

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Poruchy chování a emocí v kontextu školních
a sociálních důsledků na žáka 1. stupně základní školy

Behavioral and emotional disorders in the context of school
and social consequences for the first grade of elementary
school pupil

Kateřina Hlaváčková

Vedoucí práce: PhDr. Věra Veselá

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Rok odevzdání: 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma „Poruchy chování a emocí v kontextu školních a sociálních důsledků na žáka 1. stupně základní školy“ vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 13. dubna 2017

.....

podpis

Poděkování

Chci poděkovat PhDr. Věře Veselé, vedoucí mé diplomové práce, za trpělivost, a konstruktivní připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomohli se zadáním a vypracováním dotazníků. Děkuji také za pomoc PhDr. Milošovi Jánskému a PhDr. Heleně Hainové, ředitelce ZŠ pro děti se SPCH, kteří mi poskytli odborné konzultace k uvedené problematice a jejichž postřehy se odrazily v textu v tzv. poznámkách autorky DP.

Poruchy chování a emocí v kontextu školních a sociálních důsledků na žáka 1. stupně základní školy.

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývala problematikou poruch chování u dětí mladšího školního věku. Jejím hlavním cílem bylo zjistit rozsah poruchového chování žáků 1. st. základní školy z pohledu učitelů a zmapovat, jaké symptomy poruch chování se nejčastěji projevují u žáků v několika pražských základních školách. Dále pak analyzovat vliv těchto projevů, resp. poruchového chování na školní prospěch, vztahy s vrstevníky a vztahové postoje učitelů k žákům s problémovým chováním. Posledním cílem bylo zmapovat a posoudit spolupráci školy a rodiny, projevený zájem a ochotu rodiny ke spolupráci na případné nápravě či navržených výchovných opatřeních ze strany školy. Tato práce má zcela praktický charakter, jelikož mapuje skutečný pedagogický terén a jejími jedinými respondenty byli třídní učitelé, u kterých se předpokládala znalost jejich třídních kolektivů.

V teoretické části diplomové práce jsou s pomocí odborných zdrojů popsány jednak poruchy chování, které mají výchovně, sociálně či osobnostně podmíněný základ, ale také poruchy, za jejichž příčinu je považováno organické poškození CNS a které jsou laické veřejnosti známé pod názvem ADHD. Zmíněny jsou také tzv. symptomatologické poruchy chování.

Část praktická zjišťuje formou dotazníkové metody výskyt jednotlivých symptomů poruch chování u žáků 1. st. základní školy a dále jak tyto projevy podle učitelů ovlivňují další oblasti školní práce s těmito dětmi a případně s jejich rodiči.

Klíčová slova: porucha chování, symptom, ADD/ADHD, výchova, rodina, učitel, sociální chování

Behavioral and emotional disorders in the context of school and social consequences for the first grade of elementary school pupil.

Abstract:

This dissertation dealt with the issue of behavioral disorders with children in younger school age. Its main goal was to ascertain the extent of the behavioral disorders of pupils in the first grade of primary school from the teachers perspective and to find out which symptoms of behavioural disorders are the most frequently manifested by pupils in several elementary schools in Prague. Then to analyze the impact of these symptoms or rather behavior disorder on school results, peer relations and relational attitudes of teachers to pupils with behavioral disorders. The final aim was to find out and assess the cooperation between school and the family. Also interest and willingness of the family to collaborate on potential correction or educational measures proposed by school. This dissertation is entirely practical because it presents a real pedagogical background and its only respondents were the class teachers, which were supposed to know the relations in the classroom.

The theoretical part describes by using a specialized sources at first beavioral disorders that have educationnally, socially or personality conditioned basis, but also disorders for whose cause is considered a organic CNS damage and whose are publicly known as ADHD. Mentioned are also so called symptomatological behavioral disorders.

The practical part is made by questionnaire form and determines the insidence of individual symptoms of behavioral disorders among first grade of elementary school pupils. And also in the teachers opinion how this behaviour affects other areas of school work with these children and possibly with their parents.

Keywords: behavioral disorder, symptom, ADD / ADHD, parenting, family, teacher, social behavior

Seznam použitých zkratk

ADD	porucha pozornosti
ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou
SPCH	specifická porucha chování
PCH	porucha chování
DSM – V	americký Diagnostický a statistický manuál
LMD	lehká mozková dysfunkce
MKN - 10	Mezinárodní klasifikace nemocí
SPC	speciálně pedagogické centrum
ZŠ	základní škola

Obsah

Úvod.....	9
1 Teoretická část.....	10
1.1 Lidské chování.....	10
1.2 Související pojmy.....	12
1.3 Poruchy chování a emocí.....	13
1.3.1 Charakteristika poruch chování a emocí.....	14
1.3.2 Klasifikace poruch chování a emocí.....	15
1.3.3 Etiologie a prevalence poruch chování.....	25
1.3.4 Diagnostika poruch chování.....	28
1.3.5 Prevence poruch chování.....	31
1.3.6 Terapie a léčba poruch chování.....	32
1.4 Specifické poruchy chování – ADHD/ADD.....	34
1.4.1 Terminologické pojetí specifických poruch chování.....	35
1.4.2 Hlavní příznaky v oblasti chování a prožívání u dětí s ADHD.....	37
1.4.3 Etiologie a prevalence ADHD.....	38
1.4.4 Vztah mezi ADHD a poruchou chování.....	40
1.4.5 Sociální význam ADHD a její vliv na sebehodnocení.....	41
2 Praktická část.....	44
2.1 Design vlastního výzkumného projektu.....	44
2.2 Výzkumné otázky.....	45
2.3 Cíle výzkumu.....	45
2.4 Popis výzkumného vzorku.....	46
2.5 Použité metody.....	47
2.6 Získaná data a jejich interpretace.....	48
2.7 Diskuze k získaným výsledkům šetření.....	60

3	Navrhovaná opatření.....	62
4	Závěr.....	65
5	Seznam použitých zdrojů.....	66
6	Seznam příloh.....	68

Úvod

Téma poruch chování u žáků 1. st. základní školy jsem si vybrala především proto, že již čtvrtým rokem pracuji na ZŠ pro děti se specifickými poruchami chování v Praze Na Zlíchově, kde jsem také absolvovala praxi při studiu na VOŠSP a následně po absolutoriu nastoupila jako vychovatelka do družiny. V současné době třetím rokem působím jako učitelka na 1. stupni. Chtěla bych tematicky navázat na svou absolventskou práci, kde jsem se tuto problematiku pokusila zachytit z pohledu studentky vyšší odborné školy. Poruchy chování mají přímou provázanost jednak ke školní práci dítěte, ale také k sociálnímu prostředí mimo školu. Tato diplomová práce se snaží ukázat na problematiku poruch chování z pohledu učitelů 1. st. ZŠ. Není žádnou hlubokou studií, ale způsobem zpracování otevírá další prostor k zamyšlení. Ne vždy mají rodiče i učitelé dostatek informací o tom, co je skutečná porucha chování, jak se na jejím vzniku podílí nekompetentní, nedůsledná či zanedbávající výchova rodičů a co naopak může být vnitřní psychickou dispozicí k nestandardnímu chování či rušivým projevům, které komplikují školní výuku a celkovou socializaci dětí v riziku poruchy chování. Ve své diplomové práci zmíním nejznámější pohledy na poruchy chování a emocí v rámci ČR. Zahraniční zkušenosti v této práci zmíněny nejsou.

Diplomová práce je členěna do dvou hlavních kapitol, a to části teoretické a části praktické. Teoretická část je rozšířena o problematiku některých dalších psychiatrických diagnóz, které jsou přítomny u dětí, se kterými se jako učitelka setkávám. Jedná se např. o pervazivní vývojové poruchy, mentální retardace, neurotické a úzkostné poruchy. Považuji za důležité zde tyto poruchy zmínit, jelikož i u těchto dětí jsou přítomny nestandardní projevy chování. Část praktická pak pomocí výzkumu provádí šetření o výskytu symptomů poruch chování u žáků 1. stupně ZŠ a zachycuje problematiku v dalším širším kontextu.

1 Teoretická část

„Každé psychické poruše je třeba rozumět v kontextu celého života“

V následujících subkapitolách se pokusíme nastínit základní pojetí chování, které nazýváme také někdy „poruchové“, jelikož ne vždy je naplněna symptomatika v celém rozsahu a mluvíme tak o riziku poruchy chování. V souvislosti s tématem diplomové práce považujeme za důležité popsat v části teoretické některé základní pojmy, které problematiku poruch chování (dále jen PCH) a emocí objasňují z hlediska charakteristiky lidského chování, etiologie, patologie, prevalence. Důležité termíny, přímo spojené s oblastí lidského chování jsou také socializace, výchova, norma, normalita. Nezbytnou znalostí je rovněž diagnostika a neméně důležité je zde zmínit doporučení pro další péči o děti v riziku poruch chování. Tato doporučení vychází ze současných trendů v ČR. V příloze „B“ bude zmíněna i současná platná legislativa, která tuto problematiku řeší na úrovni školské, zdravotnické, sociální i soudní.

1.1 Lidské chování

Dle Vágnerové (2004) se lidé projevují různým způsobem, je možné pozorovat jejich chování a vyvozovat z něj, jak danou situaci prožívají, jak ji hodnotí a jak o ní uvažují. Tento projev může odpovídat našemu očekávání vyplývajícimu ze zkušeností, nebo mu odpovídat nemusí, z nějakého důvodu může být úplně jiný. Odlišnost reagování se může projevit jen v některých zátěžových a méně obvyklých situacích. Za běžných okolností se člověk většinou nechová nijak nápadně, ale pokud se určitým způsobem změní podmínky, reaguje na tuto změnu její nestandardní interpretací a výkyvem v chování. Tato situace pro něj znamená něco jiného než pro většinu ostatních, a proto reaguje odlišně. V lidském životě se tak mohou vyskytnout i objektivně obtížné situace, kdy reaguje nestandardně téměř každý (takové chování lze chápat jako normální reakci na abnormální podnět).

Pešatová (2006) zmiňuje, že chování se mění:

- podle situace,
- pod vlivem prostředí,
- podle subjektivního stavu,
- podle způsobu prožívání určité situace,
- pod vlivem emocí, které při tom vznikají.

„Každé chování má svou sociální dimenzi, protože je vyjádřením vnitřního vztahu osobnosti a je komunikací bezprostředních pocitů a postojů k sobě a světu tj. sdělování tohoto stavu včetně emočního vyladění“ (Pešatová, 2006, s. 14, 15).

Stejná autorka dělí chování z hlediska sociability na:

- **Chování sociálně žádoucí**

Chování sociálně žádoucí je takové, které podporuje sociální vztahy a přiklání se k druhým lidem v prostředí,

- **Chování prosociální**

Prosociální chování je chování charakteristické tendencí pomáhat druhému člověku. Je to nejvyšší stupeň chování sociálního,

- **Chování výrazně odlišné**

Jedná se o chování disociální, asociální a antisociální.

***Pozn. autorky DP:** Chování u školních dětí je specifickou oblastí v jejich vývoji. Školní prostředí velmi přesně odhalí, do jaké míry je schopno se dítě přizpůsobit jinému prostředí, fungovat v něm v rámci daných pravidel, respektovat a přijímat jinou, než rodičovskou autoritu a celkově se přirozeně socializovat. Děti s obtížným a rušivým chováním jsou velkou starostí jak pro rodiče, tak pro učitele. Mohou mít celou škálu projevů, které vyvolávají min. ambivalentní postoje. Rodiče mají tendenci spíše své dítě omlouvat. Učitel, vyžadující dodržení kázně a klidu pro úspěšné předání učiva v omezeném čase, může takové dítě vnímat velmi negativně, přisuzuje mu různé nálepky /labeling/ a dochází často ke vzniku averzivního přístupu. Je důležité naučit se vnímat, které děti mají specifické vnitřní obtíže, tzn., jsou neklidné, těžce se soustředí na školní práci a jednají impulzivně z důvodu skutečné poruchy a na druhé straně jsou děti, které jsou*

„pouze“ nevychované, resp. nevhodně se chovají proto, že se jinému způsobu reagování nenaučily nebo neměly možnost se naučit.

Elliot, Place (2002, s. 11) píše: „Jen máloco dokáže v průměrném člověku vyvolat silnější pocity než záležitosti, které se týkají dětí. Dospělé zvláště dojme nebo zasáhne vše, co se dotýká dětí. Ať už jsou pobouřeni jejich chováním nebo o ně mají starost, když se zraní nebo jsou zanedbané. Ještě pozoruhodnější je to, že každý člověk ví, jak by se daná situace či chování měly řešit - obvykle slyšíme, že delikvent by si zasloužil těžší trest nebo že poškozené dítě potřebuje více péče. Většinou však správný způsob, jak situaci řešit, není tak jednoduchý a přímočarý.“

Podle Vágnerové (2004), je k pochopení dynamiky vývoje různých psychických odchylek a poruch třeba vědět, jaká je **příčina** jejich **vzniku**, které **faktory** k jejich rozvoji přispívají, a co je naopak může ovlivnit žádoucím způsobem. Důležité je i odlišení projevů, které sice mohou být rušivé a zatěžující, ale nelze je ještě považovat za poruchu. Často se právě u dětí může jednat o vývojově podmíněné výkyvy, které se objevují v různých fázích vývoje a lze je, vzhledem k vyvolávající situaci, hodnotit jako přiměřené.

O příčinách a důsledcích PCH se píše dále v této diplomové práci.

1.2 Související pojmy

Zabýváme-li se kategorií chování odpovídající společenským normám, je nezbytné zabývat se samotným pojetím **normy** a **normality**.

Fischer, Škoda (2009) uvažují z hlediska vymezení normy a normality o aktuální úrovni poznání v konkrétní společnosti. Mnohé vzorce chování mohou být považovány za abnormální /deviantní/ jen z důvodu chybějící zkušenosti a nesrozumitelnosti. Pak, jak to uvádí Vágnerová (2004), může převažovat u postoje k určité situaci jeho **emoční složka**. Neznámé je odmítáno z důvodů frustrace potřeb bezpečí a jistoty, vzhledem k chybějící zkušenosti a potřebným vzorcům chování. Větší toleranci při hodnocení normality chování můžeme pozorovat u chování dětí. Je zde respektována skutečnost, že vývoj dětí může probíhat odlišně a určité projevy chování mohou mít ve vztahu k určitým vývojovým obdobím odlišný význam. Vymezení normy dle Vágnerové (2004) je

obtížné a nejednoznačné. Norma tak může být chápána **statisticky, funkčně** nebo **socio-kulturně**. Mnohdy může být odchylka funkčně od normy pozitivní, a tudíž sociálně žádoucí, popř. neutrální. Hranice mezi normou a abnormalitou představuje jakési kontinuum. Normy se vztahují na všechny členy společnosti a ze společenského hlediska je tedy za normálního považován ten, kdo se v rovině chování pohybuje v mezích normy. Smolík a Svoboda (2012) zmiňují, že normy však nejsou univerzální a jejich platnost je zpravidla vázána na určitou společnost, resp. kulturu, případně sociální formaci. Proto chování považované v jedné skupině nebo v podmínkách jedné kultury za normální, nemusí být hodnoceno jako chování nacházející se v intencích uznávané a platné normy v jiné skupině nebo v podmínkách jiné kultury

***Pozn. autorky DP:** Žádná norma není nikdy dodržována absolutně a striktně každým jedincem, který náleží k té či oné společnosti nebo sociální skupině. V každé společnosti či sociální skupině je zabudován nějaký toleranční limit, který je velmi variabilní a tím se jednotlivé skupiny nebo kultury liší ve svém rozsahu sociálního chování.*

Dalšími pojmy PCH jsou **symptom** a **syndrom**, které vymezují kvalitativně a kvantitativně obraz jednotlivých poruch. Pešatová (2006) vymezuje **symptom** jako příznak, projev choroby, nemoci případně poruchy (např. poruchy pozornosti nebo agresivita). **Syndrom** pak jako skupinu příznaků - symptomů, které se vyskytují společně a vytvářejí jistou diagnostickou kategorii.

Nedílnou součástí lidského chování, by měla být také schopnost **sebereflexe**. Ta v sobě zahrnuje naše úvahy nad vlastním chováním a činy, které vedou k analýze příčin našeho chování či jeho důsledků. Pomocí sebereflexe můžeme postupně odhalovat chyby v našem jednání a snažit se je napravit. Je to odraz sebe sama.

1.3 Poruchy chování a emocí

Cílem následujících subkapitol je vymezit poruchy chování a emocí, které vznikají nejčastěji v průběhu dětského věku a dospívání a faktory zvyšující pravděpodobnost jejich rozvoje. Úroveň analýzy následujících pojmů odpovídá současné terminologii, která je v ČR platná. I přesto, že je terminologické rozpětí

velmi široké, pokusíme se v subkapitole klasifikace PCH charakterizovat zmíněné poruchy tak, aby i laický čtenář získal základní přehled. Dále je popsána etiologie poruch chování a emocí a také diagnostika. Za důležité považujeme uvést prevalenci, prevenci a také terapii a léčbu těchto poruch.

Definice poruchy chování a emocí je nezbytná pro správné pochopení problematiky dítěte s touto poruchou v celém jeho životním kontextu. Široká škála definic poruch chování a emocí je obrazem různých konceptů problematiky, která je s tímto fenoménem lidského bytí spojena (Vojtová, 2008).

***Pozn. autorky DP:** Poruchy chování a emocí představují psychiatrickou diagnostickou jednotku a zároveň společenský problém, který sama psychiatrie a ani medicína není schopna vyřešit. To, které chování se považuje za vhodné a žádoucí a které naopak za nevhodné a nežádoucí, určuje společnost. Lidé nemají většinu těchto společenských norem chování vrozenou, nýbrž si je osvojují během života. Pokud se někteří jedinci nejsou schopni těmto normám naučit a trvale je porušují, stávají se ve společnosti nežádoucí a jsou vystaveni buď represivním opatřením, nebo pokusu o nápravu – převýchovu nebo léčbu. V tom případě je nutný komplexní multioborový přístup, na němž se kromě medicíny podílejí další disciplíny jako psychologie, etopedie, sociální služby aj.*

Podle Malé in Hort a kol. (2000) představují poruchy chování a emocí jeden z nejčastěji se vyskytujících problémů v ordinacích pedopsychiatrů a psychologů. Např. hyperkinetická porucha, která je v posledních letech zmiňována i v souvislosti s dětmi na 1. st. ZŠ, se projevuje v průběhu vývoje dítěte v podobě deficitů v oblasti kognitivních a percepčně motorických funkcí, v oblasti regulace afektů a emotivity a také v sociálním přizpůsobení.

1.3.1 Charakteristika poruch chování a emocí

Jak uvádí Vágnerová (2004), lze poruchy chování charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, eventuálně na úrovni svých rozumových schopností. Dále stejná autorka vymezuje poruchy chování jako takové vzorce chování, které jsou v dané sociokulturní normě nežádoucí, nechtěné nebo až nepřijatelné. Z vývojového hlediska je lze pak charakterizovat jako odchylku v oblasti sociálních vztahů. Fischer, Škoda (2008) ukazují na skutečnost, že

v průběhu vývoje se jedinec učí rozlišovat, které způsoby chování jsou vhodné pro konkrétní situaci a které nikoliv. Od počáteční korekce ze strany rodičů se postupně ocitá v situacích, kdy přímá kontrola chybí, a jedinec je nucen k autoregulaci. Schopnost dodržovat společenská pravidla souvisí s rozvojem psychických předpokladů.

Podle Vágnerové (2004) v případě dětí a dospívajících lze za poruchové chování označit takové způsoby chování, u kterých můžeme pozorovat tyto **obecné znaky**:

- **nerespektování** platné společenské normy. O poruše chování můžeme hovořit tehdy, pokud jedinec normy a pravidla chápe, ale není ochoten je akceptovat, nebo se jimi není schopen z různých důvodů řídit (např. neschopnost se ovládat, impulzivita). O poruchu se nejedná v případech, kdy jedinec normě nerozumí, protože není schopen pochopit její význam (mentální retardace). Proto musí být někdy posuzována při hodnocení chování i úroveň mentálního věku,
- **neschopnost** navazovat a udržet přijatelné sociální vztahy. To souvisí s odlišnými způsoby interakce s okolím v důsledku nižší míry empatie, egocentrismu, zploštělé emocionality,
- **bezohlednost** vůči okolí, zaměřenost na uspokojování vlastních potřeb bez ohledu na druhé,
- chybějící **svědomí** a pocit viny.

1.3.2 Klasifikace poruch chování a emocí

V této subkapitole se pokusíme o přehledný popis poruch chování a emocí a ukázat na tuto problematiku z pohledu normativů společnosti a jejich porušování. I z tohoto důvodu se dělí poruchy chování podle stupně jejich závažnosti. Níže uvedené dělení lze vyhledat ve většině dostupné odborné literatuře, kde se nachází různé klasifikace PCH, protože se utvářely nejen s vývojem oboru, ale také s novými poznatky v příbuzných oborech.

Fischer, Škoda (2008) popisují následující dělení poruch chování na:

- Disociální
- Asociální
- Antisociální

Disociální poruchy chování

charakterizujeme jako nespolečenské, nepřiměřené způsoby chování. Jedná se o drobné společenské odchylky, které nejsou pro společnost závažné. Jsou zvládnutelné běžnými pedagogickými prostředky, v rámci běžného školního prostředí. V naprosté většině případů není nutná účast speciálních institucí, metod a prostředků. Přesto mohou signalizovat další možný negativní vývoj jedince. K typickým projevům řadíme například **lhavost, vzdorovitost, zlozvyky...** Často také mohou tyto poruchy souviset s určitým vývojovým obdobím, například s nástupem do školy, obdobím pubescence apod. Také se může jednat o symptomy spojené s různými dysfunkcemi (ADHD, ADD).

Asociální poruchy chování

označují takové projevy, kdy se již jedná o závažné poruchy, které mají určitý stupeň nebezpečnosti pro společnost. Jsou to již výrazné odchylky od normy. Tyto formy chování již ve většině případů nelze zvládnout běžnými prostředky, je nutná intervence specialistů a speciálních institucí. Poruchy chování mají trvalejší charakter a velmi často ústí v závažnější formy. Výrazně se zde akcentují **závislostní chování, útěky, záškoláctví...**

Antisociální poruchy chování

jsou již vysoce společensky nebezpečné a závažné formy chování. Jedná se vždy o protispolečensky zaměřené činy a o porušování zákonných norem. Toto jednání je spojeno s následnou sankcí. Mezi formy antisociálního jednání patří veškerá **kriminalita a delikvence.**

Pozn. autorky DP: Uvedená klasifikace zohledňuje především společenský rámec PCH, tzn. závažnost ve vztahu ke společností, ve které uvedený jedinec žije.

Mnohdy se v poruchách chování zohledňují i převládající složky osobnosti. Podle Fischera, Škody (2008) je to **neurotický jedinec**, který je labilnější a náchylnější ke zkratkovitým reakcím. Dále pak **psychopatický jedinec**, který má biologické dispozice k neadekvátnímu chování. Stejně tak **jedinec sociálně nepřizpůsobivý** se sklony k sociálně patologickému jednání. A řadíme sem i **jedince s nižší úrovní rozumových schopností**, kteří jsou zvýšeně sugestibilní a ovlivnitelní a se slabými volnými vlastnostmi.

Další klasifikace vychází z Pešatové (2006), která vymezuje PCH:

- symptomatické
- vývojové
- výchovně podmíněné

Symptomatické poruchy chování

patří k projevům příslušné psychické poruchy (např. agrese při psychoticismu, hyperaktivita při lehké mozkové dysfunkci). Jsou to poruchy chování, které jsou součástí psychických poruch, bývají motivačně nejisté nebo složité nebo složitě motivované nebo mají iracionální pohnutky, vymykají se rozumu, nesmyslné příčiny (jak je tomu u psychóz).

Vývojové poruchy chování

značí, že PCH v dětském věku mohou mít vývojový, tzn. přechodný charakter. Ale mohou být také signálem poruchy osobnosti, která představuje zvýšené riziko budoucího problematického chování. Delikventní chování jen velmi vzácně začíná až v dospělosti. Vývojové poruchy chování jsou součástí jednotlivých vývojových období např. vzdor v předškolním věku nebo v pubertě, negativismus. Lze je očekávat u každého dítěte, setká se s nimi každý rodič a vychovatel.

Výchovně podmíněné poruchy chování

vyplývají z nevhodných výchovných postupů a z nedostačujícího výchovného působení v rodině, ale také v širším sociálním prostředí. Výchovně podmíněné poruchy chování jsou často pouze důsledkem fixace vývojových poruch chování, které nebyly správně zvládnuty. Zejména předčasný zásah a tvrdé, autoritativní řešení přináší riziko jejich přetrvávání. Jako příklad je možno uvést sekundární

projevy u lehké mozkové dysfunkce (LMD sy., ADD, ADHD, sy. hyperaktivity), které mohou vznikat tehdy, pokud není adekvátní přístup k primárním příznakům.

Vágnerová (2004) zmiňuje dělení na **agresivní poruchu chování** - šikana, vandalismus, přepadávání aj. a **neagresivní poruchu chování** - lži, útky a toulání.

Podle Malé in Hort a kol. (2008), která vychází z MKN – 10, lze poruchy chování dále dělit na:

Poruchy se špatnou prognózou

jsou víceméně trvalé a kontinuální. Kontinuita poruchy jde od poruch chování v předškolním věku přes disharmonický vývoj osobnosti s nesocializovanou poruchou chování v adolescenci do disociální psychopatie v dospělosti. Jedná se o **nesocializovanou poruchu chování, poruchu opozičního vzdoru a dezinhibovanou příchyllost v dětství.**

Poruchy s lepší prognózou

poruchy s lepší prognózou jsou buď reakcí na určitá prostředí, nebo vznikají při skupinových aktivitách. Jedná se o **poruchu chování ve vztahu k rodině a socializovanou poruchu chování.**

Pozn. autorky DP: Zvláštní kategorií, kterou v této práci zmiňujeme a zároveň jí rozšiřujeme téma PCH, jsou smíšené poruchy chování. Tyto poruchy se stále častěji objevují u dětí na 1. st. základní školy. Souvisí to jednak s dlouhodobou změnou společenského klimatu, který má vliv na fungování rodiny jako základní sociální jednotky, která dává dítěti pocit jistoty a bezpečí, ale zároveň se na těchto typech poruch podílí faktory vnitřní, tzn. biologické. Uvádíme zde také elektivní mutismus, který je svými projevy provázán i se školou. Dále pak velmi stručně zmiňujeme pervazivní vývojové poruchy, oligofrenii a neurotické a úzkostné poruchy. I u těchto dětí se objevují PCH, které souhrnně nazýváme symptomatické, tzn., že projevy jsou příslušné k té či oné diagnóze, resp. jsou její součástí.

Smíšená porucha chování a emocí

Malá in Hort a kol. (2008) ji obecně charakterizuje jako kombinaci trvale vzdorovitého, agresivního a disociálního chování s výraznou **emoční poruchou** a neurotickými symptomy. Kromě poruch chování je častá **úzkost, bázlivost,**

fobie, hypochondrie. Dále mohou být přítomny obsese, kompulze nebo derealizace a deperzonalizace. Pokud se současně vyskytuje zřetelné trvalejší depresivní ladění, smutek, nezájem, anhedonie /neschopnost prožívat kladné emoce a city/, akuzace /obviňování se/ a beznaděj střídané agresivitou, krádežemi, zneužíváním návykových látek /u pubescentů a adolescentů/ a dalším asociálním chováním, jde o depresivní poruchu chování. Čím je dítě mladší, tím výraznější budou somatoformní poruchy – vegetativní dysfunkce, bolesti břicha, hlavy, poruchy spánku a příjmu potravy.

***Pozn. autorky DP:** Tato porucha se vyskytuje nejen u dětí staršího školního věku, ale mnoho symptomů buď izolovaně, nebo v kombinacích postihuje i děti mladšího školního věku, tzn. děti na 1. st. ZŠ, ale také v klinické praxi je potvrzováno, že i děti věku předškolního mají v prevalenčně nezanedbatelné míře jisté projevy, které svědčí o emočních obtížích.*

- **Porucha přizpůsobení a s převládající poruchou chování**

Je reakcí na zátěžovou situaci, postihující integritu sociálních vztahů, hodnot a zázemí. Projevuje se agresivním nebo disociálním chováním – často u adolescentů. Symptomy nemusí být okamžitou reakcí na stres, zvláště je-li zátěž trvalejšího rázu. Jde o snahu po aktivitě, „být v akci“, a tím se vyhnout další traumatizaci. Jsou se lhostejností a ignorací překračována práva druhých a sociální normy. Vyskytuje se vandalismus, záškoláctví, hazardní jízdy /motorky, auta/, rvačky.

- **Porucha přizpůsobení se smíšenou poruchou chování a emocí**

Mimo poruch chování je přítomna úzkost, obavy, depresivní ladění, tenze, neschopnost řešit situaci, plánovat dopředu, zvládat zátěž denního života, jak práci, tak studium – tzv. pracovní nebo studijní inhibice.

- **Reaktivní porucha přichylnosti v dětství**

Jde o specifickou poruchu adaptace v útlém dětství /období dvou a pěti let života dítěte/. Objevují se trvalé abnormality v sociálních vztazích dítěte vyvolávající citovou poruchu. Do této kategorie můžeme zařadit i syndrom CAN a syndrom citové deprivace. Charakteristická je určitá bázlivost, ambivalentní sociální reakce /zvláště selhávání při změnách, rozloučení, přemístění atd./, chudost sociální interakce s vrstevníky i dospělými. Často se objevuje apatie, neprospívání, tělesné i duševní zaostávání. Při záchvatech pláče, vzteku nebo agrese je dítě

neovlivnitelné uklidňováním. Abnormní charakter je trvalý, i když přece jen reaguje na dlouhodobé výrazně pozitivní změny péče. Tato porucha se však neobjevuje u všech zneužívaných a zanedbávaných dětí.

Elektivní mutismus

Tato porucha spadá do postižení řeči, i když se ve své podstatě jedná o poruchu jejího užívání. Vágnerová (2004) popisuje její vznik na základě emočně podmíněné selektivní zábrany používat řeč. Někdy mohou nemluvící děti komunikovat neverbálně, např. gesty. Jinak dítě obvykle odmítá mluvit jen s někým, nejčastěji s cizími lidmi, event. v určitém prostředí. Ve známém prostředí bývá většinou bez problémů. Tyto obtíže se nejčastěji objevují při nástupu do mateřské nebo základní školy, tj. při zásadní změně prostředí, někdy je může vyvolat i traumatický zážitek. Vývoj řeči nemusí být závažněji narušen, i když drobnější problémy se vyskytovat mohou. Nemluvící dítě může působit nepříjemně, může vyvolávat pocity bezmocnosti a nejistoty, jak se k němu chovat. Může být celkově hůře hodnoceno, protože schopnost komunikovat lze od školního dítěte zcela běžně očekávat. Vzhledem k tomu, že se jedná převážně o záležitost psychogenního charakteru, je prognóza této poruchy, za předpokladu, že nepřetrvává po desátém roce věku, celkově dobrá.

Pervazivní vývojové poruchy

Jak Krejčířová in Svoboda a kol. (2001) uvádí, do této kategorie patří těžké vývojové poruchy, které mají svůj počátek v raném dětství (projevují se od narození nebo začínají v batolecím či předškolním věku). V současnosti je u nich většinou předpokládána organická - biologická etiologie. U všech typů pervazivních poruch je narušeno především utváření sociálních vztahů a schopnost komunikace, obtíže v těchto oblastech jsou však tak závažné, že se promítají do celého života lidí s poruchami autistického spektra (tj. jsou pervazivní – všepromítající). Fischer, Škoda (2008) popisují tyto poruchy jako značně stěžující společenskou seberealizaci a omezující možnosti vzdělávání. V rámci této práce zde stručně zmíníme jen dětský autismus a Aspergerův syndrom, jelikož s těmito dvěma poruchami se autorka DP ve své pedagogické praxi setkává nejvíce.

- **Dětský autismus**

Patří k nejznámější pervazivní poruše, která je charakteristická nedostatečnou emoční odpovědí vůči citům druhých osob a nedostatečnou odpovědí vůči citům druhých osob a nedostatečným přizpůsobením v sociálních interakcích. Jedinci trvají na vykonávání pro ně specifických rituálů, obtížně se přizpůsobují novým situacím. Mají odpor ke změnám prostředí, s oblibou vykonávají stereotypní pohyby. Bývají zaujatí mechanickými a jednotvárnými pohyby předmětů. Školní znalosti si osvojují obtížně, potřebují speciální přístup. Může být kombinován s poruchami psychického a fyzického rázu (mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy atd.) Pokud se porucha neodhalí, je nezřídka zaměňována, především ve školním prostředí s PCH. Tito jedinci mohou být i v těch mírnějších formách poruchy agresivní, vulgární, mít záchvaty zuřivosti. Dětský autismus se častěji vyskytuje u chlapců. Prognóza úspěšné léčby je málo příznivá.

- **Aspergerův syndrom**

Má podobné příznaky jako autismus, zejména stereotypní a bizarní zájmy, poruchy sociální interakce a komunikace. Na rozdíl od autismu není narušen vývoj řeči a kognitivních funkcí /inteligence/. Vyskytuje se taktéž převážně u chlapců. Prognóza vývoje je poměrně příznivá, ovšem výsledkem bývá schizoidní porucha osobnosti (Fischer, Škoda, 2008).

Poruchy inteligence

Mentální retardace, dříve byl užíván termín oligofrenie nebo slabomyslnost), je dle Krejčířové in Svoboda a kol. (2001) závažná porucha inteligence, která je podmíněna vnitřními – biologickými faktory a je trvalého charakteru. Ve vývoji dětí s MR se od časného věku k opožďování kognitivního vývoje často připojují různé přidružené PCH – hyperaktivita, impulzivita, snížená frustrační tolerance, emoční labilita, agresivita. Je to především díky větší zranitelnosti těchto dětí a nezvládnutí složitějších obranných mechanismů. V rámci PCH, které jsou u těchto jedinců v kategorii symptomatických PCH, se hodnotí především schopnost sociálně adekvátního chování, ale i všechny projevy chování maladaptivního.

Neurotické a úzkostné poruchy

Vágnerová (2004) popisuje úzkostné poruchy jako vnitřní psychický stav, který je charakteristický chronickou nepřiměřenou úzkostí s možnými vyhocenými atakami, nebo iracionálním a vystupňovaným strachem. V našem případě zmiňujeme úzkostné poruchy se začátkem **specifickým pro dětství** a ty zahrnují dle Hrdličky in Hort a kol. (2008) separační úzkostnou poruchu, fobickou úzkostnou poruchu a sociální úzkostnou poruchu.

Propper in Hort a kol. (2008) blíže specifikuje tyto poruchy takto:

- **Separální úzkostná porucha v dětství**

Fyziologická úzkostná reakce dítěte na skutečné nebo hrozící odloučení od blízké osoby /většinou matky/ se začíná objevovat mezi šestým až osmým měsícem života, její intenzita postupně klesá a kolem třetího roku jej již většina dětí schóna dobře snášet krátkodobé odloučení od matky /např. docházku do mateřské školky/. U některých dětí je však vývoj separace zpomalen a trvá u nich silná separační úzkost i v pozdějším věku. Tyto děti jsou obvykle tiché, inhibované, podávají ve škole dobré výkony, přesto trpí neustálým strachem ze selhání, jsou perfekcionistické, mají zvýšenou míru úzkostnosti a řadu dalších obav /strach z úrazu, z vlastní smrti, strach o rodiče v době jejich nepřítomnosti/. Zvýšené riziko této poruchy je u dětí z rozvrácených rodin, po významné životní změně – stěhování, chronicky nemocných či depresivních dětí.

- **Fobická úzkostná porucha v dětství**

V předškolním věku /tři až šest let/ dochází kvůli bohaté fantazii a magickému myšlení u většiny dětí fyziologicky k přechodnému vzniku množství strachů až fobií /např. strach z hmyzu, ze zvířat, zlodějů/, které rychle vznikají a stejně rychle vymizí, pokud nejsou negativními vlivy posilovány. Ve stejném věku vznikají i patologické, dlouhodobě trvající strachy a fobie. Porucha se objevuje nepřiměřeně silnou reakcí strachem nebo úzkostí vyvolanou určitou situací nebo objektem. Její začátek je ve věku přiměřeném vývojovému období, ale obtíže trvají příliš dlouhou dobu, vedou k nevhodnému vyhýbavému chování a snižují schopnost adaptace dítěte na běžné požadavky okolí. Při přechodu obtíží až do dospělosti vzniká sociální fobie. Porucha vzniká v mladším školním věku a mají tendence rychleji, často spontánně odeznívat (jsou častější u dívek).

- **Sociální úzkostná porucha v dětství**

Strach z cizích lidí je obvyklým jevem v druhé polovině roku života a určitý stupeň obav ze sociálních kontaktů přetrvává i během raného dětství, měl by však za normálních okolností ustoupit nejpozději do tří let věku. U dětí je stálý nebo navracející se strach z cizích lidí anebo vyhýbání se jim. Strach vzniká při styku s dospělými, vrstevníky nebo všemi (s výjimkou rodičů a známých osob). Vyhýbání se sociálním kontaktům nebo strach z nich je takového stupně, že se vymyká normálním hranicím pro určitý věk dítěte a jeho důsledkem je významné narušení sociálního fungování, brání vývoji sociálních vztahů a osvojování sociálních dovedností. Porucha vzniká před šestým rokem (častěji u dívek). Obtíže postupně odeznívají (většinou v době dospívání), někdy však může dojít k rozvoji elektivního mutismu nebo sociální fobie, v dospělosti ke vzniku sociálně úzkostné (vyhýbavé) poruchy osobnosti.

***Pozn. autorky DP:** K posledním uvedeným poruchám neuvádíme etiologii ani výskyt v populaci dětí. Záměrem bylo pouze na tyto poruchy poukázat a dát je do kontextu hlavního tématu DP, jelikož tyto poruchy se objevují u některých dětí, se kterými se autorka DP setkává ve své pedagogické praxi.*

Závěrem této subkapitoly jsou děti, které z etopedického hlediska můžeme definovat jako „děti v riziku“. Vojtová (2008) píše o dětech, které mají cestu k dospělosti plnou překážek a úskalí, jejich socializace se vyvíjí rizikově nebo je dokonce blokována. Barr, Parret (2001) označují tento koncept jako „At – risk Youth“. Zabývá se riziky, se kterými se dítě ve svém vývoji střetává.

Walker, Severson (2002) seskupili rizika spojená s vývojem dítěte do čtyř skupin:

1. Rizika spojená s osobností dítěte

- nedonošenost, nízká porodní váha, postižení, nemoc, prenatální postižení CNS, porodní úraz, chronické onemocnění;
- nízká inteligence, obtížný temperament, hyperaktivita, impulzivita;
- slabé vazby, malou schopnost řešit problémy, malé sociální dovednosti;
- obdiv k násilí, nízkou sebeúctu, nedostatek empatie, egocentrismus;
- absence klíčové osoby, život v institucionální péči.

2. Rizika spojená s rodinou dítěte

- rodinná konstelace – neúplná, početná rodina, nepřítomnost otce, nezletilá matka, dlouhodobá nezaměstnanost rodičů;
- narušené rodinné prostředí – manželské spory, rodinné násilí a disharmonie, negativní interakce s okolím, sociální izolace, psychiatrická onemocnění (zvláště deprese);
- špatný rodičovský vzor – kriminalita, antisociální chování, zneužívání návykových;
- výchovný styl – nedostatečné vedení a kontrolování dítěte, tvrdé nebo proměnlivé vyžadování kázně, odmítání dítěte, týrání, nedostatek přívětivosti a zájmu, malé zapojení do aktivit dítěte, zanedbávání.

3. Rizika spojená se společností – se sociální sítí

- socioekonomické znevýhodnění, hustotu zalidnění a životní podmínky, městskou část;
- násilí a kriminální činnost v okolí, přijímání násilí jako akceptovatelnou formou reakce a na frustraci;
- kulturní normy, znázornění násilí v médiích;
- nedostatek podpůrných služeb;
- obchodování s dětmi;
- válečné konflikty
- sociální nebo kulturní diskriminaci.

4. Rizika spojená se školou

- školní neúspěch, nepřiměřené nároky, pozice „outsidera“, nedostatek příležitostí k učení;
- slabou vazbu na školu;
- nevhodné kázeňské prostředky, zaměření na chybu a nevyhovující kázeň;
- škodlivou vrstevnickou skupinu, přijetí agrese jako normy;
- šikanování, odmítání vrstevníky, sociální izolaci.

Všechna výše uvedená rizika přináší do vývoje dítěte bariéry dalšímu vývoji a ohrožují jeho budoucí kvalitu života. Mohou způsobit problémy v kterékoli oblasti jeho směřování k dospělosti a přitom nemusí být pozorovatelné přímo v dětství.

1.3.3 Etiologie a prevalence poruch chování

Tato subkapitola pojednává známé příčiny PCH, které jsou empiricky podložené. Jedná se o faktory biologické, psychické a sociální. Obecně se má za to, že příčiny PCH mají multifaktoriální základ, tzn., že na vznik působí současně více vlivů najednou. Znalost příčin PCH a typických vlastností jejich nositelů je nezbytná pro účinnost pedagogické, etopedické, výchovné a terapeutické práce. Bez přiblížení se k alespoň hypotetické příčině PCH /ne vždy je možné skutečnou příčinu odhalit/ lze jen obtížně tyto poruchy ovlivňovat léčebně, výchovně, terapeuticky. Součástí této subkapitoly je také zmínka o prevalenci PCH, i když jsme si vědomi, že statistika je v této oblasti velmi variující a nelze se ve skutečnosti dopátrat k reálným číslům. Částečně si to vysvětlujeme tím, že získávat jakákoliv data o nezletilých jedincích s PCH je takřka centrálně nemožné. Proto i autoři, jejichž data uvádíme, vycházeli, dle naší konzultace s etopedickými odborníky, z interních a těžko dostupných zdrojů.

Etiologie PCH

Podle Vojtové (2008) bývají příčiny poruch chování a emocí buď v individuální, nebo sociální rovině života dítěte. Velmi často bývají tyto roviny propojeny a rizikové faktory se tímto propojením násobí a posilují. Na rozvoji poruch chování a emocí se většinou podílí faktory jedné i druhé roviny. Pouze velmi obtížně je lze přesně rozdělit.

Fischer a Škoda (2008) popisují jako hlavní příčinu poruch chování výše uvedené faktory biologické, psychické a sociální.

Biologické faktory – jedná se především o pohlaví. U mužů dochází k poruchám chování častěji než u žen. Má se za to, že důvodem k agresivnějšímu způsobu chování je zvýšená hladina hormonu testosteronu. Důležitým faktorem, který ovlivňuje pravděpodobnost rozvoje poruchy chování je **věk**. Ve větší míře se

poruchové chování objevuje v období pubescence a adolescence. Dále sem patří vrozené dispozice na bázi temperamentových složek osobnosti, kdy vyšší míru tendence k delikventnímu jednání mají jedinci, kteří jsou zvýšeně dráždiví, mají vyšší impulzivitu a nižší míru frustrační tolerance. Dispozice jsou dány geneticky, mohou rovněž vzniknout v průběhu vývoje plodu v prenatálním a perinatálním období.

K vrozeným faktorům dále patří **úroveň mentálních schopností**. U velké části dětí a dospívajících se objevuje nižší úroveň rozumových schopností, ovšem není to zákonitě podmínkou. I mezi jedinci s inteligencí nadprůměrnou se objevují PCH. V některých případech dokonce velmi závažné, které často přechází do poruchy osobnosti. Tito jedinci mají inteligenci minimálně průměrnou. U některých psychopatů je často shledána inteligence výrazně nadprůměrná. PCH mohou s větší pravděpodobností vznikat u jedinců s narušenou strukturou nebo funkcí centrální nervové soustavy (CNS). U těchto poruch se jedná, dle starší terminologie, o tzv. **lehkou mozkovou dysfunkci (LMD)**.

***Pozn. autorky DP:** Termín **LMD** se již v současnosti téměř nepoužívá a novějšími termíny jsou syndrom **ADHD** a **ADD**. **LMD** označuje poruchy, které mají určitou etiologii - drobné organické postižení CNS, což je zřejmé již z názvu. Termíny **ADHD**, **ADD** jsou pouze popisné, označují odchýlné projevy, bez ohledu na jejich příčinu. Do určité míry se liší i z hlediska rozsahu symptomů. **LMD** zahrnuje více různých příznaků než jen zvýšení aktivity a poruchu pozornosti. Poruchy toho spektra budou podrobněji zmíněny níže v textu.*

Psychické faktory – z těch faktorů, které souvisejí s psychikou jedince má pro případný rozvoj poruch chování **motivace** a s ní související **potřeby** dotyčného jedince. Může se jednat o potřebu dostatečné nebo nadměrné, abnormální **stimulace**. Např. nuda bývá často s následnými poruchami chování spojena. Také uspokojení potřeb bezpečí, jistoty, sounáležitosti a lásky bývá příčinou poruchového chování. Nežádoucí chování se může stát předmětem **seberealizace**. Stává se tak nezřídka v partě, kde se jedinci dostane ocenění, že někam patří. Pak hovoříme o způsobech chování vedoucích k přijetí do skupiny, které mohou být asociální (psychoaktivní látky) i antisociální (delikvence).

Sociální faktory – nejdůležitějším sociálním faktorem, ve kterém si jedinec utváří vzorce chování, je **rodina**. Rodina se může stát rizikovým faktorem pro rozvoj

poruch chování v případě, že se v ní vyskytnou různé patologické jevy. Především se jedná o problémy spojené s anomální osobností rodičů, kdy se rodiče sami dopouštějí asociálního a antisociálního chování. Velmi významná je otázka **dysfunkce** rodiny, spojená s problémem psychické deprivace či subdeprivace. Rozvoj poruch chování je spojen často s výskytem **syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte** (CAN – Child Abuse and Neglect). Dalším faktorem pak je vliv spoluvrstevnických skupin, které mohou jedince ovlivnit v tendenci k poruchovému chování. Vyšší počet poruchového chování lze zaznamenat zejména ve větších městech, kdy důvodem je vyšší anonymita a často nedostatečná sociální kontrola. Jedná se o jedince trávící čas ve specifických městských částech, na sídlišťích nebo ve vylidněných částech města. Významný je i průmyslový charakter měst a vzdělanostní struktura obyvatel.

***Pozn. autorky DP:** Mimo hlavní etiologický proud, který je zastoupen především obory psychologie, biologie, genetiky a medicíny, dochází s rozvojem moderní, materialistické společnosti stále více k rozšiřování pohledu na příčiny PCH, a to především z hlediska exogenních /vnějších/ vlivů. Zvyšuje se např. tlak na výkon jedince ve společnosti, kdy na předním místě hodnot jsou peníze a úspěch. Pokud duševní hygiena není dostatečná nebo člověk podlehne hodnotově tomuto diktátu doby, může ztrácet vyšší city /empii a soucit/ a dopouštět se takového chování, které vnímáme jako společensky nepřijatelné. Příkladem mohou být neadekvátně agresivní reakce na běžné životní situace. Proto i jedinci, kteří nejsou k poruchám chování disponováni biologicky ani sociálně, mohou být za určitých okolností, které mají charakter společensko-sociální, vnímáni jako mravně a eticky narušení. Na jednom konci společenského žebříčku to mohou být např. bezdomovci a jejich společensky rušivé chování, na opačném konci pak společensky vysoce úspěšní lidé jako politici, manažéři, podnikatelé, kteří se mohou chovat zcela bezohledně, nadřazeně, páchat závažnou ekonomickou kriminalitu...“elita“ z řad „bílých límečků.“ Pohled na příčiny poruch chování tak dostává další, širší obzor.*

Prevalence PCH

Podle Pešatové (2006, s. 29) jsou z hlediska pohlaví u poruch chování „více zastoupeni chlapci, kdy poměr chlapců k dívkám je udáván 4 – 12 : 1. Poruchy chování se projevují u 10 – 15% dětí a adolescentů. Jsou mnohem častější u potomků antisociálních psychopatických dospělých. Podle Vágnerové (2004) je stanovení četnosti poruch chování v dětské populaci, resp. u dospívajících velmi

obtížné, protože závisí na diagnostických kritériích, která mohou být rozdílná. Mezi jednoznačně vyjádřenou poruchou chování a méně akcentovanými potížemi tohoto druhu není jasná hranice. Ale i aplikace jednotného kritéria na různé společenské skupiny může být zkreslující, projevy chování, resp. míra tolerance k některým z nich jsou socio-kulturně závislé. Například romské společenství klade menší důraz na sebeovládání než majoritní populace, impulzivní projevy přijímá jako normu. Četnost jednotlivých poruch se liší rovněž v závislosti na vývojové úrovni lidské psychiky, mnohé z nich jsou typické jen pro určitou věkovou kategorii. Jak dále citovaná autorka píše, obecnější údaje o četnosti výskytu poruch chování mohou být z uvedených příčin nepřesné a málo informativní. Poruchy chování se podle názoru různých autorů vyskytují v širokém rozmezí od 2 do 20% dětské populace. Není pochyb o tom, že „častěji se vyskytují u chlapců než u dívek, ale ani zde se jednotliví autoři neshodují, odhad se pohybuje v rozmezí 1 : 4 až 1 : 12“ (Vágnerová, 2004, s. 781).

1.3.4 Diagnostika poruch chování

Tato DP má výrazně etopedický charakter a autorka sama pracuje v etopedickém zařízení. Proto jsou v této subkapitole zdůrazněny především etopedické přístupy v diagnostice PCH.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) jsou poruchy chování charakterizovány opakujícími se a trvalými projevy disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které trvá alespoň 6 měsíců nebo déle. Důležitými faktory jsou agrese a narušená socializace (Pešatová, 2006). Jak dále Pešatová uvádí, při posuzování, zda je přítomna porucha chování, se bere v úvahu vývojový stupeň jedince (fyzický a mentální věk), frekvence výskytu poruchy chování (nedoporučuje se stanovit diagnózu poruchy chování, pokud by toto chování netrvalo alespoň 6 měsíců nebo déle) a intenzita poruchy chování. Hort a kol. (2008, s. 315) zmiňují, „že při diagnostikování poruch chování z hlediska dětské a dorostové psychiatrie je nutné diagnostické rozvahy podřídít vývojovému pohledu. Tím se nám podaří diferencovat poruchy chování dlouhodobé s výraznou

negativní prognostickou hodnotou od přechodných nebo reaktivních, kde je charakteristická proměnlivost, reverzibilita a dynamický průběh.“

Podle Pešatové (2006, s. 28) „musí diagnostická kritéria pro poruchy chování obsahovat opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých.“ Dále musí být během uplynulého roku přítomny tři nebo více níže uvedených symptomů s jedním symptomem trvale přítomným v posledním půlroce. Pešatová dále zmiňuje diagnostické metody používané v etopedické praxi jimiž jsou **anamnéza, rozhovor, pozorování, dotazník, testové metody, sociometrické metody, zjišťování úrovně školních dovedností** aj.

Pešatová (2006) rozděluje symptomy k diagnostice poruch chování a emocí takto:

Agrese k lidem a zvířatům:

- často šikanuje, vyhrožuje nebo zastrašuje druhé,
- často začíná pranice, bitky,
- jako zbraň používá předměty, které mohou těžce zranit druhé (např. nože, rozbité lahve a jiné předměty),
- projevuje fyzickou agresi a hrubost k lidem,
- projevuje fyzickou agresi a hrubost ke zvířatům,
- krade způsobem, při němž dochází ke střetu s obětí, (např. loupežná přepadení, vydírání),
- vynucuje si na druhém sexuální aktivitu.

Destrukce majetku a vlastnictví:

- zakládá ohně se záměrem vážného poškození,
- ničí majetek druhých.

Nepoctivost nebo krádeže:

- vloupává se do domů, budov a aut,
- často lže, aby získal prospěch nebo výhody nebo aby se vyhnul povinnostem, závazkům,
- krádeže, bez konfrontace s obětí, (např. v obchodech, nákupních střediscích).

Vážné násilné porušování pravidel:

- před třináctým rokem opakovaně zůstává přes zákazy rodičů celé noci venku,
- utíká z domova, ačkoliv bydlí v domě rodičů nebo jejich zástupců (nejméně dvakrát) nebo se nevrací po dlouhou dobu,
- časté záškoláctví před třináctým rokem.

Etopedická diagnostika

Diagnostika PCH spadá jednak pod obor psychiatrie a psychologie, ale v rámci variační šíře projevů sociální narušenosti u PCH je nezbytná i etopedická diagnostika jejímž cílem, vyplývajícím z obsahového vymezení etopedie, je určení rozsahu, typu a stupně sociální narušenosti jedince.

Etopedická diagnostika spočívá v identifikaci nevhodného chování v situační analýze, v hypotéze a ve strategii nápravy. Tento diagnostický proces je odlišný od psychologických metod, které většinou postihují celou osobnost vyšetřovaného (klienta, pacienta). Cílem etopedické diagnostiky je vytvořit diagnózu problémového chování dítěte, kdy na základě identifikace nevhodného chování, situační analýzy a v kontextu osobních charakteristik se vytváří hypotéza jeho příčin. Dalším navazujícím krokem je stanovení strategie řešení problému, která zahrnuje širokou škálu doporučených metod a postupů, zaměřený jak na bezprostřední odstranění některých projevů nevhodného sociálního chování v konkrétních situacích, využívajících metod intervence a řízení, tak i postupů orientovaných na prevenci, kdy v celkovém kontextu pravděpodobných příčin se vytváří náhled dítěte na problém, vůle ke změně a posiluje se vlastní schopnost dítěte zvládat a řešit situaci. Správně vytvořená etopedická diagnóza předpokládá ověření úspěšnosti zvolené strategie řešení problémů, potažmo přijaté hypotézy a stanovení další prognózy vývoje, včetně příslušných doporučení.

Proces diagnostiky vyžaduje zpracování velkého množství relevantních informací za úzké spolupráce všech zúčastněných odborných, pedagogických i nepedagogických pracovníků. Předpokladem je kvalitní rodina a osobní anamnéza dítěte, které jsou většinou získané a zpracované vstupním psychologickým vyšetřením osobnosti dítěte (Janský, 2010).

***Pozn. autorky DP:** Etopedická diagnostika pomáhá odhalit následky zátěží traumat a špatného zacházení s dětmi, dále rizikové faktory vztahové patologie v rodině, zanedbávání a psychickou deprivaci, týrání, zneužívání aj. problémy z vnitřního života dítěte. Vhodně doplňuje diagnostiku psychologickou, zvláště proto, že profese etopeda, především pak v zařízeních ústavní péče, předpokládá prakticky denní kontakt s problémovým dítětem či dítětem v riziku. Tím lépe reflektuje projevy dítěte a může přesněji vyhodnotit např. klinickým pozorováním, jak se dítě chová v kolektivu, reaguje na kritiku, vytváří sociální vztahy atp. V poradenských zařízeních či střediscích preventivní péče /SVP/ může dobře zachytit rodinnou diagnostiku.*

1.3.5 Prevence poruch chování

Podle Fischera a Škody (2008) při selhávání výchovných funkcí rodiny a ohrožení psychického, fyzického a sociálního vývoje se z důvodu společenské závažnosti nabízí podpora a pomoc ze strany různých institucí. Problémům se dá předcházet včasnou prevencí a stanovením výchovných opatření zaměřených na společensky požadovaný vývoj.

Dále tito autoři uvádějí následující formy prevence:

- **primární**, kterou lze charakterizovat jako aktivity zaměřené proti vzniku poruchy chování. Cílem je obecně pomáhat zvyšovat sociální způsobilost, posilovat orientaci v mezilidských vztazích, zvyšovat schopnosti řešit adekvátním způsobem různé konflikty a náročné situace, vytvářet příznivou situaci pro pozitivní seberealizaci. Její těžiště spočívá v rodinách, školách a dalších organizacích mimoškolního charakteru (kluby, domy dětí a mládeže, sportovní a zájmové kroužky).
- **sekundární**, která se zabývá rizikovými jedinci a skupinami osob, u nichž je předpoklad nežádoucího chování a výskytu sociálně patologických jevů. Cílem je včasné vyhledávání problémů a jejich řešení. Tato forma je zaměřena i na potencionálně ohrožené jedince. K sekundární prevenci jsou zřizována **střediska výchovné péče (SVP)** pro děti a mládež, která poskytují kromě ambulantní a internátní péče i poradenské služby. Pak jsou to i další preventivní speciální programy a aktivity jako např. Peer programy, Programy v přírodě (Outward Bound School), Dobrovolnická pomoc, Projekt LATA a další.

- **terciární**, spočívá v úsilí o zmírnění dopadu na osobu, v dosažení korekce v nežádoucích způsobech chování, v nasměrování chování do sociálně přijatelných struktur. Ta je již realizována ve specializovaných zařízeních pro ochrannou výchovu (ústavy výchovné péče, věznice).

Další doporučení jsou zmíněna v kapitole č. 4

1.3.6 Terapie a léčba poruch chování

Tato subkapitola popisuje některé postupy v rámci terapie obecně, tedy na straně jedné psychoterapeutický přístup a na straně druhé farmakoterapii.

Hort a kol. (2008, str. 321) uvádějí, že „při poruchách chování jde minimálně o terapii v medicínském slova smyslu. Terapie zde znamená úsilí expertů z různých oborů vedoucí ke zmenšení, zmírnění nebo odstranění problému. U dětí a mladistvých s touto diagnózou je nutná celá řada intervencí, cílených jak na ně, tak na rodinu a sociální okolí.“ Podle těchto autorů medikamentózní léčbou lze z části redukovat agresivitu, ohrožující druhé, ale „chemická kazajka“ neřeší problém vždy a není možné děti medikovat stále. Např. adolescenti, kteří psychofarmaka prostě užívat nebudou.

Internetový zdroj uvádí, že u mladších dětí by léčba měla začínat nefarmakologickými metodami. Ideálně se doporučuje kombinace rodičovského tréninku, kde se rodiče učí zvládat problémové chování dítěte, dále pak individuální psychoterapie dítěte, která je učí zvládat vztek, rodinná terapie ke zlepšení komunikace a nácvik sociálních dovedností u dítěte. Někdy je vhodná změna školy, aby byl pacient oddělen od problémových vrstevníků. U dospívajících je strategie léčby podobná, jen více zaměřená na konkrétní problémové oblasti jejich života. I přes jistá omezení mohou mít psychofarmaka pozitivní roli v léčbě poruch chování. Tradičně a dlouhodobě jsou u nás v léčbě používána, důkazy o jejich účinnosti a bezpečnosti v této populaci však nejsou dostatečné. Pro pacienty s poruchami chování také není oficiálně schválen žádný lék. Medikace však může pomoci ke snížení především agresivního chování (www.solen.cz/2007/02/09).

Je vypracováno mnoho psychoterapeutických intervencí jako např. individuální a skupinová psychoterapie se specifickými programy, kognitivně –

behaviorální terapie, rodinná terapie, socioterapie včetně změny prostředí, multisystematická terapie, ale zatím žádná z nich není v terapii poruch chování klíčovou. Někdy jsou nutná represivní opatření ve formě ústavní nebo ochranné výchovy. Nadějnější je intervence založená na působení společnosti, např. preventivní programy centrované na **depistáž** a časnou intervenci v rodině, ve škole, v denních centrech. Přesto, že mají vliv na omezení rizika vzniku poruch chování, nejsou masově rozšířené. Kritickým bodem je stále otázka identifikace dítěte, pak výcvik vhodných terapeutů a v neposlední řadě ekonomické otázky. Přes všechny tyto problémy existuje prostor mezi genetickým a hereditárním postižením a trvale dobrým zevním prostředím, kde pedopsychiatr má možnost působit a globálně popisovat sociálně adaptivní, kladný potenciál dítěte (Hort a kol., 2008).

Matoušek a Kroftová (2003, s. 232) polemizují o tom „zda je nějaká forma psychoterapie paušálně vhodná pro práci s rizikovou mládeží.“ Autor soudí, že se to o žádné psychoterapii paušálně říci nedá. Jako vhodný psychoterapeutický postoj však zmiňuje behaviorismus, který je zaměřen na vyvolání změn v chování. Je to však směr, který si klade omezené cíle k přestupníkům zákona. Hrozí např. riziko toho, že provinilce obklopíme pouze systémem trestů a odměn, v očekávání, že se takový jedinec přizpůsobí normám společnosti. To však lze pouze u jedinců, kteří jsou motivováni ke změně a mají jistý stupeň sebereflexe. V těžších případech poruch chování takový postup často selhává. V odborných kruzích existuje v tomto značná polarizace, kdy někteří odborníci behaviorální terapii považují za účinný terapeutický prostředek. Např. Elliot a Place (2002, s. 116) uvádějí použití behaviorálního přístupu „při skupinovém a individuálním tréninku rodičů, v individuálním behaviorálním programu pro dítě a v behaviorálním tréninku používající prvky rodinné terapie.“ Stejní autoři píší, že rodičovské programy pro výchovu dětí s opozičním vzdorem nebo jinou poruchou chování byly dosud ze všech forem nejslibnější metody intervence. Zaměřují se na psychiku jedince a jsou většinou nabízeny v rámci sociální, psychologické či psychiatrické péče. Důležitou roli hrají často učitelé, učitelky v mateřských školách a základních školách a další odborníci pracující s dětmi.

***Pozn. autorky DP:** Nicméně i přes značné rozdílné názory odborníků v této oblasti je zřejmé, že k poruchám chování se zatím nejvíce zaujímá přístup medicínský, tzn., že převažuje farmakoterapie. To lze poměrně snadno objektivně vysvětlit. Léky mají rychlý nástup účinku a např. u jedinců s agresivním potenciálem je nezbytné takové projevy utlumit v co nejkratší době. Oproti psychoterapii, která je časově náročná a také přímo vázaná na vědomou spolupráci s klientem či pacientem. Psychoterapie je přesto v rámci používaných přístupů stále častěji zmiňována, jelikož její využití v práci s rizikovou mládeží značně přitažlivé. Ovšem stejně jako farmakologická léčba, má svá omezení i psychoterapie, která je přímo vázaná na stupeň postižení, intenzitu poruchy, příčinu a především osobnostní nastavení jedinců s poruchou chování případně poruchou osobnosti. Ideální léčba poruch chování by měla být interdisciplinární a zapojení by do ní měli být mimo pacienta či klienta i rodiče, učitelé, vychovatelé, pracovníci sociální služby aj.*

1.4 Specifické poruchy chování – ADHD/ADD

Samostatnou subkapitolou této diplomové práce jsou specifické poruchy chování (SPCH), které jsou označovány jako ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder a ADD - Attention Deficit Disorder, ale také hyperkinetické poruchy. Pokusíme se zde vymezit vztah specifických poruch chování k poruchám chování, které mají charakter výchovně či sociálně podmíněných. Ty jsou také někdy nazývány jako poruchy nespecifické neboli organicky nepodmíněné. Tyto dva typy poruch mají řadu podobných symptomů, avšak z odlišných příčin. V následujícím textu se budeme stručně zabývat vzájemnou provázaností obou poruch, která vzniká za určitých vnějších podmínek, z nichž nejvýznamnější je nevhodný výchovný přístup u specifických poruch chování, které v naší DP zastupují především ADHD, resp. hyperkinetické poruchy.

Tyto potíže, jak to uvádí Vágnerová in Svoboda (2001) lze diagnostikovat u dětí, jejichž inteligence není závažným způsobem snížena. Někdy bývají označovány jako pseudoporuchy chování. Jde o takové potíže, jejichž příčinou je hyperaktivita, neschopnost sebekontroly a sebeovládání. Takto postižené dítě sice reaguje nežádoucím způsobem, avšak nejde o projev negace běžných norem chování, ale o neschopnost svoje chování ovládat, resp. vnímat, co je od něj za dané situace vyžadováno. Takové projevy jsou nepříjemné, a proto mohou vyvolávat negativní reakce, dítě je častěji kritizováno a odmítáno. V takových případech se mohou poruchy chování zhoršovat důsledkem specifické sociální

situace, která se vytváří jako reakce na obtížné a zatěžující projevy hyperaktivních dětí. V důsledku toho může dojít až ke vzniku skutečných poruch chování. V praxi je někdy těžké obě varianty odlišit, protože se mohou, jak zde již bylo uvedeno, objevovat společně. Specifické poruchy chování bývají diagnostikovány již v raném dětství, nejpozději do sedmi let, tj. před nástupem do školy. Vývojově podmíněná proměna typických příznaků této poruchy se obvykle završuje na konci předškolního věku, kolem 6 let. Na počátku školní docházky nabývají tyto symptomy své definitivní podoby.

Podle Malé in Hort a kol. (2008) hyperaktivní syndrom představuje rizikový faktor pro vývoj PCH, které mají charakter **sociální maladaptace**. Disharmonický vývoj osobnosti u dětí obvykle předchází různé podoby specifických poruch osobnosti, tak je známe u dospělých. Podstatnou složkou vývoje dítěte je psychosexuální vývoj a jeho případné komplikace (např. porucha pohlavní identity).

***Pozn. autorky DP:** Děti s obtížným a rušivým chováním jsou velkou starostí jak pro rodiče, tak pro učitele. Děti s těmito potížemi, které jsou též neklidné, obtížně se soustředí na školní práci a jednájí impulzivně, jsou už několik let odlišovány od těch, které se „pouze“ nevhodně chovají. Poruchy pozornosti a aktivity jsou značným rizikovým faktorem pro všechny ostatní psychiatrické a psychosomatické poruchy – zneužívání návykových látek, enurézu, tiky, ale především při nesprávném výchovném působení je zde riziko rozvoje skutečných poruch chování, které mají v pozdějším věku dopad na celkové fungování jedince ve společnosti.*

1.4.1 Terminologické pojetí specifických poruch chování

Je důležité zmínit v této subkapitole v souvislosti se specifickými poruchami chování to, že terminologie používaná k označení této skupiny potíží prošla mnoha změnami. Používaly se termíny jako hyperaktivita, hyperkinéze a nedostatek pozornosti, které byly v podstatě zaměnitelné, jelikož zdůrazňovaly různé aspekty jednoho problému. Hodnota těchto konceptů byla devalvována nejen kvůli jejich nejednotnému používání, ale také vlivem inflace těchto pojmů, neboť se jimi označuje téměř každé dítě, jehož chování je těžko pochopitelné a které za určitých okolností odmítá plnit zadané úkoly, je neposlušné, vzdorovité, impulzivní...To nepochybně vnáší ještě více zmatku do používání pojmu

„hyperaktivita“ a ještě těžší je vyznat se v ohromném množství informací, které se tohoto tématu týkají (Elliott a Place, 2002).

V souladu s Vágnerovou in Svoboda (2001) uvádíme terminologii v české odborné literatuře, kde se objevuje stále ještě termín LMD – lehká mozková disfunkce, která označuje přibližně totéž jako ADHD/ADD. Rozdíl spočívá v tom, že LMD označuje poruchy, které mají určitou etiologii, což je drobné organické postižení CNS, oproti tomu termíny ADHD/ADD jsou pouze popisné, tzn., že označují odchylné projevy bez ohledu na jejich příčinu. Do určité míry se liší i z hlediska rozsahu symptomů, LMD zahrnuje více různých příznaků než jen zvýšení aktivity a poruchy pozornosti. Charakteristika ADHD/ADD vychází z předpokladu, že se na vzniku těchto problémů mohou podílet různé etiologické faktory, geneticky podmíněné i exogenního charakteru. V klinické a poradenské praxi se odlišnost používaných odborných termínů může projevit změnou postoje nejen při hodnocení příčiny, ale i v očekávání nápravy, větším důrazem na jiné, především psychosociální faktory. A možná i odklonem od používání medikace, která může úspěšně řešit jen jednoznačně organické podmíněné obtíže.

Co je hyperkinetická porucha a co je ADHD

Považujeme za důležité v této DP stručně objasnit dva termíny vztahující se k PCH. Těmi jsou hyperkinetická porucha a ADHD. Tyto dva pojmy se používají často jako synonyma, ale plně synonymní nejsou. Dle Theinera a kol. (2013) definujeme **hyperkinetickou poruchu** jako diagnózu, kterou používá MKN - 10 a řadí ji do skupiny F90. Má dvě podjednotky, a to „**Porucha aktivity a pozornosti**“ (F90.0) a „**Hyperkinetická porucha chování**“ (F90.1), která k základním příznakům (porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita) přidává ještě příznaky poruch chování. Jedná se o psychiatrickou diagnostickou jednotku vyžadující stabilní vzorec problémového chování (nadměrná opozičnost, negativismus, agrese, krádeže, ničení majetku, záměrné, hrubé porušování pravidel a další. Oproti tomu je **ADHD** diagnóza DSM – IV (nově již DSM – V). Dělí se na 3 subtypy – s převahou poruchy pozornosti, s převahou hyperaktivity a impulzivity a kombinovaný typ.

1.4.2 Hlavní příznaky v oblasti chování a prožívání u dětí s ADHD

Vágnerová (2003) charakterizuje výkyvy emočního ladění a reagování u těchto dětí jako nadměrnou pohotovost k aktivitě, která většinou zahrnuje i zvýšenou emotivitu. Hyperaktivní děti bývají dost často emočně nevyrovnané, dráždivé a labilní, mají zvýšený sklon k mrzuté náladě a k výkyvům citového ladění. Častěji zažívají pocity nepohody, které nejsou schopné ovládat. Podle autorky mívají rovněž menší toleranci k zátěži a v důsledku toho reagují afektivně v situacích, které vyžadují nějaké omezení (např. když by měly delší dobu pracovat) a kdy nedosáhnou okamžitého uspokojení (výkon není hned dobrý). Tyto potíže vedou ke změně postoje ke školní práci. Veškerou školní práci pak nepříznivě ovlivňuje impulzivita a hyperaktivita. Tyto děti nejsou schopné brzdit aktuální impulsy a své chování ovládat. Stejně tak nejsou schopné respektovat pravidla, která ve škole platí, přestože je znají a většinou je i akceptují. Hyperaktivita se projevuje nadměrným nutkáním k pohybu, k aktivitě, která je neúčelná až nesmyslná a dítě ji nedokáže nijak tlumit a ovládat.

Ve shodě s Vágnerovou popisují Matoušek s Kroftovou (2006) hlavní příznaky SPCH a těmi jsou trvalý psychomotorický neklid, velké kolísání pozornosti, ale i nápadná neobratnost. Nedostatek koordinace a zábran je patrný nejen v pohybové aktivitě těchto jedinců, ale i v řeči – děti bývají charakterizovány jako neposedné a neustále mluvící.

Riefová (1999) uvádí tyto nejčastější projevy chování u dětí s ADHD/ADD:

- snadná rozptýlenost vnějšími podněty;
- problémy s nasloucháním a s plněním úkolů;
- potíže se zaměřením a udržením pozornosti;
- potíže se soustředěním se na úkol a jeho dokončením;
- nevyrovnaný výkon při školní práci (jednou je schopen úkol splnit, podruhé ne), jeho výkon se mění neustále;
- „vypínání“ pozornosti, což může vypadat jako „zasněnost“;
- nepořádnost (žák ztrácí nebo nemůže najít své věci – školní pomůcky), na lavici nebo na pracovním stole doma má velký nepořádek;

- nedostatečné studijní dovednosti;
- potíže se samostatnou prací;
- vysoká míra aktivity;
 - vypadá, že je neustále v pohybu;
 - nenechá v klidu ruce ani nohy;
 - vyhledává blízké předměty, s nimiž si hraje nebo je vkládá do úst;
 - prochází se po třídě (nedokáže setrvat na místě);
- impulzivita a malé sebeovládání;
 - často něco vyhrkne, mnohdy nepřípadně;
 - nemůže se dočkat, až na něj přijde řada;
 - často skáče do řeči ostatním nebo je ruší;
 - často nadměrně mluví;
 - dostává se do nesnází tím, že si věci nedokáže předem promyslet (nejdříve reaguje, teprve pak přemýšlí);
 - nezřídka se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by předem uvážil možné následky (např. skáče dolů z velké výšky, vjíždí na kole na silnici bez rozhlédnutí), často dochází ke zraněním;
- potíže s přechodem k jiné činnosti;
- agresivní chování, nepřiměřeně silná reakce i na drobné podněty;
- sociální nevyzrálost;
- malá sebeúcta a značná frustrovanost.

1.4.3 Etiologie a prevalence ADHD

Subkapitola pojednává o příčinách a výskytu ADHD. Zatímco etiologie ADHD je dnes již poměrně dobře prozkoumána, tak výskyt jedinců s ADHD je prozatím uváděn stále ve značném procentuálním rozpětí. Máme za to, že stejně jako v případě skutečných poruch chování, je prakticky nemožné získat přesná čísla o počtu jedinců (máme na mysli dětskou populaci) s ADHD. Zřejmě je to dáno i tím, že se vyskytuje více subtypů ADHD, ale také celosvětově je tato porucha pojímána z hlediska příčin odlišně a tím zároveň diagnosticky přisuzována menšímu či většímu počtu pacientů (jsou-li vyšetřeni lékařsky) nebo klientů (jsou-li

vyšetření v psychologických poradenských zařízeních). Znamená to, že i autoři publikující na toto téma se značně rozcházejí v uváděných číslech.

Etiologie ADHD

Podle Vágnerové (2003) spočívá příčina vzniku ADHD v narušení mozkových funkcí, tj. jedná se o biologickou poruchu. Příčina takového postižení může být genetická i exogenní, negativní vlivy vnějšího prostředí mohou především v prenatálním či perinatálním období, nějak poškodit určité struktury mozku, resp. jejich vzájemnou souhru. Míra dědičnosti dispozice ke vzniku ADHD je odhadována na 30 – 50%. Dále autorka uvádí, že k prohloubení potíží v oblasti SPCH a z toho vyplývajícího způsobu chování a reagování, může přispět negativní působení rodinného prostředí (např. rodinná disharmonie, konfliktní vztah mezi rodiči, resp. rodičů k dětem apod.) Takoví rodiče bývají však sami často narušení ve smyslu hyperaktivity, bývají také nezdrženliví, i oni sami mohou být nepříznivě geneticky disponováni, a své potomky zatěžují jak na úrovni dědičných vloh, tak svým výchovným působením. Podobně disponované děti mohou být navíc k nežádoucím výchovným vlivům vnímavější.

Neurobiologické výzkumy dokazují, že ADHD má základ v centrálním nervovém systému. Vývoj a zrání centrální nervové soustavy souvisí s genetickými, temperamentovými faktory a prenatálními vlivy prostředí. Dále ADHD ovlivňují domácí, sociální a školní prostředí (behaviorální, psychosociální a kognitivní faktory), které mohou ADHD zlepšovat či zhoršovat (Drtílková a kol., 2007). Za environmentální rizikové faktory pro vznik ADHD se považuje kouření a konzumace alkoholu matkou během těhotenství, nezralost novorozence a nízká porodní hmotnost (Theiner a kol., 2013)

Prevalence ADHD

Počet dětí s hyperkinetickou poruchou jsou podle různých autorů variující. Např. Malá uvádí počet dětí s hyperkinetickou poruchou v první třídě jako kolísající, a to od 2 do 10%. Výskyt je udáván v rozmezí od 2 do 12 % dětí školního věku, častější u chlapců než u dívek, a to v udávaném poměru 6:2 (Malá, 2008, s. 308). Matoušek, Kroftová (2003) zmiňují čísla nejméně 5%, podle

některých pramenů 10 – 15%. Obvykle udávaný poměr z epidemiologických studií je 5 až 6 chlapců na jedno děvče.

1.4.4 Vztah mezi ADHD a poruchou chování

Podle Stevenson a kol., jak to uvádějí Elliott a Place (2002, s. 65), „jedna z nejzajímavějších studií v této oblasti došla k závěru, že pokud je např. u tříletého dítěte patrná hyperaktivita coby součást potíží s pozorností, je velmi pravděpodobné, že se u něj v pozdějším věku projeví porucha chování.“ Pokud se však hyperaktivita neobjeví do osmi či devíti let věku, pak pravděpodobnost výskytu poruchy chování není větší než v běžné populaci. U všech těchto dětí je však riziko školního selhání. Matoušek, Kroftová (2003, s. 29) hodnotí sy. ADHD jako rizikový pro další rozvoj poruchy chování. Hyperaktivita jako taková je riziková, a to vzhledem k tomu, že tyto děti jsou méně oblíbené jak v kolektivu vrstevníků, tak i reakce dospělých vůči nim jsou často podrážděné a odmítavé. Stejní autoři píší, že „dlouhodobé sledování hyperaktivních dětí ukazuje, že jejich potíže nemizí v období dospívání, jak ráda tvrdila starší medicína, psychologie a pedagogika. Tyto děti mají v dospívání i v dospělosti větší potíže v adaptaci na společenské prostředí než ostatní děti“

Další autoři teorii přenosu ADHD do poruch chování potvrzují, když píší, „že pokud je přítomna porucha pozornosti s hyperaktivitou, zvyšuje se pravděpodobnost výskytu dalších problémů s chováním, a to především tehdy, jsou-li přítomny další nepříznivé psychosociální okolnosti, jako jsou chudoba či násilí v rodině“ (Elliott, Place, 2002, s. 65). Porucha chování a porucha pozornosti s hyperaktivitou se při současném výskytu navzájem potencují, takže problémy jsou potom větší, než když je každá z poruch přítomna zvlášť.

Jak Hort a kol. (2008) uvádějí, jsou tzv. hyperkinetické poruchy diagnostikovány ve všech věkových kategoriích – od dětství do dospělosti. Tatož porucha má různé symptomy podle věku. Projevuje se již v kojeneckém období – dezinhibicí, ve školním věku – kognitivní dysfunkcí, v adolescenci – poruchami chování, v pozdní adolescenci a časně dospělosti – sociální maladaptací často spojenou s kriminalitou. Je potvrzeným faktem, že ADHD je chronická porucha. U nejméně 50% pacientů pokračuje z dětství do dospělosti (Theiner a kol., 2013).

Zelinková (2015) zdůrazňuje, že obtíže vyplývající ze základní symptomatiky ADHD jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Dalšími příznaky jsou snížené výkony ve škole, problémy při navazování kontaktů, nesnášenlivost, neschopnost se podřídit autoritě a obecně uznávaným pravidlům, sklon k agresivnímu řešení interpersonálních problémů. Přestože vědí, jaké chování je žádoucí (primárně to nejsou psychopatičtí jedinci, i když psychopat může být postižen i touto poruchou), nejsou schopni si tuto znalost převést do konkrétní situace. Malá in Hort et al. (2008) označuje poruchy pozornosti a hyperaktivity jako rizikový faktor pro ostatní psychiatrické a psychosomatické poruchy (např. opoziční chování, poruchy chování, zneužívání návykových látek, enurézu, tiky apod.). Minimálně 40% hyperkinetických dětí má poruchy chování, které až v 50% přechází do dospělosti (ADHD – RT, retardovaný typ) s diagnostickou „nálepkou“ porucha osobnosti nejčastější disociální a emočně nestabilní.

1.4.5 Sociální význam ADHD a její vliv na sebehodnocení

Vágnerová (2003) podrobně popisuje sociální důsledky poruchy pozornosti s hyperaktivitou, které bývají velmi rušivé a z tohoto důvodu jsou takové děti hodnoceny negativně. Postoj učitelů k hyperaktivnímu a impulzivnímu chování bývá negativní, takové dítě vyvolává napětí ve všech lidech, kteří s ním musí být v delším kontaktu. Působí nepříjemně jeho projev, který nejen ruší, ale i dráždí a vyčerpává. Hyperaktivní děti bývají hůře akceptovány, lidé je odmítají nebo je alespoň přijímají ambivalentně, zažívají více kritiky, bývají častěji hodnoceny jako neschopné a také označovány za viníky svých neúspěchů i problematického chování. Nepříznivé hodnocení a odmítání zvyšuje riziko vzniku negativního hodnocení, dítě se proti takové zátěži potřebuje nějak bránit. Stejně tak se může snažit zmíněné nedostatky nějak kompenzovat, ale činí to takovým způsobem, jaký je pro ně dostupný, např. šaškováním, upoutáváním pozornosti, negativismem, může se objevit i bájevá lhavost. Někdy dochází i ke zvýšení agresivity, zejména pokud je stresových situací více.

Jak dále Vágnerová pokračuje, hyperaktivní děti nebývají oblíbené ani ve vrstevnické skupině. Jejich typické projevy vedou často ke konfliktům, jejichž důsledkem je odmítání takového dítěte (jeho izolace) a může se stát i obětí šikany. Jeho pozice ve třídě bývá natolik špatná, že se jej z pravidla nikdo nezastane. Nevýhodou hyperaktivních dětí je jejich snížená tolerance k zátěži. Nedovedou se ovládat, nejsou schopné brát ohled na ostatní a nedovedou spolupracovat. Stejně tak nedovedou řešit konflikty a jejich chování bývá nepředvídatelné, protože reagují na cokoli, chybí jim schopnost sebekontroly. „Pokud nedosáhnou přijatelného uspokojení, zvyšuje se jejich napětí a často se objeví i agresivita což lze chápat jako obranou reakci subjektivně stresující situaci. Nikdo přesně neví, co od takového dítěte může kdy očekávat, takový způsob jednání je v dětské společnosti odmítán“ (Vágnerová, 2003, s. 87).

1.4.6 Terapie a léčba ADHD

Péče o děti s ADHD je založena na interdisciplinární spolupráci mnoha odborníků (psychologa, speciálního pedagoga, neurologa a dále pediatra, pedopsychiatra, logopeda aj.). Jako u většiny ostatních psychiatrických poruch je pro léčbu ADHD možno využít různých léčebných přístupů. V současnosti se vychází nejvíce z přístupu kombinace behaviorální terapie a medikace. Jak Theiner a kol. (2013) uvádí, současná farmakologická léčba u ADHD patří k neúčinnějším přístupům v psychiatrii. Představuje však symptomatickou léčbu, tzn., že „jen“ zmírňuje projevy poruchy. Kauzální léčba k dispozici není. Významným poznatkem je, že léky používané u ADHD velmi pravděpodobně ovlivňují v pozitivním smyslu dlouhodobý vývoj mozku. Mají ale své vedlejší účinky, které jsou však málo závažné.

Podle Vágnerové (2003) je možné vhodnými terapeutickými postupy poruchy pozornosti s hyperaktivitou zlepšit, ale většinou je nelze zcela eliminovat.

- Farmakoterapie je v současné době užívána jen tehdy, pokud je dítě nápadně neklidné a nelze jeho chování ovlivnit jinak.
- EEG-biofeedback je léčebnou metodou, která využívá zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity. Dítě se jí učí využívat k posílení žádoucí

aktivity a k útlumu nežádoucího chování. Efektivita této metody však není jednoznačná.

- Speciálně pedagogická péče je velmi důležitá, zaměřuje se na rozvoj pozornosti a ovládnání vlastního chování.
- Psychoterapie je zaměřena na redukci neklidu a napětí, k tomuto účelu jsou užívány různé relaxační metody, a na podporu vhodných způsobů reagování.
- Práce s rodinou může pomoci upravit podmínky pro přípravu do školy, aby nedocházelo ke zbytečnému posilování negativních reakcí a korigovat výchovné postoje rodičů.

2 Praktická část

V České republice je problematika chování u školních dětí již dlouhodobě diskutovaným problémem a jak vyplývá z teoretického úvodu práce, dopad přítomnosti PCH na život dítěte a jeho rodiny je společensky a sociálně velmi nepříjemný. Sociálně nepřiměřené a negativní jevy v chování se dotýkají stále mladších dětí. Na jedné straně jsou to komplikace, které nazýváme přímými a které vyplývají z dopadů symptomů PCH na každodenní život dítěte ve smyslu zvládnání činností a úkolů na něj kladených jak ve škole, tak i mimo školu. Druhou skupinou komplikací jsou pak dopady symptomů PCH na vztahy dítěte s jeho okolím a následnou socializaci, která tak bývá často komplikovaná. Diskutovanými problémy jsou tedy zvládnání jednotlivých školních dovedností a dopady na sociální vztahy s vrstevníky, ale i s dospělými.

2.1 Design vlastního výzkumného projektu

Naším záměrem bylo podat v této DP srozumitelný pohled na problematiku PCH v praxi. Jsme si vědomi toho, že je nemožné zachytit tak rozsáhlou problematiku jako vyčerpávající celek v jedné DP. Proto jsme se rozhodli vymezit výzkumný prostor na výskyt symptomů PCH na 1. st. ZŠ a pokusili se zachytit názory učitelů na jejich práci s dětmi, které vykazují symptomatiku PCH.

Jak bylo uvedeno v teoretickém úvodu, pro úspěšný sociální vývoj jedince je důležitá kvalita interakčního procesu mezi ním a jeho sociálním okolím, kdy daný jedinec je aktivním aktérem celého socializačního procesu. Omezení, způsobená přítomností PCH nebo jejich symptomů se dle našeho názoru projevují jak na úrovni komplexní problematiky školního neprospěchu, tak i v rozvoji zdravých sociálních dovedností, které se odráží především ve vztahové oblasti s vrstevníky a dospělými.

Věkově jsme výzkum zaměřili na děti v mladším školním věku, resp. na 1. st. ZŠ. Věkové vymezení na mladší školní věk bylo určeno jednak na základě toho, že autorka DP pracuje jako učitelka na 1. st. ZŠ a má s touto věkovou kategorií již nějakou zkušenost, ale také argumentem, na kterém se odborníci shodují, a to že průběh tohoto období je klíčový pro další vývoj dítěte, zejména z hlediska rozvoje dalších možných výchovných obtíží. K oficiálnímu udělení diagnózy dochází často již

v druhé polovině tohoto věku, tzn. kolem 10 – 11 roku. Po konzultaci s klinickou psycholožkou a etopedem SPC, které je zřízeno zaměstnavatelem autorky DP, jsme dotazníky nasměrovali do 3. – 5. třídy.

2.2 Výzkumné otázky

Hlavní otázkou, kterou jsme formulovali v rámci teorie vlivu poruchového chování na život takto disponovaného dítěte, bylo „**jaké nejčastější symptomy PCH se objevují u žáků 1. st. ZŠ**“ a dále jsme se ptali „**zdali lze symptomatiku PCH vnímat jako zdroj změny v prospívání dítěte ve škole a ve vztazích s vrstevníky a učiteli**“. Změnou v prospívání ve škole či obtížnější socializaci pro účely výzkumu myslíme to, kdy přítomnost symptomatiky PCH je rodinou či školou jako socializačními činiteli označena jako zdroj selhávání dítěte.

Musíme zde podotknout, že při úvaze nad tím, jak celý výzkum odborně pojmut, se nám jevílo jako správné neparacovat odděleně s PCH jako diagnózou. Důvodem je skutečnost, že bez ohledu na to, zdali byla již diagnóza vyslovena či ne, je v chování dítěte vždy přítomno mnoho faktorů, které komplikují jeho sociální vztahy a proces učení, tedy socializační proces celkově. Proto se nadržíme přísně ve svém výzkumu diagnostické validity, ale připouštíme poněkud rozvolněnější kritéria pro posuzování chování dětí z výzkumného vzorku a pracujeme tedy s pojmem „symptomatika PCH“, která ve svém důsledku nemusí být vždy zcela naplněna a nelze diagnostikovat plně PCH. Ve své podstatě však ukazuje na odlišné, problémové, společensky a věku nepřiměřené chování, které ovlivňuje celkový vývoj dítěte a jeho vnímání okolí, které má často vůči takovému dítěti velmi polarizované postoje. V konečném důsledku nám nejde v této DP o nějaká nová vědecká zjištění, ale spíše poukázat na praktické důsledky PCH v životě těchto dětí.

2.3 Cíle výzkumu

V českých školách se v narůstající míře setkáváme s žáky, jejichž intelektové schopnosti odpovídají normě, ale stávají se pro učitele problémem pro selhávání v prospěchu a zvláštnosti v chování. Cílem výzkumu bylo zjistit rozsah poruchového chování žáků 1. st. základní školy z pohledu učitelů a zmapovat, jaké symptomy poruch chování se nejčastěji projevují u žáků v několika pražských základních školách. Dále pak analyzovat vliv těchto projevů, resp. poruchového chování na

školní prospěch, vztahy s vrstevníky a vztahové postoje učitelů k žákům s problémovým chováním. Posledním cílem bylo zmapovat a posoudit spolupráci školy a rodiny, projevený zájem a ochotu rodiny ke spolupráci na případné nápravě či navržených výchovných opatřeních ze strany školy.

Naším záměrem bylo poukázat na běžné, výchovně podmíněné problémy u vybraného počtu žáků než na častěji diskutovanou poruchu ADHD. Ta má ve svých negativních důsledcích podobné závěry, jaké vyplívají z výchovně či sociálně podmíněných poruch a často se symptomaticky oba typy poruch překrývají, přestože mají jiný etiologický základ. Ovšem tato diferenciacce není hlavním tématem DP, i když obě oblasti, jak bylo uvedeno v teoretické části, spolu úzce souvisí. My jsme chtěli naopak vyzdvihnout častěji opomíjenou oblast exogenně podmíněných poruch, jelikož funkce a výchova primární rodiny se nám jeví jako zásadní při ovlivnění chování dítěte, ať již se jedná o nespecifické poruchy, kde výchova a pevné stanovení hranic dítěte sociálně formuje či o specifické poruchy, kde je kladen především důraz na kompenzaci již vzniklých obtíží v důsledku dg. ADHD. Jak jsme již uvedli, jsme si vědomi, že projevy obou typů PCH se mohou diagnosticky překrývat. Ovšem to nepovažujeme v našem výzkumu za zásadní. Dle diskuzí s odborníky z praxe se i v klinickém prostředí nedaří zcela přesně jednotlivé projevy od sebe odlišit a dochází k diagnostickým záměnám, které často vedou i k odlišným závěrům v rámci spolupracujících oborů. My se budeme ve svém, rozsahem omezeném výzkumu, držet jasně vymezených pravidel pro posouzení jednotlivých typů chování, a to kategorickými výroky. Riziko, že např. impulzivita, agresivita, vzdorovité chování aj. můžou být jak symptomatikou výchovně podmíněných poruch chování tak i např. ADHD, nepovažujeme z hlediska pedagogického posuzování a pro účel této DP za zásadní.

2.4 Popis výzkumného vzorku

Za objekt zkoumání jsme zvolili konzistentní skupiny žáků pražských základních škol. Bylo odesláno či předáno 122 dotazníkových archů (v předvýzkumném dotazování bylo avizováno 122 tříd s průměrným počtem 24 žáků ve třídě). Zkoumaný vzorek vzhledem k návratnosti dotazníků (114) v konečném součtu činil 2736 žáků 3. – 5. tříd. Vzorek respondentů pro získání odpovědí na výzkumné otázky byl tedy nakonec tvořen věkově heterogenní skupinou 114 učitelů

ZŠ, kteří dotazníky vyplňovali. Do výzkumu byli zapojeni jen třídní učitelé (předpokládali jsme znalost své třídy) a dotazníky byly odeslány do 12 základních škol.

Předmětem naší interpretace pak byla data vypovídající o cílové předmětné skupině, kterou jsou děti na 1. st. ZŠ ohrožené počínajícím poruchovým chováním.

2.5 Použité metody

Sběr dat probíhal formou kvantitativního výzkumu. Tento druh výzkumu dle Gavory (2000, s. 31, 32) je zaměřen na práci s číselnými údaji. Zjišťuje výskyt, frekvenci či rozsah toho či onoho sledovaného jevu, zaměřuje se na kvantitu – množství, počet, četnost jevů a získané údaje se dají matematicky zpracovat. Hlavní a jedinou metodou této DP je dotazník, který byl vytvořen autorkou DP, kde jednotlivé položky vycházely z hlavních výzkumných otázek.

Dotazník Gavora (2000, s. 99) definuje jako **„Způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“**. Slouží pro získávání velkého množství údajů prostřednictvím promyšlené struktury a jasného zaměření jednotlivých položek v dotazníku. Dotazník v této DP je složen z položek uzavřených.

Dotazníky byly distribuovány v časovém období září až prosinec 2016, a to buď zasláním emailem, nebo předáním osobně.

2.6 Získaná data a jejich interpretace

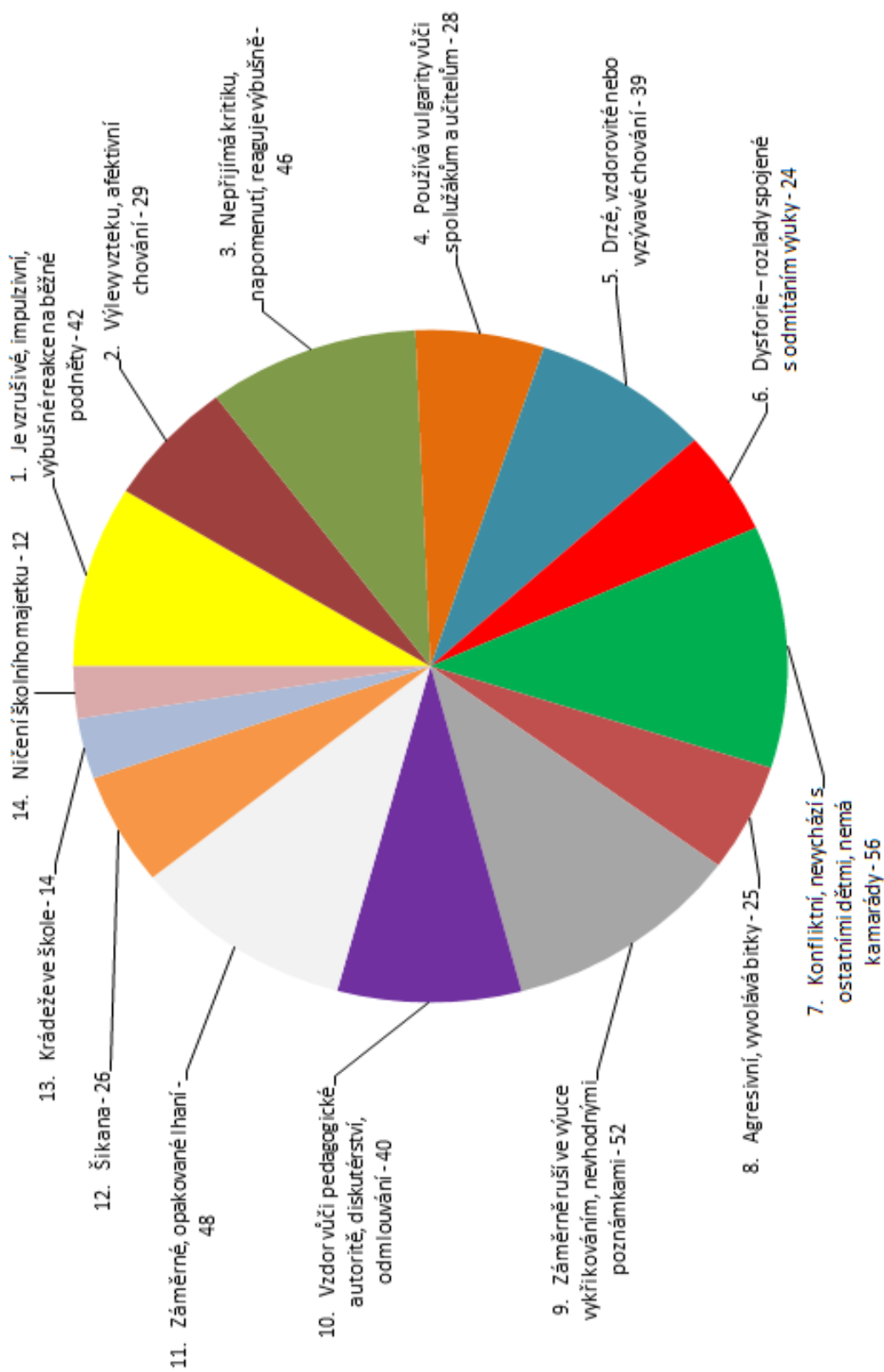
Otázka č. 1

Vyskytují se ve Vaší třídě žáci, kteří vykazují symptomatiku PCH ?

Kvantitativní vyhodnocení tabulky symptomatiky poruchového chování

1. Je vzrušivé, impulzivní, výbušné reakce na běžné podněty	42
2. Výlevy vzteku, afektivní chování	29
3. Nepřijímá kritiku, napomenutí, reaguje výbušně	46
4. Používá vulgarity vůči spolužákům a učitelům	28
5. Drzé, vzdorovité nebo vyzývavé chování	39
6. Dysforie – rozlady spojené s odmítáním výuky	24
7. Konfliktní, nevychází s ostatními dětmi, nemá kamarády	56
8. Agresivní, vyvolává bitky	25
9. Záměrně ruší ve výuce vykřikováním, nevhodnými poznámkami	52
10. Vzdor vůči pedagogické autoritě, diskutérství, odmítání	40
11. Záměrné, opakované lhaní	48
12. Šikana	26
13. Krádeže ve škole	14
14. Ničení školního majetku	12
Celkem zaznamenaných symptomů PCH	481

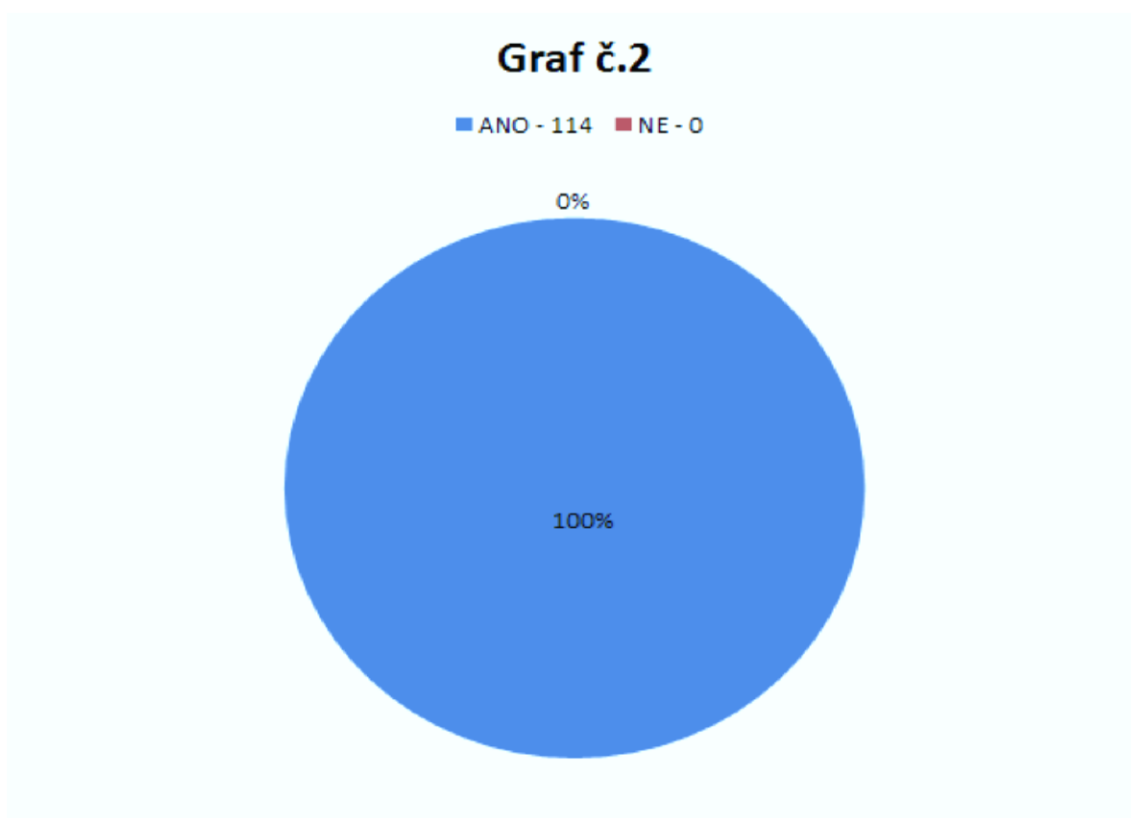
Graf č.1 - Celkem zaznamenaných symptomů PCH - 481



Symptomatika poruch chování je z hlediska četnosti mnohem širší a některé symptomy skutečně závažnější, kdy mají charakter již antisociálního chování. My jsme se v našem výzkumu zaměřili pouze na ty symptomy PCH, které se objevují převážně ve školním prostředí, mají vliv na fungování žáka ve škole, a které mohou v rámci posouzení jejich výskytu naši respondenti - učitelé sledovat a zaznamenat. Vycházeli jsme také z toho, že na 1. st. ZŠ se jiné, společensky závažnější PCH vyskytovat nebudou. Zkoumaný vzorek činil 2736 žáků. U tohoto počtu žáků se v rámci výzkumného šetření zaznamenali učitelé celkem 481 symptomů PCH. Je tedy zřejmé, že symptomatika PCH není nějakým ojedinělým jevem, naopak výsledek šetření dokazuje, že se v izolované formě (nejedná se o plnou diagnózu PCH) vyskytuje i na 1. st. ZŠ.

Otázka č. 2

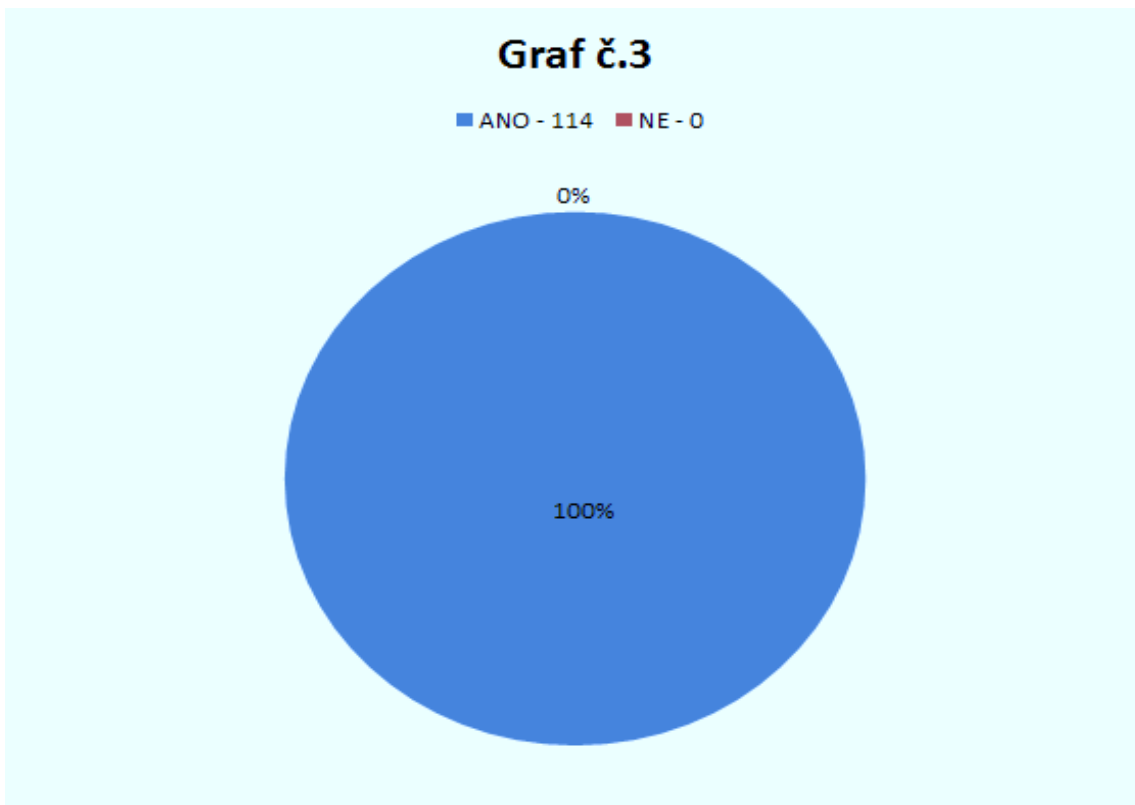
Považujete práci s těmito žáky za náročnější?



V případě učitelů, tedy našich respondentů, docházíme k závěru, že přítomnost žáka se symptomatikou PCH ve třídě znamená pro učitele změnu a velkou zátěž. Především v nutnosti zvládat značné množství stresových či potenciálně konfliktních situací. Z našeho výzkumu není patrné, zdali má přítomnost PCH u žáka na práci učitele větší stresující vliv, než jiné případné handicapy. Avšak je zřejmé, že přítomnost symptomů PCH ovlivňuje postoje učitele a jeho práci s celou třídou. Vycházíme z počtu kladných odpovědí, kdy všech 114 (100%) učitelů odpovědělo, že práce s žákem, který vykazuje symptomatiku poruchového chování, je pro něj náročnější.

Otázka č. 3

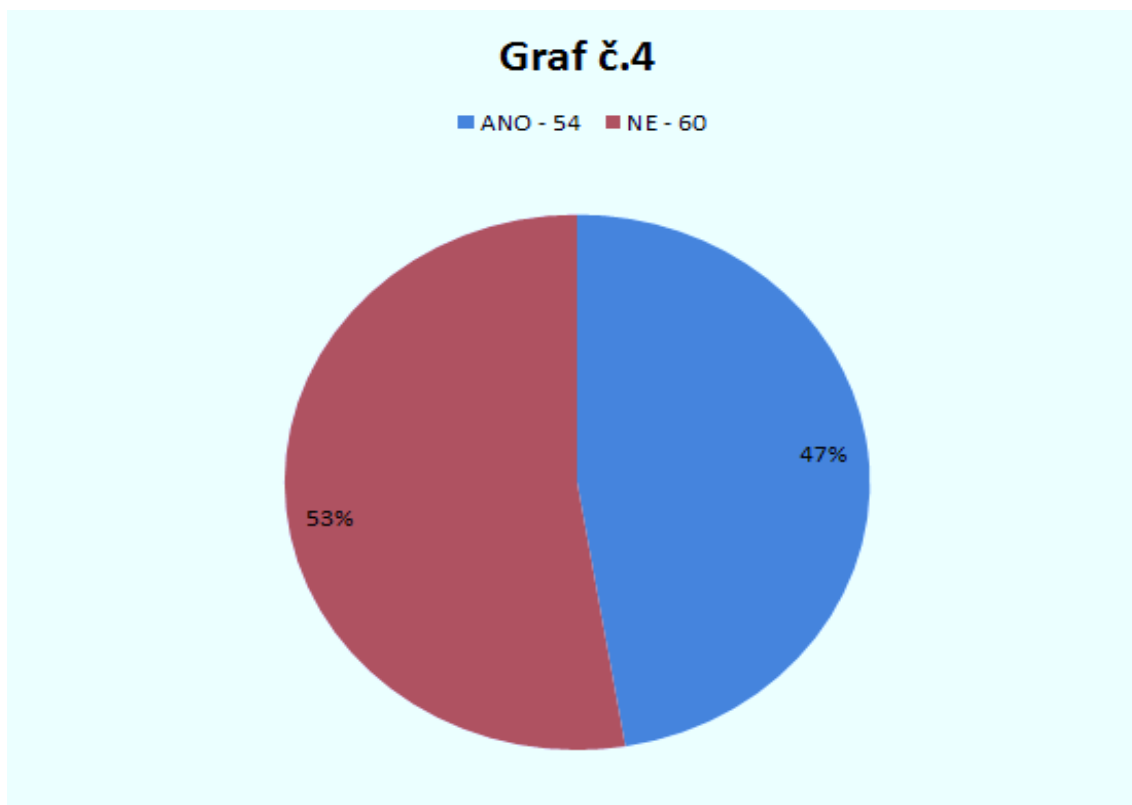
Vyskytuje se symptomatika PCH dle Vašeho názoru častěji u chlapců?



Na tuto odpovědělo kladně všech 114 (100%) učitelů. Je tedy více než zřejmé, že i pedagogický terén, zastoupený učiteli, vnímá chlapce jako více problematické a tím potvrzují i statistiky a studie na toto téma s výsledkem větší prevalence PCH u chlapců než u dívek. Je proto velmi důležité se v celém pedagogickém procesu zaměřit na tento jev a poskytovat chlapcům zvýšenou preventivní a terapeutickou podporu, zvláště pak v krizovém vývojovém období pubescence, kdy hrozí největší riziko příklonu k problémovým aktivitám.

Otázka č. 4

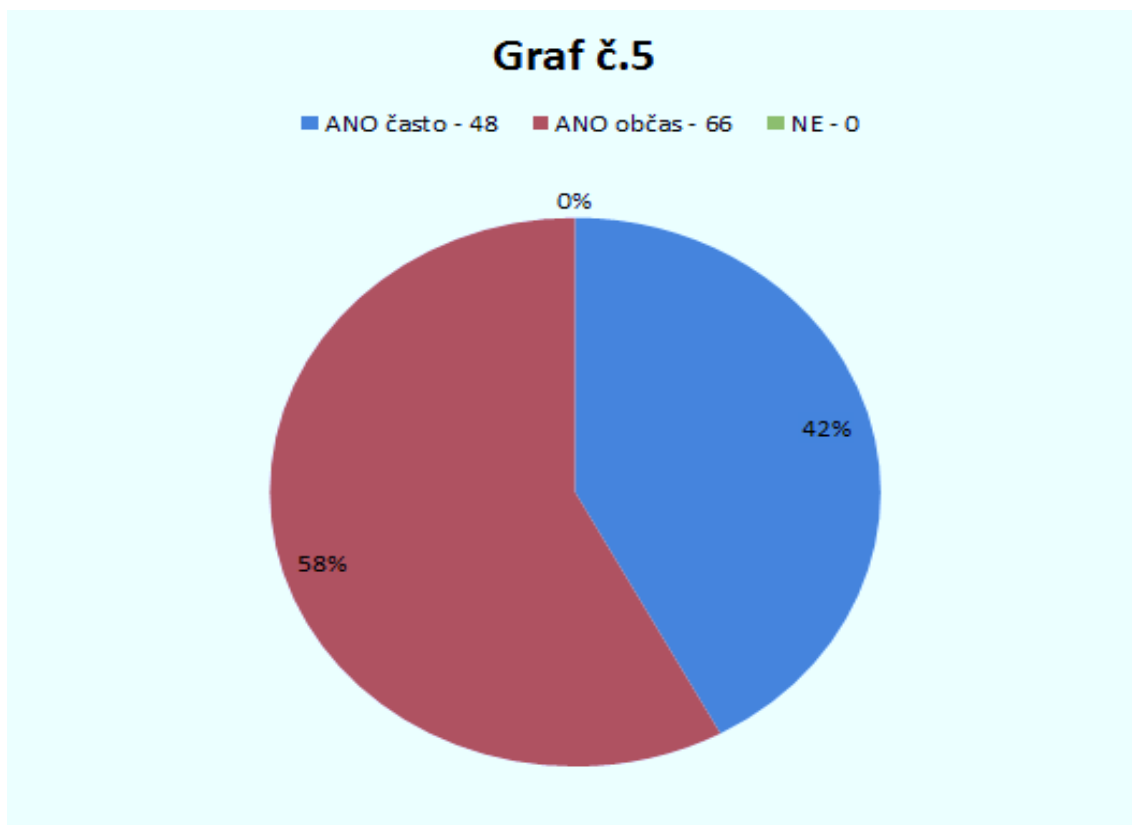
Myslíte si, že Vás uvedené problematické chování nějak ovlivňuje při hodnocení, resp. klasifikaci těchto žáků?



Problémové chování žáků učitelé často hodnotí v rámci komplexního přístupu žáka ke školnímu vzdělávání. Proto se také v této otázce odrážel ambivalentní přístup učitelů k hodnocení žáků, u kterých se objevuje problémové chování. Celkem 54 (47%) učitelů, tedy výrazná část z nich zohledňuje chování při klasifikaci. Ovšem nakonec v těsné většině 60 (53%) učitelů uvedlo, že je to pouze samotný školní výkon, který hodnotí a má vliv na to, jak žáka ohodnotí.

Otázka č. 5

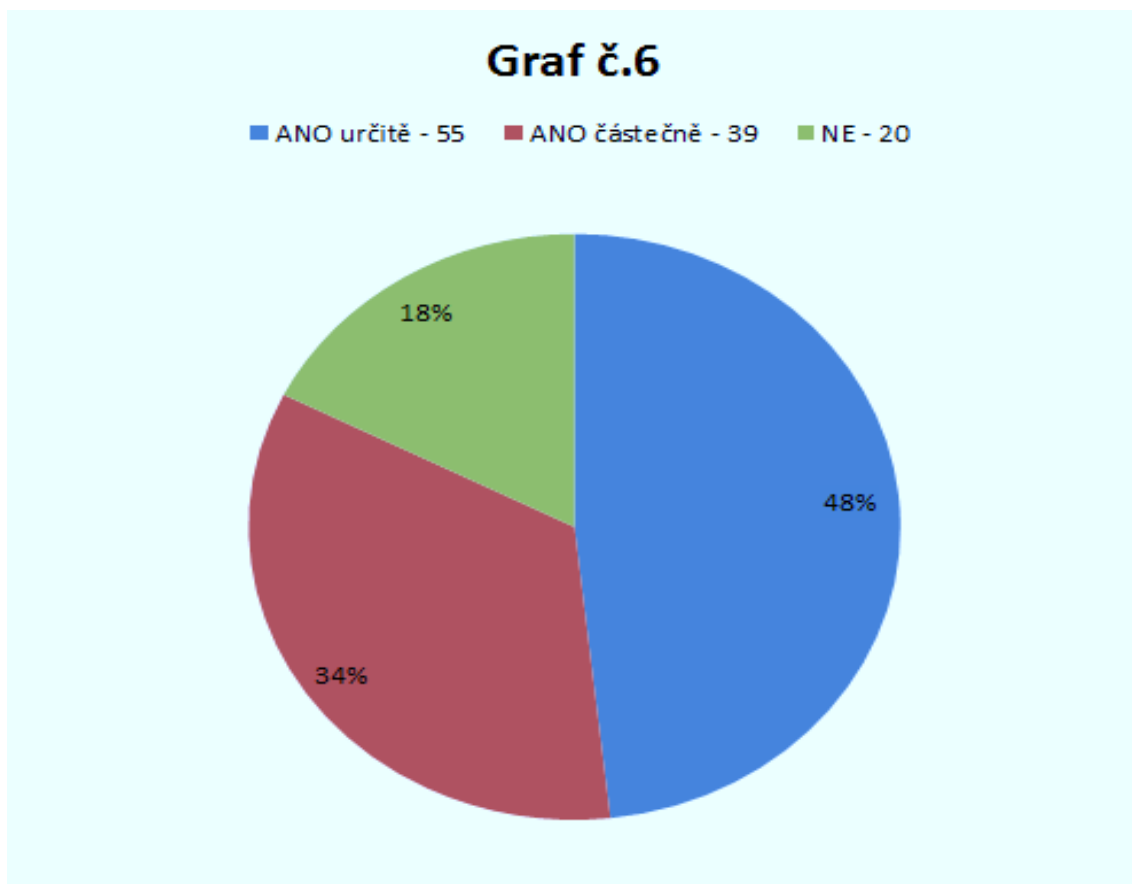
Pocitujete k žákům s poruchovým chováním nelibé pocity – naštvanost či averzi?



Z pohledu učitele, který je vystaven značné zátěži, kdy 5 x týdně musí předstoupit před 20 a více žáků a odprezentovat své nabitě znalosti a zároveň zaujmout natolik, aby byli žáci na výklad soustředění a předkládanou látku pochopili, je poměrně náročnou činností i pro zkušené učitele, zvláště pak v dnešní době kázeňské rozvolněnosti. Učitel musí takového žáka napomínat, zklidňovat. To přináší takové důsledky jako přerušování vyučování, zdržování výuky, opětovné pokusy o získání pozornosti žáků a své vlastní koncentrace na výklad látky. Dalo se tedy předpokládat, že alespoň část učitelů bude k žákům s problémovým chováním pociťovat nelibé pocity jako zlost či dokonce averzi, pokud takové chování žáka přetrvává delší dobu. Součet odpovědí ukazuje celkem 48 (42%) učitelů, kteří často pociťují k problémovým žákům nelibé pocity. 66 (58%) učitelů uvedlo, že takové pocity mají pouze občas. Ani jeden z učitelů v této otázce neoznačil odpověď NE.

Otázka č. 6

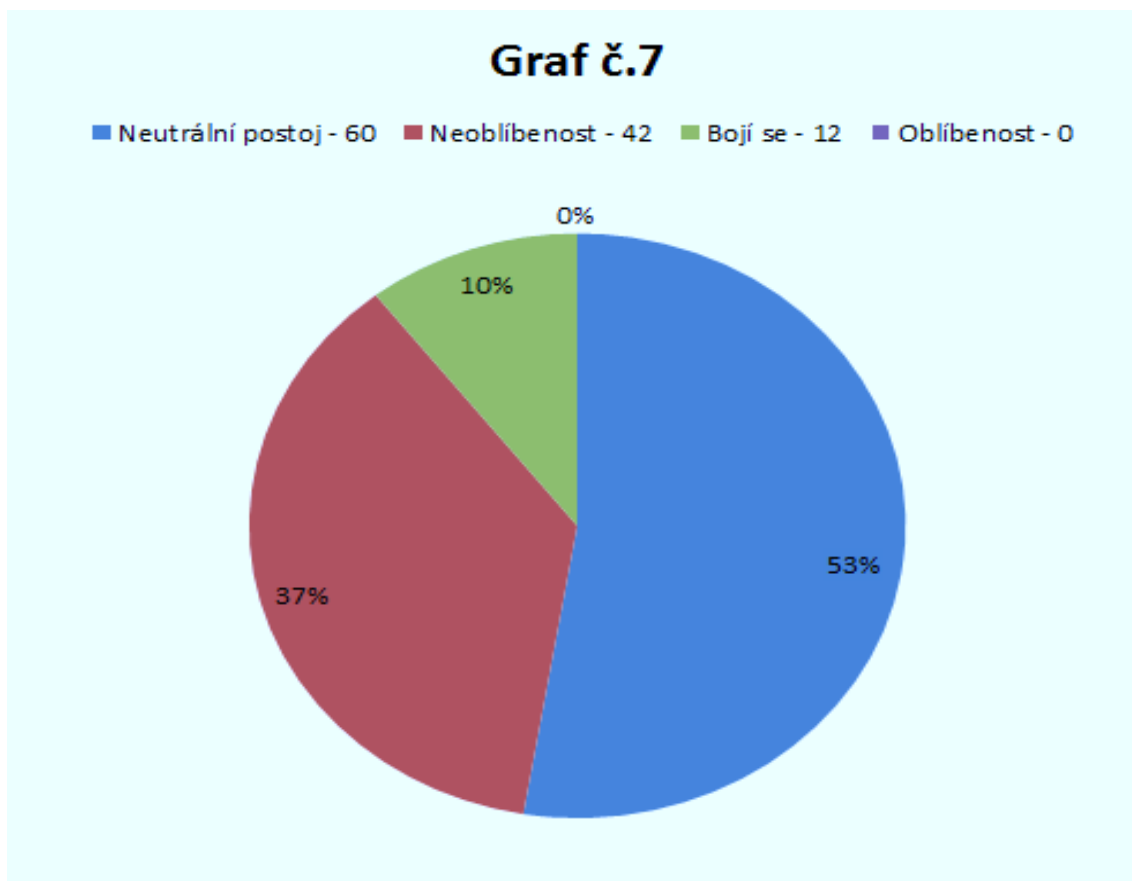
Myslíte si, že poruchové chování má mimo jiné přímý negativní vliv na školní úspěšnost těchto žáků?



Podle diskuzí s odborníky ze SPC pro děti s poruchami chování jsme nabyli názoru, že poruchové chování za určitých okolností, např. je-li spojené s impulzivitou, zvýšenou neadekvátní reaktivitou na běžné situace, vzpurností, agresivitou, může kvalitu školního výkonu negativně ovlivňovat. V názoru na to, zda poruchové chování má negativní vliv na kvalitu školního výkonu, se učitelé polarizovali do třech skupin s názorem, že PCH buď zcela určitě 55 (48%), nebo částečně 39 (34%), má vliv na to, jak žák ve škole prospívá. 20 (18%) z nich pak odpovědělo, že poruchové chování nemá na školní úspěšnost vliv. V konečném součtu tak vysoce převažuje názor, že PCH školní úspěšnost ovlivnit mohou.

Otázka č. 7

Ovlivňuje podle Vás poruchové chování těchto žáků vztahy s vrstevníky, resp. se spolužáky či jinými žáky školy a v jakém smyslu?



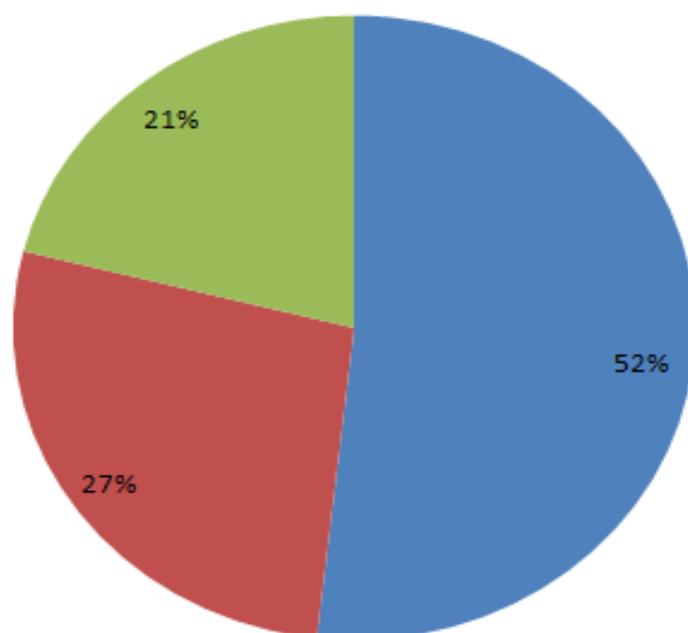
Děti s PCH bývají svými vrstevníky přijímáni se smíšenými pocity a s různými emocemi, které jsou vyjádřeny buď strachem, nebo naopak obdivem či opačně negativním vztahem a pohrdáním. Zkušenosti z praxe ukazují, že mnoho dětí zaujímá k těmto vrstevníkům neutrální postoje. Snaží se nevšímat si jich, vyhýbat se jim. To se potvrzuje i v našem šetření, kdy se z pohledu učitelů ukazuje spíše trend neutrálních postojů a sestupně až po neoblíbenost a strach. Odpovědi ukazují na neutrálnost postojů ostatních žáků 60 (53%), nebývá oblíben 42 (37%), bojí se 12 (10%), oblíben 0.

Otázka č. 8

Jakou máte zkušenost se spoluprací rodičů a školy při řešení kázeňských přestupků těchto žáků?

Graf č.8

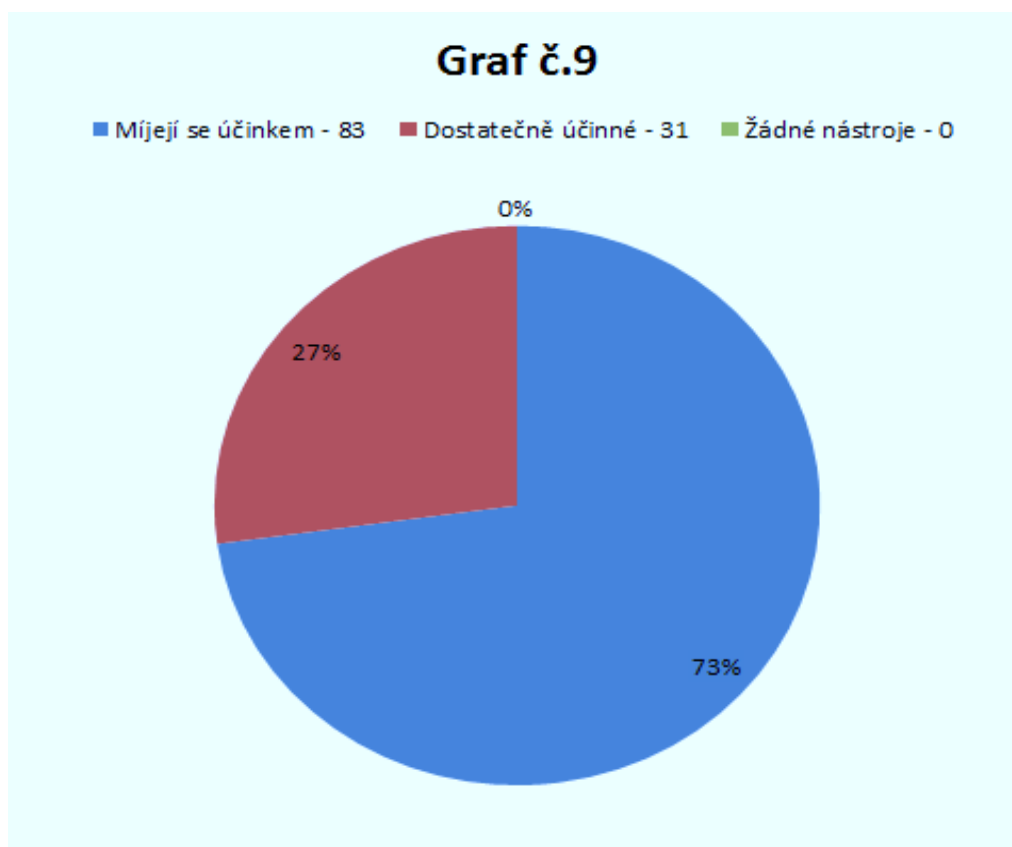
■ Dobrou i špatnou - 59 ■ Jen dobrou - 31 ■ Špatnou - 24



Často musí učitelé řešit prohřešky žáků s jejich rodiči. Hyperprotektivní přístup rodičů není v dnešní době žádnou výjimkou. Naopak dle našich zkušeností z praxe víme, že mnoho rodičů má problém přijmout objektivní kritiku chování svých dětí, chybí jim náhled a mají tendence rozporovat kázeňské opatření ze strany školy. To samozřejmě znesnadňuje vzdělávací, ale i výchovný proces, který škola naplňuje dle školského zákona, ale snižuje to i autoritu učitelů. Dalo se předpokládat, že budou převažovat odpovědi „dobrou i špatnou“ 59 (52%), následně „jen dobrou“ 31 (27%) a „špatnou“ 24 (21%).

Otázka č. 9

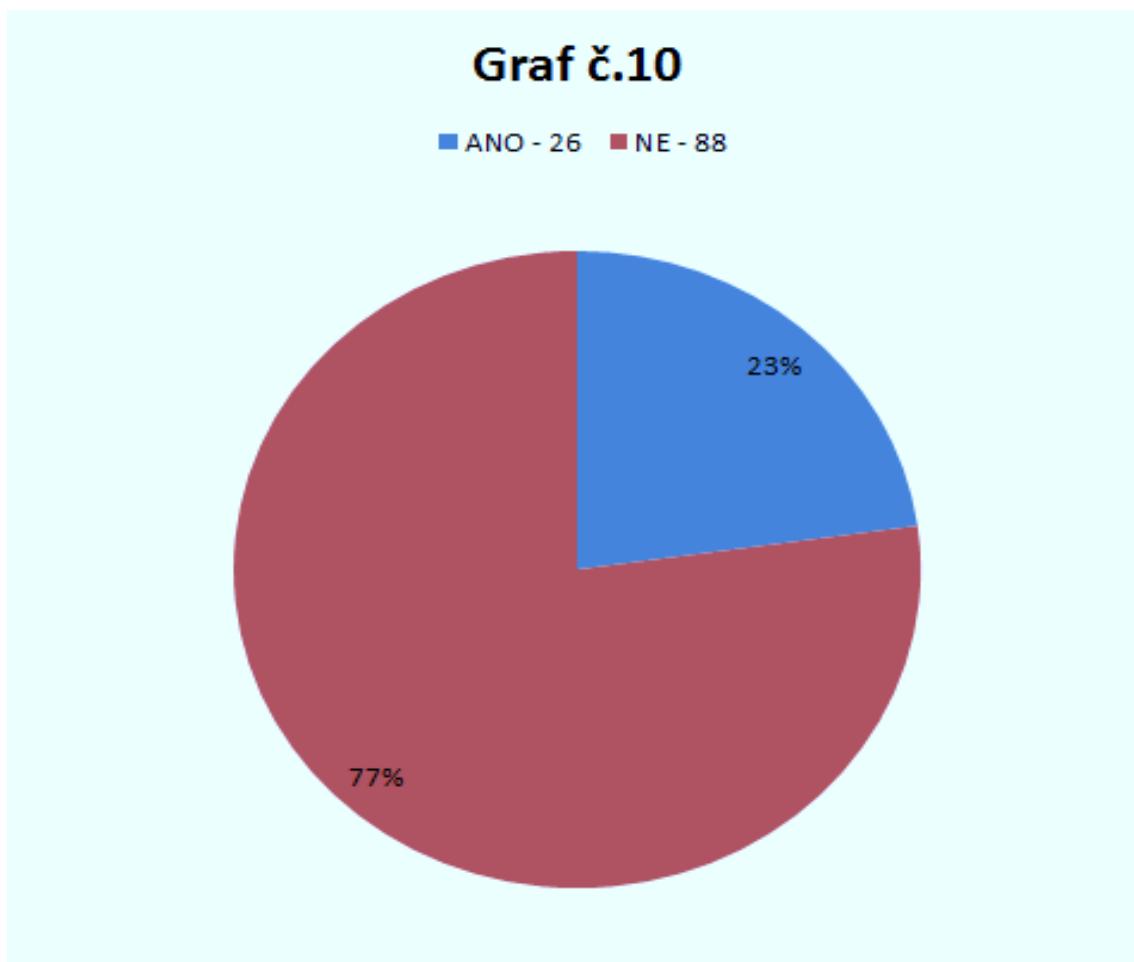
Myslíte si, že škola disponuje účinnými nástroji či opatřeními v rámci školského zákona nebo vlastního vnitřního školního řádu, které může uplatnit při řešení problémového chování žáků?



Vzdělávání žáků na ZŠ je pro učitele stále náročnější, především pak vlivem hodnotově posunutého žebříčku v celé společnosti, kde učitel nemá už pozici morální autority, mnohdy je vystaven tlaku ze strany rodičů, žáků a někdy i svého zaměstnavatele. Často je učitel nucen využít nějaké výchovné opatření či jiný nástroj k postihnutí problémového chování žáka, ať již se jedná o důtku ředitele školy, sníženou známku z chování, svolání výchovné komise za účasti rodičů a někdy OSPOD. Učitelé nezřídka označují situaci ve školství jako bezvýchodnou, bez možnosti chování žáků výrazně změnit, ovlivnit nebo zmírnit. Spíše než na nedostatek nástrojů k uplatnění výchovného opatření si stěžují na jejich efektivitu a účinnost. Všechny 114 učitelů si myslí, že škola disponuje dostatečnými výchovnými opatřeními, ale většina z nich 83 (73%) tvrdí, že se míjejí prakticky účinkem oproti kolegům s názorem, že jsou dostatečně účinné 31 (27%). Nikdo si nemyslí, že by škola neměla vůbec žádná výchovná opatření.

Otázka č. 10

Spolupracujete v rámci řešení problémového chování i s orgány sociálně právní ochrany dětí?



Dle našich předchozích zjištění, musí školy mnohdy sáhnout k opatření, které má přesah k jiným institucím. V našem případě máme na mysli orgány sociálně právní ochrany dětí. Tohoto institutu lze využít nejen jeli dítě ohroženo sociálně patologickými jevy z jeho osobního prostředí – týrání, toulky, nedostatečná péče rodičů, která má vliv na školní úspěšnost, docházku atd., ale i v případě, vykazuje-li dítě ve škole takové chování, které je již běžnými výchovnými prostředky těžko zvladatelné a rodina na jeho řešení se školou nespolupracuje. Pak se lze obrátit na OSPOD a žádat o pomoc. Z našeho celkového počtu respondentů uvedlo 26 (23%), že již spolupracovali při řešení problémového chování s OSPOD oproti 88 (77%), kteří se na tuto instituci zatím neobrátili.

2.7 Diskuze k získaným výsledkům šetření

Poruchy chování, resp. i jejich pouhá symptomatika, jak naznačují výsledky šetření, mají vliv na další oblasti života daného jedince. Jedná se především o společenský a sociální obraz, který si jedinec svým chováním o sobě vytváří. U dítěte ve škole se jeho případné problémové chování odráží v jeho školních výkonech, v tom, jak je vnímáno svými vrstevníky a učiteli, později pak i jinými sociálními skupinami, ve kterých se už jako dospívající bude pohybovat.

V primárním vzdělávání, kde dochází k té největší akceleraci v psychickém vývoji, se takové dítě může stát trvale neoblíbeným a hrozí riziko fixace negativního sebevnímání, které sebou nese další problémy při zapojování se do společnosti. Dítě vykazující určité nestandardní chování, které má charakter permanentního porušování pravidel, je vždy společností vnímáno minimálně rozporuplně. Proces výchovy a vzdělávání dítěte s problematickým chováním je velmi náročný a vyžaduje ze strany rodičů i učitelů velkou dávku trpělivosti a tolerance. Ta by však neměla nikdy bezbřehá. Ne vždy je jednoduché zvolit ten nejsprávnější výchovný přístup, a to zvláště tehdy, jedná-li se o poruchu, která má podklad v organickém poškození centrální nervové soustavy či je determinována genetickými vlivy. Je pak pochopitelné, že dítě za některé své projevy skutečně nemůže a není schopno je často ovládnout. To lze objektivně tvrdit např. u hyperkinetické poruchy, která je jak pro dítě, ale i rodiče a učitele velkou zátěží a může významně ovlivnit sociální a emocionální postoje k takovému dítěti. Hyperaktivní, neklidné dítě je velmi náročné a vyčerpává své okolí. Vyvolává v něm pocity nejistoty, protože očekávaným způsobem nereaguje na běžnou výchovnou korekci. Rodiče jsou nespokojeni a zklamáni, jejich vztah k dítěti bývá často poznamenán. Z rozhovorů s odborníky z našeho speciálně pedagogického centra vyplynulo, že rodiče sice mají takové své dítě rádi, ale na druhé straně k němu pociťují i negativní pocity, podvědomě ho odmítají, i přesto, že si to nechtějí připustit. Dlouhodobá zátěž výchovy hyperaktivního dítěte se může projevit „syndromem rodičovského vyčerpání“. Ve škole se tyto děti nedovedou chovat požadovaným způsobem. Postoj učitelů je většinou takový, že očekává přiměřené zvládnutí školní zátěže a plnění povinností souvisejících s výukou. Hyperaktivní dítě toho není schopno, a proto je posuzováno jako viník. To často vede k frustraci a napětí dítěte a je riziko, že se stane chronicky neúspěšné.

U dětí jejichž problematické chování je podmíněno sociálními a výchovnými vlivy je situace trochu odlišná. Jejich chování je do jisté míry předpokladatelné, není skryto za složitou symptomatologii organické poruchy a má většinou charakter mírnějších disociálních projevů, které v průběhu dalšího vývoje a zrání se mohou zmírnit. Tyto projevy jsou pro rodiče a školu tzv. „průhlednější“ a proto jsou v některých případech akceptovány lépe než projevy spojené s obtížně zvladatelnou hyperaktivitou. Prognóza výchovně podmíněných PCH je považována v těch méně závažnějších případech za pozitivnější. U rozvinutých těžších PCH však již odborníci tak optimističtí nejsou. Častěji je tento typ PCH spojován s nepodnětným rodinným prostředím, kde je zvýšené riziko emoční a sociální deprivace, která zanechává na psychice dítěte nevratné škody. Takové dítě se stává např. agresivním, zlým, negativistickým, vzpurným, vzdorovitým, věčně se vymezujícím proti autoritě dospělého, a to jak ve škole, tak i mimo školní prostředí. Může dojít k narušení osobnosti dítěte a v důsledku toho k rozvoji více či méně závažných poruch chování. Na druhém stupni ZŠ, tedy již v období nastupující a později již probíhající pubescence, hrozí riziko, že takové dítě bude inklinovat např. k problémovým aktivitám s partou, kde může uplatňovat své chování a stát se tak vrstevnický „úspěšným“. Postupně se může rozvinout příklon k delikventním aktivitám. Problematika neúspěšné rodinné výchovy tak přerůstá do širšího společenského rámce, kdy lze již stěží rozvoj PCH zastavit a dochází k zakotvení chování do vnitřní struktury dítěte. Sociální důsledky jsou pak natolik závažné, že pokud se záchranná síť nerozvine včas, zůstává takový jedinec později na okraji společnosti a cesta k nápravě je prakticky uzavřena.

3 Navrhovaná opatření

Jedním z cílů navrhovaných doporučení by mělo být nalezení a definování rizikových faktorů v životě a vývoji dítěte tak, aby bylo možno mu včas poskytnout potřebnou pomoc a zabránit dalšímu selhávání. Jak bylo uvedeno výše, je hlavním socializačním faktorem ve vývoji dítěte výchova v rodině. Chtělo by se napsat, že to samo o sobě je dostačující a pokud se tohoto pravidla rodina drží, je málo pravděpodobné, že dítě sklouzne do chování, které ho v dalších letech nálepkuje jako dítě nevychované a v horším případě jako dítě s PCH. Co však rodiče, kteří ke kvalitní výchově nejsou kompetentní, ať už jsou mravně narušení, osobnostně složitě strukturovaní, nebo neměli sami ten správný výchovný vzor a špatnou výchovu přenášejí do další generace. Někdy úplně stačí, když se jinak schopní, rozumní rodiče dostanou do problémů, které významně naruší doposud bezproblémový chod rodiny. Může to být ztráta zaměstnání, rozvod, vážná nemoc, už to samo o sobě může zásadně změnit režim rodiny a tím i zdravé výchovné prostředí. Jak těmto rodičům a jejich dětem pomoci? Jakou prevenci doporučit?

Cílovou skupinou preventivních opatření mohou být podle Matouška a Kroftové (2003, s. 267) tyto děti: hyperaktivní, selhávající ve škole, děti v riziku poruchy chování, zneužívané a týrané v rodinách, z dysfunkčních rodin, z čtvrtí, kde je vysoká úroveň kriminality, z rodin žijících pod hranicí životního minima, z rodin, kde chybí otec a děti s predelikventním chováním. Je vhodné zde připomenout, že poruchy chování se většinou vyvíjejí od méně závažných forem k těm těžším. Čím dříve projev poruchy chování zachytíme, tím je větší šance na její zvládnutí. Pokud má dítě problémy doma i ve škole, je možné se na návrh učitele či výchovného poradce obrátit na speciálně pedagogické centrum, pedagogickou psychologickou poradnu, oddělení péče o dítě, dětskou psychiatrii, krizové centrum či diagnostický ústav.

Základní zaměření preventivních programů dle Matouška a Kroftové (2003):

- předškolní programy pro děti,
- programy určené rodičům,
- programy vázané na školu,
- vrstevnické programy,
- komunitní programy.

Za důležitou součást prevence je považována kvalita **rodičovského dohledu**. Je to další parametr rodičovského chování, který má prokazatelnou souvislost se souběžným nebo pozdějším sociálním selháváním dítěte. Míní se jím míra rodičovské informovanosti o tom, co dítě dělá ve volném čase, s jakými kamarády se stýká, kde se zdržuje, když není doma, kdy se vrací domů, v jakém stavu atp. Čím hůře rodiče monitorují své dítě, tím je větší pravděpodobnost, že se bude dopouštět problematického chování. Zvláště pak děti, které jsou snadno ovlivnitelné, manipulovatelné a nezažívají úspěch.

Základní a nezbytnou část práce s dítětem představuje pedagogicko-psychologické poradenství. To je zaměřeno jednak na diagnostiku PCH, ale také by mělo poskytovat rodičům a dětem strategii pro zvládnání nežádoucího chování. Není-li možné, aby náprava dítěte s PCH probíhala v samotné rodině, resp. na to rodiče již nestačí, nebo není-li účinná intervence školy, měly by zasáhnout jiné instituce, kterým přímo zákon vymezuje pravomoci, které lze využít k tomu, aby se zabránilo rozvoji nějaké závažnější patologie.

Důležitou institucí v rámci dikce zákona 359/1999 Sb. o sociálně - právní ochraně dětí, která působí v oblasti prevence, zachycení a případné pomoci dětem s rizikem poruchy chování je OSPOD – oddělení sociálně právní ochrany dětí.

OSPOD

Sociálně právní ochrana dětí je zákonem 359/1999 Sb. o sociálně - právní ochraně dětí je svými základními parametry vymezena jako:

- ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu,
- ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění,
- působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny,
- zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině.

Samotnou problematiku dětí řeší kurátoři mládeže, a to:

- veškerou trestnou činnost dětí, OSPOD je účastníkem všech trestních řízení,
- sociálně – patologické jevy ve školním prostředí – záškoláctví, nevhodné chování, agresivita, šikana,

- problematické chování dítěte v rodině – nerespektování rodičů, agresivita vůči rodičům, útěky z domova, toulky,
- zneužívání návykových látek,
- prostituce,
- další specifické formy závadového jednání – delikvence atp.

OSPOD také navrhuje soudu dle zákona 359/1999 Sb. o sociálně - právní ochraně dětí některá výchovná opatření, jako např. nařízení ústavní nebo uložení ochranné výchovy.

4 Závěr

Moje DP se zabývala problematikou výskytu symptomatiky PCH u žáků na 1. st. ZŠ. Výzkumným cílem nebylo zjišťovat, zda uvedené chování vychází z výchovně podmíněných příčin, osobnostní struktury či z organického podkladu, ale v jaké míře se tyto typy chování vyskytují ve školním prostředí a jaké další okolnosti jsou v rámci školy s tímto jevem spojeny.

Na 1. st. ZŠ jsem se zaměřila především proto, že sama s dětmi s PCH pracuji a vím, jak složité je jejich vzdělávání. Zajímalo mě, v rámci mého šetření, jaké typy poruchového chování se vyskytují na jiných pražských školách a jak s tím spojenou problematiku vnímají jejich učitelé. Z mé dosavadní praxe jsem čerpala některé své úvahy a předpokládala z části i výsledky mého šetření. Ke slovu „výzkum“ zaujímám v mé DP pedagogickou pokoru a používám ho v celém textu jen v rámci akademicky očekávané terminologie. Jsem si plně vědoma, že zvolené téma značně přesahuje mé doposud nabitě či získané odborné znalosti a dovednosti, jelikož moje speciálně pedagogická cesta je stále ještě na počátku. Přesto si myslím, že výsledky mého šetření ukazují údaje, které jsou v určitém směru znepokojující. Minimálně v tom, jak moc se mění chování školních dětí a čemu jsou učitelé na školách vystaveni. Ukazuje to na to, že situace v oblasti výchovy dětí není zcela uspokojivá a první, kdo tento sociálně patologický úkaz odnese, jsou vždy učitelé. Je dobré si uvědomit, že problematika PCH je složitá a zasluhovala by dlouhodobé zaměření ze strany všech institucí. Tou hlavní je však vždy **RODINA!**

Mojí snahou bylo poskytnout jen jakousi aktivizující mapující sondu k zamyšlení nad tímto problémem.

5 Seznam použitých zdrojů

- BARR, R. D., PARRET, W. H. Hope Fulfilled for At-Risk and Violent Youth. 2nd Ed., Boston: 2001. ISBN 0-205-30886-4.
- DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRICH, Zdeněk, MATĚJČEK, Zdeněk. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠEDÝ, Omar et al. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.
- ELLIOT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích – prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Praha: 2002. ISBN 80-247-0182-0.
- FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- GAVORA, Peter, *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: 2000. ISBN 80-85931-79-6
- HLAVÁČKOVÁ, Kateřina. *Poruchy chování a jejich sociální a školní důsledky u žáků základní školy*. Absolventská práce. Praha: VOŠ sociální, 2013.
- HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, MALÁ, Eva et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- JANSKÝ, Pavel. *Metodická příručka - Analýza nevhodného sociálního chování a některé aspekty poskytované péče v podmínkách školských zařízení pro výkon ústavní výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: 2001.
- JANSKÝ, Pavel. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. 1. vyd. Hradec Králové: 2004. ISBN 80-7041-114-7.
- JÁNSKÝ, Miloš. *Poruchy chování jako sekundární symptom žáků s ADHD na 2. stupni základní školy*. Rigorózní práce. Praha: Univerzita Karlova, 2016.
- KEBZA, Vladimír, *Hyperaktivní dítě – informace pro rodiče*, Státní zdravotní ústav, Praha: 2001.
- MATOUŠEK, Oldřich, KROFTOVÁ Andrea. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: 2003. ISBN 80-7178-771-X.
- MATOUŠEK, Oldřich, *Práce s rizikovou mládeží*. 1. vyd. Praha: 1996. ISBN 80-7178-089-8.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize, Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: 2006. 251 s. ISBN 80-851121-11-5.

- MICHALOVÁ, Zdeňka. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: 2007. ISBN 80-7311-075-X.
- NAKONEČNÝ, Milan, *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: 1996. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, Milan, *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
- PEŠATOVÁ, Ilona. *Vybrané kapitoly z etopedie – Klasifikace a diagnostika poruch chování – 1. díl*. 2. vyd. Liberec: 2006. ISBN 80-7372-087-6.
- REIFEOVÁ, S., F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 4. vyd. Praha: 2010. ISBN 978-80-7367-728-2.
- SMOLÍK, Arnošt, SVOBODA, Zdeněk. *Etopedické propylaje I*. 1. vyd. Ústí nad Labem: 2012. ISBN 978-80-7414-529-2.
- SVOBODA, Mojmír (ed.), KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- THEINER, Pavel, KAŠPÁREK, Tomáš, FILOVÁ, Alena. *Hyperkinetická porucha (ADHD) . Psychiatrie*. roč. 17, č. 1. Praha: 2013. ISSN 1211-7579.
- VOJTOVÁ, Věra, *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: 2008. ISBN 978-80-7315-166-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie III*. 1. vyd. Liberec: 2003. ISBN 80-7083-669-5.
- WALKER, H. M., SEVERSON, H. H. Developmental prevention of At-risk Outcomes for Vulnerble Antisocial Children and Youth. In LANE, L.K., GRESHAM, F. M., O'SHAUGNESSY, T.E. *Children with or Risk for Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: 2002. ISBN 0-205-32182-8.
- ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 12. vyd. Praha: 2015. ISBN 978-80-262-0875-4.

INTERNETOVÉ ZDROJE

www.solen.cz/2007/02/09

www.atre.cz

6 Seznam příloh

- A) Mezinárodní klasifikace nemocí
- B) Platná legislativa
- C) Dotazník

Příloha A - MKN – 10

/výpis poruch, které jsou z pohledu PCH významné/ PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM OBVYKLE V DĚTSTVÍ A V DOSPÍVÁNÍ (F90-F98)

Hyperkinetické poruchy

Skupina poruch charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou

Hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování

F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy

F90. 9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná

F91 Poruchy chování

Poruchy chování jsou charakterizovány opakovanými přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle). Tento druh poruch chování však může být projevem i jiné psychiatrické poruchy a v takovém případě má být preferována příslušná diagnóza. Chováním, na němž je diagnóza založena, je například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útoky z domova, neobvykle časté

a silné výbuchy vzteku a nekázeň. Pro diagnózu postačuje jedno z těchto typů chování, pokud je výrazné, nestačí však ojedinělý disociální čin.

F91. 0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině

Disociální nebo agresivní chování (a nikoli pouze opoziční, vzdorovité, rozvratnické), které je soustředěno úplně nebo téměř úplně na domov a na mezi osobní styky se členy nukleární rodiny nebo s dalšími členy domácnosti. Tato porucha vyžaduje splnění všech kritérií F91 - dokonce ani závažně narušený vztah mezi dítětem a rodičem nepostačuje sám o sobě ke stanovení této diagnózy.

F91. 1 Nesocializovaná porucha chování

Tato porucha je charakterizována kombinací trvalého disociálního nebo agresivního chování (splňujícího všechna kritéria pro F91 - a nikoliv pouze opoziční, vzdorovité nebo rozvratnické chování) s výrazným pervazivním narušením vztahu jedince k ostatním dětem.

Porucha chování samotářského agresivního typu

Nesocializovaná agresivní porucha

F91. 2 Socializovaná porucha chování

Porucha chování s disociálním nebo agresivním chováním trvalého rázu (splňující všechna kritéria pro F91 a neobsahující pouze opoziční, vzdorovité, rozvratnické chování), vyskytující se u jedinců, kteří jsou celkem dobře integrovaní do skupiny stejně starých.

Porucha chování skupinového typu

Skupinová delikvence

Poklesky v souvislosti s členstvím v gangu

Krádeže s partou

Záškoláctví

F91. 3 Opoziční vzdorovité chování

Porucha chování obvykle se vyskytující u mladších dětí, která je primárně charakterizovaná výrazně vzdorovitým, neposlušným rozkladným chováním, která však neobsahuje delikventní činy ani extrémnější agresivní nebo disociální chování. Diagnóza vyžaduje, aby byla splněna všechna kritéria pro F91, ani velké darebáctví a zlobení samo o sobě pro diagnózu nedostačuje. Této položky je třeba použít s opatrností zvláště u starších dětí, protože klinicky signifikantní poruchy chování jsou většinou spojeny s disociálním nebo agresivním chováním, které přesahují hranice pouhé opozice, vzdoru a rozvratnictví.

F91. 8 Jiné poruchy chování

F91. 9 Porucha chování nespecifikovaná

Dětské poruchy chování NS

F 92 Smíšené poruchy chování a emocí

Tato skupina je charakterizována kombinací trvale agresivního, disociálního nebo vzdorovitého chování se zřetelně výraznými příznaky deprese, úzkosti nebo jiných poruch emocí. Musí být splněna jak kritéria pro poruchy chování v dětství (F91), tak pro emoční poruchy v dětství (F93), nebo diagnóza neurózy typu dospělých (F40 - F48) nebo poruchy nálad (F30 - F39).

F92. 0 Depresivní porucha chování

Tato položka vyžaduje kombinaci poruchy chování (F91) s trvale výraznou depresí prokázanou symptomy, jako je nadměrný smutek, nedostatek zájmu a radosti z běžné činnosti, pocity viny a beznaděje. Může být přítomna též porucha spánku a chuti k jídlu. Porucha chování podle F91 – sdružená s depresivním onemocněním podle F32.

92. 8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí

Tato položka vyžaduje kombinaci poruch chování (F91.–) s trvalými a výraznými emočními symptomy, jako je anxieta obsese nebo kompulze, depersonalizace nebo derealizace, fobie nebo hypochondrie.

Porucha chování podle F91 spojená s:

emoční poruchou podle F93

neurotickou poruchou podle F40 - F48

92. 9 Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná

F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

Jde v podstatě o zveličením normálního vývojového trendu, spíše než o samostatnou kvalitativní poruchu. Klíčovým diagnostickým rysem pro definování rozdílu mezi emočními poruchami a začátkem specifickým pro dětství (F93) a neurotickými poruchami (F40 - F48) je přiměřenost vývoje.

93. 0 Separační úzkostná porucha v dětství

Separační úzkostná porucha by měla být diagnostikována tehdy, když strach z odloučení tvoří ložisko úzkosti a když tato úzkost se prvně objevuje v časném dětství. Je nutno ji odlišit od běžné separační úzkosti tím, že její závažnost je statisticky neobvyklá (včetně přetrvávání nad hranici obvyklého věkového období) a že je sdružena se zřetelným narušením sociálního fungování.

93. 1 Fobická anxiózní porucha v dětství

Vztahuje se na ty dětské strachy, které jsou projevem vyznačené specifické vývojové fáze a objevují se (v určité míře) u většiny dětí, ale jsou abnormální stupněm. Strachy, které se objevují v dětství, ale nejsou součástí normálního psychosociálního vývoje (např. agorafobie), by měly být kódovány příslušnou položkou z oddílu F40 - F48.

F93. 2 Sociální anxiózní porucha v dětství

U této poruchy jde o obavu z cizích lidí a obavu z nepochopení sociální situace, nebo o úzkost v nových cizích nebo sociálně ohrožujících situacích. Tato položka by se měla použít pouze v tom případě, že tyto strachy vznikají v útlém věku a jsou neobvyklé jak pro svou tíži, tak pro doprovodné sociální selhání.

Úniková porucha v dětství nebo v dospívání

F93. 3 Porucha sourozenecké rivality

U většiny malých dětí pozorujeme určitý stupeň emoční poruchy, objevující se obvykle bezprostředně po narození mladšího sourozence. Jako porucha by však měla být diagnostikována až tehdy, kdy stupeň nebo trvání této poruchy jsou jak statisticky neobvyklé, tak sdružené se sociální poruchou.

Sourozenecká žárlivost

F93. 8 Jiné dětské emoční poruchy

Poruchy identity (*nepatří sem porucha pohlavní identity v dětství (F64.2)*)

Nadměrně úzkostná porucha

F93. 9 Dětská emoční porucha nespecifikovaná

Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání

Poněkud heterogenní skupina poruch, které mají společné abnormality v sociálních funkcích a které začínají během vývojového období. Tyto poruchy však nejsou charakterizovány zřejmou konstitučně sníženou nebo nedostatečnou sociální kapacitou, která by pronikala všemi oblastmi těchto funkcí, jak je tomu u pervazivních vývojových poruch. V mnoha případech zřejmě hrají klíčovou roli vážné poruchy a nedostatky zevního prostředí.

F94 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci

F94. 0 Elektivní mutismus

Stav, který je charakterizován mlčením v určitých situacích. Je výrazně emočně determinován a dítě demonstruje, že za určitých situací je schopno mluvit, ale za

jiných definovatelných situací mluvit přestane. Tato porucha je obvykle sdružena s určitými rysy osobnosti, jako je sociální úzkost a odtažitost, citlivost nebo odpor.

F94. 1 Reaktivní porucha přichylnosti dětí

Porucha začíná v prvních pěti letech života a je charakterizována přetrvávajícími abnormalitami v dětském vzorci sociálních vztahů, které jsou sdruženy s emočními poruchami a které jsou reaktivní na změny zevního prostředí (např. bázlivost a nespavost, špatná sociální interakce se stejně starými, agrese k sobě a druhým, trápení, v některých případech nedostatečný vzrůst). Tento syndrom se pravděpodobně vyskytuje jako výsledek výrazného nezájmu rodičů, zneužívání dítěte nebo špatného zacházení s ním.

F94. 2 Porucha dezinhibovaných vztahů u dětí

Zvláštní typ abnormální sociální funkce, která začíná v prvních pěti letech života a má tendenci přetrvávat i přes zřetelné změny v okolním prostředí. Jako příklady je možno uvést difuzní neselektivně zaměřenou náklonnost chování, vyžadující trvalou pozornost a nediferencovaně přátelské chování, špatně modulované vztahy mezi dětmi své věkové skupiny, které závisejí na okolnostech a mohou být sdruženy s poruchami emocí nebo chování.

Citově chladná psychopatie

Syndrom ústavního dítěte

F94. 8 Jiné dětské poruchy sociálních funkcí

F4. 9 Porucha dětských sociálních funkcí nespecifikovaná

Příloha B – platná legislativa vztahující se k PCH

Zákon o rodině (č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů) upravuje v této souvislosti zejména vztahy mezi rodiči a dětmi, rodičovskou zodpovědnost (včetně jejího omezení, pozastavení a zbavení), vyživovací povinnost, výchovná opatření, pěstounskou péči, nařízení ústavní výchovy, určení rodičovství, osvojení, poručnictví a opatrovnictví.

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí (č. 359/1999 Sb.) upravuje ochranu práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochrana oprávněných zájmů dítěte včetně ochrany jeho jmění a působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. Dále pak upravuje opatření sloužící k ochraně dětí a postup orgánů vykonávajících sociálně-právní ochranu.

Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů v platném znění (č. 109/2002 Sb.) Tento zákon je v našich podmínkách historicky prvním zákonem, který se cele věnuje výchově a vzdělávání dětí, vyrůstajících ve školských institucích zabezpečujících náhradní výchovnou péči. Zákon upravuje výkon ústavní výchovy v těchto typech zařízení: diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav. Zákon dále upravuje práva a povinnosti dětí umístěných v ústavní výchově, osob odpovědných za výchovu, práva a povinnosti ústavních zařízení (resp. ředitele).

Zákon č. 333/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění (školský zákon).

Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Z dalších zákonů na tuto problematiku dopadají zejména:

Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád, v platném znění.

Zákon č. 500/2004 Sb., Správní řád, v platném znění.

Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, v platném znění.

Zákon č. 141/1961 Sb., Zákon o trestním řízení soudním (trestní řád).

Zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, v platném znění.

(<http://www.atre.cz>)

Příloha C – Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

pracuji jako učitelka na 1. stupni ZŠ pro děti se SPCH. V současnosti dokončuji studium speciální pedagogiky na UK.

Chtěla bych Vás požádat o spolupráci na mém výzkumu týkající se poruch chování na 1. stupni ZŠ. Jedná se o vyplnění jednoduchého dotazníku, který mapuje výskyt symptomů PCH u Vašich žáků a další důsledky s tím spojené.

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění jednoduchého dotazníku. Jedná se celkem o 10 položek včetně vyplnění tabulky.

Vyplněné dotazníky, prosím, odevzdejte vedení školy do 31. 12. 2016, kde si je osobně vyzvednu.

Velmi děkuji za spolupráci. Kateřina Hlaváčková

1) Vyskytují se ve Vaší třídě žáci, kteří vykazují níže uvedenou symptomatiku PCH ?

Pokud ano, označte v tabulce ve druhém sloupci symbolem ×, jaké symptomy PCH se vyskytují ve Vaší třídě nejčastěji. Uveďte také celkový počet žáků ve třídě.

Symptomy poruchy chování	Celkový počet žáků.....
Je vzrušivé, impulzivní, výbušné reakce na běžné podněty	
Výlevy vzteku, afektivní chování	
Nepřijímá kritiku, napomenutí, reaguje výbušně	
Používá vulgarity vůči spolužákům a učitelům, drzé, vyzývavé chování	
Dysforie /časté, situačně nepodmíněné rozlady/ spojená s odmítáním výuky	
Konfliktní, nevychází s ostatními dětmi,	
Agresivní, vyvolává bitky	
Záměrně ruší ve výuce vykřikováním, nevhodnými poznámkami	
Vzdor vůči pedagogické autoritě, diskutérství, odmlouvání	
Lhaní	
Záškoláctví	
Šikanuje	
Krádeže ve škole	
Ničení školního majetku	

- 2) Považujete práci s těmito žáky za náročnější?
ANO/NE Nehodící se škrtněte.
- 3) Vyskytuje se symptomatika PCH dle Vašeho názoru častěji u chlapců?
ANO/NE Nehodící se škrtněte.
- 4) Myslíte si, že Vás uvedené problematické chování nějak ovlivňuje při hodnocení, resp. klasifikaci těchto žáků? Zaškrtněte jednu z možností a/b.
a) ANO, při klasifikaci přihlížím i k tomu, jak se žák při hodině chová
b) NE, i když o tom často uvažuji, tak nakonec vždy hodnotím pouze výkon v daném předmětu
- 5) Pociťujete k žákům s poruchovým chováním nelibé pocity – naštvanost či averzi? Zaškrtněte jednu z možností a/b/c.
a) ANO často
b) Ano občas
c) NE
- 6) Myslíte si, že poruchové chování má mimo jiné přímý negativní vliv na školní úspěšnost těchto žáků? Zaškrtněte jednu z možností a/b/c.
a) ANO zcela určitě
b) ANO částečně
c) NE nesouvisí to s tím
- 7) Ovlivňuje podle Vás poruchové chování těchto žáků vztahy s vrstevníky, resp. se spolužáky či jinými žáky školy a v jakém smyslu? Zaškrtněte jednu z možností a/b/c/d.
a) bývá oblíben
b) nebývá oblíben
c) ostatní ho vnímají neutrálně
d) bojí se ho
- 8) Jakou máte zkušenost se spoluprací rodičů a školy při řešení kázeňských přestupků těchto žáků? Zaškrtněte jednu z možností a/b/c.
a) jen dobrou
b) dobrou i špatnou (podle typu rodičů)
c) jen špatnou

- 9)** Myslíte si, že škola disponuje dostatečnými nástroji či opatřeními v rámci školského zákona nebo vlastního vnitřního školního řádu, které může uplatnit při řešení problémového chování žáků? Zaškrtněte jednu z možností a/b/c.
- a) ANO disponuje a mají dostatečnou účinnost
 - b) ANO disponuje, ale nemají dostatečnou účinnost
 - c) NE nemá takové nástroje
- 10)** Spolupracujete v rámci řešení problémového chování i s orgány sociálně právní ochrany dětí? Zaškrtněte jednu z možností a/b.
- a) ANO
 - b) NE