

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

KLÁRA LINHARTOVÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



PROBLEMATIKA DĚTÍ S ADHD

Klára Linhartová

vedoucí práce: PhDr. Eva Mrkosová, CSc.

Praha 2009

Prague college of psychosocial studies

Klára Linhartová

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr.Eva Mrkosová, CSc.

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 30.4.2009

.....

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Evě Mrkosové, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce a za četné konzultace, které mi pomohly vtisknout mé představy do srozumitelné osnovy.

Anotace:

Autorka bakalářské práce se zabývá problematikou dětí se syndromem nepozornosti, impulzivity a hyperaktivity (ADHD). V současnosti je syndrom ADHD u dětí ve školním věku diagnostikován poměrně často. Autorka se zabývá bio – psycho – sociálním pohledem na problematiku, výskytem a příčinami, diagnostickými znaky a terapeutickými přístupy, a především upozorňuje na ne zcela známou problematiku symetrického tonického šíjového reflexu.

Abstrakt:

Authoress baccalaureate work deals with problems be done complex inattention, impetuosity and overactivity (ADHD). Presently is complex ADHD near puppy fat school - age diagnosed relatively often. Authoress deal with bio – psycho – social view of problems, occurrence and causes, diagnostic characters and therapeutic avenues of approach, and above all highlighting no quite known problems symmetrical tonic nuchal reflex.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora:

Studijní program:

Studijní obor:

Název práce:

Počet stran bez příloh:

Celkový počet stran příloh:

Počet titulů české literatury a pramenů:

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:

Počet internetových odkazů:

Vedoucí práce:

Rok dokončení práce:

OBSAH

ÚVOD	6
1 VYMEZENÍ DŮLEŽITÝCH POJMŮ	7
1.1 Klíčová slova	7
2 TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE ADHD	9
2.1 Příbuzné poruchy ADHD	10
2.2 Základní charakteristika ADHD	11
2.2.1 Deficit pozornosti	11
2.2.2 Impulzivita	11
2.2.3 Hyperaktivita	12
2.2.4 Emocionalita a emoční inteligence	13
2.2.5 Vnímání ve vztahu k hybnosti, laterality	14
2.2.6 ADHD jako rizikový faktor ve výchově	15
2.3 Diagnostika ADHD	16
2.3.1 Diagnostické znaky poruch pozornosti	16
2.3.2 Diagnostické znaky hyperaktivity a impulzivity	17
2.4 Terapie a léčba ADHD	18
2.5 Výskyt a příčiny ADHD	19
3 DĚDIČNOST HYPERAKTIVITY A PORUCH POZORNOSTI.....	21
4 LEHKÉ MOZKOVÉ DYSFUNKCE.....	22
4.1 Vývoj problematiky	22
4.2 Objasnění termínu LMD	23
4.3 Vztah LMD a ADHD	27
5 SYMETRICKÝ TONICKÝ ŠÍJOVÝ REFLEX	28
5.1 Pozice sezení u dětí	30
5.2 Psychologické následky STŠR	31
5.3 Cvičení dětí s nevyvinutým STŠR	32
6 PRAKTICKÁ ČÁST	34
6.1 Praxe s dětmi	34
6.2 Kazuistika č.1	37
6.3 Kazuistika č.2	40
6.4 Kazuistika č.3	42

ZÁVĚR.....	44
LITERATURA	46

ÚVOD

Nad problematikou dětí se syndromem poruchy pozornosti spojenou s hyperaktivitou (ADHD) jsem se začala hlouběji zamýšlet poprvé při praxi v občanském sdružení Hyperaktivita. Vedly jsme společně s kolegyní ze třídy skupiny dětí předškolního a školního věku se syndromem ADHD či celkovou diagnózou. Naší náplní práce bylo trénovat sociální začlenění těchto dětí do společnosti v podobě například výtvarných a dramatických prvků, rozvíjení verbální a neverbální komunikace a paměťových dovedností.

V dnešní společnosti vyvstává otázka kladená na pozornost dětí, které bývají většinou označovány jako špatně vychovatelné a vzdělavatelné. Každý z nás se jistě setkal v každodenním životě s dětmi, které jsou nápadně neklidné či nápadně pomalé. Mají často problémy ve škole, rodině, vztazích i v sociální integraci. Jejich pozornost je roztěkaná, nedokáží vydržet u jedné činnosti, nesoustředí se na daný úkol, pobíhají z jednoho místa na druhé, neposlouchají, co jim kdo říká, jednají impulzivně a člověku se zdá, kolik nevyčerpatelné energie mohou v sobě mít.

Ovšem větší část lidí v nich nevidí nic dobrého, protože jsou neposlušné a nevychované. Já spíše pohlížím na toto chování jako na následek biologických a genetických příčin, nedostatek času na výchovu dětí a sociální podmínky.

Cílem mé bakalářské práce je objasnit termíny a klasifikaci syndromu ADHD, jeho vznik, příznaky a projevy, příbuzné poruchy – lehké mozkové dysfunkce (LMD), porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD) a jiné; a především představit problematiku symetrického tonického šíjového reflexu jako fenoménu k udržení koordinace napětí ve svalech. Tento přístup vychází z premisy, že u dětí vykazujících symptomy ADHD bývá zcela nevyvinutý symetrický tonický šíjový reflex (STŠR). Problematika mě velice zaujala a ve své práci se jí budu věnovat podrobněji.

1 VYMEZENÍ DŮLEŽITÝCH POJMŮ

1.1 KLÍČOVÁ SLOVA

Dítě – lidský jedinec v období od narození do 15 let; právně nezletilec (HARTL, 1993, s.39)

Dysfunkce – narušená nebo odchylná funkce orgánů (LINHART, 2003, s.94)

Dysfunkce lehká mozková – poruchy v oblasti psychomotorické – mentální i volní jako následek perinatálního poškození CNS; dříve označováno jako lehká dětská encefalopatie (HARTL, 1993, s.42)

Emoce – nejčastěji zastřešující pojem pro subjektivní zážitky libosti a nelibosti provázené fyziol. změnami, motorickými projevy (gestikulace, mimika), stavy menší či větší pohotovosti a zaměřenosti (láska, strach, nenávisť aj.); lze u nich zjišťovat směr přibližování či vzdalování, intenzitu a čas trvání; fenomenologie rozlišuje city, afekty, nálady a vášně; též dělení na vyšší (soucit) a nižší (agresivita), na intelektuální etické, estetické, dále na astenické a stenické aj. (HARTL, 1993, s.45)

Emocionalita – aktuální citový doprovod a součást prožívání; relativně trvalá součást vztahů člověka k okolí i k sobě samému; projevuje se změnami fyziol., mimikou aj. (HARTL, 1993, s.45)

Hyperaktivita – porucha vůle; nadměrné ale neúčelné a neproduktivní zvýšení činnosti, často též činnosti motorické (HARTL, 1993, s.61)

Chování – souhrn vnějších projevů, činností, jednání a reakcí organismu; děleno podle psychologické povahy na instinktivní, návykové, rozumové; v klasickém behaviorismu se chování stalo jediným předmětem psychologie; většina současných psychologických škol rozumí u člověka chováním jeho vnější činnost, jednání, řeč a mimiku (HARTL, 1993, s.70)

Impulzivní jednání – uskutečnění okamžitého nápadu, bez zábran, provedené se značnou energií, při vědomí; jde o j. nutkavé, zdánlivě nemotivované, s min. afektem; viz. org. poruchy (HARTL, 1993, s.83)

Porucha – relativně trvalé porušení funkce, procesu příp. rysy či vlastnosti výrazně odlišné od normy; tedy záležitost sociálně a kulturně podmíněná (HARTL, 1993, s.150)

Pozornost – zaměřenost a soustředěnost duš. činnosti na urč. objekt n. děj (např. poslouchání na rozdíl od prostého slyšení); základem orientační reflex, roli hrají nápadnost, neočekávanost, novost vnímaného, prostředí i postoj, zájem, očekávání, únava aj. jedince; p. je char. trvalostí, pružností, intenzitou a rozsahem (u člověka schopnost jedním pohledem poznat šest až dvanáct předmětů stejného druhu) (HARTL, 1993, s.152)

Reflex – bezděčná odezva organismu na vnější podnět prostřednictvím nervů (LINHART, 2003, s.317)

Tonus svalový – stálé napětí svalové, kt. e výrazně snižuje pouze se ztrátou vědomí, ve spánku, v narkóze a mizí ve smrti; do určité míry ho ovlivňuje únava, endokrinní vlivy a psych. stav (HARTL, 1993, s.212)

2 TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE ADHD

„Termín ADHD je zkratkou anglických slov Attention Deficit Hyperactivity Disorder a do češtiny ji přeložíme jako poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou. Syndrom ADHD se často srovnává s termínem ADD (Attention Deficit Disorder), který znamená poruchu pozornosti bez hyperaktivity.“ (ZELINKOVÁ, 2003, s.189)

V mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) z roku 1994 se používá označení Hyperkinetické poruchy, která je zahrnuta do kategorie F-90. Tato kategorie obsahuje poruchy aktivity a pozornosti, hyperkinetickou poruchu chování, jiné hyperkinetické poruchy chování a hyperkinetickou poruchou nespecifikovanou. U poruchy aktivity a pozornosti jde o syndrom deficitu pozornosti nebo syndrom s hyperaktivitou a poruchou pozornosti. (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, 2006)

„Hyperkinetické poruchy vznikají vždy v raném stádiu vývoje, obvykle v prvních letech života. Jejich hlavními rysy jsou chybění vytrvalosti při činnosti, která vyžaduje kognitivní funkce, a sklon jedince přecházet od jedné aktivity ke druhé, aniž by některou dokončil, spolu se špatně organizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou činností. Tyto nedostatky obvykle trvají po celá školní léta, a dokonce přetrvávají do dospělého života, avšak mnoho postižených se postupně lepší v činnosti a pozornosti.“ (TRAIN, 2001, s. 185)

Školský zákon (zákon č. 561/2004 Sb., § 16) pracuje s pojmy poruchy chování a spolu s poruchami učení, mentálním, tělesným a smyslovým postižením, vadami řeči a autismem je zahrnuje do kategorie zdravotního postižení. Ze zákona vyplývá dětem s touto poruchou právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Tyto speciální vzdělávací potřeby zajišťuje školské poradenské zařízení v souladu s Vyhláškou č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů

se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. (PREKOPOVÁ, 1993, s. 54)

„Davidson a Neale (2001) dělí symptomy ADHD do tří subkategorí:

- prostá porucha pozornosti (ADD)- diagnostikujeme ji u dětí s poruchami pozornosti, ale s normální úrovní aktivizace; tito jedinci mají problémy především v zaměření pozornosti na informační proces;
- hyperaktivita a impulzivita;
- spojením obou typů obtíží vzniká porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou; do této kategorie patří nejvíce dětí.“ (ZELINKOVÁ, 2003, s.195)

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch vypracovaný v roce 1994 (DSM-IV) uvádí ještě nespecifický typ ADHD. Projevuje se nápadnými příznaky ADHD při absenci kritérií pro výše uvedené typy.

2.1 PŘÍBUZNÉ PORUCHY ADHD

K danému přehledu připojuji ucelenější pohled na některé příbuzné poruchy:

- **generalizovaná porucha pozornosti** – UADD (nedostatek koncentrace, ale ne hyperaktivita);
- **opoziční chování** – ODD (náladovost, vznětlivost, vzdorovitost, negativismus, tvrdohlavost, opozice);
- **poruchy chování** – CD (navíc agresivita, útky, krádeže, ničení věcí, lži);
- **emoční problémy a obtíže v chování** – EBD (nevyjímaje ADHD, snížená sebedůvěra, úzkosti, deprese, obtížné navazování vztahů

s vrstevníky, podrážděnost, agresivita, přecitlivělost, uzavřenost, těžkopádnost, apatie);

- **poruchy učení – LD;**
- **kombinované poruchy.** (TRAIN, 2001)

2.2 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ADHD

Děti, které trpí hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti jsou nepozorné, aktivní a impulzivní v míře, která není přiměřená jejich mentálnímu věku a pohlaví. Jednotlivé symptomy vystupují do popředí v situacích, které kladou požadavky na udržení pozornosti a sebekontrolu. (MUNDEN, ARCELUS, 2008)

2.2.1 Deficit pozornosti

Děti mají největší a nejčastější obtíže s udržením pozornosti či volního úsilí při plnění zadaných úloh a s jejich dokončením v určitém časovém limitu. Například při školní i domácí přípravě bez přímého kontaktu s dospělým nebo při opakované, nepřiliš zajímavé činnosti. Je dostatečně známé, že tyto děti potřebují pracovat v krátkých časových úsecích. Také nedostatek bezprostřední pozitivní zpětné vazby výrazně snižuje vytrvalost či volní úsilí dítěte.

2.2.2 Impulsivita

Podobně jako pozornost je impulsivita mnohodimenzionální pojem. Rychlé, neadekvátní reakce, které často předbíhají instrukci, vyvolávají chyby či omyly z nepozornosti. Časté bývá zapojování do rizikových, zdraví ohrožujících aktivit.

2.2.3 Hyperaktivita

Nadměrná nebo vývojově nepřiměřená aktivita motorická či hlasová tvoří třetí základní charakteristiku ADHD.

Typickými projevy chování dětí s poruchou pozornosti, jež je provázená hyperaktivitou, zpravidla bývá vysoká míra aktivity. Dítě je v neustálém pohybu, nenechá v klidu ruce ani nohy, vrtí se, vyhledává blízké předměty, s nimiž si hraje nebo je vkládá do úst. Dalším projevem je malé sebeovládání – často něco vyhrkne (mnohdy nepřípadně), obvykle skáče do řeči ostatním nebo je ruší, často nadměrně mluví, dostává se často do nesnází tím, že si věci nedokáže předem promyslet (nejdříve reaguje, teprve pak přemýšlí). Vydávají atypické zvuky, které doprovázejí jejich činnost, popřípadě vlastní aktivity bohatě komentují. Mají potíže s přechodem k jiné činnosti, někdy bývají agresivní, vykazují nepřiměřeně silné reakce i na drobné podněty. (PREKOPOVÁ, 1993)

Obtíže se často projevují již v raném dětství, jsou dlouhodobé a s vývojem dítěte se mohou měnit. Jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Deficity jsou evidentní a jsou pravděpodobně chronické. Často se proto také rozvíjí obtíže v učení, klinické zkušenosti potvrzují i častější výskyt příznaků deprese, úzkosti, emočních problémů nebo problémů v oblasti sociálních dovedností. Jde také o rizikovou skupinu ve vztahu k poruchám chování (v případě dalších rizikových faktorů jako je nepřiměřené výchovné vedení nebo dysfunkční rodina). Uvedené obtíže mohou přetrvávat i v období dospívání a dospělosti.

2.2.4 Emocionalita a emoční inteligence

Velké procento dětí s diagnózou ADHD má vysoký inteligenční kvocient, který je v hrubém rozporu s emočním a sociálním kvocientem. Goleman na základě dotazníkového šetření u rodičů a učitelů uvádí, že „současná generace dětí a mládeže je mnohem více postižena emocionálními poruchami než generace předchozí. Obecně lze současné děti charakterizovat jako osamělé a deprivované, mnohem zlostnější a nezvladatelnější, nervóznější, úzkostnější, impulzivnější a agresivnější.“ (GOLEMAN, 2000, s.21)

Psycholog Vermontské univerzity, dr. Thomas Achenbach, tvrdí, že pokles úrovně emoční inteligence se ukazuje všude na světě a nevymluvněji pro to svědčí nárůst psychických poruch mezi mládeží jako jsou pocit odcizení, drogová závislost, násilí a zločin, deprese, poruchy příjmu potravy, šikana a záškoláctví. (GOLEMAN, 2000)

Rozvoj a stupeň zvládnání pěti základních disciplín patří k cílům práce s dětmi s ADHD. Podle Golemana k těmto disciplínám patří sebeuvědomění, motivace, seberegulace, empatie a adaptabilita ve vztahu k okolí. (GOLEMAN, 2000)

Koexistence s dalšími poruchami - emočními či s poruchami chování, je všeobecně známá. Matějček (1992) uvádí, že 44% dětí s ADHD trpí další psychickou poruchou a 32% až dvěma poruchami. O dětech s ADHD se udává, že mají více symptomů úzkosti nebo deprese. Dále se u nich projevuje výraznější stupeň vzdorovitého a opozičního chování, agresivity.

Z výše uvedeného vyplývá, že přes 50% dětí s ADHD má výrazné obtíže v sociální oblasti jak ve skupině vrstevníků, tak ve vztahu s autoritami. Také jejich sebehodnocení je výrazně nižší než u zdravých dětí. 52% dětí s ADHD trpí zhoršenou motorickou koordinací. Zhruba 25% dětí s ADHD trpí specifickou vývojovou poruchou učení.

Je nutné si uvědomit, že uvedené symptomy se nevyskytují v plném výčtu u všech dětí s poruchou pozornosti. Příznaky buď izolovaně, nebo ve svém souhrnu predisponují dítě k dalším obtížím, které jsou v mnoha případech závažnější než příznaky původní.

Aby se porucha pozornosti mohla kvalifikovat jako ADHD musí být patrný výrazný rozpor mezi intelektuálními možnostmi dítěte a jeho školní výkonností.

2.2.5 Vnímání ve vztahu k hybnosti, lateralita

U dětí s diagnózou ADHD se mohou vyskytovat nerovnoměrnosti v lateralizaci. „Může jít o extrémny z hlediska míry vyhranění laterality, tj. o příliš jednoznačně vyhraněnou nebo naopak nevyhraněnou laterality, výjimkou není ani zkřížená laterality (odlišná dominance ruky a oka).“ (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ, VÁGNEROVÁ, 2001, s. 644)

Lateralitou rozumíme přednostní užívání jednoho z párových orgánů, to je asymetrii párových orgánů hybných (ruky, nohy) nebo smyslových (oko, ucho). Lateralita může být tvarová nebo funkční.

Tvarová lateralita je zřejmá při porovnání pravé a levé poloviny obličeje, které u žádného člověka nejsou zcela stejné.

Lateralita funkční se projevuje přednostním užíváním jednoho z párových orgánů, který pracuje rychleji, lépe, kvalitněji. Asymetrie v oblasti motorické se projevuje nejen u horních a dolních končetin, ale také u mimického svalstva v obličeji.

Typy laterality:

- praváctví;
- leváctví;

- ambidextrie (tj. nevyhraněná lateralita).

Posuzujeme-li různé párové orgány, zjišťujeme, že se lateralita nemusí vždy shodovat, potom mluvíme o zkřížené lateralitě. Je-li lateralita ruky a oka shodná, hovoříme o lateralitě souhlasné.

Lateralita se v ontogenetickém vývoji dítěte vyvíjí. Ani u dospělých však nelze říci, že existují pouze vyhranění leváci, praváci či lidé vrozeně obouručí. Mezi těmito kategoriemi je plynulý přechod. Někteří lidé se na základě testu laterality mohou jevit jako pravoručí, ale pro určitou činnost používají raději ruku levou. Vrozená lateralita se nemusí vždy projevit navenek. Vlivem pravoruké civilizace se nevyhranění leváci často projevují jako praváci, stejně tak jedinci s ambidextrií.

Vztah pravé a levé strany k organismu se projevuje rozdílnou aktivitou, výkonností nebo specializací jednoho z párových orgánů ve srovnání s druhým.

Děti s diagnózou ADHD mívají také obtíže v oblasti paměti. Na různé podněty se obtížně soustřeďují, neudrží je v paměti tak dlouho, jak by bylo vzhledem k danému úkolu třeba. Stejně těžko si potřebné informace vybavují.

Neadekvátně vnímají časovou posloupnost a také křivka jejich aktuálního výkonu hrubě kolísá. K dalším obtížím v motorické oblasti mohou připojit narušenou koordinaci očních pohybů, koordinaci pohybů mluvidel, sluchovou i vizuální percepci.

2.2.6 ADHD jako rizikový faktor ve výchově

Děti, které trpí syndromem ADHD jsou rizikovou skupinou z hlediska antisociálního chování. Častým faktorem je vyrůstání v dysfunkční rodině, dokonce mezi příbuznými se mohou najít a vyskytovat psychologické projevy. Je zde větší pravděpodobnost přetrvávání obtíží v adolescenci a dospělosti. Dalšími

možnými příznaky jsou snížené výkony ve škole, agresivita, problémy při navazování kontaktů s vrstevníky, nesnášenlivost, neschopnost se podřídit se autoritě a obecně uznávaným pravidlům, agresivní řešení interpersonálních problémů. (ZELINKOVÁ, 2003)

Charakteristickým rysem ADHD s agresivitou je nesnášenlivost, hádavost, nedostatek sebeovládání, časté antisociální chování (krádeže, rvačky). I tady bývá rodinné prostředí dysfunkční. Obtíže vyžadují intenzivní péči více odborníků, někdy léčení medikamenty. Čím později se začne s uplatňováním intervenčních technik, tím menší je naděje na zlepšení. Problémy v chování někdy vedou k odebrání dítěte od rodiny.

Ne všechny příznaky vyvolávají u každého jedince stejný obraz, jejich stupeň má každý odlišný. Každé dítě je jedinečná bytost a vykazuje jinou kombinaci projevů chování silných a slabých stránek, zájmů, vloh a dovedností. Základním kritériem je nepřiměřenost projevu vzhledem k věku dítěte a také jeho dlouhodobý výskyt.

2.3 DIAGNOSTIKA ADHD

„Vývojová diagnostika sleduje duševní vývoj dítěte v porovnání s jeho vrstevníky. Musí být vždy komplexní. Znamky oslabení nervového systému se mohou projevovat určitými vývojovými opožděními za normou příslušnou věku.

DSM IV podává pro stanovení diagnózy přesný výčet znaků.

2.3.1 Diagnostické znaky poruchy pozornosti

1. Nedokáže dávat pozor na detaily, nebo dělá chyby z nedbalosti ve škole, v domácích pracích nebo jiných aktivitách.

2. Má potíže udržet nepřetržitě pozornost u úkolu nebo při hře.
3. Vypadá, že neposlouchá, i když se mluví přímo na něj.
4. Nedodrží, co se mu zadá, není schopno dokončit úkol do školy nebo domácí povinnosti (nikoli ze vzdoru nebo protože příkazu nerozumělo).
5. Dělá mu potíže organizovat si úkoly a činnosti. Vyhýbá se, nebo nemá rádo či odkládá úkoly, které vyžadují nepřetržitě duševní úsilí (jako školní úkoly nebo domácí práce).
6. Ztrácí věci, které jsou pro úkoly nebo činnosti nezbytné (tj. hračky, zadání úkolů, tužky, knihy nebo nástroje).
7. Je snadno vyrušeno vnějšími podněty.
8. Je zapomnětlivé v denních činnostech;

2.3.2 Diagnostické znaky hyperaktivity a impulzivity

Hyperaktivita

1. Často si pohrává s rukama nebo nohama, vrtí se na židli.
2. Vyskakuje ze sedadla ve škole nebo v jiných situacích, kde se má sedět.
3. Pobíhá dokola nebo šplhá po věcech v situacích, kdy se nemá (u adolescentů a dospělých nemusí jít přímo o činnosti, ale o pocity neklidu).
4. Má potíže si hrát nebo jinak trávit volný čas potichu.
3. Je jakoby "na pochodu", chová se jako "poháněné motorem".
4. Často příliš mluví.

Impulzivita

5. Vyhrkne odpověď, ještě než byla dopovězena otázka.
6. Je pro něj těžké čekat, až na něj přijde řada (např. na přechodu na ulici, při čekání na přestávku apod.)
7. Přerušuje ostatní a skáče jim do řeči (např. nevhodně vpadá do rozhovorů nebo her ostatních).

C. Výskyt a trvání příznaků

Trvají soustavně alespoň půl roku. Vyskytují se jak doma, tak ve škole. Projevovaly se už před sedmým rokem. Snižují jeho výkon ve škole nebo

sociální adaptaci ve vztazích.

* Je-li známek nepozornosti 6 a více (plus známky C): jedinec pravděpodobně trpí poruchou pozornosti.

* Je-li známek hyperaktivity a impulzivity 6 a více (plus známky C): trpí pravděpodobně hyperaktivní poruchou.

* Má-li více než 6 znaků nepozornosti i hyperaktivity, trpí kombinovanou poruchou pozornosti a hyperaktivity.

K diagnostice se využívají psychologické testy specializované na pozornost, na výdrž, na krátkodobou paměť, standardizované testy např. na dyslexii a jiné poruchy učení, vyšetření inteligence, komplexní Wechslerův test EEG, evokované potenciály a zobrazovací metody vyšetření mozku

Stanovení diagnózy ADHD / ADD je vždy v kompetenci odborného lékaře psychiatra , neurologa nebo psychologa či speciálního pedagoga.“ (TYL, PTÁČEK, TYLOVÁ, 2000, s. 36-38)

2.4 TERAPIE A LÉČBA ADHD

Úspěšná terapie vyžaduje kombinaci mnoha metod aplikovaných přinejmenším po celý vývoj dítěte a dospívajícího.

Nejefektivnějším se při léčbě hyperaktivní poruchy jeví multifaktoriální způsob léčby, tzn. psychoterapie, výchovné působení a v obtížnějších případech i psychofarmakologická léčba. Psychoterapie by měla poskytnout podporu postiženému dítěti a jeho okolí, jejíž podstatou je přijetí dítěte, které zahrnuje akceptaci jeho obtíží, vstřícný přístup rodičů, pedagogů a přátel.

Léčba ve většině případů bývá dlouhodobá, průběžná terapie je však velmi vhodná, protože brání vzniku sekundárních poruch chování a podílí se

na příznivějším sociálním přijetí a přizpůsobení dítěte v rodině i ve skupině vrstevníků.

Naprosto nezbytná je spolupráce rodiny se školou. Učitel by měl sledovat pozici dítěte ve skupině a spolupodílet se na jeho příznivější sociální pozici, zamýšlet se nad formami práce v průběhu vyučovacího procesu a nad atraktivností výuky.

2.5 VÝSKYT A PŘÍČINY ADHD

„ADD/ADHD se mnohem častěji vyskytuje u chlapců než u děvčat. U děvčat se mnohdy ADD nepozná, spíše se u nich projevuje porucha pozornosti bez hyperaktivity. Odborníci udávají, že 3-10% dětí bývá postiženo ve školním věku.“ (ŠKVOROVÁ, ŠKVOR, 2003, s. 11)

Odchytky mohou vznikat z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních či jiných poškození mozku, či z příčin neznámých. Nelze je jednoznačně shrnout do několika bodů. Nejčastějším vlivem je dědičnost a biologické faktory. Tento syndrom se v některých rodinách objevuje opakovaně. V rodině dítěte s ADHD je mnohdy rodič, sourozenec, prarodič nebo jiný člen, který měl v dětství ve škole s chováním podobné potíže. „Jako biologický faktor mnoho lékařů popisuje ADHD jako neurologickou poruchu postihující tu oblast mozku, která řídí zpracování impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace. Odborníci se domnívají, že může být spojena s nerovnováhou nebo nedostatečným množstvím dopaminu, chemické látky, které přenáší nervové signály. Vysvětluje se to tak, že při soustředění náš mozek uvolňuje více přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmitery), což nám umožňuje soustředit se na jednu věc a blokovat

ostatní podněty. Zdá se, že lidé s ADHD mají těchto přenašečů nedostatek.“ (TRAIN, 2001, s. 60)

Mohou jimi být i další příčiny jako neurologická onemocnění, potíže při těhotenství, zdravotní komplikace při porodu (traumata před porodem či krátce po porodu), strava nebo například užívání drog a alkoholu v těhotenství. „Může být také poškozena centrální nervová soustava (CNS) nebo je problém způsoben jeho nedozrálostí. Poškození CNS vyvolává negativní projevy v chování i jednání dítěte. Dítě samo, bez vhodného působení, nedokáže své jednání a chování změnit. Velký vliv má i postupné dozrávání CNS, negativní projevy nejsou pak tak intenzivní. Je však nutné výchovné působení a ne se spoléhat pouze na dozrávání CNS samotné.“ (ŠKVOROVÁ, ŠKVOR, 2003, s. 28) Vznik této poruchy může mít za následek otrava olovem ze znečištěného životního prostředí. Jasná příčina není. Mnoho lidí si myslí, že vůbec tato porucha neexistuje. Ale tato porucha je tak velice závažná, že by na ní měl být brán zřetel.

Hledání společných biologických příčin je ztíženo heterogenitou skupiny dětí, které tuto diagnózu mají. Důležitou roli hraje genetická dispozice. Mnoho dětí má otce nebo matku, kteří měli podobné problémy jako mají dnes ony. Vzhledem k tomu, že porucha má svůj původ v genech, nelze ji léčit. Je ale možné dítěti pomoci se s problémy vyrovnat.

3 DĚDIČNOST HYPERAKTIVITY A PORUCH POZORNOSTI

„Neschopnost ovládat svoje chování je společná různým projevům, které bývají zahrnovány do komplexu označeného jako syndrom narušené závislosti na odměně. Může jít o aditivní, které nezná míru, např. přejídání či dispozice k užívání drog, o impulzivní chování, tj. neschopnost ovládat svoje reakce, o kompulzivní, nutkové chování, kdy má jedinec potřebu opakovat určité aktivity bez ohledu na jejich důsledky, a nakonec sklon k agresivitě a asociálním projevům. Za společnou příčinu takových projevů je podle této hypotézy považována dysfunkce dopaminového receptoru, vázaná na jednu alelu, lokalizovanou na chromozom 11. Ale může jít i o důsledky jiných odchylek v přenosu signálu v určitých oblastech CNS. Potřeby vyhledávat neustále nové a vzrušující podněty závisí na množství dopaminových receptorů v oblasti limbického systému i na hustotě přenašečů serotoninu. Hyperaktivní děti měly přibližně dvakrát vyšší počet dysfunkčních alel, které mohou být příčinou poruch dopaminové transmise.“ (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj, 2006, s. 63-64).

Heritabilita hyperaktivity dle Říčana a Krejčířové (2006) se u monozygotních dvojčat pohybovala v rozmezí 51-80%, u dizygotních jen v pásmu 29–33%. Odhaduje se asi 70% heritabilita hyperaktivity, heritabilita poruch pozornosti asi 80%. Předpokládá se nezávislá dědičnost dispozice k hyperaktivitě, dědičnost hyperaktivity a poruch pozornosti je multifaktoriální a heterogenní.

Z osobnostních charakteristik podporujících rozvoj poruch chování je rizikovým faktorem dráždivost, impulzivita, potřeba vyhledávat vzrušení, snížení zábran, snížení citlivosti či necitlivost k sociálnímu hodnocení. Leckdy je těžké rozlišit genetickou zátěž od zátěže psychosociální. (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj., 2006)

4 LEHKÉ MOZKOVÉ DYSFUNKCE

4.1 VÝVOJ PROBLEMATIKY

V našich podmínkách byl originální koncept těchto poruch, nezávisle na světovém vývoji, vypracován systematickým úsilím. Monografického zpracování se problematice dostalo v dosud v mnohém ohledu platném díle Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích. (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj., 2006)

„Lehkými dětskými encefalopatiemi se rozumí drobné difúzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu. Poruchy jsou lehké v tom smyslu, že při nich není výrazněji postižena motorika či rozumové schopnosti, jež nejsou nižší než podprůměrné. U těchto dětí nacházíme však jiné výrazné poruchy psychických procesů a funkcí, zejména v motorice, vnímání, jednání a myšlení. Tyto primární poruchy, spoluutvářené zpravidla i nevhodnými vlivy výchovnými, jsou podkladem širokého spektra rozmanitých psychopatologických projevů.“ (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj., 2006, s. 156)

Na uvedenou monografii navazuje kniha od autorky Třesohlavové a jiných dalších autorů Lehká mozková dysfunkce v dětském věku, učební text Marie Černé a kolektivu autorů Lehké mozkové dysfunkce (LMD).

4.2 OBJASNĚNÍ TERMÍNU LMD

LMD je dosud poměrně velmi užívaný pojem k označení jedinců s obtížemi v chování a učení, které vznikají jako dysfunkce centrálního nervového systému. Rozsah syndromu LMD je poměrně široký a projevuje se v oblasti jemné a hrubé motoriky, poruchami v emoční oblasti a poruchami pozornosti, deficitem paměti a vnímání, specifiky v oblasti myšlení. (MATĚJČEK, 1991)

LMD není choroba s jedinou příčinou a jediným příznakem. Jde o syndrom příznaků, které se mohou lišit či vyskytovat společně, avšak mají společného jmenovatele, oslabené funkce CNS. Označuje lehké odchylky mentálního vývoje na základě oslabení CNS, které nejsou těžkými neurologickými poruchami, avšak mají společný základ v drobných poškozeních:

- morfologických: snížený objem mozkové tkáně - šedé i bílé hmoty - ve frontálních oblastech;
- neuroanatomických: odchylky od normální architektury neuronových spojení;
- neurofyziologických: snížený průtok krve mozkem, nedostatečné okysličování nervových buněk, odchylky v elektrické aktivitě mozku;
- psychofyziologických: nedostatečná úroveň bdělosti a pozornosti, potíže se soustředěním, pamětí, učením, poruchy pohybové koordinace, sluchové analýzy a syntézy, neustálý neklid, vývojové poruchy řeči apod.

Lékaři a psychologové popsali neklidné, obtížně vychovatelné děti již na počátku dvacátého století. Podrobná česká studie prof. MUDr. Třesohlavé (1993) z pohledu neurologie a psychologie, zjistila v souboru 324 dětí téměř 100 různých abnormalit. Nejčastější byly poruchy pozornosti (93%), hyperaktivita (80%), více než 5 drobných neurologických příznaků (77%), emoční labilita

(70%), poškození vnímání a tvoření pojmů (67%), zvýšená impulzivita (66%), zvýšená únavnost duševní (66%) i tělesná (29%), a to i při současné hyperaktivitě, infantilní chování (63%), poruchy ve vývoji řeči (30-53%) a poruchy učení (dyslexie, dysgrafie) (26-40%).

Problém LMD může spočívat:

- v určité oblasti mozkové kůry;
- ve více místech mozkové kůry;
- v oslabené spolupráci různých oblastí mozkové kůry, obvykle hemisfér či předních a zadních laloků (např. postižení, léze tzv. asociačních drah);
- v časovém posunu zpracování informací v různých oblastech mozkové kůry;
- v dezorganizaci podkorových oblastí;
- v nedostatečné aktivaci z mozkového kmene;
- v řadě dalších příčin.

Přesnou příčinu může zjistit pouze komplex specializovaných vyšetření. Společným základem je však oslabení "výstupu" činnosti mozku, tj. jednotlivých funkcí. Na společný základ různých LMD poukazuje nejen diagnostika, ale i terapie - fakt, že podobně reagují na terapii léky (nootropika) i na stimulaci CNS (EEG biofeedback). (TYL, PTÁČEK, TYLOVÁ, 2000)

Vliv na vznik dané poruchy mohou mít genetické faktory, obtíže matky v těhotenství, těžký porod, bezvědomí v dětském věku, uvádí se také vliv stravy.

Ve studiích z posledních let údaje o výskytu LMD rostou, zhruba na 15% dětské populace - každé šesté dítě. Přibývá osob (dětí i dospělých) diagnostikovaných pro některou z dysfunkcí, na což má vliv řada činitelů: rostoucí nároky na výkony jedince, i rostoucí uznání problémů osob trpících některou z dysfunkcí, i podrobnější diagnostické postupy, i vzrůstající nabídka léčebných metod. V České republice provedli prof. Matějček, doc. Dytrych a dr. Tyl screeningový záchyt příznaků LMD u 6 000 žáků 2. třídy základní školy. Je šokující, že studie zjistila pouze 66% dětí bez příznaků LMD. 18% dětí

vykazovalo zřetelné, klinické znaky. Ještě dalších 16% vykazalo subklinické náznaky. (MATĚJČEK, 1991)

Co se stane s dětmi s LMD, když dospějí?

- Jedna třetina dětí s LMD "dozraje" - centrální nervový systém sice dospívá později, ale bez následků. Tento případ se týká především těch, kdo trpěli nezralostí nervového systému např. v důsledku nízké porodní váhy či předčasného porodu.
- Dvě třetiny dětí s LMD přetrvávají - druhá třetina takzvaně kompenzuje - vnější známky mohou z jednání člověka vymizet, i když se neurofyziologický obraz nezmění. Např. dyslektik se naučí číst, ale když dostane za úkol číst při EEG vyšetření, objeví se charakteristické zpomalení mozkové činnosti těžkou úlohou (výzkumy neurologa prof. Fabera). Kompenzovat poruchu lze i volbou povolání - dysgrafik se může stát vynikajícím neurologem (zůstane mu pouze proslulé "doktorské písmo"), dyslektik zdatným inženýrem. Naopak, má-li někdo potíže v matematice, přírodních vědách a technice, může se uplatnit v humanitních a společenskovědních oborech - stát se třeba psychologem. (IN TYL, PTÁČEK, TYLOVÁ, 2000)

Kompenzaci podporují hlavně dobré výchovné (rodinné i školní) podmínky či nadprůměrný intelekt, nadaný jedinec s dostatečnou sociální oporou si obvykle najde obor, v němž se může uplatnit, a vyhne se tomu, co mu chronicky nejde. Kompenzace však může selhat vlivem stresu, nutnosti změnit kvalifikaci, manželské krize, nemoci. U jedinců s chronickým únavovým syndromem se často najde v anamnéze LMD v kombinaci s nadměrnými ambicemi, jejich vyčerpání je důsledkem toho, jaké úsilí musí vynaložit na činnosti, které ostatní zvládají (např. na pokraji únavy pracují u počítače ti, kteří trpí poruchou pozornosti).

- Třetí třetina jedinců s LMD ani nedozraje, ani nekompenzuje. Tato skupina má obvykle i problémy sociální. Těžko se přizpůsobují v povolání a ve nedostatečně podněcujících a podpůrných výchovných

podmínkách nebo slabším intelektu se i těžko společensky zařazují. Klinické výzkumy našly právě u alkoholiků, toxikomanů, pachatelů trestné činnosti a bezdomovců velice vysoké procento osob s hyperaktivní poruchou anebo poruchami učení. (TYL, PTÁČEK, TYLOVÁ, 2000)

U většiny LMD jde bez odborné nápravy o takzvanou "celoživotní diagnózu".

Názory na to, co vlastně LMD způsobuje, se v posledním desetiletí rychle vyvíjejí v závislosti na tom, jak postupuje výzkum dědičnosti a výzkum mozku. Vědci, kteří sledovali rodiny po několik generací, potvrdili rodovou náchylnost ke slabostem nervové soustavy, i proměnlivost příznaků.

Na LMD může přímo upozornit opožděný vývoj řeči. U dětí, které začaly říkat první slova až po jednom a půl roce, se projevil dvojnásobně vysoký výskyt znaků LMD. I děti, které začaly říkat první slova až po jednom roce věku, měly nadprůměrný počet příznaků. (TŘESOHLAVÁ aj., 1993)

Jako provokující činitel poruchy pozornosti a hyperaktivity byly studovány dietní vlivy. Dvojitě slepá studie prokázala, že děti s poruchou pozornosti a zároveň alergickými příznaky reagují na běžné potravinové přísady (v chemicky upravených ovocných šťávách, čokoládě, upravených vločkách a podobně) vzrůstem hyperaktivity.

Jiná srovnávací studie demonstrovala, že čtyřicet pět minut po požití typických pamlsků (zákusky, zmrzlina, oříšky, mléko) jsou děti unavené, mají sníženou výkonnost, chovají se agresivně, oproti těm, které požily pouze zeleninu. Některé děti reagují propadem výkonu a nálady také na běžná, leč těžko stravitelná jídla, jako jsou vajíčka či mléko.

Děti s LMD mohou v dospělosti selhávat v pracovních i společenských nárocích. Muži s LMD se pro své impulzivní chování mohou častěji dostat do sporu se zákonem, ženy trpí častějšími změnami nálad či poruchami spánku. Mezi další příznaky může patřit neschopnost odpočívat, nízké sebehodnocení, zvýšená afektivita, neschopnost navazovat a udržovat dlouhodobé vztahy.

4.3 VZTAH LMD A ADHD

V současné době nejsou LMD v mezinárodní klasifikaci zařazeny, protože s vývojem vědy a přibýváním poznatků dochází k diferenciaci pojmů a vzniku nových diagnóz. Zelinková (2003) uvádí, že není pravdou, že pojmy LMD a ADHD jsou si bezezbytku rovnocenné. Tvrdí, že označují rozdílné kategorie, které mají některé společné znaky. Diagnostická kategorie ADHD je užívána pro poruchy chování, jejichž hlavním znakem je hyperaktivita, impulzivita a porucha koncentrace pozornosti.

5 SYMETRICKÝ TONICKÝ ŠÍJOVÝ REFLEX

Po více než dvě desetiletí se psychologové, lékaři a učitelé pokoušeli překonat hyperaktivitu a nedostatek pozornosti léčbou zjevných symptomů těchto stavů. Mnoho dětí podle Dr. Benderové mívá problémy s chováním a vzděláváním z důvodu nezažitého a ne zcela vyvinutého Symetrického tonického šíjového reflexu (STŠR), který může značně narušit koordinaci. Velký počet dětí s ne zcela vyvinutým STŠR je na základě symptomů diagnostikován jako hyperaktivní nebo s poruchou pozornosti. Při nápravě symptomů je důležité přihlídnout jak k problematice ADHD, tak i k poznatkům STŠR. (O'DELL, COOK, 2000)

STŠR nese toto pojmenování, protože je automatickým pohybem (reflexem), který způsobuje, že pravá a levá strana těla pracují společně (symetricky). Reflex je aktivován změnou pozice krku (šíjový), jež způsobuje změnu ve svalovém napětí (tonický). Jinak řečeno, mluvíme o něm a popisujeme ho jako:

- symetrický – obě strany těla pracují společně;
- tonický – způsobující změnu ve svalovém napětí nebo tonu;
- šíjový – aktivovaný změnou v pozici krku;
- reflex – automatická akce. (O'DELL, COOK, 2000)

STŠR není aktivní hned po narození, ale vyvíjí se mezi čtvrtým a pátým měsícem po narození. Děti v tomto věku mají obecně dobrou kontrolu hlavy. Umí dobře zvedat hlavičku a pomalu se dokáží rozhlížet okolo sebe a vnímat okolí. Nicméně když dojde k rozvoji STŠR, tři části těla – krk, ruce a nohy – se automaticky ovlivňují. Tyto tři části jsou „svázané dohromady“ reflexem, takže jeden pohyb automaticky ovlivňuje další dva.

Mnoho dětí nemá dobré výsledky ve škole jednoduše proto, že si nevedou dobře při písemných úlohách. Jejich základním problémem není porozumění

učivu, ale sezení v klidu, udržení pozornosti a psaní. Úlohy jsou pro ně až desetkrát obtížnější než pro ostatní děti. Je nezbytné, aby jim učitelé pomohli různými úlevami. Děti by neměly být trestány za něco, co není pod jejich kontrolou. Neznamená to však snižování zodpovědnosti dětí, jelikož to není v jejich zájmu, nýbrž aby bylo těmto dětem povoleno vyjádřit své myšlenky pomocí alternativních metod, jež jsou pro ně jednoduché, stejně jako psaní pro děti, které se nemusí vypořádávat s vlivem ne zcela vyvinutého STŠR. „STŠR pracuje v odpovědi na pozici hlavy ve vztahu k tělu: pokud je hlava zakloněná dozadu, je zvýšeno napětí ve svalech napínajících lokty a v těch, které ohýbají kyčle a kolena. Pokud je hlava předkloněná, opět se zvýší napětí ve svalech ohýbajících lokty a v těch, které napínají kyčle a kolena. V podstatě jsou tu tři části těla – krk, ruce a nohy, jež jsou společně propojeny reflexem, takže pohyb v jedné oblasti automaticky způsobuje změnu ve svalovém napětí ve dvou zbývajících oblastech.“ (O'DELL, COOK, 2000, s. 22)

Získá-li dítě nezávislou kontrolu nad svým krkem, rukama a nohama, říkáme, že STŠR je „zcela vyvinutý“. Dokončení vývoje STŠR je dosaženo díky správnému a dostatečnému lezení.

Pokud z nějakého důvodu dítě neleze dostatečně dlouho nebo správným způsobem, bude STŠR stále ovládat tělo dítěte. Jinak řečeno, horní polovina těla vyžaduje být napnutá, když se dolní polovina ohýbá, a naopak.

Děti se STŠR se vyznačují značnou frustrací, agresivitou a nepřizpůsobivostí, mnoho z nich je chybně diagnostikováno tak, že mají primární emocionální problémy, způsobující potíže s chováním a vzděláváním. Selhání při studiu způsobuje emocionální stres. Z důvodu ne zcela vyvinutého STŠR většina z těchto dětí nedokáže splnit požadavky na studium a chování. Rodiče poté berou své děti k rodinnému lékaři, aby jim „mohl“ najít příčinu nepřiměřeného chování u svého dítěte. Někteří lékaři diagnostikují dítě se STŠR jako normálně aktivní, „živého typu“, které vyrostle z těchto problémů. Ale mnoho lékařů stále příliš rychle diagnostikuje dítě se STŠR jako hyperaktivní.

Příležitostně jsou chybně odvedeny k psychologům a psychiatrům a ti se snaží přesvědčit rodinu, že problémy dětí jsou primárně psychologické.

Typickým léčebným postupem problémů s chováním a hyperaktivitou je léčba pomocí léků. Přestože předepsání léků může být v některých případech přínosem, ale tento způsob léčby se pokouší léčit symptomy, avšak vůbec neřeší základní problém. Léčba pomocí léků nedokončí vývoj ne zcela vyvinutého STŠR.

Stále více se může člověk setkat s tím, že rodiče nebo učitelé potřebují z chování těchto dětí někoho obvinít. Nechtějí přijmout fakt, že by za to mohl ne zcela vyvinutý STŠR, který způsobuje většinu z těchto problémů, raději hledají viníka v někom druhém. Z toho vyplývá, že vždy budou do tohoto schématu chyceny děti mezi hlavní viníky.

Dále se paní Benderová, autorka knihy o problematice STŠR, zabývá „oblíbenými“ pozicemi u dětí s ne zcela vyvinutým STŠR jako posturálními příznaky. Malé děti se ne tak často kontrolují, zda sedí nebo leží ve „správné poloze“. Například v mateřské školce a v první třídě je často dovoleno ležet na podlaze, chodit kolem dokola v místnosti nebo vstávat, aby udělali svou práci. Nejsou obvykle nuceny vykonávat jakýkoliv úkol dlouhou dobu. Takže dítě s ne zcela vyvinutým STŠR je obvykle schopné vyhnout se nepohodlí, které způsobuje reflex.

5.1 POZICE SEZENÍ U DĚTÍ

Mezi obvyklé pozice u dětí s ne zcela vyvinutým STŠR patří podle O'Dellové a Cookové (2000) postoj natahující se vpřed. Natahují se dopředu přes desku stolu a pokoušejí se psát s nataženými rukama. Občas se může stát, že se děti pokoušejí protáhnout ruce tak, že se chytí za opěradlo židle před nimi a obtěžují tak dítě sedící na židli.

Některé děti sedí u stolu nebo v lavici a pohybují krkem a rukama, když píšou, proto je pro ně pohodlnější sedět s nohama napnutýma dopředu. Určitě vídáme děti (obzvláště starší, které již mají dostatečně dlouhé nohy), jak se sesouvají na židlích, natahují nohy do uličky mezi lavicemi a vytvářejí tak potencionální nebezpečí. Děti tak nepozorovaně vyrušují sousedy, ale dokonce i samy sebe. Tato hrbící pozice nám připadá pak taková, že děti popisujeme jako líné, bez zájmu o to, co se vyučuje a třeba i drzé.

Pokud jsou děti se STŠR dostatečně vysoké, natahují nohy dopředu, podpírají se špičkami nohou o podlahu a opatrně se nahýbají vzad. Pro děti to může být pohodlné v této pozici, určitě však není bezpečná a není správné ji povolovat.

Dalšími obvyklými pozicemi při sezení bývají zaklíněná chodidla za nohama židlí či sezení na vlastních chodidlech. Horní a dolní končetiny těla nechtějí být ohnuté ve stejnou dobu a dítě si uzamčením jedné poloviny těla pomáhá zabránit v dráždivém pohybu. Nesmí se zapomínat na propojení mezi třemi částmi těla – krk, ruce a nohy – dohromady ne zcela vyvinutým STŠR. Když se pohne jedna část nebo se jen nepatrně změní její poloha, ne zcela vyvinutý STŠR změní svalové napětí ve dvou zbývajících částech.

Můžeme se také setkat s dětmi, které si pokládají hlavu na stůl. Tímto způsobem se pokoušejí uzamknout horní polovinu těla do nepohyblivé pozice, a kontrolovat tak akce způsobené STŠR. Čím více částí těla mohou uzamknout nebo držet v klidu, tím lépe se vyrovnají se STŠR.

Řeč těla dítěte a pozice, které se pokouší zaujmout, aby se cítilo pohodlně, jsou silnými příznaky STŠR. Každý někdy zaujme dané pozice, ale kdo se společensky přijatelným pozicím sezení vyhýbají stále, nevyrovnal se s posturálními příznaky pocitu nepohodlí, způsobené ne zcela vyvinutým STŠR.

5.2 PSYCHOLOGICKÉ NÁSLEDKY STŠR

Ne zcela vyvinutý STŠR může způsobit, že se dítě chová jako hyperaktivní, a ovlivňuje výkon dítěte ve škole. Mnoho těchto dětí mají potíže týkající se akademických aspektů školní práce nebo měly problémy dokončovat úlohy ze psaní, sedět na židli a udržet pozornost.

„STŠR se objevuje přirozeně během vývoje dítěte. Pozůstatek aktivity STŠR po dosažení věkové hranice dvou let a na úrovni, která pozměňuje volní pohyb, je považován za ne zcela ukončený nebo abnormální vývoj reflexu. Pokud reflex zůstane na úrovni nedokončeného vývoje, může mít značný vliv na určité obecné prvky koordinace a výsledkem mohou být emocionální a psychologické problémy v oblastech učení, špatné vztahy s vrstevníky, malá sebeúcta, frustrace, vyhýbavost, agresivita a nepřizpůsobivost.“ (O'DELL, COOK, 2000, s. 45)

5.3 CVIČENÍ DĚTÍ S NEVYVINUTÝM STŠR

S dětmi s ne zcela vyvinutým STŠR se začíná pracovat dvěma způsoby – buď poskytnutím úlev či intervencí. Obecně jsou intervence vhodnější než úlevy. Vyžadují však několik měsíců pro jejich zavedení do praxe. Cvičební program je zaměřený na zvýšení rozsahu pozornosti, pohodlí a výkonnosti kohokoliv, kdo je pod vlivem ne zcela vyvinutého STŠR. Program se skládá ze specifických cvičení zaměřených na lezení a vývoj reflexu. Cvičení zaberou asi patnáct minut, pět dní v týdnu. Program by měl trvat šest a půl až sedm měsíců. Dětem musí být nejméně pět, aby mohly tato cvičení vykonávat. Horní hranice věku není omezena.

„Program cvičení začíná dvěma cviky – Kolébáním s rezistencí a Lezením I. Tato cvičení jsou dále modifikována a jsou k nim přidána další,

v intervalu šesti týdnů. Cvičení jsou uvedena v pořadí, v jakém jsou zařazována do programu. Každé cvičení začíná krabičkovou pozicí.“ (O'DELL, COOK, 2000, s. 96)

Po uplynutí doby doporučené pro STŠR cvičení by rodiče měli dítě otestovat, aby si byli před ukončením jisti, že reflex je zcela vyvinutý. Pokud je dokončen vývoj reflexu, mělo by být dítě schopné vykonávat tato cvičení plynule, se správnou délkou kroku, s hlavou vzpřímenou, s nohama a rukama položenýma naplocho na podlaze.

Po dokončení reflexního programu se může použít cvičení k dalšímu vývoji hrubé a jemné motoriky dítěte (např. dotýkání se prstů u nohou, kroužení rukama, úklony do strany, vykopávání, udržení rovnováhy).

Během klinické práce doktorky Benderové bylo dokázáno, že tento způsob „léčby“ založený na cvičení pomohl desítkám dětí a rodičů zlepšit, usnadnit a zpříjemnit jejich život.

6 PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 PRAXE S DĚTMI

Ve druhém ročníku jsem absolvovala praxi v občanském sdružení Hyperaktivita. První setkání v prostorách sdružení s povídáním o dětech s hyperaktivním syndromem bylo zajímavé.

Jedenkrát týdně jsem pravidelně docházela na skupiny s předškolními a školními dětmi. Pracovalo se ve dvou skupinách. Já společně s kolegyní ze třídy jsme mívaly skupiny s předškolními a školními dětmi ve věku od 5 do 9 let. Za celý rok praxe se vystřídal osm dětí. K prvním klientům ve skupině patřili tři chlapci, kteří chodili do první třídy. První skupinové setkání bylo z mého pohledu dost chaotické. Nevěděla jsem, jak mám k těmto dětem přistupovat. Přečetla jsem několik knih o hyperaktivitě, ale praxi s hyperaktivními dětmi jsem nikdy dříve neměla.

Všechny děti docházející na skupinu bydlely v Praze, byly tedy místní. Rodiče doprovodili své děti na naše pravidelná setkávání, předali nám je a odešli, a po hodině si pro ně přicházeli. Snažila jsem se na základě stálé struktury hodiny naplňovat setkání pro děti zajímavým obsahem.

První setkání bylo poznávací. Po úvodním seznámení jsem dětem objasnila, jaká bude struktura naší hodiny a také jsem dala klukům prostor k vyjádření jejich očekávání a toho, co by si představovali i oni samotní, že můžeme společně dělat.

Na každou naši příští skupinu jsem si připravila s kolegyní program, kde nám šlo o sebevyjádření, o rozvoj sociálních schopností a dovedností těchto dětí a tedy celkově o pomoc při jejich sociální integraci. Děti mají špatné zkušenosti se spolužáky, jejich známky jsou odrazem jejich chování ve škole (nepozornost, pokřikování při hodině, nesoustředění se na výuku). Učitelé si na ně stěžují a dostávají kázeňské tresty typů více domácích úkolů, docházka za třídní učitelem

či ředitelem školy za účelem vysvětlení jejich neadekvátního chování anebo dostávají poznámky za nepozornost do žákovské knížky. Takový žák bývá napomínán, ale stav se nelepší. Je poškozena jejich sebedůvěra, sebeúcta i sebevědomí.

Snažila jsem se děti naučit normám, které od nás vyžaduje společnost a pomoci jim najít soulad s jejich vlastními potřebami. Pochopila jsem, že tyto děti nedokáží zůstat dlouhou dobu například sedět, ale ve školách bohužel platí taková pravidla, která nedovolují při hodině vstávat či odcházet od své lavice. Pamatuji si, že i pro moje vrstevníky v těchto letech to někdy nebylo únosné, ale dokázali se s tím vyrovnat. I při našich hodinách se stávalo, že děti utíkaly od svých povinností s tím, že si můžou dělat, co chtějí. Potřebovaly střídát více aktivit, jedna je už přestala bavit, musely vyzkoušet něco jiného, nového. Stále se mi v hlavě honily poznatky týkající se symetrického tonického šíjového reflexu, který by šlo vyzkoušet – nebylo však s kým tuto informaci konzultovat.

V místnosti byl koutek s hračkami, k jehož zřízení mám ambivalentní postoj – z jedné strany umožnil dětem změnu činnosti a odpočinek, z druhé strany je upoutával a odváděl od povinností.

K náplni jednotlivých skupin patřily výtvarné aktivity, dramatické prvky – hraní rolí (například učitel – žák), hraní scének, rozvíjely jsme verbální a neverbální komunikaci, paměť, stavěly jsme před děti různé výzvy. Zjistila jsem, že děti jsou převážně intelektově nadané – encyklopedické znalosti a jazykové dovednosti. Více chlapců se dovedlo domluvit několika cizími jazyky (francouzský, anglický), protože často jeden z jejich rodičů byl cizinec. Toto bylo pro ně výhodou a motivací ke studiu škol s výukou v cizím jazyce. Tak se stalo, že jeden z chlapců byl úspěšný v angličtině a obtíže měl právě v českém jazyce.

Vzhledem k tomu, že děti na skupiny doprovázel jeden z rodičů, měla jsem dost často možnost vidět symptomy stejného typu i u rodičů. Otec jednoho z chlapců mi při rozhovoru sdělil, že chování svého syna do jisté míry chápe jako

přijatelné, on se v jeho letech choval obdobně, a to jsem mohla číst i z jeho neverbálních projevů. Tím jsem si potvrdila, že poškození má také genetický podklad.

Komunikace s dětmi i jejich rodiči se v průběhu práce prohloubila a zefektivnila. Práce se nám relativně dařila, našli jsme k sobě cestu a vytvořili mezi sebou pouto vztahu. Děti se učily od nás a my jsme se učily od nich.“

V druhé polovině letního semestru jsem nebyla a s chodem organizace. Přemýšlela jsem, zda budu pokračovat nebo odejdu. Byla jsem vázána vztahy i zodpovědností k dětem a jejich rodičům, proto jsem se rozhodla práci dokončit i přes týmovou nepohodu. Nenaplnění základních potřeb ze strany Sdružení, absence odborného vedení i kontroly, a napětí v práci měly vliv také na kvalitu spolupráce v naší dvojici. Byla jsem silně frustrována nejistotou, nekvalifikovanou spoluprací a chybějícím odborným zázemím. Nejvíce jsem postrádala vedení a ujištění v tom, zda odvádíme dobrou práci a zda dětem naše činnost pomáhá. Zůstával základní cíl, a to nepoškodit vztahy s dětmi a jejich rodiči, dokončit práci ve skupině, která nemohla odborně gradovat a dětem záměrně pomoci.

6.2 KAZUISTIKA Č.1

Tomáš

Pro svoji práci jsem si vybrala devítiletého Tomáše, se kterým jsem pracovala v občanském sdružení, které jsem zmiňovala v předešlé kapitole. Narodil se 12.dubna 2000 jako nejmladší dítě ze tří sourozenců. Tomáš je štíhlý chlapec vyšší postavy, má hnědé oči a světle hnědé vlasy.

Tomáš vyrůstá v neúplné rodině. Otec rodinu opustil a o Tomáše se nezajímá. Tomášova matka je zaměstnaná jako úřednice. Přivydělává si překladatelstvím. Tomáš má dva podstatně starší sourozence – bratry Marka a Petra. Oba bratři vystudovali vysokou školu. Marek i Petr spíše nahrazují roli otce než pozice sourozenců. Vzbuzují respekt a autoritu navzájem. Větší věkový rozdíl brání důvěrnějšímu vztahu mezi všemi sourozenci. Tomáš se cítí být sám, a proto se snaží být stále ve středu pozornosti.

Dítě bylo chtěné, těhotenství a porod probíhaly bez komplikací. Příznaky poruchy se dostavily hned po narození. Tomáš neustále plakal a příliš ho rušily okolní podněty.

Tomáš je velice energický a má daleko větší sklon k výkyvům nálad, rozptýlenosti a výbuchům hněvu než jiné děti. Na druhou stranu má však dar velkého smyslu pro humor, soucit, je přemýšlivý a rád poznává svět kolem sebe. Má velmi rád angličtinu, kterou umí od maminky, rád s maminkou vaří.

Pozorování a vyšetření odhalila, že Tomáš je bystré dítě, které má poruchu pozornosti s hyperaktivitou a že tuto poruchu doprovázejí poruchy učení, zpracování sluchových a zrakových podnětů.

Mnohé vývojové mezníky, jako je sezení a chůze přišly v normálním časovém rozmezí. Vývojově však téměř přeskočil fázi lezení. Může zde být vznik ne zcela vyvinutého STŠR.

Nástup do školky rodiče o rok odložili, aby měl Tomáš čas dostatečně vyzrát. Když přišel čas do školky nastoupit, Tomáš se velmi těšil. Zdálo se, že s přechodem do nového prostředí žádné potíže nejsou. Měsíc po začátku docházky do školky však Tomáš začal zcela neočekávaně ráno před odchodem dostávat strašlivé záchvaty vzteku. Každý den se opakovalo to samé - nepřetržitý pláč doprovázený větou: „Do školky jít nemůžu“. Obrovský problém, který neměl vysvětlení.

Příčinou Tomášova nezvyklého chování bylo učitelčino naléhání, aby seděl na koberečku mezi ostatními dětmi. Tomáš potřeboval pohyb. Nedokázal vyvinout dostatečně velkou trpělivost. To, co většině z nás připadá přirozené a všední, může dětem jako je Tomáš, způsobit velké nesnáze, a dokonce i bolest.

Tomáš nastoupil do první třídy od října, občas docházel do skupiny, na kterou se podle vlastních slov těšil. Ve škole má raději matematiku než český jazyk. Má ale problémy soustředit se na učení, občas v hodině vykřikuje. Některé děti se s ním nechtějí kamarádit.

S ohledem na všechny potíže, s nimiž se Tomáš musel ve škole i na skupině potýkat, jsme se snažily ve skupině vytvářet prostředí, které by vytvářelo atmosféru spolupráce s cílem vycházet vstříc potřebám dětí. Důraz jsme kladly na sebeúctu, respekt k odlišnostem a vydefinování jasných hranic v chování s jasným sdělováním požadavků. Tyto prvky jsou důležité pro všechny žáky, avšak pro děti z ADHD představují naprostou nutnost. Změny a rychlé přechody k novým projektům tyto děti velmi obtížně zvládají i za těch nejpříznivějších okolností. Důležité je také seznamovat děti se strukturou hodiny, s tím, co se od nich očekává a stanovovat přiměřené cíle a očekávání. Většímu vnitřnímu klidu u dítěte napomáhá důsledné dodržování skupinových pravidel a stanoveného plánu. Dítě pak má možnost předvídat situace a ví, co se po něm

bude chtít. Impulzivní vykřikování jsme zčásti odstranily nabídnutím míčku, může mluvit ten, kdo má míček v ruce.

Protože skupinu v průměru navštěvovali dva až tři chlapci, mohly jsme se Tomášovi věnovat vcelku individuálně. Ani on pravidelně skupinu nenavštěvoval, naše skupina se časově kryla s jeho kroužkem ve florbalu.

Tomáš se potřebuje učit, jak se s problémy v životě vyrovnávat, jak svou impulzivitu tlumit, jak vyvolat záměrnou pozornost a své eventuální nedostatky kompenzovat. Jak si více uvědomovat své tělo a své potřeby, jak se vyrovnávat s neúspěchy, jak jednat, aby zažíval pocity úspěchu.

Potřebuje pomoc odborníků, zejména pochopení, přizpůsobivost a odhodlání ze strany učitelů, aby uvěřil ve vztah a měl pocity přijetí.

6.3 KAZUISTIKA Č.2

Michal

Michal se narodil v březnu roku 1985 v úplné funkční rodině jako druhý v pořadí. Starší bratr je o tři roky starší.

V rodině ze strany otce je predispozice k levorukosti i zkřížené lateralitě. Poruchy pozornosti a hyperaktivita se v ní dají zpětně u některých členů také vystopovat. Vzdělání je převážně středoškolské a vysokoškolské.

Do mateřské školy začal Michal chodit v pěti letech. Do té doby byl doma s maminkou, která zůstala na mateřské dovolené. Michal byl totiž neustále v pohybu a nevyhnul se mnoha drobným, ale i závažným úrazům. Byl k neuhlídání. Jeho starší bratr byl a je klidný a rozvážný chlapec.

Ve školce býval pouze dopoledne. Po obědě ho matka či otec ve školce vyzvedávali. Pro paní učitelky ve školce byl žákem obtížně zvladatelným vzhledem ke své pohybové hyperaktivitě a impulzivním reakcím. Již v té době se Michal jevil jako radostné neposedné dítě s projevy úzkosti v sociálních vztazích. Se svým srdcem na dlani často sklízel v okolí negativní reakce na své chování, kterému však sám nerozuměl.

Nástup do školy byl pro Michala nelehký. S velikým úsilím se snažil vydržet sedět v lavici, nevykřikovat své impulzivní postřehy, nemluvit. Psaní mu působilo obtíže, je levoruký a motorika byla v té době nedostatečně rozvinutá. Měl problémy s pořádkem na lavici i v aktovce, s pomačkanými sešity i se zapomínáním. Pozice ve třídě byla nejistá, vzhledem ke svému chování byl kolektivem spíše vyčleněn. To pak na sebe upozorňoval nevhodným způsobem a pro učitelku se stal hůře zvladatelným. Doporučila rodičům návštěvu pedagogicko psychologické poradny. Byla u něho diagnostikovány lehká mozková dysfunkce se syndromem hyperaktivity a specifická porucha učení - dysgrafie, intelekt byl v pásmu nadprůměru.

V té době se Michal velice se však zajímal o přírodu, kde hlavně se svým tátou a psem trávil dost času. Doma měl dobré zázemí, rodiče dbali na plnění školních povinností, výsledky této snahy vycházely v rámci možného.

Některé návštěvy příbuzných či známých v rodině však přímo i nepřímo poukazovaly na Michalovu „nevychovanost“ a potřebu pevné ruky.

S přechodem na druhý stupeň stoupla Michalova potřeba začlenit se do vrstevnické skupiny a získat v ní přijetí. Volil různé mechanismy, nevyhнул se mnoha rvačkám a šarvátkám. Nikdy však vědomě neničil věci a vždy se zastal slabších. Vysoká emoční inteligence a nadprůměrný intelekt napomohly k přijetí kolektivem, Michal se stal vůdčí osobností ve škole. I přes vysoký intelekt byly známky na vysvědčení průměrné až podprůměrné. Školní povinnosti si plnil v rámci možností, školní příprava byla pouze základní, bez vnitřní motivace.

Školní prospěch ovlivnil Michalovu profesní orientaci. Vybral si obor strojní zámečnický a úspěšně se vyučil. V té době se začal zajímat o adrenalinové záležitosti, auta a motorky.

Po vyučení začal pracovat v továrně jako skladník. Práce ho však neuspokojovala.

Jeho kreativita a flexibilita ho přivedly k rozhodnutí odjet do Rakouska a začít tam pracovat. Sehnal si práci v horském hotelu rodinného typu. Začal na pozici pomocné síly, úspěšně zvládl jazykovou bariéru, během tří let se vypracoval do pozice vedoucího kuchaře. Plně se rozzářilo jeho charisma, úspěch a smysluplnost konání ho vynáší na vyšší mety.

Vybudoval si kvalitní partnerský vztah a rozvíjí společné i vlastní koníčky. Cítí se úspěšným a jeho okolí mu dává pozitivní zpětnou vazbu, které měl v dětství od okolí pomálu.

6.4 KAZUISTIKA Č.3

David

Michalův bratr David se narodil v prosinci roku 2002 jako čtvrté dítě v pořadí, s více než desetiletým odstupem od své sestry. Na rozdíl od nejstaršího bratra a prostřední sestry se David stejně jako bratr Michal narodil se syndromem ADHD.

Nejstarší bratr pracuje po maturitě v továrně na CNC stroji, bratr Michal pracuje v zahraničí a sestra končí studium na víceletém gymnáziu.

Po narození Davida si rodina velice záhy začala uvědomovat podobnost Michala a Davídka, a to podobnost nejen fyzickou (barva očí, vlasů, stavba těla,...), ale především projevů chování.

Vliv poučených rodičů, starších téměř dospělých sourozenců, průběžné odborné konzultace a reakce okolí umožňují psát jiný příběh, který je prozatím na začátku.

Od narození Davida cíleným výchovným postupem rodiče rozvíjí motorické dovednosti syna, jasnými pravidly a pevnou láskou vedou k žádoucímu zvládnutí poruchy. Velice dobře a dynamicky se jim podařilo pomoci zvládat hněv a škálu neadekvátních projevů jako reakcí na zátěžové situace.

Rodiče téměř od narození Davida zapojují relaxační techniky a zjistili, že silným terapeutickým prostředkem je hudba. Nejprve to byly uspávkanky na dobrou noc a později obrázkové knihy s písničkami. Rytmické říkanky a písničky Davídek doprovázel nejprve tleskáním, potom hrou na tělo a rytmičtým vytukáváním dřívky. Později nastoupil melodický doprovod, nejprve dva tóny, nyní se již docela dobře doprovodí na varhany. Hraní oběma rukama dobře slouží k propojování funkcí hemisfér.

Nástup do školky a školy nebyl ve srovnání s Michalem tolik obtížný, přesto ani David nemá jistou pozici v třídním kolektivu. Děti se spíše straní, svoji impulzivitu tlumí a vzhledem k nácvikům vydrží již potřebnou dobu v relativním klidu.

Přípravu do školy odpovědně plní, svůj volný čas však věnuje práci na počítači a vyhledávání informací o vesmíru, a také hudbě. Oba rodiče se mu dostatečně věnují, více času však, vzhledem k pracovnímu vytížení otce, tráví s matkou. Se sestrou se připravuje do školy, nejvíce vzhlíží k bratrovi Michalovi, když přijede na návštěvu z Rakouska a bere ho s sebou na čtyřkolky a auta.

Ve škole je David vcelku úspěšný, největší obtíže má ve výtvarné výchově. Psaní, čtení a počítání ho baví. O škole mluví nerad, převádí řeč na vlastní zájmy. Nyní je ve druhé třídě a nároky školní docházky zvládá. Na vysvědčení mívá dvojku z výtvarné výchovy. Paní učitelka si občas rodičům stěžuje na chování o přestávce.

David je intelektově spíše nadprůměrně nadaný, levoruký a má zkříženou lateralitu. Při sezení na židli často nervózně pohybuje rukama a hlavě nohama, vrtí se. Lehce odvrací svoji pozornost na základě vnějšího podnětu. Má potíže s čekáním, hlavně v kolektivu. Často vypadá, že neposlouchá, co se mu říká. Když delší dobu píše, bolí ho ruka. Ulevuje si tak, že se předklání a píše s nataženou rukou. Nebo sedí s nataženýma nohama či svoje nohy „zahákne“ za nohy židličky. Občas vyzkoušel i pozici, kdy si pokoušel „zamknout“ horní polovinu těla – psal s hlavou položenou na stole. Lépe se mu psalo, když u psaní třeba stál. Nejraději čte v leže na podlaze.

Uvědomila jsem, že právě to jsou některé z vysledovaných projevů STŠR a že David vlastně řeší svůj pocit nepohodlí.

Rodiče Davida jsem seznámila s cvičením STŠR a oni se rozhodli program vyzkoušet jako doplněk prováděné komplexní péče.

ZÁVĚR

Téma, které jsem si pro svoji bakalářskou práci zvolila mě silně oslovilo. Bio- psycho- sociální přístup k problematice a studium odborné literatury z této oblasti mi poskytly poučený náhled na efektivní metody řešení problémů dětí nepozorných a neklidných, impulzivních a hyperaktivních.

Zjistila jsem, že děti se syndromem ADHD potřebují stabilní vychovatele, kteří k nim přistupují s láskou a porozuměním, ale hlavně určují jasné a pevné hranice. Trpělivě s nimi nacvičují zvládání emočních a sociálních situací, které jsou pro ně velice náročné. Učí je efektivnímu zvládání a podporují jejich sebedůvěru a sebevědomí. Učí je sebereflexi, sebekontroly a sebeovládání.

Dosud neznámý pohled mi poskytl přístup k problematice vycházející z práce Dr. Benderové, která prokázala, že mnoho dětí vykazujících symptomy syndromu ADHD mělo problémy s chováním a vzděláváním z důvodu nezralého symetrického tonického šíjového reflexu. Začala jsem si více všimnout projevů této nezralosti a potvrdila jsem si některé výzkumné výstupy autorky.

Neklid, nesoustředěnost a impulzivitu přitom lze ve většině případů novými metodami napravit, rehabilitovat, léčit. Doba, kdy se nad dítětem trpícím - opravdu trpícím, včetně okolí pokrčilo rameny "s tím se nedá nic dělat", případně "on z toho vyroste", patří minulosti. V současnosti se již s tím dá něco dělat, je třeba zaprvé začít včas, dále napravovat systematicky a hlavně nerezignovat!

Soudobá civilizace stále více potřebuje jedince, kteří jsou svými perfektními výkony schopni držet krok s dokonalostí techniky. Na jedince se budou klást stále vyšší nároky učení: technika produkuje novou techniku a člověk se musí stále více učit novým dovednostem.

V technice je stále větší perfektnost. Tu musí tedy splňovat ti, kdo s ní zacházejí. Technika však neznamena pouze přístroje. Ještě více znamená

organizaci práce a života, nutnost hladkého fungování v provozu organizací a dokonalé adaptace v mezilidských vztazích v přehustěném sociálním prostoru. Tím rostou nároky na optimální výkonnost, na koncentraci a sebeovládání soudobého člověka.

A zde vyvstává problém: pouze většina z nás se rodí s "dokonalým" mozkiem. Silná menšina potřebuje pomoci, aby ve společnosti soutěže a výkonu s úspěchem obstála.

Nastudovala jsem množství literatury k dané problematice, která mně odpověděla na řadu otázek a řadu otázek ve mně také vyvolala. Hodně poznatků jsem si mohla ověřit při práci s dětmi, přemýšlela jsem o tom, jak hluboce je tato porucha ovlivňuje a omezuje v jejich současném a budoucím životě.

Ráda bych se i nadále věnovala této problematice.

LITERATURA

- ANDERSONOVÁ, J., FISCHGRUNDOVÁ, S., LOBASCHEOVÁ, M. *Dobrý start do školy*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-92-5
- GOLEMAN, D. *Práce s emoční inteligencí*. Praha: Columbus, 2000, s. 21. ISBN 80-7249-017-6
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1993, s. 39, 42, 45, 61, 70, 83, 150, 152, 212. ISBN 80-901549-0-5
- LINHART, J. aj. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2003, s. 94, 317. ISBN 80-85843-61-7
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2
- MATĚJČEK, Z. aj. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Psychiatrické centrum, 1991.
- MATĚJČEK, Z. *Po dobrém, nebo zlém?*. Praha: Portál, 1993, ISBN 80-85282-78-X
- MUNDEN, A. a ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4
- O'DELL, N.E. a COOK, P.A. *Neposedné dítě*. Praha: Grada, 1999, s. 22, 45, 96. ISBN 80-7169-899-7
- PREKOPOVÁ, J. *Malý tyran*. Praha: Portál, 1993, s. 54. ISBN 80-85282-56-9
- RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006, s. 63-64, 156. ISBN 80-247-1049-8
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, s. 644. ISBN 80-7178-545-8
- ŠKVOROVÁ, J. a ŠKVOR, D. *Proč zlobím*. Praha: Triton, 2003, s. 11, 28. ISBN 80-7254-407-1
- TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001, s. 60, 185. ISBN 80-7178-503-2

TŘESOHlavÁ, Z. aj. *Lehké mozkové dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum, 1993.

TYL, J., PTÁČEK, R. a TYLOVÁ, V. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Feedback institut, s. 36-38 2000.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003, s. 189, 195. ISBN 80-7178-800-7

RESUMÉ

Autorka bakalářské práce se zabývá problematikou dětí se syndromem nepozornosti, impulzivitu a hyperaktivity (ADHD). Termín ADHD je zkratkou anglických slov Attention Deficit Hyperactivity Disorder a do češtiny ji přeložíme jako poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou. Syndrom ADHD se často srovnává s termínem ADD (Attention Deficit Disorder), který znamená poruchu pozornosti bez hyperaktivity. K danému přehledu připojuje autorka ucelenější pohled na některé příbuzné poruchy jako generalizovaná porucha pozornosti, opoziční chování, poruchy chování, emoční problémy a obtíže v chování, poruchy učení a kombinované poruchy. V současnosti je syndrom ADHD u dětí ve školním věku diagnostikován poměrně často. V dnešní společnosti vyvstává otázka kladená na pozornost dětí, které bývají většinou označovány jako špatně vychovatelné a vzdělavatelné. Autorka se zabývá bio – psycho – sociálním pohledem na problematiku, kde se zmiňuje o charakteristikách rysech ADHD - deficit pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, emocionalita a emoční inteligence, vnímání ve vztahu k hybnosti a ADHD jako rizikový faktor ve výchově. Dále rozebírá diagnostické znaky poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivitu. Terapie a léčba ADHD je v následující kapitole, která pojednává o možnostech léčby v podobě psychofarmakologické léčby a psychoterapie. Další kapitola obsahuje výskyt a příčiny ADHD. Rozsáhlou kapitolou v této práci je objasnění termínu LMD, z něhož vychází a opírá se tento syndrom. Mají společné znaky, ale nejsou si rovnocenné. Upozorňuje na ne zcela známou problematiku symetrického tonického šijového reflexu.

V praktické části autorka bakalářské práce popisuje občanské sdružení Hyperaktivita, ve kterém absolvovala praxi. Autorka svou bakalářskou práci obohatila také o své praktické zkušenosti s dětmi trpícími syndromem ADHD, v textu ji najdeme v šesté kapitole sepsány v podobě tří kazuistických studií.

Název bakalářské práce: Problematika dětí s ADHD

Autorka bakalářské práce: Klára Linhartová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Mrkosová, CSc.

Oponentka absolventské práce: Mgr. Miluše Baginská

Posudek oponentky:

Studentka Klára Linhartová (dále jen autorka) si vybrala za téma bakalářské práce speciálně-pedagogickou tematiku označovanou odbornou anglickou zkratkou ADHD, jenž je do češtiny překládána jako porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Za cíl práce si klade autorka objasnění termínů (patrně týkajících se tematiky syndromu ADHD) a popis celkové teoretické charakteristiky syndromu ADHD – jeho klasifikaci, příznaky, projevy a popis syndromu ADHD blízkých poruch, jako je LMD a ADD. Pozornému čtenáři neunikne popis fyziologického jevu (v páté kapitole) zvaného symetrický tonický šíjový reflex, který nebývá u dětí s ADHD zcela vyvinut. Autorka svou bakalářskou práci obohatila také o své praktické zkušenosti s dětmi trpícími syndromem ADHD, v textu je najdeme v šesté kapitole sepsány v podobě tří kazuistických studií. Autorka prokázala hlubokou odbornou znalost problematiky ADHD, z textu je patrná její četná praktická zkušenost (nabytá během školních praxí v občanském sdružení Hyperaktivita), svými postřehy a poznatky doplňuje v textu teoretická fakta získaná z mnoha odborných literárních zdrojů. Práci doporučuji k obhajobě. Oceňuji, že na tematiku, kterou bych zařadila z hlediska profese za speciálně-pedagogickou, nahlíží z pohledu sociální pracovnice – sociální kontext a sociální přístup doplňuje citované lékařské, psychologické a speciálně-pedagogické přístupy ve vztahu k dětem s ADHD. Ve vztahu s dětskými klienty se autorka soustředí také na práci s rodinou, v rámci psychosociální pomoci vnímá potřebu léčby těch faktorů, které dětem dělají život těžší (neklid, impulzivita, poruchy soustředění).

Bakalářská práce je čtivá, přehledná, autorka prokázala dostatečný přehled v odborné literatuře, inspirovala se každodenní praxí a svou práci obohatila o nabyté zkušenosti v přímé práci s klienty.

Téma k diskusi při obhajobě:

Vnímáte v praxi nějaká silná a slabá místa v přímé práci s klienty trpícími syndromem ADHD? Co by sociálním pracovníkům v praxi mohlo usnadnit jejich práci?

V Praze 11. 5. 2009

Mgr. Miluše Baginská



Posudek bakalářské práce

Jméno studenta: Klára Linhartová

Název práce: Problematika dětí s ADHD

Vedoucí bakalářské práce: PhDr.Eva Mrkosová,CSc

Předložená bakalářská práce na téma Problematika dětí s ADHD v rozsahu 47 stran textu včetně prostudované literatury se zabývá aktuálním tématem s cílem zmapovat nové pohledy na příčiny a projevy syndromu poruchy pozornosti s hyperaktivitou.

V teoretické části práce se autorka vypořádala s teoretickými poznatky relevantními pro zvolené téma. Věnuje se vymezení a komparaci pojmů ADHD a příbuzných poruch, charakteristice jednotlivých symptomů těchto dysfunkcí, jejich diagnostice i terapii. Obsáhlá pasáž je věnována reflexologické teorii v etiologii i rehabilitaci syndromu ADHD.

Ve výše zmíněných kapitolách prokázala autorka dobrou znalost zvolené problematiky, rovněž i orientaci v odborné literatuře, dovednost práce s prameny i schopnost interpretace získaných poznatků.

V praktické části bakalářské práce popisuje autorka svoji praxi v občanském sdružení Hyperaktivita a z klientely sdružení prezentuje 3 vybrané kasuistiky dětí s diagnózou ADHD. Závěry práce považují vzhledem k jejímu obsahu za adekvátní. Při obhajobě práce doporučují upřesnit a rozvést tvrzení na s.44... „potvrdila jsem si některé výzkumné výstupy autorky“.

Z formálních nedostatků uvádím nesrovnalost v bibliografii na s.28 O'Dell, Cook 2000, v seznamu literatury uveden rok 1999.

K zpracování bakalářské práce přistupovala autorka iniciativně a svědomitě, práce má rovněž velmi dobrou formální úroveň. Splňuje požadavky kladené na tento druh prací a proto ji doporučuji k obhajobě.

Návrh hodnocení: výborně

V Praze 4.5.2009


PhDr.Eva Mrkosová,CSc