rodině. Podrobněji se tématům, která mohou vyžadovat ošetření v procesu terapie, věnujeme v kapitole věnované socializačnímu procesu v rodině.

Druhou variantou je pak skupinová terapie. V České republice je zejména ve střediscích výchovné péče<sup>15</sup>, méně často v pedagogicko–psychologických poradnách, jednou z nejčastějších variant práce s dětmi, často v kombinaci s individuální prací. Většinou je realizována pro děti školního věku. Práce kromě terapeutického vedení může čerpat ze specializovaných metodik uvedených výše, důležitou součástí jsou také již zmíněné relaxace (Žáčková, Jucovičová 2008). Pro děti zde vzniká prostor pro rozvoj seberegulace v sociálním kontextu, nácvik sociálních a komunikačních dovedností, rozvoj sebereflexe, nutný např. ke zlepšení kvality pozornosti apod. V případě PPP tvoří skupiny zaměřené cíleně na problematiku ADHD 70% realizovaných skupinových programů (Pavlas – Martanová 2010).

Kombinací obou přístupů je skupinová terapie pro rodiče s dětmi, i s touto variantou jsme se při sběru dat pro náš výzkum setkali, ve svém přehledu dlouhodobých intervenčních programů realizovaných na půdě PPP je uvádí také Institut PPP (Pavlas - Martanová 2010). Tento přístup ovšem často obsahuje mnoho prvků poradenských a edukačních a blíží se spíše poradenským programům popisovaným dále.

### 3.1.3 Poradenství pro rodiče

Jak konstatuje např. Daley et al. (2009), zejména pro předškolní děti je práce s jejich rodiči neúčinnější metodou pro zvládnutí symptomů ADHD. Práce s rodiči může zahrnovat jak aspekty poradenské a vzdělávací, tak terapeutické a podle typu v určitých momentech i svépomocné. Výzkumy shrnující význam rodičovských postojů nejen pro průběh terapie, ale také pro manifestaci symptomů poruchy, přináší již citovaná studie Maniadaki et al. (2005), která poukazuje na vztah mezi výchovným stylem rodičů a časností manifestace a závažnosti projevů ADHD.

Podrobnější studie o různých variantách rodičovských kurzů a posouzení jejich

---

<sup>15</sup> Tedy zařízení v rámci školského poradenského systému, které jsou specificky zaměřena na děti s poruchami chování, včetně ADHD. Je zde poskytována psychologická a speciálně-pedagogická péče a v rámci školského systému jsou většinou základní volbou při zařazení dítěte do péče.

účinnosti jsou bohužel zatím dostupné pouze ze zahraničních zdrojů. Považujeme proto za užitečné a inspirující uvést na tomto místě podrobnější popis některých zahraničních programů.

### **New forest parent training package (případně NFPP – New forest parenting programme)**

Jedná se o program specificky vytvořený pro potřeby rodin s dítětem trpícím ADHD, který vznikl na půdě University of Southampton ve Velké Británii (Thompson et al. 2009). Program byl již autorkami i výzkumně ověřován. Revidovaná verze programu se zaměřuje cíleně na redukci hlavních symptomů ADHD a vychází z předpokladu inhibičního deficitu. Smyslem programu je proto naučit rodiče poskytovat dítěti aktivity, které posilují u dítěte schopnost seberegulace. Základními myšlenkami programu je posílení pozitivního rodičovského vztahu a poskytnutí výchovných technik pro zvládnání problémového chování dítěte.

Program je složen z osmi sezení, která probíhají v domácím prostředí dítěte. Hlavními tématy jsou (1) zlepšení výchovného stylu rodičů (směrem k jeho konstruktivnosti, organizovanosti), (2) pomoc rodičům v komunikaci s dětmi (aby uměli naslouchat, dokázali být autoritativní, zřetelní a konzistentní v komunikaci s dítětem), (3) zvládnání problémového chování dítěte (preventivní strategie, následky chování), (4) zlepšení regulace prostřednictvím interakcí a her (Thompson et al. 2009). Smyslem umístění programu do domácího prostředí je poskytnout možnost využití každodenního prostředí rodiny k demonstraci nových dovedností a tím usnadnit jejich přijetí. Revidovaná verze programu je navíc zřetelněji zaměřena na potřeby rodičů a jejich duševního zdraví.

Koncept konstruktivního rodičovství, jehož dosažení je smyslem programu, definují autoři jako dynamický proces, prostřednictvím kterého rodiče konstatují, jakou míru seberegulačních dovedností vnímají u svého dítěte, na základě této úrovně si určí náročné, ale dosažitelné cíle (předpokládá se pohyb v zóně nejbližšího vývoje) a následně poskytnou svému dítěti podporu a motivují ho, aby mohlo těchto cílů dosáhnout. Následně sledují, zdali bylo cílů dosaženo, přehodnotí aktuální úroveň a nastaví nové cíle. Program je proto obohacen o práci na komunikačním stylu rodičů a řečových dovednostech dítěte, které jim umožní dostatečně komunikovat, aby byly cíle adekvátní. Základní metodou programu jsou společné hry rodičů a dětí a situace z každodenního života, je doplněn také videotréninkem (Thompson et al. 2009, Daley et al. 2009).

Daley et al. (2009) ve své studii porovnávají výše uvedený program s dvěma jinými, prvním z nich je **program Triple P** (positive parenting programme, autorů Sanderse et al.). Ten se skládá z deseti jednodinových sezení, na kterých se individuálně setkává rodina s vyškoleným pracovníkem. Smyslem práce je seznámit rodiče s deseti strategiemi k podněcování kompetencí a vývoje dítěte a sedmi strategiemi zaměřenými na správné nastavení hranic chování a zvládnání problémového chování. Rodiče jsou také seznámeni s tím, jak plánovat činnosti, aby se jim dařilo zavést a udržet získané výchovné dovednosti. V rozšířené podobě programu je také prostor pro práci s rodiči jako partnery, program je obohacen o strategie partnerské podpory a copingové strategie.

Druhým programem, jehož účinnost byla srovnávána s NFPP, je program **Incredible years** parent training programme (hlavním autorem je Webster - Stratton) . V tomto případě se jedná o skupinový program založený na společné diskuzi, hraní rolí, modelování s pomocí videonahrávky apod. Rodiče navštěvují skupinu po dobu dvanácti týdnů, jedno sezení trvá 150 min. Smyslem programu je naučit rodiče (1) jak nastavit pozitivní vztahy s dětmi pomocí společné hry a dalších na dítě zaměřených aktivit, (2) pomocí odměn, ocenění a pobídek podporovat vhodné chování, (3) vést rodiče při využití účinného nastavení hranic a poskytování zřetelných instrukcí, (4) poskytnout rodičům strategie pro zvládnání neposlušnosti. Účinnost programu byla opakovaně ověřena u dětí s různými typy problémového chování.

Při porovnání tří výše uvedených programů se jako nejúčinnější pro děti s ADHD jeví program NFPP. Daley et al. (2009) předpokládají, že důvodem je skutečnost, že jako jediný je vypracován přímo pro děti s touto poruchou a tudíž adresně pracuje se specifiky jejich chování, které při vnějším pozorování často připomínají problémové chování, se kterým v obecnější rovině pracují ostatní programy, ovšem vzhledem k odlišným příčinám potíží je nutný také specifický přístup k jejich řešení.

Specifickou kapitolou jsou rodičovské skupiny, kde se schází více rodičů dětí s ADHD a sdílejí své zkušenosti, vedle terapeutického a edukačního principu se pak rozvíjí prostor i pro svépomocnou práci<sup>16</sup>. Data v našem výzkumu ukázala velkou užitečnost těchto setkání a také to, že rodiče, konkrétně tedy matky, přesně po této službě často volají.

---

<sup>16</sup> Ač je koncept svépomocných skupin v terapii již velmi tradiční, je zajímavé pozorovat jeho prorůstání do skupinové a rodinné terapie, kde není přímou inspirací, ale spíše reakcí na potřeby klientů, které vedou k jakémusi znovuoobjevení tohoto konceptu. Dobrým příkladem tohoto vývoje je monografie Freedmanové a Combse (2009), kteří dokumentují vývoj narativního přístupu zejména v Austrálii, v návaznosti na školou Whitea a Epstona. Odvrat od expertnosti, typický pro konstruktivistické terapie, zde vede k daleko většímu zapojení okolí klienta a zkušeností ostatních.

Příkladem je výše uvedený program Incredible Years, jeho limitem pro práci s dětmi s ADHD je ovšem již zmíněná nespecifičnost.

Cenným zdrojem informací o možnostech a okolnostech kurzu přímo zaměřeného na problematiku hyperaktivních dětí v našich podmínkách je příspěvek Lacinové a Škrdlíkové (2008), které seznamují s průběhem kurzu určeného pro rodiče neklidných dětí organizovaného v rámci brněnského Centra pro rodinu a sociální péči. Dále pak již zmiňovaná studie IPPP (Pavlas – Martanová 2010), jejíž součástí je i prezentace některých probíhajících skupinových programů v rámci PPP (konkrétně např. PPP Praha 6)

Ze zahraničních zdrojů je příkladem takového programu tzv. **COPE** (Community Parent Education program), který koncipovali Cunningham et al. ve Spojených státech (Cunningham in Barkley 2006). I v tomto případě se jedná o program zaměřený specificky na rodiny hyperaktivních dětí.

Autoři zdůrazňují, že jeho skupinové uspořádání není náhodné, ale je reakcí na potřeby rodičů. Jak ukázaly jejich průzkumy, části dětí s ADHD se nedostává žádné odborné péče, protože pro jejich rodiče je hůře dostupná. Skupinová organizace programu pak vede k jeho větší dostupnosti a jak ukazují průzkumy, také přístupnosti pro rodiče, kteří takovému uspořádání dávají přednost, protože návštěva rodičovské skupiny nese jinou konotaci než návštěva psychologa, etopeda či psychiatra a to i v případě, že se jeden z těchto profesionálů na organizaci programu podílí.

Dalšími faktory, které podle autorů programu zvyšují jeho dostupnost, je pořádání v blízkosti bydliště, čehož dosahují umístěním programu do prostrou místních škol a také volbou času, kdy rodiče mohou kurz navštěvovat i ve večerních hodinách nebo o víkendech. Důležitým prvkem zvyšujícím dostupnost programu je také souběžně probíhající program pro děti, který rodičům řeší problematiku hlídání.

Principy programu vychází z poznatků sociálního učení a sociálně kognitivních teorií obecně (ve smyslu práce se změnami postojů, využití přístupů zaměřených na řešení problémů, práce s atribucemi), systémového přístupu k rodinné terapii a také modelů pro větší podpůrné skupiny. Autoři uvádějí inspiraci staršími programy, včetně výše zmíněných Trpile P a Incredible Years.

Program se skládá z deseti dvouhodinových workshopů, jejichž hlavním obsahem je skupinové řešení problémového chování, které je prezentováno pomocí videonahrávek. Tématicky je zaměřeno na podobá témata jako ostatní uvedené programy, tedy očekávání rodičů, práci s odměňováním, posilování žádoucího chování apod. Jako velmi inspirativní lze hodnotit lekci zaměřenou na přechod mezi jednotlivými činnostmi, tedy jak dítě dostat



od hry k plnění úkolů, vést ho k dokončení činnosti apod., kde autoři pracují s metodou pobídek a přístupem „když něco – tak něco“, ve smyslu návaznosti mezi dokončením žádané činnosti a následnou odměnou.

Závěrem nelze než zopakovat již zmíněné – psychosociální přístupy jsou nedílnou a vysoce účinnou součástí péče o děti trpící ADHD. Všichni zmiňovaní zahraniční autoři se ovšem shodují, že prostor pro další výzkum i rozvoj dobré praxe je stále nesmírný, zejména ve snaze co nejvíce přiblížit poskytovanou péči skutečným potřebám klientů. Problémem České republiky je zejména omezená dostupnost některých variant péče, ač je výzkumně dobře podložena jejich efektivita. Týká se to zejména rodinné terapie a skupinové terapie pro rodiče a poradenské práce s celými rodinami, která je vzhledem ke své komplikovanosti a časové náročnosti často nedostupnou variantou, protože počet klientů na jednoho pracovníka poradenského pracoviště je příliš vysoký.

## **3.2 Medicínská léčba**

Se zástupci lékařských profesí se dítě s ADHD setkává často na počátku řešení problému, kdy se doporučuje neurologické vyšetření, které může poukázat na ADHD, případně odhalit příbuzné diagnózy vyžadující odlišnou péči, jako např. epilepsii. Následně pak zůstává v péči dětského neurologa nebo psychiatra, v lehčích případech je doporučeno řešení na úrovni psychosociálních služeb. Lékařská péče je pak většinou založena na nastavení vhodné farmakoterapie.

### **3.2.1 Dostupná farmakologická léčba**

V České republice jsou v současnosti dostupné tři preparáty, které jsou součástí doporučení odborných komisí<sup>17</sup> pro léčbu ADHD.

Na prvním místě jsou to látky ze skupiny stimulancií, u nás je dostupný methylphenidát a to jako přípravek Ritalin, nebo v modernější podobě jako Concerta. Výhodou druhého přípravku je, že se jedná o tzv. retardovanou formu v kapslích s řízeným

---

<sup>17</sup> Myšleno standardů péče nebo vodítek (guidelines), jakými jsou např. doporučení American Academy of Child and Adolescent Psychiatry nebo vodítka ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) (Drtílková, Šerý 2007).

osmotickým uvolňování účinné látky po dobu 12 hodin. Hladina přípravku je proto konstantnější a stačí jeho použití jednou denně. Mizí také problém, který provází použití Ritalinu, totiž prudké zvýšení koncentrace účinné látky, které vede ke pocitům euforie a nabuzení brzy po podání léku, ale jeho účinek během dne polevuje a musí být podáván víckrát. V případě školních dětí to např. někdy znamená nutnost podávat lék ve škole, což je někdy spojeno s komplikacemi, jež jsou pospány dále.

V České republice je dále dostupný přípravek Strattera, s účinnou látkou atomoxetinem. V tomto případě se jedná o preparát specificky určený pro léčbu ADHD. Účinky obou přípravků jsou založeny na úpravě hladin noradrenalinu a dopaminu, tedy neurotransmiterů spojovaných se symptomy ADHD. Terapeutický účinek methylphenidátu i atomoxetinu byl opakovaně prověřen množstvím studií, přehled přináší např. Drtílková (Drtílková, Šerý 2007), která také přibližuje mechanismy účinku těchto látky na symptomy ADHD.

Další možnosti farmakoterapie již využívají léky z jiných indikačních skupin a to pouze v případě, že výše uvedené preparáty nezabírají, případně v závislosti na komorbidních obtížích. Můžeme se proto setkat s využitím zejména tricyklických antidepresiv u dětí, které nereagují na stimulancia, případně při současném výskytu deprese či úzkosti. Preparáty ze skupiny SSRI se u nás zatím v dětské psychiatrii příliš nevyužívají (Drtílková, Šerý 2007, Paclt 2007) .

Podobně pouze okrajově mohou být využívána neuroleptika, pro léčbu dětí u nás může být využíván risperidon a to zejména při přidružených poruchách chování, Paclt (2007) doporučuje kombinaci risperidonu se stimulancii. Ač se odborníci v současnosti neshodují na jeho vhodnosti, u některých dětí se můžeme setkat s užíváním jiného neuroleptika - tiapridu.

Účinnost farmakologické léčby léků první volby se pohybuje podle typu preparátu okolo 70% ve smyslu ústupu základních příznaků ADHD.

### **3.2.2 Komplikace farmakologické léčby**

Na první místě jsou samozřejmě nežádoucí účinky léků. Jejich podrobný přehled přináší např. Paclt (2007) či Drtílková (Drtílková, Šerý 2007). V souhrnu lze říci, že u stimulancii se často uvádí snížení chuti k jídlu, problémy se spánkem, bolesti hlavy a žaludku. Atomoxetin vykazuje méně nežádoucích účinků stejného charakteru jako

stimulancia. U antidepresiv se přidává ještě riziko pro kardiovaskulární systém a zvýšené riziko suicidálních myšlenek.

Další komplikací je rodiči často pocíťovaný strach z léků, který je vyjadřován jako obava z nevhodného tlumení dítěte, rodiče často konstatují, že medikace v nich vzbuzuje představu, že dítě je psychicky nemocné (typicky to vyjadřuje věta „*on přece není blázen, jenom zlobí, tak proč mu dávat léky na hlavu jako nějakému cvokovi...*“). Přidá - li se k tomu fakt, že v našich podmínkách je tato léčba využívána spíše zřídka a pouze u těžších případů<sup>18</sup>, protože jednoznačně převažuje terapie pedagogicko-psychologická, rodiče pak vnímají tento přístup jako něco výjimečného a často s negativní konotací. Aniž bychom se chtěli přibližovat často zmiňované situaci v USA, kde lékaři čelí kritice z nadužívání léků v pedopsychiatrii, jistě by bylo vhodné, aby se i v našich podmínkách farmakoterapie ADHD oddémonizovala, např. tím, že bychom se častěji setkávali s využíváním modernějších preparátů s menším množstvím negativních účinků a větší obeznameností s jejich účinkem mezi zainteresovanou odbornou veřejností, např. mezi učiteli a psychology. Čistě statisticky vzato je totiž téměř nemožné, aby se učitel na základní škole během své praxe nesetkal s dítětem s ADHD. Obeznamenost učitelů s účinkem léků u této poruchy je ovšem mizivá a to i přes to, že ADHD má České republice status speciální vzdělávací potřeby a žák, který jí trpí má tedy ze zákona nárok na specifický přístup, na němž se má učitel aktivně podílet. Neoficiální průzkum autorky mezi studenty učitelství převážně pro druhý stupeň základní školy ale ukázal, že jejich povědomí o terapii ADHD zahrnuje pouze pedagogický přístup a zcela postrádá interdisciplinární přesah. Pak může docházet k situacím, které zdokumentoval i náš výzkum, kdy učitel ze zcela laických pozic brojí proti využití medikace a přemlouvá rodiče, „*at' tomu ubohými klukovi necpou žádný dryjáky, ale radši se s ním učí...*“, podávání léku bylo ale v tomto případě vhodnou cestou k tomu, aby chlapec byl efektivní domácí přípravy schopen. Skutečnost, že žádný z dotázaných učitelů by ale neodmítl podávat žákovi léky na alergii či cukrovku, lze vnímat jako podnět k osvětě v tomto směru.

Další komplikace souvisí s nutností podávat léky ve stanovených intervalech, aby účinkovaly ve vhodnou dobu, což je pro některé rodiny komplikované a také to znamená (typicky u Ritalinu) nutnost podávat léky ve škole, s čímž mají někteří rodiče špatné zkušenosti. Nejčastěji je uváděna neochota učitelů lék podávat s odvoláním na míru zodpovědnosti, časové zaneprázdnění a také odmítání dětí přiznat braní léku před

---

<sup>18</sup> Což v subjektivním hodnocení vnímáme jako stav převážně žádoucí.

spolužáky. I tato komplikace je ale častěji způsobena přístupem učitele, který nedokáže se situací citlivě pracovat. V našem výzkumu se vyskytli i situace opačné, kdy učitelé přivítali zlepšení projevů poruchy u dítěte po podání léku, pomáhali rodičům s hodnocením průběhu medikace ve smyslu podávání zpětné vazby o reakcích dítěte za účelem nastavení správného dávkování léku a v neposlední řadě dokázali podání léku zakomponovat do života třídy, aniž by vznikla negativní reakce spolužáků.

Častým argumentem rodičů proti medikamentózní léčbě je strach z lékové závislosti. U adolescentů a dospělých trpících ADHD se sice skutečně významně častěji vyskytují závislosti, ovšem pramení to z podstaty poruchy a ne z užívané medikace. Nejen zmiňovaná MTA studie naopak poukazuje na facilitující účinek farmakologické léčby ve vztahu k psychoterapii a speciálně – pedagogické péči, které jsou v takových případech důležitou součástí péče. Drtílková (Drtílková, Šerý 2007) cituje i studie dokazující naopak preventivní vliv léčby. Jeho mechanismem je právě facilitace komplexní péče, utlumení symptomů, které umožní stabilizaci sociálních vztahů, zlepšení výkonů ve škole a tudíž může být prevencí rozvoje přidružených potíží.

### **3.2.3 Alternativní medicínské přístupy**

Vzhledem k tomu, jak velkého počtu dětí se ADHD týká, je tento syndrom logicky jedním z cílů nestandardních přístupů. Vyjdeme-li ze zkušenosti respondentů našeho výzkumu, většina z nich se setkala s doporučením EEG – biofeedbacku a často také různých variant diet a homeopatické léčby. Bohatý přehled různých alternativních přístupů k léčbě uvádí Drtílková (Drtílková, Šerý 2007), cituje také výsledky metanalýzy, která se snažila srovnávat účinnost těchto přístupů a dohledávat jejich výzkumnou bázi. Ta např. pro homeopatickou léčbu neexistuje, různá dietní opatření ovšem výzkumný podklad mají. Ukazuje se ale, že vynechání některých složek potravin je účinné pouze u užší skupiny dětí s ADHD, které se obecněji projevují zvýšenou dráždivostí, včetně somatických reakcí, jako je atopický ekzém, spánkové potíže apod. Mezi rizikové složky jsou řazena umělá aromata a barviva, některé druhy ovoce apod.

U úzké skupiny dětí se jako účinná jeví také léčba zaměřená na zvýšení hladiny hormonů štítné žlázy nebo detoxikace organismu od olova. V obou případech je tato léčba vysoce účinná, ale opět pouze u vybraných dětí, jejichž hyperaktivita je pravděpodobně kauzálně spojena s těmito potížemi.

Aktuálně často diskutovaným tématem jsou esenciální mastné kyseliny, jak zmiňuje Drtílková (Drtílková, Šerý 2007), některé studie prokázaly jejich sníženou hladinu u dětí s ADHD. Autorka zmiňuje, že v tomto směru bude ještě potřeba doplnit výzkumnou podporu. I u nás je v současnosti dostupný volně prodejný potravinový doplněk na této bázi, který je rodičům relativně často nabízen, mimo jiné i v ordinacích dětských lékařů.

Asi nejrozšířenější z těchto alternativních metod je EEG – biofeedback. Smyslem metody je naučit mozek klienta pracovat v požadovaných frekvenčních pásmech, o kterých se předpokládá, že provázejí kvalitní pozornost apod. Nástrojem tohoto tréninku je většinou počítačová hra. Počítač snímá mozkovou aktivitu klienta a podle toho se vyvíjí průběh hry. Daří - li se klientovi udržovat žádoucí pásmo, je ve hře úspěšný. EEG – biofeedback je částečně ověřenou metodou, podle klinických vodítek pro léčbu by ale rozhodně neměl být léčbou první volby, ale spíše doplňkem standardních postupů.

Smyslem tohoto stručného přehledu dostupných terapeutických možností ADHD bylo zejména poukázat na interdisciplinaritu této problematiku. Z této charakteristiky vyplývá jeden z nejčastějších nedostatků poskytované péče, kterým je nedostatek komunikace mezi jejími poskytovateli a často také mezi poskytovateli a příjemci. Rodiče v některých případech až u psychologa zjistili, jak účinkují léky, které jim předepsal psychiatr, paní učitelka po dvou měsících přemlouvání rodičů, aby začali s dítětem někam docházet zjistí, že ve skutečnosti je dítě v péči instituce již téměř rok, ale rodiče se „za to stydí“ a nechtějí to ve škole uvádět. V mnoha situacích odstranění těchto překážek a jistá „konsolidace“ terapie může vést k její větší efektivitě či minimalizaci zdvojených zásahů (typicky děti podstupují vyšetření, která se částečně dublují v pedagogicko- psychologické poradně a následně v ordinaci klinického psychologa, rodiče stále znovu a znovu opakují anamnestická data apod.). Domnívám se, že velmi inspirativní pro profesionály pečující o děti s ADHD může být postup využívaný v sociálních službách, kdy metodami tzv. case – managementu, kdy klient má svého klíčového pracovníka, který je plně obeznámen se službami, které klient využívá, snaží se terapii monitorovat a navrhnout případné změny směřující k větší efektivitě celého procesu. Jako v mnoha jiných oblastech, i v oblasti péče o děti s ADHD je mnoho řešení již známých a jde spíše o to uvést je do praxe, než hledat stále nová.

## 4 Vývojový pohled na symptomy ADHD a vztahová rizika s nimi spojená

Smyslem kapitoly je stručně představit podoby syndromu ADHD, jak se proměňuje s věkem dítěte a upozornit na dopady, které projevy choroby mohou mít na vztah mezi rodiči a dětmi a následně mezi dětmi a jejich vrstevníky a učiteli. Tedy jakým způsobem se mohou podílet na odlišném průběhu socializace. Nejen náš výzkum je sice důkazem, že podoby vztahu mezi rodiči a dětmi mohou být přítomností syndromu ADHD ovlivněny velmi rozmanitě, ovšem jak náš výzkum, tak přehled literatury k tématu ukazuje, že se můžeme setkávat s opakujícími se vzorci v chování a prožívání protagonistů. Z hlediska profesionální péče o rodiny s dětmi trpícími ADHD se proto jeví jako užitečné se těmito riziky zabývat.

Jak napovídá nadpis, tato kapitola seznamuje zejména se vztahovými riziky, tedy těmi, která z hlediska socializace vnímáme jako bazální, protože zasahují a deformují nástroje socializace – vztahy a interakce s ostatními. Další problémové okruhy, které vyplývají zejména ze zvládnutí role žáka, jako je motivace ke školní práci, otázka domácí přípravy a spolupráce mezi rodinou a školou, jsou řešeny v samostatných kapitolách.

Kapitola vychází převážně z literatury na dané téma, tyto poznatky jsou dále ilustrovány daty z našeho výzkumu. Považujeme za vhodné na tomto místě oba zdroje informací kombinovat a konfrontovat, aby vznikl plastický obraz životních situací dětí s ADHD.

### 4.1 Kojenecký a batolecí věk

Nelze většinou říci, že se syndrom ADHD projevuje již od narození. Příznaky, které ukazují na možné budoucí potíže, nalzáme u některých dětí již v kojeneckém a batolecím věku, ovšem nebývají v tomto momentu interpretovány vždy v kontextu ADHD. Jedná se např. o zvýšený neklid, později nadměrnou pohyblivost, poruchy biorytmu, zvýšenou plačtivost a dráždivost, později se projevují afektivními výbuchy, obecně sníženou frustrační toleranci, prodlouženým obdobím vzdoru (Jucovičová, Žáčková 2010, Barkley 2006). Weiss a Hechtman (1993) uvádějí manifestaci onemocnění v nejmladším věku u cca třetiny dětí následně diagnostikovaných. Zdůrazňují metodologická omezení výzkumů ADHD v nejmladším věku – tato retrospektivně získávaná data poskytují

většinou rodiče dětí a to poté, co byla porucha diagnostikována. Je tedy na místě předpokládat, že jejich náhled na předchozí události je touto změnou rámce, ve kterém mohou své dítě nahlížet, silně ovlivněn. Mnohé události a projevy mohou jinak interpretovat<sup>19</sup>. Ve zkratce lze říci, že jsme jim diagnostikováním poruchy nabídli nové brýle a máme problém určit, jak by se na své dítě dívali bez nich.

Ve výčtu potíží se budeme podrobněji věnovat zejména období předškolnímu a školnímu, která jsou předmětem našeho zkoumání. Na tomto místě je ovšem nutno podotknout, že kojenec vykazující výše uvedené chování je pro své rodiče zdrojem frustrací, pochybností o rodičovské roli a schopnosti ji zvládnout, konfliktů v rodině a pocitů viny. Jinými slovy, již zde můžeme hledat kořeny některých rodičovských postojů a pocitů deziluze či ztráty motivace ve výchovném procesu, které později u rodičů dětí s diagnostikovaným ADHD nalézáme (*...nemá to cenu, od začátku je s ním něco špatně...je to vrozené, takový je od malička, to nezměníte...od začátku jsem se trápili... miminko jsem si moc neužívala, v kontaktu s ostatními matkami jsem si připadala jako exot, nikam jsem s ním nemohla, končilo to katastrofou...*). Jucovičová a Žáčková (2010) v tomto kontextu hovoří o syndromu vyhoření, který se u rodičů dětí s ADHD vyskytuje a projevuje se v jejich rezignaci a jehož počátky lze bezpochyby nalézat již zde.

Budeme-li sledovat rodiče od prvních dnů po narození dítěte, již můžeme na seznam přidávat rizikové faktory<sup>20</sup>. U dětí s ADHD se častěji setkáváme s komplikacemi při porodu (Semrud – Clikeman, Teeter Ellison 2009), první kontakt rodičů s dětmi tak může být narušen např. nutností akutního císařského řezu nebo poporodní zvýšené lékařské péče o dítě. Platilo to pro všechny děti sledované v našem výzkumu. Ať již to byl porod předčasný, protražovaný nebo se vyskytly poporodní komplikace u dítěte, ve všech případech jsme znamenali komplikace pro prvotní kontakt rodičů s dítětem.

Důležitým momentem pro navázání vztahu matky a dítěte je úspěšný začátek kojení. Vzhledem k aktuální „náladě“ v odborné i laické veřejnosti, kterou bychom mohli s trochou nadsázky označit jako „prolaktační“, se tento moment jeví jako velmi důležitý pro sebeprožívání matek jako dobrých matek. Kojení je prezentováno jako základní nutnost, maminky mají tendenci ho vnímat jako povinnost. U dětí zvýšeně dráždivých, ke kterým děti s ADHD patří, se ovšem často setkáváme s potížemi při zahájení kojení – často se nenapíjí dosyta, protože se nechají vyrušit, nebo naopak usínají během kojení, protože je

---

<sup>19</sup> Vliv samozřejmě má postoj, který k diagnóze zaujmou, nakolik jí „uvěří“, jak bude popsáno dále.

<sup>20</sup> Vycházíme zde z aktuálně uznávaných teorií o významu raného kontaktu matky s dítětem, jak je uvádí např. Langmeier, Krejčířová (1998), Vágnerová (2000) nebo Freibergová (2002).

to chvilka, kdy se přirozeně zklidní, opět nejsou dostatečně nasyceny, takže se následně brzy budí hladové a cyklus se může opakovat, děti jsou málo syté, nevyspalé a podrážděné. V anamnézách proto častěji než u průměru dětí narážíme na problémy s kojením, neprospívání a časný přechod na umělou stravu. Toto je moment, který se v rozhovorech s matkami dětí nejen s ADHD jeví jako důležitý, často hovoří o pocitech selhání v mateřské roli a pracném vyrovnávání se s touto situací<sup>21</sup>.

Dalším momentem, který může negativně ovlivnit vztah rodičů (zde zejména matek) a dětí jsou již zmíněné poruchy biorytmu. Problémy s usínáním a spánkem, se kterými se u některých dětí s ADHD setkáváme, jsou příčinou nadměrné únavy rodičů. Také plačtivost a celková dráždivost kojence s ADHD je zdrojem napětí a podráždění u rodičů, kterým se nedaří dítě zklidnit. Matky popisují pocit bezmoci, že nikdy nepřijdou na to, co jejich dítě potřebuje, nejistotu v mateřské roli a následně i negativní pocity ve vztahu k dítěti.

Porovnáme-li tuto zkušenost rodičů s předpoklady vývojových psychologů, kteří zdůrazňují nutnost vzájemného vyladění kojence a jeho pečujících osob (např. Langmeier, Krejčířová 1998, Fraibergová 2002), potenciál pro vznik problému je zřetelný. Vzájemné vyladění dítěte a pečující osoby je klíčové pro osvojení bazální důvěry ve svět jako bezpečné místo (tamtéž). Na straně dítěte zde vzniká prostor pro rozvoj úzkostných reakcí, které mohou zhoršovat projevy syndromu ADHD, na straně rodičů problémy v prožívání rodičovské role. Ty mohou v budoucnosti komplikovat proces profesionální pomoci rodině. Často se totiž projevují jako rezignace, ztráta optimismu ve vztahu k vývoji dítěte. Současné programy zaměřené na kompenzaci potíží dětí s ADHD ale předpokládají zásadní podíl rodičů, jejich velké nasazení a aktivní a stabilní postoj ve výchově dítěte. Výsledky mnoha studií (přehled podávají např. Anastopoulos, Rhoads a Farley in Barkley 2006) ukazují na klíčovou roli rodiče v terapii dětí s ADHD.

Pocit kompetence rodiče úzce souvisí s budovaným vztahem k dítěti, nejistota rodiče komplikuje navázání pevné citové vazby. Weiss a Hechtman (2009) konstatují, že kombinace negativních pocitů a bezmocnosti či rezignace na straně rodiče s temperamentovým nastavením dítěte (v tomto případě zvýšené dráždivosti a negativního emočního ladění) vede ke spirále vzájemného posilování negativního prožívání a zvyšuje riziko rozvoje nejistého attachmentu. Upozorňují také na negativní vliv problematického temperamentu dítěte na kognitivní vývoj. Dítě, které více času probřečí, vstupuje do

---

<sup>21</sup> Toto zjištění vychází ovšem z pozorování malého vzorku dětí v našem výzkumu, bylo by vhodné ho ověřit rozsáhlejším šetřením.



menšího počtu pozitivních interakcí, kdy matka (resp. pečující osoby obecně) s ním v klidu komunikuje, je na něj maximálně naladěna a dochází k procesu zrcadlení emočního výrazu dítěte matkou. Proces zrcadlení je ale důležitým nástrojem, který dítěti organizuje jeho prožitky a rozvíjí zkušenost. Yeschin (2000) na základě teorie objektových vztahů dochází k názoru, že dochází k opaku žádoucího stavu - pokud k procesu zrcadlení, nebo emočního vyladování (ve Sternově pojetí) dochází, jeho obsahem jsou negativní emoce, dítě si tedy se svými pečovateli vzájemně vyměňuje a posiluje negativní emoční stavy zmatenosti, vzteku apod.

Stejně jako u jiných problémů zde proto vyvstává otázka vhodnosti rané péče. Foley (2011) ve své komparativní studii dokázala jednoznačně zvýšený výskyt dysfunkčních vztahů v rodinách s dětmi trpícími ADHD a poukazuje na nutnost rané diagnózy a následné včasné zahájení práce s rodiči. Weiss a Hechtman (1993) v této souvislosti hovoří o Winnicottově konceptu „dost dobré matky“, který se jeví jako účinná odpověď na tato rizika. Smyslem tohoto konceptu je přerámovat pohled matky v tom směru, že i přes své pocity výchovné bezmoci je dost dobrou matkou, ale nemá zcela standardního potomka a tudíž ji čeká mnoho situací výrazně náročnějších než jiné matky, a přesto zůstává funkční, tedy dost dobrou matkou. Na vzniku tohoto postoje u matek se kromě vlastní zkušenosti výchovy podílí také fakt, zdali je hyperaktivní dítě prvorozené. V našich podmínkách popisují jeho efektivní využití v terapii rodičů dětí s ADHD Lacinová a Škrdlíková (2008).

Weiss a Hechtman (1993) si kladou otázku, zdali raná intervence nemůže ovlivnit život dětí, které by ze svých problémů „vyrostly“, protože symptomy ADHD vykazují spíše v souvislosti s nerovnoměrným zráním nebo horším psychosociálním zázemím. Citují novozélandský výzkum Chapela et al., kteří na základě sedmiletého sledování vzorku přesahujícího tisícovku dětí konstatují, že pouze 11% dětí, které vykazovaly příznaky ADHD ve věku tří let, splňuje toto kritérium i v sedmi letech. Na základě tohoto zjištění se přimlouvají za odložení raných intervencí. Zmíněné autorky ovšem tento závěr zpochybňují, podle jejich názoru skutečnost, že dítěte je hodnocené jako problémové, má potenciální vliv na jeho sebehodnocení a prokázaný vliv na kvalitu vztahů v rodině, který je v citlivém období předškolního věku klíčovým faktorem pozitivního osobnostního rozvoje jedince (Weiss a Hechtmann 1993). S tímto názorem se ztotožňujeme. Bez ohledu na to, jaká finální diagnóza bude (případně nebude) stanovena, pokud rodiče vnímají své dítěte jako náročné, problematické a konstatují, že mají problém s jeho výchovou, intervence je podle našeho názoru na místě. Jestliže základem poradenské a terapeutické

práce<sup>22</sup> v předškolním věku je zejména úprava výchovného stylu, stanovení přesné diagnózy zde není klíčovým výchozím bodem. Hovoříme zde tedy o rané péči o problémové dítě, ne o raném stanovení diagnózy, tato otázka je zmíněna níže v souvislosti se vstupem dítěte do mateřské školy

Pozitivním příkladem z našeho vzorku je chlapec Eda, u kterého byla matka s rizikem vzniku ADHD seznámena již v porodnici a při následné zvýšené lékařské péči o chlapce, který se narodil neodnošený. Vzhledem k připravenosti na diagnózu odlišnosti v chování chlapce dala do souvislosti s tímto podezřením a vyhledala psychologickou péči již v předškolním věku. Ze všech zkoumaných matek se v její řeči objevuje nejvíce kladných hodnocení sebe, dítěte a společné zkušenosti.

Na závěr je nutné zdůraznit, že tato zkušenost nemusí být nutně pouze negativní. Náš výzkum ukazuje, že zejména u matek se při zpětném hodnocení setkáváme i s pocitem hrdosti, že to zvládly, naučily se se svým dítětem „zacházet“, ví, jak na něj, zvládají, co jiní členové rodiny nebo jiní rodiče ne. To pak přispívá k jejich pozitivnímu sebeobrazu jako matek a může být zdrojem síly, když se dostanou do dalších, potenciálně obtížných situací, které život dítěte přináší. Tento poznatek vnímáme jako jeden z klíčových výchozích bodů pro případnou psychologickou práci s rodiči dětí s ADHD.

#### **4.1.1 Předškolní věk**

Klíčovým okamžikem je vstup do mateřské školy, kdy dochází ke zřetelnému porovnání dítěte s vrstevníky a potřebě zařazení do nového systému pravidel v novém prostředí. U dětí s vážnější variantou syndromu, u kterých bylo konstatováno podezření na ADHD již dříve, může už v tomto momentu docházet k odlišnému průběhu předškolní docházky. Buď se nástup oddaluje, protože se děti jeví jako nezralé, nebo, jak připomínají Jucovičová a Žáčková (2010), se velmi špatně adaptují, takže docházka do MŠ se např. zkracuje pouze na několik hodin denně apod.

Již zmíněná základní triáda symptomů (hyperaktivita, impulzivita, nepozornost) se v mateřské škole projevuje jako problém s delším soustředěním, neobratnost může vést k

---

<sup>22</sup> K tomu přispívá i fakt, že v předškolním věku je mnoho diagnóz na úrovni podezření a kromě naprosto vynímečných případů by se nemělo přistupovat k medikamentózní léčbě. Již zmíněné Weissová a Hechtmannová ve své studii mj. prokázaly zvýšený výskyt nežádoucích účinků použitých léků (konkrétně methylphenidátu) u skupiny předškolních dětí, což potvrzují i další, např. přehled Taylora et al. (1998).

problémům v sebeobsluze a výkonovému zaostávání za ostatními dětmi, typické jsou častější úrazy, impulzivita stojí za horší výchovnou zvladatelností a konflikty s ostatními dětmi, zřetelně začínají vystupovat nerovnoměrnosti ve vývoji a dílčí deficity, které jsou typickými průvodci ADHD – opožděný vývoj řeči, percepční potíže a kognitivní deficity. Setkáváme se také s potížemi v sociální oblasti, děti jsou ostatními odmítané, protože jsou vnímány jako protivné, berou ostatním hračky, zasahují do her v nesprávnou dobu, strhávají na sebe pozornost učitelek apod. Ke kvalitě vztahů se spolužáky i pedagogy také nepřispívají potíže v emoční oblasti, zejména afektivní výbuchy a nepřiměřené emoční reakce. Weiss a Hechtmann (1993) na základě starších studií<sup>23</sup> konstatují, že odmítnutí dětí s ADHD ze strany vrstevníků je někdy patrné již po několika hodinách společně stráveného času.

Shrme – li předchozí, typické dítě se středně těžkou nebo těžší variantou ADHD má potíže prakticky ve všech důležitých denních činnostech, kterým se děti ve školce věnují. Při hře může být neobratné, ničí hračky, má tendence je ostatním brát. Má tudíž potíže i ve vztazích s ostatními dětmi. Často vstupuje do konfliktů. Vztahy s učitelkami také nemusí být nejlepší, jedná se jednoznačně o děti výchovně náročné, navíc často komplikují i činnosti ostatních dětí. Ve výkonových činnostech děti zaostávají, v soutěžích nevyhrávají, na neúspěch špatně reagují. Je těžké je motivovat, sociální odměna je pro ně těžko čitelná. Mají potíže se sebeobsluhou, často také odmítají jídlo, nebo u něj nevydrží a ruší i ostatní děti. Dopad přítomnosti dítěte s ADHD na život dětí ve třídě je patrný také na kvalitě interakcí učitelky s ostatními dětmi. Weiss a Hechmtann (1993) shrnují výsledky studií, které dokazují, že přítomnost dítěte s ADHD často negativně ovlivňuje náladu a postoje učitelky vůči všem dětem ve třídě.

V případě mírnějších variant poruchy bývá dítě ovšem často hodnoceno pouze jako hůře zvladatelné, nevychované či neobratné. Plný obraz syndromu ADHD se pak projeví až v náročnější situaci docházky do základní školy.

Jednou z otázek, které se v této souvislosti často objevují, je problém včasného diagnostikování ADHD. Na jedné straně je včasná diagnóza a tudíž možnost včasné intervence, která může usnadnit vstup do školy a předejít zhoršení poruchy nebo rozvoji sekundárních potíží (ztráta sebejistoty a neurotizace dítěte, problémy se začleněním ve třídě apod.).

Na druhé straně, někteří rodiče se označení poruchy a zveřejnění diagnózy brání,

---

<sup>23</sup> Jedná se zejména o studie Pelhama, které podrobněji uvádí také Barkley (2006).

mají obavy zejména ze stigmatizace dítěte a „špatné pověsti“, která by dítě mohla předcházet i do základní školy.

Zajímavou ilustraci odlišných postojů přinesla ve svém výzkumu Vetchá (2010) – v kasuistické studii zřetelně ukazuje, že udělení diagnózy sice ve všech případech vedlo ke zlepšení života dítěte v mateřské škole, ale pro část rodičů se jedná o nepříjemnou nálepku (dítě by bylo označeno za „psychicky nemocné“), diagnózu se proto snaží utajit, i když ji znají. Ovšem právě práce Vetché jasně ukazuje na užitečnost včasné diagnózy. Smyslem tohoto opatření je zejména předcházení problémovým situacím a konkretizování pravidel, která si má dítě osvojit. Ve zmiňovaném výzkumu (Vetchá 2010) většina oslovených učitelek tento prvek zdůrazňuje a považuje ho za klíčový pro průběh předškolní docházky.

Nastává zde typická otázka, nakolik je označení, v tomto případě nálepka „hyperaktivity“, pro dítě stigmatizující a zhoršuje jeho situaci. Domnívám se, že stigmatizující samozřejmě je, dopředu upozorňuje na možné problémy. Ovšem, druhou stranou mince je skutečnost, že tyto problémy i vysvětluje a zasazuje do kontextu, se kterým jsou pedagogové seznámeni a většina z nich ví, jakým způsobem dále pracovat. Poznatky z našeho výzkumu tyto situace dobře ilustrují, podrobněji se proto této otázce věnujeme ve výzkumné části práce.

Dodejme ovšem, že samozřejmě ne každá učitelka mateřské školy potřebuje potvrzení jiného odborníka, aby chování dítěte spojila s problematikou ADHD.

Argumentem pro včasnou diagnózu je podle našeho názoru také skutečnost, že výchovné metody určené pro děti s ADHD, pokud by byly použity pro dítě s odlišnou diagnózou, případně bez diagnózy, jsou většinou založené na důsledném uplatňování výchovných postupů, udržování hranic a řádu ve výchově a posílení seberegulace dítěte, jako takové mohou dítě obecně spíše rozvíjet i v případě, že jeho potíže jsou odlišné. Z tohoto pohledu není zas až takovým rizikem vyslovit diagnózu v rovině hypotézy, pracovat s rodinou a v dalším vývoji pak svůj výrok korigovat, jak již to bylo naznačeno v úvaze o rané péči o rodiny s problémovými kojenci a batolaty.

#### **4.1.2 Mladší a střední školní věk**

Vstup do školy je pro většinu dětí s ADHD stejně kritickým okamžikem, jako předtím škola mateřská. Pro některé až nyní nastává moment, kdy se jejich potíže projeví na kritické úrovni a začnou být vnímány jako problém. Část dětí sem vstupuje již se

stanovenou diagnózou, minimálně v rovině hypotézy, mnohé alespoň s pověstí problémového dítěte. To platilo pro všechny děti v našem výzkumu. Symptomy poruchy se již většinou projevují ve všech základních oblastech, tedy jako hyperaktivita v chování, nepozornost na úrovni myšlení a impulzivita v obou těchto oblastech. Samozřejmě u každého dítěte v originálním poměru, ovšem ve většině případů dost na to, aby prospívání ve škole odpovídající úrovni schopností dítěte rozhodně nebylo samozřejmostí. Typicky se objevuje problém s dokončením činnosti, vynechávání úkolů, neschopnost kontrolovat si svou práci. Učitele často až provokuje velké množství aktivity nesouvisející se zadanou prací, motorický neklid, děti zaujímají v lavicích různé bizarní pózy, polehávají apod. Často jim padají věci z lavice či se rozsypou věci z tašky, jejich chování je tak zdrojem neklidu i pro ostatní spolužáky. Až evergreenem jsou zapomenuté pomůcky a nepřipravené domácí úkoly.

Průvodcem dítěte školními povinnostmi se často stává neúspěch, výsledky mnohdy nezávisí na úsilí, resp. rozhodně zde neplatí přímá úměrnost – připravím se doma = zvládnou to ve škole. Děti zjišťují, že se nemohou samy na sebe spolehnout, že něco dokáží. Tento pocit ještě neumí verbalizovat a uchopit, ale je základem negativního postoje ke škole, k učivu, k výkonu. Přičtěme k tomu pro ADHD typickou potíž odhadnout své možnosti a zvážit nároky situace, výsledkem je dítě, které se pouští do předem ztracených misí, pokud převládne impulzivita, nebo nezačne pracovat vůbec, protože je předem demotivované. Učitelé se tedy ve výuce potýkají z potížemi vycházejícími jak z vlastních symptomů poruchy, které byly popsány již u předškolního věku, stejně jako s jejich sekundárními dopady. Dodejme ovšem, že v základní škole se například nedokončování činností a nesledování pokynů stává daleko závažnějším prohřeškem, než jakým bylo v předškolním věku.

Jak postupně s věkem roste význam vrstevníků, prohlubují se u části dětí potíže ve vrstevnických vztazích. Většinou si neudrží kamarády, dostávají se ve třídě do nevýhodných pozic, ať již jako odmítané, jako třídní kašpárce nebo agresoři a spoluúčinkující u většiny konfliktů a průšvihů, které ve třídě nastanou. Samozřejmě opět nelze zcela generalizovat, z dětí v našem výzkumu byla u třetiny z nich situace ve třídě dobrá, ostatní spolužáci je akceptovali, děti měly stabilní skupinu kamarádů a byly ve třídě spokojené. Jejich dobrou pozici pak potvrzovaly i učitelky. Ostatní děti měly horší zkušenost, ve dvou případech byly chlapci zcela mimo třídní kolektiv. Hoza et al. (2005) konstatují, že ač zatím nejsme schopni výzkumně přesně určit, kde přesně problémy s vrstevníky pramení, citlivost spolužáků na chování dětí s ADHD je naopak

zdokumentována velmi dobře, stejně jako skutečnost, že spolužáci velmi rychle poznají na dítěti změny v chování způsobené zařazením do terapie a to jak terapie psychosociální, tak farmakoterapie. Zdůrazňují, že neúspěch ve vrstevnické skupině je silným prediktorem dalšího problematického chování (další poruchy chování, zneužívání návykových látek apod.), a apelují proto na význam tohoto aspektu (ve smyslu rozvoje sociálních dovedností) u dětí s ADHD ve školním věku.

Připomeňme, že v období školní docházky bojují děti s neúspěchem často na dvou frontách, na jedné straně zmíněné problémy sociální, na straně druhé školní neúspěch, na kterém se vedle vlastního ADHD často podílí i komorbidní poruchy v podobě poruch učení.

Střední školní věk je z vývojového hlediska klíčovým okamžikem pro zahájení terapie. Na prvním místě z důvodu předcházení vzniku sekundárních potíží spojených s neúspěchem, dále pak z toho důvodu, že do tohoto okamžiku úspěšnost terapie klesá, zkracuje se doba, po kterou jsou děti ochotny na terapii spolupracovat a např. docházet do skupin, později se pak kriticky staví i k nabízené medikaci, častěji sabotují vyšetření apod.

### **4.1.3 Starší školní věk**

Toto období rodiče dětí s ADHD často děsí, protože si představují, jak se problémy s jejich dítětem ještě komplikují o příznaky puberty, tedy například zhoršující se vzdorovitost a komunikaci s dítětem. Ve mnoha případech děti a mladí lidé s ADHD zůstávají náročnějšími ve výchově, ale projevy tohoto vývojového období u nich nejsou kritičtější než u ostatních vrstevníků. Postupné dozrávání mozkových struktur vede k uměnění některých příznaků, děti se také postupně učí se svými problémy nakládat. Typicky dochází k ústupu symptomů hyperaktivity (Weiss a Hechtman 1993). Existuje zde ovšem několik rizik založených na kombinaci poruchy s náročným obdobím puberty. Jedním z nich je výrazné zhoršení potíží s motivací ke školní činnosti, které často vede k silným konfliktům doma. Dospívající dítě již často oponuje svým rodičům, že i když se náhodou učí, k ničemu mu to není a proto se učit nehodlá vůbec, rodiče jako zdroj motivace ve své pozici oslabují a často nenalézají jiné podněty, které by pro jejich dítě byly dostatečně žádoucí. Druhým problémem, souvisejícím s impulzivitou a špatnou seberegulací dětí, je větší riziko závislosti. Změny nálady, typické pro pubertu, někdy u dětí s ADHD nabývají podoby nálad až depresivních, případně dochází k plnému rozvoji

deprese jako komorbidní poruchy. Pokud již došlo k rozvoji sekundárních poruch chování, v pubertě často nabývají závažnější podoby chování na hranici zákona.

Klíčovým momentem pro zvládnutí tohoto období je klima v rodině, kvalita vzájemných vztahů mezi rodiči a dítětem a zejména vývoj v předchozích obdobích (Weiss a Hechtmann 1993). Pokud rodiče již dlouhodobě vnímají problémy v chování svého dítěte jako příznaky ADHD, učí se s nimi pracovat, ve spolupráci se školou se podařilo předejít opakovanému školnímu selhávání, dítě samo prostřednictvím terapie a práce s rodiči se naučilo se svými potížemi zacházet a rozumí jim, pak má rodina dostatečně silnou bázi pro zvládnutí i náročnějších situací. Pozitivním faktorem je podle výzkumů také inteligence dítěte a celkové školní prospívání. Pokud potíže řešeny nejsou a postupně eskalují, je pak velmi těžké přesvědčovat pubescenta o vstupu do terapie či vracet ho ke školní přípravě a praxe ukazuje, že tyto snahy velmi často selhávají.

Tímto návratem na začátek, k úvaze o raném začátku péče jako základu pro zvládnutí poruchy a prevenci rozvoje přidružených potíží, se tato kapitola uzavírá, protože pozdější vývojová období již nebyla předmětem našeho výzkumu. Dodejme ovšem, že samozřejmě u cca třetiny až poloviny dětí<sup>24</sup> s diagnostikovaným ADHD přetrvávají jejich problémy do dospělosti, i když ve zmenšené síle a v částečně pozměněné podobě.

---

<sup>24</sup> Procentuální vyjádření v různých publikacích se liší od 30% do 60%, reprezentativně uveďme údaj Barkleyův, který dosahuje 50%. Jak důvod širokého rozpětí těchto úrovní zmiňuje Barkley (2006) skutečnost, že v dlouhodobých studiích sledujících děti do dospělosti se často mění zdroj informací, na počátku jsou jím rodiče a vychovatelé, případně porovnání s diagnostickými kritérii (opět s pomocí vychovatelů), v dospělém věku se jedná u těch samých sledovaných jedinců o sebeposouzení.

## 5 Socializace v rodině a škole

V následujícím textu bude představena problematika rodinné a školní socializace, rozdílů a styčných ploch těchto dvou modů socializování dítěte. Představíme nejprve některé pohledy na moderní rodinu, zejména sociologický náhled a otázky rodinné socializace a dále pak problematiku socializace ve škole. Smyslem relativně podrobného pohledu na vztahy v současné rodině je snaha pojmenovat procesy, které podle dosavadní úrovně poznání ve většině rodin probíhají a lze je jako modely porovnat s konkrétními obrazy rodinného života zkoumaných dětí. Již v tomto přehledu se ovšem pokoušíme na teoretické úrovni pojmenovat potenciální rizika pro průběh socializace, která v sobě může nést diagnóza ADHD.

V úvodu je potřeba nejprve vyjasnit, proč jsou rodinná a školní socializace pojednány odděleně. Oba tyto procesy jsou sice součástí celkového procesu adaptace jedince na život ve společnosti, zároveň se ale jedná o procesy velmi odlišné, někdy až protikladné. Proto vytkněme základní premisu - rodina a škola jsou sociální instituce se shodným cílem. Ten je vymezen mezigenerační transmisí kultury (Arendtová 1994, Štech 1998). V užším slova smyslu lze pak hovořit o výchově. Kultura je na jedné straně tím, co generace spojuje, je jiným slovem pro lidskou zkušenost, a tudíž je vždy spojením mezi starým a novým, je kontinuální, tak, jak je vždy kontinuální nové oproti starému tím, že se vůči němu vymezuje.

Zároveň ale Arendtová (1994) upozorňuje na vnitřní rozpor, který je v tomto přenosu (a tedy ve výchově) nutně přítomný. Jde zároveň o ochranu nového, přicházejícího (dítěte v prostředí rodiny) a zároveň udržování starého, stávajícího (seznamování dítěte se světem a jeho tradicemi prostřednictvím školy).

Další rozpor ukazuje sociologický pohled na obě instituce – zjednodušeně lze říci, že rodina ve společnosti směřuje spíše ke stabilizaci nebo udržení statu quo, škola naopak může být účinným nástrojem sociální mobility.

Přes tyto a další rozpory a konkurence je zřetelné, že pro uskutečnění společného cíle, kterým je socializace jedince, se rodina a škola vzájemně potřebují. Jak bude ukázáno dále v textu, jsou si vzájemným nástrojem i zdrojem nutných podmínek.



## 5.1 Současná pojetí socializace

Je - li naším úkolem vyrovnat se s různými mody socializace, je určitě na místě nejprve přestavit současná pojetí tohoto pojmu. Vyjděme např. z definice, kterou uvádí Helus (2007), který popisuje socializaci na třech rovinách - jako proces antropogeneze, jako utváření a vývoj modální osobnosti a zároveň jako individuální biografii: „*Socializací je v sociálních vědách míněno to, že výchozí, biopsychický organismus novorozence je postupně přetvářen v organismus společensky začleněné, kulturními vlivy transformované, v intencích společensko – kulturní příslušnosti prožívající a jednající osobnosti. Nejde o pouhé přizpůsobení, ale o skutečnou transformaci (přetvoření). Původní přirozenost je přeměňována v přirozenost druhotnou, sociokulturně podmíněnou.*“ (Helus 2007, str. 68)

V tomto pojetí je tedy socializace procesem utváření člověka působením sociálních vlivů (Helus 2007). Stejný autor ovšem připomíná, že nejde jen o vnější působení, ale také o výsledek vlastních aktivit jedince, kterými reaguje na působení sociálních vlivů. Zde je zřetelná podobnost s pojetím Bandurovým, který též zdůrazňuje, že v procesu socializace nejde jen o získané vlastnosti, ale také o psychické mechanismy, které toto získání umožňují. Jedinec se vyrovnává s požadavky svého okolí, ale součástí tohoto vyrovnávání je aktivní snaha o změnu dané sociální skutečnosti. (Bandura 1987, cit. dle Nakonečný 1999). Jako úspěšný je vnímán ten socializační proces, jehož výsledkem je získání kvalit potřebných k účinnému úspěchu ve společnosti. Jako hlavní a nejdůležitější se mu jeví rozvoj autoregulačních mechanismů (svědomí). Rozlišuje také podrobněji působící faktory – vymezuje prostředky socializace- sociální instituce (např. rodina) a způsoby socializace, které odpovídají různým typům učení (cit.d., str. 59).

Interakční charakter socializačního procesu zdůrazňuje také Rabušicová (1991), když zdůrazňuje jako dva základní aspekty dvupolárnost (na jedné straně vliv společnosti na jedince, který se stává součástí komunity, na druhé straně poskytuje společnosti možnost kontinuálního vývoje, neboť ta reprodukuje sama sebe v nové generaci svých členů) a také dvousměrnost (jedinec je nejen socializován, ale s postupujícím věkem také stále více sám socializuje, působí na ostatní).

Nakonečný (1999) spojuje pojmy socializace a akulturace a také předpokládá, že výchozí organismus je pouze biologického charakteru, a specificky lidskou psychiku si osvojuje až právě v procesu socializace. Zejména v raném věku je podle něj téměř možno udělat rovnítko mezi socializací a procesem sociálního učení. V obou pojetích je

výsledkem procesu socializace osobnost člověka, byť různě definovaná.

Řezáč (1998) při porovnání více definic pojmu socializace se ztotožněním socializace a sociálního učení, jak to nachází u více autorů, nesouhlasí a také zdůrazňuje interakční charakter socializačního procesu.

Čistě sociologický pohled na věc přináší ve svém přehledu např. Havlík (Havlík, Kořa 2007). Charakterizuje socializaci jako zprostředkující nástroj mezi jedincem a společností. Zdůrazňuje vrozenou, druhově specifickou schopnost symbolické komunikace, která je základní sociální dispozicí, na které je proces socializace založen. Zmiňuje také důležitý moment, který do pohledu na socializační proces vnáší zejména konstruktivistické paradigma – hovoříme-li o společnosti nebo sociálním prostředí, do kterého je jedinec začleňován, nelze je brát jako čistě objektivní svět. To, co jedince z vnějších podnětů ovlivní, je v tomto pojetí určeno jím samým, jeho kapacitou, selekcí a vlastní interpretací těchto vlivů.

Podobně Alan (1975, cit. dle Rabušicová 1991, str. 47) v sociologické definici vyzdvihuje význam socializačního procesu pro společnost: „*Socializace je proces, v němž dochází k formování jedince jako společenské bytosti a jímž si současně společnost zajišťuje tradování konstitutivních vzorců zkušenosti a chování, stejně jako akumulovaného vědění.*“

Helus (2007, str. 107) vyčleňuje procesy, které umožňují ovlivnění osobnosti člověka vnějšími socializačními vlivy, tedy vlastně mechanismy socializace. Jedná se o tyto procesy:

- Raná symbiotická vazba
- Zvnitřňování na základě identifikace (ztotožňování)
- Učení zpevněním
- Kognitivně sociální učení

Stejný autor také zdůrazňuje, že není možné socializaci vnímat jako jednoduší proces. Ve svém pojetí (které pro potřeby této práce volím jako výchozí) zdůrazňuje podvojnou cíle socializačního procesu. Na jedné straně je smyslem socializace rozvoj osobnosti v její jedinečnosti, prostor pro rozvinutí jejích potencialit. Na straně druhé je potřeba individualitu člověka začlenit do mezilidských vztahů. Individualita osobnosti je zde spoutávána nadosobními a nadindividuálními pravidly daného sociokulturního prostředí. Tento druhý směr socializace naplňuje její smysl jako prostředku kontinuálního

udržování společnosti a její kultury. Napětí mezi těmito dvěma aspekty je mj. zdrojem dynamiky socializačního procesu. V tomto pojetí podvojnosti socializačního procesu se znovu opakuje téma vnitřního rozporu mezigeneračního přenosu, jak bylo prezentováno v úvodu v přístupu H. Arendtové (1994), která tento proces vstupování nového člověka do světa s jeho zkušeností a historií nazývá natalitou.

Na tomto místě je nutno podotknout, že zvýšený důraz na rozvoj individuality a potenciálů jedince jako úkolů výchovy (a tedy socializace) je dílem relativně pozdní etapy v historii lidské společnosti. Zejména na úrovni jejich zdůraznění až na úkor podřizování se nadosobním pravidlům se jedná o jev mladý. Sociologie jej spojuje zejména s posledními dvěma stoletími, zejména se stoletím dvacátým (např. Možný 1990, de Singly 1999). Možný naznačuje, že zvýšený důraz na individualitu a osobní svobodu je možno spojovat se zvýšeným emočním sycením (v jeho pojetí až přesycením) rodinných vztahů.

Také Rabušicová (1991) připomíná, že v procesu socializace se vždy bude jednat o vyřešení dilematu mezi socializací v zájmu jedince, nebo v zájmu společnosti, kdy pro úspěšnost celého procesu je potřeba udržovat mezi těmito směry rovnováhu.

V této souvislosti je také vhodné zmínit, jak se proměňuje pojetí úspěšné socializace. Havlík (Havlík, Kořa 2007) konstatuje, že ve stále rychleji se měnícím světě je důležitou součástí úspěšné socializace nejen osvojení rolí a začlenění se do stávajících podmínek, ale také připravenost na změnu těchto podmínek, které vede ke změně rolí, tedy adaptace druhého řádu.

### **5.1.1 Proces socializace v kontextu ADHD**

Pro zkoumání potenciálního vlivu přítomnosti ADHD na proces socializace je inspirativní Helusův výčet socializačních mechanismů uvedený výše. Nejranějším mechanismem je podle něj raná symbiotická vazba. Pro děti s ADHD ovšem může být navázání stabilního svazku s matkou či jinou pečující osobou komplikované. Jak podrobněji popisuje kapitola věnovaná vývojovému pohledu na ADHD, děti trpící touto poruchou jsou plačtivé, zvýšeně dráždivé, obecně výchovně velmi náročné a svým rodičům poskytují jen málokdy pozitivní zpětnou vazbu, která podporuje vzájemný vztah a vyladění pečujícího a dítěte. Další socializační mechanismy jsou založené na procesu učení. Weiss a Hechtman (1993) konstatují negativní vliv symptomů ADHD na proces učení se od matky i na vnímání okolí již u nejmenších dětí. Jak autorky stručně shrnují,

dítě, které tráví velkou část své bdělosti pláčem, omezuje své možnosti kognitivního rozvoje. Matka věnuje mnoho času hledání prostředků utišení dítěte, čas pro hru a poznávání je omezen. I v pozdějších letech je kontakt s rodiči, sourozenci a následně i vrstevníky narušován těkavostí, odbíháním dítěte, často také jeho negativními emočními reakcemi či agresivitou. Dítě je ochuzováno o kontakt s vrstevníky, kteří je odmítají. Pokud se do interakcí dostává, často se setkává s negativní zpětnou vazbou, která dále posiluje jeho repertoár neúčinných sociálních vzorců.

S vědomím těchto primárně přítomných, dalo by se říci implicitně obsažených, omezení je proto podle našeho názoru vhodné nahlížet na popis procesu socializace, jak je uveden dále.

## 5.2 Rodinná socializace

Primární sociální skupinou dítěte, první sociální institucí, se kterou se setkává, je v naprosté většině případů rodina. Rodinná socializace je vnímána jako socializace primární. Primární nejen ve smyslu časové posloupnosti. Možný (2004) poukazuje na to, že při srovnávání dvou základních socializačních vlivů - vlivu rodiny a školy, převažuje častěji rodina. Štech ji chápe spíše jako primordiální, podmiňující v tom smyslu, že zde dítě získává základní struktury identifikace, v rámci rodinné socializace se vytváří „základní figury internalizace norem a zákonů jednání“ (Štech 2003, str. 422). Také Kellaghan a kol. (1993) poukazují na primární postavení rodiny při porovnávání prostředí, která ovlivňují celkový vývoj dítěte. Většina ostatních sociálních vlivů, včetně např. často citovaných médií, prochází alespoň částečně skrz síto rodiny (jsou to rodiče, kdo ovlivňuje množství času, které děti věnují televizi a internetu, jsou to rodiče, kdo dítěti často interpretuje informace z těchto zdrojů).

Význam prvních vztahů v životě dítěte je v současné psychologii vnímán prakticky jako nezpochybnitelný fakt. Důkazem může být zejména důraz kladený na kvalitu těchto vztahů, vztahovaný mj. k pocitu jistoty a kvalitnímu prožívání všech vztahů následujících, včetně vztahu k sobě samému. Rodinné socializační prostředí je tedy v tomto smyslu rozhodující a určující. Osoby, se kterými se zde dítě setkává, označujeme jako osoby orientační, referenční – dítě orientují, jsou bodem, vůči kterému a ve vztahu k němuž se může vymezovat. Dobrý průběh socializace v rodině je důležitým předpokladem k dalšímu pozitivnímu vývoji dítěte.

## 5.2.1 Současná podoba rodiny

Před tím, než se pokusím stručně shrnout a definovat úkoly a funkce rodiny jako socializačního prostředí, bylo by vhodné odpovědět na otázku, jaká je současná podoba sociálního uskupení, kterým říkáme rodina. Již v základu – při definování rodiny - se autoři velmi liší. Psychologie vnímá rodinu často na základě kvality a funkce vztahu („rodina jako společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí“ – Hartl 2000). Z pohledu sociologie ji lze vidět jako skupinu (ve smyslu sociálního uskupení, jehož členové jsou propojeni vztahy), ale také jako instituci (tedy závazný systém uspořádání a pravidel soužití (Havlík, Kořa 2007). Nejčastěji bývá definována jako skupina malá, neformální a primární, z hlediska sociologie se jedná o *původní a nejdůležitější společenskou skupinu i instituci, která je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou...hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského rodu...socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje* (Petrušek et al. 1996, str. 940 - 942).

Vzhledem ke smyslu své práce (ústředním tématem jsou zde děti a jejich prožívání) budu v následujícím textu rodinu pojímat jako sociální skupinu složenou alespoň z jednoho rodiče a dítěte.

Giddens (1999) vnímá současnou podobu rodiny jako třetí vývojové stádium, které je charakterizováno výraznou změnou v podobě rodinných vztahů. Je velmi pravděpodobné, že toto bouřlivé a proměnlivé období v historii rodiny rozhodně není u konce. V euroamerickém kulturním okruhu<sup>25</sup> již zcela převládl typ dvougenerační rodiny. Jejím základem je nejčastěji partnerský nebo manželský pár. Pro její vznik je charakteristická neolokalita – nové páry odchází do vlastních domácností a snaží se nevytvářet vícegenerační rodiny v domácnostech svých rodičů. Snižuje se také počet dětí, průměrně připadá na jednu matku cca 1, 5 potomků, u vysokoškolsky vzdělaných žen je toto číslo ještě nižší (zdroj: ČSÚ)<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Do podoby české rodiny druhé poloviny 20. století samozřejmě silně zasáhlo tehdejší politické uspořádání. V současnosti se již sociologové (např. Možný 1990, Sullerotová 1998) shodují v tom, že podoba českých rodin se výrazně přiblížila zbytku Evropy, postupně doháníme „zpoždění“, které odpovídalo zhruba jedné generaci (poválečný vývoj rodiny byl v celé Evropě podobný, odlišnosti se projeví v 70. letech 20. století, kdy v západní Evropě prudce klesala porodnost, ve východním bloku naopak prudce stoupala, rozdílné byly také křivky sňatečnosti). Domníváme se proto, že při úvahách o podobě moderní české rodiny lze vycházet i ze zahraničních zdrojů.

<sup>26</sup> Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby031411.doc>, dat. cit. 30. 5. 2010). V našich podmínkách můžeme v posledních letech hovořit spíše o kolísání, např. od roku 2007 se průměrná míra porodnosti zvýšila o 0,3 %, demografové ovšem předpokládají opětovný pokles s nástupem početně slabších ročníků potenciálních rodičů.

Typickým rysem je vysoký počet rodin tvořený nesezdanými páry, mnoho dětí (cca 30% ) se tedy v současnosti rodí jako nemanželské (Možný 2004). Toto uspořádání je typičtější pro ženy s nižším vzděláním a nižším socioekonomickým statusem. Dalším často zdůrazňovaným rysem současné rodiny je vysoká rozvodovost, pravděpodobnost rozpadu rodiny je v současnosti cca 45%. V absolutních hodnotách čísla tak vysoká nejsou – na vysoké rozvodovosti se významně podílí rozvodovost opakovaná. Jak ale upozorňuje Možný (2004) – časté opakování těchto statistik přispívá k náhledu na manželství jako na nejistou, křehkou záležitost a zvyšuje nejistotu těch, kteří se je rozhodnou uzavřít.

Většina publikací o ADHD (např. Foley 2011, Yeschin 2000) konstatuje negativní vliv symptomů ADHD na celkovou náladu a kvalitu vztahů v rodině a to jak mezi rodiči jako partnery, tak mezi rodiči a zdravými sourozenci. Stejně jako jiné handicapy i přítomnost ADHD je často jedním z partnerů označována jako příčina rozpadu svazku rodičů a to zejména v podobě odchodu otce. A to i přes skutečnost, že otcové většinou považují poruchu u dítěte za menší problém a nevnímají situaci jako tolik závažnou, jak ji vidí matky (Barkley 2006).

Lze předpokládat, že míra negativního dopadu přítomnosti výchovně náročného dítěte je spoluurčována charakterem vnitřních vazeb a vzájemných interakcí členů současných rodiny, jak budou popsány dále.

### **5.2.2 Povaha vazeb uvnitř rodiny**

Vnitřní struktura a procesy, které rodinu konstituují, se v průběhu historie zásadně proměňují. De Singly (1999) se kriticky vyrovnává se Durkheimovým pohledem a zdůrazňuje základní vlastnost současné rodiny. Tou je její emocionální rozměr – hovoříme o vztahové rodině. Cíť se stávají důležitým regulačním mechanismem vztahů mezi rodinnými příslušníky. Durkheim hovoří o procesu personalizace (dle de Singly 1999), kdy se zvyšuje význam kladený na osobnost každého jednotlivého člena rodiny. Bauman (2004) pro vysvětlení současného stavu (a odvozeně tedy pro celou postupující změnu rodinných vztahů) používá pojmu individualizace. Již od dob renesančního humanismu je podle něj typická emancipace od předem daného určení osudu člověka a jeho postupný přechod k modelu sebeurčení, kdy v naší situaci, z historického pohledu ji lze nazvat jako postmoderní, již identita zcela přestala být daností a stala se úkolem člověka. Bauman zdůrazňuje naléhavost a povinnost tohoto procesu, kdy jedinec sám je zodpovědný za jeho

úspěch, za dosažení autonomie. V této situaci si logicky jednotliví členové rodiny sami hlídají svou „kvalitu života“, kdy rodina má být jedním z jejích zdrojů a partner je pak primárně vnímán jako zdroj libosti. Kvalita vzájemných vztahů uvnitř rodiny je také vnímána jako jeden ze základních ukazatelů funkčnosti. Zejména afektivní sycení vztahu k dítěti je zdůrazňováno, dítě se stává v rodině centrální postavou.

Právě afektivní regulaci vztahů a opouštění tradičních vazeb v rodině (zejména ekonomických a ochranných) je přičítána vina za stále častější rozpad rodin. Zvýšený tlak na kvalitu vztahů, který jde ruku v ruce se zvýšenou autonomií jednotlivých členů rodiny, včetně dětí, vede k tomu, že vztahy daleko více podrobujeme hodnocení, klademe na ně zvýšené nároky a hledáme jejich ideální podobu. Toto vede mj. k tomu, že vazby mezi členy rodiny ztrácí svou samozřejmost. *„Rodina je vnímána jako institucionální rámec omezující autonomii a také už není vnímána jako útočiště, protože roli pečovatele převzal stát...“* (Sullerotová 1998, str. 40). Možný (2002) ovšem předpokládá, že k individualismu odsouzený jedinec naopak začne hledat stabilitu a bezpečí v jádru rodiny a význam rodinných vztahů bude opět narůstat.

Středem afektivních vazeb v rodině je ve většině případů právě dítě. Jednou ze změn ve funkcích rodiny je právě soustředění největšího úsilí rodičů na výchovu dětí (oproti funkcím minulým – zajištění obživy pro všechny, udržení kontinuity majetku právě pro potomky atp.). Smyslem rodiny jako instituce bylo samozřejmě vždy potomstvo, proměnil se ale radikálně charakter a do velké míry i obsah péče potomkům věnované, opět s důrazem na pozitivní emoční sycení poskytované péče, které vnímáme jako podmínku dobrého rozvoje osobnosti dítěte

Posilují se profese, jejichž úkolem je rodinu podporovat a pomáhat jí, ale právě nárůst jejich počtu a využívání ještě omezuje přirozené role v rodině. Schopnost být rodičem (v psychosociální rovině) je diskutována a prověřována, není vnímána jako nutný následek faktu, že se člověk stal rodičem v biologickém slova smyslu. Hovoříme o procesu profesionalizace, kdy na pole rodinné výchovy vstupují kromě rodičů další autority (Možný 1990). Rodina již dnes nemá plnou důvěru, na pomoc jsou jí vysíláni odborníci na psychologii, pedagogiku a další. To ovšem znamená pro mnoho rodičů ohrožení, ztrátu jistoty v rodičovské roli. Důkazem této nejistoty jsou např. všudypřítomné příručky „jak mít hodné děti aneb recepty na úspěšné rodičovství“. Tento proces je ovšem dlouhodobý, jako jeden z nejsilnějších impulzů bývá často označována psychoanalýza. Timimi (2006) zmiňuje také vliv změny v rodinném uspořádání, proces urbanizace a suburbanizace, silně patrný po druhé světové válce (ovšem započatý již spolu s průmyslovou revolucí) a s ním

spojený konec velkých rodiny a jednoznačná převaha nukleární podoby rodiny, jsou zdrojem odtržení mladých rodičů od zdrojů tradiční výchovy (prarodičů, širší rodiny) a vedou k nedostatku výchovných vzorů. Následkem toho jsou mladí rodiče daleko více odkázáni na vnější zdroje informací o výchově, jakým jsou profesionálové v oblasti výchovy. Díky tomu jsou možné daleko radikálnější změny výchovných stylů než dříve, kdy byla výchova dětí otázkou tradic a zažitých autorit. Kořeny celého procesu jsou možná ještě výrazně starší, příručkou o výchově dětí je bezpochyby i Komenského Informatorium školy mateřské.

Míra pozitivního emočního ladění rodinných vztahů je pro nás tedy jakýmsi měřítkem kvality těchto vztahů a následně míra jejich kvality souvisí s naším uspokojením v rodinných rolích. Nároky kladené na kvalitu rodinných vztahů jsou často nesmírné, podporované také společenským diskurzem – příkladem mohou být stránky populárních časopisů plné rad pro spokojený rodinný a partnerský život.

Výstižně shrnuje situaci Castel (1996), když konstatuje, že současná křehkost rodiny není problémem pečujícího státu, který ji obklopile profesionály, je to spíše výsledek úspěchu v jeho pečujícím postoji, protože poskytnutá péče vyřešila některé problémy a vedla k tomu, že se rodiny ocitly tváří v tvář své vztahové nestabilitě a neměly co jiného, na co by se soustředily. Rodina si musí vytvářet a obstarávat nový druh kapitálu – vztahový (capital relationnel). Rodina se tedy nyní nachází v bouřlivém období, protože je na ní samé, aby si zajišťovala zdroje stability.

Směry ve vývoji rodiny v průběhu 20. století jsou tedy do jisté míry paradoxní: na jedné straně je dnes rodina i v rovině právní pojímána jako základní, „státotvorná“ jednotka, v tom smyslu, že je uznána její nezastupitelná role ve vývoji jedince – role socializační, a je proto zákonem favorizována oproti jiným sociálním uskupením. Na druhé straně stojí stále větší autonomie jednotlivých členů rodiny<sup>27</sup>, v případě dětí doložená např. i kodifikací jejich práv. Jestliže předpokládáme, že každý formující (zde socializační) vliv je do jisté míry omezující, je zřetelný paradox tohoto vývoje – důraz na svobodu a zároveň na kvalitní průběh socializačního „omezení“.

---

<sup>27</sup>Sullerotová (1998) ve svém přehledu vývoje rodiny v druhé polovině 20. století připisuje procesu personalizace a důrazu na autonomii členů rodiny dva důvody. Jedním z nich celkový růst životní úrovně, který jde v ruce s nárůstem poptávky. Upozorňuje na změnu společenské funkce rodiny – z pozice výrobce, producenta, do role spotřebitele. Růst možností jde ruku v ruce s tlakem na zvyšování prostoru pro osobní zájmy jednotlivých členů rodiny. Druhým důvodem je celkový nárůst individualismu ve společnosti jako celku. Manželství a rodina jsou zejména od 60. let v rámci emancipačních hnutí označovány za omezující zejména pro ženy, kvalita života páru je odvozována od dosažení individuální spokojenosti.



V této souvislosti vystupuje i další protikladný vývoj. Je zdůrazňován soukromý charakter rodiny - rodina je intimní prostor, ve stejnou dobu ale vstupuje do rodiny stále více veřejná kontrola, pohled státu, který k tomu vytváří speciální instituce. Rodina je tedy základním prostorem pro soukromý život jedince, zároveň ale podléhá stále větší veřejné kontrole ze strany státu. Hlavním argumentem, který opravňuje kontrolní roli státu, je zájem dítěte a ochrana jeho práv. Možný (1990) upozorňuje, že tento vývoj je patrný již od dob ustanovení párové rodiny. Rodina je ochraňována a vyzdvihována, ale zároveň vždy kontrolována. „...to, co se odehrává za zdmi rodiny, je totiž základem reprodukce společnosti. Kultura jako nashromážděná lidská zkušenost zde vypracovává osvědčené normy správnosti, předává je a uzpůsobuje vývoji...“ (Možný 1990, str. 10). Tento paradox ještě podtrhuje již zmíněný proces profesionalizace.

Podle Možného (1990) lze nazírat vztah mezi rodinou jako intimním prostorem a rodinou jako veřejnou a kontrolovanou institucí ne jako protiklad, ale jako dualitu. Rodina funguje v obou těchto modech.

Ve světle výše popsaného je zřetelné, že přítomnost dítěte s ADHD silně narušuje idealizovanou představu láskyplného prostředí rodiny. Naopak, přináší neklid, konflikty, vyčerpání a pocity selhání. Nedílnou součástí uvažování o sobě jako o rodiči bývají také pocity viny, úvahy o zavinění poruchy. Tyto pocity může podporovat také zpětná vazba od okolí, která často obsahuje pochybnosti o kvalitě rodinného prostředí (typicky v našem výzkumu se ukazuje generační konflikt s prarodiči v podobě otázek typu: „*jak toho kluka vychovááte, to se o něj nikdo nestará?...*“, stejně jako zkušenost matek dětí s odmítáním přítomnosti dítěte na hřištích a pískovištích, jak jedna z maminek popisuje „...*když přijdeme na hřiště, po chvílce se všechny ostatní matky zdvihnou a někdy mi naznačí, že moje dítě je nevychovaný spratek*“).

Jak bude podrobněji popsáno dále, děti s ADHD často selhávají v klíčových okamžicích, kdy jsou porovnávány se svými vrstevníky a do určité míry dochází k již zmíněné veřejné kontrole rodinného života. Jako takový moment vnímáme např. vstup do mateřské nebo základní školy, děti jsou často odmítány jako nezralé, případně po nástupu do školky jsou později vyloučeny a „vyreklamovány“ svým rodičům. Tím ale zejména v rovině subjektivních pocitů rodičů, ale často i na vyřčené úrovni zdůvodnění tohoto kroku, dochází ke zpochybnění výchovného procesu v rodině.

Jak již bylo zmíněno, pocity neuspokojení pak mohou být pro jednoho z partnerů dostatečně silným důvodem k odchodu a případně i snaze založit si jinde „normální“

rodinu, která uspokojí potřebu rodičovství a poskytne pozitivní zkušenost se zvládnutím rodičovské role (Giddens 1999). Význam této role pro identitu dospělého jedince je v naší kultuře velmi výrazný, jak rozebíráme v následujícím textu.

### 5.2.3 Role rodiče v současné rodině

Být rodičem v jednadvacátém století je velmi náročný úkol. Jak bylo zmíněno, kompetence člověka jako rodiče jsou posuzovány z mnoha úhlů, jako je např. školní prospěch dětí. Role rodiče byla do velké míry obrána o svůj intuitivní základ, zároveň je ale její zvládnutí důležitou součástí identity jedince jako úspěšného. Již zmíněný proces individualizace zasáhl i výchovnou sféru. Smyslem výchovy se tak stává pojetí dítěte jako osobnosti, individua (de Singly 2007). Ilustrací tohoto procesu může být např. pokles hodnoty poslušnosti na hodnotovém žebříčku rodičů, nebo rodičovské krédo „buď tím, kým jsi“. De Singly (2007) spolu s mnoha dalšími konstatuje, že současný rodič se nachází na pomyslném rozcestí. Na jedné straně je tradice liberálnější výchovy akcentující osobnost dítěte, která se velmi silně ujala v euroamerickém kulturním okruhu, na straně druhé jsou všudypřítomné úvahy o krizi rodiny a výchovy a volání po návratu k pevné autoritativní výchově. Vše završují vědci a profesionálové z oblasti věd o výchově, kteří rodičům doporučují kombinaci respektu k dítěti a pevně stanovených hranic. Jakým způsobem z těchto dvou nesourodých složek poskládat správný výchovný přístup, je otázka, kterou řeší mnoho rodičů a na jistotě jim to nepřidává.

Jinou aktuální otázkou je pozice rodičovství na hodnotovém žebříčku. Média často pracují s teoriemi o krizi rodiny, poukazují na snížení počtu dětí, odkládání rodičovství do vyššího věku a častý rozpad partnerských vztahů. Zejména sociologický výzkum ale poukazuje na to, že rodičovství je stále jednou z nejvíce ceněných rolí, které na sebe v životě bereme. Skutečnost, že je odkládáno do pozdějšího věku, je dána více faktory. Kromě prodloužení vzdělávací dráhy žen a jejich intenzivnějšímu zapojení do pracovního procesu, kdy úspěch v práci je (resp. může být) dnes stejně tak součástí identity ženy, jako byl dříve specifickou doménou mužů, se na odkládání manželství a rodičovství podílí také postoj k rodičovství jako k velkému, náročnému úkolu, na který se člověk chce cítit připraven, dostatečně zralý. Zde se znovu odkazujeme na předpoklad „zvědečtění“ rodičovské role a ztrátu její samozřejmosti. I přes tvrdá data demografických statistik, která jednoznačně poukazují na pokles počtu narozených dětí, je péče o děti a rodinu stále na

špičce hodnot průměrného Evropana a nelze rozhodně říci, že by se pro nás ekonomická, resp. pracovní sféra stávala důležitější než sféra rodinná (Možný 2002). Naopak pokles počtu dětí se ukazuje jako důvod zvýšeného důrazu na kvalitu plnění role rodiče, viz již zmiňované vnímání rodičovství jako náročného úkolu.

Ovšem skutečnost, že pracovní a soukromá stránka jedince jsou si svým způsobem konkurenční, je zřetelným důkazem proměny společenských poměrů. Moderní doba byla totiž charakterizována tradičně stanovenou dělicí čarou, včetně genderového rozdělení rolí, kdy pracovní sféra byla doménou mužů, rodinný prostor doménou žen a nebylo potřeba ladit je dohromady v jedné individuální biografii. Hojně citovanými autory v tomto kontextu jsou Beck a Beck-Gernsheim, kteří konstatují, že individuální biografie jedince je nyní závislá zejména na tržních mechanismech a pro péči o potomky v ní vlastně není místo. Ovšem lidé se i nadále intenzivně snaží sladit procesy výchovy dětí s pracovním životem, protože křehkost a riziko dočasnosti partnerského svazku zvyšují význam vztahu rodič – dítě, který zůstává jediným nezrušitelným vztahem a je tak jedním ze středobodů identity jedince (podrobněji např. Křížková 2005, Vohlídalová 2005). Možný (2002) cituje studii Jordanovu, kde lidé úspěšní ve svém profesním životě v biografickém vyprávění zdůrazňují význam rodiny a úspěch v práci je často vnímán v kontextu vývoje vztahů v rodině. Ať již ve smyslu času, který je rodině věnován, nebo vlivu rodiny jako motivačního prvku pro pracovní úspěch. Sociologické studie tak ukazují, že i když si ekonomická a rodinná stránka života jedince – rodiče mohou vzájemně konkurovat, pro pocit životního úspěchu potřebuje většina jedinců uspět v obou těchto oblastech.

Pokud se vrátíme k výchozímu bodu naší úvahy, dětem s ADHD, je zřetelné, že být rodičem takového dítěte je pro dospělého nejen problém ve smyslu vlastního zvládnutí výchovy a každodenních nároků soužití s dítětem, ale jedná se také o zakomponování této „komplikace“ do obrazu sebe jako rodiče, potažmo sebe jako úspěšného rodiče, protože zvládnutí role dobrého rodiče je otázka klíčová pro posuzování úspěšnosti vlastního života.

#### **5.2.4 Mezigenerační přenos**

Pro pochopení specifík socializačního procesu v současných rodinách a zejména pro další uchopení tématu vztahu rodiny a školy, které se v našem výzkumu jeví jako velmi významné, je nutné zmínit charakter a obsah hodnot předávaných v tomto procesu. V průběhu doby jsou omezovány některé původní funkce rodiny, jako byl mezigenerační

přenos majetku nebo profese. Zde de Singly (1999) poukazuje zejména na nárůst množství profesí, které se mezigeneračnímu přenosu vzpírají. Zároveň ale samozřejmě mezigenerační přenos stále zůstává jedním ze zásadních posláních rodiny, mění se ale jeho obsah. Kapitál, který dnes rodiče svým dětem předávají, je sociální a kulturní, jeho mírou je např. vzdělání. Ctižádost, dříve věnovaná budování rodinného majetku, je dnes směřována také k dětem a jejich školním úspěchům. Vztah mezi ekonomickým a školním kapitálem je možno dobře ilustrovat častým postojem mnoha rodičů, kteří se snaží vydělávat proto, aby mohli svým dětem zajistit kvalitní vzdělání (ve smyslu zaplatit jej, mít možnost dítě finančně podporovat na studiích, tzn. nechat jej dojít ve školském systému až na vrchol jeho možností a nenutit ho předčasně se finančně osamostatnit a ukončit přípravu na profesi). Pro předání hodnot je využívána zprostředkující instituce – škola. To samozřejmě rodinu v její funkci mezigeneračního přenosu do určité míry limituje a může být zdrojem konfliktů mezi rodinou a školou.

De Singly (1999) upozorňuje na nutnost uvědomit si v mezigeneračním přenosu dva odlišné, ale úzce propojené procesy – reprodukci (tedy předávání nabytých hodnot) a mobilizaci (využití všech dostupných možností rodiny k tomu, aby děti ve vzdělávacím nebo sociálním žebříčku vystoupaly výše než rodiče). V rodinách totiž bez ohledu na socioekonomické postavení dochází k oběma těmto procesům. I rodiny se silným ekonomickým a vzdělanostním kapitálem musí mobilizovat své síly, pokud chtějí, aby jejich děti alespoň udržely status quo.

V kontextu přítomnosti vzdělávacího handicapu, jakým ADHD bezesporu je, jsou rodiče opět postaveni před překážku, se kterou se musí vyrovnávat a v některých případech hledat alternativní cesty, jak zajistit potomkovi školní úspěch.

### **5.2.5 Souhrn charakteristik rodinné socializace**

Socializaci probíhající v rodině bychom tedy v souhrnu výše uvedeného mohli označit za časově primární a dále jako výrazně emočně regulovanou. Emoce a emočně zabarvené vazby jsou zde prostředkem i výsledkem, protože úkolem rodinné socializace je mimo jiné předat dítěti základní vzorce vztahů a chování v nich, základ pro další fungování ve skupině, společnosti... . Rodinné vazby proto vnímáme jako intimní, dlouhodobé, osobní a výlučné (Kellaghan a kol. 1999).

Další charakteristikou je obsah a způsob mezigeneračního přenosu. Již bylo

zmíněno, že rodina se snaží předat zejména dnes nejúspěšnější kapitál – vzdělání, kde je nucena spolupracovat se školou. Vedle toho ale samozřejmě zůstává nositelkou původních obsahů – hodnot, tradic, preferovaných způsobů chování, které předává specifickým způsobem – nápodobou, participováním na praktickém vykonávání činností, na každodenním životě rodině. Obsahy (myšleno např. postoje, hodnoty) jsou zde často v implicitní podobě, jsou součástí procesů v rodině probíhajících. Z toho vychází i charakter rodinných vztahů – většinou nejsou řízeny explicitně vyslovenými pravidly, ale jejich podoba je primárně dána jejich afektivním sycením. Nutno zdůraznit, že nejen jím, ale právě také vlivem tradic a osobních nastavení jednotlivých členů rodiny, rodinnou historií. Tyto jsou ale pro každou rodinu specifické a někdy jen těžko přenositelné do jiných rodinných společenství.

Kellaghan a kol. (1993) shrnují role rodinné socializace do dvou základních skupin – jako základní se samozřejmě nabízí pokrytí primárních potřeb, dále pak prostor pro rozvoj těch aspektů, které jsou podkladem další socializace – osvojení jazyka, rozvoj sebepečetí, navazování vztahů, motivace a hodnotová orientace apod.

Z tohoto souhrnu je zřetelné, že všechny aspekty rodinné socializace jsou zároveň oblastmi, ve kterých se projevují symptomy ADHD. Ať už se jedná o emoční regulaci vztahů rodičů a dětí, která je v tomto případě častěji dysfunkční a negativní, stejně jako v participaci dítěte na životě rodiny a jeho schopnosti učit se v procesu, spontánně, bez vědomé regulace tohoto procesu rodičem.

### **5.3 Školní socializace**

Školní socializaci můžeme ve shodě např. s Helusem (2007) definovat jako socializaci záměrnou a řízenou, zprostředkovanou institucionálně. Logicky škola je pak institucí zřizovanou za účelem řízné socializace. Tím, kdo ji zřizuje (resp. nařizuje), je společnost zosobněná státem. Již byla zmíněna kontrolní role státu v působení rodiny na dítě. V kontextu zájmu státu na výchově budoucích občanů žádoucím směrem a způsobem je také často vnímáno např. zavedení povinné školní docházky. Právo na vzdělání, mívěno vzdělání získané ve škole, je dnes nezpochybňovaným právem dítěte a státy se většinou snaží je garantovat. Samozřejmě i zde jsou klíčové také faktory ekonomické, vzdělání dostupné co nejširší skupině lidí je v současnosti jednou ze základních podmínek ekonomického rozvoje jakékoli země (Kellaghan a kol. 1993).

### 5.3.1 Specifické úkoly školní socializace

Co je v kontextu celého socializačního procesu úkolem školy? V první řadě zde samozřejmě pokračují procesy započaté v rodině, v některých případech se zde elaborují, zkouší se jejich funkčnost v novém kontextu apod.. Zde je příkladem např. zvýšený nárok na kontakt s vrstevníky, přijímání nových zkušeností či podřizování se autoritě. Dále jsou zde pak specifické socializační momenty školní docházky – např. podřizování se neosobním pravidlům, sžití se s různorodou sociální skupinou vrstevníků.

Nelze zapomínat na odlišný charakter úkolů, kterým je dítě ve škole vystaveno – musí se naučit vykonávat i činnosti, u nichž nevidí žádný aktuální smysl a užitek. Zde je velký rozdíl oproti situaci doma, kde většina činností, kterých se dítě účastní, má okamžitý a často hmatatelný výsledek (vaříme a pak jíme, umyjeme se a jsme čisti ...) nebo jiný přínos, který je dítěti zřejmý. Naopak ve škole je mnoho aktivit pro dítě nepřehledných, zpočátku nemá možnost je řadit do širšího kontextu činností (...proč se učíme dělat tečky a čárky, když se nám slibovala písmenka? ...proč se na oběd chodí ve dvojstupu?) a ani později mnoho dětí toho není schopno a poměřují kvality školních činností právě pouze jejich přímočarým užitekem, např. použitelností v další praxi. Tento přístup ovšem koreluje se školním selháváním, tedy problematickým průběhem školní socializace (Rochex 2001).

Úkoly školní socializace lze nahlédnout z více úhlů pohledu. Jeden z nich prezentuje např. Helus (2007), když vztahuje úkoly školy ke společenským hodnotám a nárokům představovaným současným trendem „společnosti vědění“ a pohledu na člověka a jeho vzdělání jako na další oblast ekonomických zdrojů. Smyslem školní socializace se stává podněcování potřeby vzdělávání a poskytnutí kompetencí umožňujících využití potenciálů jedince, orientace na úspěch. Prostředkem k tomuto a zároveň dalším vzdělávacím cílem mu pak je spojení vzdělávacích aktivit s kladnými emocemi, s pocitem úspěchu. Dalším úkolem školy je podle něj rozvoj žákových metakognitivních postupů, schopnosti učit se, pracovat s informacemi.

Jiný pohled nabízí Štech (2003), když vymezuje další úkoly školní socializace:

(1) Naučit dítě podřizovat se neosobním pravidlům a s těmito pravidly se vyrovnávat (také v souvislosti s nutnou restrukturací vztahů dítěte v procesu oidipské triangulace, kdy právě škola je prostorem k jejímu dokončení a prokázání schopnosti obstát v nové konstelaci vztahů).

(2) Nově se stavět k poznatkům – škola využívá diskursivní způsob předávání poznatků a učí dítě formalizovat a cenit si formy a nejen obsahu a bezprostředního užitku

osvojeného. Dítě se tedy učí pracovat s instrumentalitou poznání pro poznání, otevírají se mu možnosti reflexe<sup>28</sup>. V početnější skupině vrstevníků má také možnost uvědomit se širší platnost předkládaných poznatků (Štech 2003).

V tomto směru se tedy dítěti otevírá prostor pro nahlížení kultury své komunity komplexněji, může se začít cítit její součástí, tak jako dříve bylo součástí své rodiny.

Nový kontext školní docházky je také prostorem k novému rozvoji identity dítěte, které do svého repertoáru přijímá roli žáka a spolužáka. Ve vztahové rovině je skutečnost, že dítě ob stojí v nové konstelaci vztahů, kdy musí unést rozdělení pozornosti učitele mezi všechny děti a vzdát se představy sebe jako centrální osoby, důkazem úspěšného zvládnutí nároků daného vývojového období.

Jak již bylo zmíněno, ADHD chápeme (v souladu s aktuálním výzkumem i platnou legislativou) jako vzdělávací handicap. Výše zmíněné charakteristiky a nároky školní socializace jsou přítomností ADHD ovlivněny. Charakter tohoto ovlivnění podrobněji charakterizuje kapitola věnovaná vývojovému pohledu na ADHD.

### **5.3.2 Rodinná versus školní socializace – souhrn odlišností**

Ještě než shrnu odlišnosti rodinného a školního modu socializace, je nutné poznamenat, že hranice mezi těmito dvěma světy samozřejmě nejsou tak ostré, naopak je jednotlivé procesy a získané dovednosti často prostupují a spojují. V průběhu historie si také některé kompetence postupně předávají. Pro potřebu reflexe, která je i cestou ke zlepšení spolupráce rodiny a školy, která se v našem výzkumu jeví jako klíčový prvek, je ale nutné dopustit se zjednodušujícího „ostrého“ rozdělení.

Školní modus socializace lze charakterizovat odlišným (ve vztahu k rodinnému modu) způsobem komunikace, založeným hodně na psaném textu. Také procesy používané k osvojení poznatků jsou založeny převážně kognitivně, pracuje se se slovem a obrazem reality, na rozdíl od rodiny, kde je mnoho dovedností osvojováno v reálném procesu, v činnosti, je zde tedy častěji přítomná i motorická složka, manipulace. V rodině se předání dovedností děje prostřednictvím imitace. Škola tedy pracuje diskursivně a předává

---

<sup>28</sup> Ve vztahu ke odlišným kvalitám školou předávaného poznání připomíná Rochex (2001) také pro děti nezvyklou, pomocnou formu některých úkolů, ale i obsahů. Dítě vidí diktát, ne pravopis. Stejně tak dítě vnímá jako konkrétní prvek např. kružnici, tedy ideální tvar, pomocný konstrukt, který nemá v reálném světě konkrétní protějšek, ale pouze připodobnění.

poznatky převážně v dekontextualizované podobě. Častěji pracuje s modelem. Učení ve škole je záměrné, vědomé, včetně podpory „meta-procesů“, zejména metakognitivního uvažování (Kellaghan a kol. 1993).

Podoba vztahů ve škole, zejména vztahů učitel - žák, je odlišná svou zprostředkovaností – mezi učitele a žáka vstupuje učivo, které vymezuje jejich vzájemné postavení a je hlavním obsahem jejich komunikace. Vztahy jsou dočasné, neosobní, stejně jako stanovená pravidla, afektivita do nich vstupuje až sekundárně. Oproti tomu v rodině jsou vztahy řízeny afektivitou, pravidla a normy jsou vázány na konkrétní osoby.

Tento stručný přehled problematiky socializace vytváří kontext, ve kterém byla posuzována reálná podoba socializačního procesu, jak se objevovala v datech našeho výzkumu.



## 6 Vztah rodiny a školy

V našem výzkumu se vztah rodiny a školy ukázal jako jeden z klíčových momentů. Byl reprezentovaný nejen běžným kontaktem mezi rodiči a učiteli, ale také např. kontakty rodičů s vedením školy při řešení problémů jejich dětí, jednání o úpravách vzdělávacího plánu, případně již při snaze o zařazení dítěte, které přichází s diagnózou ADHD a nezřídka je již z mateřské školy provázeno pověstí dítěte problémového. Lze tedy říci, že rodiče se se školou setkávali nejen na osobní, ale i na institucionální rovině. Z tohoto důvodu se jeví jako vhodné stručně představit aktuální poznatky o vztahu rodiny a školy. Na tomto místě se jedná o stručný teoretický úvod, podobněji je téma zpracováno ve výzkumné části práce v samostatné kapitole.

Ve vztahu mezi rodinou a školou je možno vymezit různé roviny, resp. kvality tohoto vztahu. Jsou vždy přítomny zároveň a poukázáním na některé z nich lze ilustrovat, jak komplexní, složitý a vnitřně diferencovaný je jak vztah rodiny a školy obecně, jako sociálních institucí, ale také jeho jednotlivé podoby v konkrétní vazbě mezi jednou rodinou a „její“ školou, kdy se tyto dvě instituce stávají partnery při výchově jednoho konkrétního dítěte.

V obecné rovině lze rodinu a školu vidět jako instituce navzájem si konkurující, stejně tak jako propojené a vzájemně se ovlivňující. V tomto případě hledíme na rodinu a školu převážně pohledem sociologickým. Na počátku těchto zkoumání stál zájem o školní úspěšnost dětí, která se zkoumala v souvislosti s proměnnými na straně rodiny, zejména s jejím socioekonomickým statutem.

Pohled na rodinu a školu jako na výchovné partnery, který je prezentován dále, shrnuje výsledky výzkumů, které se více než na proměnné na jedné či druhé straně zaměřují na kvalitu procesů mezi školou a rodinou probíhajících a takto vymezují různé modely vzájemného fungování.

### 6.1 Vývoj vztahu rodiny a školy

Smyslem této kapitoly není historický exkurz, zachycení vývoje vztahu rodiny a školy je ale z pohledu našeho výzkumu významné v tom smyslu, že v době školní zkušenosti rodičů zkoumaných dětí nabýval tento vztah velmi odlišných podob, než je

tomu dnes, ovšem tato vlastní dětská zkušenost je pro současné rodiče nedílnou součástí současného uvažování o škole a pozici vůči ní. Z toho důvodu považujeme za vhodné tento přehled uvést.

Velmi dlouho byly rodina a škola komunikačně dosti uzavřená prostředí, informace přecházely převážně ve směru od učitelů k rodičům a to zejména v situaci řešení problému dítěte. Situace se začíná měnit v 70. a 80. letech 20. století, kdy jsou rodiče více vyzýváni k angažovanosti, diskuzi nad výsledky dítěte a postupně také k účasti na životě školy. Zajímavou paralelou k vývoji vztahu rodiny a školy je vývoj profese učitele. Z odborníka na vyučovaný předmět, kterým byl téměř až do poloviny 20. století, se postupně stává odborník na výchovu dětí. Velký vliv na rozšíření pedagogicko – psychologické báze učitelské profese měly humanistické směry v sociálních vědách, které přinášely velký optimismus a víru v možnosti a efekty výchovy a vzdělávání.<sup>29</sup>

80. léta 20. století jsou pak ve znamení hodnocení vzdělávacích systémů a také postupného zapojování rodičů do vzdělávacího procesu. Velká změna přichází ve většině zemí v 90. letech, kdy změnou legislativy jsou ustanovena širší rodičovská práva a prostor pro jejich spolurozhodování o školním dění. V hodnocení škol se také začínají uplatňovat tržní mechanismy, které účinkují jako impuls pro proměnu vztahů rodiny a školy (Rabušicová a kol. 2004).

Dánská badatelka B. Ravnová (dle Rabušicová a kol., 2004) shrnuje tento vývoj do čtyř modelů vztahů mezi rodinou a školou.

Pro 60. a 70. léta 20. století je podle ní typický tzv. kompenzační model. V návaznosti na velké makrosociologické studie, které prokázaly souvislost socioekonomického statutu rodiny se školními výsledky, je snaha o školní kompenzaci nevýhod, jejichž zdrojem je rodina. Škola tedy kompenzuje nedostačivost rodiny.

70. a 80. léta jsou podle ní naopak poznamenána snahou najít podobnosti mezi rodinou a oficiálním vzdělávacím systémem, je zde snaha učitelů o komunikaci s rodinou, aby mohli svou práci komplementárně doplňovat nutné poznatky, hovoříme o tzv. konsenzuálním modelu.

80. a 90. léta více zdůrazňují schopnosti rodičů (v období kompenzačních modelů zpochybněné), rodiče jsou více chápáni jako autonomní bytosti, jejichž role je klíčová. Ravnová hovoří o tzv. participačním modelu. Zároveň je akceptováno snížení socializačního vlivu rodiny a škola je ochotna přijmout její roli.

---

<sup>29</sup> Zde hovoříme o situaci celkové proměny učitelské profese. Impulsy a pokusy o větší zapojení zejména psychologických poznatků do výchovy jsou ale samozřejmě daleko starší.

Pro současnost navrhuje Ravnová tzv. model sdílené odpovědnosti. Podle autorky nejde o popis současné situace, ale spíše o formy vztahu, které jsou momentálně diskutovány a jsou možným dalším východiskem. Tento model zahrnuje větší podíl rozhodování rodičů o průběhu školní docházky, komplementárně k tomu ovšem také sdílenou zodpovědnost rodiny a školy<sup>30</sup>.

Obecně lze tedy říci, že víceméně jednoznačným trendem je zvyšování podílu rodičů na školním životě dítěte a jejich širší zapojení do vzdělávání. Rabušicová a kol. (2004) konstatují, že pro podporu tohoto trendu nacházíme dostatek teoretických východisek, empirická báze, která by dokazovala zvýšenou efektivitu takového vzdělávání, je slabší. Teoretické argumenty vychází z konceptu rodičovských práv (právo na informace např.), z úvah založených na výše uvedeném vztahu rodiny a školy jako socializačních prostředích, tedy vlivu socioekonomického statutu rodiny, rodinných interakcí a sociálních vazeb apod. a dále pak na myšlenke občanské participace v komunitních institucích, jejichž představitelem škola bezpochyby je.

## 6.2 Vztahy rodiny a školy - současná situace v ČR

Do vztahů rodiny a školy, stejně jako do vývoje společnosti jako takové, samozřejmě významnou měrou zasáhl konec komunistické éry. Lze říci, že až po pádu komunismu můžeme hovořit o vztahu ve smyslu vzájemného setkávání dvou rovnocenných partnerů. V předcházejícím období byla škola uzavřenou institucí, která stejně jako jiné byla nositelkou vládnoucí ideologie a hierarchicky byla rodičům nadřazena.

Nyní, po více jak dvaceti letech je situace z hlediska badatele daleko zajímavější, rozvrstvenější, bohatší ve smyslu mnoha podob vztahu, se kterými se můžeme setkat. Školy přišly o svou ideologicky nastavenou „nadřazenost“ a je zajímavé sledovat, jakým způsobem se s touto situací vyrovnávají.

Rozsáhlý výzkum na toto téma v ČR provedla M. Rabušicová, spolu s dalšími badateli z brněnské univerzity. Dalším významným příspěvkem k tématu jsou práce S. Štecha a I. Viktorové a dalších z pražské pedagogické fakulty, kde je toto téma aktuální

---

<sup>30</sup> Což je plně v kontextu výše zmiňovaného procesu individualizace jedince a jeho zodpovědnosti, jak jej konstatuje např. Bauman. Sama Ravnová také upozorňuje na to, že v díky probíhajícímu procesu individualizace se nejedná o společnou odpovědnost, ale spíše o vyhranění úkolů mezi rodinou a školou a přesnější vymezení zodpovědnosti.

výzkumnou otázkou.

Rabušicová a kol. (2004) jako základ pro svůj výzkum vzali čtyři základní přístupy rodičů ke škole – zákaznický, partnerský, občanský, a problematický. Tyto jsou založeny na konceptualizaci rodičovských rolí v odborné literatuře zejména anglosaské provenience.

Zákaznický typ vztahu je založen na představě učitele jako profesionála poskytujícího služby a rodiče jako odborníka na své dítě, který pozná, které služby pro dítě potřebuje. Od učitele se v tomto modelu očekává schopnost prezentovat adekvátně svou práci a naslouchat přáním rodičů, příp. kritice. Partnerský model je založen na vzájemném respektu pozic obou stran. Učitel se snaží potlačovat svou roli odborníka a hledá u rodičů potenciální přínos pro svou práci. Rozlišujeme zde partnerství výchovné, kdy rodiče zaměřují svou podporu na proces učení jedince, a partnerství sociální, kdy rodiče podporují školu jako celek, instituci. Dále pak Rabušicová a kol. (2004) přináší model občanský, kdy je škola součástí širší komunity a rodiče se k ní vztahují jako k instituci. Jedná se o prohloubení partnerského modelu. Smyslem je možnost rodičů vstupovat do procesu vzdělávání na všech úrovních. Poslední variantou jsou rodiče jako problém. V tomto případě se nejedná o jednodušnou kategorii, spíše se jedná o negaci předcházejících modelů. Spadají sem rodiče špatní, snaživí a nezávislí.

Jako nejčastější role rodiče vnímaná zkoumanými českými školami se jevila role zákaznická, dále pak partnerská, v nejmenší míře pak občanská nebo problémová. Faktorovou analýzou dat získaných dotazníkovým šetřením se ukázalo, že na českých školách tyto role nabývají následujících podob:

- rodiče jako výchovní klienti – spojuje v sobě charakteristiky zákaznické (rodič má možnost volit pro své dítě školu, vybírat si a svou poptávkou regulovat nabídku) s charakteristikami výchovného partnerství (vzájemná výměna informací, podpora)
- rodiče jako sociální partneři – jsou charakterizováni zájmem o školu, resp. třídu a její činnost. Rodiče se širě angažují v záležitostech školy a to nejen v záležitostech vzdělávání svého dítěte. V současné době tomuto typu partnerství odpovídá spolupráce na úrovni školních rad, které jsou dle zákona zřizovány na všech školách. Podobnou funkci mohou také plnit různá rodičovská sdružení a kluby. Nejde jen o podporu školy, přestože ta podle provedeného výzkumu v jejich činnosti převažuje, stejně tak slouží k prosazování zájmů rodičů ve škole, podpoře rodičů a jsou prostorem pro vzájemnou komunikaci.
- Rodiče nekomunikující – rodiče, kteří se buď nezajímají o výsledky svých

potomků, nebo škole nedůvěřují, příp. nemají potřebu s ní komunikovat a dítě podporují jinak.

- Rodiče aktivní (někdy přehnaně) – v českém prostředí jsou vnímáni jednoznačně jako problémoví. Školu svou snahu o intenzivní kontakt obtěžují, jsou často kritičtí. Rabušicová (2004) doplňuje, že snaha o komunikaci sama o sobě není problémem, tím je zvolená forma (příp. frekvence nebo obsah).

Doplňme, že výše citovaný výzkum doložil vztah mezi množstvím rodičů vnímaných jako problematičtí a stupněm školy. V nejmenší míře se problematičtí rodiče podle oslovených učitelů vyskytují na prvním stupni ZŠ. Zde se nabízí mnoho možných souvislostí (zatím pravděpodobně blíže nezkoumaných) zdůvodňujících tuto závislost. Je zde samozřejmě intenzivnější kontakt a větší obeznamenost učitele s dítětem a následně i s rodiči. U mladších dětí se rodiče (zejména v počátku školní docházky) více podílí na školní přípravě. Necháávají méně zodpovědnosti na potomkovi a sami aktivně zjišťují zadané domácí úkoly, potřebné pomůcky a případné vzkazy od učitelky. U starších pak předpokládají větší samostatnost a méně aktivně vstupují do školní přípravy, díky čemuž mají často menší přehled o obsahu žákovské knížky apod.

Dále je zde pak vztah k velikosti obce – klientský přístup rodičů je založen na možnosti školu si vybírat, týká se proto zejména větších měst.

Také zájem školy o komunikaci s rodiči se zdá být nepřímo úměrný věku dětí. Postupné omezení komunikace bývá spojováno právě s věkem dětí a tudíž nárůstem jejich samostatnosti a schopnosti řešit své problémy samy, bez rodičů. V zájmu školy o rodinu je patrná větší opatrnost, školy se jen minimálně uchylují k iniciaci přímých zásahů do rodinného prostředí (které navíc nejsou v jejich kompetenci, ta je omezena na roli konzultační, přímý vstup do rodiny je umožněn pouze orgánům sociální péče, které může škola upozornit a požádat o spolupráci).

Další náhled na vzájemný vztah rodiny a školy v podobě typologie přístupu rodičů ke škole přináší z českého prostředí S. Štech a I. Viktorová (1992, 2001). Pojmenovali tři různá pojetí vzájemného vztahu – alternativní, komplementární a nahrazující.

V případě alternativního pojetí rodiče konstatují, že jejich děti nejsou s to odpovídat všem požadavkům školy, a preferovali by rozvrstvení vzdělávací dráhy tak, aby odpovídala nárokům různých dětí. Tito rodiče ve vztahu ke škole spíše rezignují, zároveň ale cítí silnou osobní zodpovědnost a angažovanost ve vztahu ke školní kariéře svých dětí, která se

ovšem nepromítá do aktivity.

Rodiče s komplementárním pojetím se snaží doplňovat a dále rozvíjet působení školy, výrazně se proto angažují v domácí přípravě a podpoře dětí. Chtějí po škole kvalitní základ, který jsou ochotni upevňovat a dále rozvíjet.

Posledním typem je pojetí nahrazující – zde se rodiče staví ke škole kriticky, domnívají se, že neplní dostatečně svou úlohu, a školu proto často aktivně kritizují a při domácí práci s dítětem se snaží školní působení opravit nebo nahradit.

Zmínění autoři se shodují na tom, že o typu vztahu rodičů ke škole rozhoduje jejich každodenní zkušenost s konkrétní školou a dále také úspěšnost dítěte, která se významně podílí také na intenzitě kontaktů a typu kontaktu, který rodiče volí. Rodiče bezproblémových žáků se většinou stýkají se školou méně a spíše cestou běžných, tedy převážně hromadných, pravidelných akcí - rodičovských schůzek. Naopak rodiče žáků, kteří ve škole selhávají a to zejména v oblasti chování, jsou se školou v intenzivnějším, individuálním kontaktu (Štech, Viktorová 2001).

Důležitou součástí obou citovaných výzkumů bylo sledování typů kontaktů mezi rodinou a školou. Byl konstatován posun k individualizaci kontaktů, i na základních školách se již můžeme setkat s institutem konzultačních hodin, kdy jsou učitelé v pravidelnou dobu připraveni se rodičům věnovat. Stále častěji jsou setkání rodičů a učitelů obohacována o neformální rozměr. Vedle besídek a představení, kde jsou rodiče jen pasivními diváky, se prosazují různé školní slavnosti, kde dochází k intenzivnímu kontaktu rodičů se školním prostředím, často se na akcích i organizačně podílejí a mají prostor k neformálnímu kontaktu s učiteli.

Samostatnou kapitolou, která jistě zasluhuje podrobnější výzkumné šetření, je vstup moderních technologií do komunikace rodiny školy. Na základě našeho výzkumu<sup>31</sup> lze říci jejich vliv je dvousečný. Na jedné straně všichni zkoumaní rodiče měli k dispozici číslo mobilního telefonu třídní učitelky svého dítěte a využívali jej k relativně časté komunikaci. Zdůrazňujeme, že se jednalo o žáky na prvním stupni ZŠ. Na druhé straně, zejména na druhém stupni základní školy, využívání elektronických žákovských knížek může vést k tomu, že rodiče dostávají pouze vygenerovaná oznámení systému určená pro všechny rodiče a elektronické médium je pouhou náhradou staré dobré nástěnky. Zkušenost rodičů

---

<sup>31</sup> Při vědomí toho, že se nejedná o hlavní téma výzkumu a vzorek je omezený

s elektronickou komunikací totiž většinou zahrnuje jenom možnost prohlednout si známky dítěte, minimálně je využíván prostor pro podrobnější sdělení o práci dítěte, osobní emailová komunikace apod. Tuto zkušenost ovšem nelze zobecňovat, jedná se pouze o výsledný dojem u našeho výzkumného vzorku.

Pokud bychom měli vývoj vztahu rodiny a školy stručně shrnout, lze to učinit konstatováním dvou základních trendů. Prvním z nich je otevírání školy, nejprve pro „únik“ informací a následně také téměř fyzické otevírání dveří rodičům k jejich většímu podílu na školním životě dětí, tedy otevření dveří druhému trendu, kterým je cesta rodičů do škol.

## 7 Metodologie výzkumu

Jak vyplývá z teoretického úvodu práce, dopad přítomnosti poruchy pozornosti s hyperaktivitou na život dítěte a jeho rodiny je značný. Na jedné straně jsou komplikace, které bychom mohli nazvat přímými, které vyplývají z dopadů symptomů poruchy na každodenní život dítěte ve smyslu zvládnání činností a úkolů na něj kladených. Druhou skupinou komplikací jsou pak dopady symptomů poruchy na vztahy dítěte s jeho okolím. Toto ovlivnění nelze podle nás vnímat jako přímočaré, zprostředkující proměnnou je zde reakce druhého na chování dítěte, jeho interpretace. V neposlední řadě jsou zde pak reakce dítěte na obě tyto skupiny problémů, které se zpětně promítají do jeho postojů k sobě (a hodnocení vlastní schopnosti zvládat svůj život), stejně jako do vztahů s okolím.

Bylo provedeno mnoho studií zkoumajících dopady symptomů ADHD, přehled podává např. Barkley (2006) v kapitole věnované povaze ADHD. Často se jedná o rozsáhlé, ovšem tématem dílčí studie, zabývající se vzájemným ovlivněním jen několika proměnných, tedy např. zvládnání jednotlivých školních dovedností, dopady na sociální vztahy s vrstevníky apod. V naší studii jsme se proto rozhodli zaměřit se na celistvější pohled a položit si otázku, jak vypadá život dítěte s ADHD, pokud se tyto vlivy spojí v jednom životním příběhu. Ovšem ani naše studie neaspiruje na celkový pohled, zaměřili jsme se na dva životní kontexty, které v životě většiny dětí v naší společnosti dominují – život v rodině a škole a socializační procesy zde probíhající.

Volnou inspirací nám byly zejména dva momenty, na jedné straně zkušenosti z poradenské psychologické praxe v práci s touto cílovou skupinou, kde se neustále potvrzuje teoreticky opakovaně proklamovaná potřeba pracovat s dítětem v širším kontextu jeho životního prostoru a směřovat své intervence také do tohoto prostoru a nejen k dítěti. Na straně druhé z výzkumných studií byla inspirativní zejména práce Weissové a Hechtmannové (1993), které provedly hojně citovanou patnáctiletou studii hyperaktivních dětí a své poznatky zpracovaly do monografie zachycující problematiku ADHD v jejím vývoji od nejmladšího věku do dospělosti a přinesly tak podle našeho názoru velmi ilustrativní pohled na komplexnost této problematiky, který je ovšem ovlivněn odlišností sociokulturních podmínek (průzkum probíhal v kanadském Montréalu). V průběhu sběru dat k našemu výzkumu vyšla také velmi zajímavá studie Kolčárkové a Lacinové (2008) věnující se matkám hyperaktivních dětí, která velmi souzněla s našimi prvními dojmy z vlastních výzkumných dat a podpořila hlubší zájem o postoje rodičů jako důležitou



výzkumnou otázku. Jejich data jsou s našimi konfrontována v dalším textu.

## **7.1 Design vlastního výzkumného projektu**

Jak již bylo řečeno, ač bylo naším zájmem podat celistvý pohled na život dětí s ADHD, jsme si vědomi nemožnosti zachytit tak rozsáhlou problematiku jako vyčerpávající celek. Proto jsme se rozhodli vymezit výzkumné pole na proces socializace.

Jak bylo uvedeno v úvodních kapitolách, vycházíme z předpokladu procesu socializace jako interakčního procesu mezi jedincem a jeho sociálním, resp. sociokulturním okolím, kdy jedinec je aktivním aktérem tohoto procesu. Omezení, způsobená přítomností ADHD, která se projevují jak na úrovni možností přijímání kulturních obsahů, tak na úrovni vstupování do sociálních vztahů a rozvoje sociálních dovedností, jsou podle našich předpokladů významným faktorem, který se může projevit právě na úrovni socializačního procesu. Pohled na život zkoumaných dětí jako na socializační proces je tak podle nás vhodný pro pochopení jejich situace. Na jedné straně vymezuje zkoumanou problematiku do užšího rámce, na druhé straně ale ponechává prostor pro zachycení problémů v jejich kontextu.

Věkově byl výzkum nejprve směřován na mladší školní věk, později přibyly i děti z mateřských škol, protože se ukázalo, že zkušenosti s mateřskou školou mohou významně ovlivňovat postoje rodičů i dětí ke škole základní a některá klíčová rozhodnutí či postoje se formují už na této úrovni. Věkové vymezení na mladší školní věk bylo určeno na základě předchozího studia problematiky, kdy většina autorů se shoduje na skutečnosti, že průběh těchto období je klíčový pro další život dítěte, zejména z hlediska rozvoje sekundárních potíží. U dětí starších, zejména v případě neřešení problému, dojde k rozvoji komplexního obrazu nejen ADHD, ale dalších sekundárních potíží, jmenovitě dalších poruch chování, tudíž se výrazně komplikuje možnost rozklíčovat jednotlivé působící vlivy. Argumentem podporujícím tuto volbu je také skutečnost, že k oficiálnímu udělení diagnózy dochází nejčastěji v předškolním nebo mladším školním věku.

### **7.1.1 Výzkumné otázky**

První otázkou, prekonceptem, který spoluurčoval výběr výzkumných metod a výzkumného vzorku byla široce pojatá otázka, zdali lze ADHD vnímat jako zdroj změny

v socializaci dítěte. Změnou v socializaci pro účely výzkumu myslíme moment, kdy přítomnost ADHD je rodinou či školou jako socializačními činiteli označena jako zdroj odlišného přístupu k dítěti, případně je takto vnímána pozorovatelem při sledování interakcí rodičů a učitelů s dětmi s ADHD.

Na tomto místě by asi bylo vhodné se vyrovnat i s případnou námitkou, že při analýze sebraných dat nepracujeme odděleně s ADHD jako diagnózou a s ADHD jako označením pro variantu chování dítěte. Důvodem je skutečnost, že bez ohledu na to, zdali byla již diagnóza vyslovena, je v chování dítěte přítomno mnoho faktorů, které komplikují jeho sociální vztahy a proces učení, tedy socializační proces celkově. Jak ukazují získaná data, život dítěte byl vzhledem k přítomnosti hyperaktivity a impulzivity komplikovaný ještě před tím, než byly tyto příznaky zasazeny do kontextu poruchy. Přiřazení tohoto kontextu může proces socializace modifikovat, ale podle našeho názoru jej nezmění natolik, aby bylo potřeba vnímat symptomy ADHD a již stanovenou diagnózu ADHD jako dvě významně odlišné situace. Jako příklad použijme vztahy s vrstevníky – ty zůstávají komplikované i po stanovení diagnózy, pokud někdo z vnějšku (učitel, rodič, terapeut) nezačne cíleně pracovat na jejich zlepšení. Modifikace procesu je patrná v tom, že moment vyslovení diagnózy může být podnětem k započetí takové cílené intervence.

Sebraný výzkumný materiál jsme podrobili základní deskriptivní analýze, jejímž účelem bylo vytvoření kategorií výroků, na základě kterých jsme specifikovali tuto primární otázku na dílčí témata:

- Co se děje v životě dítěte, když je mu určena diagnóza ADHD? Jakým způsobem to ovlivní jeho rodinnou a školní situaci? Lze nalézt výrazné změny v životě před a po diagnóze?
- Co to znamená být rodičem dítěte s ADHD? Je takové rodičovství jiné? Vychováváme děti jinak, když mají ADHD? Kvality této změny.
- Co to znamená být učitelkou ve třídě, kde je dítě s ADHD? Znamená to pro učitelku změnu v její práci? Je tato změna zaměřena na konkrétní dítě, nebo se dotýká celkového přístupu ke třídě?
- Jaký je vztah mezi rodinou a školou v kontextu ADHD, role dalších odborníků

Vzhledem k profesnímu zaměření autorky pak hledání odpovědí na tyto otázky provázely také úvahy o užitečnosti, tedy o možnostech terapeutického využití získaných

poznatků, zejména ve smyslu zlepšení psychosociální péče o rodinu dítěte s ADHD.

### 7.1.2 Jednotlivé kroky výzkumu

Výzkum byl od počátku koncipován jako kvalitativní studie. Zejména z důvodu validity výzkumu jsme se rozhodli data skládat jako kasuistiky<sup>32</sup>. Výchozím bodem bylo tedy vždy jedno konkrétní dítě, okolo kterého bylo organizováno další šetření. To sestávalo z minimálně jednoho rozhovoru s rodiči, resp. matkou dítěte, rozhovoru s učitelkou dítěte, pozorování dítěte ve škole a pozorování dítěte při volné hře nebo při interakci s rodiči. Hovořili jsme také se všemi zkoumanými dětmi, ovšem vzhledem k věku části z nich nešlo většinou o standardní výzkumné interview, ale spíše o dílčí dotazy následující po pozorování doma či ve škole. Informace od dětí pocházely také z diagnostických rozhovorů, které autorka provedla s většinou zkoumaných dětí v rámci psychologického vyšetření pro potřeby zařazení do péče ve středisku výchovné péče<sup>33</sup>. Díky tomu byla pro výzkum k dispozici i anamnestická data od všech těchto dětí.

### 7.1.3 Výzkumný vzorek

Základní výzkumný vzorek dětí, u kterých se podařilo projít téměř všemi výše uvedenými kroky, sestával ze šesti dětí. Výzkumný vzorek byl sestaven metodou prostého záměrného výběru (dle definice Miovského 2006)<sup>34</sup>, kdy z dětí s danou diagnózou a v určeném věku, dostupných kontaktem přes instituci (SVP) nebo známého odborníka,<sup>35</sup> byly vybrány ty, u kterých bylo psychologickým, psychiatrickým či neurologickým

---

<sup>32</sup> Původní projekt výzkumu předpokládal sestavení zakotvené teorie, v průběhu zpracování dat se ale ukázalo, že data pokrývají spíše dílčí témata v rámci širšího konceptu socializace, jejich vnitřní provázanost vnímáme vývojově, resp. chronologicky, z tohoto důvodu jsme od tohoto záměru upustili.

<sup>33</sup> Tato vyšetření ovšem probíhala v situaci, kdy již byl koncipován záměr tohoto výzkumu a děti byly vnímány jako potenciální účastníci výzkumu, čemuž odpovídala povaha některých otázek.

<sup>34</sup> Metoda je zde definována jako *cílené vyhledávání účastníků výzkumu splňujících předem určená kritéria* (Miovský 2006, str. 135).

<sup>35</sup> Následkem těchto omezených zdrojů kontaktů s klienty se nepodařilo zahrnout do vzorku žádnou dívku. Ani v jedné z etap výzkumu v péči dostupných odborníků žádná nebyla. Což ovšem odpovídá skutečnosti, že výskyt ADHD je v populaci v poměru asi 4 – 5 ku 1 mezi chlapci a dívkami. U dívek také často nebývá syndrom správně diagnostikován, nejčastěji je zaměněn za neurotické potíže. K tomu přispívá i fakt, že symptomy mohou u dívek nabývat mírně odlišné podoby s převahou internalizujících příznaků (Barkley 2006). Studie, kterou provedla Maniadaki et al. (2005) na řecké populaci, také ukázala na odlišné kauzální atribuce u problémového chování mezi chlapci a dívkami, u dívek je předpokládána menší míra intencionality a jejich chování je tak rodiči hodnoceno mírněji. Tato mírnější hodnocení následně vedou k pozitivnějšímu výchovnému přístupu a ve výsledku pak znamenají celkové zmenšení problému a menší pravděpodobnost jeho diagnostikování jako ADHD.

vyšetřením (případně jejich kombinací) potvrzeno ADHD bez závažnějších komorbidních potíží a jejich rodiče souhlasili se zapojením do výzkumu<sup>36</sup>. Jedná se o děti, resp. chlapce ve věku od čtyř do deseti let věku, pokrývají tedy dobu docházky do mateřské školy a prvního stupně školy základní. Stručné kasuistiky jsou uvedeny v přílohách.

U čtyř z nich jsou data kompletní (Eda, Luboš, Hynek, Pavel<sup>37</sup>), u dalších dvou dětí se nepodařilo zprostředkovat pozorování v prostředí mateřské školy (Jan, David). Jména dětí jsou změněna, pro čitelnost textu využíváme k jejich označení jmenné ekvivalenty.

Částečnou kompenzací bylo pozorování těchto dětí při volnočasových aktivitách, organizovaných i neorganizovaných, které poskytly informace o tom, jak zvládají sociální situace i strukturovanou činnost, ale chybí zde samozřejmě specifická data ze školního prostředí, zejména postoje učitelek a jejich hodnocení situace, které je jen částečně zprostředkováno v rozhovorech s matkami dětí.

U všech šesti dětí byl k dispozici také doplňující materiál jako školní sešity a žákovské knížky (resp. různé jejich obdoby používané v daných školách), kresby, protokoly z psychologických vyšetření, zprávy odborníků podílejících se na péči apod.

Do výzkumu byly zařazeny i další děti (2); u nich ale nebylo možno projít všechny zmíněné kroky, proběhly pouze rozhovory s matkami a kratší pozorování dětí, nedošlo na žádný kontakt se školou a nebyla ani možnost děti pozorovat jinde než v domácím prostředí. Dále proběhl jeden kompletní rozhovor s třídní učitelkou, ale matka chlapce, který navštěvuje její třídu, nakonec od výzkumu ustoupila. Dílčími zdroji dat byly také rozhovory, které proběhly v rámci přípravy dvou diplomových prací na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity<sup>38</sup>. Data ze všech těchto zdrojů byla využívána jako doplňková, v tom smyslu, že kategorie a koncepty, které jsme pojmenovali u základního vzorku, zde mohly být také potvrzeny nebo rozšířeny o dílčí prvky za účelem saturace<sup>39</sup> výzkumného materiálu, nikoli jako primární zdroj pro analýzu.

Jsme si vědomi možné kritiky týkající se velikosti zkoumaného vzorku. Smyslem

---

<sup>36</sup> Tento způsob kontaktu byl zvolen vzhledem k tomu, že diagnóza ADHD je vnímána jako citlivý údaj a např. učitelé se často brání zprostředkování kontaktu na rodiny, protože to vnímají jako ohrožení svého vztahu s danými rodiči (ve smyslu prozrazení tajemství). Na pracovišti psychologa bylo možno o možnosti zapojit se do výzkumu pohovořit delší dobu, v klidném prostředí, případně rovnou představit výzkumníka jako kolegu a kontakt s rodinou byl díky tomu méně komplikovaný.

<sup>37</sup> U posledního jmenovaného došlo k telefonickému rozhovoru s učitelkou, ale nepodařilo se uskutečnit pozorování ve škole, protože chlapec v průběhu výzkumu školu změnil a přešel do jiného města.

<sup>38</sup> V jednom případě se jednalo o kasuistickou studii dětí v mateřské škole, kde probíhaly rozhovory s matkami a učitelkami, tématem byl proces vzniku diagnózy u dítěte (Vetřhá, V. ADHD v MŠ – jak se rodi diagnostuje. Č. Budějovice: PF JČU 2010, dále pak práce zaměřená na životní příběh starších dětí s ADHD, kde proběhly přímo rozhovory s dětmi (Králová, K. - Rodinný příběh dětí s ADHD. Č. Budějovice: PF JČU 2009).

<sup>39</sup> Zde se záměrem dosažení saturace jako nástroje kontroly validity získaných dat (Miovský 2006).

výzkumu ovšem byla hlubší kvalitativní analýza, z toho důvodu jsme se snažili shromáždit větší množství dat od menšího vzorku dětí. Jak již bylo uvedeno, jednotlivá interview trvala minimálně 90 minut a byla následně doplněna i dalšími kratšími rozhovory, resp. doplňujícími dotazy. Pozorování se pak snažila zachytit děti v různých situacích, tedy nejen při hodinách výukových, ale také v hodinách výchov, o přestávkách, ve školní družině apod.

#### 7.1.4 Metody sběru dat

Základními metodami použitými pro sběr dat byly polostrukturované rozhovory a pozorování. Rozhovory s učitelkami (PUL, PUE, PUH)<sup>40</sup> probíhaly až na jednu výjimku (PUD) na jejich pracovištích. Rozhovory s matkami probíhaly buď v místě bydliště, nebo pracoviště (ML, MH, MJ, MD), nebo v prostorách Střediska výchovné péče (ME, MP), v jednom případě v kavárně (MH). Trvaly 90 – 120 minut. Ve většině případů došlo pak ještě k dalším kratším setkáním, jejichž obsahem byl zejména hovor o vývoji zkoumané situace dítěte a dotazy na případné změny. Při druhém setkání s MJ byl přítomen i otec, jeho příspěvky k rozhovoru byly velmi stručné, bohužel se jedná o jediného tatínka – účastníka výzkumu, ostatní odmítli. Vedoucí pracovníci všech zúčastněných institucí (škol a SVP) byli o probíhajícím výzkumu informováni a souhlasili s ním, interview probíhala mimo standardní pracovní dobu angažovaných pracovníků.

Předem stanovené okruhy v rozhovorech s rodiči zahrnovaly dotazy na:

- Život s dítětem jako příběh od momentu těhotenství do současnosti
- Vnímání dítěte před stanovením diagnózy, postoje okolí, vysvětlení chování dítěte, pokud bylo vnímáno jako problémové (sobě i okolí)
- Vztah mezi dítětem a diagnózou – vnímání dítěte jako problému, dítěte s problémem, dítěte s nemocí apod.
- Vliv stanovení diagnózy na rodinu, dítě, okolí
- Pohled na sebe jako rodiče, zvládání, co mi pomáhá, co mi škodí
- Co na moje dítě platí, jak to „s ním umím/neumím“
- Pohled do budoucna, co očekávám od sebe, od dítěte, jak k tomu směřuji, obavy a plány

---

<sup>40</sup> Zkratky používáme pro označení jednotlivých třídních učitelek (PU) nebo matek (M), koncové písmeno odpovídá počátečnímu písmenu jména (resp. přezdívkou) dítěte.

- Pozice dítěte v rodině, vztah se sourozenci, postoj druhého rodiče, širší rodiny
- Moje dítě ve škole, zvládání nároků školy
- Vztah ke škole
- Zkušenost s psychosociální a další odbornou péčí, požadavky v tomto směru

Při vedení rozhovoru o rodičovství byly rodiče podporováni v líčení svého života s dítětem jako příběhu, vycházeli jsme zde z úvahy, kterou zmiňuje Chrz (2007), v návaznosti na Brunera, totiž že ve vyprávění lidé nepopisují své činy jako chování, ale jako jednání, tedy aktivní odpovědi. Tento postoj evokuje hledání důvodů pro jednání, vyprávění zachycuje jednání jedince, ke kterému doplňuje důvody v rámci vytváření smysluplného obrazu svého života. Tento moment jsme se snažili mít na paměti také při analýze získaných dat z rozhovorů. Důvodem tohoto postupu byl předpoklad, že je pro nás užitečné poznat roli, kterou rodiče připisují v životním příběhu dítěte sobě a svému jednání.

V rozhovorech s učitelkami se jednalo o tato témata:

- Jak se dítě dostalo k Vám do třídy?
- Vnímala jste, že je tam nějaký problém? Jak jste jeho chování rozuměla?
- Jak je hodnotíte jako žáka, jaký je Váš postoj vůči němu?
- Co víte a co si myslíte o diagnóze ADHD?
- Jak rozumíte nyní jeho chování? Souvislost a úvahy o významu diagnózy.
- Jakou má pozici ve třídě?
- Jak s ním pracujete, je to v něčem jiné?
- Jak pracujete s celou třídou, souvisí to nějak s přítomností dítěte s ADHD?
- Co jsou vaše osvědčené postupy, co jste zavrhla?
- Přijala byste do třídy další takové dítě?
- Spolupráce s rodiči, jak probíhá, jak by měla probíhat? S dalšími institucemi?
- Co dítě podle vás potřebuje nejvíce?
- Co od něj do budoucna očekáváte?
- Co vy potřebujete nejvíce?
- Byla jste na tuto situaci připravená? Chybí Vám nyní nějaké odborné znalosti či dovednosti?

Okruhy byly stanoveny na základě předchozího studia problematiky a zkušenosti z psychodiagnostických a poradenských rozhovorů s rodiči a učiteli, na základě kterých byla utvářena předběžná představa o momentech, které jsou pro vychovatele (myšleno rodiče i učitele) významné a které podle jejich názoru odlišují život dítěte s ADHD od ostatních. Důraz byl také kladen na postoje, které vychovatelé vůči dětem a situacím zaujmají. Dále jsme se snažili pojmenovat vlivy, které se podle zúčastněných vychovatelů podílí na formování životní situace dítěte v rodině a škole, tedy mj. vlivy socializační.

Sběr dat probíhal v první etapě od konce roku 2007 do podzimu 2008 (Eda, Luboš, Pavel), v druhé etapě pak v průběhu roku 2010 (Jan, Dan, Hynek). Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon a následně přepsány, poznámky z pozorování byly zachyceny formou terénního deníku. Při pozorování byla snaha zachytit všechny situace, které výzkumník postřehl v souvislosti s pozorovaným dítětem a učitelkou, včetně kontextu chování ostatních dětí, nebyly zde předem stanovené situace, které by měly být vyhledávány.

**Validity** našich zjištění jsme se snažili dosáhnout především technikou triangulace nebo alespoň zdvojení zdrojů dat a metod jejich sběru. K jednomu zkoumanému případu jsme vždy shromáždili data od rodičů, školy a pohled výzkumníka. Také v technikách sběru dat jsme kombinovali rozhovory a pozorování. Výhodou delšího kontaktu se zkoumanými dětmi a jejich rodinami byla také možnost zpětného doptání se na některé nejasnosti nebo doplňující otázky, které vyšly najevo při transkripci dat.

### 7.1.5 Metody analýzy dat

Jak již bylo řečeno, vstupní data byla podrobena deskriptivní analýze (v definici Miovského 2006)<sup>41</sup>, následně při stanovení dílčích kategorií uvedených výše jsme postupovali po krocích inspirovaných etnografickým postupem Spradleyho (1980), tedy základní kategorie jsme naplňovali výroky a sledovali jsme jejich vzájemné vazby a ovlivnění. Kategorie vznikaly postupnou identifikací základních prvků. Nejprve jsme vymezili aktéry, které budeme sledovat (dítě, rodič, učitel, okolí), poté jsme vyčleňovali

---

<sup>41</sup> Deskriptivní analýza vychází z předpokladu, že *proces utřídění, klasifikace a deskripce dat je...analytickým postup... a toto zpracování je samo o sobě kreativním procesem, kdy vytváříme kritéria pro systematickou deskripci a klasifikaci a tato kritéria a na ně vázané procedury rozvíjíme a zdokonalujeme v průběhu práce* (Miovský 2006, str. 220)

úseky rozhovorů, které popisovaly děje a procesy (situace aktéry označené jako významné a děje a procesy, které se opakovaly, sem patřily situace spojené s domácí přípravou, výchovné strategie matek, klíčové zážitky, jako byly konflikty se školou apod.) a následně hodnotící úseky rozhovorů, kde aktéři popisují své postoje k ostatním aktérům nebo k vyčleněným dějům nebo své pocity (co matky a učitelky hodnotí jako správné, co kritizují, co je těší, co trápí).

Došli jsme k těmto základním kategoriím výroků a vztahů:

1. Postoj k chování dítěte a jeho změny (rodiče i učitelé)
2. Hypotézy o zdroji, příčinách
3. Vliv momentu stanovení diagnózy
4. Budoucnost - obavy, plány
5. Zkušenosti s odbornou péčí, spolupráce (rodiče i učitelé)
6. Největší problém (rodičů i učitelů)
7. Já jako matka
8. Činnosti dítěte - domácí příprava, problémy s motivací, práce doma
9. Moje dítě, já a škola (postojové a vztahové výroky)
10. Učitelka mého dítěte, hodnocení práce školy (konkrétní zkušenost)
11. Výchovné strategie (v rodině)
12. Postoj k rodičům dítěte, k rodičům obecně
13. Já jako učitel – mé učitelské krédo
14. Techniky práce - jak pracuji se třídou, s jednotlivcem, strategie zvládnání
15. Moje dítě v rodině, mezi kamarády, na veřejnosti, vnější pohledy na mne jako matku a na dítě
16. Dítě ve třídě

Tematicky jsme je utřídili do kapitol:

- Socializace v rodině
- Socializace ve škole
- Vztah mezi rodinou a školou, případně dalšími institucemi

V příloze práce jsou k dispozici skupiny výroků, které sytily jednotlivé výzkumné kategorie, které jsou uvedeny dále. Kompletní rozhovory jsou k dispozici u autorky. Zastoupení výroků pro jednotlivé kategorie je samozřejmě nevyvážené, jednoznačně



nejsilnější jsou kategorie týkající se rodiny, protože rodiče byli v rozhovorech otevřenější než učitelé a více projevovali své postoje a emoce, věnovali rozhovorům i více svého času.

### **7.1.6 Diskuze nad použitými metodami a kvalitami vzorku.**

Jsme si vědomi možných limitů zvoleného postupu: nabízí se námitka např. proti okolnostem volby jednotlivých rodin. Miovský (2006) poukazuje na riziko, že výběr zkoumaných dětí či rodin přes instituci, která o ně pečuje, může být zavádějící v tom smyslu, že jsou pracovníky pro spolupráci vybírány rodiny, které jsou hodnocené jako spolupracující, podobně že ke spolupráci svolí rodiny, které jsou s péčí spokojené. Prvnímu riziku jsme se snažili vyhnout oslovením všech dostupných dětí daného věku, které splňovaly požadované charakteristiky a byly v průběhu daného roku v péči naší výchozí instituce, bez ohledu na hodnocení kvality spolupráce ze strany ostatních pracovníků. S druhou variantou (s výzkumem souhlasí pouze spokojení rodiče) bylo těžší se vypořádat, v tomto směru pomohla skutečnost, že do vzorku pak byly zahrnuty i děti, jejichž kontakt byl zprostředkován přes speciální pedagožku spolupracující se školami, tyto rodiny obohatily náš vzorek i o negativní zkušenosti.

Podobná námitka platí i v případě učitelů, k osobnímu setkání a delšímu rozhovoru svolily pouze ty učitelky, jejichž práce s dětmi s ADHD je rodiči hodnocena jako dobrá. V tomto směru lze data označit za specifická. Přesto se domníváme, že jejich analýza je užitečná, protože příklady dobré praxe jsou tím, co má smysl analyzovat a rozvíjet.

Další námitka se nabízí k genderovému složení respondentů. Již byla zmíněna příčina, proč není ve vzorku zkoumaných dětí žádná dívka. Je tedy otázka, proč v názvu práce nezaměnit děti za chlapce. K ponechání původního názvu nás vedou dva důvody. Jedním je výrazně vyšší zastoupení chlapců v populaci dětí s ADHD, hovoříme - li o zkušenosti chlapců, hovoříme o zkušenosti cca 75 – 80% dětí s ADHD, což nám přijde dostatečně nosné. Druhým důvodem je skutečnost, že např. ve studii Kolčárkové a Lacinové (2008), která se zaměřila na matky hyperaktivních dětí a která má s naší několik styčných témat, nejsou podstatné rozdíly ve výpovědích matek dcer a synů v tématech, která jsou významná pro naši analýzu (zejména témata rodičovství, výchovných strategií a spolupráce se školou).

Jak bylo zmíněno v začátku, data byla původně koncipována jako kasuistiky jednotlivých dětí. Při analýze jsme postupovali způsobem analýzy získaných dat z různých

zdrojů jako celku. Důvodem byla skutečnost, že data se jevila jako dostatečně bohatá a jejich zpracování pouze formou kasuistických studií podle našeho názoru neslo riziko jejich nevytěžení. Původní záměr se ale zobrazuje v možnosti vnímat příběhy jednotlivých dětí také ve vývojových souvislostech a je užitečnou inspirací pro interpretaci.

Námitce směřující ke kritice směšování role pomáhajícího profesionála a výzkumníka bylo předejito tím, že žádné ze zkoumaných dětí, které byly klienty střediska výchovné péče, jehož zaměstnankyní byla autorka výzkumu, nebylo v osobní terapeutické či poradenské péči autorky.

## 8 Život rodiny

Následující kapitola je věnována pohledu na průběh socializace v rodině. Je založena na datech z proběhlého šetření, která jsou průběžně konfrontována s literaturou a doplněna o výsledky některých cizích výzkumů. Teoretický kontext problematiky socializace v rodinném prostředí byl nastíněn v první části práce.

Na základě kategorizace získaných dat jsou výsledky prezentovány podle klíčových témat a momentů<sup>42</sup>, ze kterých se snažíme složit obraz, který má jednak logiku vývojovou, tedy prezentujeme data, jak šly diskutované situace chronologicky za sebou, a dále z pohledu jednotlivých aktérů.

### 8.1 Život před diagnózou

#### 8.1.1 Raná zkušenost

Jak jsme podrobněji zmiňovali již v kapitole o vývojovém pohledu na ADHD, jedná se o důležité období v životě rodiny zejména z hlediska kvality vztahů mezi rodiči a dítětem. Z dětí sledovaných v našem výzkumu se všechny děti v základním výzkumném vzorku projevovali jako živější již v kojeneckém, nejpozději v batolecím věku. Typická hodnocení tohoto období většinou zahrnují zejména problémy se spánkem, které většina matek vnímá jako nejkritičtější, dále následuje častý pláč a nemožnost dítě utišit. Tyto momenty jdou ovšem ruku v ruce, protože nejčastější a nejdelší záchvaty pláče bývají popisovány právě v noci. Nejpozději okolo roku věku již také všechny matky hodnotily své dítě jako hodně pohyblivé. Již v průběhu kojeneckého období se tak matky začínají

---

<sup>42</sup> Jedná se o tato dílčí témata, která byla uvedena v kapitole věnované metodologii, zde uvádíme ta, která jsme zařadili k hlavnímu tématu život a socializace v rodině:

- Postoj k chování dítěte a jeho změny
- Hypotézy o zdroji
- Vliv momentu stanovení diagnózy
- Budoucnost - obavy, plány
- Největší problém
- Já jako matka
- Výchovné strategie (v rodině)
- Moje dítě v rodině, mezi kamarády, na veřejnosti, vnější pohledy na mne jako matku a na dítě
- Spolupráce s institucemi

setkávat s pocitem nezvládnání situace či bezmoci a zmatku ve vztahu ke svému dítěti.

Všechny tyto matky tedy vnímaly rané dětství svého dítěte jako náročné, některé jako náročnější, než u ostatních dětí, jiné neměly srovnání. Uvedme jeden výrok za všechny: „*On pořád řval. Jak jsem s tím žila a neznala jsem nic jinýho, tak jsem si myslela, že je to normální.*“

Mezi ostatními sledovanými dětmi popisují dvě matky ranou zkušenost jako normální, kdy mateřství vnímaly jako náročné, ale „*nebylo to myslím jiné, než jinde, prostě skákání okolo malého dítěte, celkem spal, takže jsme to zvládali*“. V obou případech je dítě s ADHD starším sourozencem a zpětně pak další sourozenec je hodnocen jako klidnější.

Uvedené zkušenosti s dítětem většinou vedly k silné sebereflexi matek. Často se v jejich popisu situace objevuje moment „**ospravedlnění**“ **svého pocitu nezvládnání pomocí srovnávání s ostatními dětmi**, v tom smyslu, že vědí, že všechna miminka často brečí, ale že pro ně to bylo tak náročné svou výrazně vyšší frekvencí. Vnímáme to jako jeden ze signálů hodnocení sebe jako matky, která má zvládat svou roli a pokud je to pro ni těžké, logicky pracuje se srovnáním s okolím jako s důležitým parametrem. Na druhou stranu toto hodnocení je i zdrojem dalších obav, zejména nejasností, kde se odlišnost jejího dítěte bere<sup>43</sup>.

Další součástí této reflexe je hledání příčin - v sobě, v okolí, zpočátku ale žádná z nich v dítěti samém, alespoň o tom explicitně nehovoří. Často přičítají vinu sobě, svému výchovnému vedení: „*To byla ohromná úleva, že jsem to nezavinila. Já jsem se bála, že jsem to zavinila a že pak mi ho třeba vezmou*“, další **hypotézy o zdroji náročnosti svého dítěte a jeho odlišnosti** velmi často zahrnují pohledy do rodinné historie, jakousi anamnézu. „*U manžela je to v rodině, ale tam na vesnici se to tak nebere, tam je to tvrdá ruka. Jednou jsme tam s Pavlem byli a potkala nás manželova učitelka ze školky. Když Pavla viděla v akci, říkala mi, ať ho nebiju a nezlobim se, že manžel byl taky takovej a tchán nejspíš taky.*“ Časté jsou také úvahy o porodu a jeho průběhu jako zdroji.

Matky pak uzavírají, že své dítě hodnotily jako živější a náročnější, hodně pochybovaly o sobě, o svých výchovných postupech, dostávaly se do konfliktů s širší

---

<sup>43</sup> Tyto dva momenty, hodnocení sebe jako rodiče a časté porovnávání dítěte s ostatními jsou obecně podle našeho názoru pro rané rodičovství typické, ovšem pro rodiče dětí, které se začnou odlišovat, se stávají kritickými. Stejně tak jsou ale dobrým výchozím bodem při terapeutické práci, jak bude zmíněno dále.

rodinou, která měla tendenci kritizovat přístup k dítěti, ale kromě jedné<sup>44</sup> žádná rodina nevyhledala odbornou péči před vstupem do mateřské školy

### 8.1.2 Konstatování problému a cesta k diagnóze

U všech sledovaných dětí se okamžikem, který znamenal přelom v postoji rodičů k chování dítěte, stal vstup do školního zařízení. Detailněji průběh této zkušenosti analyzujeme v kapitole věnované socializaci ve škole. Pohled rodičů ukazuje, že pozitivní zkušenost z mateřské školy může fungovat v obou směrech, buď urychlí stanovení diagnózy, pokud učitelky rodiče požádaly o vyhledání odborné pomoci a této žádosti nepředcházely stížnosti a spory o chování dítěte, jak tomu bylo u Jana a Davida.

Pobyť ve mateřské škole jako zkušenost negativní, kdy je dítě srovnáváno s ostatními a ze srovnání vychází hůře, může jen plynně navázat na předchozí pochybnosti rodičů. Tak tomu bylo zejména u sledovaných dětí Luboše, Hynka a částečně i Pavla. Zde situace vyústila v další pochybnosti rodičů, kteří teď byli spolu s dítětem navíc kritizováni i ze strany školky. Z pohledu matek těchto tří chlapců se pak jejich život s dítětem významně zhoršil, protože problémy, které se svým dítětem řešily, získaly další, veřejnou podobu, zmnožil se počet lidí, kteří podle nich poukazovali na jejich vychovatelské selhání. Ve všech těchto případech přešly matky do „protiútoků“, využily skutečnosti, že i když své dítě vnímají jako náročné, všechny se s ním naučily do určité míry zacházet, běžný život doma zvládají<sup>45</sup>, a z neúspěchu dítěte obvinily školku nebo jednu konkrétní učitelku. Tuto jejich hypotézu samozřejmě silně potvrdil fakt, že různé učitelky zvládaly dítě velmi odlišně a některé si nestěžovaly.

U třech posledně zmiňovaných dětí tedy došlo ke stanovení diagnózy až na základní škole, v jednom případě z iniciativy matky (ML), která chtěla předejít situaci ve školce, v dalších případech na základě žádosti školy.

Ve všech námi sledovaných případech **znamenal udělení diagnózy úlevu**, protože sňalo z rodičů alespoň částečně pocit vlastní zodpovědnosti za selhávání dítěte a část této zodpovědnosti přesunulo směrem k diagnostikovanému syndromu. Záměrně zmiňujeme,

---

<sup>44</sup> Jedná se o již zmíněného chlapce Edu, jehož matka byla s rizikem ADHD seznámena od narození chlapce, ten také byl od počátku neurologicky sledován a diagnóza zde byla potvrzena i EEG vyšetřením již v předškolním věku.

<sup>45</sup> To ovšem obsahuje i fakt, že přestaly dělat některé věci, které jiné matky s dětmi dělají, např. vodit děti na návštěvy či do obchodů, tedy zvládnutí je do určité míry založeno na vyhýbání se rizikovým situacím, což si učitelka ve školce samozřejmě dovolit nemůže.

že se jedná jen o část, v rozhovorech i nadále silně vystupuje osobní zodpovědnost rodičů. Jen se pozměňuje. Z roviny „špatně jsem ho vychovala“ se dostává do roviny „*má speciální nároky a já jim neumím dostát*“. Tato druhá rovina má ovšem otevřenější budoucnost, matky popisují snahu získat pro stanovení diagnózy informace, aby se v problematice orientovaly. Osvobození od „viny“ spolu s navázáním kontaktu s odbornou institucí jim také uvolnilo **prostor pro aktivnější postoj**. Výstižně to popisuje jedna z maminek slovy: „*přestala jsem se v tom tak plácát, začala jsem to řešit*“. Ještě aktivnější postoj popisuje další matka, která se synovi i přes náročné povolání věnuje s velkou pečlivostí<sup>46</sup>: „*Já když jsem viděla tu situaci ve škole, tak jsem si řekla, tak teď to buď budeš řešit, nebo oni ho zničí. A ostatní věci šly stranou, má nadstandardní péči, to vidím i v porovnání s tím mladším, já jsem si musela před sebou vyřešit priority, jestli budeme mít navařeno, nebo jestli si prostě zorganizuju čas a budu se ním každý den připravovat a cvičit.*“

Jsme si vědomi, že na tomto našem poznatku se silně podílí skutečnost, že zkušenost námi sledovaných rodin s odbornou péčí byla dobrá a po jistém hledání měly všechny sledované rodiny navázaný kontakt s odborníkem, kterému důvěřovaly a vnímaly jej jako zdroj adekvátních informací, oporu, člověka na své straně. Již citovaná kasuistická studie Vetché (2010) ukazuje i odlišné situace, kdy rodina diagnózu zná, ale před školkou ji skrývá a na stížnosti učitelek nereaguje, protože nálepka psychiatrické diagnózy je pro ni hůře akceptovatelná než nálepka špatných rodičů zlobivého dítěte.

Zde zřetelně vystupují dva faktory, které budou ovlivňovat průběh i mnoha dalších procesů. Prvním z nich je **faktor**, který pracovně nazýváme „**významný dospělý**“. Na prospívání dítěte a jeho adaptaci ve školní instituci se podle našeho názoru výrazněji podílí přístupy a postoje zúčastněných dospělých, než závažnost jeho poruchy, typickým příkladem je, že ze sledovaných dětí měli nejzávažnější varianty poruchy David a Eda, oba se ale ve školce a škole adaptovali dobře. Druhý faktor je **význam konotací**, které nesou jednotlivé koncepty, události a osoby, které se na životě dítěte podílí. Pokud je ADHD hodnoceno jako syndrom ze široké rodiny poruchy školních dovedností (tedy dědictví LMD a umístění do společnosti dyslexie a dalších poruch učení)<sup>47</sup>, je pro rodiče snáze akceptovatelné, než když je konstatováno, že se jedná o psychiatrickou diagnózu. Je podivuhodné, že účast psychiatra na stanovení diagnózy nebo předepsání medikace tuto

---

<sup>46</sup> Jedná se o chlapce, u kterého byly potíže konstatovány až v průběhu první třídy a to strastiplně, protože nejprve byla stanovena pouze diagnóza specifických poruch učení.

<sup>47</sup> Zde vysuzujeme z toho, že v rozhovorech se objevují věty typu: „*ono je jich ve třídě takových víc, mají tam pět dyslektiků*“.

představu nemusí rušit a naopak stanovení diagnózy pracovištěm z resortu školství (PPP nebo SVP), může vést k obavě z psychiatrizace dítěte a nepřijetí diagnózy ze strany rodičů (tyto situace zdokumentovala v již zmíněné studii Vetchá). Tedy nejen kdo vyslovuje diagnózu, ale také jaký náboj (konotaci) toto sdělení nese. Uvědomění si významu těchto dvou faktorů je podle našeho názoru důležité zejména pro odborníky s rodinou pracující, protože se jedná o důležitou součást poradenského nebo terapeutického procesu, stejně jako pro usnadnění spolupráce mezi rodinou a školou. Domníváme se, že význam tohoto prvku podtrhuje i skutečnost, že žádná z dotázaných matek neoznačila své dítě jako nemocné. ADHD je většinou vnímáno jako handicap, životní komplikace, se kterou je potřeba se vyrovnat a která je pro ně do budoucna zdrojem obav.

U rodičů může s vyslovením diagnózy nastat situace, kdy vlastní dítě začnou řadit do určité skupiny a z jejích znaků vysuzovat i vlastnosti svého dítěte. V rozhovorech s matkami často narážíme na úsloví „*tyto děti*“, které zobrazuje skutečnost, že rodiče si postupně vytváří obraz projevů ADHD také na základě četby knih a informací z internetu, od přátel apod. a tato zjištění aplikují na své dítě, zejména je s nimi porovnávají. Právě tento moment porovnávání podle našeho názoru ale ukazuje, že matky vychází ze své individuální zkušenosti s dítětem a teorie (či případné stereotypy) o ADHD jsou pro ně spíše zdrojem vysvětlení procesů, kterých si samy všimly, nejsou zdrojem nových informací o vlastním dítěti.

Shrnutí:

Situace v námi pozorovaných rodinách tedy ukazuje **užitečnost včas stanovené diagnózy**. Přínosem je pocit úlevy, který popisují matky a také zaujetí aktivnějšího postoje, který se projevuje spoluprací s institucemi, vlastním hledáním informací o poruše a snahami o změnu výchovného stylu doma. Pokud bychom chtěli situaci vyjádřit obrazně – ve chvíli, kdy je nepřítel známý, je pro rodiče snazší s ním bojovat. Podobně i v mateřské škole je situace pro dítě snazší, pokud je jeho chování vysvětleno pomocí diagnózy, toto téma bude blíže rozebráno v kapitole věnované školní socializaci. Na tomto procesu se podle nás podílí dva faktory, které v analyzovaných datech zřetelně vystupují, prvním je **význam dospělého**, tedy jeho postoje k dítěti, který se ukazuje významnější pro možnost dítěte dobře žít v rodině a škole, než samotná přítomnost ADHD a jeho závažnost.

Druhým faktorem, který postoj dospělého spoluutváří, je **význam konotací**<sup>48</sup>, které jsou připisovány chování dítěte, v tomto konkrétním případě rozlišení problematického chování jako symptomu poruchy od „zlobení“ či záměrné provokace.

## 8.2 Život s diagnózou ADHD

V následujícím textu se pokusíme shrnout, co vše obnáší život s již stanovenou diagnózou ADHD, zaměříme se zejména na rodiče sledovaných dětí.

### 8.2.1 Pohled dítěte na sebe a své chování

Vzhledem k věku sledovaných dětí by bylo možno tuto kapitolu označit za mírně spekulativní, protože téma se vzpíralo přímé komunikaci.

S otázkou „jaký jsi“<sup>49</sup> si dobře poradil nejstarší sledovaný chlapec Luboš, který sám sebe označil za zlobivého a popsal i svůj vývoj: „*V první třídě jsem byl nejzlobivější z celé třídy. Ale teď je to lepší. Jsem začal na sobě pracovat. Už jsem si udělal pořádek, pani učitelka mě začala chválit a děti se s mnou začaly bavit.*“ V tomto popisu podle našeho názoru zřetelně vystupují informace, které Luboš získává v průběhu terapeutických sezení v SVP, kde jeho velkým tématem byly právě vztahy s dětmi ve třídě. Nabízí se pak předpoklad, že i pohled na sebe a schopnost jej reflektovat jsou podpořeny terapeutickou zkušeností. Luboš již pracuje i s označením hyperaktivita: „*Jsem hyperaktivní, kvůli tomu vyměřším vylomeniny. Jezdim kvůli tomu k doktorce ( jeho pedopsychiatra). Chválila mě, teď....Jako že jsem hodně aktivní, tomu jsem rozuměl. Není to nemoc, ten člověk není takovej klidnej, je neklidnej, a pořád to.... Nepřeměřším o tom, jenom když беру prášky. Nikomu to neříkám, jenom když se zeptaj.... Někteří kluci od nás ze třídy to maj asi taky. Pozná se to, že dělají věci rychleji, nepřeměřší nad tím.*“

Ostatní sledované děti si s přímou otázkou nedokázaly poradit, odpovídaly jinými atributy než vlastnostmi („*jsem kluk, je mi šest*“). Na otázku po svém chování se někteří chlapi hodnotili jako zlobiví, ale při dotazu na porovnání s ostatními dětmi ve třídě se

---

<sup>48</sup> Jsme si vědomi, že využití pojmu konotace je zde určitým zjednodušením, protože z psychologického hlediska by jistě bylo možno pracovat s preciznějšími pojmy, např. s atribucemi příčin. Pojem konotace jsme zvolili jako nadřazený pro popis situací, kdy odlišné „zabarvení“ pojmu (ať již z důvodu změny příčiny nebo zvěstovatele informace) vede k odlišným reakcím zúčastněných osob.

<sup>49</sup> Tato otázka následovala po hovoru o oblíbených kamarádech, otázky postupovaly zhruba v tomto sledu: S kým se hodně kamarádíš? Proč se s ní/m kamarádíš? Co se ti na něm líbí, jaký je? A jaký jsi ty?



nehodnotili jako jiní nebo více zlobiví. Neslyšeli také podle svých slov nikdy pojem hyperaktivita a nikdo jim neřekl, že mají nějakou nemoc nebo poruchu. Své chování ve škole (zlobení) ale uměli dát do souvislosti se návštěvami poradenského zařízení.

## 8.2.2 Být matkou hyperaktivního dítěte

Téma rodičovství, resp. mateřství a pohled na sebe jako na matku byl jedním z nejvýznamnějších témat rozhovorů. Nebyl to čistý záměr, ukázalo se, že hyperaktivní dítě je pro své rodiče takovou výzvou, že je nutí své rodičovství reflektovat. Ať již z pozice zvládnutí, nebo z pozice prožívání. Zobrazuje se zejména v kategoriích Já jako matka, Postoj k chování dítěte a Výchovné strategie. Zde všude matky reflektují svou pozici vůči dítěti, své rodičovské postoje a postupy.

První výraznou charakteristikou rodičovství dítěte s ADHD je **proces hledání**. Hledání cesty, jak s dítětem pracovat, jak zvládnout zátěž, jak se vyrovnat s okolím. Chronologicky ovšem tomuto procesu předchází momenty selhávání, tedy situace, kdy rodičům nefungují strategie, které znají a mají, ať již z vlastní výchovy nebo z výchovy staršího dítěte. Kolčárková a Lacinová (2008) na základě přehledu teoretické literatury i empirických studií přinášejí přehled **nejčastějších emocí, se kterými se rodiče hyperaktivních dětí potýkají**. Z tohoto přehledu vycházíme při třídění našich dat, protože plně koresponduje s výsledky z našich rozhovorů. Jedná se o zklamání (ze sebe jako rodiče, z dítěte, které nenaplnuje původní představy); pocity viny (z podílu na poruše, nezvládnuté výchovy); nepochopení ze strany okolí i odborníků („*pořád mi říkají, že na ní moc tlačím, ale když netlačím, tak se ani nevypraví do školy, to přece není o mně*“, „*nesnáším ty otázky, proč s ním proboha něco neudělám, dnes už se ptám, co by to mělo být, jestli ho mám mlátit, nebo co jako čekají*“); pocity selhání, nezvládnutí, se kterými pak souvisí i pocity nejistoty a studu, nejistotu ovšem popisují matky i ve spojitosti s budoucností - hledáním adekvátní péče (typicky rozhodování o nasazení medikace) a obavami o další osud svého dítěte; vyústěním výše uvedeného bývají pocity frustrace, které případně přecházejí až do bezradnosti či beznaděje („*já už to prostě nezvládnou, to se nedá, pořád něco, nikdy není nic v pořádku...*“); důležitým prvkem je pak ambivalence, která k dítěti provází („*Je to moje dítě, mám ho strašně ráda, ale v tu chvíli se prostě..., to bys ho zabila.*“ „*Mě se po něm stejská, ale bez něj je taková pohoda, uděláme si s K /starší*

*dcera/ hezkej den a všechno je jako dřív, to se pak cejtím strašně, co sem to za mámu.“*); vše pak doprovází vyčerpání, nejen psychické, ale i fyzické, které péče o hyperaktivní dítě vyvolává. Jak doplňují Kolčárková a Lacinová (2008), v důsledku pak rodiče dětí s ADHD zažívají výrazně vyšší míru stresu než rodiče dětí bez poruchy.

Prostým pohledem na seznam výše uvedených pocitů, doplněným o úvahu, kde jsou zdroje pozitivního pocitů v rodičovství (namátkou zmiňme sdílené pozitivní emoce a zážitky, pozitivní zpětná vazba od dítěte, úspěchy a prospívání dítěte), nám vychází, že na straně pozitiv jsou rodiče oproti rodičům dětí zdravých často ochuzeni, naopak negativa jsou velmi posílena. Výsledný dojem z rodičovství dítěte s ADHD může nabírat negativní podobu. Takto jednoduše ovšem situaci hodnotit nelze. V námi sledovaných rodinách (které všechny může označit jako víceméně funkční) docházelo k mnoha nepříjemným situacím, které byly zdrojem stresu a záporných pocitů na straně rodičů i dětí, v rozhovorech ale matky často připomínaly pozitivní zkušenosti s dítětem, hezké momenty vzájemného vztahu (*„Ale on je prostě můj chlapeček, vidím, že mě potřebuje.“ „Jenže stejně se nevydržíte dlouho vztekat, vždyť on je zlatíčko, po chvílce vždycky přiletí, na všechno špatný už zapomněl, chce jít něco se mnou podnikat.“*). Naše interpretace je taková, že pozitivních pocitů může být méně, ale pro matky jsou citově významnější, stírájí je, pečlivě opatrují a čerpávají z nich sílu, když se jí nedostává. Jedná se vlastně o typickou zvládací (copingovou) strategii v reakci na stresovou situaci.

Některé z výše uvedených pocitů jsou totiž také výsledkem snahy rodičů situaci řešit a s dítětem pracovat, jsou tedy produktem aktivního, pozitivního rodičovství, což je podle našeho názoru důležitý moment zejména z terapeutického hlediska. Pokud by rodičům situace dítěte (školní problémy, selhávání mezi vrstevníky) nevadila, vystavovali by se frustracím v daleko menší míře.

Negativní pocity z dítěte a jeho výchovy, stejně ze sebe jako vychovatele, jsou jednou z největších výzev pro profesionály pečující o rodinu dítěte se ADHD. V rozhovorech provedených v našem výzkumu matky opakovaně přicházely s požadavkem mít možnost pracovat se svými pocity, sdílet zkušenosti s dalšími rodiči, necítit se ve svém údělu tak samy. V odpovědi na otázku, jakou službu by nejvíce ocenily, se shodují v přání scházet se s dalšími rodiči a moci se vzájemně podpořit, více se o výchově dětí s ADHD naučit, vypovídat se ze svých pocitů. Význam práce s rodičovskými postoji jsme zmínili již v kapitolách věnovaných symptomům a terapii ADHD, zde předkládáme i praktickou zkušenost matek zastoupených v našem výzkumu. Důležitou součástí takové práce je i možnost vůbec se přítomností těchto pocitů vyrovnat, připustit, že je může pociťovat i

matka, která své dítě miluje a snaží se mu být dobrou matkou.

Jak jsme podrobněji zmiňovali v teoretických kapitolách, tlak na kvalitu rodinných vztahů je dnes velký – odvozujeme od něj hodnocení kvality rodiny jako takové. Vyrovnávání se s vlastními negativními emocemi a pocity selhání v rodičovské roli je pro další „akceschopnost“ rodičů jako aktérů terapeutického vedení dětí či partnerů učitele při zvládání školních obtíží zásadní téma.

Negativní emoce, které prožívají rodiče dětí s ADHD, jsou také zdrojem problematických **výchovných strategií**. Jak výstižně konstatují MP a MJ: *„Když to musím říct víckrát a nic se neděje, tak pak se nekontroluju...to něj ječím, stejně to nepomáhá.“* *„Já už pak nevím, jak dál, samozřejmě, že ho nakonec seřezu, protože nic jinýho nepomáhá, ale tohle taky nepomáhá, jen jsem pak ještě naštvanější.“* Popisují tedy **výchovné postupy**, které literatura nazývá **nátlakové** a jsou spojovány se zhoršením projevů poruchy (např. Maniadaki et al. 2005). Ve vztahu mezi dítětem a matkou se rozvíjí spirála neúčinných vzorců chování, které se vzájemně posilují. Dítě zlobí nebo neposlouchá, matka se snaží situaci řešit, není úspěšná, cítí se frustrovaná a bezmocná a sahá k silovým prostředkům výchovy. Ty jsou ovšem často zdrojem další frustrace (respondentky vycházejí z předpokladu, že dobré matky *„nemlátí svoje děti“*... *„necítí k nim takovou nenávisť“*) a zároveň také posilují negativní projevy v chování dítěte.

Podobně naše pozorování souzní s literaturou (Maniadaki et al. 2005, Barkley 2006) často uváděným **nedostatkem proaktivního chování rodičů** a vychovatelů obecně, tedy vlastně nedostatku výchovných strategií.

Rozhovory a pozorování matek v kontaktu s dětmi ukázal opakovaně se vyskytující vzorec v jejich interakcích. Matky hyperaktivních dětí vystupují často ve vztahu k dětem v pozici reagujícího, jsou jakoby v závěsu svých dětí. Nejsou rozhodující osobou co se týče programu a náplně času v situacích, kde bychom to předpokládali – tedy např. v otázkách denního režimu, obsahu aktivit apod. U předškoláků to např. znamená pracné a dlouhé týdny či měsíce trvající vyhledávání takové kombinace spánku a bdění, kterou je dítě ochotno udržet s jakousi pravidelností. Této kombinaci pak matky podřizují svůj vlastní životní rytmus, přestože není zcela standardní a jen těžce se kombinuje s obvyklejšími biorytmy (děti vstávají okolo čtvrté až páté hodiny ranní, polední spánek mají v době oběda, tento rytmus např. prakticky nelze sladit s docházkou do mateřské školky apod.).

Tento mechanismus je ale zřetelný i v jemnějších nuancích soužití matky a dítěte – např. interakce při hře vypadá tak, že matka dítěti bez úspěchu nabízí předměty nebo aktivity, dítě si jich nevšimá, nebo jen velmi krátce, vyhledává své, které rychle opouští a

matka se je snaží alespoň uklidit. Matka tráví většinu společného času tím, že dítě omezuje, napomíná, sundává jej z vyvýšených míst a bere mu nebezpečné předměty. Tedy jenom reaguje na aktivity dítěte a zmírňuje jejich negativní dopady, nemá již prostor na to, aby se snažila aktivitu dítěte řídit a směřovat. Jedna z dotazovaných matek to vystihuje slovy: „*já pořád jen hasim nějaký požáry*“. Zařadit bychom sem mohli i fakt, že dvě z dotazovaných matek v našem vzorku přizpůsobily svým dětem i pracovní režim, jedna si nejprve našla práci u domova a pak podstoupila rekvalifikaci, aby měla časově méně náročnou práci odpovídající době, kdy je syn ve škole. Druhá se vzdala práce, ve které byla spokojená, aby mohla syna včas vyzvedávat ve škole, protože se dokázal sžít s učitelkou a dětmi ve třídě, ale opakovaně způsoboval komplikované situace ve školní jídelně a družině, které vedly školu k jeho vyloučení z těchto programů.

Tato reaktivita je podle našeho názoru příčinně spojena právě se negativními pocity zmíněnými výše, s vyčerpáním a bezmocností.

V předchozím textu jsme se věnovali záporným stránkám rodičovství hyperaktivního dítěte. Nyní bychom chtěli navázat kladným momentem. Jako významné vnímáme, že jsou často dvěma stranami jedné mince, zejména v tom směru, že kladné situace jsou reakcí na řešení situací negativních. Jak jsme již zmínili, bohužel to platí i opačně, kladně míněné snahy o řešení mohou být zdrojem dalších frustrací a konfliktů.

Hlavní změnou, která je pozorovatelná v našich datech, je změna povahy rodičovství ve smyslu jeho zvýšené reflexe. Matky popisují, jak se svým dítětem učily žít, jak postupně hledaly postupy, které jsou funkční. Jak jsem dokumentovali sociologickou literaturou v teoretických kapitolách, role rodiče v současné společnosti ztratila mnoho ze své tradiční podoby a tudíž ze své intuitivní roviny. U matek účastnících se našeho výzkumu je však tato změna zřetelně vyjádřená, ony samy si jí jsou vědomy a co je podle nás důležité, z části je tato změna reakcí na kontakt s odbornou péčí, je tedy záměrně vyvolaná. Domníváme se, že u mnoha matek dětí s ADHD můžeme hovořit o **reflektovaném rodičovství**.

Promyšlený přístup k vedení dítěte je zřetelný v mnoha výrocih: „*U něho to musím promýšlet, to jsem se musela naučit, s dcerou to prostě šlo samo.*“ „*Člověk si pak uvědomuje...začne si všímat hodně svých chyb.*“ „*Snažila jsem se všímat, jak reaguje na různý podněty.*“ Matky začínají své výchovné aktivity daleko více reflektovat, vědomě řídit. Do určité míry se stírá jedno ze specifíků, která byla vymezena pro rodinnou socializaci, protože aktivity zde již nejsou tak implicitní a nestrukturované.

Primárně je tato změna způsobena selháním původních výchovných postupů, je tedy součástí již zmíněného procesu hledání „jak na to“. Selhávají postupy, které matky používaly u starších sourozenců nebo je znají ze své výchovy, případně takové, které si osvojily později, někdy i záměrně, v přípravě na rodičovství. Hledání nových postupů je pak promyšleným procesem, kdy matky testují a následně pak rozvíjejí metody, které se jim osvědčily. Proto také nemají problém, je vyjmenovat, na otázku, jak je potřeba pracovat s jejich dítětem, odpovídají většinou pohotově. Samozřejmě, že se to netýká všech situací, mnoho konfliktů a problémů vyřešeno nemají, ale tuší, kterým směrem je vhodné se vydávat, dokážou pojmenovat efektivní postupy.

Jedním z impulzů ke zvýšené reflexi svých výchovných a rodičovských postupů je podle našeho názoru kontakt s odbornou péčí. Tak se to nakonec objevuje i v rozhovorech. Jedna z matek dokonce popisuje, že již samotné objednání se k psychologickému vyšetření bylo takovým podnětem: *„Jak jsem se objednala, tak jsem si začala víc všímat, najít si cesty, jak jsem přemýšlela, na co se mě budou ptát.“* Jiná zmiňuje, jak probíhají její konzultace v SVP: *„tady to s paní U. vždycky všechno probereme, co budeme zkoušet dál....“*

Matky se díky pravidelnému kontaktu s pomáhajícími profesionály dostávají také do pozice profesionálů, kteří nepracují intuitivně, ale na základě postupnou kvalifikací (v rámci pedagogických vymezení bychom ji asi nazvali neformální) získaných kompetencí, které využívají promyšleně a za konkrétním účelem, často v časové posloupnosti, kdy výchovný proces člení do více vrstev a stupňů a postupně se s ním např. v rámci terapie vypořádávají, kladou si dílčí cíle a reflektují jejich dosažení. Nabízí se hypotéza, že svou roli zde sehrává i fakt, že kontakt s odborníky většina znamená udělení diagnózy, které, jak jsem již zmínili, je zdrojem aktivnějšího postoje rodičů, kdy začínají cíleně pracovat s informacemi o ADHD, seznamovat se s postupy vhodnými pro výchovy hyperaktivních dětí a cílit své snahy na eliminaci symptomů, které jsou nyní konkrétně pojmenované.

I matky dětí bez ADHD vnímají různé milníky v životě svého dítěte, jako je např. zvládnutí určité dovednosti. Jejich cesta k tomuto milníku je ale daleko méně promyšlená, není rozčleněna na dílčí cíle, jako tomu je u dětí s ADHD (a samozřejmě i dalšími handicapami), jejichž matky navázaly úspěšně probíhající spolupráci s pomáhajícími profesionály.

Tento proces hodnotíme jako žádoucí, protože vede ke zvýšení kompetence matek, a to i v jejich subjektivním hodnocení. Připomeneme – li kurzy a terapeutické programy představené v předchozích kapitolách, jejichž účinnost byla ověřena kontrolními studiemi,

je právě zvědomění rodičovství a modifikace rodičovských postupů jejich smyslem. Domníváme se ovšem, že tento proces má i svou druhou stranu a tou je náročnost takové změny výchovných a rodičovských postojů. Rodiče vedeme k profesionálnímu postoji aktivního reflektování vlastního působení, ne vždy jim ale poskytujeme prostor k rozboru, k vypovídání se z této zkušenosti, vystoupení z aktivní role. Jako paralela se nabízí psychoterapeutická profese, aktivní sebereflexe je zde každodenním postupem, je ale vyvážena a doplněna supervizním vedením.

Takto reflektovaný rodičovský postup je samozřejmě náročný, vyčerpávající, rodiče by měli vědět, že i z takové role lze na chvíli vystoupit, že není potřeba být stále ve střehu, stále dokonalý rodič, aniž to ohrožuje dosažené úspěchy. Tomu napovídá i zmíněné opakované přání matek mít možnost setkávat se s ostatními rodiči dětí s ADHD sdílet svou zkušenost, slyšet praktické rady „ze života“ od matek starších dětí, ale také jejich karamboly a selhání, sdílení pocitu, že „*v tom nejsem sama, že i někomu jinému dělá dítě ostudu*“. Lacinová a Škrdlíková (2008) dokumentují jako úspěšný terapeutický nástroj pro tuto situace využití Winnicottova konceptu „dost dobré matky“, který dobře navazuje na sebereflexi našich respondentek, které zmiňují, jak moc by pro své dítě chtěly udělat to nejlepší.

Hovoří také o hledání zdrojů rodičovství. V našich rozhovorech se nám jako zdroje pro zvládání jeví samozřejmě dosažené úspěchy, dále pak možnost konzultace s odborníkem. Zde doplníme, že matky oceňují možnost kontaktu s jedním, klíčovým pracovníkem, na kterého se mohou obrátit a který je i podporou při komunikace ve škole („*Je fajn, jak se na ní můžu obrátit, že vím, že tady je, když zavolá do školy, tak oni jí berou*“).

Domníváme se, že z hlediska terapeutické práce je skutečnost reflektované povahy efektivního rodičovství dítěte s ADHD klíčovým prvkem, jehož zakomponování do práce s rodiči by bylo adekvátní reakcí na jejich vyslovené požadavky.

Jako většina rodičů, i matky hyperaktivních dětí mají **plány do budoucna**. Pro jejich porovnání s „běžnými“ plány rodiče zdravého dítěte nám chybí materiál, ale přesto je možno zde vysledovat některé charakteristiky. V otázce na budoucnost se často objevuje strach ze selhání dítěte, to zejména na vyšších stupních školy a v případě, že škola přestane brát ohled na specifika dítěte. Dále pak z drogové závislosti nebo šikany, což je problematika, o které se v souvislosti s ADHD matky často dočtou na internetu. Zajímavé také je, že většina dotazovaných matek pak přidává jakési ujištění nebo zdroj naděje, že

naopak budoucnost bude dobrá. Ten souvisí hlavně se schopnostmi dítěte („*je chytrý*“, „*on na to ve skutečnosti má*“). V plánech do budoucnosti žádná z matek nešla dále než na úroveň druhého stupně základní školy (např. úvahy o vstupu do matematické třídy), nabízí se hypotéza, že se jejich představy již dostatečně střetly s realitou a nechtějí si tento zážitek zopakovat („*Když řeknu, že je všechno v pořádku, pak se to změní. Já nemůžu být optimista, já vždycky čekám ránu.*“). Svou roli může hrát i jistý ostych, většina z nich zažila mnoho odmítavých reakcí od okolí, poznámky o tom, že dítě patří do speciální školy a pod. Je možné, že nechtějí dávat najevo své ambice, aby nespustily znovu tuto kritiku („*prý co bych po něm jako chtěla, ať jsem ráda, že je aspoň na základce*“).

Shrnutí:

Rodičovství dítěte s ADHD lze v souhrnu označit za zvýšeně stresující, jako zdroj mnoha negativních emocí a postojů, často jako reaktivní. U rodičů, kteří se se situací vyrovnávají a začínají ji aktivně zvládat, často pod vlivem kontaktu s odborníky, pak pozorujeme zvýšenou míru reflexe vlastních výchovných postupů, jejich aktivní budování a promyšlenou modifikaci, což vede k proměně kvality rodičovské výchovy, ke ztrátě nebo omezení jejího intuitivního rozměru.

### 8.2.3 Sourozenci

Co to znamená být sourozencem dítěte s ADHD je velmi zajímavá výzkumná otázka, která by si zasloužila hlubší zkoumání. Mezi dětmi zahrnutými do našeho výzkumu bohužel byli buď jedináčci (2), nebo byli jejich sourozenci o tolik mladší, že nebylo možno s nimi provést rozhovor (3), pouze v jednom případě mělo dítě staršího sourozence. Tato varianta se pak také vyskytovala u dětí z doplňujícího vzorku. Data proto vycházejí z rozhovorů s rodiči a z pozorování. Následující zjištění jsou spíše ilustrativní a jsou doplněna poznatky z literatury.

Zevrubný přehled starších studií o rodinách hyperaktivních dětí přinášejí Weiss a Hechtman (1993). Poukazují na skutečnost, že sourozenci hyperaktivních dětí (pokud také nevykazují symptomy ADHD), častěji než ostatní děti prožívají depresivní stavy a úzkosti, je mezi nimi vyšší incidence alkoholismu v pozdějších letech, co je důležité, nebývají u nich častější projevy antisociálního chování. Je samozřejmě nutno brát v potaz genetické zatížení, které bylo zmiňováno v předchozích kapitolách. Z větších studií založených na

statistickém zpracování dat také není možno přesně konstatovat směr a vzájemnou míru podmínění. Ovšem fakt, že přítomnost dítěte s ADHD negativně ovlivňuje rodinné vztahy logicky zasahuje i jeho sourozence, ať již v kvalitě vztahů mezi dětmi, nebo v interakcích s rodiči, míře rodičovské pozornosti, míře nároků kladené na dítě, které je vnímáno jako zdravé apod., lze brát jako doložený. Negativní výchovný styl, který se upevňuje ve vztahu k hyperaktivnímu dítěti, se přenáší i na děti bez diagnózy. V našem výzkumu jej matky popisovaly zejména ve smyslu svého zvýšeného podráždění, kdy nejsou schopny tolerovat nároky druhého sourozence, i když by třeba byly oprávněné: *“...když pak ta starší přijde, že jí něco zničil, ječím na ně na oba. Pak uteču a v kuchyni si říkám, že jsem ty děti prostě neměla mít“*.

Když vezmeme v úvahu skutečnost, že výzkumy doloženou zvýšenou problematičností rodin, kde je diagnostikováno ADHD, je potřeba vnímat jako příčinu i důsledek této diagnózy, je zřetelné, že zahrnutí rodiny do terapie dítěte s ADHD je klíčové rozhodnutí a může mít velký preventivní dopad ve vztahu k sourozencům dítěte.

Jak bude sourozenec dítěte s ADHD prožívat svou pozici, je ovlivněno mnoha faktory. Mezi těmi, které byly pozorovatelné v našem výzkumu, jednoznačně vystupuje pořadí sourozenců. Pokud bylo dítě s ADHD starší nebo jedináček, výsledný dojem byl, že se na něj rodiče zaměřují výrazně více, než když se jedná o mladší dítě. Nabízí se vysvětlující hypotéza, vycházející z rozhovorů s rodiči. Je to skutečnost, že rodičovství u prvního dítěte je obecně náročnější a rodiči intenzivněji prožívané. I ty maminky, které v prvních letech nevnímali své dítě jako nadměrně problémové (i přes narážky okolí), reflektují své prožitky s prvním dítětem jako nesmírně náročné a často frustrující. K tomu, aby začaly své dítě hodnotit jako problémové, většinou přispělo porovnání s jinými dětmi, kterým právě mohl být i nově narozený sourozenec. Typicky se v rozhovorech objevují hodnocení druhého mateřství jako snadného, hladce probíhajícího, nenáročného a zejména uspokojivějšího. Být sourozencem dítěte s ADHD tudíž často automaticky znamená být „ten hodný“. Co vše to obnáší, je podle našeho názoru další zajímavá výzkumná otázka. Z našich dat můžeme pouze konstatovat, že vztah matek k druhému dítěti byl hodnocen jako převážně méně intenzivně prožívaný, pozitivnější, méně komplikovaný, byl ale také méně reflektován, než vztah k potomkovi s ADHD, v rozhovorech opakovaně zazněla obava z nedostatku času věnovaného druhému dítěti. Pro ilustraci citujme: *„...s ní je to všechno jednodušší, jsem připravená na katastrofu a ono je to v pohodě, někdy o ní ani nevím, musím si ji jakoby připomínat, protože ten starší si pozornost vždycky vynutil sám.“* Výjimkou je MJ, kde časový odstup mezi syny je malý (necelé dva roky) a matka má



obavu, že mladší syn jde v nápodobě staršího velmi daleko, takže dříve u něj symptomy hyperaktivity nepozorovala, ale problémové chování si podle ní od staršího osvojuje v čím dál větší míře a stává se podobně náročným.

V otázce vzájemných vztahů sourozenců se setkáváme se širokou škálou potenciálně problematických vztahů a postojů, které mohou nastat. Na prvním místě je to samozřejmě často stud a neochota být s (v tomto případě většinou mladším sourozencem) na veřejných místech, jako jsou hřiště, obchody apod. Někdy také mladšímu nebo rodičům vyčítají, že se rodina záměrně neúčastní některých aktivit, na kterých by dítě s ADHD výrazně rušilo. Bez ohledu na věkový poměr je sourozenec samozřejmě ovlivněn zhoršenou atmosférou v rodině, zvýšeným stresem rodičů, je častěji přítomen konfliktům apod. Často je také zasažen ve svém osobním prostoru, v rozhovorech matky často zmiňují, že dochází k rušení při přípravě do školy, „náletům“ na hračky sourozence, neschopnosti respektovat jeho osobní věci a osobní prostor.

#### **8.2.4 Postoj otců**

Tento prvek nebylo možno v našem výzkumu zmapovat přímo, tatínkové, ač zvaní, se k rozhovorům nedostavili, v některých případech i proto, že je matky nechtěly „zatěžovat další psycholožkou, už takhle je toho na něj dost“. Pouze jeden z otců (otec Jana) byl přítomen prvnímu rozhovoru, kde většinou podporoval pozici matky a sám se vyjadřoval velmi stručně.

Všechny děti sledované v našem výzkumu žili v úplných rodinách, ovšem v jednom případě s nevlastním otcem, v jednom případě nebyli rodiče sezdáni. V našem vzorku se nevyskytla situace, kterou popisuje např. Vetchá (2010), že by dítě s ADHD bylo příčinou odchodu otce, porucha dětí ale zavdávala ve většině rodin příčinu konfliktům mezi rodiči.

Shodu o problémech syna vykazovali rodiče Jana, společně je také řešili. Otec Pavla sám potíže syna nevnímal, protože podle matky ve vzájemném kontaktu nebyly problémy a když byl Pavel s otcem sám, choval se velmi dobře. Otec ale akceptoval postoj matky, zejména proto, že to byla ona, kdo řešil konflikty ve škole a její postup (návštěvy SVP, změnu školy apod.) podporoval. U zbývajících dětí ve vzorku docházelo mezi rodiči ke konfliktům, kdy otcové vystupovali jako obhájci normality dítěte, což ovšem mělo různé konsekvence. Buď v kritice dítěte a matky („není nemocnej, je rozmazlenej, všechno mu dovolíš“) nebo v obraně dítěte („nedělej z něj cvoka, proč zase další psycholožka, tomu

*klukovi nic není, já byl jako dítě taky živej“).*

Ve výzkumu jsme zaznamenali tři varianty reakce otce na skutečnost, že syn je hodnocen jako problémový. V prvním případě (podle názoru matek) nebyl vztah otců s synovi ovlivněn, a to i v případě, že akceptovali stanovenou diagnózu. V druhém případě matky zmiňovali, že otec se musel s projevy dítěte smířit, nebo s nimi stále bojuje. Ve dvou případech se prostředkem k navázání vztahu mezi otcem a synem stal sport, který otcové matkám občas prezentovali také jako lék na synův neklid. U Edy se ovšem dostal až do jistého konfliktu zájem o sport podporovaný otcem a snaha připravit syna dostatečně do školy a posílat ho na skupinovou terapii, kterou prosazovala matka. U dvou chlapců vyjádřili matky obavu, že otec preferuje druhé dítě v rodině, se kterým se mu snáze komunikuje a adekvátněji reaguje na jeho podněty.

### **8.3 Závěry k tématu socializace v rodině**

V kapitole věnované socializaci v rodině jsme se pokusili shrnout vlivy, které má přítomnost ADHD u dítěte na jeho rodiče, jejich rodičovské a výchovné postoje a dále také na jeho sourozence a celkovou atmosféru v rodině, abychom zachytili odlišnosti, které přítomnost ADHD způsobuje v socializačním procesu.

Na výzkumné otázky s tématem rodiny stanovené v úvodu práce a specifikované v metodologické části můžeme odpovědět zhruba tímto způsobem: ADHD ovlivňuje život dítěte od počátku, vyslovení diagnózy v námi sledovaných případech znamenalo zlepšení situace dítěte díky nové interpretaci, kterou přijali jeho vychovatelé a která posunula problémy v chování dítěte mimo osobní rovinu. Rodičovství v případě dětí s ADHD je vzhledem k vlivu, který má tento symptom na sociální chování dítěte, velmi náročné a spojené se zvýšeným množstvím stresu a negativních pocitů. U rodičů, kteří se situaci snaží řešit, nalzáme změnu v rodičovském postoji a zvýšenou reflexi vlastních výchovných postupů. Impulzem k této změně může být i kontakt s odbornou, zejména psychologickou, péčí, která tuto reflexi jako součást terapeutického působení na rodiče a dítě indikuje. Do určité míry se s tímto reflektujícím postojem ale setkáváme u rodičů i dříve jako s výsledkem snahy zvládnout chování dítěte.

## 9 Socializace ve škole

V následujícím textu se pokusíme zmapovat vliv ADHD na socializaci ve školním prostředí. Vycházíme z dat, která pocházejí převážně z rozhovorů s učitelkami a pozorování ve třídě a jsou utříděna do následujících kategorií<sup>50</sup>:

- Dítě ve třídě
- Techniky práce - jak pracuji se třídou, s jednotlivcem, strategie zvládnání (učitelé)
- Největší problém
- Postoj k chování dítěte a jeho změny
- Já jako učitel – mé učitelské krédo
- Spolupráce s institucemi

Stejně jako v předchozí kapitole prezentujeme data v chronologickém sledu, tedy od vstupu dítěte do školního zařízení, přes jeho adaptaci a případné komplikace, uzavíráme obecnějšími postoji, které učitelé prezentují ve vztahu k problematice ADHD jako celku.

### 9.1 Vstup do mateřské či základní školy

Všechny pozorované děti navštěvovaly mateřskou školu, od třech nebo čtyřech let věku, z toho dva chlapci (Jan a David) byli žáky MŠ v době výzkumu. Reakce školky na jejich chování se ale velmi lišila, u chlapce Edy, který podle měřítek diagnostických manuálů měl těžší variantu poruchy, toto období proběhlo bez větších obtíží, učitelka v MŠ jej hodnotila jako živějšího, ale ne problematického žáka, jeho postavení mezi vrstevníky bylo dobré. Naopak Luboš, Hynek či Pavel byli hodnoceni jako problematičtí a již ve školce si učitelky rodičům stěžovali na jejich chování (*„Až potom, když nastoupil do školky, tak to bylo strašný, všichni mi dávali najevo, jak je nevychovaný...Do školky jsem šla vždycky s děsem, co mi budou zase říkat“*). Jan byl hodnocen jako náročnější, ale měl ve školce dobré vztahy s ostatními dětmi, což se ukazuje jako klíčové kritérium.

Pokud bychom se pokusili o interpretaci získaných zkušeností z mateřských škol, tak dokud je dítě neposedné a je potřeba k němu přistupovat individuálněji, je hodnocené jako náročné. To pravděpodobně souvisí se skutečností, že mateřská škola má přece jen

---

<sup>50</sup> Viz kapitolu Metodologie výzkumu

více možností jak se přizpůsobit individualitě žáka, nevytváří tak velký tlak na výkon, ale spíše na sociální začlenění. Teprve v situaci, kdy dítě vstupuje do konfliktů s ostatními dětmi, začne být hodnoceno jako silně problémové. Tento moment opět vnímáme jako důležitý zejména z pohledu terapeutické a poradenské péče poskytované dětem, ale také té, která by měla být nabízena učitelkám.

Co je klíčové z hlediska dalšího vývoje sledovaných případů, jsou zdůvodnění, která **učitelky mateřské školy** zmiňovaly v rozhovorech s rodiči, jakým způsobem **interpretovaly chování dětí**. Ve dvou případech padaly pouze stížnosti, které byly směřovány k chování dítěte a k výchovnému stylu rodičů, zprávu školky rodiče pochopili tak, že mají dítě více vychovávat a potrestat je za chování ve školce. V dalším případě padaly opět stížnosti a kritika směrem k výchovnému stylu, ta ale obsahovala i doporučení k vyhledání odborné péče. Bohužel toto doporučení nebylo vedeno úvahou, že je možno u dítěte tušit konkrétní problém, ale spíše ve smyslu zlepšení výchovného vedení v rodině. Zejména v tomto případě se podle nás ukazuje význam **konotace**, kterou **doporučení k odbornému vyšetření** nese. Pokud učitelka vysloví podezření na potíže u dítěte, rodiče je často těžko přijímají, ale jejich ochota navštívit odborníka je větší a následně to vždy udělali. Tak tomu bylo u dalších dvou sledovaných chlapců. Pokud ovšem učitelka směřuje své doporučení pouze k výchovnému stylu, vnímají rodiče toto sdělení daleko osobněji a odbornou péči spíše nevyhledávají. Častěji se pak rozvíjí spirála vzájemných výměn, které lze shrnout ve smyslu: „vychovávejte ho doma lépe“ oproti „doma je to v pořádku, musíte si to řešit ve školce, problém je u vás“. Význam tohoto momentu podtrhuje pak chování rodičů při vstupu dítěte do základní školy. Matky, které byly ve školce kritizovány, došly k názoru, že problém je v osobním vztahu mezi učitelkou ve školce a jejich dítětem a při vstupu do školy proto na chování (a následně individuální potřeby) svého dítěte neupozornily, i když jedna z nich již měla v té době v ruce potvrzenou diagnózu ADHD. Jejich zkušenost pak lze shrnout slovy jedné z nich: „*to prostě závisí na tom, koho ve škole dostane, když to s nim ta učitelka umí, tak to není problém*“.

Dále svůj postoj (nesdělovat diagnózu nebo neupozornit, že dítě bylo v mateřské škole hodnoceno jako náročné) vysvětlují tím, že dobrá učitelka něco pozná sama a pak teprve, když rodiče osloví, je na místě zvážit, zdali je pro dítě vhodnější, aby učitelka o podezření na poruchu věděla. Tím se ovšem otázka adaptace dítěte přesunuje do velmi osobní roviny kompetencí a postoje učitele, zcela z rukou rodiče a mimo jeho vliv. Pokud je učitelka „špatná“, pro rodiče je to dostatečné vysvětlení a klesá jejich ochota vstupovat do kontaktu se školou a řešit situaci dítěte, zabývají se pouze postojem učitelky („ona o

*tom /=ADHD/ nic nevěděla, když jsem jí to řekla, bylo to pro ní úplně nový, to pak je jasný“).*

Naopak matka Edy ADHD zmínila při zápisu a chlapec byl od počátku veden v jiném režimu (jako integrované dítě), což podle našeho pozorování i informace učitelky ze základní školy přispělo k jeho dobré adaptaci. Mimo jiné díky tomu, že byl na základě potvrzené diagnózy zařazen do třídy s nižším počtem žáků.

Shrnutí:

Pokud bychom shrnuli zkušenosti, které pro zkoumané děti a jejich rodiny obnášel vstup do mateřské či základní školy, ukazuje se jako pro dítě výhodnější situace, kdy jsou jeho potíže od počátku interpretovány v kontextu syndromu ADHD. Na jednu stranu je označeno nálepkou, která varuje, „pozor, zde je problémové dítě“, tato nálepka ale vytváří prostor pro funkčnější komunikaci rodičů a školy, zmenšuje se riziko umístění problému do osobní roviny schopností jedněch či druhých<sup>51</sup>, zvyšuje se apel na odborný přístup učitele („*ten má ADHD, to je něco jiného*“). Můžeme si samozřejmě klást otázku, proč to bez udělené nálepky nefunguje, nebo alespoň funguje hůře a pomaleji, tím bychom se ale posunuli mimo dosah této práce. Na druhou stranu, pokud mají naše poznatky aspirovat na materiál, který může být minimálně přispět k častějšímu výskytu situací, kdy věci fungují, nelze než tuto otázku zdůraznit, když již ne zodpovědět.

V tomto kontextu je podle nás důležité zmínit fakt, že metody zaměřené na práci s dítětem s ADHD jsou velmi blízké metodám, které by měl učitel využít, pokud se setká s dítětem, které je podle jeho názoru z domova „nevychované“<sup>52</sup>, v tom smyslu, že se potřebuje naučit respektovat hranice, které přináší život ve větším dětském kolektivu a ve strukturovaném prostředí mateřské školy. Pokud jsou tyto metody uplatňovány pouze v prostředí mateřské školy (jak by tomu bylo u dítěte, jehož problémy jsou způsobeny „nevychovaností z rodiny“), je jejich účinnost samozřejmě menší, ale otázka, proč k jejich uplatnění někteří učitelé a učitelky potřebují podnět v podobě oficiální diagnózy, se tím stává ještě závažnější.

Skutečnost, že proces přidělení „nálepky“, kam podle našeho názoru diagnóza ADHD patří, se u dětí v našem pozorovaném vzorku ukázal jako spíše pozitivní, vzbuzuje

---

<sup>51</sup> Pomocným konceptem vysvětlujícím význam „umístění“ problému může být proces externalizace, tedy umístění problému mimo osobnost (např. klienta). Domníváme se, že se zde objevují podobné mechanismy.

<sup>52</sup> Připusťme, že se zde může srážet také hodnotový systém a výchovný přístup rodiny a školy, kdy rodina může ve výchově postupovat plánovitě a záměrně, ale v rozporu s požadavky, které na dítě klade adaptace ve strukturovaném prostředí kolektivu předškolních dětí.

více otázek, které si podrobněji kladem v kapitole Diskuze.

## 9.2 Život ve třídě

V následující kapitole vycházíme jednak z výsledků pozorování dětí ve třídě, jak při vyučovacích hodinách, tak o přestávkách, které kombinujeme s informacemi z rozhovorů s učitelkami. Od počátku se nabízela otázka, zdali se budou poznatky z těchto dvou zdrojů odlišovat a výsledky ukázaly, že nijak významně. Učitelky jako odlišné, případně problematické, označují stejné chování, které zaujalo i pozorovatele. A to v případě, kdy pozorování předcházelo rozhovoru s učitelkou, ale i v případě opačného postupu.

Vzhledem k tomu, že symptomatika ADHD byla popsána již v teoretických kapitolách této práce, nejeví se jako užitečné zde popisovat podrobněji celkové chování dětí, které je výsledkem poruchy. Cílem je zaměřit se na specifické situace, kdy se domníváme, že porucha vstupuje do vztahů „učitel – žák“ nebo „škola<sup>53</sup> – žák“ a je to právě přítomnost poruchy, která tuto situaci nějak ovlivňuje.

Situace u dětí, které navštěvovaly mateřskou školu v průběhu výzkumu, nebyla označena za výrazně problematickou. Janova učitelka měla potřebu řešit jeho zvýšenou nepozornost a pohyblivost („*on mi nevydrží ani u pohádky, poletuje okolo a nesoustředí se*“), situaci ale hodnotila jako zvládnutelnou, spíše apelovala na rodiče, aby zkusili zjistit původ takového chování, protože chlapec je v posledním předškolním ročníku a měl by nastupovat do základní školy. Davidovy učitelky si všimly, že mívá problém hrát si s ostatními dětmi a je pohyblivější, ale jejich hodnocení bylo stejné („*to my si tady vyřešíme, takový už jsme tady měli*“). Tři z ostatních chlapců z výzkumného vzorku, kteří byli v době výzkumu již na základní škole, za sebou měli komplikovanější zkušenost z mateřské školy, jejich situace odpovídala symptomům popsaným v kapitole věnované symptomům ADHD a vývojovému pohledu na tuto problematiku (izolace od ostatních dětí, konflikty, nezvládnání společných činností) a byla zmíněna výše. V dalším textu se proto zaměříme na jejich aktuálnější zkušenost ze školy základní.

První ze sledovaných momentů byly kontakty zkoumaných dětí s jejich spolužáky. Jednak proto, že **spokojenost dětí v sociálních vztazích** ve třídě se hodně podílí na jejich celkové spokojenosti ve třídě, dále proto, že konflikty se spolužáky jsou viditelným

---

<sup>53</sup> Zde škola jako kontext, ve smyslu podmínek, požadavků, sociálního prostředí.

problémem, který je pedagog nucen řešit a jeho postoj k danému dítěti to samozřejmě ovlivňuje. Z dětí v našem vzorku byla situace u Edy, Jana a Hynka dobrá, ve třídě se plně zapojovali do činností o přestávkách a ostatní děti projevovaly zájem se s nimi bavit. Také oni sami své vztahy s ostatními dětmi hodnotili pozitivně.

Odlišná situace byla u Luboše, který si prošel obdobím izolace<sup>54</sup>, ve sledovaném období ve třídě navázal celkem stabilní vztahy s některými dívkami, se kterými se setkával i mimo školu, ale stále aspiroval i na lepší vztahy s chlapci. V rozhovorech s matkou hledá příčiny svých opakovaných konfliktů se spolužáky a vyjadřuje zájem situaci změnit, což se projevuje i pokusy o kontakt ve třídě. Asi nejzávažnější situace byla u Pavla, který v původní základní škole vůbec nenavázal vztahy s ostatními dětmi a v druhé škole byl v době pozorování příliš krátce, aby to bylo možno hodnotit. Hrozila zde ovšem podobná situace, protože jak zmiňuje matka, kamarády neměl ani v mateřské škole. Nejednalo se o chlapce s nejzávažnější mírou poruchy, ve vzájemném hodnocení ale byla asi nejvyšší jeho míra impulzivita a neochota podřizovat se pravidlům. Podle matky jediné prostředí, kde hodnotil kladně své vztahy s ostatními dětmi a těšil se na konkrétní vrstevníky, byla terapeutická skupina v SVP. Zde byla ovšem velká míra facilitace sociálního kontaktu dětí ze strany terapeutů. U většiny dětí, kde byly sociální vztahy hodnoceny jako dobré, se toto téma zobrazilo ve výpovědích učitelek, bylo zřetelné, že této otázce věnují pozornost.

Dále jsme se zaměřili na situace, kdy symptomatika ADHD mohla ovlivňovat kontakt mezi dítětem a učitelem. Takovou situací, která může významně poznamenat průběh hodiny, je moment „zvonění“ a vstupu učitele do třídy. Pro všechny pozorované děti bylo náročné tento okamžik zaznamenat a adekvátně na něj reagovat. Hynek opakovaně na zvonění nereagoval a vcházel do třídy spolu s učitelkou nebo až po ní. Případně, pokud neopustil třídy, setrval v zadní části, kde měly děti prostor pro relaxaci (koberec, počítač a pohovku). Úvodní slova učitelky proto většinou nevnímal a nevěděl, s čím se začíná pracovat, díky čemuž nabral zpoždění hned na začátku hodiny. V obdobné situaci se nacházel Eda, který dokázal na zvonění zareagovat, ale nedokázal si uspořádat na lavici pomůcky odpovídající dané hodině, většinou tam měl prakticky všechny. Nejstarší z pozorovaných chlapců – Luboš - zvládal tuto situaci nejlépe, věci si většinou dokázal připravit, když tak činily děti okolo něj, měl ale problém se na začátku hodiny „přeladit“ a setrvat chvíli v klidu, většinou byl v těchto okamžicích velmi nepozorný, často proto nepostřehl začátek činnosti, úvodní pokyny apod. Tyto situace samozřejmě vzhledem

---

<sup>54</sup> Příčinou byla podle matky a tehdejší učitelky zejména jeho impulzivita a neochota se dětem přizpůsobit, která vedla k zaujímání dominantního postavení, které ostatní děti nechtěly akceptovat.

k přítomnosti ADHD nejsou nijak překvapující, jejich vliv na postoj učitele vcházejícího do třídy ale může být značný a negativní. Velmi podobně probíhají všechny další „přechodové“ momenty, které kladou na děti nárok v oblasti adaptace na změněné podmínky a zejména tam, kde se předpokládá, že se se situací vyrovnají samy. Náročnost těchto situací pro učitele vnímáme zejména v tom, že jsou to **situace, které se navzdory snaze o jejich nápravu neustále vrací**. Nevyvolají negativní reakci vždy, někdy je učitelka nepostřehne, někdy je nechce řešit, protože to není akutní. Mohli bychom je tudíž nazvat latentně konfliktní, protože učitelky je často dokáží zvládnout, ale v situaci opakování tato pravděpodobnost klesá.

Další situace, kdy byla zřetelná odlišná práce dětí s ADHD, byly činnosti, ve kterých vystupoval časový faktor. Neschopnost pracovat s časovým limitem byla např. u Edy patrná prakticky ve všech činnostech, u Luboše a Hynka pouze v některých, zejména v těch, které obsahovaly nový prvek. Pro všechny byla společná zkušenost, že pokud učitelka nezasáhla, činnost nebyla úspěšně včas dokončena a to bez ohledu na náročnost. Zde všichni tři chlapci jednoznačně potřebovali nadstandardní individuální podporu ze strany učitelky.

Jako velmi důležitý moment vnímáme, že u obou starších chlapců jsme zaznamenali opakovaně situace, kdy si pro sebe potichu, případně i polohlasem, komentovali dění ve třídě. Na první pohled se samozřejmě jedná o chování rušivé, na které někdy učitelé reagovali negativně. V kontextu ADHD je ale vnímáme jako snahu dětí o zvládnutí situace, její zpřehlednění a nalezení vhodného okamžiku pro vlastní akci. Jednalo se totiž vždy o situace, kdy bylo potřeba zvládnout impuls k akci a vyčkat, až na ně přijde řada (děti odpovídaly na otázky postupně po lavicích nebo pracovali podle jiného algoritmu, který určila učitelka a který znamenal, že musely zareagovat v určeném čase, který ale musely samy poznat). Je to způsob, který si chlapci osvojili, aby zvládli symptom své poruchy a jako takový je velmi žádoucí a bylo by vhodné jej u nich zvědomit a rozvíjet, protože **využití tiché řeči jako nástroje seberegulace** má vývojovou i terapeutickou logiku.

Tyto momenty podle našeho názoru dobře ilustrují fakt, že učitelky a učitelé dětí s ADHD jsou vystavováni často velmi podobným **zdrojům vychovatelské frustrace**, bezmoci či konfliktům, jako jsou matky hyperaktivních dětí. Ovšem v jejich popisu vlastní práce a postupů nacházíme daleko méně přiznaných negativních pocitů nebo neúspěchů. Vysvětlení se nabízí hned několik: menší míra pocitu osobní zodpovědnosti za konkrétní dítě, větší vliv sociální desirability, větší míra obav z přiznání neúspěchu, který je zde



neúspěchem pracovním a odborným, více kompetencí ke zvládnutí těchto situací. Neměl by být také opominut fakt, že delší rozhovor poskytly pouze ty učitelky, které hodnotily svou schopnost pracovat s žákem s ADHD jako dobrou a matky dětí byly s jejich prací spokojeny.

### 9.2.1 Metody a postupy pro práci ve třídě

Při celkovém hodnocení dětí ze zkoumané skupiny můžeme konstatovat, že vykazovaly v průběhu hodiny v učebních činnostech chování podmíněné ADHD, učitelky na něj ale většinou nereagovaly se zvýšenou netrpělivostí nebo záporně. V rozhovorech ovšem zdůrazňují, že je to výsledek dlouhého procesu. Shodně používají pojmy jako „*najít si cestu*“, „*zjistit, jak něj*“, které podle našeho názoru reflektují uvědomění nutnosti individualizovaného postupu u konkrétního dítěte. Při hodnocení svého postupu učitelky zřetelně pojmenovávají postupy, které jsou podle nich klíčové.

Mezi postupy, které podle nich usnadňují práci s dítětem s ADHD, řadí způsoby, jak zaujmout pozornost dítěte, opakovaně zaznívá nutnost fyzického kontaktu. Pro řešení konfliktů je podle nich nesmírně náročné, ale zároveň klíčové, udržet klidný hlas a oprostít rozhovor od osobního rozměru, zejména kritiky dítěte<sup>55</sup>. Jedná se o dovednost, která je zmiňována jako záležitost tréninku, práce na sobě. Učitelky základní školy také musí hledat varianty, jak dítěti umožnit odreagovat neklid, čehož shodně dosahují známou metodou zapojení dítěte do obslužných činností ve třídě.

Podle všech dotazovaných učitelek je pro práci s dětmi s ADHD klíčová zejména praxe a osobní nasazení, osobní a individuální přístup ke každému jednotlivému dítěti s touto diagnózou. Literatury a odborných informací se nezřikají, na praxi ale kladou důraz.<sup>56</sup>

Podobně jako dotazované matky, i učitelky při popisu své práce přinášejí také jakási souborná vyjádření, svá **pedagogická kréda**, která jsou společným jmenovatelem či leitmotivem jednotlivých dílčích postupů a metod. V některých případech jsou tato

---

<sup>55</sup> Doplníme, že jedna ze sledovaných učitelek pak dokázala bez většího projevu emocí zvládnout i situaci, kdy chlapec Eda začal při hodině telefonovat se svým otcem, aniž si uvědomil, že stále probíhá výuka. Míra negativních pocitů byla na učitelce viditelná, ale situaci vyřešila klidným, až nenápadným zákrokem.

<sup>56</sup> V tomto směru není náš materiál bohužel dostatečný, ale vynořuje se zde hypotéza, že konkrétně tyto zkušené učitelky jsou dostatečně vybaveny odbornými postupy pedagogického, resp. speciálně – pedagogického charakteru, tedy pro zvládnutí kognitivních odlišností dítěte. Podporu pak vyhledávají spíše v otázkách zvládnutí problémového chování, začlenění dítěte do kolektivu třídy či práce s motivací u dětí s ADHD.

vyjádření orientována na chování dětí, učitelky zmiňují, co je pro ně v chování dětí nejdůležitější (aby se neposmívaly, aby byly samostatné), jindy hovoří přímo o sobě, o svých vlastnostech (důslednost, oddanost práci, důvěra v děti a rodiče).

Zajímavý je **postoj učitelek ke speciálním metodám a přístupům speciálně určeným pro děti s ADHD** (preference ústního zkoušení, zpětnovazební mechanismy pro práci s časem, předpřipravené poznámky apod.), často v této souvislosti zmiňují i speciální metodiky určené pro práci s dětmi se specifickým poruchami učení. Dvě z dotazovaných učitelek tyto postupy využívají, řídí se pokyny ze zprávy poradenského zařízení a jsou přesvědčeny o užitečnosti tohoto postupu.

Naopak druhé dvě učitelky konstatují nedůvěru v takové postupy, zdůrazňují, že prohlubují problémy ve vztazích mezi dětmi a pokud takové postupy využívají, tak je nedávají před dětmi do souvislosti s poruchou, ale nechají podobným způsobem pracovat i děti bez poruchy. Nejde v tomto případě o zpochybnění diagnózy dítěte, podle našeho názoru zde hrají roli odlišně nastavené priority učitelky. Oba postupy se totiž jeví jako účinné.

Shrnutí:

Při rozboru těchto postupů a také při analýze celkového sebepopisu učitelek tedy zjišťujeme, že se zde objevují **dva odlišné akcenty, které podmiňují celkový přístup**.

V prvním případě pozorujeme hlavní důraz kladený na výuku a její zvládnutí. Mezi svými postupy pak učitelka zmiňuje varianty, jak dítě zaujmout, jak zvládnout jeho neklid, co doporučuje pro domácí přípravu apod. Učitelka tedy své postupy směřuje ke konkrétnímu dítěti, případně jeho rodině.

V případě druhém je hlavní důraz kladen na zařazení dítěte do třídy, jeho adaptaci sociální. Zde se aktivita učitelky více zaměřuje na celou třídu, postoje ostatních dětí k dítěti s ADHD, náladu ve třídě, zapojení dítěte do společných aktivit, mezi zmíněnými postupy práce je eliminace negativních postojů ostatních dětí vůči symptomům ADHD u spolužáka.

Samozřejmě nejde o využití pouze jednoho postupu, ale spíše o jeho jistou převahu nebo zvýšený důraz. V obou případech je ale výsledkem prostor pro dobrou spolupráci s rodiči a také dítě, které je ve třídě vcelku spokojené a prospívá adekvátně svým schopnostem. Náš výzkum samozřejmě nemůže brát v potaz všechny proměnné, které se na finálním úspěchu, tedy školním prospívání dítěte, podílí, ale tento poznatek považujeme za významný. Přispívá k našemu závěru, že dobrá adaptace dítěte hodně závisí na aktivních postojích vychovatelů (jak rodičů, tak v tomto případě učitelek) a to bez ohledu

na to, jakou odbornou pozici zastávají. Argumentem podporujícím tuto hypotézu je i zkušenost rodičů, kdy stejné dítě ve stejném třídním kolektivu mateřské školy je jednou učitelkou označeno jako nezvladatelné a druhá konstatuje, že je neklidnější, ale že určitě zažila horší a s tímto dítětem umí pracovat. Vrací nás to k již zmíněnému „**dospělému**“ **faktoru**. Na základě analýzy našich dat se přikláníme k názoru, že na adaptaci dítěte ve třídě (a samozřejmě také schopnosti rodičů pracovat s ním doma) se rozhodujícím způsobem podílí postoj vychovatelů, v daleko větší míře, než stupeň závažnosti poruchy. Vzhledem k rozsahu našeho vzorku samozřejmě nelze tento poznatek plně generalizovat, domníváme se ale, že by bylo užitečné s ním dále výzkumně pracovat. Postojem zde rozumíme zejména rozhodnutí situaci řešit a být aktivním účastníkem tohoto řešení, hledat řešení pro konkrétní dítě a situaci a na neposledním místě také profesionální rozměr postoje, tedy přístup k řešení problému, nikoli osobních nedostatků dítěte.

Spíše v rovině hypotetické můžeme uvažovat o **mechanismech**, které mohou **podmiňovat vliv učitelky na adaptaci dítěte** ve třídě. Domníváme se, že se zde projevuje skutečnost, že na prvním stupni, kde jsme prováděli svá pozorování, má učitelka velký vliv na celkovou náladu ve třídě, její hodnocení situací a postoj k nim je pro děti důležitým orientačním bodem. Interpretace chování dítěte s ADHD, které učitel dětem i samotnému dítěti podává, stejně jako kvalita jeho reakcí na problémové chování dítěte s ADHD, je pak určující pro hodnocení a postoje ostatních dětí. Pokud je tedy učitelka nastavena na aktivní řešení situace, nepřístupuje k dítěti apriorně negativně, moderuje tak reakci ostatních dětí. Pokud také k práci s dítětem s ADHD přistupuje promyšleně v rámci výchovného plánu<sup>57</sup>, daří se jí mnoha konfliktním situacím předcházet. Stejně jako situacím, kdy by se dítě mohlo stát terčem kritiky či posměchu spolužáků. Připomeňme příklad vstupu učitelky do třídy, kdy Luboš je zcela nepřipraven a při pokynech k práci začíná „hrabat“ v nepřehledné hromadě věcí na své lavici. Pokud v takové situaci učitelka zareagovala tak, že třídě zadala práci, k Lubošovi si stoupla blíže a tiše mu ukázala, které věci má dát hned do tašky, nevytvořila situaci, kdy by se ostatní stali svědky střetu. Když si Luboš vytvořil podmínky, znovu mu ukázala, kde je potřeba pracovat. Vzhledem k jeho inteligenci a schopnosti pracovat rychle nakonec stihl úkol spolu s ostatními. Celá situace proběhla bez větší pozornosti ostatních dětí.

Podobným způsobem má učitel možnost regulovat emoční stav dítěte pomocí

---

<sup>57</sup> Zdůrazňeme, že takový výchovný plán nemusí nutně znamenat plně vypracovaný Individuálně – vzdělávací plán, jak jej doporučuje školská legislativa. Může se jednat o implicitní seznam vhodných postupů určených pro práci s konkrétním dítětem, který je postaven na zmíněných pedagogických krédech a využívá postupy, které se učitelce v praxi osvědčily.

využívání pochvaly a času pro relaxaci. Tím může omezit situace, kdy se dítě před spolužáky dostává do negativních afektů a zmenšit riziko odmítnutí nebo posměchu. Pocit neúspěchu podpořený kritikou ze strany učitelky si samozřejmě dítě může přetavit do agresivní reakce na úspěšnější spolužáky, to je jedna ze situací, kterým lze předcházet. Zejména tím, že dítěti poskytneme prostor pro úspěch, který náležitě oceníme, stejně jako odpoutáním pozornosti od hodnocení směrem k další činnosti nebo jinému, úspěšnému výkonu dítěte.

Závěrem tedy nelze než konstatovat, že z hlediska terapie a poradenských služeb poskytovaných vychovatelům dětí s ADHD je „dospělý“ faktor velmi významný, protože může pomoci péči adekvátně nasměrovat a tudíž zefektivnit.

### **9.3 Závěry k tématu socializace ve škole**

Podobně jako situace rodičů i v případě učitelů dětí s ADHD docházíme k závěru, že přítomnost dítěte s ADHD ve třídě znamená pro učitele změnu, zejména v nutnosti zvládat více stresových či potenciálně konfliktních situací. Jeho práce je pak ovlivněna v následujících momentech: Pokud má učitel zájem na dobré adaptaci dítěte ve třídě a jeho školním prospívání, vede jej to také ke zvýšenému kontaktu s rodiči. Pro zvládnutí kognitivních obtíží spojených s diagnózou ADHD potřebuje mít také povědomí o mechanismech poruchy a speciálně pedagogických postupech pro kompenzaci těchto mechanismů. Zde ovšem hovoříme o těch učitelích, kteří se aktivně snaží o školní prospěch dítěte s ADHD. Z našich dat není patrné, zdali má přítomnost ADHD u dítěte na práci učitele větší vliv, než jiné handicap. Nakolik bude přítomnost dítěte ovlivňovat postoj učitele a jeho práci s celou třídou, je dáno jeho prioritami. Větší část sledovaných učitelek se zaměřovala na zvládnutí zejména výukových obtíží dítěte a individualizovala svou práci. Jedna z učitelek na základní škole a učitelky škol mateřských se více zaměřovaly na sociální adaptaci dítěte a pracovaly více s celou třídou, aby dítě akceptovala.

## 10 Vztah rodiny a školy u dětí s ADHD

Z výzkumů zmíněných v teoretickém úvodu vyplynulo, že nejčastěji se kontakt mezi rodinou a školou zintenzivňuje v případě, že dítě má ve škole problémy. Proto jsme již před začátkem výzkumu předpokládali, že intenzita kontaktů i jejich kvalita je přítomností ADHD nějakým způsobem ovlivněna. Tato hypotéza se plně potvrdila, všechny dotazované matky konstatovaly intenzivní kontakty se školou mateřskou i základní, většinou byly popisovány výrazy typu „já jsem ve škole pořád“, „jsem tam pečená vařená, pořád něco řešíme“.

V následující kapitole se zaměříme na podoby tohoto vztahu, klíčové momenty, které jej utvářejí a ovlivňují a také na hlavní témata, která jsou obsahem vzájemné komunikace rodičů a učitelů.

Vycházíme ze těchto kategorií<sup>58</sup> výroků a pozorování:

- Hodnocení práce školy
- Činnosti dítěte - domácí příprava, motivace ke školní práci
- Moje dítě, já a škola
- Postoj (učitelů) k rodičům
- Spolupráce s institucemi

### 10.1 Postoje rodičů při nástupu dětí do základní školy

Problematiku vstupu do školy jsem již zmiňovali v kapitole věnované školní socializaci, některé postoje rodičů zazněly i v kapitole o socializaci rodinné. Na tomto místě se pokusíme tyto poznatky stručně shrnout a zaměřit se na vliv, který průběh tohoto momentu má na další spolupráci a komunikaci rodiny a školy.

Na podobě prvního kontaktu se rozhodujícím způsobem podílí skutečnost, zdali rodina již dopředu vnímá své dítě jako problémové, případně zdali již zaznělo označení problému. V provedeném šetření se ukázalo, že zde má vliv mateřská škola. Pokud učitelky ve školce označí dítě jako hyperaktivní, většinou již s tímto označením vstupuje do školy, protože mezitím došlo ke kontaktu s poradenským zařízením nebo

---

<sup>58</sup> Viz kapitolu Metodologie výzkumu

pedopsychiatrem, kteří stanovili diagnózu.

Jak jsme již zmiňovali, konotace, zabarvení zprávy o problematickém chování, se spolupodílí na dalším vztahu rodičů ke školským institucím, stejně jako na jejich ochotě svěřit se s diagnózou dalším učitelům.

V našem výzkumu nastaly dvě situace – učitelka v mateřské škole upozornila na problematické projevy dítěte a navrhla rodičům konzultaci s psychologem. Stanovení diagnózy vedlo k úpravě situace ve školce a rodiče vnímali učitelky ze školky jako partnery, se kterými situaci řeší. S tímto postojem vstupovali i do školy (nebo se do ní teprve chystali), ovšem jisté obavy, zdali opět narazí na spolupracující učitelky, se zde objevovaly.

V druhém případě učitelky mateřské školy opět konstatovaly problém, situovaly ho ale do výchovného stylu rodiny, což vedlo k pocitu rodičů, že jsou kritizováni. Jejich postoj ke školce a učitelkám se později profiloval jako defenzivní a nedůvěřivý, vinu hodně přičítaly nedostatku profesionality u učitelek a vstupu do základní školy se spíše obávali. Případně se na něj těšili, jako na další šanci, ovšem rozhodnutí školu na případné podezření či diagnózu neupozorňovat, aby dítěti nezhoršili šanci na úspěch.

Důležitý **výchozí bod pro hodnocení další spolupráce** byla úvaha, ke které došla většina dotázaných matek, bez ohledu na výsledný dojem ze spolupráce s mateřskou školou. Matky čtyř sledovaných dětí se nezávisle na sobě shodly na zkušenosti, že rozhodující vliv nemá chování jejich dítěte (a všechny jsou si vědomy jeho náročnosti), ale postoj učitelky. Tedy pokud ten je vstřícný, dítě podle nich školu zvládne, i když to pro všechny zúčastněné nebude snadné. Některé ze zúčastněných matek v tomto kontextu zmiňují i inteligenci svých dětí, skutečnost, že „*na to mají*“, kterou vnímáme jako argumentaci matky, že jejich dítě si individuální podporu zaslouží. Celkově tento rodičovský postoj dobře souzní s naším zjištěním, že postoj zúčastněných dospělých je pro úspěch dítěte ve škole klíčový.

Pokud bychom hledali **příklady následného vývoje po přestupu mezi mateřskou a základní školou**, tak dobře tento rozdíl ilustrují Eda a Luboš. Eda jako jediné sledované dítě nastupoval do základní školy rovnou jako žák vyžadující speciální režim. Byl zařazen do třídy s nižším počtem žáků, kterou vede zkušená učitelka. Byl v té době již klientem střediska výchovné péče, zároveň byl i vyšetřen v pedagogicko – psychologické poradně, takže mu mohl být stanoven individuální vzdělávací plán. Podobně i Luboš měl stanovenou diagnózu již v době vstupu do základní školy, ale matka ji nechtěla ve škole sdělit. Svým způsobem se jednalo o test pro učitelku, protože po zkušenostech z mateřské

školy chtěla nejprve vidět reakci učitelky na chování syna. Když tato zareagovala „správně“ – oslovila matka s návrhem na odborné vyšetření, matka s ní začala intenzivněji komunikovat, sdělila jí výsledky vyšetření a začaly velmi dobře spolupracovat (takto hodnotí spolupráci obě strany). Pokud by tento „test“ nedopadl správně, situace se mohla vyvíjet pro dítě daleko složitěji, jak to vidíme na příkladu Pavla. Jeho matka školu po zkušenosti s mateřskou školou neinformovala, následně došlo ke střetu mezi rodinou a učitelkou a vše skončilo přechodem Pavla na jinou základní školu ještě v průběhu prvního pololetí první třídy.

**V souhrnu** lze říci, že v našem výzkumném vzorku se jako užitečnější jevila situace, kdy škola „ví, do čeho jde“, tedy když rodiče překonají svou obavu, že dítě bude označeno nevhodnou „nálepkou“, a škole své informace nebo zkušenosti z mateřské školy sdělí. Předchází tak rozvoji vzájemných nevraživostí, které jsme popsali v předchozích kapitolách.<sup>59</sup>

První kontakt se školou je tedy silně ovlivněn předchozí zkušeností s mateřskou školou a jeho výsledkem byly v našem vzorku dva odlišné postoje rodičů ke škole, kterým věnujeme další kapitolu.

## **10.2 Vzájemné postoje školy a rodiny**

V této kapitole se zaměříme na postoje a hodnocení vztahu mezi rodinou a školou, jak bylo prezentováno v rozhovorech s matkami a učitelkami. Pro zřetelnost se věnujeme nejprve hodnocení z pohledu rodičů a následně hodnocení, která poskytly učitelky.

Na začátku je potřeba předeslat, že pojem „postoj“, který zde využíváme, je použit ve velmi širokém významu, který v sobě zahrnuje prožitou zkušenost s jejím emočním doprovodem, porovnávání s vlastní školní zkušeností rodičů, s informacemi od okolí, roli, ve které se rodič vůči škole cítí, hodnocení práce učitelů, hodnocení vztahu učitelů k sobě i k dítěti a mnoho dalších vlivů, které se nalézají v komunikačním prostoru mezi rodiči a učiteli. Výraz postoj využíváme, protože umožňuje dobře rozlišit směr ve vzájemném vztahu.

Bylo by asi vhodné zmínit, proč v názvu podkapitol rozlišujeme postoje konkrétně matek vůči škole a následně v obráceném gardu již píšeme obecně o škole a rodičích.

---

<sup>59</sup> V části věnované socializace ve škole, konkrétně vstupu školy.

Jeden důvod je metodologický, v našem výzkumu odpovídaly matky a nechceme jejich postoje zobecňovat i na otce. Druhý důvod je v odlišné kvalitě těchto postojů. Při analýze rozhovorů s matkami a učitelkami se ukázalo, že matky při popisu své zkušenosti se školou jsou daleko konkrétnější, více hovoří o konkrétních učitelkách a zkušenostech s nimi, než o škole jako instituci. I k takovým generalizacím samozřejmě v rozhovoru dochází, ale je jich méně. Pak většinou hovoří o škole ve smyslu školy svého dítěte, reprezentované pracovníky, se kterými přicházejí do styku (ředitel/ka, výchovná poradkyně a učitelka dítěte), odlišují tuto zkušenost od škol jiných, např. při porovnávání svých zážitků se školou se zážitky jiných matek, se kterými téma diskutovaly.

Naopak učitelky hovoří daleko obecněji, své postoje k rodičům generalizují i přesto, že rozhovory byly primárně zaměřeny na zkušenost s konkrétním dítětem. Do rozhovoru se tak promítá i zkušenost s rodiči dětí bez ADHD. Více se zde projevuje výše zmíněný argument, že jakýkoli problém zintenzivňuje kontakt rodiny a školy, proto učitelky spolupráci s rodiči často zahrnují do širšího kontextu zvládnání problémů svých žáků.

### 10.2.1 Postoje matek ke škole

Asi nejsnazší dělení zjištěných postojů matek vůči škole by bylo na ty, kde převládají emoce pozitivní a ty, které jsou zabarveny převážně negativně. Začneme těmi druhými.

**Postoje matek**, které svou zkušenost se školou hodnotily jako **převážně negativní** (nebo rozlišovaly negativní zkušenost s jednou školskou institucí a pozitivnější s jinou), obsahovaly velký defenzivní náboj. Malacrida (2001) ve své studii hovoří v tomto kontextu o boji o normalitu rodiny a snaze o její dokazování. Tedy situaci, kdy matka vnímá chování instituce jako zpochybnění funkčnosti celé své rodiny a tudíž jako ohrožení. Tento popis lze velmi dobře použít i pro námi sledované situace. Schématicky naznačený vývoj této situace by asi byl tento:

1. Škola (učitelka) si stěžuje na chování dítěte, apeluje na matku, že je potřeba s dítětem něco dělat.
2. Matka reaguje zmatkem („*co mám dělat, děje se to ve školce*“), někdy obranou dítěte („*doma problém není, zdroj je ve školce, v jiných dětech, ne v tom mém*“), studem. Zpočátku se většinou snaží učitelkám vyhovět, s dítětem doma situaci



probírá, zkouší je trestat.

3. Situace ve škole se nelepší, učitelka opakuje svou žádost, zmiňuje předpoklad, že dítě je potřeba jinak vychovávat, jinak s ním doma pracovat. Může zaznít otázka, zdali je doma vše v pořádku.
4. Na tomto místě většinou přecházejí matky do intenzivnějšího obranného postoje, a to i v situaci, kdy jsou si vědomy náročnosti svého dítěte. Brání svůj způsob výchovy i své dítě, začínají pochybovat o profesionalitě školy a své pochyby dají najevo.
5. Škola hodnotí matku jako nespolutracující a celý proces řešení se zablokuje.

Jsme si vědomi míry zjednodušení uvedeného schématu, lze na něm ovšem dobře zachytit postupné rozvíjení vzájemných pocitů a odpovídá zkušenostem matek v našem výzkumném vzorku. Jak vyplývá ze zjištění uvedených v předchozích kapitolách, kritickým momentem je bod 3, kdy matka má pocit, že víc dělat nemůže, ale škola stupňuje svůj tlak a kritika se stává pro matku osobní. Ve výrocích matek je patrné, že první informaci od školy, případně školky, nebraly na lehkou váhu, protože tušily, že jejich dítě je náročné. Tento prvek vnímáme jako důležitý – v prvním momentu byly všechny zkoumané matky ochotny připustit, že jejich dítě může být zdrojem problému. Tato situace je ale samozřejmě stála mnoho sil, posílila pochybnosti o sobě a pro zdárné řešení situace by potřebovaly, aby další reakce školy byla pozitivní. Další stížnosti a směřování problému na jejich kompetenci jako matek, případně pochybnost o domácí situaci, ale spustila silnou defenzivní reakci a protiútok v podobě obvinění školy. Zde zřetelně vystupuje již pozorovaný význam konotací, které zabarvují informaci ze strany školy, tedy zdali je vnímána jako stížnost, nebo jako informace o problému a žádost o spolupráci.

U většiny zkoumaných dětí byla na konci výzkumu situace ve vztahu mezi rodinou a školou dobrá, nabízí se proto otázka, co tuto změnu způsobilo. Prvním zdrojem změny byla změna prostředí, výše uvedená situace se odehrála ve vztahu mezi rodinou a školou mateřskou, následný přestup dítěte na školu základní vytvořil nové možnosti. Bylo potřeba ještě dalších impulzů k tomu, aby se situace na škole základní neopakovala, jak se tomu stalo u Hynka či Pavla. Tímto druhým vlivem byla změna konotace problémového chování dítěte, ke které došlo na nové škole.

Pokud zde učitelka konstatovala problém v chování dítěte, ale za matkou přišla s žádostí o jeho řešení a podezřením, že zdrojem problému je ADHD (nebo jiná, nespecifikovaná porucha), matky opět popisují obavy, které toto podezření způsobilo, ale

také úlevu. Učitelka jim totiž vedle problému poskytla i jeho vysvětlení, které nebylo „osobní“, nebylo kritikou rodiny. Navíc zde byl také naznačen další krok – učitelka matku vyzvala k návštěvě konkrétní instituce (většinou PPP nebo SVP), která se pak mohla stát i jakýmsi „katalyzátorem“ dalšího procesu spolupráce, jak ukážeme dále. V případě Pavla se na první základní škole téměř doslovně opakovala situace ze školy mateřské a nový směr nabrala situace až při přestupu na další základní školu.

Zajímavý je také bod 4, tedy stupňování tlaku ze strany školy či školky. Část dotazovaných matek se v této situaci pokusila angažovat do komunikace se školou i otce, což odpovídá poznatkům Moravcové – Smetáčkové (2004), že otcové vstupují do komunikace se školou, když rodina začíná situaci hodnotit jako velmi závažnou. Jak popisuje jedna z matek: „*Tehdy jsem přemluvila manžela, aby tam šel on a to bylo jediný štěstí, protože kdyby tohle říkala mě, tak já se tam rozbřečím.*“

Pokud bychom měli shrnout postoj matek ke škole v případě, že jejich zkušenost nebyla dobrá, obsahem tohoto postoje by byly pocity studu, potřeba bránit sebe i dítě, vztek na učitelku a pocit, že učitelka nekoná svou práci dobře, pokud s dítětem nedokáže vyjít. Matky hovoří o tom, že učitelky podle nich „*nezvládají svou práci*“, případně „*nezvládly situaci*“. Zvládání role by v představách matek v takovém případě znamenalo najít způsob, jak s dítětem pracovat a také změnit způsob komunikace s matkou, od učitelky očekávají radu, pomoc, pocit, že se jedná o člověka, který situaci rozumí a může jim tudíž pomoci. Nabízí se shrnout tato očekávání pod pojem profesionalita.

**Postoj matek**, jejichž zkušenost se školou byla **pozitivnější**, se od předchozích odlišovaly zejména jejich **vyšší mírou sebevědomí ve vztahu ke škole**. V tom smyslu, že i když byl konstatován problém u jejich dítěte, nehovoří v současnosti ve vztahu ke škole tolik o studu, necítí se kritizovány, ale spíše partnery v řešení problému (jak to ilustrují např. tyto výroky – „*když se něco stane, paní učitelka mi zavolá a řešíme, co budeme dělat*“, „*ted' už jsem to nenechala rozběhnout, musíte to od začátku řešit, nenechat něco rozběhnout, ted' normálně spolupracujeme*“, „*mě pak v pololetí učitelka přiznala, že měla velký obavy, ale že už byly i děti horší, ona má respekt*“). Pozitivně hodnotí zejména dvě skutečnosti – že je jim učitelka **oporou**, v tom smyslu, že mohou **žádat rady a že jim poskytuje návody**, jak s dítětem pracovat a dále, že s nimi učitelka komunikuje o konkrétních činnostech a úkolech, které je potřeba s dítětem provádět. Vzájemný vztah tedy lze nazývat spoluprací a má konstruktivní rozměr – jsou stanovovány úkoly, které jsou postupně plněny. Příkladem těchto dílčích kroků může být buď zvládnutí konkrétní učební

látky, nebo např. hledání optimální míry a způsobu komunikace mezi matkou a učitelkou (postup od písemné komunikace k telefonické, shoda na každotýdenním rozhovoru apod.).

Dodejme, že v rozhovorech toto téma nezaznělo explicitně, ale na základě ostatních výpovědí dovozujeme, že v případě, že se učitelka chová „profesionálně“ ve smyslu, jak jsem jej naznačili již v předchozím textu, zejména pokud mají matky pocit, že přístup učitelky je motivován zájmem jejich dítěte, jsou ochotné vnímat ji jako vůdčí sílu takové spolupráce a podřizovat se jejím návrhům. Učitelka se tím dostává do pozice odborníka, kterému je vhodné naslouchat. Důkazem pro matku, že učitelka je motivována zájmem dítěte, je kromě postoje dítěte<sup>60</sup> („*on ji respektuje*“, „*já využívám autoritu učitelky i doma, ona je pro něj strašně důležitá*“) zejména to, zdali učitelka z pohledu matky řeší problém dítěte („*hledá k němu cestu*“, „*zkouší, jak na něj*“), nebo si pouze stěžuje.

Stručně shrnuto, v námi zkoumané skupině rodičů a učitelek se jako funkční ukazoval následující vzorec: pokud učitelka chce, aby rodiče naslouchali řešením, která navrhuje, a řešili s ní situaci dítěte, měla by je zahrnout do vyvážené spolupráce. To od ní rodiče očekávají. Ve výsledku ji budou ochotni respektovat jako odborníka a pracovat podle jejích pokynů. Pokud bude vystupovat z pozice síly, pravděpodobně vyprovokuje defenzivní reakci, která další řešení situace komplikuje.

## 10.2.2 Postoj školy k rodičům

V závěru předchozí části jsme naznačili, jak si rodiče dotázaní v našem výzkumu představovali žádoucí postoj školy vůči sobě. Pojdme jej nyní porovnat s pohledem druhé strany. Již bylo zmíněno, že učitelky jsou v hodnocení spolupráce s rodiči opatrnější ve vyjádřeních, v tom smyslu, že raději hovoří o rodičích obecně. Ovšem negativní názory neskrývají, pouze je v rozhovoru generalizují na rodiče obecně, nebo na jejich blíže neurčené zástupce.

Jako významné hodnotíme, že všechny dotázané učitelky se shodly na konstatování, že v případě problémových dětí je spolupráce s rodinou nezbytná. Asi nejdůležitější je zde slovo „problémových“. Dotázané učitelky od rodičů obecně očekávaly

---

<sup>60</sup> Postoj dítěte nemusí být pro matku dostatečným argumentem. Do specifické situace se dostaly dvě matky z našeho vzorku. V obou případech chlapci učitelku hodnotili pozitivně, měli ji rádi, ale vztah učitelky a matky byl napjatý a matky měly zájem o změnu třídy. Matky tuto situaci vnímaly jako náročné dilema. Jedna z nich to formulovala zřetelně: „*on jí uznává, zbožňuje, koupil jí dárek, ale jednou mu to dojde, že ona ho nenávidí a v té třídě ho nechce, a jak já to pak budu léčit, tu jeho dětskou dušičku*“.

podporu rodiny v těchto momentech:

- Dohled na přípravou do školy – úkoly, pomůcky, nastudování látky.
- Ochota se školou komunikovat školou určeným způsobem (zájem o dítě na třídní schůzce, reakce na oslovení ze strany učitelky formou zápisu v žákovské knížce)
- V menší míře zaznělo: aby byly děti vyspalé, pořádně oblečené (MŠ), nechodily nemocné (MŠ), rodiče mají zajistit včasný příchod do školy

V případě dětí, které učitelky hodnotili jako „normální, bezproblémové“, je podle nich toto dostačující. Dokonce jak jedna učitelka zmiňuje, domácí příprava by se po určité době měla stát vlastní prací dítěte, jako test samostatnosti a přístupu ke škole.

U dětí problémových, jak jsou jak na úrovni mateřské, tak základní školy hodnoceny děti s ADHD, učitelky předpokládají větší účast rodičů. Základním požadavkem, který zazněl ve všech případech, je zařazení dítěte do péče další instituce, ve všech případech zaznělo doporučení na psychologické vyšetření. Zde se ovšem velmi liší očekávání učitelů od tohoto kroku. Podrobněji se této otázce věnujeme v další kapitole.

Další zřetelně vyslovené očekávání je spojeno s koordinací postupu doma a ve škole. Jak to ilustrují výroky: *„Jde o to, aby se rodiče snažili, aby byla stejná pravidla doma i ve škole.“* *„Rodiče mě poslouchají, ale někdy mají přehnané nároky.“* Učitelky nekonstatují explicitně, že by očekávaly, že to bude rodina, kdo bude naslouchat pokynům učitelky a podle nich pracovat. Rozbor výroků nás ale k této úvaze vede. Typická je skepse o možnostech inspirace postupy využívanými rodiči. Nejde totiž jen o to, aby se rodiče dítěti věnovali, jednotlivé učitelky mají také představu o tom, jaký typ péče je žádoucí pro zvládnutí nároků školní docházky. Tyto představy se mezi jednotlivými vyučujícími liší, závisí samozřejmě na věku dítěte, zaměření školy apod.

Domníváme se, že **oscilace** mezi vyrovnanou spoluprací rodičů se školou a směřování této spolupráce, které předpokládá, že někdo (dominantně) určí cíl, ke kterému se směřuje, je nejsložitější, ale také nejdůležitější součástí vzájemného vztahu rodičů a učitelů vychovávajících děti s ADHD. Jak již bylo řečeno, u námi pozorovaných dětí rodiče očekávali, že učitel bude tím, kdo říká, co je potřeba udělat, ovšem forma tohoto sdělení rozhodně nesměla být dominantní, aby se rodiče cítili respektovanými partnery v procesu. O tom, že jsou si úspěšné učitelky citlivosti okolností komunikace s rodiči plně vědomy, svědčí jejich zájem na tom, aby se rodiče při komunikaci s nimi cítili dobře. Proto volí specifické formy kontaktu (telefony nebo osobní rozhovory mimo prostory školy) či zdůrazňují nutnost sdělovat také dobré zprávy. Jak upozorňuje ve svých textech Štech

(např. Štech 1998, Štech, Viktorová 1992, 2001), vztah rodičů a školy vždy bude otázkou vyjednávání, nejedná se o statický jev. Pedagog, kterého rodiče hodnotí jako „dobrého, profesionálního“, si je této situace vědom a účinně s ní pracuje.

Výše zmíněné **formy kontaktu** se v dobře probíhajících případech sledovaných v našem výzkumu tedy lišily od běžného kontaktu rodičů se školou. Zejména svou intenzitou, od rozhovorů prakticky každý týden, ke zhruba jednomu, maximálně dvěma kontaktům v průběhu měsíce. Odlišná je v tomto situace v mateřské škole, kde nacházíme typický moment „rozhovoru v šatně“. Tedy situaci, kdy matka prakticky denně může komunikovat s učitelkou při přebírání dítěte ze školky a u problémových dětí je často této možnosti využíváno. Jak ze strany matek, tak ze strany učitelek. Takové rozhovory mají ale mnoho rizikových vlastností, zejména přítomnost dítěte, dalších dětí a jejich rodičů, stejně jako časový tlak, bývají omezeny na několik minut a také to, čeho si všímají učitelky na základní škole – rodič není na neutrální půdě.

Do křehkého vztahu mezi rodiči a školou navíc u dětí s diagnostikovaným problémem vstupuje další člen, kterým je většinou poradenský pracovník, psycholog nebo speciální pedagog, jak tomu bylo v případech pozorovaných v našem výzkumu. Dodejme, že je zvaným a minimálně jednou stranou žádaným účastníkem komunikace. V dalším textu se proto zaměřujeme na vliv, který jeho účast na vztah rodiny a školy má.

### 10.3 Kontakt s odbornou péčí

Iniciátorem zapojení dalšího odborníka do péče o dítě s (podezřením na) ADHD je většinou škola, mateřská nebo základní. Výjimku v našem vzorku tvořil chlapec se suspektně stanovenou diagnózou již od batolecího věku. Žádost školy ovšem sama o sobě nestačí, aby rodiče dalšího odborníka vyhledali, jak jsem to již ukazovali na příkladu Luboše či Pavla. Jejich učitelky doporučovaly návštěvu odborníka za účelem „lepšího chování“ dítě a směřovaly ji k matkám, které jejich sdělení pochopily ve smyslu: „*neumím vychovat své dítě a tam mi někdo řekne, jak na to*“. Protože se ale s tímto názorem neztotožnily, žádost nevyslyšely. Ke kontaktu s pedagogicko – psychologickou poradnou nebo střediskem výchovné péče pak došlo až v situaci, kdy rodiče sami začali mít pochybnosti o situaci svého dítěte.

Pokud je to škola, kdo navrhuje návštěvu odborníka, je důležitou otázkou, co od tohoto kroku **očekává** a nakolik jsou tato očekávání naplněna. Tato situace se v námi

zkoumaných situacích lišila podle stupně školy. Dotazované učitelky mateřských škol měly s poradnami daleko méně kontaktů a jejich očekávání byla někdy nezřetelná, ve smyslu „*aby s ním někdo něco dělal*“. Toto platilo tam, kde byl pouze konstatován problém v chování dítěte, bez hledání jeho zdroje. Odlišná byla situace, pokud učitelka sama měla konkrétní podezření na ADHD, zde předpokládala, že její diagnóza bude potvrzena a rodiče (případně i ona) dostanou informace, jak s dítětem pracovat. V těchto situacích pak učitelky návštěvu psychologa považovaly za užitečnou. Pouze v jednom případě zazněl požadavek, aby odborník navštívil i třídu a navrhl pro dítě vhodné úpravy. Většina zařízení (PPP nebo SVP) ale v současnosti již před stanovením diagnózy školu osloví formou dotazníku, tzn. se situací ve škole se zprostředkovaně seznamuje.

Část učitelek se o spolupráci s PPP vyjadřuje s mírným despektem, ale stejně sem děti posílají. Tento despekt většinou pramení ze zkušenosti s výstupy práce poradny. Pokud psycholog dítě pouze vyšetřil, ale zpráva, kterou dodal, není dostatečně srozumitelná a neobsahuje doporučení, která lze vztáhnout ke konkrétnímu dítěti a jeho situaci, učitelky ji vnímají jako neužitečnou. Samotný výsledek psychologického vyšetření a konstatování slabých a silných stránek výkonu není informací, kterou by učitelka snadno přetavila do praxe vzdělávání daného dítěte v každodenní situaci. Očekává nejen konstatování úrovně výkonu, ale také jejich vztahení ke konkrétním činnostem („*Chci prostě vědět, jak na tom je, jestli mu můžu dát diktát, nebo to nemá smysl a co můžu použít jinýho.*“).

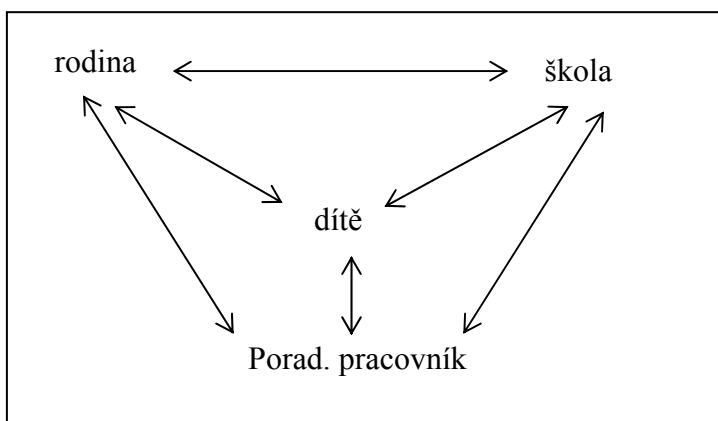
Můžeme si klást otázku, proč, když jsou si výstupy práce poradenského zařízení dlouhodobě spíše nespokojené (jak naznačily dvě učitelky v rozhovorech), přesto děti stále k vyšetření odesílají. Jistou roli zde samozřejmě hraje možnost, že dítě bude po stanovení diagnózy zařazeno jako integrované, což učitelce zjednoduší práci např. snížením počtu dětí ve třídě. Ovšem např. v mateřských školách vzhledem k aktuální přeplněnosti jejich kapacit k tomuto často nedochází, i když je to indikováno. Pokud zde tedy není tato naděje, jaký přesně význam pro učitelku má skutečnost, že je dítě zařazeno v péči dalšího pracoviště? Bohužel jsme tuto otázku nepoložili přímo, z některých rozhovorů se ale nabízí hypotéza, že učitelky tímto krokem mají pocit „splněné povinnosti“, že „nic nezanedbaly“, do určité míry zde můžeme uvažovat také o rozvržení zodpovědnosti, do určité míry i o alibi ve smyslu: „*udělala jsem potřebné kroky, ale dítě dále neprospívá, už více udělat nemohu*“.

V případě, že jsou ale očekávání školy splněna, dítě se stane klientem poradenského zařízení a škola obdrží zprávu o zjištěné diagnóze, pozorovali jsme dva různé scénáře. Buď se vytvoří triangulární pečující vztah rodina – škola – odborník, který má podobu docházky

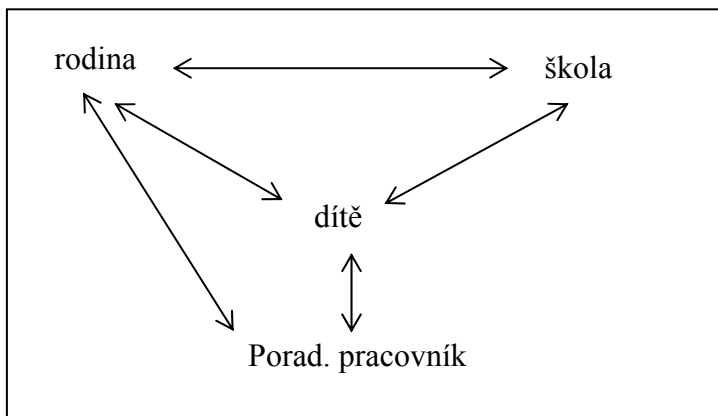
rodiny k odborníkovi a občasných konzultací učitele tamtéž (viz grafické znázornění níže – situace A). Nastávají ale také situace, kdy kontakt se odborníkem zůstává na rodině a škola zásadněji přístup nemění a očekává, zda se vstupem do odborné péče nastane změna (situace B). I v druhé situaci většinou dochází ke sdílení informací mezi odborníkem a školou, ale nepřímou, skrz písemné zprávy a zejména prostřednictvím rodičů.

**Obr. 1**

**Situace A**



**Situace B**



V grafickém znázornění vypadají situace velmi podobně, ovšem chybějící jedna strana trojúhelníku, může v reálné situaci znamenat velkou nestabilitu celého vztahu. Pokud odborník není v alespoň občasném kontaktu se školou, nemá zpětnou vazbu o účinnosti terapeutického postupu z místa, kde jeho klient tráví velkou část svých dnů. Zpráva o prospívání a chování ve škole z úst učitele a zprostředkovaně z úst rodičů se totiž

mohou velmi lišit. V našich datech byli rodiče ve svých hodnoceních situace ve škole pozitivnější než učitelky.

Druhým rizikem je situace, kterou nejnázne ilustrujeme citací: *„ale paní psychologka říkala, že ... tohle on nemusí, ...že na to má, že je chytrej, ...tohle se nemá hodnotit jako špatně...“*. Informace z chybějícího komunikačního kanálu zprostředkovaně poletují mezi zbývajícími účastníky vztahu a jsou snadno dezinterpretovány. Dodejme, že pokud se má předejít této situaci, jeví se jako účinnější, když tím, kdo iniciuje kontakt, je poradenský pracovník. Některé učitelky totiž vyjadřují jistý odstup: *„to mám k tomu všemu kvůli němu ještě někam volat?“* Velmi výhodná situace je tam, kde poradenský pracovník na školu dochází pravidelně a komunikace s ním je běžnou součástí práce učitele. Skutečnost, že je poradenské pracoviště přímo na škole, nemusí být zárukou, že k pravidelným rozhovorům dochází, jak se ukázalo v případě Hynka. Tento poznatek nechceme paušalizovat, protože se jednalo o jediného zkoumaného chlapce, na jehož škole školní speciální pedagog nebo psycholog pracoval.

Dodejme ještě souvislost mezi podobou vztahu rodiny a školy a kvalitou rodičovství, kterou jsme pozorovali u matek s ADHD. Jestliže jsme u rodičů, kteří úspěšně navázali kontakt s poradenským zařízením a pracují podle jeho pokynů, sledovali změnu v rodičovském přístupu a hovořili jsme o reflektovaném rodičovství a profesionalizaci rodičů, jistě tato změna není bez efektu ani v postoji rodičů ke škole. Smyslem poradenského působení ve vztahu k rodičům je zvýšení jejich rodičovské kompetence. U matek, které tuto kvalitu naplňovaly, pak můžeme pozorovat také rovnoprávnější postoj ke škole, kdy jsou připraveny se podílet na školní práci svého dítěte, ale jsou velmi citlivé na profesionalitu a pedagogické postupy učitelky a její postoj k sobě i dítěti (viz zmíněné situace, kdy např. matka učitelku „zkouší“, zdali u syna poruchu pozná, nebo jiné, které zdůrazňují nutnost školu pečlivě vybírat a kritéria mají plně vztažená právě ke schopnosti zvládnout dítě s ADHD). Výhodou aktivní účasti poradenského pracovníka na komunikaci mezi takto nastavenou matkou a školou je tak i možnost vystupovat jako nestranný člen a korigovat případná konfliktní témata. V našem vzorku ovšem tato „ideální“ varianta nastala pouze v jednom případě a to u Pavla, u dalších dvou dětí byly kontakty mezi školou a poradenským pracovištěm méně časté, ale prostor pro vzájemnou zpětnou vazbu o chování dítěte a jeho vývoji zde byl.

Jak se ukázalo u několika dětí, pracovník poradenského zařízení se v některých případech stává klíčovým pracovníkem, se kterým matka diskutuje nejen vlastní agendu pracoviště, ale také zpracovává své zážitky a dalšími institucemi, se školou,



s pedopsychiatrem apod. Konzultace v rámci poradenského pracoviště jsou většinou delší, než návštěvy v ordinaci psychiatra a také přesahuje čas, který může rodičům věnovat učitelka<sup>61</sup>, rodiče zde tedy častěji najdou odvahu vznést své dotazy a nejasnosti. Nejasnosti vznikají zejména v oblasti lékařské péče. Jak bylo zmíněno, návštěvy zde jsou velmi krátké, takže např. otázku medikace často potřebuje rodič někdy ještě probrat s další odborníkem, který je sto mu vysvětlit podstatu účinku podávaných látek, probrat s ním jeho očekávání od zavedení medikace apod.

Shrnutí:

Vstup poradenského pracoviště (v námi sledovaných případech buď pedagogicko–psychologické poradny nebo střediska výchovné péče, případně obou institucí) je krokem, který si většinou vyžádá škola, ovšem užitek z něj reflektují zejména rodiče (prostřednictvím sdělení diagnózy, specifické péče věnované dítěti, usnadnění kontaktu se školou). Je šancí, jak vytvořit prostor pro efektivní komunikaci zúčastněných vychovatelů, a je-li takto využíván, jedná se o možnost předcházení konfliktům mezi rodinou a školou.

## 10.4 Motivace ke školní práci a domácí příprava do školy.

Rodinný i školní život dětí s ADHD je poznamenán společným problémem, který se projevuje v mnoha činnostech a situacích, zejména těch, které jsou výkonově zaměřené. Jedná se o problémy v oblasti motivace a pracovního úsilí.

Ve školním prostředí se projevuje v krátkodobém horizontu již zmíněnými způsoby – odevzdávání nedokončené práce, odbíhání od činnosti, problémy v dlouhodobějších pracovních úkolech – např. při školních projektech, dále typicky ve výtvarné výchově, pokud je potřeba něco déle připravovat a na vlastní realizaci čekat např. do další hodiny apod.

V rodině rodiče asi nejčastěji zmiňují problém se samostatnou činností, např. když dítě dostane doma něco jako pravidelnou povinnost (péče o domácí zvíře, pomoc v domácnosti...). V předškolním věku zasahuje problém i do herních činností – děti si většinou neumí hrát samy, vyžadují pozornost a skrz ni vedení dospělého, který činnost reguluje, zaměřuje jejich pozornost a tím pro ně facilituje setrvání u dané činnosti. V

---

<sup>61</sup> Samozřejmě mimo standardní komunikační platformy, jako jsou třídní schůzky nebo konzultační odpoledne. I zde je ale čas na jednoho rodiče velmi limitován.

následujícím textu jsou zmíněny situace, které v rozhovorech s dětmi, rodiči a vyučujícími vystupovaly jako nejobtížnější a jsou zmíněna v praxi používaná řešení těchto problémů.

Styčným momentem, který je pro obě prostředí často palčivým problémem, je **otázka domácí přípravy** do školy. Vše začíná již **přípravou pomůcek**. Rodiče dětí s ADHD jsou často překvapeni, že jejich dítě např. ještě ve třetím ročníku, ale i později, není schopné si samo pohlídat obsah školní tašky. Pokud se chtějí vyhnout postihům za zapominání věcí do školy, většinou zjišťují, že je potřeba s dítětem každodenně procházet rozvrh a věci připravovat nejen na začátku školního roku, ale po celý rok a to často i na druhém stupni základní školy. Zejména pro rodiče, kteří tuto zkušenost získávají až s druhým či dalším dítětem, je to velké překvapení, v rozhovorech často zazněly věty typu: „...*jeho brácha to od druhé třídy zvládl sám... pomůcky mu asi budu kontrolovat až do devítky...*“. Při hledání vysvětlení pro tuto konkrétní situaci se nabízí výše zmíněná potřeba dětí s ADHD dosáhnout rychlé odměny. Domácí příprava pomůcek a úkolů je činnost, která v dané chvíli většinou nepřináší jiné uspokojení, než to, že je hotova. A to jako odměna nestačí. Narážíme zde na problém ve výkonové motivaci, který je styčným bodem pro většinu potíží, které rodiče zmiňují a kterému se budeme dále věnovat podrobněji.

Nelze také opomíjet vliv poruchy pozornosti – děti ve škole často nepostřehnou pokyny o tom, co je potřeba si přinést, mají velký problém s věcmi, které jsou navíc, mimo běžný chod výuky (peníze na divadlo, materiály na výtvarnou výchovu apod.).

**Řešením**, které nejčastěji v praxi rodiče a učitelé volí a které se jeví jako efektivní, je sešit „úkolníček“, do kterého si děti všechny informace o úkolech a nutných pomůckách zapíší. Tato metoda bývá často využívána na začátku školní docházky u všech dětí. U dětí s ADHD jsme se s ní setkali minimálně do konce prvního stupně, někde i déle. U starších dětí většinou učitelé zjišťují, že pro zvládnutí tohoto momentu je vhodné dohlédnout při zadávání jakéhokoli úkolu, zdali právě tento žák si jej poznamenává, úkolem rodičů je sešitek každý večer kontrolovat. Jedná se tedy o posílení vnější roviny regulace.

U žáků na konci prvního stupně, případně při přechodu na stupeň druhý, je pro úspěch této metody nutný cit vyučujících, aby dohled nad zapisováním úkolů ve škole probíhal spíše diskrétně a neupoutával přílišnou pozornost ostatních žáků, protože může být zdrojem posměchu, jak upozorňuje jedna z dotazovaných učitelek na svou zkušenost. Zajímavou metodu používala třídní učitelka jednoho ze zkoumaných žáků – všechny

úkoly, které byly v průběhu dne zadány, se zapisovaly na menší postranní tabuli, aby je všechny děti měly k dispozici. U chlapce s ADHD pak dohlédla na to, aby si na konci dne tuto tabuli vyfotil mobilním telefonem.

Dohled ovšem potřebuje i další část přípravy do školy – vlastní **plnění úkolů a učení se zadané látky**. Tyto úkoly opět dětem nepřináší žádné aktuální zhodnocení a jsou většinou časově náročné, přicházejí na řadu odpoledne či večer, kdy jsou děti již vyčerpané, často také mezi školou a domácí přípravou probíhá činnost, která je pro dítě zajímavá a potřebovalo by spíše zpracovat zážitky (např. sportovní trénink, skautská schůzka a další, pro děti emočně a prožitkově nabitá momenty), nemluvě o tom, že jej také připraví o část energie<sup>62</sup>. Aktivní příprava, jako je opakování a učení se zadané látky a vypracovávání úkolů, tudíž také vyžaduje velkou podporu rodičů, ve smyslu regulace pozornosti dítěte (vracet jej k úkolům, klást kontrolní otázky, navrhovat postup práce – děti s ADHD mají problém s plánováním a rozčleněním činnosti na menší úseky, a následně samozřejmě v kontrole dosaženého výsledku) a udržování jeho zájmu u této činnosti, resp. její energetizace. Rodiče dotázaní ve výzkumu se shodují, že zejména u mladších dětí je úkolem rodiče průběžně posilovat jejich učební úsilí, např. pomocí drobných odměn, připomínkou výhod apod. Ale i starší většinou potřebují rodiče, pro již zmíněný proces plánování přípravy. Kromě zmíněných potíží s motivací mívají také problém samostatně se vypořádat s rozčleněním učiva a nalezení účinného postupu učení.

Všechny dotázané matky se shodly, že domácí příprava je náročným každodenní úkolem, který zabírá daleko více času, než předpokládaly před vstupem dítěte do školy. Stejně tak ale všechny mají v současnosti pocit, že mají tento úkol zvládnutý, tedy že znají cesty, jak domácí přípravu zvládnout. Tyto cesty se u jednotlivých dětí velmi liší, u všech také k jejich nalezení vedla náročná cesta postupného hledání efektivních postupů. Pokud bychom měli vyabstrahovat společný základ těchto řešení, objevují se dva klíčové momenty – jak se vyrovnat s nedostatkem úsilí a problémy ve výkonové motivaci dětí a dále přijetí faktu, že rodič plní roli „regulačního mechanismu“ v míře, která je věku dítěte často neadekvátní.

Věnujme se nejprve druhému problému, tedy akceptaci, že dítě s ADHD není

---

<sup>62</sup>Na tomto místě je nutno podotknout, že mnoho autorů (Např. Jucovičová a Žáčková 2005, Pokorná 2001) a zejména zkušenosti z praxe ukazují, že pozornost dětí s ADHD je v druhé polovině dne výrazně horší (platí ovšem i individuální výjimky). Většina metodik práce s těmito dětmi proto doporučuje směřovat náročnější činnosti spíše do dopoledních hodin. Na této situaci se podílí jednak obecně větší unavitelnost těchto dětí a neschopnost využít volného času během dne k relaxaci (např. školní přestávky).

schopno regulovat své chování způsobem, který by byl jeho věku adekvátní. V rozhovorech se tento moment objevuje jako jakési prozření, tedy že rodiče potřebovali tuto rovinu problému dítěte nejprve pochopit, aby se s ní mohli vyrovnat. Do té doby byla zdrojem velkých frustrací a konfliktů s dítětem. U poloviny dotazovaných matek k tomuto přijetí přispěl kontakt s poradenským pracovištěm a následné poučení o symptomech ADHD a hlavních výchovných obtížích s ním spojených. U druhé poloviny dětí k tomuto momentu dospěly matky postupně samy, zpracováním zkušenosti se svým dítětem („*Já vím, že i když mu to připravím, stejně tam u něj budu muset stát, protože jinak se prostě neobleče, i když to umí, ale on se k tomu tak nějak nedostane pro to všechno ostatní, co dělá*“). Z poradenského hlediska je důležité, že tento moment má terapeutický význam, proces rozvoje seberegulace dítěte je i v rámci cílené terapie stimulován pomocí vnějšího vedení od rodičů.

Užitečným nástrojem je zde využití hlasité řeči, jak to ukázal již příklad ze školy, kdy jsme zmiňovali, že chlapci si tichým hlasem komentovali situaci, aby udrželi přehled a zareagovali ve správnou dobu. Toto je jeden z příkladů zvládacích mechanismů, které si děti vytvářejí samy a které je vhodné zachytit a cíleně rozvíjet.

Druhá strana problému, tedy zvládnání potíží ve výkonové motivaci dětí, je z našeho pohledu druhým klíčovým mechanismem. Tomuto problému jsme věnovali pozornost již v teoretickém úvodu, kde byla popsána i některá možná řešení (ve smyslu rozvoje autoregulace), jejichž konkrétní podobu přiblížíme nyní. Situaci výstižně popisuje matka Luboše: „*On prostě strašně chce vyhrávat, když nevyhraje, je hrozně vzteklej (chlapec chodí na judo) a v jiné situaci: „Když nezíská, co chtěl, to pak brečí, i když už by to měl pochopit, že nemůže být vždycky první nebo nejlepší, zrovna on.“* Děti s ADHD touží po úspěchu a tuto touhu deklarují, jejich výkonovou motivaci bychom ovšem mohli označit jako prvoplánovou, protože při vlastní pracovní činnosti se tento cíl ztrácí, pokud není úspěch spojen ještě s dalším, aktuálně neustále vnímaným ziskem. Jinými slovy, děti chtějí mít jedničky, neprospěch je trápí, ovšem ne natolik, aby s tímto pocitem pracovaly, když teď je zrovna strašně nebaví se učit.

Výkonová motivace dětí s ADHD se proto jeví jako paradoxní. Výkonová motivace ke školnímu prospěchu, jak ji popisuje např. Vágnerová (2001), by měla být založena na obecném vztahu k dobrému výkonu, resp. úspěchu, který má různé aspekty, jako je např. význam sociální. U dětí s ADHD pozorujeme, že chtějí dosáhnout výkonu, ale motivují je právě zejména vnější a sociální atributy úspěchu, ne výkon jako takový. Proto sice deklarují výkon a výkonovou motivaci, ale v reálných situacích, kde není ještě další

motivační sycení, nebo není dostatečně zřetelná návaznost úspěšného výkonu na další zisky, pak selhávají.

Motivaci k učení také komplikují špatné zkušenosti dětí - jejich další kognitivní obtíže často vedou k tomu, že bez ohledu na čas strávený přípravou selhávají ve zkouškové situaci, což samozřejmě zpětně ještě více oslabuje jejich motivaci k učení („*nemá to smysl, můžu se učit jak chci, doma to s mámou umím a pak to zase nedám*“ ... „*Doma se to naučil a pak si to stejně neopravil, to ho mrzelo.*“). Míra úsilí, kterou zde pak musí vynaložit rodiče je velká, protože pouhé připomenutí cíle často nestačí. Někdy připojují další emoční kvalitu – konkrétně osobní vztah k učitelce: „*Je fajn využívat, že má vztah k paní učitelce, aby to bylo jeho rozhodnutí, já mu řeknu: tak fajn, dej si věci do tašky a zítra to vysvětlíš paní učitelce sám, proč to nemáš.*“ Druhou často používanou strategií je **ritualizace** – úkoly se dělají v předem stanovenou dobu, většinou jim předchází nebo následuje vždy stejná, předem domluvená odměna a postup je vždy stejný („*Smí jít ven, ale ví, že pak úkoly být musí a už to funguje*“ ... „*Prostě jsem vybojovala, že jsou úkoly a pak smí k televizi a nakonec to vzal.*“). Tato asi nejčastěji doporučovaná metoda se rodičům ve většině případů osvědčuje i pro zvládnání ranní a večerní hygieny, uklízení věcí a dalších činností, nad kterými s dětmi opakovaně bojovali, zejména kvůli neschopnosti dítěte věnovat se činnosti samostatně.

Ritualizace se ukazuje jako užitečná i přímo ve škole, ke zvládnání právě zapominání pomůcek, přípravě na hodinu apod. Ovšem její využití má i jednu stinnou stránku, děti s ADHD obecně mají velký odpor k činnostem mimo rozvrh – projektovému vyučování, různým tematicky zaměřeným blokům mimo běžný rozvrh hodiny apod. Domníváme se, že tímto se do jisté míry ještě prohlubuje. Jeden ze zkoumaných chlapců se na takové dny vždy dožadoval omluvenky kvůli nevolnosti. Tento postoj je vcelku pochopitelný, jedná se o činnosti, které jsou pro děti často nepřehledné, bývají aktivnější, tudíž je pro děti těžší se soustředit. Jak ovšem zmiňuje jedna z dotazovaných učitelek, tento problém mívají podle jejího názoru i další děti, nejen ty s ADHD, podle ní je potřeba děti k takovému způsobu práce vést dlouhodobě a zejména od počátku školní docházky, jinak jej již hůře akceptují a zejména daleko méně využijí, motivační potenciál např. projektové výuky se pak může vytrácet.

Dodejme ještě, že zvládnutí této oblasti má zásadní význam pro budoucnost. Rozhovory s dětmi, které nebyly zařazeny do našeho primárního vzorku, protože již přešli na druhý stupeň základní školy, ukázaly, že v případě, že se nepodaří prolomit tento „začarovaný kruh“, stávají se děti později prakticky nemotivovatelné ke školní práci, jejich

ambicí ve škole je „přežít“. Tato charakteristika samozřejmě hodně platí na pubescenty obecně, ovšem u dětí s ADHD, kde dojde k hlubšímu rozvoji motivačních problémů, pak velmi často absentují jakékoli zájmy nebo nadšení pro něco, které by rodiče mohli používat jako zdroj motivace. Jeden ze zkoumaných chlapců např. celkem ochotně svěřoval rodičům své školní výsledky, které se většinou pohybovaly okolo trojek a čtyřek, ale odmítal jim přiznat, kdy se budou psát písemky, resp. ve kterém předmětu může být zkoušen. Věděl totiž, že pak by následovala snaha rodičů se s ním na písemku připravovat. A tato představa pro něj byla velmi obtěžující, pro děti s ADHD typicky dával přednost aktuálnímu pohodlí před budoucím možným a v jeho případě nejistým výsledkem. Zde je patrné, že chlapec již vůbec nechápe domácí přípravu do školy jako nějakým způsobem užitečnou či smysluplnou, byť náročnou, pro něj je pouze obtěžujícím procesem, který jej omezuje.

Na závěr ještě vysvětleme, proč toto téma zařazujeme do problematiky vztahu rodiny a školy. Již bylo zmíněno, že potíže s motivací zasahují vychovatele v obou prostředích. Druhým důvodem je fakt, že domácí příprava a její přizpůsobení nárokům učitele, je podle matek jedním z nejčastějších témat rozhovorů s učitelkami. Dotazované matky mají potřebu mít přehled o tom, co se probírá ve škole, právě proto, že vnímají svou zodpovědnost za to, nakolik jejich dítě v daných úkolech obstojí, a také proto, že zde mají prostor, kde mohou dokázat normalitu či kvalitu svého dítěte. Kvalitní domácí příprava je tedy na jedné straně možností, jak dát učitelce najevo dobrou vůli ke spolupráci, na straně druhé je ale také nástrojem, jak poukazovat na dobré výkony vlastního dítěte, které mohou být součástí ospravedlnění jeho pochybení v jiných oblastech.

Z poradenského hlediska jako závažný aspekt této situace vnímáme jednak vysokou míru konfliktnosti tohoto tématu, což v rozhovorech matky často potvrzují, jednak skutečnost, že ze strany rodičů se jedná často o silový přístup k dítěti, kdy prosazují svou vůli a určený program proti vůli dítěte. Hranice mezi tlakem, který je motivující a tlakem, který má neurotizující charakter, je ale podle našeho názoru velmi těsná a je vhodné všimnout si situací, kdy rodiče tuto hranici nepřekračují, protože jsou schopni odečíst aktuální možnosti dítěte, jak to ilustruje výrok Edovy matky: *„Já vím, že se nejprve musí vyběhat, pak mu to řeknu, že se jdeme učit a počkám, až se nezpouzí, to je pak připravenej.“*

## 10.5 Závěry k tématu vztahu rodiny a školy

Přítomnost ADHD vede k tomu, že se kontakty rodiny a školy zintenzivňují. ADHD je rizikovým faktorem v tom smyslu, že se může stát zdrojem konfliktů mezi rodiči a učiteli.

Problematika vztahu rodiny a školy u dětí s ADHD byla představena jako dynamický proces dlouhodobého vyjednávání a hledání cest ke zvládnutí potíží na obou stranách, který od obou stran vyžaduje ochotu ke kompromisu a akceptaci úhlu pohledu i druhé strany. Z toho důvodu může velmi snadno ztroskotat, což v důsledku může vést ke zhoršení školního prospívání dítěte nebo ke změně školy či třídy. Tato zkušenost může být pro dítě negativní. Jedním z klíčových témat je zde domácí příprava do školy, která je typickou činností vyžadující od rodičů aktivní přístup k rozvoji autoregulace a volných procesů jejich dětí.

## 11 Diskuze

V následující kapitole podrobíme diskuzi některé výchozí body a následná zjištění našeho výzkumu.

### 11.1 Diskuze k pojetí problematiky ADHD

V teoretickém úvodu naší práce seznamujeme s aktuálními pohledy na příčiny a průběh ADHD. Tyto pohledy jsou převážně neuropsychologického až medicínského charakteru. Domníváme se ovšem, že pro pochopení problematiky je vhodné brát v úvahu i další faktory. K tomu nás vede mj. také rozbor našich výzkumných dat, který ukazuje, že rodiče i učitelé při svých úvahách o problematice ADHD s těmito faktory jednoznačně pracují. Proto bychom nyní zmínili také **sociokulturní pohled na ADHD**.

V současném odborném tisku bychom narazili na mnoho teorií, proč dochází k nárůstu počtu poruch typu ADHD. S mnoha z nich lze jistě souhlasit, ať už se jedná o zlepšení diagnostických metod, otázky prenatální a neonatální medicíny apod. Dovolíme si přispět svou troškou do mlýna, alespoň v rovině další hypotézy. Rozhodně se tímto nechceme zařadit mezi ty, kteří zpochybňují genetické či neurologické příčiny syndromu ADHD, což je s variantami enviromentálního pohledu na poruchu někdy spojováno. Takto radikální postoj nepovažujeme za užitečný. Pouze se domníváme, že úvahy o prostředí jsou užitečnou součástí hledání řešení pro děti s ADHD.

Mnoho autorů sociologické literatury (za všechny např. Z. Bauman, N. Elias) operuje s nárůstem individualismu v lidské společnosti. Lidé jsou podle nich dnes „odsouzeni“ k tomu být jedinci, sami si vést svůj život ve společnosti, která postrádá řád a pravidla a je na to mnohdy hrdá (v tom smyslu, že konečně neomezuje svobodu svých příslušníků). Do této společnosti, kde si každý za sebe hledá způsob, jak žít s druhými, a tohoto (ne)uspořádání se rodí děti s ADHD, jejichž základním problémem je nedostatek ve schopnosti sebeorganizace.

Většina dětí s ADHD je „odhalena“ při vstupu do předškolního nebo školního vzdělávání. Bývá to vysvětlováno skutečností, že se dostávají do uspořádaného prostředí, kde musí respektovat pravidla, což jim nejde. Kladu si otázku, zdali současné školy, zejména ty, které chtějí být moderní, k dětem přátelské, jsou opravdu tak moc svázány pravidly. V mnoha směrech samozřejmě ano, protože jinak by nemohly fungovat. Na druhé



straně ale spousta metod, které tato pravidla prosazovaly a utužovaly, byla postupně odstraněna ve jménu většího prostoru pro individualitu dítěte. Z jednoduchých opakovaných pokynů („...teď se postavte do řady, ty si stoupni sem a chytni ho za ruku.“) se stala pravidla vzájemně domluvená, často představená na modelové situaci, někdy možná napsaná na nástěnce, na které se paní učitelka jen odkazuje a ptá se dětí – „a co teď máme udělat?“. Šikovné děti tato pravidla zvnitřní a ví. Děti s ADHD neví a zlobí. Možná jsme dříve neměli ve školách tolik dětí s diagnostikovaným ADHD, protože jsme ve výchově nevytvářeli situace, kde se mohly ve své odlišnosti naplno projevit. Tímto nevoláme po návratu ke starým pořádkům. Jen bychom chtěli poukázat na skutečnost, že výchovně-vzdělávací podmínky, které ustanovujeme pro děti s ADHD např. formou individuálních vzdělávacích plánů, se velmi blíží podmínkám toho, co si představujeme pod pojmem klasická škola. Ta, která je dnes kritizována s tím, že mnoho dětí omezovala a bránila jim v rozvoji.

V tomto kontextu je zajímavá i zkušenost rodičů dětí s ADHD, že jejich děti často lépe prospívají v mateřských školách praktikujících alternativní pedagogické přístupy. Tento prvek nemáme výzkumně podložený, vycházíme pouze z obeznámenosti se zkušeností rodičů. V návaznosti na výše uvedenou úvahu se totiž jeví jako logická. U nás nejčastěji využívané alternativní přístupy – waldorfská škola a přístup M. Montessori, totiž vytváří velmi strukturované prostředí, jehož fungování je založeno na důsledném dodržování pravidel, která jsou opakovaně zdůrazňována. Svou roli zde ale samozřejmě hraje i fakt, že většina alternativních mateřských škol mívá ve třídách nižší počet dětí, než je tomu v běžné veřejné mateřské škole.

Morley (2010) dokazuje, že na přidělení diagnózy mají vliv i kontextové faktory, jako je třeba rasa, pohlaví či finanční zázemí pacienta. Pro posuzování symptomů ADHD je tedy velmi důležitý interpretační rámec, ve kterém se v danou chvíli pohybujeme. Ve strukturovaném prostředí více vystupuje nestrukturované chování. V našich podmínkách si můžeme také klást otázku, jak často jsou poruchy pozornosti diagnostikovány u dětí ze sociokulturně handicapujícího prostředí, zdali se zde část příznaků, které bychom jinak identifikovali jako ADHD, nezahrne do problematiky sociokulturního handicapu a tím uniká z možností reflektovat jej ve školní výuce.

Druhý argument pro enviromentální vliv na nárůst diagnostikovaného ADHD přináší Panksepp (1998, 2003). Vedle subtilněji strukturovaného výchovného vedení totiž můžeme konstatovat ještě další zřetelnou kulturní změnu, a tou je zmenšení prostoru pro

volnou, neřízenou hru dětí<sup>63</sup>. Tato tendence je paradoxní předchozí zmíněné, ale je očividná. Souhrnně lze říci, že na jedné straně uvolňujeme výchovné prostředí školy a rodiny, ale na druhé straně omezujeme čas, který děti věnují zcela volné hře, která není omezována přítomností dospělých, jejich vedením a dozorem. Většinu volného času dětí strukturujeme neustálou nabídkou programů a kroužků, protože bezpečný prostor, kde by si děti mohly hrát bez dozoru, se z našeho sociálního i geografického okolí vytrácí. Panksepp svými výzkumy ale dokazuje, že tento typ hry má velký význam, jedná se o biologickou vývojovou potřebu, jejíž naplnění podporuje zrání mozkových funkcí, konkrétně regulačních funkcí frontálního laloku, které jsou zodpovědné za zvládnání impulzivity. Tento neurologický podklad své teorie dokládá i konkrétními studii mozkových funkcí, bohužel převážně prováděných na pokusných zvířatech. Úvaha, že dostatek prostoru pro volnou hru je důležitým prvkem rozvoje některých klíčových kompetencí, je ale jistě nosná a pro terapii zajímavá.

V zásadě se tedy nabízí úvaha, že pro děti by bylo výhodné striktně rozdělovat čas určený hře a práci, s převahou herního času v předškolním období, kdy se mozkové funkce intenzivně rozvíjejí.

Drobným příspěvkem k sociokulturnímu pohledu na ADHD bychom chtěli upozornit na nutnost vnímání ADHD jako konstruktů, který má zřetelné sociokulturní zakotvení.

## 11.2 Diskuze k metodologii výzkumu

S většinou otazníků nad použitou výzkumnou strategií jsme se snažili vyrovnat již v metodologické kapitole. Na tomto místě zdůrazňujeme dvě možné základní pochybnosti. Jednou z nich je velikost vzorku. Celkový počet dětí nebyl vysoký, ale podařilo se nám shromáždit rozsáhlý materiál, což odpovídalo záměru zpracovat tematiku pomocí kvalitativních výzkumných postupů. Z tohoto důvodu se striktně přidržujeme kvalitativních postupů analýzy a interpretace a nesnažíme se o generalizaci získaných dat na děti s ADHD obecně. Přesto naše zjištění považujeme za podnětná pro praxi. Právě praktické hledisko je odpovědí i na druhou pochybnost, která může vyvstávat okolo složení vzorku. Jsme si vědomi, že jej tvoří převážně tzv. „spolupracující klienti“, matky a děti, které po různých komplikacích jsou nyní spokojené s aktuálním stavem věcí, s učitelkami a

---

<sup>63</sup> Ve svém výzkumu hovoří o rough and tumble play, tedy divoké, nestrukturované hře.

dalšími profesionály, se kterými komunikují. Podobně učitelky, které souhlasily s rozhovory a pozorováním ve svých třídách, jsou těmi, které důvěřují své schopnosti zvládnout práci s dětmi s ADHD, a názor rodičů na jejich práci tuto důvěru potvrzuje. Náš výzkum tedy není sondou zasahující celé výzkumné pole, ale spíše rozbořením dobré praxe. Pro další rozvoj péče o děti s ADHD a jejich vychovatele se nám ale právě studium dobré praxe a pozitivních, funkčních příkladů jeví jako užitečný postup.

### 11.3 Diskuze k výzkumným zjištěním

Na základě analýzy sebraných dat jsme vyslovili názor, že postoj zúčastněných dospělých a jejich předpoklady o chování dítěte patří ke klíčovým faktorům ovlivňujícím adaptaci dítěte ve škole a jeho život v rodině. Konkrétně v našem vzorku se jeví jako důležitější než míra závažnosti poruchy. Tyto postoje jsou spoluurčovány tím, nakolik rodiče a učitelé interpretují chování dítěte v kontextu ADHD. Tento poznatek souzní s výzkumem autorek Johnston a Ohan (2005). Konstatují, že atribuce jsou mediátorem mezi chováním dítěte a reakcí rodiče na toto chování (vycházejí z adaptovaného Weinerova modelu kauzálních atribucí). Kauzální atribuce jsou nástrojem interpretace k určení smyslu chování dítěte, který určuje zejména emoční i následnou behaviorální reakci rodiče na chování dítěte. Rodiče, kteří interpretují chování dítěte s ADHD, mají tendenci jeho problematické chování vnímat více jako vnitřní (osobní) problém dítěte (v porovnání s rodiči intaktních dětí, kteří více pracují s externími kauzálními faktory), ovšem bez možnosti dítěte jej ovlivnit. Tato hodnocení vztahují i na problémové chování, které s ADHD primárně nesouvisí. Převáděno do hodnocení rodičů – „je zlobivý (jako interní stabilní charakteristika), ale nemůže za to“. Jak zdůrazňují, to platí tam, kde rodiče přijali pojetí ADHD jako poruchy. Práce s rodičovskými atribucemi (ve smyslu oslabení dítě obviňujících atribucí) se tak stává i důležitou součástí terapeutických programů, kde se ukazuje jako proměnná ovlivňující úspěch terapie (Johnston, Ohan 2005).

Podobně Ohan et al. (2008) dokazují, že vyšší míra informací o ADHD (nejen o jeho přítomnosti u dítěte, ale o poruše obecně) vedou k tomu, že učitelé poskytují dětem více podpory. Na druhé straně se ovšem po přidělení diagnózy více obávají práce s daným dítětem.

Domníváme se, že toto také podporuje dva naše závěry - předpoklad o užitečnosti včasné diagnózy a seznamování vychovatelů s problematikou ADHD, stejně tak jako

doporučení zvýšit důraz na pozornost věnovanou rodičům a učitelům v rámci péče o děti s ADHD.

V souvislosti se **včasností stanovení diagnózy** se objevuje otázka předčasného „**nálepkování**“ dětí. Jak ukázaly rozhovory s rodiči, moment stanovení diagnózy ADHD znamenal ve většině případů úlevu a zlepšení nebo alespoň zjednodušení situace rodiny (např. ve smyslu omezení konfliktů či vzájemného obviňování mezi rodiči). Klademe si samozřejmě otázku, proč tomu tak je, když např. budoucí učitelé jsou tak často varováni, aby své žáky vnímali komplexně a vyhnuli se udělování nálepek, které vedou ke stereotypnímu pohledu na dítě. Skutečnost, že tak přesto činí a že důvodem toho je prostá potřeba strukturace zkušenosti s danou třídou, dobře dokumentují např. Kučera či Štech a Viktorová (in PSŠE 1995). Důvodem, proč je pro učitele i rodiče snazší uvažovat o dítěti jako o nositeli syndromu ADHD, je skutečnost, že jeho chování by jinak vedlo k označením výrazně negativním, která nesou silný osobní náboj (např. je drzý, nerespektuje mě ani pravidla, je agresivní, je nenapravitelný, je netrpělivý, nedá se na něj spolehnout, je nešikovný, nikdy nic neudělá pořádně), což potvrzují zkušenosti rodičů - respondentů výzkumu. Jednoznačně ukazují, že nálepka druhá, která většinou následuje, pokud není konstatováno ADHD, je pejorativní. Tu je velmi těžké odbourat, protože pokud učitelka toto chování neinterpretuje v kategorii poruchy, většinou si vytvoří implicitní teorii, proč se dítě tímto způsobem chová, která často mezi příčiny řadí záměrnou provokaci na straně dítěte, výchovnou nezpůsobilost či nezáměr rodičů a často zahrnuje spíše negativní očekávání ve vztahu k dítěti.

Ať již diagnóza stanovena byla či ne, dítě se od počátku chová stejně problematicky, to se nemění, liší se pouze lokalizace zdroje. Pokud zdroje tohoto chování hledáme v jeho osobnosti, tedy předpokládáme jistou míru záměrnosti takového chování, do našeho postoje k dítěti logicky vstupují velmi negativní emoce. Skutečnost, že dítě neposedí a opět nedokázalo dokončit určenou činnost, je samozřejmě pro vychovatele frustrující i v případě, že ví, že příčinou je syndrom ADHD, pro mentální nakládání s touto frustrací se ale jako snazší ukazuje její směřování mimo osobnost a záměry dítěte, tedy na „nezaviněný“ syndrom, který zde prostě je a je potřeba se s ním vyrovnat. S tímto náhledem je pak užitečnost diagnózy podle našeho názoru zřetelná, mj. i v kontextu atribučního modelu, jak byl popsán výše. Práce s předpoklady o chování dítěte by tudíž neměla chybět také v psychologické podpoře učitelů, v jejichž třídě se nachází dítě s ADHD.

Pro práci s rodiči jako klíčovými osobami nápravného procesu se vyslovují také Anastopoulos, Rhoads a Farley (in Barkley 2006). Konstatují, že i neuropsychologická podstata ADHD – problémy v inhibici chování či neschopnost předvídat následky, je řešitelná právě zvnějšku, prostřednictvím rodičů, protože rozvoje seberegulace je dosahováno právě skrz externí kontrolu poskytovanou rodiči.

Nedílnou součástí práce s rodiči pak musí být prostor pro jejich **vyrovnávání se s negativními pocity**, které život s dítětem trpícím ADHD přináší. Velká míra rodičovského stresu je konstatována mnoha zahraničními studii, v našich podmínkách výsledky našeho výzkumu korespondují s výsledky kvalitativní studie Kolčárkové a Lacinové (2008), realizované s matkami hyperaktivních dětí. Odlišnost nacházíme zejména v otázce výchovného využívání trestů, které nebyly v našich rozhovorech často zmiňovány a dále pak ve větším důrazu námi sledovaných matek také na pozitivní vlastnosti svého dítěte. Domníváme se, že tyto odlišnosti jsou způsobeny zejména metodologicky, tedy odlišnou stavbou otázek použitých v interview.

Zajímavý rozdíl mezi postoji matek v našem výzkumu a v citované studii nacházíme ve vztahu matek ke škole, zejména u dětí, které se teprve chystají do základní školy nastoupit. Matky z citovaného výzkumu z ní vyjadřují obavy, bojí se tohoto momentu, v našem výzkumu se setkáváme s náhledem na vstup do školy jako na nový začátek, novou šanci, možnost začít „s čistým štítem“. I zde se samozřejmě vyskytují obavy, zejména spojené s přístupem konkrétní učitelky, na kterou dítě v první třídě narazí. Přesto ale převažují pocity naděje. Jednou z příčin, která by mohla vysvětlovat tento rozdíl, je názor, který matky v našem výzkumu často vyjadřovaly, totiž přesvědčení, že adaptace dítěte ve třídě daleko více než na dítěti závisí na učitelce a jejím přístupu. Špatná zkušenost s mateřskou školou nebyla podle nich způsobena pouze poruchou dítěte, ale nekompetentností učitelek a jejich neochotou s dítětem pracovat vhodným způsobem. Zaujímají tedy defenzivní postoj, který Malacrida (2001) v sociologické studii matek hyperaktivních dětí popisuje jako boj za dokazování normality. Všechny námi dotazované matky připustily, že jejich děti jsou náročné, ale trvaly na jejich „zvládnutelnosti“. S tímto názorem podle nás souvisí i naděje, kterou vkládají do základní školy.

Tímto se dostáváme k našim závěrům týkajícím se **vztahu rodiny a školy** u dětí s ADHD. Tento vztah jsme označili za dynamický a velmi křehký. Pokud bychom měli porovnat naše empirické poznatky s modely spolupráce rodiny a školy, jak byly vymezeny v teoretických kapitolách, z dostupných dat se zdá, že jako funkční varianta se zde nabízí

spolupráce s vysokou měrou participace a s proměnlivou měrou difúze, kdy si rodiče a učitelé rozdělení rolí často opakovaně vymezují s nově se objevivšími problémy. Ze strany rodičů se setkáváme s pojetím školního vzdělávání na pomezí mezi komplementárním a nahrazujícím. Většinou se začnou cítit ve vztahu k dítěti kompetentnější a ke škole proto přistupují s nabídkou spolupráce na partnerské úrovni. Nabízejí informace a osvědčené postupy a totéž očekávají. Předpokládají, že řešení problémových situací budou se školou hledat společně. Právě model s vysokou mírou participace zatím není na našich školách plně rozšířen (Rabušicová 2004) a neobvyklost či nestandardnost tohoto postoje je podle nás jednou z příčin naznačené křehkosti vztahů rodiny a školy, jak jsme ji pozorovali.

Zajisté se nám nepodařilo zodpovědět všechny otázky, které problematika socializace dětí s ADHD nabízí, domníváme se ale, že předkládané závěry dobře korespondují s dalšími výzkumy věnovanými této problematice, a je proto možné je vnímat jako výchozí bod pro další úvahy o postupech péče o děti s ADHD.

## 12 Závěr

Předkládaná disertační práce si kladla za cíl seznámit s problematikou poruchy pozornosti s hyperaktivitou ve dvou základních socializačních prostředích – v rodině a škole. Naší snahou bylo přiblížit, jaký dopad mají symptomy ADHD zejména na sociální vztahy dětí s jejich vychovateli, protože tyto vnímáme jako důležité socializační činitele. V teoretických kapitolách jsme se proto vedle problematiky ADHD zaměřili také na otázky průběhu socializace v rodině a škole.

Na základě analýzy dat získaných kvalitativní výzkumnou studií jsme prezentovali mj. následující zjištění:

Postoje vychovatelů (rodičů i učitelů) dětí s ADHD se jeví jako klíčový faktor pro průběh socializace v rodině a škole. Ve funkčních případech je postoj rodičů a učitelů proaktivní, respektuje limity dítěte, ale zároveň mu poskytuje prostor a pomocí výrazné vnější kontroly jej vede k rozvíjení vlastní schopnosti regulace chování. Aby mohli vychovatelé dosáhnout tohoto náhledu, je užitečné pracovat v rámci terapeutického vedení s jejich emocemi ve vztahu k dítěti a konotacemi, které mají s projevy dítěte spojené. V tomto směru se vyslovujeme pro včasné vyslovení diagnózy ADHD, alespoň na suspektní úrovni, byť i s rizikem pozdější korekce tohoto závěru, zejména v souvislosti s postupným dozráváním neuropsychických struktur dítěte.

U rodičů dětí s ADHD, zejména tam, kde mají prostor pro spolupráci s poradenským pracovníkem, pozorujeme změny jejich rodičovského postoje ve smyslu jeho větší reflektovanosti. Domníváme se, že tento aspekt poradenského a terapeutického procesu by neměl unikat pozornosti pečujících profesionálů. Jako rizikový vnímáme moment, že žádoucí proaktivní postoj vychovatelů, jejich angažovanost, zároveň zvyšuje pravděpodobnost, že se setkají se selháním dítěte, protože jej aktivně vedou ke zvládnání nároků, zejména školních. Toto selhání, způsobené symptomy poruchy, může být pro vychovatele velmi demotivující, což je závažný problém v situaci, kdy právě vychovatelé působí v roli facilitátora či mediátora volních a regulačních procesů u dítěte. Účinným způsobem práce s touto problematikou jsou rodičovské terapeutické či tréninkové skupiny, za jejichž rozvoj se přimlouváme.

Důležitým prvkem v systému péče o dítě s ADHD je spolupráce rodiny a školy. Zde vidíme velký prostor pro práci poradenských pracovníků, kteří mohou pomáhat udržovat

tento křehký vztah na pozitivní a stabilní úrovni.

Doufáme, že předložená práce přinesla inspirující podněty svým čtenářům.



## 13 Literatura

- AGUIAR, A.; EUBIG, P.A.; SCHANTZ, S.L. (2010). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Focused Overview for Children's Environmental Health Researchers. In *Environmental Health Perspectives*; 2010, Vol., 118. Issue 12, p1646 – 1653. ISSN 00916765
- ANASTOPOULOS, A. D.; RHOADS, L. H.; FARLEY, S. E. (2006). Counseling and Training Parents. In BARKLEY, R. A. - *ADHD. A Handbook for diagnosis and treatment*. 3rd ed. New York: The Guilford Press 2006. 770 str. ISBN 10: 1-59385-210-X.
- ANTROP, I. ET AL. (2006). ADHD and delay aversion: the influence of non-temporal stimulation on choice for delayed rewards. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 47, Issue 11, November 2006 , pp. 1152-1158. ISSN 0021-9630
- ARENDTOVÁ, H.(1994). *Krize kultury*. Praha: Mladá fronta 1994. ISBN 80-204-0424-4
- BARKLEY, R. A. (2006). *ADHD. A Handbook for diagnosis and treatment*. 3rd ed. New York: The Guilford Press 2006. 770 str. ISBN 10: 1-59385-210-X
- BARKLEY, R. A. (2006b). *Attention-deficit hyperactivity disorder : a clinical workbook*. 3rd ed.. New York ; London : The Guilford Press, 2006. 165 str. ISBN 1-59385-227-4
- BAUMAN, Z. (2004). *Individualizovaná společnost*. Praha: Mladá Fronta 2004. 296 str. ISBN 80-204-1195-X
- CASTEL, R. (1996). L'Etat et la fragilité du couple. *Problemes politiques et sociaux*. No. 761, février 1996- Paris: La documentation Française, str. 41-42. ISSN 0015-9743
- CASTELLANOS, F. X. et al. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *TRENDS in Cognitive Sciences* Vol.10 No.3 March 2006. pp. 117 – 123. ISSN 1364 - 6613
- DALEN, L. ET AL. (2004). Inhibitory Deficits, Delay Aversion and Preschool AD/HD: Implications for the Dual Pathway Model. *Neural Plasticity*. Vol.11, Issue 1-2. 2004. ISSN: 1687-544
- DALEY, D. ET AL. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: current findings, recommended interventions and future

- directions. *Child: care, health and development*, Vol. 35, No. 6, pp. 754–766. ISSN: 1365-2214
- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS : DSM-IV-TR. -- 4th ed., text revision. Arlington: American Psychiatric Association, 2005. 943 s. ISBN 0-89042-025-4.
- DRTÍLKOVÁ, I; ŠERÝ, O. (2007). *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén 2007. 268 str. ISBN 978-80-7262-419-5.
- FOLEY, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*; Jan2011, Vol. 16 Issue 1, p39-49, ISSN 1539 -0136.
- FRAIBERGOVÁ, S. H. (2002). *Magické roky*. Praha: Triton 2002 . 260 str. ISBN 80-7254-270-2
- FREEDMAN, J.; COMBS, G. (2009). *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál 2009. vyd. 1. 320 s. ISBN 978-80-7367-549-3
- GIDDENS, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo. 595 str. ISBN 80-7203-124-4
- GREENE, R. W; ABLON. S. J. (2001). What Does the MTA Study Tell Us About Effective Psychosocial Treatment for ADHD? *Journal of Clinical Child Psychology* , Vol. 30/2001, No. 1, p114–121. ISSN 1532-7639
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-303-X
- HAVLÍK, R., KOŤA, J. (2007) . *Sociologie výchovy a školy*. Praha: Portál, 176 str. ISBN 978-80-7367-327-7
- HELUS, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1168-3
- HOZA, B. ET AL. (2005). Peer-Assessed Outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005, Vol. 34, No. 1, p74–86. ISSN 1537-4424 (Online)
- CHYZ, V. (2007). *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. Praha: Psychologický ústav AV ČR 2007. 152 str. ISBN 80-86174-11-5
- JENSEN ET AL. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2001 Feb;22,

- JOHNSTON, CH.; OHAN, J. (2005). The Importance of Parental Attributions in Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity and Disruptive Behavior Disorders. *Clinical Child & Family Psychology Review*. Sep2005, Vol. 8 Issue 3, p167-182, 16p. ISSN 10964037
- JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, (2010). *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2010. 238 s. ISBN 978-80-247-2697-7
- KELLAGHAN, T.; SLOANE, K.; ALVAREZ, B.; BLOOM, B.S. (1993). *The Home Environment nad School Learning*. San Francisco: Jossey-Bass Publ. ISBN 1-55542-588-7
- KOLČÁRKOVÁ, I.; LACINOVÁ, L. (2008). *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Barrister a Principal a MU 2008. 138 str. ISBN 978-80-87029-47-3
- KŘÍŽKOVÁ A. (ED.) (2005). *Kombinace pracovního a rodinného života v ČR: politiky, čas, peníze a individuální, rodinné a firemní strategie*. Praha: SÚ AV 2005. 91 str. ISBN 80-7330-077-X
- KULIŠŤÁK, P. (2000). Klinicko-psychologický pojem „organicita“ v neuropsychologii. In Heller, D.; Šturma, J. (Eds. ) - *Psychologie pro třetí tisíciletí*. Praha: Testcentrum 2000. ISBN 80-86471-04-07
- KULIŠŤÁK, P. (2003). *Neuropsychologie*. Praha: Portál 2003. 336 str. ISBN 80-7178-554-7.
- LACINOVÁ, L., & ŠKRDLÍKOVÁ, P. (2008). Koncepce a teoretická východiska práce s rodičovskou skupinou Klubu rodičů a přátel neklidných a hyperaktivních dětí. *E-psychologie* [online], 2(4), 2008, str. 47-57 [cit. 15. 5. 2010]. Dostupný z WWW: <[http://e-psycholog.eu/pdf/lacinova\\_etal.pdf](http://e-psycholog.eu/pdf/lacinova_etal.pdf)>. ISSN 1802-8853.
- LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. (1998) . *Vývojová psychologie*. Praha: Grada 1998. 344 str. ISBN 80-7169-195-X.
- MALACRIDA, C. (2001). Motherhood, Resistance and Attention Deficit Disorder: Strategies and Limits. *Canadian Review of Sociology & Anthropology*; May2001, Vol. 38 Issue 2, p141-165, 25p. ISSN 00084948
- MANIADAKI, K. ET AL. (2005). Parents' causal attributions about attention deficit/hyperactivity disorder: the effect of child and parent sex. *Child: Care, Health & Development*; May2005, Vol. 31 Issue 3, p331-

- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada 2006. 332 str. ISBN 80-247-1362-4
- MONUTEAUX, M.C. ET AL. (2010). The influence of sex on the course and psychiatric correlates of ADHD from childhood to adolescence: A longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Mar2010, Vol. 51, Issue 3, p233-241. ISSN 00219630.
- MORAVCOVÁ – SMETÁČKOVÁ, I. (2004). Význam genderu v komunikačních strategiích rodiny a školy. *Pedagogika – monotematické číslo „Rodina a škola“*, roč. LIV, č. 4/2004, Str. 406 – 416. ISSN 0031-32-815
- MORLEY, CH. P. (2010). The effects of patient characteristics on ADHD diagnosis and treatment: A factorial study of family physicians. *BMC Family Practice*; 2010, Vol. 11, p11-20, ISSN 1471-2296
- MOŽNÝ, I. (1990). *Moderní rodina (mýty a skutečnost)*. Brno: Blok 1990. ISBN 80-7029-018-8
- MOŽNÝ, I. (2002). *Sociologie rodiny*. Praha: SLON 2002. str. 219. ISBN 80-865529
- MOŽNÝ, I. (2004). Česká rodina pozdní modernity: Nová podoba starého partnera a rivala školy. *Pedagogika – monotematické číslo „Rodina a škola“*, roč. LIV, č. 4/2004, str. 309 - 325. ISSN 0031-32-815
- NAKONEČNÝ, M. (1999). Praha: Academia 1999. ISBN 80-200-0290-7
- NIMH (2009). *Preschoolers with ADHD Improve with Low Doses of Medication*. Tisková zpráva. Dostupné z <http://www.nimh.nih.gov/science-news/2006/preschoolers-with-adhd-improve-with-low-doses-of-medication.shtml> dat cit. [12.9. 2011].
- OHAN, J. ET AL. (2008) Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*. Volume: 23/2008, Issue: 3, Pages: 436-449. ISSN: 19391560
- OWENS, J. S. ET AL (2007). A Critical Review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clinical Child & Family Psychology Review*; Dec2007, Vol. 10 Issue 4, p335-351. ISSN 10964037
- PACLT, I. A KOL. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. 2007. 234 str. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PANKSEPP, J. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorders, Psychostimulants, and

- Intolerance of Childhood Playfulness: A Tragedy in the Making?  
*Current direction in psychological science*. Vol. 7, No. 2. str. 91 – 98.
- PANKSEPP, J. (2007). Can Play Diminish ADHD and Facilitate the Construction of the Social Brain? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 16, no. 2/2007. Citováno z WWW <http://www.oelr.org/2011/01/28/adhd-social-brain/> [cit. 16. 5. 2011]
- PAVELKOVÁ, I.(2002). *Motivace žáků k učení*. Praha: PedF UK 2002, ISBN 80-7290-09207. 248 str.
- PAVLAS – MARTANOVÁ, V. a kol. (2010). *Dlouhodobé intervenční skupiny v PPP. Závěrečná zpráva z projektu. Resortní projekt MŠMT č. 12 v kalendářním roce 2010*. Praha: IPPP ČR, dostupné z [http://www.ippp.cz/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=343](http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=343) [cit. 15. 10. 2011]
- PETRUSEK, M. ET AL. (1996). *Velký sociologický slovník (část I a II)*. Praha: Karolinum 1996. 1627 str. ISBN 80-7184-311-3
- POKORNÁ, V. - *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál 2001, ISBN 80-7178-570-9
- PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, Ch. (1994). *Neklidné dítě*. Praha: Portál 1994. 143 str. ISBN 80-7178-019-7
- PSŠE (Pražská skupina školní etnografie) (1995). *Typy žáků. Zpráva z terénního výzkumu*. Praha: PedF UK 1995. 210 str. ISBN 80-901677-0-5.
- RABUŠICOVÁ, M. (1991). *K sociologii výchovy, vzdělání a školy*. Brno: MU. 125 str. ISBN 80-210-0328-6
- RABUŠICOVÁ, M. A KOL. (2004). *Škola a (versus) rodina*. Brno: MU (2004). 176 str. ISBN 80-210-3598-6
- SEMRUD – CLIKEMAN, M., TEETER ELLISON P. A. (2009). *Child Neuropsychology. Assessment and Interventions for Neurodevelopmental Disorders*. New York: Springer 2009. Str. 487. e-ISBN 978-0-387-88963-4. Částečně dostupné z WWW <http://books.google.cz/books?id=NBGSF9Jyg6AC>. [cit. 20. 3. 2011].
- SERGEANT, J. (2004). EUNETHYDIS – Searching for valid aetiological candidates of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder or Hyperkinetic Disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2004, Vol. 13, Supplement 1, p43 – 49. ISSN 1018-8827

- SINGLY, F. De (1999) *.Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-249-1
- SINGLY, F. De (2007). L'enfant n'est qu'un enfant... *Les Grands Dossiers des Science Humaines*. 2007, No. 8, str. 30 – 33. ISSN 0996-6994
- SONUGA BARKE, E. ET AL.(2004). AD/HD and the capture of attention by briefly exposed delay-related cues: evidence from a conditioning paradigm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; Feb2004, Vol. 45 Issue 2, p274-283, 10p. ISSN 0021-9630
- SONUGA-BARKE, E. J. S., DALEN, L. & REMMINGTOM, B. (2003). Do executive deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 42, Is. 11, pp. 1335–1342. ISSN 1527-5418
- SPRADLEY, J. P. (1980). *Participant observation*. Belmont: Wadsworth 1980. 183 str. ISBN 0-03-044501-9
- SULLEROTOVÁ, E. (1998). *Krise rodiny*. Praha: Karolinum 1998. ISBN 80-7184-647-3
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (2000). *Duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. Praha : Psychiatrické centrum, 2000. 305 str. ISBN 80-85121-44-1
- ŠEBEK, M. (1990). *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: SPN 1990. 128 str. ISBN 80-04-23643-X
- ŠTECH, S. (1998). Mezigenerční přenos mezi rodinou a školou. In *Transmise kultury a škola*. Cahier du CEFRES no. 15, Praha: CEFRES 1998, str. 103 – 114. ISBN 80-902196-6-7
- ŠTECH, S. (2003). Škola, nebo domácí vzdělávání? *Pedagogika*, roč. LIII, č. 4/2003, str. 418 – 436. ISSN 0031-32-815
- ŠTECH, S.; VIKTOROVÁ, I. (1992). Rodičovské pohledy na školu a vztah dětí k ní. In PSŠE. *Co se v mládí naučíš...* Praha: PedF UK 1992, str. 144 – 163. ISBN 80-7290-046-3
- ŠTECH, S.; VIKTOROVÁ, I. (2001). Vztah rodiny a školy – hledání dialogu. In Kolláriková, Z., Pupala, B. *Předškolní a primární pedagogika*. Praha: Portál 2001, str. 57 – 91. ISBN 978-80-7367-828-9
- TAYLOR, E. ET AL.(1998). Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child*

- & *Adolescent Psychiatry*. Issue 7/1998, pp 184 – 200. ISSN 1018-8827
- THOMPSON, M. J. J. ET AL. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 18/2009. No.10. p 606 - 016. ISSN (electronic): 1435-165X. Dost. prostřednictvím databáze Ebsco [cit. 9. 9. 2011].
- TIMIMI, S. (2006). Children's mental health. The role of culture, markets and prescribed drugs. *Public policy research*. Mar2006, Vol. 13 Issue 1, p35-42, 8p. ISSN 17445396
- VÁGNEROVÁ, M. (2000). *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. (2001). *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Karolinum 2001. 304 str. ISBN 80-246-0181-8
- VAN DER MEERE, J. J., BÖRGER, N. A., WIERSEMA, J. R.(2010). ADHD: State Regulation and Motivation. *Current Medical Literature: Psychiatry*; 2010, Vol. 21 Issue 1, p14-20. ISSN 0957770X
- VETCHÁ, V. (2010). *ADHD v MŠ – jak se rodí diagnóza*. Diplomová práce. PF JČU. Č. Budějovice 2010.
- VOHLÍDALOVÁ, M. (2005). Chaos lásky v individualizované společnosti podle Ulricha Becka a Elizabeth Beck-Gernsheim. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. Roč. 6, č. 2/2005. str. 49 – 51. ISSN 1213-0028, dostupné také z <http://www.genderonline.cz/view.php?cisloclanku=2006020610> [cit. 21. 6. 2011]
- WEISS, G., HECHTMAN, L. (1993). *Hyperactive Children Grown up (ADHD in children, adolescents, and adults)*. 2<sup>nd</sup> ed. New York - The Guilford Press 1993. 473 str. ISBN 0-89862-596-3
- YESCHIN, N. (2000). A New Understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Alternate Concepts and Interventions. *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 17, Nr 3, June 2000. p 227 – 245. ISSN 1573-2797
- ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. (2005). *Máte neklidné a nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro rodiče a vychovatele*. Praha: D+H 2005.
- ŽÁČKOVÁ, H.; JUCOVIČOVÁ, D. (2008). *Relaxace nejen pro děti s ADHD*. 4. vyd. Praha: D + H, 2008. 62 s. ISBN 978-80-903869-8-3.

## 14 Seznam příloh

- Diagnostická kritéria ADHD podle DSM IV TR
- Stručné kasuistiky dětí z hlavního zkoumaného vzorku
- Příklady výroků z rozhovorů tvořících analyzované kategorie:
  - Výroky k tématu Socializace v rodině
  - Výroky k tématu Socializace ve škole
  - Výroky k tématu Vztah rodiny a školy