

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Poruchy chování jako sekundární symptom žáků s ADHD na
2. stupni základní školy

Behavioral disorders as a secondary symptom of pupils with ADHD
in the 2nd stage of primary school

Miloš Jánský

Vedoucí práce: PhDr. Jana Mottlová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Rok odevzdání: 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto rigorózní práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 23. května 2016

.....

Poděkování

Poděkování patří PhDr. Janě Mottlové, Ph.D., vedoucí mé rigorózní práce za trpělivost a konstruktivní připomínky, dále pak kolegyním PhDr. Marii Linkové, Ph.D. a PhDr. et Mgr. Zdeňce Michalové, Ph.D. za cenné rady z oblasti psychologie, které mi sdělovaly v souladu se svou dlouholetou praxí s jedinci s poruchami chování. Děkuji také své ředitelce PhDr. Heleně Hainové za její odborné praktické postřehy. Poděkování patří všem těm, kteří mi pomohli se zadáním a vypracováním dotazníků. Za trpělivost děkuji kolegům učitelům, speciálním pedagogům, kteří byli ochotni se podrobit rozhovorům. Poděkování patří také mému synovi Tomášovi, který mi pomohl zpracovat průzkumem zjištěná data do tabulek a grafů.

Poruchy chování jako sekundární symptom žáků s ADHD na 2. stupni základní školy.

Abstrakt:

Rigorózní práce se zabývala problematikou poruch chování, jejich etiologií, prognózou a prevalencí a vychází ze současného stavu v ČR. Jejím hlavním cílem bylo zjistit, jaký je vztah mezi poruchami výchovně či sociálně podmíněnými a poruchami, které také někdy nazýváme poruchy specifické, resp. poruchy vycházející z orgánového oslabení (v našem případě hyperkinetické poruchy - ADD/ADHD). Následně je zjišťováno, jak tuto problematiku vnímají učitelé v pedagogické praxi. Práce ověřovala, nakolik jsou jedinci s poruchami hyperkinetického spektra náročnější ve vzdělávacím procesu a v oblasti výchovy oproti jedincům s poruchou výchovně - sociálně podmíněnou.

Autor práce vycházel z názoru pedagogického „terénu“, že děti s hyperkinetickou poruchou jsou pro pedagogickou, resp. učitelskou práci náročnější. Rigorózní práce se proto poměrně podrobně zabývá hyperkinetickým syndromem - ADD/ADHD, a to v souvislosti s navazujícími sekundárními projevy. Jako jeden z nejvýrazněji rušivých symptomů této poruchy je ve školním prostředí vnímána např. impulzivita, ale také agresivita, která je pojednána v teoretické části.

Práci tvoří dvě stěžejní oblasti. Část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisuje a objasňuje poruchy chování, systém ústavní péče včetně typů školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Je zmíněna i legislativa upravující problematiku ústavní výchovy a péče o děti se specifickými vzdělávacími potřebami. Část praktická se skládá z několika úrovní výzkumu a zjišťovala, jak učitelé chápou, vnímají či rozlišují z hlediska své profese jednotlivé poruchy chování, jejich symptomy a vliv na školní výkon či přesah do sociální a společenské oblasti. V návaznosti na to práce dále analyzuje v jaké míře se u dětí s ADD/ADHD objevují sekundární poruchy chování, které mohou mít značný dopad na sociální a společenský statut těchto jedinců.

Klíčová slova: norma, normalita, porucha chování, sekundární, symptom, příčina, výskyt, hyperkinetický syndrom, ADD/ADHD, psychická deprivace, agrese, agresivita, ústavní výchova.

Behavioral disorders as a secondary symptom of pupils with ADHD in the 2nd stage of primary school.

Abstract:

The rigorous thesis focuses on the issues surrounding behavioral disorders including their etiology, prognosis and prevalence and is based on the current situation in the Czech Republic. The main aim of this study was to determine an association between learned or socially conditioned disorders (environmental factors) and disorders we call specific disorders, which are based on biological causes (hyperkinetic disorder – ADD/ADHD).

The author worked from the opinion, or "pedagogical ground", that teaching children with hyperkinetic syndrome is more demanding. Therefore the rigorous study deals with hyperkinetic syndrome (ADD/ADHD) in detail, especially in relation to associated secondary symptoms. The most significant disruptive symptoms perceived in the school environment are impulsiveness and aggressiveness, which are addressed in the theoretical part.

The study consists of two main parts: The theoretical part, which, through processing and presentation of expert sources, describes and clarifies behavioral disorders, and the institutional care system, including the types of school institutions providing institutional and protective care. The study also mentions the legislation governing institutional care and care for children with specific educational needs. The practical part comprises several research levels and attempted to determine how teachers understand, perceive and differentiate individual behavioral disorders, their symptoms and influence on school success and possible overlaps into the social environment from the perspective of their profession. Furthermore, the paper analyzes the frequency of secondary behavioral disorders affecting children with ADD/ADHD, which can significantly impact the social relationships and social status of these individuals.

Keywords: norm, normality, behavioral disorder, secondary symptom, cause, incidence, hyperkinetic syndrome, ADD/ADHD, psychological deprivation, aggression, aggressiveness, institutional system.

Seznam použitých zkratk

ADD	porucha pozornosti /Attention Deficit Disorders/
ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou /Attention Deficit Hyperactivity Disorders/
CNS	centrální nervová soustava
DD	dětský domov
DDÚ	dětský diagnostický ústav
RP	rigorózní práce
DDŠ	dětský domov se školou
LMD	lehká mozková dysfunkce
MKN - 10	Mezinárodní klasifikace nemocí
DSM - IV	Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí
NRP	náhradní rodinná péče
ÚV	ústavní výchova
OV	ochranná výchova
ÚP	ústavní péče
ODD	opoziční chování (porucha chování s opozičním vzdorem)
SPC	speciálně pedagogické centrum
SPCH	specifické poruchy chování
SVP	střediska výchovné péče

Obsah

ÚVOD	11
1 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU.....	13
1.1 POJMY NORMA, NORMALITA A JEJICH VYMEZENÍ.....	13
1.2 PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ V DĚTSKÉM VĚKU A DOSPÍVÁNÍ.....	16
1.2.1 Základní klasifikace poruch chování.....	18
1.2.2 Prevalence a etiologie vzniku poruch chování	23
1.2.3 Prevence a náprava poruch chování	28
1.3 HYPERKINETICKÉ PORUCHY VE VZTAHU K PORUCHÁM CHOVÁNÍ	33
1.3.1 Hyperkinetický syndrom – ADD/ADHD.....	34
1.3.2 Symptomy hyperkinetické poruchy, ADD/ADHD	36
1.3.3 Vztah mezi hyperkinetickým syndromem, ADD/ADHD a poruchami chování v dospělosti.....	38
1.3.4 Prevalence a etiologie hyperkinetické poruchy, ADD/ADHD	40
1.3.5 Sociální postavení a sebehodnocení dětí s hyperkinetickými poruchami	42
1.3.6 Léčba a péče o děti s hyperkinetickými poruchami	43
1.4 NAŘÍZENÍ ÚSTAVNÍ VÝCHOVY	45
1.4.1 Typy ústavních zařízení v ČR	47
1.4.2 Výchovný ústav a jeho klientela	48
1.5 VLIV ÚSTAVNÍ VÝCHOVY NA DELIKVENCI	50
2. PRAKTICKÁ ČÁST	53
2.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI A ÚČEL VÝZKUMU.....	53
2.2 STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	55
2.3 POUŽITÉ METODY	57
2.4 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU	61
2.5 PRŮBĚH VÝZKUMU	63
2.7 ZÍSKANÁ DATA A JEJICH INTERPRETACE	66
2.8 VYHODNOCENÍ PŘEDPOKLADŮ	77
3 DISKUZE	80
4 OPATŘENÍ SMĚŘUJÍCÍ K NÁPRAVĚ DĚTÍ S PCH.....	82
5 ZÁVĚR.....	85
6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	87
7 SEZNAM PŘÍLOH	91

Úvod

Zvolené téma a výzkum vychází z několika předpokladů, které jsou následně ověřovány dotazníkovou metodou. Část výzkumu, která není explicitně empirická, zjišťuje pomocí rozhovoru u respondentů z řad učitelů, jak se orientují v problematice poruch chování (dále jen PCH), resp. v její základní terminologii. Výsledky rozhovorů však i přesto ukazují na zajímavá zjištění, která by mohla být předmětem dalšího zkoumání vztahu učitel – žák s problémovým chováním. U vzorku dětí, které jsou diagnostikovány poruchou pozornosti či poruchou pozornosti s hyperaktivitou (dále jen ADD/ADHD) se v min. 20% případů objevují sekundární poruchy chování nebo některý z jejich příznaků. V takových případech pracujeme již s termínem hyperkinetická porucha chování. Níže v textu objasňujeme terminologické podobnosti či odlišnosti s ADD/ADHD. V odborné praxi se totiž termín „hyperkinetická porucha“ často používá jako zastřešující pro specifické poruchy chování (dále jen SPCH) typu ADD/ADHD. Přestože se budou v následujícím textu tyto termíny prolínat, aniž by tím byla narušena jejich terminologická hodnota, konstatujeme zároveň, že je nutno chápat tyto dva pojmy jako dvě diagnostické jednotky. Autor práce rovněž předpokládá, že projevy hyperkinetické poruchy - ADD/ADHD jsou v pedagogické praxi pro učitele více zátěžové než projevy výchovně či sociálně podmíněné PCH. Posledním předpokladem výzkumné části je míra nevšímavosti a zanedbávání ze strany rodičů u dětí s ADD/ADHD v kombinaci s PCH (hyperkinetický syndrom) v ústavní péči ve srovnání s dětmi s ADD/ADHD v základní škole (dále jen ZŠ).

Cílem rigorózní práce (dále jen RP) je analyzovat SPCH s jejich sekundárně navazující symptomy, a to jednak u žáků vybraných pražských ZŠ a žáků a klientů ZŠ pro děti se specifickými poruchami chování v Praze, ale také u dětí umístěných v ústavní péči (dále jen ÚP). Práce zkoumá hledisko pedagogické zátěže u učitelů a vnímání problematiky PCH v pedagogické praxi a dále také z hlediska vztahové kvality v rodině u dětí v ÚV (dále jen ústavní výchova).

K dosažení cíle RP autor využil výzkum, jehož metodologie vycházela z dotazníkové metody, rozhovoru, z analýzy spisové dokumentace, z rozhovorů s klienty a jejich rodiči, z pozorování a z rozhovorů s odborníky v oblasti psychologie, psychiatrie a etopedie. RP je členěna do dvou hlavních kapitol, a to do části teoretické a části praktické. V teoretické části se jednotlivé kapitoly a subkapitoly zabývají problematikou hyperkinetického syndromu - ADD/ADHD, sociálně

a výchovně podmíněnými poruchami chování, systémem ústavní péče, zmíněna je i související legislativa. Dále je popsána charakteristika dětí s ADD/ADHD, klientů výchovných ústavů (dále jen VÚ), žáků ZŠ pro děti se specifickými poruchami chování v Praze a klientů Speciálně pedagogického centra (dále jen SPC) pro děti se specifickými poruchami chování, které je zřízeno při této základní škole. Část praktická pak provádí šetření u respondentů z řad učitelů, dětí umístěných v ÚP, a to v našem případě typu VÚ, resp. dětského domova se školou (dále jen DDŠ) a u žáků vybraných pražských ZŠ a u žáků a klientů ZŠ a SPC pro děti se SPCH v Praze.

Téma poruch chování si autor RP zvolil proto, že bezprostředně souvisí s výkonem jeho povolání etopeda na ZŠ a SPC pro děti se SPCH. Dlouhodobě také pracoval s dětmi s PCH jako vychovatel ve výchovném ústavu. Zároveň se zabývá poradenstvím pro rodiny s dětmi, u nichž jsou diagnostikovány poruchy chování širšího spektra, tzn. i poruchy chování symptomatologické, které jsou projevem jiného typu postižení, např. Aspergerova syndromu, autismu či mentálního postižení. RP vychází svým tématem z práce diplomové a navazuje na ní rozšířenou studii. Diplomová práce tak byla významným citačním zdrojem. Předpokládaným přínosem RP je stručný, srozumitelný a zároveň ucelený přehled o příčinách, projevech a sociálních důsledcích PCH a jejich výskytu u žáků ZŠ, ale také u dětí, které mají soudem nařízenou ústavní výchovu. RP má výrazný praktický charakter a je tak spíše než odborným elaborátem malou sondou do problematiky PCH u dětí středního a staršího školního věku.

1 Teoretické zpracování problému

V této části rigorózní práce jsou v jednotlivých subkapitolách teoreticky popsány poruchy chování. V první kapitole se objevují v souvislosti s poruchami chování termíny **norma, normalita a porušování společenských norem**. Tyto termíny lze chápat v různých významech, proto považujeme za důležité je zde také zmínit.

V dalších kapitolách a subkapitolách následuje charakteristika poruchového chování, přehled jednotlivých poruch, resp. jejich klasifikace a dále výskyt poruch chování v populaci a možné prostředky k jejich nápravě či prevenci. Podrobněji popisujeme hyperkinetickou poruchu – ADD/ADHD, která je společně s poruchami chování nosným tématem této práce. V přílohách také zmiňujeme související legislativu. Uvědomujeme si, že toto téma je natolik široké, že není možno je v této práci zachytit celé.

1.1 Pojmy norma, normalita a jejich vymezení

V definici těchto pojmů se odvoláváme, až na malé výjimky, na jednoho autora, jehož pojetí považujeme pro potřebu rigorózní práce za dostačující a srozumitelné.

„Definovat normalitu je mnohem těžší než definovat abnormalitu“ (Rita L. Atkinson et al., 2003, s. 526).

Je chování abnormální tehdy, když je atypické? Uvážíme-li např. Alberta Einsteina, uznáme, že jeho chování bylo často atypické, ale nepovažujeme jej za abnormální. Einstein byl génius a vymykal se normě v tzv. statistickém smyslu. Pokud atypičnost není klíčem k vymezení abnormálního chování, co jím je? Abnormální chování je chování, které je maladaptivní a škodlivé. Škodlivé pro člověka, který chování vykazuje, případně škodlivé pro lidi kolem něj (<http://home.pf.jcu.cz>).

Svoboda (2006) říká, že chceme-li hovořit o psychopatologii osobnosti a o psychiatrii, nemůžeme se vyhnout otázkám normality osobnosti, duševního zdraví a přiměřeného chování. Zde se však setkáváme s obtížemi, neboť tyto otázky, věčně aktuální a palčivé, nejsou dosud uspokojivě vyřešeny. Normalita podle Hartla,

jak to zmiňuje Svoboda „je nejčastěji považována za jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání“ (Hartl, Hartlová in Svoboda, 2006, s. 31).

V psychopatologii je norma zjišťována (Svoboda, 2006, s. 31 - 32):

1. subjektivně – vlastním odhadem jedince,
2. sociálně – názorem sociálního okolí,
3. z hlediska psychiatrické diagnózy – tedy přítomnosti či nepřítomnosti psychopatologických symptomů,
4. statisticky – kvantitativní odchylkou od statistické normy,
5. funkčně – podle projevů, jednání člověka v dané situaci.

Jak dále Svoboda uvádí, lze pojem „normální“ chápat v podstatě ve třech významech: statistickém, funkčním, normativním.

Při **statistickém** pojmání normality je za normální považováno to, co je nejvíce časté, co je průměrné. Jevy nad a pod průměrem jsou považovány za nenormální, patologické. Tato koncepce má své oprávnění, protože zdravé a pravidelné zpravidla převládá. Avšak takové pojetí má i své nezanedbatelné nedostatky.

Například je-li v průběhu chřipkové epidemie valná většina lidí nemocná, neznamená to, že chřipkové onemocnění je normální jen díky tomu, že je statisticky četnější. Tento příklad ještě více vynikne, dosadíme-li si na místo chřipky zubní kaz. Na druhé straně lidé s vysoce nadprůměrnou inteligencí, kteří tvoří asi dvě procenta populace, by z hlediska průměru byli rovněž nenormální.

Funkční chápání normality spočívá v tom, že určitý systém plní správně svou funkci.

Zjistí-li lékař dlouhodobě větší nepravidelnost tepové frekvence nebo vylučovací činnosti ledvin, označí činnost tohoto orgánu za nenormální (patologickou) ne proto, že je hodně či málo častá, ale proto, že zná správný chod této funkce, její účel a poslání.

Třetí pojetí normality je **normativní** (hovoří se též o pracovní, estetické nebo mravní normě).

Považuje-li mistr výkon dělníka za nenormální proto, že hluboko nesplnil plán, nesouvisí to ani s četností výskytu, ani se správnou funkcí systému, ale s odchylkou od předem dané či dohodnuté normy.

Svoboda k tomu dále říká, že se norma jako optimální stav (též se užívá

pojmu hodnotová nebo ideální norma) neopírá o představu průměrného jedince, ale o vlastnosti, které jsou připisovány ideálu určité doby. Vytváří model, či dokonce prototyp, jehož kritériem je dokonalost, ideál nebo optimální stav. Normy jsou historicky i společensky podmíněny a jsou velmi proměnlivé. Z hlediska ideálu by nebyl žádný člověk úplně normální. Tato představa je svou staticitostí v rozporu s procesem vývoje každého jedince, s dynamickým charakterem utváření osobnosti. Svoboda také považuje za jeden z nejvýznamnějších rysů normality **schopnost aktivní přizpůsobivosti – adaptace**. Za kritéria normality psychické činnosti jsou považovány: adekvátní pocit jistoty, rozumný stupeň sebevhledu, realistické životní cíle, efektivní kontakt s realitou, integrace osobnosti, schopnost učit se ze zkušeností, přiměřená spontaneita a emocionalita, schopnost uspokojovat požadavky skupiny spojené s určitým stupněm schopnosti emancipovat se od skupiny a konečně adekvátní potřeby se schopností uspokojovat je přijatelným způsobem. Pojetí normy a normality je závislé na historických a sociálních podmínkách. Posuzování adekvátnosti chování závisí též na roli, kterou má jedinec ve společnosti (Svoboda, 2006).

Vágnerová říká, že „hodnocení normality je sociokulturně podmíněné, závisí na komplexu norem a očekávání dané společnosti. Za normální bývá považováno to, co odpovídá běžným představám o plnění určité sociální role nebo chování, které by bylo v dané situaci vhodné. Míra tolerance společnosti k odchylkám může být různá a může se v průběhu času měnit“ (Vágnerová, 2012, s. 22).

Pozn. autora RP: Pro pochopení sociokulturní odlišnosti v našich podmínkách a rozdílnému chápání norem zde uvádíme jako příklad romské etnikum. Romové jsou v České republice jedinou etnickou skupinou, která vzbuzuje velmi polarizované postoje. Velká část většinové společnosti je vnímá nepříznivě a považuje je za problémovou skupinu. Jsou příkladem toho, jaký vliv může mít na vnímání norem historický vývoj jednotlivých etnik (způsob obživy, náboženství, rodinné vztahy, geografická neukotvenost...) a zda si jej v tomto kontextu dokáže vyložit i majoritní společnost. Nejhůře je pak majoritní společností vnímána hluchost, špatné hygienické návyky, romská kriminalita a především schopnost využívat všech sociálních výhod. Významným příkladem odlišného chápání normy je u Romů také vzdělání. Lze předpokládat, že Romové k němu nemají patřičnou motivaci a považují je za zbytečné. Naproti tomu převážná část majoritní společnosti považuje vzdělávání za nezbytné nebo alespoň za užitečné.

V této subkapitole jsme se věnovali obecně pojetí normy a normality ve vztahu k lidskému chování. V následujících subkapitolách se již konkrétně zabýváme

psychopatologickými jevy, a to poruchami chování, které jsou hlavním tématem této rigorózní práce.

1.2 Poruchy chování a emocí v dětském věku a dospívání

Chování je základní výrazový prostředek, kterým dítě vládne a kterým komunikuje se svým okolím. Čím je dítě mladší, tím menší je rejstřík výrazových prostředků, který má k dispozici, např. novorozenec dokáže křičet, roční dítě se vyjadřuje slůvky, dvouleté má již k dispozici jednoduché věty, abstraktní myšlení se rozvíjí až kolem 12. roku věku, viz Piagetova teorie vývojových stádií (Rita L. Atkinson et al., 2003). Ale ani školák ještě plně nedokáže vyjádřit své prožitky a pocity slovy a k jejich sdělení používá jednání, chování, které se může někdy jevit jako „divné, zvláštní a nesrozumitelné“. Takové projevy jsou přirozené a nelze jim, z pohledu psychopatologie, přisuzovat žádný zvláštní význam. V průběhu vývoje se chování mění a stává se srozumitelnější, tedy i lépe akceptovatelné.

Pešatová (2006) charakterizuje chování jako jednu ze stránek psychické činnosti, kterou se osobnost člověka projevuje navenek. **Lidská psychika** je jednotou chování a prožívání.

Chování je komplex projevů, k nimž patří dle (Pešatová, 2006, s. 14-15):

- bezděčné a nezamýšlené projevy,
- projevy, které vyžadují rozhodování a volní úsilí při jejich realizaci.

Chování nabývá nejrůznějších forem a odpovídá vývojové fázi, v níž se jedinec momentálně nachází a dále jeho možnostem, schopnostem a projevům jedince na daném stupni vývoje.

Chování se mění podlesituace, pod vlivem prostředí, podle subjektivního stavu, podle způsobu prožívání určité situace a pod vlivem emocí, které přitom vznikají. Jsou-li všechny tyto prvky v souladu a jsou-li vyvážené, je chování přiměřené situaci a vývojové fázi.

Podle Vágnerové (2012, s. 779) 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“. Vágnerová dále říká, že schopnost dodržovat normy je spojena s rozvojem psychických kompetencí. Dítě by mělo být natolik **rozumově vyspělé**, aby bylo schopné chápat význam a podstatu pravidel chování. Je nutné zároveň

dosažení určité úrovně **autoregulace**. Dítě potřebuje umět odložit aktuální uspokojení, popř. se ho zcela vzdát, pokud by to bylo vzhledem k situaci nevhodné. Aby mohlo být dosaženo tohoto stupně, je třeba adekvátní stimulace, podporující geneticky naprogramovaný rozvoj určitých mozkových center, resp. jejich spojení, i osvojení potřebných znalostí a dovedností.

Obecně lze za poruchové označit takové chování dětí a dospívajících, které má následující znaky (Vágnerová, 2012, s. 780):

- **Chování nerespektuje sociální normy** platné v dané společnosti.

O poruchu chování nejde, pokud jedinec není schopen pochopit význam hodnot a norem. Tento předpoklad nesplňují např. **mentálně retardovaní** jedinci nebo ti, kdo přicházejí z jiného **sociokulturního** prostředí, kde platí odlišné normy. O poruše chování lze mluvit jen tehdy, pokud jedinec **normy chápe**, ale **neakceptuje je** nebo se jimi **nedokáže** řídit. Důvodem může být jiná hodnotová hierarchie, rozdílné osobnostní motivy nebo neschopnost ovládat své chování, což je typické např. pro hyperaktivní děti.

- **Porucha** se obvykle projevuje neadekvátním chováním k lidem resp. celému okolnímu světu a tím související neschopností navázat a udržet přijatelné sociální vztahy. Závažnou překážkou je v tomto směru nedostatek **empatie a egoismus**, nadměrné zaměření na sebe a na uspokojení vlastních potřeb. Jedinci s poruchovým chováním nechápou nezbytnost přizpůsobení se standardnímu sociálnímu očekávání, tj. normě, pro uchování nezbytného pořádku. Sami velmi často nezažili citový vztah, který by jim poskytl potřebnou pozitivní zkušenost a rozvinul jejich schopnost vcítění. Proto nemají důvod být ohleduplní k jiným lidským bytostem resp. zvířatům, věcem, okolnímu prostředí apod. Práva jiných pro ně nejsou významná a mezilidský vztah má pouze takovou hodnotu, jaký aktuální osobní užitek jim přináší. Za porušení norem **nepocítují vinu**, jejich svědomí není dostatečně rozvinuto, ať už je příčina jejich handicapu jakákoli.
- **Poruchy** chování v dětském věku mohou mít přechodný charakter, ale mnohdy je lze chápat jako signál rozvíjející se **poruchy osobnosti**, která představuje zvýšené riziko trvalejší tendence k problematickým projevům. Asociální chování jen velmi vzácně začíná až v dospělosti.

Dále v textu si pro lepší porozumění dané problematice probereme jednotlivé poruchy chování podrobněji z hlediska klasifikace, symptomů, výskytu a jejich příčin.

1.2.1 Základní klasifikace poruch chování

V této subkapitole se zabýváme klasifikací poruch chování. Popis základních poruch chování a jejich symptomů je důležitý a úzce souvisí s cílem praktické části této rigorózní práce, tzn. zjistit, jaký je vztah mezi poruchami výchovně či sociálně podmíněnými a poruchami, které nazýváme poruchy specifické, resp. poruchy vycházející z orgánového oslabení (hyperkinetické poruchy - ADD/ADHD).

Každá porucha chování má určitý soubor příznaků (symptomů) dle kterého lze usuzovat na tu či onu poruchu chování. Abychom mohli určit, zdali se dítě v této kategorii pohybuje, je třeba se v základních termínech orientovat. Klasifikace poruch chování je velmi široká a obsahuje popis poruch, jejich možných příčin a stupně společenské nebezpečnosti. Stejně tak symptomy poruch chování jsou velmi rozmanité od relativně neškodných, jako je neposlušnost, vyrušování např. při vyučování, obranná lež až po asociální či antisociální projevy, které jsou dále v textu vymezeny. Souhrnně můžeme takové projevy nazvat **sociálně patologickými jevy**.

Sociálně patologickými jevy rozumíme „agresi a šikanování, záškoláctví, kriminalitu, delikvenci, ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže, xenofobii, rasismus, intoleranci a antisemitismus, užívání návykových látek (včetně opomíjeného alkoholu a kouření), anaboličtějších, medikamentů a dalších látek, netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling), divácké násilí, komerční sexuální zneužívání dětí, syndrom týraných a zneužívaných dětí, sekty a sociálně patologická náboženská hnutí“ (Fischer, 2006, s. 13). V souladu s tvrzením Fischera chápeme označení **sociálně patologické jevy** nikoli pouze jako synonymum k termínu sociální deviace, ale jako zjevné deviantní chování z hlediska typů a projevů negativně hodnocené, problematické, společensky nežádoucí, poškozující subjekt deviace, objekt deviace, popřípadě obojí.

Sociálně patologické jevy budeme pro potřeby této RP považovat za symptomy či sociální důsledky poruch chování. Za poruchy chování budeme nadále považovat klasifikaci poruch, tak jak ji uvádí Pešatová (2006, s. 30 – 40):

Disociální, asociální a antisociální poruchy chování

- **Disociální chování** je chování, které se mírně vymyká běžným sociálním normám. Často krátkodobé projevy chování pro určitá věková období, např. dětský vzdor, souboje s autoritou v období dospívání atd. Nevznikají

patologicky, neškodí a neohrožují okolí a jsou většinou na hranici normy, většinou omezitelné a odstranitelné při užití běžných pedagogických postupů.

- **Asociální chování** je chování nespolečenské, které neodpovídá mravním normám dané společnosti. Jsou to projevy již s patologickým obrazem, které však nezpůsobují destrukci mimo osobnost postiženého ležících hodnot. Člověk se svým chováním vyčleňuje ze svého prostředí, většinou s ním aktivně nebojuje a škodí především sám sobě, např. alkoholismus, sebevražednost...
- **Antisociální chování** je uvědomované protispolečenské chování kriminálního charakteru, které zahrnuje veškeré protispolečenské jednání dané trestním řádem společnosti. Toto chování v zásadě poškozují okolí. Přitom nositelem bývá často pozitivně prožíváno a schvalováno a bývá spojováno s prospěchem, např. vražda, loupež atd.

Symptomatické, vývojové a výchovně podmíněné poruchy chování

- Symptomatické poruchy chování patří k projevům příslušné poruchy chování, které jsou součástí psychické poruchy, např. agrese při psychotismu, hyperaktivita při lehké mozkové dysfunkci (dále jen LMD).
- Vývojové poruchy chování v dětském věku mohou mít vývojový, tzn. přechodný charakter. 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. Tyto poruchy jsou často pouze důsledkem fixace vývojových poruch chování, které nebyly správně zvládnuty. Např. sekundární projevy u LMD, u poruchy pozornosti (dále jen ADD), u poruchy pozornosti s hyperaktivitou (dále jen ADHD), u syndromu hyperaktivity, které mohou vznikat tehdy, pokud není adekvátní přístup k **primárním příznakům**.

Agresivní a neagresivní poruchy chování

- Agresivní porucha chování- šikana, vandalismus, přepadávání aj.
- Neagresivní porucha chování - lži, útky a toulání.

Poruchy chování s lepší prognózou a se špatnou prognózou

- Poruchy s lepší prognózou - porucha chování ve vztahu k rodině, socializovaná porucha chování tj. zapojení do skupiny přibližně stejného věku

s určitým přátelstvím, rituály a strukturou organizace. Nemusí se vždy jednat o delikventní aktivitu.

- Poruchy se špatnou prognózou - jako např. nesocializovaná porucha chování tj. kombinace trvalého disociálního nebo agresivního chování s výrazným narušením vztahů jedince k ostatním dětem. Dochází ke kumulaci všech druhů antisociálního chování. Dále porucha opozičního vzdoru u mladších školáků ve věku do 10 let a také dezinhibovaná přichylnost v dětství zvláštní druh abnormálního sociálního zapojování, který vzniká během prvních pěti let života a který většinou přetrvává, i když se životní podmínky výrazně mění.

Je důležité si v souvislosti s poruchovým chováním uvědomit, že cestu k závažnějšímu patologickému chování otevírá vždy nedostatek vypěstovaných zábran, slabá schopnost rozlišovat mezi „dobrem“ a „zlem“, způsob rozumové reflexe světa, impulzivita a další osobnostní činitele v úzké součinnosti. Dále je důležité, dle kterých charakteristických projevů můžeme na poruchy chování u dítěte usuzovat.

Mezi symptomy poruch chování řadíme podle Pešatové (2006):

Agrese k lidem a zvířatům

- častá šikana, vyhrožování nebo zastrašování druhých, vyvolávání pranic, bitek, nadměrné rvačky, kdy jsou jako zbraně použity předměty, které mohou těžce zranit druhé (např. cihly, nože, rozbité lahve...),
- projevy fyzické agrese a hrubosti k lidem, ale také ke zvířatům,
- při krádežích střety s obětí (např. loupežná přepadení), vydírání, vynucování si sexuální aktivity

Destrukce majetku a vlastnictví

- zakládání ohně se záměrem vážného poškození,
- závažně ničení majetku druhých.

Nepoctivost nebo krádeže

- vloupávání se do domů, budov a aut,
- opakovaná lhaní k získání prospěchu, výhody nebo k vyhnutí se povinností, závazkům,
- krádeže bez konfrontace s obětí (např. v samoobsluze),
- padělání peněz, listin...

Vážné násilné porušování pravidel před třináctým rokem

- opakované opouštění domova v noci i přes zákazy rodičů, útky z domova (nejméně dvakrát), toulky, opakované záškoláctví,
- velmi časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovité a provokativní chování, trvalá silná neposlušnost.

Agresivita jako jeden z nejvýraznějších symptomů poruch chování

Agresivita a násilí prostupují v posledních desetiletích celou společností. Prezentace násilí prostřednictvím médií, internetu a jiných moderních technologií se šíří jako epidemie. Agrese a násilí se stávají akceptovatelnou formou řešení problémů i např. v rodinách a ve školách, ať již v primárním proudu vzdělávání či později i v sekundární oblasti, především pak na učilištích a středních školách. Problém lidské agresivity a objasnění jejích příčin již tak není otázkou pouze psychologickou a medicínskou, ale souvisí s dalšími společenskými vědami, jako je sociologie, sociální psychologie, filozofie a jiné vědní disciplíny.

Není ambicí této RP se podrobně zabývat jednotlivými symptomy PCH. Agresivita je však natolik výrazným a ve společnosti diskutovaným jevem, že považujeme za nezbytné ji alespoň stručně zmínit. Mluvíme zde hlavně o agresivitě, která je spojena s poruchami chování. Co vede tyto jedince k tomu, že se ke spolužákům a učitelům chovají neurvale a agresivně? Můžeme již mluvit o jakési formě viktimizace pedagogických pracovníků? Na tyto otázky se v současné době hledají odpovědi. Agresivita dětí stoupá a odborná obec psychologů, psychiatrů a etopedů si s tím neví rady. Alespoň stručně tento sociálněpatologický jev popisujeme a uvádíme do souvislostí s PCH.

Jak Fischer a Škoda (2014) uvádějí, všeobecně uznávaná a přijatá definice agresivity neexistuje. Agresivní chování z hlediska sociální patologie můžeme definovat jako **porušení sociálních norem**, jako chování omezující práva a narušující integritu sociálního okolí. Často agresivita patří k symptomům konkrétní psychické poruchy nebo jako výrazná komponenta poruchy osobnosti. V přisuzovaných příčinách agresivního chování se různí autoři shodují, jiní se naopak rozcházejí. Etiologické pojednání agresivity není však tématem této RP. Stručně můžeme vymezit etiologické faktory na **biologicky** a sociokulturně, resp. **biopsychosociálně** podmíněné. Podle Fromma (2007) je potřeba rozeznávat dva úplně rozdílné typy agrese. První druh, který má člověk společný se všemi zvířaty, je

fylogeneticky naprogramovaný podnět napadnout (nebo uprchnout), jakmile jsou ohroženy životní zájmy organismu. Tato obranná „benigní“ agrese slouží k přežití jedince i druhu, je nástrojem biologické adaptability a zaniká, jakmile pomine ohrožení. Druhý typ je „maligní“ (zlá agrese), to je krutost a destruktivita. Ta je specificky lidská a u všech savců v podstatě chybí, není fylogeneticky naprogramovaná, neslouží biologickému přizpůsobování, nemá vůbec žádný účel a člověk její pomocí uspokojuje pouze svoji žádost, touhu po rozkoši, kterou poskytuje. Naproti tomu Lorenz (2003) nepřisuzuje agresi dvě rozdílné podoby a původy, ale vidí pouze jednu, jež se v podobě chování člověka projevuje ve válce, zločinu a osobních sporech a ve všech druzích destruktivního a sadistického chování, vyvěrá z fylogeneticky programovaného, vrozeného pudu, který hledá vybití a čeká jen na vhodný podnět, aby se projevil. Pomineme-li výše uvedené teorie, musíme se zde zamyslet nad tím, proč se agresivita jako taková a konkrétně v českém prostředí za posledních 26 let (datujeme od roku 1989) stala negativním fenoménem ve světě dětí a proč se s ní stále více potýkáme na základních a středních školách. Může souviset extrémní nárůst agresivního chování u dětí s nově nabytou svobodou a demokracií, s tím, že volnost a svoboda je bez povinností a odpovědností za vlastní chování? Domníváme se, že ano. Vnímáme tedy v tomto kontextu agresivitu jako sociálně podmíněnou s tím, že její nositel nedosahuje morální vyzrálosti a sociálního intelektu do té míry, že by dokázal své chování kontrolovat. Svoboda plynoucí z demokracie je složitý fenomén, který si lidé musí zasloužit a vážit si jej. To platí i ve světě dětí všech věkových kategorií, ale především těch dospívajících. S nárůstem práv dětí a s úbytkem povinností je však složité v dnešním světě plném násilí, preferencí konzumu a materialismu vést děti k zodpovědnému a kontrolovanému chování. Na chování dětí má velký vliv prostředí a informace, které je formují. Je to přirozený vývojový a adaptační princip sociálního učení. Jinými slovy dítě se učí aktivnímu i reaktivnímu chování, které vypozerovalo a vyhodnotilo jako funkční.

Drbohlav (2015, str. 73) říká, že „pokud se dítě ve svém okolí setkává s agresí a vidí pouze to, jaké výhody přináší násilný, sebestředný a samolibý přístup k lidem, pak může mít tendenci se s tímto přístupem zcela identifikovat, nebo jej minimálně napodobovat pro získání obdobných výhod.“ Jaké informace a vzory dnes dětem dávají příklad chování, které je možné napodobovat, nebo se s ním dokonce ztotožnit? Jsou to často virtuální a imaginární podněty, které sledují v televizi,

v počítačových hrách, v textech písní, hudebních klipech a filmech. Netvrdíme zde, že vnější svět násilného zobrazování v médiích vytvoří z každého dítěte agresora. Ovšem potká-li se takovéto prezentování násilí s vnitřní patologií jedince a s nevhodnou konstelací rodinného prostředí, pak je položen základ k rozvoji agresivního chování. Drbohlav dále uvádí, že pokud se děti nechají mediálně zobrazovaným násilím inspirovat, rostou v malé tyrany, právě takové, kteří se dopouštějí násilí na svých vrstevnících a šikanují učitelé na školách.

Podle Martínka (2009) se dnešní děti nedokážou s vyznačenými pravidly a režimem školy srovnat. Hranice školy jsou pro ně příliš úzké, co je pro školu nepřijatelné, je pro dítě normou. Např. agrese vůči druhému je pro ně naprosto přirozeným způsobem sebeprosazení, většinou žijí v představě, že se jim ostatní musí podrobovat. Pokud k respektu jejich osoby ze strany ostatních dětí nedochází, dokážou si je mocí a silou vydobýt. Takové děti se rekrutují např. z rodin z liberální a ochranné výchovy, kde pravidla jsou cizím pojmem nebo naopak z rodin s extrémně přísnou a otcovskou dominantní výchovou.

1.2.2 Prevalence a etiologie vzniku poruch chování

V této subkapitole jsou popsány příčiny poruchového chování, ale také výskyt poruch chování u dětí a mládeže. Z hlediska pohlaví jsou 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“ (Pešatová, 2006, s. 29). Výskyt poruch chování se v průběhu posledních let signifikantně příliš nemění.

Podle Vágnerové 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, různí autoři

uvádějí rozdílná data. Např. Vágnerová (2012, s. 781) píše „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.“

Příčiny vzniku poruchového chování mohou být různé, obvykle se zde počítá nepříznivý vliv většího počtu různých rizik, to znamená, že jde o **multifaktoriální podmínění**. Tyto faktory mohou být genetické, biologické i sociální a působí ve vzájemné interakci. Genetická dispozice k disharmonickému vývoji a nestandardnímu způsobu reagování se v dětství může projevovat především na úrovni temperamentu, tzn. vrozených osobnostních vlastností člověka. Dále Vágnerová v souvislosti s temperamentem považuje za rizikové faktory akcentované projevy dráždivosti, zvýšené impulsivity, potřeby vyhledávat vzrušení, snížený sklon k úzkostnému prožívání (to znamená snížení zábran) a menší citlivost ke zpětné vazbě, resp. nezávislost na pozitivním sociálním hodnocení, lhostejnost k odezvě. V těchto případech se různé potíže v chování projevují již v raném věku a jsou výchovně velmi málo ovlivnitelné. V dospělosti se často u těchto dětí projevuje **porucha osobnosti**. Obdobným způsobem zpravidla bývá disponován alespoň jedním z rodičů. Je tedy leckdy složité odlišit dědičnou zátěž od zátěže psychosociální. V těchto případech totiž existuje riziko, že se disponovaný rodič bude sám chovat problematicky. Bude své dítě vychovávat nevhodným způsobem a bude pro ně nežádoucím modelem chování. Vágnerová zdůrazňuje biologické dispozice k poruchám chování a to „na úrovni **narušení struktury či funkcí centrální nervové soustavy** (dále jen CNS), které může mít různou příčinu, např. důsledkem porodního postižení, úrazu hlavy, zánětlivého onemocnění mozku apod.“ (Vágnerová, 2012, s. 781). Dalším faktorem, který Vágnerová uvádí, i když méně významným, může být i úroveň inteligence. Děti i dospívající s narušeným chováním sice mívají v průměru o něco nižší inteligenci, než je průměr populace, ale na druhé straně se vyskytují i asociální jedinci nadprůměrnými schopnostmi. Vliv **sociálních faktorů** je velmi významný. Život v nevhodném nebo nepodnětném prostředí představuje riziko ve smyslu rozvoje nežádoucích způsobů chování, popř. i nepříznivých osobnostních charakteristik.

Rodina jako možný zdroj vzniku a rozvoje poruchového chování

„Kvalita vazby mezi dítětem a matkou, později i mezi dítětem a otcem a dítětem a dalšími členy rodiny, je klíčovým činitelem osobnostního vývoje“ (Matoušek, Kroftová, 2011, s. 42).

V souladu s Fischerem a Škodou (2014) považujeme rodinu za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. V rodině dochází k uspokojování jeho fyzických, psychických a sociálních potřeb. Rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí. V některých případech se může rodina sama o sobě stát zátěží. Může se tak stát i zdrojem vzniku a rozvoje různých psychických problémů a následných sociálně patologických jevů. Může dojít k vážnému narušení psychosociálního vývoje a fungování všech jejích členů, zejména ale dětí.

Dunovský et al. (1995) popisují čtyři typy rodin:

1. Funkční rodina, v níž je zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch. Takových rodin je v běžné populaci valná většina, až 85%.
2. Problémová rodina, v níž se vyskytují závažnější poruchy některých nebo všech funkcí. Ty však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. Rodina je schopna tyto problémy vlastními silami řešit či kompenzovat za případné jednorázové či krátkodobé pomoci zvenčí. Tyto rodiny představují pro pracovníky OSPOD potřebu zvýšené pozornosti a sledování. V populaci se vyskytuje okolo 12 až 13% problémových rodin.
3. Dysfunkční rodina, kde se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny. Ty již bezprostředně ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Tyto poruchy již rodina není schopna zvládnout sama, proto je nutné realizovat řadu opatření z okolí, známých pod pojmem sanace rodiny. Tento stav je nejsvícelnější. Jde totiž o to kam až podporovat takovou rodinu a od kdy se postavit v zájmu dítěte proti ní (např. zbavením rodičovských práv). Takové rodiny tvoří asi 2%.
4. Afunkční rodina, kde poruchy jsou takového rázu, že rodina přestává plnit svůj základní úkol a dítěti závažným způsobem škodí, nebo je dokonce ohrožuje samotné existenci. Sanace takové rodiny je bezpředmětná a zbytečná.

Jediným řešením, které dítěti může prospět je vzít ho z této rodiny a umístit do rodiny náhradní, není-li to možné, tak i jinak (ústavní výchova). V populaci se vyskytuje asi 0,5% takových rodin.

Děti z narušených rodin se proto velmi často potýkají s pocity psychické deprivace, rodiče se jím většinou nevěnují tak, jak by měli, a nesledují důsledně náplň a trávení jejich volného času. Případná výchovná opatření nemají větší účinnost. Při řešení obtížných životních situacích tyto děti poměrně často selhávají a mnozí se v důsledku toho obrací k alkoholu a k drogám, ale i k závažnějším sociálně patologickým formám chování. Zvláštní kategorií rodičů jsou tzv. elitářští **hyperprotektivní** rodiče. Tedy ti, kteří mají vysoký ekonomický status a své děti zahrnují materiálním blahobytem, aby tím kompenzovali nedostatek času, který jim nemohou, nechtějí či neumějí poskytnout. Dle Drbohlava (2015, str. 70) „si tyto rodiče nepřipouštějí neúspěch, přesvědčují sebe i své děti, že peníze spraví všechno a jen ten, kdo je nemá je méněcenný, že se člověk musí za každou cenu drát dopředu, že účel světí prostředky, vyvyšují se nad ostatní, ponižují slabé a jsou samolibě nestřídmí. Tito rodiče pak mnohdy vychovávají nadmíru sebejisté, narcistní, asertivní jedince s pocitem nadřazenosti. Příkladem je otec, který vysvětluje, že to, jak úspěšný bude jednou jeho syn, začíná už v mateřské škole a ta musí být elitní a drahá. Dává to totiž jasný signál společnosti, že si to může dovolit, a hlavně se již od raného dětství bude setkávat s těmi „správnými lidmi“, kteří jednou budou ovládat společnost.“

U rodin sociálně slabých je riziko vzniku poruchového chování často **nuda, nedostatek životního smyslu a adekvátních cílů**. Nepodnětnost rodiny se může projevit i tímto způsobem. Jestliže rodina dítěti nic pozitivního neukazuje, nemůže se nic naučit. Takto mohou působit rodiny, které se scházejí pouze večer a volný čas tráví nanejvýš sledováním televize a videa. Je jisté, že tento životní styl není pro děti lákavý, a proto si hledají zábavu a vzrušení samy, někdy až za hranicí normy přijatelného chování (Matoušek, 1996). Obecně se má za to, že riziko rodičovského selhání je tím větší, čím je nižší sociokulturní úroveň rodiny. Na druhou stranu také děti z tzv. ekonomicky „super úspěšných rodin“ jsou ohrožené v důsledku nezájmu a nedostatku času ze strany svých rodičů. Jak bylo již uvedeno výše, u rodin ekonomicky úspěšných se uspokojení materiální potřeby může naopak stát jakousi společenskou prezentací navenek, věcí prestiže atp. Dítě z takovéto

rodiny, zahrnuté drahými věcmi, s pocitem jakési výlučnosti, ale citově nenasycené, se může projevovat více povýšeně až agresivněji ke svému okolí než dítě z rodiny chudé, obzvláště tehdy, je-li k tomu povahově disponováno. Často pak vidíme tyto „dospělé děti“, jak zdrogované a v drahých autech brázdí ulice, ohrožují ostatní na zdraví a na životě a při zachycení policií volají svým rodičům, ti zase svým právníkům, aby problém vyřešili. Podle Matouška a Kroftové (2011) platí, že dospívající, který nedokáže dodržovat společenské normy, byl pravděpodobně rodiči špatně „trénován“ ve smyslu vnitřní disciplíny. Dlouhodobými výzkumy bylo potvrzeno, že v rodinách delikventně se chovajících adolescentů se rodiče méně starají o vytvoření zábran v asociálním chování dětí nebo je jejich výchovný styl nekonzistentní, tzn., že jednou dítě za přestupek trestají vehementně, jindy ho za totéž netrestají. Také příliš tvrdá disciplína zahrnující agresivní chování rodiče k dítěti je častější v rodinách, v nichž se děti chovají delikventně. V takové rodině se dítě učí agresivitě jako dovolenému způsobu chování. Časté a drastické tělesné tresty jsou vždycky málo účinné, dítě se rodiči vnitřně vzdaluje, předstírá, lže a manipuluje, aby se tvrdému trestu vyhnulo. Tím jsou paradoxně posilovány způsoby chování, kterým má výchova bránit. Vágnerová (2012) uvádí, že i výrazný intelektový deficit u rodičů může být pro výchovu dítěte zcela zásadní. Saturace citových potřeb dítěte je v takových případech minimální, a to se na psychickém vývoji v době jeho dospívání většinou projeví. Uvedený faktor inteligence může mít negativní vliv na **hodnotový žebříček** takové rodiny, který se v těchto případech tvoří s cílem uspokojit pouze své základní fyziologické a materiální potřeby. Z výše uvedeného vyplývá, že dispozice k poruchám chování je multifaktoriální, tzn., že se na nich podílí jak biologické a genetické předpoklady, tak i vliv sociálního prostředí. Zásadní vliv na případný rozvoj problémového chování, není-li tedy příčinou biologický či genetický faktor, má však **rodina** a její působení na dítě. Dobré rodinné zázemí tak patří k těm nejdůležitějším faktorům pro zdravý vývoj člověka.

Můžeme tedy konstatovat, že problematiku poruch chování bude jinak posuzovat genetik, který se bude více zajímat o genetickou zátěž, jinak neurolog nebo neuropatolog, který zdůrazňuje poškození CNS, psycholog bude spíše zdůrazňovat vliv citové deprivace a výchovné nedostačivosti a takto bychom mohli pokračovat až třeba k psychoanalytickému výkladu o pocitu méněcennosti či k filozoficko-teologické úvaze o životním údělu. Pro potřeby této RP se lze ztotožnit s všeobecně přijímaným názorem, že člověk je předurčen k nějakému údělu svou

psychosociální a biologickou podstatou, kterou může využít ke svému rozvoji, je-li k tomu disponován intelektově, eticky či morálně. Záleží tedy na jeho osobnostních a charakterových vlastnostech, ale také na vnějších životních podmínkách, jak se svým údělem naloží.

Z uvedeného je patrné, že problematika poruch chování je velmi složitá a rozlišit, o jakou poruchu jde a z jaké příčiny vznikla, není vždy jednoduché. Důsledky poruch se odráží především v sociální interakci, resp. v navazování a udržení normálních mezilidských vztahů. Analogicky s tím se vyvíjí **respektování společenských norem**, zákonů a také **hodnotový žebříček** každého jednotlivce. Otázkou zůstává, co lze ještě považovat za relativně neškodnou patologii v chování a co již jedince a společnost výrazně poškozuje. Intenzita a míra škodlivosti poruchového chování není objektivně měřitelná a při posuzování jsme závislí na míře vlastního vnímání a na diagnostických kritériích jednotlivých poruch.

Pro hlubší charakteristiku a pochopení jednotlivých poruch chování lze doporučit např. publikaci autorky M. Vágnerové - Psychopatologie pro pomáhající profese. Pro potřebu této RP považujeme výše uvedený výčet za dostačující. V příloze „A“ této práce je uveden výčet poruch chování dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN -10).

1.2.3 Prevence a náprava poruch chování

Důležitost této subkapitoly plyne z prvního slova jejího názvu. Za terapeuticky významné lze považovat určení možné příčiny poruchového chování. Je důležité rozlišit, jedná-li se o vrozené povahové vlastnosti nebo o přechodnou záležitost způsobenou např. dysfunkčním rodinným prostředím v dětství či dospívání a kde porucha za určitých okolností nemusí mít trvalý charakter. To především u jedinců, kterým je poskytnuta dostatečná pomoc, jakou je emoční podpora a pochopení ze strany případných náhradních vychovatelů, ať již v ústavní či jiné náhradní péči, např. pěstounské péče nebo adopce. Při včasném zachycení negativních projevů a určení příčiny poruchového chování se mnohdy může předejít většímu sociálnímu selhávání. Proto je pro další úvahu o způsobu nápravy či alespoň zmírnění intenzity patologického chování velmi důležité pokusit se zjistit, proč se dítě chová nestandardně a zahájit preventivní opatření, aby důsledky případně zjištěné poruchy chování byly co nejméně společensky nápadné a zatěžující.

Cílovou skupinou preventivních opatření mohou být podle Matouška

a Kroftové (2011, s. 267) „děti hyperaktivní, selhávající ve škole, s poruchami chování, zneužívané a týrané v rodinách, s 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 těžším. Čím dříve projev poruchy chování objevíme, 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, středisko výchovné péče, oddělení péče o dítě, dětskou psychiatrii, krizové centrum či diagnostický ústav. Stejní autoři jako důležitou součást prevence uvádí kvalitu **rodičovského dohledu**. Je to další parametr rodičovského chování, který má prokazatelnou souvislost se souběžným nebo pozdějším sociálním selháváním dítěte. Míří 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 dopustí trestného činu, že se trestného činu dopustí v časném věku, že jej bude opakovat a že půjde o závažný trestný čin.

Dále jsou v textu uvedena některá preventivní opatření, která nejsou klíčem k zaručenému úspěchu, ale mohou být alespoň vodítkem v práci s narušenými dětmi a mládeží. Další možné postupy zmiňujeme v kapitole č. 5.

Podle Vágnerové mluvíme především o těchto nápravných a preventivních opatřeních (Vágnerová, 2003, s. 63 a 2012, s. 803):

- **Práce s rodinou.** Vzhledem k významnosti vlivu rodiny je toto působení zaměřené na podporu adekvátního fungování rodiny v co nejranějším období. K tomuto účelu mohou sloužit centra rané péče zaměřená na práci s rodinami s problémovými dětmi, resp. s problémovými rodiči. V pozdějším věku mohou podobnou pomoc poskytovat výchovní poradci, pedagogicko-psychologické poradny či střediska výchovné péče. Pomoc rizikovým rodinám poskytují i sociální kurátoři. Škola sama má velmi málo možností, jak problematickou rodinu zásadním způsobem ovlivnit. Její pravomoc je omezena na poradenskou činnost a prezentaci požadavků, k jejichž vynucení (pokud by nebyly akceptovány dobrovolně) nemá potřebné prostředky.

- **Práce s problémovými dětmi** je zaměřena na vytváření příležitostí pro různé aktivity volného času, organizování letních táborů atp. Tuto činnost může vyvíjet oddělení sociální prevence při magistrátech. I v případě dětí s poruchami chování je možné použít některé z metod individuální či skupinové psychoterapie, především kognitivně-behaviorální (v pedagogicko-psychologických poradnách či na odděleních dětské psychiatrie). Jednou z možností je zařazení dítěte s problémovým chováním do specializované třídy či školy, kde je větší možnost individuálního pedagogického působení

Pozn. autora RP - otázkou je, jak toto řešení konvenuje současným teoriím o inkluzivním vzdělávání, kde jsou jakékoliv separační tendence, byť ve prospěch samotného žáka, přijímány s velkou kritikou. Efektivita této nápravné i preventivní činnosti není vždycky dostatečně velká, častou překážkou je slabá motivovanost rodiny i dítěte samotného.
- **Pedagogická práce s problémovými dětmi ve škole.** Učitelé by měli řešit veškeré problémy ihned, jak se projeví. Měli by dětem jasně ukázat, co je vhodné a co nikoliv. Zároveň by se měli snažit podchytit a motivovat problémové děti, aby měly důvod změnit své chování, spolupracovat s jejich rodiči. Někdy je užitečná i autodiagnostika, to znamená, že by si měl učitel uvědomit, zda se nechová k nějakému dítěti arogantně, neponižuje je, nesnižuje jeho sebeúctu apod. Nezbytný je individuální přístup, který má však své hranice, jež jsou dány požadavkem ostatních žáků na spravedlnost a dodržování stejných požadavků ke všem. Je třeba zachovávat pedagogický optimismus a zároveň si uvědomit, že naše úspěšnost nemůže být zejména v této oblasti absolutní, mnohdy je maximálním možným efektem jen malé zlepšení. Pro řešení závažnějších problémů v chování nemá škola dostatečnou pravomoc, protože není represivním orgánem, ale výchovně - vzdělávací institucí.
- **Represivní opatření ve formě ústavní či ochranné výchovy** jsou další možností opatření v případě, že jsou výchovné problémy tak velké, že je nelze výše uvedeným způsobem řešit. Ústavní či ochranná výchova je nařizována či ukládána soudem. Problémový jedinec je pak umístěn ve speciálním ústavním zařízení. V současné době je možný i dobrovolný diagnostický pobyt, který se uskutečňuje na žádost rodičů, neschopných zvládnout problematiku chování

dítěte. V těchto případech se počítá se spoluprací rodičů s příslušným ústavním zařízením.

Střediska výchovné péče

Považujeme za důležité zde podrobněji zmínit střediska výchovné péče (dále jen SVP), která jsou v rámci prevence poruch chování jedinými zařízeními poskytující kompletní péči o děti v riziku poruch chování či již s rozvinutou poruchou, ale zároveň také poskytuje intervenci rodičům, resp. zákonným zástupcům, školám, pedagogům aj. osobám podílejících se na výchově a vzdělání jedinců s poruchami chování a emocí.

SVP jsou od r. 1991 součástí sítě školských zařízení preventivně výchovné péče a školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. Jejich cílem je předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dětí nebo narušení jejich zdravého vývoje, zmírňovat, nebo odstraňovat příčiny nebo důsledky již rozvinutých poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a přispívat ke zdravému osobnostnímu rozvoji dětí. SVP jsou tedy jednou z forem pomoci dětem, žákům a studentům, jejich rodinám, školám a školským zařízením. Nenahrazují jiná školská výchovná a poradenská pracoviště, ale naopak jejich služby doplňují a zároveň s dalšími zařízeními preventivně výchovné, poradenské a terapeutické péče většiny resortů spolupracují.

Klienti střediska jsou děti a žáci ve věku od 3 let do ukončení přípravy na povolání, nejdéle do 26 let věku. Ve zvlášť odůvodněných případech mohou střediska pomáhat i studentům, kteří opustili přípravu na povolání na dobu kratší jednoho roku a je u nich reálný předpoklad pokračování v profesní přípravě. Střediska nezabezpečují péči o klienty s předběžným opatřením, nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou.

Poskytované služby

Střediska poskytují konzultace, odborné informace a pomoc osobám odpovědným za výchovu, pedagogickým pracovníkům předškolních zařízení, škol a školských zařízení v oblasti výchovy a vzdělávání dětí s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a při jejich integraci do společnosti.

Rozdělení SVP

V ČR je v současné době 37 pracovišť SVP. Jsou obvykle zřizována MŠMT jako samostatná oddělení diagnostických ústavů, eventuálně jiných škol a školských zařízení. SVP existují ve formě ambulantní, stacionární a internátní.

Ambulantní oddělení

Na základě žádosti osob odpovědných za výchovu nebo dětí starších 15 let, zajišťují speciálně pedagogickou a pedagogicko - psychologickou diagnostiku poruch chování a sociálního vývoje a na základě této diagnostiky (podle aktuálního stavu klienta) poskytují jednorázovou intervenci, krátkodobé či dlouhodobé vedení a to formou individuální, skupinové či rodinné terapeutické činnosti.

Internátní oddělení

Poskytuje celodenní a internátní služby na základě žádosti osob odpovědných za výchovu. Vytváří podmínky pro navázání kontaktu s rodinou či zákonnými zástupci klienta a společně řeší problém klienta v souladu s individuálním programem pomoci a ve spolupráci se zainteresovanými institucemi. Podmínkou přijetí do pobytového programu je předchozí ambulantní spolupráce a zpracování základního individuálního programu pomoci. Internátní oddělení je zaměřeno na práci s dětmi a dospívajícími, u kterých převažují výchovné problémy.

Stacionární oddělení

Stacionární oddělení je specifickou formou denní péče. Jedná se o skupinový program, který poskytuje klientům v mimoškolní době denní odbornou a terapeutickou péči (nejdéle však do 19:00 hod.). Klienti se po ukončení odpoledního programu vrací domů a jsou zařazeni do následné ambulantní péče (<http://www.nuv.cz/>).

Z uvedeného plyne, že nejdůležitější **prevencí** pro poruchové chování je vždy **nukleární rodina**. Ta stojí v první řadě a má velký vliv na to, zda se v dítěti sklon k poruchovému chování umocní, nebo se ho podaří včas zachytit a vhodným výchovným působením zmírnit tak, aby se nerozvinulo do závažnější patologie, nebo aby nebylo alespoň tolik akcentované.

Příklad z praxe č. 1

Robert (19 let) je bývalý svěřenec DDS, který musel být pro své nezvladatelné chování zařazen na léčebně výchovné oddělení. Po ukončení nařízené ÚV byl

umístěn do ústavu sociální péče. V případě chlapce byly uvažovány především symptomy výchovně podmíněné poruchy chování, i když na jeho celkovém obrazu se podílely multifaktoriální vlivy, a to včetně vlivu výchovných vzorců romské komunity. Lze brát v úvahu i biologické faktory. Především však byl u něho zdůrazněn vliv závadového sociálního prostředí, kdy ve výchově tohoto chlapce došlo k extrémnímu výchovnému zanedbání, silné komplexní deprivaci v důsledku týrání a následné deformaci dětské osobnosti. V individuálním kontaktu však působil jako milý, slušný, nesmělý a usměvavý chlapec. Extrémní výchovná zanedbanost se odrazila i v jeho fyzickém vzhledu a vývoji hrubé motoriky. Z rodinné anamnézy a ověření sociální pracovnice vyplývalo, že doma spal v rohu studené chodby na hadru a jídlo dostával do misky, nejedl společně u stolu. Z rozmaru rodičů, především otce, byl mlácen gumovou hadicí od pračky. Docházelo zde i k sexuálním praktikám mezi otcem a dcerou, sestrou Roberta, a to před ostatními členy rodiny, tedy i dětmi.

K nejzávažnějším projevům jeho abnormního chování patřila verbální a fyzická agrese k lidem, destrukce majetku, vzdorovité chování, neposlušnost, časté a intenzivní výbuchy zlosti. U tohoto chlapce byly dominantní především agresivní projevy a krádeže. K agresivnímu chování docházelo v ústavu tehdy, byl-li Robert ve vypjatém emočním stavu, kdy jinou cestu k uvolnění tenze neuměl zvolit a cítil se subjektivně ohrožen. Pak házel předměty, plival kolem sebe, sprostě nadával a napadal své okolí.

ÚV byla nařízena z popudu sociální pracovnice, která situaci v rodině vyhodnotila jako zcela nevyhovující. I přes tříletou a intenzivní snahu všech výchovných pracovníků ústavu, se nepodařilo chlapce výchovně ovlivnit tak, aby byl schopen žít v běžném sociálním prostředí. Není schopen dlouhodobě fungovat ani za podpory pracovníků ústavu sociální péče a selhává ve všech oblastech života.

1.3 Hyperkinetické poruchy ve vztahu k poruchám chování

Tato subkapitola se zabývá vztahem hyperkinetických poruch – ADD/ADHD s možným sociálním a společenským selháváním dítěte v dospělosti. Někteří autoři (viz subkapitola 1.3.3) se přiklání k tomu, že hyperkinetická porucha je predispozicí ke společensky závadovému chování. Nicméně v oblasti speciální pedagogiky, psychologie a jiných oborů zaměřených na zkoumání chování člověka, se setkáváme s názorem, že působení pozitivního, citově podnětného rodinného prostředí může projevy této poruchy zmírnit natolik, že dotyčný jedinec sociálně selhávat nemusí. My

se však v této RP zabýváme možným vztahem mezi hyperkinetickou poruchou a chováním, které označujeme jako sekundární projevy SPCH. Proto jsou v textu uvedeny především odborné názory, které teorii výskytu sociálně nežádoucího chování u jedinců s touto poruchou spíše potvrzují. Připouštíme však značnou názorovou polaritu a jsme si vědomi toho, že jakékoliv zjednodušování této problematiky může vést k nálepkování jedinců se SPCH. Není ovšem cílem této RP porovnávat či vyvracet jednotlivé teorie, ale spíše poukázat na to, že nekompensovaná SPCH, v našem případě hyperkinetická porucha, resp. ADD/ADHD, může vést až k rozvoji asociálního či antisociálního chování.

1.3.1 Hyperkinetický syndrom – ADD/ADHD

Na úvod je třeba si říci, že oblast specifických poruch chování je poměrně terminologicky široká. V této RP budeme považovat v rámci oboru speciální pedagogiky hyperkinetický syndrom za jakýsi zastřešovací termín specifických poruch chování bez ohledu na jejich etiologii či projevy. Vycházíme tak z obvyklé praxe v oblasti speciální pedagogiky, resp. etopedie, ale také psychiatrie či psychologie. Pouze si níže v textu objasníme rozdíl mezi pojmy LMD (lehká mozková dysfunkce), ADD, ADHD. Problematika této oblasti poruch chování je skutečně složitá a nelze ji postihnout v rámci RP. Snažili jsme se proto v textu vysvětlit alespoň základní termíny z pohledu různých autorů.

Základní charakteristika ADD/ADHD

Vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, resp. deficitem pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Obvykle se projevuje v časném dětství. Potíže jsou víceméně chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. 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 (Zelinková, 2015). V odborné literatuře najdeme celou

řadu dalších charakteristik této poruchy zdůrazňujících více či méně obdobnou symptomatologii, ale stejně tak jsou některými autory prezentovány teorie, které některé symptomy zdůrazňují více nebo naopak méně. Domníváme se, že úhel pohledu souvisí vždy s praxí jednotlivých autorů. Jak Zelinková (2015, s. 165) uvádí, „rozlišení poruch chování a ADD/ADHD je obtížné, někteří autoři se dokonce domnívají, že jde o totožné pojmy“.

Specifické poruchy chování zařadit do kategorie **hyperkinetických** poruch, které lze dále diferencovat (Vágnerová, 2015, s. 665 – 666):

- **Syndrom ADHD**, který se projevuje hyperaktivitou i poruchami pozornosti,
- **Syndrom ADD** s poruchou pozornosti,
- **Hyperkinetická porucha chování** – toto označení se užívá tam, kde jsou splněna kritéria, jak pro hyperkinetickou poruchu – obvykle symptomy hyperaktivity, neklidu, impulzivity a dalších, tak i pro „běžnou“ poruchu chování.

V DSM – IV (2000) je používána i diagnostická kategorie porucha chování s opozičním vzdorem (ODD).

V diagnostické praxi to tedy znamená, že jedinec s diagnózou hyperkinetická porucha, dle MKN – 10 označovanou kódem F 90.0, má obvykle většinu projevů ADD/ADHD, tj. nedostatek pozornosti, neúčelná a nadměrná pohybová aktivita, zvýšená reaktivita, impulzivita aj., ale zároveň se u něj už objevují projevy nespecifické poruchy chování. Za ty považujeme již veškeré disociální, asociální či antisociální projevy, které specifikujeme podrobněji v subkapitole 1.2.1.

V české odborné literatuře se stále ještě objevuje termín **lehká mozková dysfunkce** /dále jen LMD/, který označuje přibližně totéž. Takto postižené děti mají obdobné potíže, bývají nápadně neklidné, nesoustředné, trpí výkyvy v emocích i v chování. Rozdíl spočívá především v obsahu těchto pojmů. LMD označuje poruchy, které mají určitou etiologii - drobné organické postižení centrální nervové soustavy, což je zřejmé již z názvu. Termíny ADD/ADHD jsou pouze popisné, 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 poruchu pozornosti (Vágnerová, 2015).

1.3.2 Symptomy hyperkinetické poruchy, ADD/ADHD

Hyperkinetická porucha chování je kombinací poruchy aktivity a pozornosti (ADD/ADHD) tedy poruchy specifické a poruchy chování nespecifické, nejčastěji socializované nebo nesocializované poruchy chování. Děti s poruchou aktivity a pozornosti mají výrazný sklon k intenzivní nápodobě všeho, s čím se setkávají. Relativně snadno si osvojují nevhodné způsoby chování, které bychom mohli označit v určitých momentech již za socializovanou v horším případě nesocializovanou poruchu chování, viz subkapitola 1.2.1. K chování, které můžeme nazvat nejen jako nevhodné, ale i rizikové, se tyto děti nechávají strhnout snadněji svými vrstevníky. Může to souviset s tím, že mají problém s přiměřeným, akceptovatelným navazováním vztahů s ostatními dětmi, spolužáky, vrstevníky. Předvádění, šaškování či přímo bezhraniční chování tak může být jediným možným způsobem, jak vztah navázat, jak získat pozornost či jak se v kolektivu ostatních uplatnit. Vznik sekundární poruchy chování je pak jen otázka času. Tyto děti chtějí uspokojovat své tělesné, psychické, materiální potřeby stejně jako kdokoliv jiný. Dosti často to neumí způsobem, který je považován za společensky akceptovatelný. Proto mnohé děti s ADD/ADHD mohou sekundárně páchat i delikventní aktivity. Důsledky svého chování vlivem zvýšené impulsivity hůře promýšlejí a dostávají se tak snadněji např. do péče sociálních kurátorů, později pak ve věku dospívání i orgánů činným v trestním řízení.

Dle Paclta (2007) DSM – IV rozlišuje 2 typy ADHD:

- s převažující poruchou pozornosti, s kognitivními potížemi a neschopností zorganizovat si věci,
- s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou.

Diagnostická kritéria ADHD dle MKN – 10

Základní symptomatická triáda:

- porucha pozornosti
- hyperaktivita
- impulzivita

Objevuje se před 7. rokem věku. Kritéria musí být splněna ve více než jedné situaci (škola, doma, klinika).

Pro potřebu této RP zde uvádíme souhrn charakteristik základních symptomů hyperkinetické poruchy, tak jak je charakterizuje Malá in Hort et al. (2008, s. 308 - 311):

1. Poruchy kognitivních (poznávacích) funkcí většinou způsobují tyto obtíže:

- poruchy pozornosti – nepozornost, neschopnost selekčního procesu usměrnit pozornost k podstatným informacím, nežádoucí zapojení motoriky do aktivit procesu,
- poruchu analyticko syntetické činnosti,
- poruchy seriality – vnímání časové posloupnosti, tj. vytváření, sekvencování a realizaci plánů,
- poruchy motivace, úsilí a vytrvalosti, zvláště v aktivitách, které nepřinášejících okamžité uspokojení nebo v situacích, které jsou dokonce lehce frustrující (zkoušení ve třídě, čekání ve frontě na oběd atd.),
- poruchy slovní a pracovní paměti.

2. Poruchy motoricko – percepční se obvykle projevují:

- hyperaktivitou s neschopností relaxace, sedavých aktivit („stále na pochodu“),
- motorickou neobratností – výkon pohybu je správný, ale jeho provedení zbrklé, nepřesné, nekoordinované,
- poruchou vizuomotorické koordinace.

3. Porucha emocí a afektů – emoční a afektivní labilita (u adolescentů dysforie – mrzutá a depresivní nálada, pocit nudy, explozivita – výbušnost).

4. Impulzivita má za následek, že činy jsou náhlé, ukvapené, dítě provádí rychlé závěry k vlastní škodě, není schopno odložit akci, jedná bez zřetele na konsekvenci (napřed jedná a pak myslí), nepoučí se z úrazu, trestu.

5. Sociální maladaptace – sociálně nežádoucí chování se projevuje např. absencí stenické (posilující), podněcující reakce, neschopností souhry s vrstevníky a také familiárností – nevhodným chováním vzhledem k věku. Frustrace ze sociální neúspěšnosti a snížená tolerance ke stresu vede k šaškování, negativismu, dysforii – náhlým změnám nálady a později k **poruchám chování**.

Vidíme tedy, že škála symptomů této poruchy je velmi široká a predisponuje

„postiženého“ jedince k chování, které může být považováno za nestandardní, poruchové či přímo maladaptivní.

1.3.3 Vztah mezi hyperkinetickým syndromem, ADD/ADHD a poruchami chování v dospělosti

Matoušek a Kroftová (2011) píší o dlouhodobém sledování hyperaktivních dětí, které prokazuje, že jejich potíže nemizí v období dospívání, jak tvrdila starší medicína, psychologie a pedagogika. Tyto děti mají v dospívání i v dospělosti větší potíže v adaptaci na společenské prostředí než ostatní děti. Syndrom hyperaktivity je spojován s takovými znaky chování adolescenta, jako jsou impulzivita, agresivita, záchvaty vzteku a snížené sebehodnocení. Několik desítek procent těchto dětí je v dospělosti klasifikováno psychiatry jako anomální nebo psychopatické osobnosti. A v každém vzorku delikventně se chovající mládeže, který je z tohoto hlediska studován, se najde několikrát víc hyperaktivních jedinců než v kontrolní skupině. Nové studie udávají „16-30% hyperaktivních jedinců v sestavách mladistvých přestupníků zákona, kteří vykonávají trest nebo jsou umístěni ve výchovné instituci“ (Matoušek a Kroftová, 2011, s. 29).

Dle Berkowa et al. in Vágnerová (2015, s. 676) „dlouhodobé studie prokázaly, že problémy spojené s hyperaktivitou nezmizí zcela ani v adolescenci, některé z nich mohou dokonce vzrůstat.“

Prognóza syndromu ADD/ADHD není příliš pozitivní. Přetrvávající potíže a z nich vyplývající rizika lze rozdělit do několika skupin (Vágnerová, 2015, s. 676 - 677):

- Hyperaktivní jedinci nebývají **školsky úspěšní**. Mívají horší školní prospěch a zažívají více kritiky, což musí zákonitě ovlivnit jejich postoj a motivaci ke vzdělání. Ke škole mívají převážně negativní vztah, a nemají proto žádný důvod ve vzdělávání pokračovat. Hlavním motivem jejich profesního rozhodování bývá často potřeba se zbavit školy. Výsledkem je jejich nižší úroveň vzdělanosti. Impulzivita, obtíže v sebeovládání, nízká tolerance k zátěži a neschopnost systematicky pracovat zvyšují pravděpodobnost selhání v jakékoliv profesní roli. K tomu přispívá i negativní očekávání těchto lidí, ovlivněné jejich špatnou zkušeností a neúspěchy z období dětství.

- Hyperaktivní jedinci mívají problémy v **mezilidských vztazích**. Chování, které narušuje jejich vztahy s lidmi, přetrvává i v době adolescence. Některé nežádoucí projevy mohou být v tomto období dokonce ještě nápadnější, např. jejich impulzivita, zbrkllost a prudkost. Nápadnější jsou zejména proto, že od adolescenta se očekává zralejší projev než od dítěte, a proto takové chování ještě více vynikne. Takoví lidé budou méně přijatelnými partnery, a proto ani v tomto věku nebude uspokojována jejich potřeba citového vztahu. Tato skutečnost zvyšuje riziko jejich socializačního selhání, protože hledání náhradního uspokojení může mít sociálně nežádoucí charakter.
- U dospívajících s hyperaktivní poruchou je **zvýšené riziko asociálního chování**. Ve stresové situaci, která z jejich subjektivního hlediska vznikne mnohem snadněji, mohou reagovat méně přiměřeně. Jejich nezdrženlivost a impulzivita se může projevit různým rizikovým chováním. V této době může být potvrzen i disharmonický vývoj osobnosti, resp. porucha osobnosti.

Zajímavý údaj zmiňuje Matoušek (1996) když uvádí, že „zhruba polovina budoucích delikventů jsou děti trpící tzv. syndromem hyperaktivity. Nejzřetelnější vztah má ADHD k opoziční poruše chování, a to až ve třech čtvrtinách případů. Dlouhodobé sledování dětí s ADHD zatím dokazuje, že přibližně 11% z nich bude mít alespoň jeden z vůdčích příznaků syndromu i v dospělosti. Přibližně 8% jich bude v dospělosti postihovat plně vyvinutý syndrom. Také dlouhodobé sledování skupiny chlapců s ADHD od 7 až do 24 let dokazuje, že se ve skupině postižené ADHD vyskytovala významně častěji antisociální porucha osobnosti (Koukolík, Drtilová, 2006).

Malá in Hort et al. (2008) označuje poruchy pozornosti 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.

Paclt (2007) uvádí komorbidity s ADHD:

- v dětství – porucha opozičního vzvodu 40%, úzkostné poruchy, poruchy nálady a OCD – obsedantně kompulzivní porucha 38%, poruchy chování 14%, tiky 11%,

- v adolescenci a dospělosti – deprese 50 – 60%, úzkostné poruchy 20 – 30%, abúzus nebo závislost 25 – 45%, kouření 40%, BAB – bipolární afektivní porucha 10%, poruchy spánku 75%, osobnostní poruchy 6 – 25%.

Příznaky ADHD v dospívání a dospělosti dle Paclta (2007):

- hyperaktivita – bezcílný, neúčelný neklid z dětství se mění v dospělosti ve více účelnou hyperaktivitu s menším narušením života,
- adaptivní chování – pracují mnoho hodin, vybírají větší počet činností,
- neustálá aktivita vede k rodinnému napětí,
- vyhýbání se situacím, které vyžadují nižší stupeň aktivity (rychle se začínají nudit).
- impulzivita – často klesá směrem k dospívání, ale pokud přetrvává, má výraznější dopady na život jedince,
- nízká frustrační tolerance – častější ukončení pracovního poměru, náladovost, rychlá jízda autem,
- dělají rychlá rozhodnutí, skákání do řeči.
- porucha pozornosti – mnoho dospělých si neuvědomuje, že spektrum problémů spojených s poruchou pozornosti má u nich závažné následky,
- problémy s plánováním času,
- problémy začít/ukončit úkoly, změna na jiný důležitější úkol, řešení více úkolů, vyhýbání se úkolům vyžadující pozornost,
- adaptivní chování – výběr životního stylu...sklon k neuspořádanému životu.

Jak vidíme, hyperkinetická porucha svého nositele a stejně tak jeho okolí může nepřiměřeně zatěžovat.

1.3.4 Prevalence a etiologie hyperkinetické poruchy, ADD/ADHD

V této subkapitole objasňujeme stručně příčiny specifických poruch chování a uvádíme také jejich prevalenci. V souvislosti s prohloubením potíží u dětí s ADD/ADHD zde také zmiňujeme pojem „**psychická deprivace**“, která může vzniknout v důsledku nezájmu a nevšímavosti ze strany rodičů. Vzhledem k tomu, že děti s touto poruchou jsou pro rodiče velkou zátěží, riziko nevšímavosti a vyhoření rodičů je zde poměrně vysoké. Počty dětí s hyperkinetickou poruchou jsou podle různých autorů značně kolísající. Např. Malá uvádí počet dětí s hyperkinetickou poruchou v rozmezí od 2 do 12% dětí školního věku. Výskyt je častější u chlapců než

u dívek, a to v nejčastěji udávaném poměru 6:2 (Malá in Hort et al., 2008, s. 308). Naproti tomu Paclt (2007) uvádí prevalenční číslo mezi 3 – 7% a persistenci poruchy do adolescence v 50 – 60%. Některé studie dokonce 70 – 80% ve věku nad 15 let. Výrazně se zvyšuje riziko pro vznik mj. syndromu ADD/ADHD, když matka v těhotenství užívá drogy, pije alkohol či kouří. Je to především nikotin a další složky kouře, které procházejí placentou a ovlivňují nežádoucím způsobem mozek vyvíjejícího se plodu (Koukolík, Drtilová, 2006). Ve své typické formě **je ADD/ADHD projevem organického poškození mozku - LMD**. V tomto případě je důsledkem somatické poruchy. Může ale také vzniknout jako důsledek nepříznivého působení prostředí. V tomto případě je její příčinou neadekvátní zkušenost, může být i aktuální reakcí na zátěž. Stejně tak může vzniknout jako jeden z důsledků psychické deprivace, ale také může být jedním z neurotických projevů. *Pozn. autora RP – v etopedické praxi je někdy používán termín sociální hyperaktivita*. Ve všech případech jsou významné genetické dispozice a předchozí zkušenosti dítěte, jeho individuálně typické vlastnosti osobnosti, které budou všechny reakce na nejrůznější zátěže spoluurčovat (Vágnerová, 2000).

K prohloubení potíží u hyperkinetické poruchy může přispět působení negativního rodinného prostředí. V takových případech dochází často k **disharmonickému vývoji** dítěte, které bývá zmatené, citově „neukotvené“ a vzhledem ke svému postižení může používat neadekvátní reakce na takovou psychosociální zátěž. Pak lze již mluvit o **sekundárních projevech** poruchy. Dítě má narušenou sociální přizpůsobivost, stává se negativistické, dochází k neurotizaci, která může spustit další **intrapsychické** změny – zvýšené napětí, úzkostnost atp. Dítě se postupně stává frustrované a svému okolí to může oplácet agresivitou, generalizovanou nenávistí, hněvem, pácháním trestné činnosti aj. negativními projevy. Takový postoj bývá nazýván jako **extrapunitivní** – okolí obviňující a můžeme ho pozorovat nejen u dětí s ADHD/ADD, ale také často u dětí umístěných v ústavní péči jako následek dlouhodobé v důsledku zanedbávání, nezájmu a nevěšmavosti ze strany rodičů.

Dunovský et al. (1995, s. 87) popisují **psychickou deprivaci** jako „psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojit některou z jeho základních (vitálních) potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu. Uspokojení těchto potřeb v patřičné míře a v pravý vývojový čas je jednou ze základních podmínek dalšího zdravého vývoje osobnosti.“ Podle Matějčka

(2005) je důležitým činitelem vzniku psychické deprivace nedostatečné množství přiměřených podnětů z vnějšího prostředí – **sociálních, citových, ale i senzorických**. Dalším významným činitelem vzniku psychické deprivace je přerušení již vytvořeného vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím. K takové situaci dojde, je-li odloučeno od těch osob, které mu byly dosud zdrojem citového uspokojení.

„Těžké a dlouho trvající deprivace působí v psychické struktuře dítěte zpravidla **hluboké změny**, které mohou být trvalé. Čím mladší je dítě a čím déle deprivace trvá, tím menší je naděje, že bude možné následky beze zbytku odstranit. Je také pravděpodobné, že jisté poruchy, hlavně v emocionální oblasti, přetrvávají i tam, kde se pacient sociálně a intelektově přizpůsobil celkem normálně“ (Matějček, 2005, s. 198).

1.3.5 Sociální postavení a sebehodnocení dětí s hyperkinetickými poruchami

Vágnerová in Svoboda (2015) zmiňuje, že nadměrná pohotovost k aktivitě většinou zahrnuje i emotivitu. Hyperaktivní děti bývají dost často emočně nevyrovnané, dráždivé, mívají sklon k výkyvům nálad. Častěji prožívají pocity nepohody, které nejsou schopné ovládat. Podněty, které vyvolávají emoční reakce, mohou vycházet z organismu i z vnějšího prostředí. Změny v oblasti **emotivity** však mnohdy bývají více sekundárního charakteru. Hyperaktivita, impulzivita a emoční dráždivost zvyšují riziko vzniku negativního postoje k takovému dítěti. Jak dále Vágnerová uvádí, má na rozvoj **sebepojetí** hyperaktivního dítěte značný vliv hodnocení jiných lidí a postoj, jaký k němu zaujímají. Mnohé změny osobnostního vývoje, odchylky v chování i prožívání, jsou důsledkem negativních reakcí okolí. Takové zátěži jsou vystaveny i hyperaktivní děti, které vyvolávají napětí ve všech lidech, s nimiž jsou v častém kontaktu. Jejich problémem je, že působí nepříjemně a rušivě. Hyperaktivní děti bývají častěji hůře akceptovány, lidé je odmítají nebo je alespoň přijímají ambivalentně. Zažívají více kritiky, bývají častěji hodnoceny jako neúspěšné a neschopné. Navíc jsou považovány za viníky svých neúspěchů i problematického chování. Nepříznivé hodnocení a odmítání zvyšuje riziko vzniku negativního sebehodnocení. Dítě se proti takové zátěži potřebuje nějak bránit. Nejčastěji jde o obranu popíráním nepříznivých informací a vytvořením nereálného obrazu sebe sama. Eventuálně se takové dítě může snažit zmíněné nedostatky nějak

kompenzovat a činí to takovým způsobem, jaký je pro něho dostupný, např. šaškováním, upoutáváním pozornosti, negativismem apod. Může se objevit i bájeví lhavost. V jiném případě dojde i ke zvýšení agresivity. Chování sloužící jako obrana dítěte v situaci, kterou nedovede zvládnout jinak, bývá dost často problematická a z hlediska pozorovatelů neadekvátní. Jeho důsledkem obvykle bývá jen zhoršení všech potíží.

Předpokládá se, že se bude jinak chovat dítě s ADD/ADHD, které dochází na běžnou základní školu, je vychováváno v rodině a jsou v dostatečné míře saturovány všechny jeho potřeby. Naopak u dítěte vychovávaného v ústavní péči lze očekávat, že projevy poruchy ADD/ADHD budou doprovázeny sekundárními příznaky v mnohem větší míře, a to právě proto, že jsou tyto děti rizikovými faktory psychické deprivace v důsledku nevšímavosti a zanedbávání ze strany rodičů více zatíženy. **Tento předpoklad bude dále prověřen v praktické části této RP.**

1.3.6 Léčba a péče o děti s hyperkinetickými poruchami

Poruchy pozornosti s hyperaktivitou je možné vhodnými terapeutickými postupy zlepšit, ale většinou je nelze zcela eliminovat. Péče o děti s ADHD je založena na interdisciplinární spolupráci mnoha odborníků (psychologa, speciálního pedagoga, neurologa a dále např. pediatra a dalších).

Základní terapeutické postupy jak je uvádí (Vágnerová, 2003, s. 90):

Farmakoterapie je v současné době užívána jen tehdy, pokud je dítě nápadně neklidné a nelze jeho chování ovlivnit jinak. Tento způsob léčby slouží jako podpůrný, resp. doplňkový, nelze očekávat, že všechny problémy vyřeší medikace (pozn. autora RP – medikamentózní léčba je zaměřena především na symptomy jednotlivých poruch, ale neléčí např. osobnostní predispozici k různým typům chování).

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 není jednoznačná.

Speciálně – pedagogická péče je velmi důležitá, zaměřuje se na rozvoj pozornosti a ovládání vlastního chování. Speciálně – pedagogickou pomoc poskytují poradny, které pracují i s rodiči, nebo specializované třídy.

Psychoterapie je zaměřena na redukci neklidu a napětí, k tomu účelu jsou užívány

různé relaxační metody, a na podporu vhodných způsobů reagování. V takových případech jsou užívány metody kognitivně behaviorální terapie.

Práce s rodinou může pomoci upravit podmínky pro přípravu do školy, aby nedocházelo ke zbytečnému posilování negativních reakcí, a korigovat výchovné postoje rodičů. Tato pomoc může mít poradenský charakter, pokud jsou problémy závažnější, je indikována rodinná psychoterapie.

Na další postupy k léčbě a péči o takto postižené děti odkazujeme na odbornou literaturu, např. Paclt et al. - *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, (2007) či Zelinková - *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*, (2015).

Příklad z praxe č. 2

Dominik (14 let) je žákem ZŠ pro děti s SPCH na žádost rodičů a následného doporučení SPC pro děti se SPCH. K tomuto rozhodnutí přispěly jeho závažné výchovné problémy v domácím i školním prostředí. Doma dostával často hysterické záchvaty nepřičetnosti, ničil vybavení domácnosti, ubližoval mladším sourozencům a kradl nebo ničil cennosti. Ve škole narušoval výuku, nerespektoval učitele, ze školy utíkal a stále častěji se projevoval agresivně. Nebyl schopen se přizpůsobit požadavkům školního prostředí. Dominik je velmi energický, rád se předvádí a vypráví smyšlené příběhy. Ve škole ani mimo školu neměl Dominik nikdy žádné kamarády pro své vulgární projevy, vyvolávání hádek a potyček. Byl schopen udělat vše, aby kamarády získal, aby následně vše zase zničil. Ostatní spolužáci jeho chování nerozuměli. Dominik v minulosti na základě doporučení lékaře a souhlasu jeho matky vystřídal několik diagnostických pobytů (DPO - dětská psychiatrická ozdravovna, DPL - dětská psychiatrická léčebna), kde mu také byla předepsána psychofarmakologická léčba. Při pobytech doma u rodiny se odmítal do diagnostického zařízení vracet, situace řešil opakovanými útekami. Dominikův intelekt je méně než průměrný s dobrým potenciálem pro lepší výkon. Podmínky v rodině jsou však nevyhovující.

Výrazné jsou známky neurologicky prokázané organicity projevující se silnou neurovegetativní aktivitou, poruchou pozornosti, nadměrně neúčelnými pohyby atd. Diagnosticky je zařazen do spektra hyperkinetických poruch s velmi silnými a pro okolí značně zatěžujícími symptomy.

Na předchozí témata o poruchách chování a hyperkinetickém syndromu navazujeme kapitolou o základních zákonných opatřeních, která je možno uplatnit, dojde-li u dítěte či dospívajícího k závažnému porušování pravidel a společenských norem. Považujeme za přínosné v RP toto téma zmínit, jelikož souvisí se společenskými a sociálními důsledky poruch chování.

1.4 Nařízení ústavní výchovy

Subkapitola pojednává ústavní a ochrannou výchovu a možnosti jejich nařízení či uložení. Je zde uvedena také základní charakteristika klientů v ústavech. Pro orientaci v problematice je také důležité vědět, jaké jsou v ČR typy ústavních zařízení pro problémové děti a mládež a jaká legislativa s touto problematikou souvisí. Legislativa je uvedena v příloze B.

Ústavní výchova

Do roku 1991 představovala ústavní péče prakticky jedinou možnou formu etopedické práce s dětmi, kterým byla nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova. Pak byla zavedena náhradní rodinná péče, jako alternativa k ústavní péči. Přesto ústavní péče zůstává v ČR dále základem převýchovného procesu.

Podle zákona č.109/2002 Sb., 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 je účelem těchto zařízení zajišťovat péči nezletilé osobě, a to zpravidla ve věku od 3 do 18 let, případně zletilé osobě do 19 let, na základě rozhodnutí soudu o ústavní výchově nebo ochranné výchově nebo o předběžném opatření náhradní výchovnou péči v zájmu jeho zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělávání. Dále pak předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dítěte nebo narušení jeho zdravého vývoje, zmírňovat nebo odstraňovat příčiny nebo důsledky již vzniklých poruch chování a přispívat ke zdravému osobnostnímu vývoji dítěte (<http://www.atre.cz>).

Nařízení ústavní výchovy upravuje zákon o sociálně právní ochraně dětí (§ 14 zákona č. 359/ 1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění). Návrh na **ústavní výchovu** podává obecní úřad s rozšířenou působností za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem soudu těch dětí, o něž rodiče náležitě nepečují a žádná jiná alternativa výchovy dítěte se buď nejeví jako žádoucí, či není dostupná. Ústavní výchova je navrhována rovněž dětem, které rodiče ani jiné

způsobilé pečovatele nemají.

Ochranná výchova je druhem ochranného opatření, které je definováno trestním zákonem, mají účel preventivní, mají též izolovat a resocializovat toho, kdo se společensky nebezpečného jednání dopustil. Ukládá se v občanskoprávním řízení všem osobám, jež spáchaly ve věku mezi dvanáctým a patnáctým rokem čin, jenž trestní zákon u právně odpovědných osob umožňuje stíhat výjimečným trestem. Ochrannou výchovu může soud uložit i osobám mladším než 15 let, které spáchaly čin, jenž je u právně odpovědných osob pokládán za trestný čin. Ochranná výchova může být v občansko-právním řízení navržena i orgánem péče o děti a mládež, a to dětem mladším než 15 let. V trestním řízení může být uložena jen mladistvým (15 – 18let). Trestní zákon ukládá vykonávání ochranné výchovy ve zvláštních zařízeních, v nichž je řádným pedagogickým vedením zabezpečena příprava chovance na jeho budoucí povolání. Ústavní i ochranná výchova mohou být ukládány jen osobám mladším než 18 let, ve výjimečných případech mohou být prodlouženy do věku 19 let (Matoušek, Kroftová, 2011).

Kritéria, jež nejčastěji vedou kurátory k návrhu ústavní výchovy, tak jak je uvádí Matoušek a Kroftová (2011):

- protiprávní a delikventní jednání (přestupky trestná činnost),
- začínající závislost na drogách, alkoholu, automatech,
- útěky z domova,
- množství výchovných opatření uplatněných před návrhem ústavní výchovy,
- množství v dotazníku vypočítaných důvodů k návrhu na ústavní výchovu, jež u jednotlivého případu připadají v úvahu,
- zahálčivý způsob života,
- nerespektování rodičů,
- sexuální promiskuita,
- členství v závadové partě aj.

Výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních upravuje zákon č. 109/2002 Sb., 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. Dále vymezuje pravomoci zařízení vůči nezletilému a jeho rodičům. K realizaci výchovné péče jsou svěřenci umísťováni

pouze prostřednictvím diagnostických ústavů, o kterých je stručně pojednáno v následující subkapitole.

1.4.1 Typy ústavních zařízení v ČR

Všechna uvedená ústavní zařízení jsou určena pro děti (i se zdravotním postižením) ve věku od 3 do 18 let, případně pro zletilé do 19 let. Plné přímé zaopatření lze poskytnout i zletilému, nezaopatřenému, studujícímu dítěti po ukončení výkonu ústavní nebo ochranné výchovy, nejdéle do věku 26 let, a to na základě podmínek stanovených ve smlouvě. Podle zákona č.109/2002 Sb., 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 ve vztahu k dětem plní zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

Diagnostický ústav

Dříve než je dítě umístěno do konkrétního zařízení, musí projít na základě rozhodnutí soudu diagnostickým ústavem. Během osmítýdenního diagnostického pobytu je dítě komplexně vyšetřeno po stránce pedagogické, psychologické, sociální a zdravotní. Na základě výsledků provedeného vyšetření diagnostický ústav zpracuje návrh na umístění dítěte do odpovídajícího ústavu (dětského domova, dětského domova se školou nebo výchovného ústavu) a komplexní diagnostickou zprávu s programem rozvoje osobnosti dítěte, která je předána konkrétnímu zařízení, do něhož je dítě zařazeno. Na dobu nezbytně nutnou poskytuje péči dětem s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou zadržovaných na útěku z jiných zařízení, z místa pobytu nebo přechodného ubytování.

Dětský domov

Do dětských domovů (dále jen DD) jsou přijímány tělesně a duševně zdravé děti ve věku od 3 do 18 let bez výraznějších výchovných problémů, kterým byla současně nařízena ústavní výchova ze sociálních důvodů. Vyhláška č. 334/2003 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních, připouští přijetí dítěte se zdravotním postižením, a to s ohledem na druh a stupeň jeho postižení. Do DD lze umístit i nezletilou matku s jejími dětmi. Pobyt dítěte v DD končí dosažením zletilosti, popřípadě dosažením 19 let, pokud došlo k prodloužení ústavní výchovy. Odchod ze zařízení může být na základě dohody

s dítětem odložen do doby, než završí svou přípravu na budoucí povolání, a to maximálně do 26 let.

Dětský domov se školou

Pečuje zpravidla o děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Vyhláška č. 334/2003 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních, stanovuje, že lze do zařízení umístit i dítě se zdravotním postižením, s přihlédnutím k jeho specifickým potřebám a možnostem zařízení, nezletilé matky a jejich děti a na nezbytně nutnou dobu i děti vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku svého neurologického poškození a psychického onemocnění.

Výchovný ústav

Výchovný ústav představuje těžiště převýchovného procesu. Zabezpečuje dlouhodobou péči o děti starší patnáct let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní nebo uložená ochranná výchova. Základ činnosti tvoří příprava na budoucí povolání. Podle zákona č. 109/2002 Sb., 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, může být do zařízení umístěno i dítě starší 12 let s uloženou ochrannou výchovou, v jehož chování se projevují tak závažné poruchy, pro které nemůže být zařazen v dětském domově se školou, či zvláště závažné poruchy chování. Výchovné ústavy jsou zřizovány odděleně pro každou z těchto skupin dětí. Rovněž zde vyhláška č. 334/2003 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních, rozšiřuje cílovou skupinu výchovných ústavů o děti se zdravotním postižením, nezletilé matky a jejich děti.

1.4.2 Výchovný ústav a jeho klientela

Klientela ve výchovných ústavech se proti minulým letům výrazně změnila. Je nejenom agresivnější a méně schopná soucitu, ale většinou také sociálně zdatnější, uvědomující si svá práva a méně své povinnosti a je také více sebevědomá. Má větší nároky na stravu, na oblečení a co je velice podstatné, i na interpersonální vztahy. Mnohý jedinec žijící v ústavu touží po neustálé konfrontaci s autoritou - stejně tak je tomu i v dnešní rodině a nespokojí se s pouhým neosobním a formálním přístupem vychovatele či s jednoznačným režimem, který se mu pokouší strukturovat denní

program. Existuje stále větší procento dětí, které sice jsou v ústavu, ale vzhledem k hloubce jejich osobnostního, intelektového deficitu či duševní poruchy jsou schopné jen změny minimální a to v tom nejlepším případě (Jedlička et al., 2004).

Je třeba podotknout, že se jedná o děti ohrožené ve fyzickém i psychickém vývoji, a to především v důsledku nezdravého, nedostačivého sociálního prostředí. Do dětských domovů se školou a výchovných ústavů jsou umísťováni mimo jiné jedinci z důvodu záškoláctví, útěků, užívání návykových látek, krádeží a za prostituci. Jsou z dysfunkčních rodin, často zanedbávaní, zneužívání, se špatnými hygienickými návyky. Nezřídka se u nich objevuje snížený intelekt v pásmu lehké až středně těžké mentální retardace a poruchy chování. *Pozn. autora RP – v mnoha případech se jedná o sociálně podmíněné snížení rozumových schopností tzv. pseudooligofrenii.*

Některé zjištěné charakteristiky dětí a jejich rodičů v ústavní výchově dle Janský (2004):

- velký podíl dětí z rozvrácených rodin,
- vykazují nižší školní znalosti a snižující se zájem o vzdělání,
- nižší zájem o volnočasové aktivity,
- příklon k závadovým partám,
- závislostní chování (alkohol, drogy, automaty...),
- větší tendence k agresivnímu jednání a delikventním aktivitám,
- nižší odpovědnost a ovladatelnost,
- u významného počtu dětí se vyskytuje sy. ADHD s převažující impulzivitou,
- rodiče dětí jsou svým vzděláním výrazně pod standardem populace,
- nižší sociokulturní a socioekonomický status rodičů včetně vyššího sklonu k psychickým poruchám,
- výchovná nedůslednost rodičů a omlouvání problémového chování dětí.

Matoušek (2003) definuje rodinu, ze které pochází budoucí adept na ÚV jako mnoho problémovou.

Je to rodina, která:

- nedokáže problémy sama řešit ani nedokáže využít sociálních služeb,
- do kontaktu s pomáhajícími organizacemi se dostává až v době krize, když krize pomine, rodina ztrácí zájem,
- při prvním odborném kontaktu se často objevuje více problémů, které spolu souvisí.

1.5 Vliv ústavní výchovy na delikvenci

Záměrem této subkapitoly je otevření tématu „možnosti vlivu ústavní výchovy na rozvoj kriminálního chování u dětí a adolescentů.“ Názory na tuto problematiku vychází z praxe a zkušeností autora RP stejně jako z odborné literatury.

„V České republice žije, podobně jako v jiných evropských zemích, 1 % dětí (kolem 20 000), které nemohou vyrůstat ve své vlastní rodině. Pouze 2 % z této skupiny jsou úplní sirotci, kdežto 98 % jich tedy svou vlastní rodinu má, ale ta se o ně z nejrůznějších důvodů nemůže, nechce nebo neumí starat“ (Bubleová, Kovařík in Matějček, 2000).

Pozn. autora RP – tento údaj není aktuální a čísla mají pouze ilustrační charakter. Přesto se uváděné počty významně v průběhu let nemění.

Zdravý rozvoj osobnosti člověka je závislý na souhře **vrozených dispozic a působení vnějšího prostředí**. Každý člověk je jiný, velmi pravděpodobně neexistují identické bytosti, každé dítě přijímá a reaguje na podmínky přicházející z vnějšího prostředí jinak. Jinak zpracovává informace, jinak je prožívá a zachází s nimi. Přesto lze tvrdit, že základním atributem zdravého vývoje člověka, harmonickým rozvojem jeho osobnosti, je uspokojení důležitých životních potřeb, které jsou společné všem lidem v jednotlivých vývojových fázích života (Langmeier et al., 2000). V naší společnosti se často objevují názory, které smysl ústavní výchovy zpochybňují. Setkáváme se s tvrzením, že pobyt ve výchovném zařízení působí na děti negativně ve smyslu převýchovy a pozdější **reintegraci** do společnosti. Mezi laickou veřejností je tak infiltrována představa chovance ústavu, který se při svém pobytu ve výchovném zařízení (především typu výchovného ústavu či dětského domova se školou) nenaučil ničemu jinému než závadovému nebo kriminálnímu chování. Takové názory jsou zcela odtrženy od reality anebo do značné míry zkreslené. Lze připustit, že určitá část dětí po propuštění z ÚV páchá trestnou činnost a v policejních záznamech či statistikách sociálních úřadů by se jistě dala vyhledat přesná čísla. V této chvíli však nejsou pro účel RP důležitá. Avšak tvrzení, že na vině je pobyt v zařízeních ústavní výchovy, objektivní není. Myslí se tím zřejmě tzv. „pastřáky“ – bývalé výchovné ústavy a dnešní dětské domovy se školou, kde jsou umístěvané děti s více či méně závažnými poruchami chování.

Je důležité si uvědomit, že tyto děti v mnoha případech páchaly nějakou trestnou činnost ještě před nařízením ústavní výchovy (tzn., že vlivem působení

prostředí, ve kterém žily a dalších jiných zatěžujících faktorů) a právě na základě toho jim byla **ústavní výchova** nařízena a v horších případech uložena i **výchova ochranná**. Nebudeme zde rozlišovat, zdali dítě páchalo drobnou trestnou činností, protože mělo hlad – kradlo jídlo, byla mu zima – kradlo oblečení atd., nebo zda se dopouštělo závažnější trestné antisociální činnosti ohrožující společnost v mnohem větší míře, např. násilné trestné činy, loupeže, distribuce drog atd. Je potřeba určitého zobecnění, přestože ne každé dítě, které je umístěno v náhradní ústavní péči, se trestné činnosti dopouštělo. To že se někdo chová abnormálně, protispolečensky, nebo páchá nějakou trestnou činností, může být způsobeno **mnoha faktory**. Odkazujeme na výše v textu uvedenou etiologii poruchového chování. Především je nutno zdůraznit **genetickou zakotvenost lidského chování**, a to i proto, že je tento aspekt současnými humanistickými vědami stále nedocenený.

„Prakticky všechny osobnostní vlastnosti i většina lidských postojů, a dokonce i zájmů je dle teorie genetického přenosu dědičná“ (Matoušek, Kroftová, 2011, s. 21). Hamer s Copelandem (2003) uvádějí, že poslední poznatky genetiky, molekulární biologie a neurověd dokazují, že s velkou částí základních charakteristik osobnosti se člověk už rodí a že mnoho odlišností v osobnosti jedinců je dáno právě odlišností genů, které jsme zdělili po rodičích. Jsme výsledkem evoluce trvajícím mnoho generací, která po miliony let sbírala nespočetně bitů informací, soustřeďovala je, třídila a vylepšovala až do té doby, než se narodíme a jsme vrženi do světa. Naproti tomu **sociální prostředí**, které člověka utváří od jeho příchodu na svět, může toto bazální nastavení výrazně ovlivnit, ať již pozitivně či negativně. Výraznou měrou se na projevech a chování člověka ve společnosti podepisuje jeho **temperamentové** nastavení, které je vrozené a v průběhu života prakticky neměnné. Stejně tak na člověka a jeho chování působí aktuální příznivá či nepříznivá životní situace, kulturní a etnická determinace a normy, které jsou pro jednotlivé etnické, kulturní, náboženské a jiné skupiny specifické.

Pokud objektivně posoudíme všechny výše uvedené možné příčiny problémového chování člověka, pochopíme, že pobyt dítěte v zařízeních ústavní výchovy není **jedinou příčinou** negativního chování není možné tak jednoznačně tvrdit, že dítě bude mít po ukončení ústavní výchovy sklony ke kriminálnímu chování - pokud se ho v takovém zařízení nenaučí, což je za normálních okolností prakticky vyloučené. Systém péče v těchto zařízeních je nastaven tak, aby v průběhu pobytu docházelo k všestrannému **pozitivnímu rozvoji** osobnosti dětí. Páchá-li dítě trestnou

činnost, je to ve většině případů na útěku z výchovného zařízení, kdy se často chová stejně jako v době před umístěním do ústavu. Diskutabilní je saturace citových potřeb dítěte, které se mu nemusí v dostatečné míře v zařízeních ústavní péče dostávat. Toto je jeden z rozumných, ale i značně zneužitelných argumentů, který často kritici ústavní péče uvádějí. Otázkou je, zdali se dostatečného citového naplnění dostávalo dítěti v rodině, která v mnoha případech spadá do sociokulturního dna společnosti. Poukazovat na to, že pouze v zařízeních ústavní péče dochází u dětí k citové nenasycenosti a následné emoční deprivaci, je obecně vůči jakékoli institucionální péči nespravedlivé. V naší praxi vidíme velké množství případů, kdy k emočnímu nasycení došlo, až když se dítě dostalo do dětského domova, v horším případě i do výchovného ústavu. Paradoxně tak dochází k emočnímu naplnění dítěte až v péči pracovníků výchovného zařízení.

2. Praktická část

Na základě předchozí teoretické rešerše jsme stanovili základní výzkumný problém, z něhož vyplývají dva cíle, které popisujeme v následující kapitole.

2.1 Cíl praktické části a účel výzkumu

V praktické části této RP jsme si vytýčili dvacíle. Prvním z cílů, který je rozdělen na více částí, bylo zjistit pomocí rozhovorů s učiteli, jak oni chápou, vnímají či rozlišují z hlediska své profese jednotlivé PCH, jejich symptomy, vliv na školní výkon a přesah do sociální a společenské oblasti. Následně pak zjišťujeme četnost výskytu jednotlivých symptomů hyperkinetické poruchy (ADD/ADHD) a „běžné“ poruchy chování, kterou v textu popisujeme jako výchovně (sociálně) podmíněnou, z pohledu učitelů. V třetí a poslední části ověřujeme, jaké projevy resp. symptomy jsou pro učitele nejvíce zátěžové z hlediska výuky a následně také vnímání žáka a případné vytvoření averzivního přístupu vůči němu, což se může negativně projevit na vzájemné interakci žák – učitel a na následné kvalitě vzdělávacího procesu. Druhým cílem bylo zjistit rozdíly u zkoumaného vzorku dětí sADD/ADHD v kombinaci s poruchami chování (hyperkinetický syndrom) umístěných v ústavní péči oproti dětem s ADD/ADHD v základní škole, a to v míře nevšímavosti a zanedbávání ze strany rodičů. Naší snahou bylo v části výzkumu, kterou označujeme jako „**B**“, poukázat na to, že porucha chování obecně a zanedbání jejího vývoje má v životě jedince zásadní vliv na to, jak se bude v dětství a v pozdější dospělosti jedinec projevovat.

V předkládané práci jsme se snažili o parciální pohled na uvedenou problematiku a to i v souvislostech s tím, jak se na prohloubení potíží u zkoumaných dětí podílí i zanedbávání a nevšímavost ze strany rodičů. V našem případě považujeme za nevšímavost ze strany rodičů absenci vřelých citů, lásky v dostatečné míře, intenzitě a trvání v čase, neschopnost poskytnout dítěti možnost saturace základních životních potřeb, a to včetně pozitivního hodnocení a chvály od rodičů. Důsledky psychické deprivace po neuspokojení v oblasti citové a kognitivní jsou pak děti s hyperkinetickými poruchami ohroženy v mnohem větší míře a riziko vzniku sekundárních projevů se tím násobí.

Jsme si vědomi, že v rámci symptomatických východisek diagnóz PCH, ADD/ADHD a hyperkinetický syndrom ve výzkumné části „**A**“ může docházet k jejich

překrývání v rámci výzkumného vzorku dětí. Některé symptomy se totiž objevují u všech třech typů PCH. Např. **drzost**, kterou může učitel spojovat i s vykřikováním, vydáváním zvuků či **lhaní**, za jehož projev může učitel považovat popírání svých chyb, za vše můžou ostatní... Vzhledem k tomu, že se tak děje i v diagnostické praxi klinické a školní psychologie, ale i psychiatrie, tedy ani my se nevyhneme určitému subjektivnímu zabarvení v rámci chápání jednotlivých symptomů. Je nutno dodat, že jakmile symptomy chápeme izolovaně a nevnímáme přesah situační, sociální, tzn., kdy, v jakých situacích a za jakých okolností se dítě chová tak či onak, nevyhneme se určitému zobecňování.

Podobně limitně vnímáme v našem výzkumném vzorku i děti z části průzkumu „B“ umístěné v DDŠ a VÚ, kdy mohla být již jejich úroveň socializační odchylky typu PCH zahlazena, a tím tento možný stav mohl pravděpodobně ovlivnit jejich postavení ve výzkumu.

U respondentů z řad učitelů bylo riziko toho, že bude docházet k subjektivní záměně jednotlivých symptomů z důvodu neinformovanosti o jednotlivých diagnózách (PCH – sociálně podmíněná, ADD/ADHD, hyperkinetický syndrom), na které poukazovala první část výzkumu „A“. Ta byla zaměřená na schopnost učitelů rozlišit v hrubých obrysech tyto tři typy diagnóz, které jsou popsány v americké národní klasifikaci mentálních poruch DSM – 4, resp. 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a mezinárodní klasifikaci nemocí MKN – 10, resp. ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems).

Přestože jsme si vědomi určitých limitů z hlediska sofistikovanosti vymezení zvolených kategorií PCH, ale i pravděpodobnosti metodologické nepřesnosti, věříme, že naše snaha popsat problematiku z praktického pohledu tím nebude významně narušena. Nakonec si tato RP neklade za cíl žádné empirické novum, ale snaží se spíše zobrazit skutečný pohled z pedagogického terénu, který základní škola nepochybně představuje a stejně tak může nabídnout zajímavá témata k zamyšlení a dalšímu empirickému zkoumání dětí s PCH v zákulisí rodinné vs institucionální výchovy. Výše popsaný kontext tak naznačuje specifika výzkumu zaměřeného na PCH, kriticky hodnotí získané informace, zároveň však připouští jakousi praktickou hodnotu, kterou tato RP vkládá do problematiky PCH.

2.2 Stanovení předpokladů a výzkumných otázek

Pro praktickou část této RP jsme stanovili tři výzkumné otázky, které mají oporu v teoretických konceptech, a dále pak tři předpoklady. Ověřování probíhalo pomocí rozhovoru, dotazníku, analýzy spisové dokumentace a diagnostiky. Spisy klientů obsahovaly lékařské zprávy od odborných i praktických lékařů, psychologická vyšetření, posudky z předchozích ústavů, škol, soudní rozhodnutí a další spisovou dokumentaci.

Scénář ke kvalitativnímu polostrukturovanému rozhovoru s učiteli z kterého byly tvořeny tři základní výzkumné otázky jako jedna z metod této RP.

Je zaměřen na vnímání pojmů ADD/ADHD, porucha chování výchovně – sociálně podmíněná a hyperkinetický syndrom. Znalost či neznalost těchto pojmů pak byla základním východiskem pro další část výzkumu.

Rozhovory s respondenty se ve většině případů vešly do časového limitu 30 min. a pro setkání s nimi autor práce zvolil vždy prostředí jejich školy, kde s jednotlivými učiteli podle předem stanoveného scénáře rozhovory vedl a nahrával na záznamník. Rozhovory byly nahrávány se souhlasem respondentů.

- 1) Jak vnímáte pojem ADHD/ADD, jaké má projevy/symptomy/, možné příčiny, vliv na školní výkon a sociální důsledky? Co je pro vás výchozím či nejnápadnějším symptomem této diagnózy?
- 2) Jak vnímáte pojem PCH – výchovně, sociálně podmíněná, jaké má projevy/symptomy/, možné příčiny, vliv na školní výkon a sociální důsledky?
- 3) Setkali jste se ve své praxi s pojmem „hyperkinetický syndrom“?, jak vnímáte, či v čem spatřujete rozdíl mezi pojmy ADHD/ADD a hyperkinetický syndrom?
- 4) Jaké opatření je dle vás možné učinit z pohledu školy, aby děti s uvedenými obtížemi v chování byly v procesu základního vzdělávání úspěšné, resp. aby jak tyto děti, tak i škola dokázaly překonat bariéru k vzájemnému pochopení a respektu?
- 5) Myslíte si, že děti s uvedenými diagnózami mají nějaké znevýhodnění pro vzdělávání a následní pro další uplatnění v životě?

Výzkumné otázky

č. 1 - Jak učitelé rozumí pojmům dg. ADD/ADHD, PCH – výchovně, sociálně podmíněná a hyperkinetický sy., resp. vnímají rozdíly mezi uvedenými diagnózami?

č. 2 – Myslí si učitelé, že tyto děti jsou ve školním vzdělávání znevýhodněné a méně úspěšné?

č. 3 – Zastávají učitelé názor, že škola nemá možnosti a prostředky, jak poruchy chování u žáků s PCH ovlivnit či zmírnit?

Předpoklady

č. 1- Lze předpokládat, že jednotlivé symptomy poruchového chování se vyskytují alespoň u 20 % dětí ze zkoumaného vzorku.

Vysvětlení předpokladu: Sekundární projevy mohou vzniknout při nevhodném výchovném působení a navazují na primární příznaky hyperkinetického syndromu. Mezi sekundární příznaky patří výchovně či sociálně podmíněné poruchy chování, poruchy osobnosti a neurotizace. Důsledkem toho bývá i snazší vznik delikvence. Bližší pojednání problematiky se nachází v teoretické části RP - kapitola 1.3. V průzkumu jsme nezjišťovali, jaké konkrétní sekundární projevy se u těchto dětí vyskytují, ale pouze u kolika dětí jsou tyto přítomny. Proto je v dotazníku uveden výčet symptomů poruch chování pro snazší orientaci a přehled.

č. 2 - Lze předpokládat, že projevy hyperkinetické poruchy - ADD/ADHD jsou pro učitele více zátěžové než projevy výchovně či sociálně podmíněné.

Vysvětlení předpokladu: O hyperkinetické poruše v tomto případě uvažujeme také jako o poruše pozornosti (ADD) a poruše pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Na podrobnější vysvětlení odkazujeme na teoretickou část RP v kapitole 1. 3.

Výzkumné otázky a první dva předpoklady jsou ověřovány v části výzkumu označené jako „A“.

č. 3 - Lze předpokládat, že v míře nevšimavosti a zanedbávání ze strany rodičů budou statisticky významné rozdíly u dětí s ADD/ADHD v kombinaci s poruchami chování v ústavní péči ve srovnání s dětmi s ADD/ADHD v základní škole.

Vysvětlení předpokladu: Vycházíme ze skutečnosti, že důležitým aspektem v psychickém vývoji dítěte je to, jak dítě vnímá rodičovskou péči, která je důležitou determinantou dalšího vývoje prožívání a chování dítěte. V našem případě jde o tvrzení, že dítě s hyperkinetickou poruchou, kde rodiče mají zanedbávající až

hostilní výchovu, je v mnohem větší míře ohroženo sekundárními projevy poruch chování než dítě se stejnými obtížemi, které ale vyrůstá v rodině, kde rodiče dítě v plné míře emocionálně, sociálně i materiálně sytí.

Třetí předpoklad je ověřován v části výzkumu označené jako „B“.

Jsme si zároveň vědomi, že v průzkumné části, kterou značíme jako **(A)**, se získaná data nedají dále dle potřeby zobecnit, jelikož zkoumaný vzorek tvořily pouze děti z výchovných zařízení a nebyly porovnávány k celé populační věkové skupině. V našem průzkumu však šlo pouze o to, abychom prokázali, zda poruchy chování či případně poruchy spektra ADD/ADHD a navazující sekundární projevy jsou dominantní poruchou u zvoleného výzkumného vzorku dětí.

2.3 Použité metody

Hlavními metodami výzkumu byl dotazník a rozhovor. Dotazníky byly doplněny ve většině případů o studium dokumentace.

Metodou k ověření výzkumných otázek, byl kvalitativní polostrukturovaný rozhovor. Otázky byly formulovány tak, aby výpovědi učitelů poskytly požadované informace a vypovídaly o tom, jaký postoj k uvedené problematice učitelé mají. Nevýhodou této metody autor RP spatřuje v tom, že je nutné vyvážit volné vyprávění učitelů s konkrétním strukturovaným dotazováním, aby bylo možné přinést odpovědi na výzkumné otázky. Proto je ve scénáři, ze kterého vychází tři výzkumné otázky o dvě položky více, než je počet výzkumných otázek, aby bylo možné lépe konkretizovat a zachytit názor učitelů.

Metodou k ověřování předpokladů byl vytvořený dotazník, který vychází ze standardizovaného dotazníku pro učitele – „**Connors dotazník**“. Pro účely tohoto průzkumu jsme po konzultaci s odborníkem na tuto metodu využili některé položky z uvedeného dotazníku, které postihují nejlépe jednotlivé symptomy obou typů poruch. Tento typ dotazníku spadá do tzv. **Ratingové škály**. Cílem ratingových škál je, aby rodiče nebo učitelé zhodnotili na hodnotící škále stupeň jistých projevů chování žáka nebo jiných aspektů v různých situacích. Toto hodnocení je pro školního psychologa nebo speciálního pedagoga užitečným nástrojem psychologického vyšetření zejména tehdy, pokud se používá spolu s jinými psychologickými metodami. Nedoporučuje se používat samostatně jako jednu jedinou metodu. Při hodnocení výsledků ratingových škál je třeba brát v úvahu i to,

kdo byl posuzovatelem, do jaké míry mohl subjektivně ovlivnit výsledky hodnocení. To může být jeho omezením, či nedostatkem. E. Gajdošová (1998) uvádí, že známé a velmi často v zahraničí používané Ratingové škály vypracovala C. K. Connersová (1985). Tyto škály pomáhají identifikovat problémy žáků v chování. Rodiče, učitelé a výchovní poradci posuzují osobnostní vlastnosti a projevy chování, hyperaktivitu, emocionální problémy, úzkost, problémy v učení, a na základě toho potom školní psycholog nebo speciální pedagog identifikuje problémy žáků v učení a chování.

Conners škála zjišťuje problémy dětí od 4 do 12 i více roků, obsahuje 39 ukazatelů, tedy projevů chování, které se třídí do 6 faktorů:

- hyperaktivita,
- problémy v seberegulaci,
- zvýšená emocionalita,
- strach a úzkost,
- asociální problémy,
- problémy s docházkou do školy.

Učitelé posuzují stupeň výskytu jednotlivých projevů chování žáka na 4 stupňové škále, tedy 0 – vůbec ne, 1 – někdy, 2 – často, 3 – velmi často. Hrubé skóre, které se získá, se podle tabulky převede na vážené skóre, tzv. T – skóre. Jestli je vážené skóre dvě a víc standardních odchylek ($SD = 10$) nad průměrem, ($AM = 50$), tj. $T = 70$, signalizuje to problémovou oblast - problém. Connersova škála je podle uvedené autorky velmi rozšířená, pracují s ní školní psychologové a speciální pedagogové v celé západní Evropě a v USA už takřka 20 roků. Metoda nebyla standardizována na českou populaci. Některé položky dotazníku jsou však běžně používané v rámci diagnostiky poruch chování. Jak jsme uvedli, z tohoto dotazníku jsme použili pouze některé položky, které se vztahují k hyperaktivitě a k některým projevům běžné poruchy chování. Dotazník je sice limitován pro děti do 12 let, ale po konzultaci s odborníky na diagnostiku lze základní projevující se příznaky zachytit i u starších dětí. Pro následné potvrzení či nepotvrzení předpokladu **č. 1** jsme tedy vycházeli z výsledku, resp. součtu kladných odpovědí. Respondenty tohoto dotazníku jsou učitelé, případně výchovní poradci ve vybraných školách, s nimiž jsme vyplnění dotazníku předem konzultovali a ti pak data do dotazníku doplnili.

Pro ověření předpokladu **č. 2** jsme vycházeli z nestandardizovaného dotazníku s otevřenými položkami, které měly prokázat, zda pro prostředí školní třídy a pro akceptaci žáka učitelem jsou přijatelnější projevy, které spíše řadíme do běžných poruch chování v důsledku výchovné /sociální/ zanedbanosti, nebo naopak učitel spíše akceptuje projevy žáka, které jsou již považovány za specifické, a řadíme je do kategorie hyperkinetických poruch. Respondenty tohoto dotazníku jsou učitelé, kteří v jednotlivých vybraných třídách učí více než 4 hodin týdně. To z důvodu co nejvíce objektivního vyjádření se k jednotlivým dětem.

V rámci diskuze pak zmiňujeme bipolaritu, tj. **přijetí – odmítání** a negativní očekávání od takového žáka ze strany rodičů, učitelů a další možný rozvoj v oblasti sociální a společenské.

Pro ověření předpokladu **č. 3**, tedy druhé části průzkumu (**B**), jsme vycházeli z Rohnerovy diagnostiky rodinných vztahů, která je zaměřena na bipolaritu, tj. **přijetí – odmítání** (akceptace – rejekce) ve vzájemných vztazích rodičů a dětí. Tato metoda je založena na tom, že děti vypovídají o tom, jak se k nim rodiče chovají a rodiče vypovídají o svých postojích a způsobech chování k dětem a navíc vypovídají rodiče ještě o tom, jak se k nim chovali jejich rodiče. Rohnerova diagnostika vychází z předpokladu, že lidé, kteří nebyli v dětství dostatečně milováni, mají nízké sebevědomí, neumějí ovládat svou agresivitu apod.

Pro realizaci a vyhodnocení průzkumu byly použity:

1) Metoda matematicko – statistická: - statistické výpočty byly provedeny neparametrickým testem – Mann Whitneyův U test. Používá se pro hodnocení nepárových pokusů, kdy porovnáváme 2 různé výběrové soubory.

2) Standardizovaný dotazník – Rohnerova metoda: tento dotazník byl hlavní metodou při ověřování předpokladu č. 3. Tento standardizovaný dotazník je určen především k rodinné diagnostice. Vznikl na základě teorie, odvozené z výsledků kulturně antropologických výzkumů, prováděných ve 101 zemích světa (Matějček, 1992). Podkladem vzniku teorie R. Rohnera je pojetí rodiny jako základního faktoru psychického vývoje dítěte a také vliv jednotlivých výchovných praktik na dítě a jeho chování, včetně postojů rodičů vůči jejich dětem. Autory české verze Rohnerovy metody jsou Vágnerová a Matějček. Součástí této metody je několik dotazníků v několika variantách, např. PAQ – dotazník sebehodnocení dítěte, nejvíce využívaný je **dotazník určený k hodnocení rodičovského chování (PARQ)**. PARQ

má více variant. Jedna z nich je určena rodičům dítěte, kdy rodič sebehodnotí své rodičovské chování. **V našem případě bylo využito pouze varianty dotazníků určených dětem.** Pomocí nich hodnotí dítě své vlastní a individuální pocity, názory a vnímání své matky a svého otce. Dotazník tak hodnotí, jak samotné dítě vnímá chování svých rodičů a jejich přístup k němu.

Dotazník byl R. Rohnerem vytvořen v roce 1975 a je sestaven z 60 položek rozdělených do 4 subškál, kterými jsou:

1. Citová vřelost a láska k dítěti,
2. Hostilita a agresivita,
3. Nevšímavost a zanedbávání dítěte,
4. Odmítání dítěte.

Obecně můžeme rodičovské postoje rozdělit na pozitivní a negativní.

Samotné názvy jednotlivých subškál napovídají, co tyto škály hodnotí a na co jsou zaměřeny.

- Pozitivní vztah k dítěti zastupuje první subškála. Naopak negativní vztahy všechny zbývající subškály.
- Vysoký skór v 1. subškále může značit výraznou fixaci na dítě a náklonnost. Pokud je skór v této subškále vysoký a v ostatních subškálách je střední až nízký, pak to většinou charakterizuje rodiče příliš liberálního, poskytujícího dítěti dobré citové zázemí, ale zároveň po něm nevyžaduje plnění povinností a požadavků.
- Výskyt vysokého skóru v 1. subškále a zároveň vysoký skór v subškále druhé, charakterizuje rodiče příliš dominantního a autoritativního se snahou manipulovat veškeré projevy dítěte.
- Zvýšený skór ve 3. a 4. subškále poukazuje na rodiče bez zájmu o dítě, který tráví s dítětem minimální čas a věnuje mu jen nezbytnou péči. U takovýchto rodičů je skór 1. subškály velmi nízký, přičemž skór 3. subškály nemusí být vždy vysoký.
- Zvýšený skór ve všech třech subškálách charakterizujících negativní vztahy k dítěti a současně nízký skór v 1. subškále charakterizuje rodiče s negativním vztahem k dítěti a jež jsou neschopni navázat a následovně udržet jakýkoliv

trvalejší vztah. Tito rodiče často žijí v dysfunkčním manželství a s adaptačními problémy.

Dotazníky se skládají z úvodní strany, na které jsou popsány základní instrukce k vyplnění dotazníků a záhlaví k vyplnění iniciál respondentů. Jelikož se v našem případě jednalo o anonymní administraci, v záhlaví respondenti zaznamenali pouze věk a pohlaví. Samotné položky dotazníku se skládají z vět – tvrzení popisující jistou vlastnost, chování nebo situaci. Respondent po přečtení jednotlivých vět volí ze čtyř stupňové škály (téměř vždy, někdy, málokdy, téměř nikdy) jednu odpověď, která nejvíce vystihuje dané tvrzení. Dotazníky k hodnocení chování matky a chování otce mají shodně 60 položek.

Hodnocení dotazníků - k jednoduchému skórování jednotlivých dotazníků jsou určeny hodnotící archy, kde jsou vyznačeny položky, které jsou hodnoceny opačným způsobem, tj. opačným počtem bodů. Po sečtení položek v jednotlivých subškálách získáme hrubý skór. Následně se v tabulkách vyhledá příslušná hodnota stenu pro daný věk respondenta.

2.4 Popis výzkumného vzorku

Vzhledem ke třem předpokladům, které ověřujeme, jsme zvolili za objekt zkoumání konzistentní skupiny dětí, resp. žáků pražských základních škol, kteří tvoří celkem 5 tříd v průměru po 23 žácích a celkem tedy zkoumaný vzorek činí 115 žáků středního a staršího školního věku tj. 11 – 15let. Všechny skupiny pocházejí z nenáhodného výběru, proto nepokládáme za účelné získané výsledky generalizovat na celou populaci. Vzorek respondentů pro ověření předpokladů a získání odpovědí na výzkumné otázky byl tvořen učiteli ZŠ, které nám umožnili průzkum uskutečnit. Předmětem naší interpretace pak byla data vypovídající o cílové předmětné skupině, kterou jsou děti základních škol ohrožené počínající problematikou poruchového chování. Jednou ze škol, která na našem výzkumu spolupracovala, byla ZŠ a SPC pro děti se SPCH v Praze. Celkový součet výsledných dat pak může být složením těchto žáků ovlivněn ve smyslu nárůstu počtu dětí s problematickým chováním. Nicméně pro výsledek to v konečném hodnocení není rozhodující. Statistika dětí s poruchami chování je sice mírně procentuálně variující, ale základní počet se tím výrazně matematicky nemění.

Dotazník k ověření předpokladů učitelům. Počet dotazovaných byl u dotazníku

č. 1 min. 5, ovšem předpokládáme, že se na vyplnění dotazníku podílelo pracovníků více, především pak z řad výchovných poradců. Na ZŠ a SPC pro děti se SPCH byl sběr dat nejsnazší, jelikož se jedná o kmenové pracoviště autora této RP. Sběru dat výrazně pomohla školní psychologka, která svou pomoc se zpracováním dotazníku nabídla. Výběr respondentů nebyl náhodný a byl určen hlavně cílem této RP.

Základní výzkumný soubor, z něhož byl vybrán výzkumný vzorek pro část průzkumu, kterou jsme označili jako **(A)**, byly děti 6. – 9. tříd pěti pražských základních škol. Jedna z těchto škol je částečně orientována na žáky s poruchovým chováním, přičemž má ale zřízenou jen třídu pro tyto žáky. Již zmíněná ZŠ a SPC se dlouhodobě zabývá vzděláváním žáků se SPCH. Ne u všech žáků byla porucha chování zjevná, ale ve větší části vykazovali žáci problematické chování. Velikost daného souboru není příliš velká, neboť jsme pro výzkum limitovali věkovou hranici na 11 – 15 let, tzn. druhý stupeň základní školy. Žáky a klienty ZŠ a SPC pro děti se SPCH se stávají děti, které vykazují podobnou symptomatologii jako děti s nařízenou ústavní výchovou, ale jejich projevy jsou stále ještě hodnoceny jako méně rušivé, závadové či společensky ohrožující. Převážná část primárně vykazuje diagnostickou škálu poruchy ADD/ADHD. Pokud je tato porucha spojená s projevy sekundárními, mluvíme o dítěti s poruchou chování a řadíme ho do kategorie hyperkinetické poruchy.

Základní výzkumný soubor, z něhož byl vybrán výzkumný vzorek pro část průzkumu, který jsme označili jako **(B)**, je 40 dětí ve věku 11-15 let s nařízenou ústavní výchovou. U všech bylo zjevné poruchové chování nebo explicitně porucha chování diagnostikována. Velikost daného souboru je omezená, neboť jsme v této části výzkumu taktéž limitovali věkovou hranici na 11 – 15 let a do výzkumu jsme se snažili zařadit pouze děti se socializovanou poruchou chování, viz teoretický výklad kap. 1.2.1. Do výchovných zařízení typu dětského domova se školou, či výchovného ústavu jsou děti umisťované na základě soudního předběžného opatření, nařízené ústavní a výjimečně i uložené ochranné výchovy. V drtivé většině případů se jedná o děti, které pochází ze sociálně slabých a problémových rodin převážně s nízkým socioekonomickým statutem. Mnohé z těchto dětí se dopouštějí méně či více závažné delikventní činnosti. Dále jsou zde děti, které mají opakovanou zkušenost s návykovými látkami, záškoláctvím a jinými sociálně patologickými jevy.

Kontrolní skupina byla tvořena 40 dětmi, které nejsou v ústavní péči, žijí se svými rodiči a jsou žáky několika základních škol v Praze a okolí a zároveň jsou

ambulantními klienty Speciálně pedagogického centra při Základní škole pro děti se specifickými poruchami chování v Praze. Věkové složení je stejné jako ve vzorku výzkumném. Základním kritériem výběru tohoto vzorku dětí byla tedy stejná věková kategorie jako u výzkumného vzorku a nepřítomnost jakéhokoliv projevu poruchového chování nespecifického charakteru, tedy chování, které v této RP označujeme jako výchovně či sociálně podmíněné. Z kontrolní skupiny byly eliminovány děti s jakýmkoliv typem antisociálního chování, či jinými poruchami, které by mohly výzkum narušit, přítomna byla pouze hyperkinetická porucha, resp. ADD/ADHD.

U všech tří ověřovaných předpokladů jsme pracovali celkovým počtem 195 dětí, z toho 40 dětí s nařízenou ústavní výchovou. Věková hranice byla pro celý průzkum limitována na střední a starší školní věk, tj. od 11 – 15 let. Charakteristickým znakem obou zkoumaných skupin dětí jsou jednak „běžné“ poruchy chování či hyperkinetická porucha, resp. ADD/ADHD nebo kombinace těchto poruch. Dále také skupinu dětí s ústavní výchovou charakterizuje to, že pochází z převážné většiny ze slabšího sociálního prostředí či přímo z dysfunkčních rodin, kde rodiče výchovu svých dětí významným způsobem zanedbávají a v důsledku toho jsou jim na základě soudního rozhodnutí odebrány.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkum v prostředí školy je vždy poměrně složitou akcí a má svá specifika, která mohou výzkum úspěšně dovést do konce, nebo ho také úplně zmařit. Od roku 1989 docházelo v českém školství k postupné transformaci, která plně odráží celospolečenský vývoj. Ve školství stále působí lidé, kteří zažili tzv. uniformní vzdělávací systém minulého režimu, ve kterém ale byly zachovány některé elementární morální hodnoty.

Pro úspěch tohoto výzkumu bylo důležité získat pro spolupráci takové školy, kde by se chtěli učitelé tomuto tématu věnovat a podstoupit i riziko toho, že v případě kladení výzkumných otázek se mohou dostat do situace, kdy budou nuceni přiznat, že neví, neznají odpověď, neumí rozlišit jednotlivé diagnózy. Zcela jistě není taková situace pro nikoho příjemná. Proto byla anonymita jeden z hlavních příslibů respondentům. Stejně tak názvy škol až na jednu výjimku /pracoviště autora RP/ nejsou uvedeny.

Rozhovor s učiteli vychází z předem připraveného scénáře, z něhož byly

vytvořeny tři výzkumné otázky a je zaměřen na vnímání pojmů „ADD/ADHD, porucha chování výchovně – sociálně podmíněná a hyperkinetický syndrom.“ Znalost či neznalost těchto pojmů pak do jisté míry korespondovala s další částí výzkumu. Rozhovory s respondenty se ve většině případů vešly do časového limitu 30 min. a pro setkání s nimi autor práce zvolil vždy prostředí jejich školy, kde s jednotlivými učiteli podle předem stanoveného scénáře rozhovory vedl. Respondenti souhlasili také s tím, že uvedou svůj věk a délku praxe, i když to pro samotný výzkum nemělo relevantní význam. Autor RP s tím pouze zacházel ve své úvaze nad tím, zda je rozdíl v posuzování PCH u mladších a starších respondentů.

U předpokladu č. 1 a 2 bylo kritériem pro výběr ZŠ, ve kterých byl realizován výzkum, především to, že autor této RP se v prostředí pohybuje a dalo se předpokládat, že bude mít přístup k získání potřebných dat, tzn. ke spisové dokumentaci a zároveň využije znalosti a kontaktů na jiná zařízení školského typu. Autor RP po konzultaci s kolegy a odborníky ze SPC při ZŠ usoudil, že data, která by potřeboval k ověření předpokladů, jsou dostupná. Stejně tak ověřování předpokladu č. 3 vyžadovalo znalost prostředí ústavní péče, kde autor RP rovněž řadu let pracoval na pozici vychovatele u dětí se závažnými PCH. Další zjištění a ověření dostupnosti dat, počtu dětí a ochoty ke spolupráci kompetentních pracovníků autor RP uskutečnil osobně.

Vzorek respondentů, jak již bylo uvedeno výše, tvořili učitelé a případně etoped či výchovný poradce daného školského zařízení. Předmětem naší interpretace pak byla data vypovídající o cílové předmětné skupině, kterou je skupina žáků druhého stupně ZŠ.

Údaje k výzkumnému souboru autor RP zjišťoval formou standardizovaného i nestandardizovaného dotazníku. Oba byly vytvořeny tak, aby mohly být vyplněny učiteli či jinými kompetentními pracovníky vybraných škol. Zaměřením otázek bylo směřováno k ověření jednotlivých dílčích předpokladů. Celkem dotazník č. 1 obsahuje 17 základních položek. Dotazník č. 2 obsahuje 2 položky. Dotazníky byly po předchozí domluvě předány do jednotlivých ZŠ a pro případné dotazy i odkaz a kontakt na autora RP. Všichni respondenti projevili nečekanou ochotu a vůli s výzkumem pomoci. Na všech školách autor RP stanovil kritéria, která byla třeba dodržet k tomu, aby byl průzkum co nejpřesnější. Děti vhodné pro průzkum byly vybrány podle věku, tzn., aby to byli žáci 2. st. ZŠ. Z části to byly děti, které již mají

nějaké problémy s chováním. To je případ ZŠ a SPC pro děti se SPCH v Praze, kde se přímo vzdělávají děti s těmito obtížemi. V jedné škole pak mají třídu, kde je část dětí s problematickými projevy. Podařilo se tak výzkumný vzorek pro větší objektivitu částečně vyvážit. Na vyplnění dotazníků měli respondenti libovolný čas, výsledky tak nebyly zkresleny obavami z časové tísně. Vyplnění dotazníku č. 1 i 2 trvalo respondentovi průměrně 15 - 20 min. Návratnost všech dotazníků byla 100%. Administrace a hodnocení dotazníků bylo supervidováno PhDr. Hainovou, ředitelkou ZŠ a SPC pro děti se SPCH.

Pro ověření předpokladu č. 3 byl výzkum realizován v zařízeních, kde byla předpokládaná dostupnost výběrového vzorku jak s ADD/ADHD v kombinaci s poruchou chování, tak i pouze s ADD/ADHD, tzn. bez poruch nespecifického charakteru. Sběr dat tedy probíhal v zařízeních, kde jsou děti s hyperkinetickou poruchou ADD/ADHD umístěné, tj. dětské domovy se školou a dále pak v základních školách, kde jsou děti s ADD/ADHD ambulantními klienty Speciálně pedagogického centra při Základní škole pro děti se SPCH. Samotnému sběru dat předcházela s některými řediteli osobní schůzka, při níž jsme se seznámili se svými požadavky a tématem naší práce včetně účelu administrace dotazníků. Ostatní ředitele jsme kontaktovali telefonicky a seznámili je s naším záměrem. Snad i z důvodu toho, že autor RP poskytuje poradenské služby těmto školám, byla značná vůle a ochota s výzkumem pomoci.

Na všech pracovištích jsme stanovili kritéria, která byla třeba dodržet k tomu, aby byl výzkum co nejpřesnější. Děti vhodné pro průzkum jsme vybírali podle diagnózy a věku. Výjimečně byly do výzkumu zařazeny děti, u nichž není a nebyla diagnostikována porucha chování, ale které mají izolované problémy v chování jako je záškoláctví, lhaní, menší krádeže, vzdorovitost a další disociální projevy. Při posuzování těchto projevů byl brán v úvahu vývojový stupeň dítěte, míra závažnosti projevů a trvalost tohoto chování.

Dotazníky byly administrovány jednotlivě nebo ve skupince maximálně tří dětí, a to v prostředí, které bylo dětem dobře známo, většinou v brzkých odpoledních hodinách a často v rámci předmětu „sociální dovednosti“. Děti byly informovány o tom, jak dotazník vyplnit a byly také ujištěny o anonymitě vyplňování dotazníků, což u nich snížilo zábrany psát pravdivé informace. V případě nejasností s některými položkami dotazníku se děti mohly zeptat.

Dotazníky byly také administrovány vždy ve stejném pořadí. Jako první byl

předložen dotazník určený k hodnocení chování matky, poté k hodnocení chování otce. Zdůrazněno bylo, že se nejedná o správné nebo špatné odpovědi, ale že záleží jen na jejich vlastním názoru a rozhodnutí pro zvolení jedné z odpovědí či tvrzení. Na vyplnění dotazníků měly děti libovolný čas, výsledky tak nebyly zkresleny obavami z časové tísně. Vyplnění jednoho dotazníku trvalo průměrně 15 minut. Po skončení bylo zkontrolováno, zda respondenti zodpověděli na všechny položky. V případě, že byla nějaká vynechána, byl respondent pobídnut, aby svou odpověď doplnil. Dotazník Rohnerovy diagnostiky byl součástí diagnostické práce s klienty a přikládáme ho jako přílohu. Návratnost všech dotazníků byla 100%. Administrace a hodnocení dotazníků Rohnerovy diagnostiky bylo supervidováno PhDr. Mgr. Zdeňkou Michalovou, Ph.D., vedoucí SPC pro děti se SPCH v Praze. Důležitým faktorem pro výzkum byla praktická zkušenost autora této RP ve dvou ze zmíněných zařízení, kde byl průzkum prováděn. Tím byla i zajištěna znalost prostředí, ve kterém se děti s poruchami chování vzdělávají či dochází k jejich převýchově. Ochota ke spolupráci ze strany pedagogických pracovníků, kteří část dotazníků dětem administrovali, jelikož zadání všech dotazníků na více místech bylo nad časové možnosti autora této RP, byla nadstandardní.

2.7 Získaná data a jejich interpretace

Výzkum A

Ověření výzkumných otázek

č. 1 - Jak učitelé rozumí pojmům dg. ADD/ADHD, PCH – výchovně, sociálně podmíněná a hyperkinetický sy., resp. jak vnímají rozdíly mezi uvedenými diagnózami?

č. 2 – Myslí si učitelé, že tyto děti jsou ve školním vzdělávání znevýhodněné a méně úspěšné?

č. 3 – Zastávají učitelé názor, že škola nemá možnosti a prostředky, jak poruchy chování u žáků s PCH ovlivnit či zmírnit?

Jak vyplynulo z výsledků této části výzkumu, jsou učitelé schopni celkem dobře rozlišit typické projevy ADD/ADHD od běžné, resp. výchovně či sociálně podmíněné PCH, ale již nemají znalost pojmu „hyperkinetická porucha“, který považují, do jisté míry správně, za ekvivalentní k výrazu ADD/ADHD. Řídí se však

spíše jakýmsi diagnostickým stereotypem, kde předpona „hyper“ evokuje představy dítěte pouze neúčelně pohybově aktivního. V prvním případě tedy učitelé dokázali pojmenovat a přiřadit typické symptomy ADD/ADHD (ti starší vycházeli ze své dosavadní praxe a ti služebně mladší měli malý teoretický základ ze studií a také již nějaké zkušenosti).

V průběhu rozhovoru s učiteli dále vyplynulo, že znalost ve školském systému tak zásadní problematiky, jako jsou PCH, které zasahují ve stále větší míře již primární vzdělávání, je spíše podprůměrná, tzn., že učitelé ji neumějí symptomaticky, etiologicky uchopit natolik, aby s tímto fenoménem, který v posledních 25 letech narostl do znepokojujícího rozměru, uměli účinně pedagogicky pracovat (otázkou zůstává, může-li to systém vůbec po nich chtít). Překvapivé bylo, kolik učitelů uvedlo že PCH jsou primárně produktem prostředí a teprve pak se na jejich rozvoji podílí osobnostní a jiné etiologické faktory. Faktem zůstává, že PCH jsou stále vnímány učiteli jako vývojová odchylka, která např. u žáků 2. st. ZŠ souvisí s nastupujícím či již probíhajícím obdobím pubescence a časem se nivelizuje. Na druhou stranu připouští, že symptomy PCH dnes již běžně pozorujeme i u dětí na 1. st. ZŠ, pouze v jiné intenzitě a pod vlivem jiných psychosociálních faktorů.

Je nutné objektivně zmínit to, že orientace v tak složité problematice, jakou je symptomatologie PCH, kdy terminologické vymezení mnohdy nemá pevné a jednotné zakotvení ani v jiných disciplínách (psychiatrie, psychologie, psychopatologie, etopedie), musí být pro běžného učitele velmi náročná. Vykazuje-li dítě příznaky nachlazení, střevních obtíží aj. běžných nemocí, většinou je učitel rozpozná a není tím nějak znepokojen, oznámí to rodičům a dále již neřeší. Avšak má-li se rozhodnout zda dítě „normálně“ zlobí či vykazuje již rozvíjející problematiku PCH a rozpoznat její závažnost, upozornit rodiče, či ještě zvládnout s pomocí běžných pedagogických metod, podléhá i zkušený učitel vlastní vnitřní nejistotě, předsudkům, rychlým soudům, labelingu, nebo příliš měkkým hodnocením s důrazem na pozitivně rozvíjející metody. Většina dotazovaných učitelů uvedla, že děti s jakýmkoliv typem PCH jsou ve školním prostředí z hlediska vzdělávání znevýhodněné a tím i méně úspěšné. Současně ale zmiňují obavy, že kvůli těmto dětem jsou naopak i znevýhodněny děti, které nevykazují poruchové chování. Většina respondentů tak zaujímala při rozhovorech k dětem s PCH ambivalentní postoj.

Převážná část učitelů ve shodě také uváděla, že dnes vzdělávají žáky ve stále

více hodnotově vyprázdněném prostředí, kde učitel ztratil již dávno svou pozici morální autority a je vystaven velkému tlaku rodičů, žáků i svého zaměstnavatele. Výsledkem pak byly odpovědi, které ve své podstatě vyjadřovaly jednu často citovanou společenskou tezi, a to tu, že dnešní žáci si přivlastnili jen svá práva, ale ne už povinnosti. Z toho plyne často jejich bezhraniční chování, které v dnešní terminologii nazýváme jako chování poruchové. Proto většina učitelů popisovala situaci ve školství jako bezvýhodnou, bez možnosti chování žáků výrazně změnit, ovlivnit nebo zmírnit. Výchovné prostředky a kompetence školy jsou dle většiny učitelů nedostatečné a prakticky se míjejí účinkem. Můžeme polemizovat o tom, do jaké míry lze toto tvrzení, především té starší generace učitelů, generalizovat. Přesto je to výpověď, která by měla mít minimálně signální význam, že ne vše, co přinesly celospolečenské změny českému školství od roku 1989, lze vnímat výhradně pozitivně a s nadšením. Z pozice starší generace učitelů je takový pohled naprosto legitimní a měl by být brán v úvahu.

V průběhu rozhovoru s respondenty se ukázala být pravdivou předchozí obava autora RP, že totiž učitelé budou své odpovědi tzv. větvit, promýšlet, precizovat a hlavně že bude docházet k emotivním vyjádřením, která vyplývají z určité frustrace, naštvanosti na situaci kolem chování dětí ve škole. Bylo tedy složitější z odpovědí učitelů v následném zpracování a vyhodnocení dostat to nejpodstatnější. Empirická hodnota této části výzkumu je tedy nakonec z pohledu autora RP nevýznamná a má spíše jakousi hodnotu prakticky informační. Z celé této výzkumné části autor RP získal poznatek, že např. „starší“ učitelé se snažili částečně bilancovat a v podtextu jejich odpovědí zaznívala implicitní otázka: **„Je tohle opravdu to, to jsme chtěli?“**. Oproti tomu zástupci té mladší generace učitelů měli tendenci některé rušivé projevy dětí spíše odlehčit, přikládat je přirozenému vývoji a poruchové chování více přisuzovali např. ADD/ADHD: **„Hodně dětí má také tu hyperaktivitu“**. Často právě mladší učitelé uváděli v rozhovoru tuto poruchu jako hlavní příčinu selhávání chování dětí ve škole. Méně zmiňovali sociální, výchovné vlivy. To částečně může vysvětlovat zjištění, že respondenti z řad těch mladších se více dokázali vyjádřit k tzv. specifickým poruchám chování. Např. ADD/ADHD dokázali specifikovat mnohem více symptomatologicky šířeji, než jejich starší kolegové, kteří většinou zmiňovali termíny jako nepozornost a hyperaktivita. Ti mladší vyspecifikovali navíc impulzivitu, agresivitu, myšlenkovou nezdrženlivost aj. Naopak ti

starší zase operovali více s termíny nevychovanost, přemíra svobody, neúplná rodina, nepřítomnost mužské autority.

Autor RP se v průběhu své praxe setkal opakovaně s tím, že v rámci jednoho odborného pracoviště v rozpětí pouhých několika měsíců, diagnostikovali různí odborní kliničtí pracovníci dvě rozdílné diagnózy u dítěte, které vykazovalo závažnou, celou osobnost prostupující symptomatiku PCH. Je tedy vůbec možné se domnívat, že by učitelé v běžném pedagogickém procesu měli umět rozpoznat proč či z jaké příčiny se dítě chová tak či onak, když na poli samotné klinické praxe dochází k rozdílným diagnostickým závěrům? Domníváme se, že učitel by měl do jisté míry umět rozlišit, zda se dítě chová odlišně z např. z důvodu nastupující pubescence a kdy již dochází k projevům, které mají charakter nějaké patologie. V dnešní době, kdy exponenciálně narůstá počet dětí, které se ve školním prostředí chovají nevhodně, porušují platná pravidla, normy a jejich chování má přesah i směrem k učitelům, kdy dochází často k verbální i brachiální agresi, by měl být učitel připraven takovou situaci v určitém čase monitorovat a vyhodnotit závažnost tohoto chování pro školu, učitele, ale i žáka samotného. Do odborných znalostí dnešních učitelů by tedy měla patřit nejen elementární znalost problematiky PCH, ale např. i poruch učení, které jsou mnohdy spolupůsobícím zatěžujícím faktorem např. u dětí s ADD/ADHD. Kde je však hranice, kdy považujeme dítě ještě za zlobivé, nevychované, sociálně nekompenzované a když už uvažujeme o kategorii SPCH – ADD/ADHD, hyperkinetický syndrom? Připouštíme, že ne každé dítě, které je neklidné, neposedné, impulzivní, agresivní, musí mít nutně dg. ADHD. Berou v úvahu disciplíny zabývající se chováním dětí na vědomí, že dítě může být tzv. sociálně hyperaktivní? Všechny otázky nelze zodpovědět v rámci této RP. Bylo by však zajímavé se do této složité oblasti výzkumně zapojit a poodhalit např. i tajemství dg. procesu, které se nepochybně podílí na nárůstu např. dětí s ADD/ADHD.

Ověření výzkumných předpokladů č. 1 a č. 2

Předpoklad č. 1 – výskyt symptomů

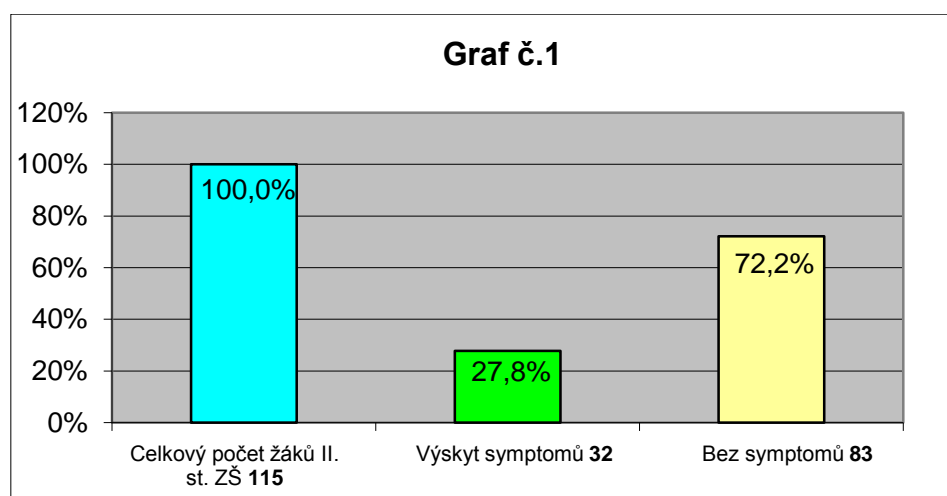
Získané výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 1. Je k ní uveden krátký popis výsledků. V tabulce je uveden celkový počet zkoumaných žáků, počet žáků s danou poruchou – vyjádřeno jak početně, tak i v procentech. Průzkumný vzorek se v tabulce

č. 1 dělí na chlapce a dívky. Výsledek je znázorněn i v grafu č. 1, 2, 3, které navíc ukazují i na počet žáků bez příslušné poruchy.

Tabulka č. 1 - symptomy poruchy chování a hyperkinetické poruchy

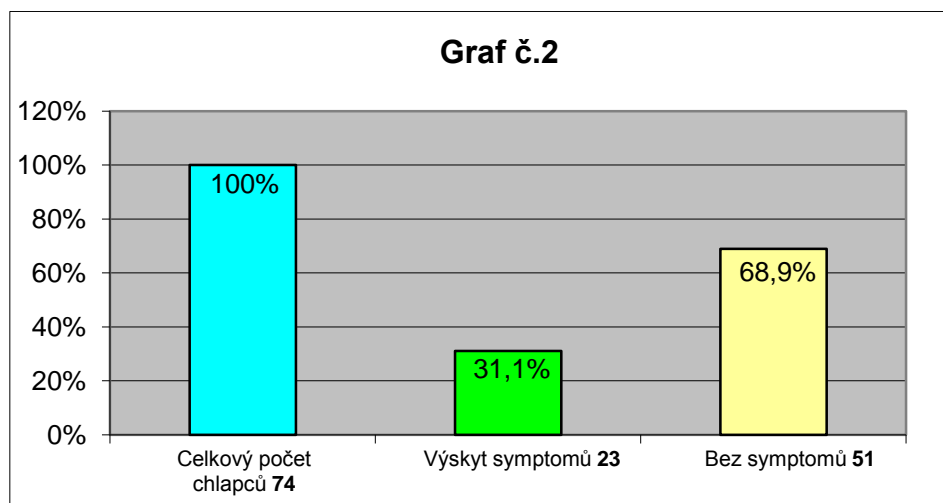
Symptomy poruchy chování a hyperkinetické poruchy						
	Celkový počet žáků II. st. ZŠ	Výskyt symptomů	Celkový počet chlapců	Výskyt symptomů	Celkový počet dívek	
	115	32	74	23	41	9
Poměr v %	27,8%		31,1%		22%	

Graf č. 1 - výskyt symptomů poruchy chování a hyperkinetické poruchy



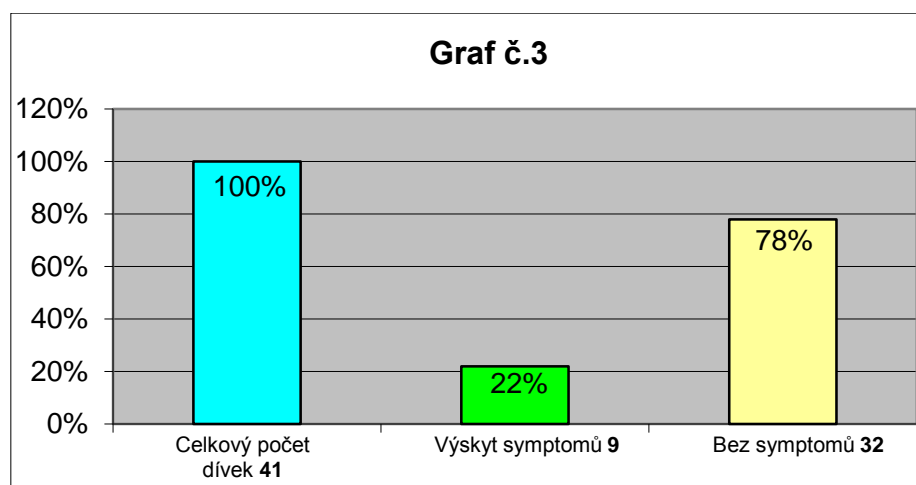
Průzkumný vzorek čítá 115 žáků. Z tabulky č. 1 a grafu č. 1 je patrné, že symptomy poruchy chování a hyperkinetické poruchy má 32 žáků, což je 27,8 %. Bez žádných symptomů bylo v průzkumu označeno 83 žáků, tedy 72,2 %. Z výsledku lze usoudit, že naplňuje stanovený předpoklad č. 1, tzn., že symptomy poruchy chování a hyperkinetické poruchy se vyskytují alespoň u 20% zkoumaného vzorku žáků.

Graf č. 2 - výskyt symptomů poruchy chování a hyperkinetické poruchy u chlapců



Dále tabulka č. 1 a graf č. 2 ukazuje, že z celkového počtu chlapců (74) je 32 se symptomy poruchy chování či hyperkinetické poruchy, což je 31,1 %. Bez žádných symptomů bylo zjištěno 51 chlapců, tedy 68,9%.

Graf č. 3 - výskyt symptomů poruchy chování a hyperkinetické poruchy u dívek



Z posledního údaje v tabulce č. 1 a z grafu č. 3 lze zjistit, že z celkového počtu dívek (41) je 9 se symptomy poruchy chování či hyperkinetické poruchy, což je 22 %. Bez žádných symptomů bylo zjištěno dívek 32, tedy 78 %. Z uvedených hodnot můžeme usuzovat, že symptomy obou poruch se vyskytují v určitém procentu také

u dívek. Nebylo však účelem výzkumu rozlišovat jednotlivé počty v rámci statistiky ani se zabývat jednotlivými symptomy ve vztahu k pohlaví.

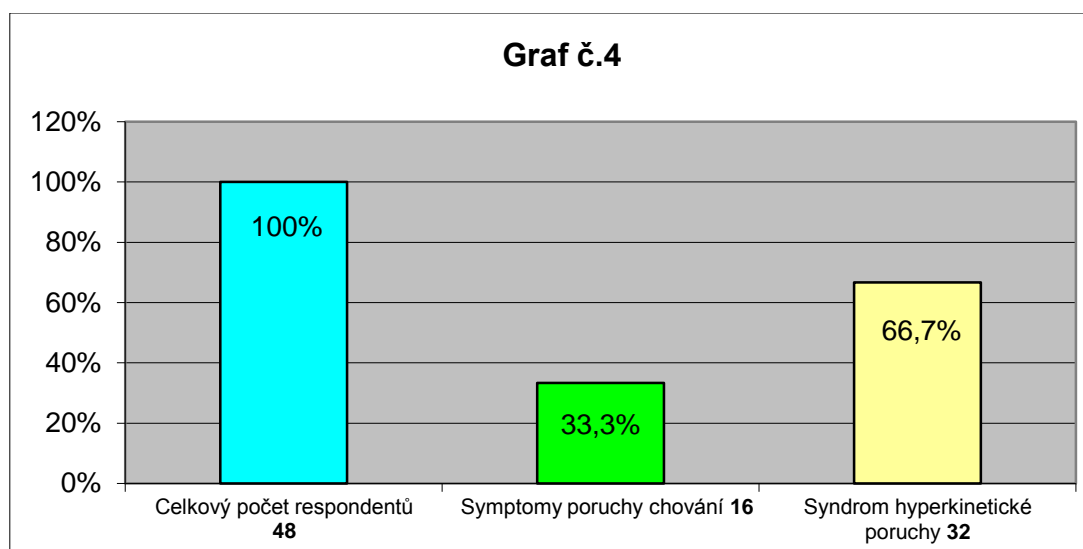
Předpoklad č. 2 - zjištění míry zátěže

Výsledek je zpracován do tabulky č. 2., kde je uveden celkový počet respondentů /učitelů/, kteří hodnotili míru zátěže obou poruch pro pedagogický proces – početně i v procentech. Získaná data jsou znázorněna i v grafu č. 4.

Tabulka č. 2 – míra zátěže a negativního vnímání ze strany pedagogů

Míra zátěže a negativního vnímání ze strany pedagogů			
	Celkový počet respondentů (učitelů)	Symptomy poruchy chování	Symptomy hyperkinetické poruchy
Poměr v %	48	16	32
	33,3%	66,7%	

Graf č. 4 – zátěž a negativní vnímání ze strany pedagogů



Z tabulky č. 2 a grafu č. 4 je patrné, že z celkového počtu 48 respondentů /učitelů/ vnímá 32 učitelů, což je 66,7% jako více zatěžující pro pedagogický proces spíše

symptomy hyperkinetické poruchy než symptomy poruchy chování, které vnímá jako více zátěžové 16 učitelů, což je 33,3%. Z dat uvedených v dotazníku také vyplývá, že projevy v důsledku hyperkinetické poruchy jsou spouštěčem k negativnímu vnímání takové žáka v mnohem větší míře, než jsou projevy běžné poruchy chování. V rámci tohoto průzkumu však tento jev nevyhodnocujeme. Ve výsledcích v tabulce a grafu je zohledněna pouze míra zátěže pro pedagogický proces. Míra averzivního přístupu pedagogů k žákům s hyperkinetickou poruchou by měla být zkoumána hlouběji, jelikož z toho vyplývají další důležitá fakta související s výchovou a vzděláváním těchto žáků.

Průzkum B

Ověření výzkumného předpokladu č. 3

Předpoklad č. 3 - míra nevšímavosti a zátěže ze strany rodičů

Získaná data jsou zpracována do tabulek č.1 – č. 8. Děti s ADD/ADHD v kombinaci s poruchami chování budou dále označovány jako děti s PCH. Děti z kontrolní skupiny jako děti z KS. Průměr nám ukazuje průměrnou hodnotu stenu získanou dětmi z konkrétní skupiny v dané škále. Steny rozdělují zkoumaný vzorek na 10 částí a umožňují srovnání testovaných výsledků. Je to jeden z nejužívanějších standardních skóru k srovnání např. výkonu v populaci, tj. nějaká ilustrativní informace o umístění jedince v referenčním souboru. Minimum nám ukazuje nejmenší získanou hodnotu stenu v dané škále. Maximum naopak ukazuje nejvyšší získanou hodnotu stenu v dané škále. Směrodatná odchylka je ukazatelem míry variability. Malá směrodatná odchylka nám signalizuje, že jednotlivé prvky souboru jsou si podobné, naopak velká směrodatná odchylka ukazuje velké vzájemné odlišnosti.

Tabulka č. 1 - deskriptivní charakteristiky jednotlivých škál hodnocených u matky dětmi s PCH

	Průměr	Minimum	Maximum	Směr.odchylka
Citová vřelost	2,700	1,000	10,000	2,198
Hostilita	6,625	2,000	10,000	2,625
Nevšímavost	8,700	3,000	10,000	1,959
Odmítání	7,675	4,000	10,000	1,954

Tabulka č. 2 - deskriptivní charakteristiky jednotlivých škál hodnocených u matky dětmi z KS

	Průměr	Minimum	Maximum	Směr.odchylka
Citová vřelost	8,900	4,000	10,000	1,614
Hostilita	2,300	1,000	7,000	1,363
Nevšímavost	1,675	1,000	6,000	1,288
Odmítání	2,265	1,000	7,000	1,453

Tabulka č. 3 - deskriptivní charakteristiky jednotlivých škál hodnocených u otce dětmi s PCH

	Průměr	Minimum	Maximum	Směr.odchylka
Citová vřelost	3,350	1,000	10,000	2,578
Hostilita	7,400	1,000	10,000	2,489
Nevšímavost	7,975	2,000	10,000	2,304
Odmítání	7,400	1,000	10,000	2,479

Tabulka č. 4 - deskriptivní charakteristiky jednotlivých škál hodnocených u otce dětmi z KS

	Průměr	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
Citová vřelost	8,425	4,000	10,000	1,534
Hostilita	2,625	1,000	7,000	1,793
Nevšímavost	2,950	1,000	7,000	1,501
Odmítání	2,400	1,000	7,000	1,499

K pochopení jednotlivých výsledků v následujících tabulkách uvádíme jejich popis. **Mann-WhitneyU** se vztahuje ke statistickému vzorci, který se používá k testování rozdílnosti nebo shodnosti středních hodnot dvou výběrů nebo jednoho výběru testovaného dvakrát.

Z skóre udává pozici každé hodnoty vzhledem k ostatním hodnotám. Znaménko – nebo + ukazuje, zda je hodnota nad nebo pod průměrem rozdělení.

Úroveň p signalizuje, jaká je míra pravděpodobnosti, že nastane určitý jev. Tento výzkum pracoval s pětiprocentní hladinou významnosti.

Průměrné pořadí nám udává, která skupina v dané škále více bodovala.

Zjištění rozdílů v hodnocení chování otce u výzkumné a kontrolní skupiny

V tabulce č. 5 vidíme statisticky významné rozdíly ve všech škálách hodnocených u otce.

Tabulka č. 5 - statistické zpracování jednotlivých škál hodnocených u otce

	Mann – Whitney U	Z	úroveň p
Citová vřelost	119,500	-6,606	0,000
Hostilita	146,500	6,3475	0,000
Nevšímavost	89,000	6,923	0,000
Odmítání	105,500	6,741	0,000

Děti s poruchami chování vnímají svého otce za mnohem hostilnějšího, odmítavého a nevšímavého než děti z kontrolní skupiny. Výsledky v tabulce č. 6 ukazují, na významný rozdíl ve vnímání citové vřelosti u otce. Děti s poruchami chování svého otce považují za méně citově vřelé, než děti ze skupiny kontrolní. Podle Rohnerovy metody a jeho autorů, v případě, že jsou ve všech třech subškálách (hostilita, nevšímavost a odmítání) vysoké skóre a zároveň se objeví nízké skóre v subškále citové vřelosti, jedná se o rodiče s negativním vztahem k dítěti (Matějček, 1992).

Tabulka č. 6 - průměrné pořadí jednotlivých škál hodnocených u otce

	Skupina	N	Průměrné pořadí
Citová vřelost	Děti s PCH	40	23,480
	Děti z KS	40	57,510
Hostilita	Děti s PCH	40	56,875
	Děti z KS	40	24,163
Nevšímavost	Děti s PCH	40	58,275
	Děti z KS	40	22,725
Odmítání	Děti s PCH	40	57,851
	Děti z KS	40	23,125

Zjištění rozdílů v hodnocení chování matky u výzkumné a kontrolní skupiny

Téměř stejné výsledky jako u hodnocení chování otce, jsou i u hodnocení chování matky, což je patrné v tabulce č. 7 a 8.

Tabulka č. 7 - statistické zpracování jednotlivých škál hodnocených u matky

	Mann – Whitney U	Z	úroveň p
Citová vřelost	52,000	-7,365	0,000
Hostilita	58,000	7,248	0,000
Nevšímavost	24,500	7,607	0,000
Odmítání	30,500	7,5100	0,000

Děti s poruchami chování vnímají svou matku jako méně citově vřelou a naopak jako hostilnější, odmítavější a nevšímavější než je tomu u dětí z kontrolní skupiny, což dokládají hodnoty v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8 - průměrné pořadí jednotlivých škál hodnocených u matky

	Skupina	N	Průměrné pořadí
Citová vřelost	Děti s PCH	40	21,180
	Děti z KS	40	59,200
Hostilita	Děti s PCH	40	59,050
	Děti z KS	40	21,950
Nevšímavost	Děti s PCH	40	59,888
	Děti z KS	40	21,113
Odmítání	Děti s PCH	40	59,738
	Děti z KS	40	21,263

Zjištěná data v tabulkách č. 5 - 8 dokládají, že děti s poruchami chování hodnotí své rodiče jako mnohem více nevšímavé ve srovnání s dětmi z kontrolní skupiny. Tito rodiče nerozumí potřebám dítěte, nereagují na jeho projevy buď vůbec, nebo nepřiměřeně, nejsou mu dostatečnou oporou. Autoři Rohnerovy metody spojují rodičovskou nevšímavost a nezáměr s určitou deprivací základní psychické potřeby citové vazby, bezpečí a jistoty. Tato zkušenost vyvolává v dítěti pocity nejistoty

a nedostatku lásky, které mívají často generalizovány na celý svět (Matějček, 1992). Uvedená zjištění potvrzují Rohnerův předpoklad, že způsob jakým dítě vnímá rodičovskou péči, determinuje jeho chování a prožívání. Je to důležitý aspekt, psychického vývoje dítěte, neboť zkušenosti z dětství mají význam pro rozvoj mnoha charakteristik v pozdějším věku. Hostilitu můžeme charakterizovat jako emoční prožitek nepřátelství, jenž se projevuje ve formě agrese. Agresivitu chápeme jako tendenci k násilnému způsobu reagování a agrese pak charakterizuje konkrétní projev chování, který mívá násilný charakter (Vágnerová, 2012). Zamyslíme-li se, co může být dalším důvodem pro agresivní a hostilní chování rodičů, napadne nás skutečnost, zmiňovaná v teoretické části této práce, a to, že i ve výchově platí, že člověk má tendenci svou vlastní zkušenost aplikovat na druhé. Jestliže tedy rodiče měli v dětství zkušenosti s fyzickými tresty a ubližováním, je pravděpodobné, že stejné zásady budou uplatňovat také ve výchově svých dětí.

Dalším možným vysvětlením by mohla být skutečnost, že dítě připomíná jednomu či oběma rodičům svou existencí nějaký životní nezdár, či zklamání. Na základě poznatků z odborné literatury, se dá předpokládat, že dítě, které nezíská pocit jistoty a bezpečí, a to bývá příznačné pro děti citově deprivované, bude neustále očekávat negativní reakce a tento pocit bude samo kompenzovat vlastním agresivním a bezohledným chováním.

2.8 Vyhodnocení předpokladů

Dle zpracovaných údajů z dotazníků vyplývá, že stanovené předpoklady se potvrdily. Tento průzkum neověřoval, jaké konkrétní poruchy chování se u vzorku žáků objevují, ale pouze to, zda děti, resp. žáci 2. stupně ZŠ mají projevy chování, které jsou v rámci diagnostiky hodnoceny symptomatologicky jako počínající poruchy chování. Proto byly v dotazníku č. 1 uvedeny symptomy, z kterých lze za určitých podmínek zvažovat případnou poruchu chování. Symptomy poruch chování jsou vždy při podobných průzkumech velmi důležitým a sledovaným údajem, neboť v osobních anamnézách dětí nejsou mnohdy uvedeny poruchy chování jako základní diagnóza, ale je zde zmíněno poruchové chování ve smyslu konkrétních projevů, ze kterých lze na poruchu chování usuzovat.

Vyhodnocení předpokladů, které jsme zkoumali v praktické části „A“, směřovalo do dvou hlavních oblastí:

- 1) Poruchové chování u žáků 2. stupně ZŠ
- 2) Míra zátěže jednotlivých projevů ze strany pedagoga

Předpoklady v praktické části „A“ jsme ověřovali formou nestandardizovaných dotazníků, přičemž dotazník č. 1 vycházel z velké části z dotazníku standardizovaného – „Conners“ dotazník pro učitele. Dotazník č. 2, který hodnotil míru zátěže, byl vytvořen autorem této RP.

Vyhodnocení předpokladu č. 1

- *Lze předpokládat, že jednotlivé symptomy poruchového chování se vyskytují alespoň u 20% dětí ze zkoumaného vzorku.*

Z odpovědí a číselných údajů v dotaznících vyplývá, že uvedené symptomy se objevují ve značné míře u žáků 2. stupně ZŠ, ve kterých byl průzkum proveden. Ze zpracovaných dat v tabulce č. 1 a grafu č. 1 plyne, že z uvedeného počtu zkoumaného vzorku má více než 20% procent žáků izolované symptomy poruchy chování. Tím považujeme první předpoklad za potvrzený.

Vyhodnocení předpokladu č. 2

- *Lze předpokládat, že projevy hyperkinetické poruchy jsou pro učitele více zátěžové než projevy výchovně či sociálně podmíněné.*

Uvedené odpovědi a číselné údaje v dotaznících ukazují, že projevy hyperkinetické poruchy jsou v dlouhodobém horizontu pro učitele mnohem více zátěžové, než projevy, které v rámci diagnostiky řadíme k běžným poruchám chování, tedy k poruchám, které nevznikají na organickém podkladě, ale primárně působením patologického sociálního prostředí. Výše v textu jsou popsány jako výchovně a sociálně podmíněné. Z číselných údajů v tabulce č. 2 a grafu č. 2 vyplývá, že více než 50% učitelů hodnotí projevy hyperaktivity jako více rušivé a zatěžující jak samotný proces vyučování, tak i vztahovou interakci žák – učitel. Výsledky potvrzují i druhý předpoklad.

Pro ověření předpokladu č. 3, tedy druhé části průzkumu (**B**), jsme vycházeli z Rohnerovy diagnostiky rodinných vztahů, která je zaměřena na bipolaritu, tj. **přijetí – odmítání** (akceptace – rejekce) ve vzájemných vztazích rodičů a dětí. Rohner

vychází z předpokladu, že lidé, kteří nebyli v dětství dostatečně milováni, mají nízké sebevědomí, neumějí ovládat svou agresivitu apod.

Vyhodnocení předpokladu č. 3

- *Předpokládáme, že v míře nevšímavosti a zanedbávání ze strany rodičů budou statisticky významné rozdíly u dětí s ADD/ADHD v kombinaci s poruchami chování v ústavní péči ve srovnání s dětmi s ADD/ADHD v základní škole.*

Výsledky nám ukazují, že děti, které mají ADD/ADHD a současně se u nich sekundárně vyskytují poruchy chování, hodnotí své rodiče jako mnohem více hostilní, nevšímavé a odmítající ve srovnání s dětmi z kontrolní skupiny, tedy dětmi, které mají „pouze“ ADD/ADHD. Např. matky, o čemž svědčí dokonce záporné znaménko v tabulce č. 7 u hodnoty (-7,365), jsou citově méně vřelé.

Tento předpoklad se potvrdil, statisticky ověřil a přijímáme jej. Přesto si uvědomujeme existenci více proměnných, které mohou ve výsledku ovlivnit hodnocení rodičů. Jedná se např. i o počet sourozenců dítěte, zdravotní nebo výchovné problémy dítěte, statut rodiče, věk a pohlaví rodiče nebo vztah rodiče k jeho vlastním rodičům. Předpokládáme, že pokračování výzkumu, který by byl veden tímto směrem, by mohlo přinést zajímavé výsledky a více specifikovat problematiku rodin mající děti s poruchou chování.

Výsledky šetření ukázaly na vysoké procento výskytu poruchového chování u poměrně malého vzorku dětí, což přikládáme tomu, že v části „A“ jsme se dotazníkem č. 1 explicitně nesnažili statisticky podchytit jednotlivé projevy spadající do diagnostické škály obou typů poruch, ale pouze jsme vyhodnotili na základě zjištěného, kolik dětí má poruchové chování bez ohledu na to, do jaké diagnózy v rámci MKN – 10 bychom toto chování nebo tyto projevy řadili. Výsledná čísla v tabulce č. 1, resp. součet výskytu symptomů uváděných v dotazníku č. 1 by pak rámcově odpovídal skutečné statistice uváděné v odborné literatuře. Naším cílem však nebylo zpřesňovat či dokonce vytvářet nová statistická zjištění, ale pouze otevřít prostor pro další zkoumání v této oblasti.

3 Diskuze

Výchova dítěte s problematickým chováním je velmi náročná a to obzvláště tehdy, jedná-li se o poruchu, která má podklad v organickém poškození mozku. Poruchy, které vycházejí z této etiologie, jsou obtížněji ovlivnitelné ve smyslu pozitivní prognózy. To jsou především výše uvedené hyperkinetické poruchy. Výchova a vzdělávání takového dítěte jsou zátěží, která může významně ovlivnit postoj rodičů i učitelů k dítěti. Hyperaktivní, neklidné dítě je velmi náročné a vyčerpává jak rodiče, tak i učitele. Vyvolává v nich pocity nejistoty, protože očekávaným způsobem nereaguje na běžné výchovné zákroky. Rodiče jsou nespokojeni a zklamáni, jejich vztah k takovému dítěti bývá velmi často ambivalentní. Na jedné straně je mají rádi a na straně druhé k němu pociťují až chronickou naštvanost. Dlouhodobá zátěž výchovy hyperaktivního dítěte se může projevit „syndromem rodičovského vyčerpání“. Ve škole se tyto děti nedovedou chovat požadovaným způsobem. Postoj učitelů k takovému dítěti je nezřídka v očekávání toho, že bude přiměřeně zvládat školní zátěž a plnit si své povinnosti stejně dobře jako dítě, které nemá obdobnou diagnózu. Toho však není dítě s ADD/ADHD schopno, a proto je posuzováno jako viník. To často vede k frustraci a napětí a při dlouhodobé zátěži i k tomu, že se takové dítě stává chronicky neúspěšné. Zvyšuje se tím riziko příklonu k aktivitám, které jsou vnímány jako problémové. Takto neúspěšné dítě si tím může nevhodným způsobem saturovat svou potřebu pozornosti, chce se tzv. zviditelnit za každou cenu.

U dětí, jejichž problematické chování je podmíněno sociálními a výchovnými vlivy, je situace trochu odlišná. Jejich chování je předpokládatelné, není skryto za složitou symptomatologii hyperkinetické poruchy a má většinou charakter disociálních a asociálních projevů. Tyto projevy jsou pro rodiče a školu „průhlednější“ a „čitelnější“ a v některých případech jsou akceptovány lépe než projevy hyperaktivity. Jsou také do jisté míry z hlediska prognózy považovány za lépe ovlivnitelné. Toto zdání je však mylné, jelikož často je taková porucha spojená s mravním narušením dítěte, které může mít kořeny v nepodnětném, insuficientním rodinném prostředí. Nezřídka je porucha spojená s následnou psychickou deprivací, která zanechává na psychice dítěte nevratné škody. Takové dítě se stává i agresivní, zlé, negativistické. Dochází ke kompletnímu mravnímu úpadku osobnosti dítěte a v důsledku toho k rozvoji více či méně závažných poruch chování. Není neobvyklé,

že u takového dítěte je pak zvýšené riziko, že se dostane do prostředí kriminálních subkultur, kde uplatňuje své patologické chování a stává se ve vrstevnické skupině konečně úspěšným. To může posílit jeho sklon k delikventním aktivitám.

Problematika neúspěšné rodinné výchovy často přerůstá do širšího společenského rámce, kdy již nelze většinou rozvoj poruchy zastavit a dochází k zakotvení chování do vnitřní psychické struktury jedince, který pak některé strategie používá k tomu, aby se uplatnil, uspokojil své materiální potřeby, a to většinou způsobem, který je protizákonný a v rozporu s obecně uznávanými normami společnosti. Sociální důsledky jsou pak natolik závažné, že tento jedinec zůstává na okraji společnosti a cesta k nápravě je prakticky nemožná. To potvrzují současné teorie, které zastává řada odborníků z oblasti psychopatologie chování, a to nejen v rámci České republiky. V celosvětovém měřítku jsou např. hyperkinetické poruchy považovány jako rizikový faktor pro možný rozvoj další osobnostní a sociální patologie.

4 Opatření směřující k nápravě dětí s PCH

Jedním z cílů navrhovaných opatření 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. To se v mnoha případech nedaří a pomoc je tak posouvána až na důsledky poruchového chování, tj. když je už dítě umístěné v ústavní péči. Ale i tehdy není pozdě a je důležité vyvinout a zvážit všechny možnosti pro nápravu či alespoň zmírnění tohoto nepříznivého stavu.

Pro důkladné zmapování prevence a nápravných opatření by byla zapotřebí celá další studie, která by se tomuto tématu věnovala. Nicméně zde alespoň stručně uvádíme některá opatření, resp. postupy, které se v práci s problémovými uplatňují.

Vždy je nutné v rámci situační analýzy postupovat dle individuálních potřeb každého dítěte či dospívajícího jedince. **Co je situační analýza?** Rozbor a zaměření se na vymezení těch charakteristik situace, které mají největší vliv na daný druh sociálního chování dítěte. Měla by zřetelně pojmenovat problém, charakterizovat faktory, které bezprostředně předcházejí sledovanému chování a mají roli spouštěčů. V tomto smyslu je důležité zamýšlet se nejen nad očekáváním sledovaného dítěte vůči jemu důležitým osobám (učitel, vychovatel, spolužáci...), ale i nad očekáváním těchto osob vůči němu. Výsledkem může být odkrytí motivace daného jednání, tedy analyzování jeho „zisků“ (i dítětem neuvědomovaných). Důležitým faktorem celé analýzy problému je porozumět sebepojetí dítěte, tj. způsobu, jakým se vnímá a jak chce být vnímáno, jakou roli má a jaké chování mu tato role určuje. S těmito informacemi, včetně znalostí subjektivního výkladu situace samotným dítětem, je možné nejen zjistit vůči komu, nebo čemu je problémové chování zaměřeno, ale také zvolit takovou strategii postupu, která nenaplní očekávání „zisků“ dítěte realizovaných a sledovaných jeho specificky zaměřeným chováním a tím vytvořit prostor pro chování alternativní, sociálně akceptované. Teprve na základě takto komplexně získaných informací může být za spolupráce odborníků (psycholog, etoped, terapeut, lékař...) vyhodnoceno, resp. identifikováno chování a jednání dítěte, zobecněny určité jevy, odděleny náhodnosti a na podkladě sestavené **hypotézy příčin** problémového chování vypracována účinná **strategie postupu** (Janský, 2001).

Matoušek a Kroftová (2011) spatřují jako nejvýznamnější prostředek sociální prevence výchovu dětí v rodinách a ve školách. Preventivně mohou působit mimo institucionální péči i nevládní organizace. Vlivným nástrojem je také sociální politika

státu ovlivňující systém vzdělávání, zaměstnanost, stabilitu rodiny, fungování policejního a soudního aparátu a dalších institucí zabývajících se rizikovou mládeží.

Zaměření preventivních programů

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

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 zvládání 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 díkce 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.

5 Závěr

V naší zemi, která prošla v posledních 25 letech zkušeností rychlé změny z uzavřeného školního režimu do plně demokratického až liberálního systému, se pedagogové dostávají do náročné a zvláštní situace. Byli vystaveni nejen velmi euforickému nadšení ze změny poměrů, ale v kontrastu s touto pozitivní změnou byli v průběhu následujících let konfrontováni s tvrdou realitou postupného uvolňování mravů a morálky u svých žáků. Mnozí kolegové si to vysvětlují celospolečenskou změnou podmínek k výchově, neschopností umět zacházet s nově vzniklými hodnotami, které směřují spíše k materiálnímu uspokojování. V mnoha rodinách (ať již socioekonomicky slabých či naopak materiálně a ekonomicky silných) nezbývá čas a energie na výchovu dětí. Tyto skutečnosti naznačují, že výzkumně se vnímání PCH zachycuje velmi obtížně. Ještě před několika lety bylo např. sprejerství jedním ze symptomů PCH, protože v podstatě šlo o ničení soukromého či veřejného majetku. Dnes je povýšeno takřka na umění, lhostejno, jsou-li výtvary mladých „umělců“ ozdobeny fasády soukromých domů či veřejných institucí. Nebo lhaní a drobné krádeže, kterých se některé děti dopouštějí sice ze zoufalství, aby se vyhnuly trestu nebo si vylepšily socioekonomicky nepříznivou životní situaci, jsou tak dnes vnímány mnohem měkčeji z hlediska postihu, ale i kategorizace v rámci PCH. Co bylo dříve nemyslitelné, amorální, ostudné, stává se dnes akceptovatelnou formou svobodného projevu s podporou rodičů, ale i státních institucí. Za normální formu projevu se tak např. považuje diskutérství s učiteli, které je v podstatě verbální formou agrese, záškoláctví, které je rodiči mnohdy účelově zakrýváno. Z úhlu tohoto pohledu musíme konstatovat, že PCH se symptomatologicky nezrcadlí jen v podmínkách dané kultury, ale i v aktuální společenské a politické situaci.

Profese učitelů byla, je a bude vždy politicky a sociálně konstruovaná. Proto je tendence je vnímat buď jako viníky nebo naopak jako oběti ve vztahu se svými žáky. V posledních letech je pozice učitelů velmi oslabena a v dětech se tak postupně vytváří obraz někoho, kdo jen něco předává, požaduje povinnosti, nemá žádné právo trestat porušování norem, místo toho, aby byl učitel váženou a respektovanou autoritou s významným společenským statutem. S trochou nadsázky lze říci, že učitel je novodobý Don Quijot. Ve většině případů věří na tradiční hodnoty a slušnost, ale okolní svět je již mravně a morálně posunutý. Každý den se učitel dostává do situací, kde prožívá hodnotový střet se svými žáky. Pokouší se ve světě, kde hlavním

měřítkem všeho důležitého jsou peníze, majetek, úspěch, dokonalý fyzický vzhled, přesvědčit žáky o tom, že i takové věci jako lidské vztahy, ohleduplnost, slušnost, vzdělání mají svou hodnotu a význam.

V uvedené práci jsme se pokusili zachytit některé dosavadní poznatky o vztahu mezi poruchami chování a hyperkinetickými poruchami ADD/ADHD. Přesto, že je text v teoretické části tvořen převážně citacemi různých autorů, což je však v pracích tohoto typu přirozené, snažili jsme se o jazykově čtivou formu, o logickou strukturu textu a o to, aby předkládané informace byly odborně srozumitelné. S problematikou dětí s poruchami chování úzce souvisí jejich sociální postavení a způsob, jakým jsou svým okolím přijímány. Ve výzkumu jsme se zaměřili na žáky základních škol, kde nás zajímalo, do jaké míry „školský terén“ vnímá výskyt PCH a dále jsme se zaměřili na klienty náhradní ústavní péče, v našem případě DDŠ, kde jsme realizovali výzkum na míru rodičovského odmítání a nevšímavosti u umístěných dětí v souvislosti s možným vývojem poruchového chování v dospělosti.

Z uvedených výsledků vyplývá, že děti s hyperkinetickými projevy jsou hůře přijímané v pedagogickém procesu a v budoucnu tak více ohrožené v míře společenského odmítání a nevšímavosti. Tento fakt souvisí s možným vývojem poruchového chování v dospělosti. Jsme si vědomi, že zvolené téma značně přesahuje rámec naší RP. Přesto výsledky ukazují na potvrzení hlavních předpokladů a vypovídají např. o tom, jak jsou učiteli vnímány poruchy chování. Výsledky tohoto výzkumu nelze generalizovat na celou dětskou a dospívající část naší populace. Myslíme si ovšem, že situace v oblasti výchovy a následně chování dětí není zcela uspokojivá. Projevy jednotlivých poruch chování nejsou pouze doménou dětí umístěných ve výchovných zařízeních, ale stále častěji se s nimi můžeme setkat i u dětí, které vyrůstají v přiměřených sociálních podmínkách a jejichž rodiny nemají dysfunkční charakter. Uvědomujeme si, že problematika poruch chování u dětí je natolik složitá, že by si zasluhovala dlouhodobější zaměření, které by zasahovalo i do oblasti sociologie, sociální psychologie a jiných disciplín, které s chováním člověka i celé společnosti souvisí. Naší snahou a účelem výzkumu však bylo poskytnout jen jakousi mapující sondu, která měla aktivovat hlubší zamyšlení nad tímto problémem.

6 Seznam použité literatury

- ATKINSON, L., Rita, ATKINSON, C., Richard, et al. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: ISBN 80-7178-640-3.
- BARR, R. D., PARRET, W. H. *Hope Fulfilled for At-Risk and Violet Youth*. 2nd Ed., BOOTH, T., AINSCOW, M. *Index for Inclusion, Developing Learning and Participation in Schools*. Bristol: CSIE, 2002. ISBN 1782001181. Boston: Ally and Bacon, 2001. ISBN 0-205-30886-4.
- COLE, T., VISSER, J., UPTON, G. *Effective Schooling for Pupils with Emotional and Behavioural Difficulties*. 1. vyd. London: 1998. ISBN 1-85346-544-5.
- DRBOHLAV, Andrej. *Psychologie masových vrahů*. 1. vyd. Praha: 2015. ISBN 978-80-247-5977-7.
- DRBOHLAV, Andrej. *Psychologie sériových vrahů*. 1. vyd. Praha: 2013. ISBN 978-80-247-437-4.
- DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRICH, Zdeněk, MATĚJČEK, Zdeněk. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- ELLIOT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích – prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Praha: 2002. ISBN 80-247-0182-0.
- FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
- FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- FISCHER, Slavomil. *Sociální patologie: propedeutika*. 1. vyd. Ústí nad Labem: 2006. ISBN 80-7044-812-1.
- FROMM, Erich. *Anatomie lidské destruktivity*. 1973, v českém překladu B. Placáka. Praha: 2007. ISBN 978-80-7299-089-4.
- HAMER, Dean, COPELAND, Petr. *Geny a osobnost*. 1. vyd. Praha: 2003. ISBN 80-7178-779-5.
- HLAVÁČKOVÁ, Kateřina. *Poruchy chování a jejich sociální a školní důsledky u žáků základní školy*. Absolventská práce. Praha: VOŠ sociální, 2013.
- HILLENBRAND, C. *Einführung in die Verhaltens gestörten pädagogik*. 1. Auf. München 1999. ISBN 3-8252-2103-2.

HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, MALÁ, Eva et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

JÁNSKÝ, Miloš. *Poruchy chování jak sekundární symptom hyperkinetické poruchy*. Diplomová práce. Ústí nad Labem: PedF UJEP, 2013.

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.

JEDLIČKA, Richard, KLÍMA, Petr et al. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. 1. vyd. Praha: 2004. ISBN 80-7312-038-0.

KAUFFMAN, J. M. *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*, 7th Ed. New Jersey: 2001. ISBN 0-13-083283-9.

KEBZA, Vladimír, *Hyperaktivní dítě – informace pro rodiče*, Státní zdravotní ústav, Praha: 2001.

KOUKOLÍK, František, DRTILOVÁ, Jana. *Vzpouza deprivantů*. 2. přepracované vyd. Praha: 2006. ISBN 80-7262-410-5.

KREJČÍŘOVÁ, Olga, SKOPALOVÁ, Jitka. *Deviace a sociální patologie – vybrané jevy*. 1. vyd. Olomouc: 2007. ISBN 978-80-244-1698-4.

LANE, L. K., GRESHAM, F. M., O'SHAUGNESSY, T. E. *Children with or at Risk for Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: 2002. ISBN 80-7178-771-X.

LANGMEIER, Josef., BALCAR, Karel., ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: 2000. ISBN 80-7178-381-1.

LORENZ, Konrád. *Takzvané zlo*, 2. vyd. Praha: 2003. 80-200-1098-X.

MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. vyd. 1. Praha: 2009. ISBN 978-80-247-2310-5.

MATĚJČEK, Zdeněk a kol. *Náhradní rodinná péče*. 1. vyd. Praha: 1999. ISBN 80-7178-304-8.

MATĚJČEK, Zdeněk, BUBLEOVÁ, Věděna, KOVAŘÍK, Jiří. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. 1. vyd. Praha: 2000. ISBN 80-85121-89-1.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: 1992. ISBN 80-04-25236-2.

MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. 1. vyd. Praha: 1994. ISBN 80 – 85282-83-6.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha: 2005. ISBN 80-246-1056-6.

MATOUŠEK, Oldřich, KROFTOVÁ Andrea. *Mládež a delikvence*. 3. vyd. Praha: 2011. ISBN 978-80-7367-825-8.

MATOUŠEK, Oldřich, *Práce s rizikovou mládeží*. 1. vyd. Praha: 1996. ISBN 80-7178-089-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: 2003. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: 2010. ISBN:80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: 1999. ISBN 80-85850-76-1.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize, Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: 2006. 251 s. ISBN 80-851121-11-5.

MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: 2007. ISBN 80-7311-075-X.

MOREE, Dana. *Učitelé na vlnách transformace – Kultura školy před rokem 1989 a po něm*. 1. vyd. Praha: 2013. ISBN 978-80-246-2298-9.

MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: 2001. ISBN 80-210-2511-5.

NAKONEČNÝ, Milan, *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: 1996. ISBN 80-200-0592-7

PACLT, Ivo et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.

PEŠATOVÁ, Ilona. *Vybrané kapitoly z etopedie – Klasifikace a diagnostika poruch chování – 1. díl*. 2. vyd. Liberec: 2006. ISBN 80-7372-087-6.

ŘÍČAN, Pavel. *S Romy žít budeme – jde o to jak*. 1. vyd. Praha: 1998. ISBN 80-7178-250-5.

SCCOTT PECK, M, *Lidé lži*. 1. vyd. Olomouc: 1996. ISBN 80-7198-148-6.

SVOBODA, Mojmír (ed.), ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: 2006. ISBN: 80-7367-154-9.

SVOBODA, Mojmír (ed.), KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 3. vyd. Praha: 2015. ISBN 978-80-262-0899-0

ŠOTOLOVÁ, Eva. *Vzdělávání Romů*. 1. vyd. Praha: 2000. ISBN 80-7169-528-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémových dětí a mládeže*. 1. vyd. Liberec: 2000. ISBN 80-7083-378-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie II*. 1. vyd. Liberec: 2003. ISBN 80-7083-670-9.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 12. vyd. Praha: 2015. ISBN 978-80-262-0875-4.

ŽEJDL, J. *Specifika poruch chování romských dětí*, s. 9. Bulletin Federace dětských domovů ČR - FICE, 2006/2007, č. 67, ISBN neuvedeno.

Internetové zdroje:

home.pf.jcu.cz

<http://www.atre.cz>

<http://www.ddu-hk.cz/prectete-si/stahnete-si>

<http://www.nuv.cz>

7 Seznam příloh

A) Mezinárodní klasifikace nemocí

B) Platná legislativa

C) Dotazníky

č. 1, č. 2 pro učitele a dotazník určený k hodnocení rodičovského chování

Příloha A - MKN – 10

/výpis poruch, které jsou z hlediska etopedie 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 útěky 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 zveličení 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

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 vývoja řádnou výchovu, ochrana oprávněných zájmů dítěte včetně ochrany jeho jmění působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. Dále pak upravuje opatřenísloužící 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 - dotazníky

Dotazník pro učitele č. 1

Vyplňte, prosím, do jednotlivých buněk projevy chování u dítěte, které vnímáte tak, jak je uvedeno ve sloupci vlevo. K označení použijte symbol x. Dále pak označte, zda jedná o chlapce či dívku – nehodící se škrtněte.

Symptomy poruchy chování – chlapec/dívka				
	vůbec ne	velmi málo	poměrně dost	velmi silně
Agresivní, vyvolává bitky				
Drzost				
Konfliktní, neposlušné				
Krádeže ve škole				
Lhaní				
Nepřijímá kritiku				
Nevychází s ostatními dětmi				
Ničení školního majetku				
Odmítá se učit				
Rozlady v chování/náladovost/				
Sprosté, vulgární				
Šikanuje, vyhrožuje druhým				
Týrání zvířat				
Užívání návykových látek				
Výlevy vzteku				
Vzdor vůči pedagogické autoritě				
Záškoláctví				
Celkem				

Symptomy hyperaktivity a nepozornosti - chlapec/dívka				
	vůbec ne	velmi málo	poměrně dost	velmi silně
Často nereaguje na to, co se mu říká				
Často ztrácí věci potřebné k vyučování				
Dělá mu potíže, až na něj dojde řada				
Chce, aby jeho požadavky byly hned splněny				
Je nezralé, dětinské				
Je vzrušivé, impulzivní				
Nespolupracuje s ostatními dětmi a učiteli				
Neúčelný pohybový neklid				
Popírá své chyby, za vše můžou ostatní				
Ruší ostatní děti				
Rychleji mluví, než myslí				
Snadno se rozptýlí, neudrží pozornost				
Vstává při hodině ze židle a chodí po třídě				
Vykřikuje, vydává zvuky				
Vyvolává konflikty, je surové				
Vyžaduje neustále učitelovu pozornost				
Započaté věci většinou nedokončí				
Celkem				

Dotazník pro učitele č. 2

Míra zátěže a negativního vnímání

Odpovězte prosím na následující dvě otázky a zaškrtněte jednu z možností.

1) Je pro Vás, jako pro učitele, více rušivé a zátěžové ve vyučování chování žáka, které odpovídá spíše:

a) běžné poruše chování /výchovně a sociálně podmíněné/
nebo

b) hyperkinetické poruše /ADD, ADHD/?


2) Vnímáte negativně spíše žáka, který se projevuje podle možnosti

a) nebo **b)**? (jak jste to uvedli v otázce číslo jedna)

Jako pomocný nástroj můžete použít následující výčet symptomů:

symptomy hyperaktivity, resp. ADD/ADHD	symptomy poruchy chování
Neúčelný pohybový neklid	Drzost
Vykřikuje, vydává zvuky	Výlevy vzteku
Chce, aby jeho požadavky byly hned splněny	Nepřijímá kritiku
Ruší ostatní děti	Sprosté, vulgární
Je vzrušivé, impulzivní	Rozlady v chování /náladovost/
Započaté věci většinou nedokončí	Konfliktní, neposlušné
Popírá své chyby, za vše můžou ostatní	Nevychází s ostatními dětmi
Nespolupracuje s ostatními dětmi a učiteli	Agresivní, vyvolává bitky
Vyžaduje neustále učitelovu pozornost	Odmítá se učit
Snadno se rozptýlí, neudrží pozornost	Vzdor vůči pedagogické autoritě
Je nezralé, dětinské	Lhaní
Vstává při hodině ze židle a chodí po třídě	Záškoláctví
Vyvolává konflikty, je surové	Šikanuje, vyhrožování druhým
Dělá mu potíže, až na něj dojde řada	Krádeže ve škole
Často ztrácí věci potřebné k vyučování	Ničení školního majetku
Rychleji mluví, než myslí	Týrání zvířat
Často nereaguje na to, co se mu říká	Užívání návykových látek

 ROHNEROVA METODA RODINNÉ DIAGNOSTIKY	Jméno:		Datum:	
	Platí o mé matce			
Chování matky hodnocené dítětem	téměř vždy	někdy	málokdy	téměř nikdy
1. Když o mně mluví, tak říká spíše hezké věci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Když zlobím, tak mě hubuje a kárá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Raději si mě moc nevšímá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nemá mě doopravdy ráda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Povídáme si spolu o našich plánech a ona vyslechne, co já na to říkám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Když ji neposlouchám, stěžuje si na mne jiným lidem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tráví se mnou hodně času.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je ráda, když si vodím kamarády domů a snaží se, aby se jim u nás líbilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vysmívá se mi a dělá si ze mě legraci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dokud nevyvedu něco, co jí vadí, tak si mě nevšímá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Když má zlost, tak na mě křičí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mohu se jí klidně svěřit s tím, co je pro mne důležité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je na mě přísná a zachází se mnou tvrdě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je ráda, když mě má u sebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Když se mi něco podaří, tak je ráda a je na mě hrdá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Stane se, že mě plácne, i když si to nezasloužím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Stane se, že zapomene, co pro mne měla udělat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mám dojem, že jsem pro ni otrava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Před druhými lidmi mě chválí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Když má zlost, tak mě přísně trestá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Stará se, abych jedl (a) to, co je pro mne zdravé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mluvívá se mnou vřelým a laskavým tónem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Snadno se na mne rozčílí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Nemá čas odpovídat na moje otázky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mám dojem, že mě nemá ráda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Když si to zasloužím, tak mě chválí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Rychle se rozzuří a pak na mě vidí každou maličkost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Zajímá se, co jsou zač moji kamarádi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Opravdu se zajímá o to, co dělám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Dovede mi říct moc nemilých a nepříjemných věcí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 ROHNEROVA METODA RODINNÉ DIAGNOSTIKY	Jméno:			Datum:
	Platí o mé matce			
Chování matky hodnocené dítětem	téměř vždy	někdy	málokdy	téměř nikdy
31. Nevěnuje se mi, když bych to potřeboval (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Když mám nějaké těžkosti, tak si myslí, že je to moje chyba a že jsem si to sám (a) zavinil (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Víím, že mě má ráda a že jí na mě záleží.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Říká, že jí jdu na nervy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Hodně se o mne stará, věnuje se mi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Říká mi, jak je na mě pyšná, když jsem hodný(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Je ke mně nešetná a dovede mi ublížit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Stane se, že zapomene na něco, co mi slíbila.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Když zlobím, tak mi dá najevo, že mě nemá ráda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Povzbuzuje ve mně pocit, že to, co dělám je důležité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Když dělám něco nesprávného, tak mi něčím pohrozí nebo mě něčím straší.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Je ráda se mnou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Snaží se mi pomoci, když mám z něčeho strach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Když se špatně chovám, dělá mi ostudu před kamarády.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Spíše se mi vyhýbá, je raději, když s ní nejsem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Stěžuje se na mě druhým lidem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Záleží jí na tom, abych řekl (a), co si myslím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Myslí si, že ostatní děti jsou lepší než já, ať dělám, co dělám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Když něco plánuje, tak myslí i na mě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Nechává mě dělat věci, které jsou pro mě důležité, i když jí to třeba přidělává práci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Dává mi najevo, že ostatní děti jsou lepší než já.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Nechává mě na starost jiným lidem (třeba sousedům, babičce apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Dává mi najevo, že o mě moc nestojí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Má zájem o to, co dělám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Když mě něco bolí nebo když je mi špatně, snaží se mi nějak pomoci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Když zlobím, říká mi, že se za mě stydí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Dává mi najevo, že mě má ráda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Chová se ke mně jemně a laskavě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Když zlobím, postará se o to, abych si uvědomil (a) svou vinu a styděl(a) se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Snaží se, abych byl (a) šťastný(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>