

# **Prafská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Specifické poruchy chování u dětí**

Adéla Mazancová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Janotková

**Praha 2011**

**Prague college of psychosocial studies**



**Specific Behavioral Disorders in Children**

Adéla Mazancová

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Zuzana Janotková

**Praha 2011**

**Prohlášení:**

Prohláuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně, pouze a jen s využitím pramenů a literatury uvedených v seznamu.

V Praze dne 19. dubna 2011

Mazancová Adéla

**Pod kování:**

Ráda bych podkovala Mgr. Zuzanu Janotkové za odborné, přínosné a motivující vedení mé bakalářské práce.

*š Mají-li se d ti se specifickými poruchami chování cítit bezpe n , musí v d t,  
fe je milujete a vřdy, kdyfl pot ebují, fe je vyslechnete.õ*

Zdena Michalová

# OBSAH

ÚVOD.....	7
1 Hlavní pojmy práce.....	9
1.1 Poruchy chování u dětí.....	10
1.2 Poruchy chování (nespecifické) .....	12
1.2.1 Dleň poruch chování (nespecifických) .....	13
1.3 Specifické poruchy chování .....	14
1.3.1 Terminologie na našem území odívají a souasná.....	16
2 ETIOLOGIE .....	22
2.1 Biologické faktory .....	22
2.2 Psychosociální faktory .....	24
2.3 Etiologie poruch chování .....	24
3 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ NEBO LI HYPERKINETICKÉ PORUCHY .....	26
3.1 Porucha aktivity a pozornosti.....	26
3.1.1 Porucha pozornosti .....	26
3.1.2 Porucha hyperaktivity a impulzivity.....	30
3.2 Hyperkinetická porucha chování.....	34
3.3 P idružené p íznaky, poruchy a onemocn ní .....	35
3.4 V ková specifika .....	38
3.4.1 První roky flivota .....	39
3.4.2 P edkolní v k .....	39
3.4.3 Tkolní v k.....	40
3.4.4 Dospívání .....	41
3.4.5 Dosp lost.....	41
4 PRÁCE S D TMI SE SPECIFICKÝMI PORUCHAMI CHOVÁNÍ.....	43
4.1 Odborný p ístup.....	44
4.1.1 Psychologická pé e.....	44
4.1.2 Psychorelaxa ní techniky.....	49
4.1.3 Alternativní p ístupy.....	51
4.1.4 Psychiatrická pé e .....	53
4.2 P ístup rodiny .....	56
4.3 P ístup koly .....	57
ZÁV R .....	59
Seznam pouflité literatury.....	61

# ÚVOD

V předkládané bakalářské práci se zabývám problematikou specifických poruch chování u dětí. K výběru tohoto tématu mne vedlo několik důvodů. Na základě pétené literatury, ale i vlastní zkušenosti, se domnívám, že v České republice se stále objevují nejasnosti v terminologii a etiologii poruchy a děti se specifickou poruchou chování bývají často označovány za nevychované, zlobivé nebo líné, nikoliv za jedince se specifickými potřebami. Předpoklady a nedostatky informovanosti ve společnosti vede k bezvýsledné spolupráci mezi dětmi a dospělými a v horším případě zhoršuje příznaky poruchy. Mým cílem je proto shrnout ověřené a odborníky přijaté informace o této poruce a předvedím možnosti práce a spolupráce s hyperkinetickými dětmi.

V první části textu se snažím poukázat na rozdíl mezi specifickými a nespecifickými poruchami chování, který bývá často přehlížen. Je nezbytné, aby byly tyto dvě poruchy rozlišeny, protože každý z těchto jedinců potřebuje k –astnému dětství i bezproblémovému budoucímu životu jiný přístup svého okolí. V praxi je ovšem běžný i výskyt kombinovaných poruch chování.

Dětem s hyperkinetickou poruchou je dnes ve světě věnována zvýšená pozornost, a to z důvodu zaznamenaného rostoucího počtu případů. A koliv vzhledem k etiologii dané problematiky se lze domnívat, že prevalence poruchy je v různých zemích podobná. Záleží tudíž spíše na diagnostických kritériích a možnosti jejich užití na různých místech světa, například na životních podmínkách jedince. Vzhledem k tomu, že primárně se věnuji problematice na území České republiky, poukazují pouze na kritéria 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Kritéria Klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) jsou méně přesná, zaznamenávají poruchu u většiny dětí, a proto pro tuto práci nejsou relevantní. Pro konkrétní představu: ve Spojených státech amerických se podle statistik vyskytuje až 10-20% dětí veškolním věku s ADD/ADHD (Michalová, 2007), ovšem v České republice se nejčastěji uvádí 2-7% školních dětí se specifickými poruchami chování.

A koliv hyperkinetická porucha je již několik let poměrně známá, možnosti spolupráce a práce s dětmi se specifickou poruchou chování jsou často laické i odborné ve společnosti nejasné. Z tohoto důvodu se v druhé části své

bakalářské práce zabývám komplexní péčí o tyto děti, která má za cíl znatelně redukovat příznaky poruchy a tím zlepšit a zlehčit život jak dětem, tak i jejich blízkých.

Teoretické informace v této práci prokládám vlastními praktickými zkušenostmi, které jsem získala během kontaktu s hyperkinetickými dětmi při stážích v pedagogicko-psychologických poradnách a náhradních terapeutických skupinách. Jedná se o skupiny jak předškolních dětí, tak mladšího i staršího školního věku, které využívají různých postupů a metod práce se svými specifickými klienty.



# 1 Hlavní pojmy práce

K vymezení základních pojmů postupuji z pohledu v české republice celospolečensky uznávaného manuálu, 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů z roku 1992, dále MKN-10. Jedná se o publikaci, která klasifikuje lidská onemocnění, poruchy a jiné zdravotní obtíže, její přípravu koordinuje Světová zdravotnická organizace. V tomto manuálu najdeme několik diagnostických kategorií, které se týkají poruch chování u dětí, a to v V. kapitole o Poruchách duševní a poruch chování, v oddíle F9 o Poruchách chování a emocí se zátkem obvykle v dětství a v adolescenci. Pro potřeby mé práce je třeba rozlišit dva základní pojmy: poruchy chování (nespecifické) a specifické poruchy chování, dále SPCH. Poruchy chování, které je možné označit za nespecifické, mají svou vlastní diagnostickou kategorii (F91) MKN-10. Souhlasí s tím odborníci zařadí SPCH do kategorie Hyperkinetické poruchy (F90) MKN-10 (Michalová, 2007), nebo tyto poruchy chápou jako synonyma (Pokorná, 2001; Vágnerová, 2009). Ve své bakalářské práci budu také vycházet z tohoto tématu.

Podle Malé se poruchy chování objevují v dětství u poruch přízpůsobení (F43.2) a poruch sociálních vztahů (F94.1,2). *švédsky tyto diagnózy (společně s F90 a F91) jsou vlastně švédskými kořeny pro obtížné a neposlušné chování dětí a adolescentů* (Malá, 2008b, s. 315). Mimoto problematické chování může být jedním z široké škály projevů mnoha dalších dětských psychiatrických diagnóz. Ovšem zabývat se blíže těmito kategoriemi není pro tuto bakalářskou práci relevantní.

Jelikož v MKN-10 je pro veřejnou klasifikaci V. kapitoly užíván pojem porucha namísto pojmu nemoc a onemocnění, je žádoucí si jej vymežit. Podle Hartla a Hartlové je termín porucha v MKN-10: *švédsky užíván pro označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků chování, které je v těsné spojení s pocitem tísně a narušením funkcí* (Hartl a Hartlová, 2000, s. 422).

Na druhé straně, které odborné prameny přesto popisují SPCH, respektive hyperkinetické poruchy jako nemoc, kterou je možné užívat (Goetz a Uhlíková, 2009). Definice nemoci je ovšem problematická. Nejastěji se udává,

le nemoc je stav, který jedinci způsobuje subjektivní potíže, což ovšem nezahrnuje všechna existující onemocnění. Podle Hartla a Hartlové je tradičně rozlišována: *šit nemoc, která má své příčiny, probíhá a přispívá k uzdravení, a porucha či defekt, která je relativně stálá a léčbou ovlivnitelná jen v omezené míře* (Hartl a Hartlová, 2000, s. 345).

Z definic je patrné, proč ve své bakalářské práci volím termín šporucha. Při vhodné odborné spolupráci a fládoucím p ístupu rodiny i blízkých k jedinci trpícímu onemocnění z poruch chování, je možné dojít k podstatnému zlepšení v jeho chování. Problémy přesto v t-inou přetrvávají v průběhu celého flivota, a koliv forma, kterou se manifestují je jiná a pro společnost i jedince samotného nepřijatelná.

## 1.1 Poruchy chování u dětí

Chování je chápáno jako výsledek interakce s prostředím, ve kterém se jedinec nachází, tedy ve společnosti. Poruchám chování lze proto rozumět jako odchylkám ve vztazích k jednotlivci, sociální skupině i společnosti, tudíž zahrnují poměrně široké spektrum obtíží. Společnost sama určuje pravidla a normy a svými vlastními prostředky si vynucuje jejich dodržování. Chování, které je podle ní nevhodné, i dokonce nepřijatelné, odsuzuje, trestá, ale také napравuje. Z toho důvodu bylo vytvořeno několik psychiatrických diagnostických kategorií, do nichž lze zařadit veškeré neřádné chování dětí, a je způsobeno vlivem hereditárních, biologických, psychologických faktorů nebo sociokulturního zázemí, a to v době prenatální, perinatální nebo postnatální.

Mohlo by se zdát, že používání diagnóz a odborných pojmenování, dostává děti pod stigmatizaci, která má nepřijemný sociální dopad. Domnívám se, že opak je pravdou. Správné vymezení a definice poruchy mohou sejmut z jedince nevhodná a znehodnocující pojmenování jako lajdák, šbudiflkní emu, lenoch, neposedá apod. a pomáhají ve společnosti i odborníkům pochopit příčiny chování u kterých děti spolupracovat s nimi dle jejich vlastních možností.

S termínem poruchy chování se v české odborné literatuře pravidelně setkáváme přibližně od 60. let 20. století. Předvodně se užíval především

v lékařském prostředí, kde přetrvává, ale rozšířil se do dalších oblastí společenských vztahů (Michalová, 2007). V současnosti má pojem šporucha chování velmi široký záběr. Odhaduje se, že mezi dětmi školního věku má 5 až 20% jedinců určité poruchy chování, poměr chlapců k dívkám je 4-12:1 (Malá, 2008b).

Označení specifické a nespecifické poruchy chování souvisí s příčinami vzniku těchto chorobných stavů. Podle Michalové jsou specifické poruchy chování způsobeny změnami nebo oslabením centrální nervové soustavy, které vedou k neurologickému postižení, a to různými exogenními (zevními) i endogenními (vnitřními) faktory. Poruchy charakteru nespecifického, respektive poruchy chování, vznikají z jiných příčin. Nedochozí u nich k organickému postižení a jejich původ lze hledat především v sociálním prostředí a vztazích jedince (Michalová, 2007).

Uvedené rozdělení bývá v praxi často stíráno. Pokud se jedinci s SPCH nedostává dobrého výchovného vedení, které odpovídá jeho potřebám, mohou se u nich rozvinout také poruchy chování nespecifické. Není tudíž výjimkou, že oba typy se vyskytují současně. Mimoto je obvyklé, že některé poruchy chování doprovázejí mírnější stupeň hyperaktivity a nepozornosti, což ovšem nevyklučuje tuto diagnózu. Zároveň ale platí pravidlo, říká, že pokud jsou splněna kritéria pro hyperkinetickou poruchu, dává se jí přednost před poruchou chování.

Jen kvalitní diferenciální diagnóza může pomoci zjistit, který typ poruchy je primární a který je spíše důsledkem původních obtíží, případně, zda se jedná o dvě paralelně probíhající poruchy chování. Významným rozdílem mezi oběma poruchami je v tom, kdy se jednotlivé symptomy manifestují. Podle Michalové se symptomy SPCH vyskytují vždy před nástupem do školy, ale o skutečných poruchách chování se zmíníme až ve středním školním věku dítěte (Michalová, 2007).

Některé z poruch chování mají lepší prognózu než jiné, protože vznikají jako reakce na určité prostředí, tudíž se oslabují v případě skončení působení tohoto prostředí. Jiné poruchy, které se projevují již v dětství, se nemění se změnou prostředí, jsou tudíž kontinuální a přetrvávají až do dospělosti, kde mohou vést k dalším psychickým problémům. Z tohoto důvodu se označují jako

poruchy se –patnou prognózou a jsou spojeny s vývojem, který sm uje k disociální a antisociální poru–e osobnosti v dosp losti (Malá, 2008a).

## 1.2 Poruchy chování (nespecifické)

Poruchy chování, které mohou být ozna eny za nespecifické, jsou společně chápány jako poruchy chování v pravém slova smyslu, protože naru–ují fungování společnosti, jdou proti jejím normám. Mnohé iny d tí a adolescent ozna ované za poruchy chování by byly trestnými, pokud by pachatelem byla dosp lá osoba (Malá, 2008b). Z tohoto dvodu se o nespecifických poruchách chování zmi uje odborná literatura pouze jako o šporuchách chování.

10. revize MKN popisuje poruchy chování:

*š Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takové chování u daného jedince extrémní, m lo by poru–ovat sociální o ekávání p im ené v ku a proto být závažn j–í nejl oby ejná d tská nezbednost nebo rebelantství v adolescenci* (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 2000b, s. 250).

Z uvedené definice vyplývá, že o jedin lý nevhodný in nesta í k diagnostikování této psychické poruchy. Draz je kladen na pojmy šopakující se a štrvalé chování, které bývá ohrani eno dobou minimáln –esti m síc .

Vždy je nutné posuzovat chování vzhledem k v ku jedince. Nap íklad vzdor a vztek u batolat, který je typický pro ur ité vývojové období, by nem l být pokládán za symptom poruchy chování. Stejn tak hormonální zm ny pubescence jsou p í inou jeho zvý–ené emo ní labilitý, která zp sobuje impulzivní a nep edvídatelné chování. Podobná období v pr b hu flivota jsou ovlivn na vývojovými zákonitostmi, tudífl p echodná a nikoliv trvalá.

Charakteristické pro tuto porucha je také to, že se týká d tí s inteligencí v mezích –ir–í normy (Turma, 2006). Rozumové schopnosti jedinci musí dovolit uv domit si a rozeznat, jaké chování je ve společnosti fládoucí. V p ípad , že dít není schopné tohoto rozli–ení, není možné chápat jeho iny jako projev poruchy chování, ale je třeba stanovit jinou odpovídající diagnózu.

Projevy poruchy chování (nespecifické) mohou být symptomatické pro jiné diagnostické kategorie (Slowík, 2007), v tom případě by měla být kódována příslušná kategorie jako základní diagnóza. Mimoto se poruchy chování často vyskytují souasně například s depresí, úzkostnými stavy, mánií, schizofrenií apod. (Krejčíková, 2008; Zelinková, 2007).

### 1.2.1 Definice poruch chování (nespecifických)

MKN-10 dělí poruchy chování do dílčích podtypů. Všechny splňují základní uvedené charakteristiky poruch chování, ale liší se ve vztazích na společnost a prostředí:

**Socializované poruchy chování** jsou charakteristické pro děti a dospívající, kteří opakovaně a trvale porušují normy, ale jsou poměrně dobře integrováni do skupiny vrstevníků a udržují přátelské vztahy. V této kategorie patří například záškoláctví, krádeže s partou, poklesky v souvislosti s členstvím v gangu apod., ale mohou se chovat disociálně i samy. Patří mezi poruchy s lepší prognózou, a tudíž v dospělosti málokdy přetrvávají.

Jedinec s diagnózou **nesocializovaná porucha chování** trpí výrazně narušenými vztahy k ostatním dětem, izolací, neoblíbeností apod. Chování bývá spojeno s agresivitou a zahrnuje poruchu chování samotného agresivního typu a nesocializovanou agresivní poruchu. Typickými znaky tohoto stavu jsou rvačky, vydírání, vandalismus, násilnosti, krutost k lidem i zvířatům, krádeže apod. Jedinec páchá přestupky cílev domě a samostatně, někdy i v partě, ale s jejími členy nemá blízké vztahy. Prognóza do dospělosti je špatná, problémy přetrvávají a mohou vést až k poruše osobnosti.

Dalším podtypem této kategorie je **porucha chování ve vztahu k rodině**, kdy disociální i agresivní chování je mírně omezeno pouze na domov a vztahy mezi členy jádrové rodiny i domácnosti. Mimo rodinu si jedinec udržuje normální sociální vztahy. Prognóza do dospělosti je relativně dobrá.

**Opoziční vzdorovité chování** je posledním charakterizovaným podtypem. Toto abnormální chování se neprojevuje asociálními ani agresivními činy, ale je popisováno jako vzdorovité, neposlušné a rozkladové, vyskytující se u mladších dětí ve věku do deseti let. Konkrétně mezi symptomy poruchy opozičního vzdoru

patí provokace, neovladatelnost, odpor k autoritám, odmítání požadavků a nařízeních dospělých, mstivost, neposlušnost, podrážděnost apod. Podobné jednání u dospívajících bývá v tísni spojeno s výše uvedenými podtypy (Malá, 2008b; Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 2000b).

Poruchy chování je možné klasifikovat na základě mnoha kritérií. Jak již bylo uvedeno, například podle schopnosti socializace dítěte a jeho vazby na prostředí, dle Vágnerové podle výskytu agresivity na agresivní i neagresivní formu chování (Vágnerová, 2009) a dle Slowíka podle stupně společenské závažnosti (Slowík, 2007):

**Disociální chování** – nepřiměřené, nespolečenské chování, například zlozvyky, lež, vzdorovitost atd.

**Asociální chování** – porušení společenských norem, které intenzitou nemusí překračovat právní předpisy, například zákeřnost, útek atd.

**Antisociální chování** – protisociální jednání, porušení platných zákonů, kriminalita, například krádeže, vandalství, sexuální delikty, vraždy atd.

### 1.3 Specifické poruchy chování

Specifické poruchy chování neboli hyperkinetické poruchy, patří mezi vývojové pervazivní poruchy (Michalová, 2007), protože pronikají celou osobností a jejich symptomy se manifestují i v dospělosti. V každé fázi vývoje jedince se projevují jinak, u různých lidí se vyskytují v různých stupních závažnosti. Pro stanovení spolehlivé diagnózy je proto nutné každý případ hodnotit pečlivě a individuálně.

MKN-10 popisuje Hyperkinetické poruchy:

*Škupina poruch charakterizovaná raným začátkem (obvykle v prvních letech života), kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy se objevují ve všech situacích a jsou trvalé* (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 2000a, s. 247).

Na základ definice lze jmenovat t i klí ové symptomy, které jsou ve spojitosti se specifickými poruchami chování nej ast ji uvád ny:

- 1. porucha pozornosti**
- 2. hyperaktivita**
- 3. impulzivita**

Existují r zné formy specifických poruch chování, ve kterých se uvedené p íznaky vyskytují bu izolovan , nebo sou asn . Problémy s udržením pozornosti, hyperaktivita a impulzivita ovliv ují chování, ale i proffívání jedince. Hyperkinetická porucha se tudífl v celkovém obraze poruchy projevuje v oblasti kognitivních a percep n motorických funkcích, v oblasti regulace afekt a emotivity a také v sociálním p ízp sobení (Malá, 2008a).

Stejn jako u nespecifických poruch chování, i p í stanovení diagnózy SPCH je t eba brát v potaz vývojové zákonitosti každého období flivota jedince.

D lefitou podmínkou stanovení diagnózy je také úrove rozumových schopností dít te. Jedinci s SPCH bývají pr m rn nebo i nadpr m rn intelektov vysp lí. P í vy-et ení IQ jsou typické výrazné rozdíly mezi výsledky v jednotlivých subtestech, které se pohybují od podpr m rných afl k nadpr m rným (Michalová, 2007).

Podle Michalové je pro stanovení diagnózy Hyperkinetická porucha nutno vylou it poruchu chování vzniklou (Michalová, 2007):

- v d sledku mentální retardace;
- v d sledku výchovné zanedbanosti;
- v d sledku bolestivého i jiným zp sobem traumatizujícího onemocn ní;
- zp sobenou nedostatkem p ílefitosti ke vzd lání;
- zp sobenou jazykovou bariérou klienta;
- z naru-ení sociálního prost edí klienta zp sobenou nap . zm nou -koly i bydli-t ;
- jako reakci na proffité trauma, nap . úmrtí blízké osoby;
- jako reakci na zneuffívání klienta, a to jak fyzické, tak psychické;
- v d sledku citové deprivace.

Podle souasných eských odborník je specifická porucha chování psychosociální nemoc, protože problémy těchto dětí vedou často k narušení jejich sociálních vazeb. Vztahy mezi dětmi, které označí za nemocné, a jeho vrstevníky nebo dospělými jsou ovlivněny neobvyklými behaviorálními projevy spojenými s impulzivitou, nepozorností a někdy i nadměrnou aktivitou. Pro děti s SPCH je těžké udržet si od ostatních odstup a postupovat ve vztazích podle obvyklých společenských pravidel, což vyvolává negativní reakce. Pokud není okolí poučeno o poruše a možnostech spolupráce s těmito jedinci, dochází k neustále se opakujícím nepříjemným situacím (Malá, 2008b; Michalová, 2007; Vágnerová, 2009).

### **1.3.1 Terminologie na našem území dětí jí a souasná**

Hyperkinetická porucha, respektive specifická porucha chování, jako název psychiatrické diagnózy, prodělala v průběhu několika minulých desítek let značné změny. Měnila se nejen terminologie, ale také názory na příčiny vzniku poruchy a její příznaky, které se prolínají se sebou jejího pojmenování.

Nelze přesně určit, od kdy se mezi námi objevují jedinci se specifickými poruchami chování. Již velmi staré kroniky i krásná literatura charakterizují děti, dospívající i dospělé, jež se podobají jedincům hyperaktivním, impulzivním i nesoustředěným v dnešním slova smyslu.

V první polovině 19. století se ve světě objevují první odborné texty, které upozorní na vztah mezi poruchami chování a mozkovým poškozením. Od padesátých let 20. století poté výrazně stoupá počet odborných textů a výzkum zabývajících se tímto tématem (Černá, 1999; Tesohlavá, 1983). Lékaři, psychologové i další odborníci specifické poruchy chování chápali zpočátku jako součást širšího okruhu problémů. Poté se s chováním studovali souasně s problémy s učením, řečí, sluchem, motorikou apod.

V Československu se o tématu zmíňuje Antonín Heveroch již v roce 1904 v článku *Dítě neposedá*. Systematicky byla problematika bez opory v cizojazyčných pracích rozebírána od konce 40. let 20. století. Pediatr MUDr. Karel Macek a tým jeho spolupracovníků z tehdejšího Sociodiagnostického ústavu



v Praze, objevili p i vy-et ování n kterých d tí ur ité nápadnosti v jejich vývoji, jejichfl podklad nalézali v drobných odchylkám v n kterých anatomických strukturách centrální nervové soustavy. P i vyhodnocování zji-t ných informací si pov-imli, fle u t chto d tí se objevují podobné zvlá-tnosti v ur itých psychických funkcích a komplikace zejména v dob t hotenství a porodu. Od roku 1949 za íná K. Macek pro podobné obtífle pouflívát termín **šlehké po-kození mozku** ( erná, 1999; Mat j ek, 1991; Michalová, 2007; T esohlavá, 1983).

Jako první provedl systematické zpracování celé problematiky v roce 1961 pedopsychiatr MUDr. JUDr. Otakar Ku era, primá D tské psychiatrické lé ebny v Dolních Po ernicích, s týmem pracovník Krajské d tské psychiatrické poradny St edo eského kraje. Spole n stanovují termín **šlehká d tská encefalopatie**, asto pouflívanou zkratkou je LDE.

*šV na-em pojetí rozumíme lehkými d tskými encefalopatiemi drobné difúzní poruchy mozkové tkán , trvalého rázu, vzniklé prenataln , perinatáln nebo postnatáln , ov-em p ed dobou dosp losti. Poruchy jsou lehké jen v tom smyslu, fle p i nich není z eteln ji postífena motorika a fle také rozumové schopnosti dít te z stávají v rámci pr m ru nebo jsou jen podpr m rné, nesestupují tedy na stupe debility. Naproti tomu nalézáme u t chto d tí jiné výrazné poruchy vy-í nervové innosti, a to v n kolika sm rech: v motorice, v percepci, v jednání i v my-lení. Tyto primární poruchy, spoluutvá ené zpravidla i nevhodnými metodami výchovnými, ke kterým samy zavdaly podn t, jsou pak podkladem širokého pásma nejr zn j-ích psychopatologických projev ō (Ku era, 1961, s. 11).*

Pojem encefalopatie lze podle Ku ery interpretovat jako trvalé po-kození mozkového substrátu (Ku era, 1961). Ufl tato skupina v dc si byla v doma, fle LDE m fle být zp sobena velkým mnofstvím odli-ných faktor a r zný je jak mechanismus postífení, tak naru-ená ást tkán mozku.

První odborné stat eských psychiatr i pediater poukazují primárn na organickou etiologii poruchy. Ze stejného principu vycházejí i d t-tí neurologové a do pov domí ve ejnosti p ivádí termín **šmalé mozkové po-kození**. ō Lesný do této skupiny zahrnuje v-echna drobná neurologická postífení, která mají stejný

etiologický podklad jako d tská mozková obrna, ale nacházejí se spí-e na p echodu mezi normalitou a abnormalitou. Tyto jedince rozd luje podle symptom na d ti:

1. neklidné
2. neobratné
3. s r znými senzorickými poruchami

Skupinu neklidných d tí ozna uje nejen za neklidné, ale také za dráždivé a emotivní a p irovnává je ke skupin jedinc , kte í podle O. Ku ery trpí šlehkou d tskou encefalopatií (Lesný, 1972).

Následující léta byla ve znamení zna ného rozvoje teorie i praxe, a to díky psycholog m, pedagog m i léka m. Na konci 60. let 20. století bylo jifi nasbíráno velké množství informací. Odborníci po celém sv t poufiivali odli-né termíny a definice, které poukazují na p í iny poruchy (nap . organické, vrozené, perinatální), jiné zd raz ují jejich p íznaky (nap . hyperkinetický syndrom, impulzivní poruchy chování, porucha pozornosti) a n která pojmenování se odvíjí z oblastí, která poruchy naru-ují (nap . lehká mozková dysfunkce, lehké po-kození mozku). Z d vodu pot eby sjednotit nejednotnou terminologii, byla v r. 1962 uspo ádána první mezinárodní konference v Oxfordu, na které bylo doporu eno ve sv t , a tedy i v eskoslovensku, ufiivat pro tyto poruchy termín **šlehká mozková dysfunkce** (minimal brain dysfunction), dále LMD. O n co pozd ji je tato porucha definována:

*Šyndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na d ti tém pr m rné, pr m rné nebo nadpr m rné obecné inteligence s ur itými poruchami u ení i chování, v rozsahu od mírných po t ílké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit r znými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvo ení poj m , e i, pam ti a v kontrole pozornosti, popud nebo motoriky ( erná, 1999, s. 14).*

Nová definice LMD se v zásad kryje s definicí lehkých d tských encefalopatií. P ívlastek **šlehká** se jeví jako diskutabilní, protože m fle být složitá ur it, která porucha je lehká a která je jifi t ílká. Mezi t ílké poruchy pat í nap íklad autismus, mentální retardace i slepota apod., neboli poruchy, jejichfi p íznaky se výrazn projevují v b ílných kařdodenních situacích, na rozdíl od

lehkých postifení, která jsou často sotva zachytitelná. Přesto nelze určit, které obtíže způsobují v životě dítěte větší komplikace, protože jak lehké, tak těžké poruchy narušují jeho chování i prožívání. Nezávadka se stává, ale jedinec je postifen jak těžkou, tak lehkou poruchou. V takovém případě bývá obtížné rozlišit, které problémy se objevily primárně a které jsou spíše jejich důsledkem.

Slovo **šmozkováň** je zdrazněno, ale drobná porušení se týkají přímo mozku, respektive ústředí reflexního oblouku. Mezi lehké mozkové dysfunkce tudíž nepatří problémy, ke kterým dochází v důsledku postifení receptorů, efektorů i drah reflexního oblouku.

**šDysfunkceň** v tomto termínu poukazuje na důsledky lehkého mozkového postifení. Zmínky některých psychických funkcí neodpovídají společenským normám, jedinec svým chováním a prožíváním vybojuje ze společnosti (Černá, 1999; Michalová, 2007; Turma, 2006; Tesohlavá, 1983).

Z výše uvedeného vyplývá, ale paleta příznaků LMD je velmi pestrá a zahrnuje nejen potíže, které dnes nazýváme specifickou poruchou chování, ale také například specifické poruchy učení, dyspraxii, brechtavost, dysfázii apod. S. D. Clements již v roce 1966 uvádí 10 nejčastěji zaznamenávaných charakteristik u lehkých mozkových dysfunkcí (cit. dle Černá, 1999):

1. Hyperaktivita
2. Percepční motorická oslabení
3. Emocionální labilita
4. Nedostatky v celkové koordinaci
5. Poruchy pozornosti
6. Impulzivita
7. Poruchy paměti a myšlení
8. Specifické poruchy výukové (učení)
9. Poruchy mluvené a slyšené řeči
10. Neurótické známky neurologické a nepravidelnosti na EEG

Pojem lehké mozkové dysfunkce začal být postupně velmi komplikovaným, protože zahrnoval příliš mnoho nápadností v chování dítěte. Někteří odborníci se proto v 80. letech snažili tento neurótický termín vnitřně diferencovat, neboli snažili se rozlišit lehké mozkové dysfunkce a jednotlivé projevy sloučit do většího počtu konkrétnějších poruch. Důvodem ufrívání

zpřesující terminologie bylo získávání stále většího množství informací a poznatků. Jako první se oddělila problematika specifických poruch učení, syndrom hyperaktivity a syndrom nesoustředěnosti. Ovšem hranice mezi těmito a dalšími nově definovanými nosologickými jednotkami nebyly přesně ohraničené. Většina symptomů se překrývala a jedinou změnou byl fakt, že dříve poté netrpěly jen LMD, ale více poruchami souvisejí (Matějka, 1991).

V současné době se objevují snahy úplného odklonu od používání pojmu lehká mozková dysfunkce, a vedle současného oficiálního názvu Hyperkinetická porucha, který nabízí MKN-10, se u nás používají zkratkami: ADD/ADHD. Termíny Attention Deficit Disorder, dále ADD, a Attention Deficit Hyperactivity Disorder, dále ADHD. Poprvé se objevily v roce 1980 v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti. V české odborné literatuře se syndrom ADD překládá jako porucha pozornosti či syndrom deficitu pozornosti a syndrom ADHD je překládán jako porucha pozornosti s hyperaktivitou či syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou (Mertin, 1997; Michalová, 2007). Syndromy ADD/ADHD můžeme tudíž chápat jako synonyma hyperkinetických poruch, respektive specifických poruch chování.

Syndromy ADD/ADHD a hyperkinetická porucha se od LDE a LMD liší, jsou spíše popisnými termíny, které se odklání od etiologického hlediska poruchy z důvodů nejasností a vychází z behaviorální roviny potíží.

Historické vymezení pojmu považují za dělitelé, protože jeho vývoj probíhal celou dobou změn, které mohou být matoucí, a je zřejmé, že dodnes neexistuje jednotné označení pro tyto poruchy. Největším rozdílem je pro nás terminologie americké odborné literatury, která dnes používá výhradně termíny syndrom ADD/ADHD. V současné době je žádoucí, aby se i u nás oprostilo od užívání pojmu LMD, se kterým se doposud setkáváme mezi laickou i odbornou veřejností. Některé dokonce odstupují i od užívání označení Hyperkinetická porucha. Přijetí termínů porucha pozornosti (ADD) a porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), které především popisují chování dětí a případné deficity v něm, respektive symptomy poruchy, se jeví jako snazší a užitečnější při následné spolupráci a nápravě. Na prvním místě přizpůsobení se nové terminologii je lepší zajistit potřebu klientů. Problémy dětí s SPCH vycházejí

p edev-ím z jejich chování, a proto p ístup cílený primárn na šlé buď deficitu pozornosti a problém s hyperaktivitou a impulzivitou m fle výrazn p ísp t k urychlení zlep-ení flivota klienta. Mimoto je t eba p íjmout novou terminologii z d vo du jejího uflívání mezi odborníky na mezinárodní úrovni, nejnov j-ími výzkumy i odbornými lánky sv tové literatury.

## 2 ETIOLOGIE

*šRozhodující poznatky o příčinách hyperkinetické poruchy byly získány teprve v průběhu posledních 15 letů* (Drtílková, 2007, s. 47). Přesto neexistuje shoda v tom, jaké jsou příčiny vzniku specifických poruch chování. Můžeme mluvit pouze o hypotézách vysvětlujících jejich etiologii. Nejčastěji se odborníci domnívají, že poruchy jsou způsobeny opožděným a nerovnoměrným dozráváním mozku nebo změnami v jeho struktuře, což způsobuje narušení jeho funkce, respektive mozek nepracuje tak, jak by měl. Příčinou narušení funkce mozku může být jeho poškození, ale také velké množství jiných biologických faktorů. Svě místo mají v této problematice i faktory psychosociální.

### 2.1 Biologické faktory

Období před narozením dítěte je rizikové pro vznik mnoha poruch a problém, specifické poruchy chování nevyjímaje. Současně odborníci věří, že do přenosu poruchy není zapojený jeden jediný hlavní gen, ale větší množství genů a SPCH může přecházet z jedné generace na další, což potvrdili rozsáhlými studii s dvojčaty a adoptovanými dětmi. Výsledky byly nepopiratelné, 80-90% případů, kdy jedno dítě mělo SPCH, trpelo chorobou i jeho dvojče. Ovšem mezi nepříbuznými dětmi se výskyt specifických poruch chování pohyboval mezi 3-5% (Munden a Arcelus, 2002). Neznamená to, že děti, u jejichž rodičů lze objevit symptomy SPCH s určitostí také budou mít tuto poruchu, ale pravděpodobnost je zde vyšší než u dětí zdravých rodičů. Podle Traina více dětí zdědí poruchu po otci, než po matce (Train, 1997). Munden a Arcelus upozorují na možnost zdědit ní ADD/ADHD od příbuzného druhého stupně. Větší riziko je podle nich po matčské linii dědečků nebo strýčků, než po babičkách a tetách (Munden a Arcelus, 2002).

Znamení vliv na vznik SPCH má také vrozený defekt ovlivňující metabolismus a funkci dopaminu a noradrenalinu. Tyto chemické látky, přenášející informace mezi mozkovými buňkami v různých částech mozku a

pomáhají udržovat chemickou rovnováhu v mozku (Munden a Arcelus, 2002).  
*š Dopamin je odpovědný především za kontrolu pohybové aktivity a její koordinaci, aktivaci organismu, reakci na nové podněty, ale podílí se také na ovlivnění pozornosti a chování, které souvisí s pocitem odměny. Noradrenalin hraje důležitou roli v procesech spánku a bdění, v udržování a koncentraci pozornosti, učení a paměti (Drtílková, 2007, s. 49).*

Na druhé straně, Obanská komise za lidská práva velmi vehementně upozorňuje na fakt, že chemická nerovnováha v mozku je pouhá neprokázaná domněnka. Valenstein říká: *š Nemáme k dispozici žádné testy, které by stanovily chemický stav mozku živého člověka (cit. dle Obanské komise za lidská práva, 2004, s. 6).*

V období perinatálního vývoje může vznik SPCH u dítěte ovlivnit rizikové chování matky v době těhotenství, například konzumace alkoholu a kouření (Drtílková, 2007), negativní vliv mohou mít i infekční onemocnění, endokrinní a nutriční faktory (Michalová, 2007) a zvažován bývá i vliv toxin prostředí (Drtílková, 2007). Podobní příčiny mohou způsobit problémy i v době postnatální, tedy pokud na dítě působí přímo. Zvýšený obsah olova v krvi by totiž mohl mít souvislost s projevy hyperaktivity, stejně jako radioaktivita, umělá arómata a některá barviva v potravinách. V současné době byly ovšem tyto domněnky pro nedostatek důkazů opuštěny (Drtílková, 2007). Mimoto některé léky mohou u jedince vyvolávat symptomy, které se podobají příznakům SPCH.

Vznik poruchy mohou ovlivnit také problémy v období perinatálním, například komplikovaný porod, nedonošenost, přehnošenost, abnormality polohy plodu, úinek medikace při porodu, snížený přísun kyslíku apod. (Goetz a Uhlíková, 2009; Michalová, 2007).

V době postnatální může dojít k poškození mozku například po úrazech hlavy nebo onemocnění napadající CNS. Podobná nebezpečí mohou také způsobit objevení příznaků specifických poruch chování (Munden a Arcelus, 2002).

Podle výzkumu Benderové bylo prokázáno, že mnoho dětí má problémy s chováním, konkrétně s hyperaktivitou a nedostatkem pozornosti, a vzdáváním zdvihů nezářitého symetrického tonického šívového reflexu (STTR). Nevyvinutý STTR může způsobovat pocit nepohodlí při dlouhodobém sezení ve šsprávné pozici, a proto děti opakovaně vstávají a sedají si. Na toto chování se

velmi snadno nabalí ztráta pozornosti a zasn nost, kterou d ti kompenzují své nep íjemné pocity (cit. dle O'Dell a Cook, 1999).

## 2.2 Psychosociální faktory

Podle Clementse byly v minulosti práv psychogenní faktory považovány za rozhodující p í inu vzniku podobných poruch, konkrétn ě například nep átelství mezi sourozenci nebo potla ená sexualita (cit. dle Michalové, 2007). Sou asní odborníci se shodují na tom, že porucha samotná nem śe být zp sobena ěpatnou nebo nedostate nou výchovou (Train, 1997) ani jinými psychosociálními faktory. Ov ěm vliv prostředí, ve kterém dít vyr stá, mohou hyperkinetické p íznaky potla it nebo zesílit (Drtílková, 2007). Výchova dít te s SPCH m śe být pro rodi e náro ná a únavná. Bývají hodnoceni jako ěpatní a neschopní postarat se o svého potomka, což negativn ě ovliv uje jejich vztah i chování k dít i. Zanedbávající, nestabilní, nepodporující nebo chaotické rodinné prostředí m śe dále zhor-it výskyt a intenzitu p íznak ś SPCH, stejn ě jako jednorázové stresující nebo traumatické záflitky.

Laniado se zabývá my-lenkou, zda není p í inou ADD/ADHD ś hyperpasivní ě prostředí, které dít i neposkytuje pot ebné podn ty a pochopení. *ŠDít te se zmoc uje nervozita, neklid a hyperaktivita podle toho, v jakých situacích se nachází ě* (Laniado, 2004, s. 26). Tento názor podporuje podle Laniada fakt, že v letních m sících ubývá p ípad ś d tí trpících syndromem hyperaktivity (Laniado, 2004).

Odborníci upozor ují na kofein, tato látka m śe být v n kterých p ípadech viníkem hyperaktivního chování. Stejn ě chování mohou v d tech vyvolat ur it ě potraviny, protože na látky v nich obsaśené, mohou být d ti alergické (Hyperactivity or Food Allergy, 2011).

## 2.3 Etiologie poruch chování

Poruchy chování, n kdy ozna ované jako nspecifické, se od specifických poruch chování nejvíce li-í p í inami vzniku. Biologické faktory, p edev-ím



diagnostiku, z etelno vliv uží vznik agresivního chování. Ovšem agresivní chování se stejně jako v tina dalších poruch chování objevuje nejast ji jako výsledek p sobení faktor psychosociálních (Malá, 2008b).

Dti pro správný vývoj potebují dobré rodinné zázemí, kde se nauí spoleenskému chování, jehož základem je dodrřování norem. Základem správné výchovy je opravdový zájem o dti, ád a spravedlnost. V rodin , kde tyto základní pravidla nejsou dodrřována, se dti nenauí chovat tak, jak po nich spole nost fládá. Pokud navíc chování samotných rodií je asociální i dokonce antisociální, dti takové jednání mohou považovat za normální a uí se je napodobovat. Starí dti se mimo rodinu pohybují mezi svými vrstevníky a i zde se uí a napodobují chování, které m fl být okolím obdivováno, a koliv je pro spole nost nevhodné. Stejn tak mohou dti imitovat agresivní i jiné protispole enské chování z dalších zdroj , například z televize. Negativn mohou na rozvoj poruch chování p sobit také sociální faktory. Nízký socioekonomický status, vysoká nezam stanost, nedostatek vzd lání, existence subkultury, kde je delikvence akceptována a mnoho dalších m fl výrazn zm nit chování jedince (Zelinková, 2007). Zvyující se po et rizikových faktor a jejich kumulace zvyúje riziko výskytu poruchy.

### **3 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ NEBOLI HYPERKINETICKÉ PORUCHY**

V této části blíže charakterizují jednotlivé hyperkinetické poruchy. Ústředním zdrojem je pro mě opět Mezinárodní klasifikace nemocí, která podává nejlepší pohled na výskyt a rozdělení. Pod diagnózou F90 Hyperkinetické poruchy se skrývá:

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

F90.1 Hyperkinetická porucha chování

#### **3.1 Porucha aktivity a pozornosti**

Pokud jsou splněna všechna kritéria pro hyperkinetickou poruchu a nejsou splněna kritéria pro poruchu chování, je možné kódovat u dítěte diagnózu porucha aktivity a pozornosti. Tato kategorie se může manifestovat buď ve formě pouze problému s pozorností, nebo pouze problému s nadměrnou aktivitou, například impulzivitou, ale také rozlišujeme poruchy, které se projevují všemi těmi klíčovými symptomy souasně. Existují tudíž i možné stavy:

- syndrom deficitu pozornosti
- syndrom s hyperaktivitou
- porucha pozornosti a hyperaktivity

##### **3.1.1 Porucha pozornosti**

Ústředním rysem hyperkinetických poruch je právě deficit pozornosti. Může být jedním z mnoha symptomů poruchy, ale zároveň může být také jediným výrazným projevem. Terminologie používaná k označení tohoto stavu je opět nejasná. Pro samostatnou poruchu pozornosti, respektive deficit pozornosti, se dnes nejčastěji užívá označení syndrom ADD, nebo také hypoaktivní porucha.

Pojem ššyndromõ znamená souasný výskyt několika typických příznaků, symptomů, které charakterizují chorobný stav (Hartl a Hartlová, 2000, s. 579).

V souvislosti s poruchou pozornosti je užíván, jelikož pozornost je psychický proces skládající se z dílčích složek, jejichž narušení má typický projev.

Termín šhypoaktivníõ poukazuje na možnost výskytu snížené úrovně aktivity v rámci specifických poruch chování (Serfontein, 1999). Tito jedinci jsou v t-inou apati t, ti-í, bezkonfliktní. Obvykle na sebe neupozorují nevhodným chováním, ale na druhé straně mohou být považováni za líné, bez zájmu a provokující. Pokud se podíváme blíže do jejich profilování, najdeme zde podobný zmatek, jako u ostatních dětí s SPCH. Přesto konkrétní problém s sníženou aktivitou není v odborné literatuře v nově dostatek pozornosti a tato oblast bývá společně přehlížena.

**Pozornost** je psychická funkce, která *š í lidem umožní uje monitorovat vnějš i vnitřní prostředí a vybírat z něj pouze ty podněty, které si v daném okamžiku přejí nebo potřebují uvědomit, přičemž ostatní ignorujíõ* (Plháková, 2007, s. 77). Správná funkce pozornosti je proto důležitá pro fungování celého lidského organismu, na který v každém okamžiku působí obrovské množství vnitřních i vnějších podnětů. Kromě toho, ře pozornost umožňuje množství jevů, které vstupují do lidského vědomí, zesiluje význam těch kterých vstupujících podnětů a reguluje řzné poznávací funkce, například vnímání i myšlení.

Podle Michalové lze poruchu pozornosti rozdělit do dvou forem (Michalová, 2007):

- dítě je neschopné oddělit se od rušivých vlivů okolí a zaměřit pozornost na podstatné jevy, věnuje pozornost věm aktuálně působícím podnětům zároveň a bez rozdílu v jejich důležitosti
- dítě je neschopné zaměřit a udržet pozornost na určitou činnost vlivem zvýšené unavitelnosti centrální nervové soustavy, pozornost dítěte kolísá, popř. ulpívá, rychle se unaví a klesá

Následující úryvek popisuje část vyšetření sedmileté dívky v pedagogicko-psychologické poradně, a to z důvodu podezření na existenci specifické poruchy chování:

*Při vyšetření sedla dívka u stolu poblíž okna a odpovídala na otázky pokládané psychologem. Zpočátku byl její výkon stabilní, především díky dobré motivaci (vyšetření probíhalo v době vyučování, a dívka se jej tudíž nemusela uastnit). Spibývajícím úkolem vyšetření za cíl být viditelná dívka únava, odpovědi jí nebyly tak rychlé a radostné. Naprostá ztráta koncentrace vyvrcholila po několika minutách během opisu v t, kdy dívka v plce rozepsané v ty odložila pero, podívala se z okna, prohlédla si místnost a za cíl vyprávět: „Dnes je venku krásně, těším se, až si budu moct odpoledne hrát, musím si splnit domácí úkoly, vy tady máte ale spoustu knífků.“*

Vágnerová rozlišuje tyto složky pozornosti, které mohou být při SPCH narušeny (Vágnerová, 2009):

- slabá koncentrace (soustředění)
- krátká trvanlivost (délka)
- nízká selektivita (výběrovost)
- malá distribuce (rozsah)
- nedostatečně rozvinutá pozornost (pružnost)

Ve většině případů dochází u poruchy pozornosti k narušení všech jejích dílčích složek souasně, což vede ke vzniku stavu podobného následující charakteristice. Vlivem nedostatku pozornosti mají děti problémy soustředit se a dokončit započatý úkol i hru, a to i v případě, že je činnost baví. Snadno se nechají rozptýlit podněty, které nesouvisejí s jejich momentální aktivitou jako je hluk, okolní pohyb, ale i vlastní myšlenka. Reagují na vše, co jejich smysly zachytí. Neumí rozlišit, co je důležité a co nepodstatné, proto je nedokonale vyvinutá CNS jim to nedovoluje. Některí jedinci se naopak neúmyslně vnují nedůležitým detailům a upívají na určitých podnětech a nejsou schopni řešit problém jako celek.

Podle MKN-10 může být nepozornost v rámci hyperkinetické poruchy diagnostikována u dítěte, u něhož alespoň šest z uvedených příznaků přetrvává po

dobu nejmén –est m síc , neodpovídá jeho v ku a vývojovému období a má za následek neschopnost p izp sobit se (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 2000a):

1. asto se mu neda í pozorn se soust edit na podrobnosti nebo d lá chyby z nepozornosti ve –kole, p i práci nebo p i jiných aktivitách;
2. asto neudrřlí pozornost p i pln ní úkol nebo p i hraní;
3. asto se zdá, ťe neposlouchá, co se mu íká;
4. asto nedokáťe postupovat podle pokyn nebo dokon it –kolní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovi–ti (nikoli proto, ťe by se stav lo do opozice i nepochopilo zadání);
5. asto není s to uspo ádat si úkoly a innosti;
6. asto se vyhýbá úkol m, nap íklad domácím pracím, které vyťadují soust ed né du–evní úsilí;
7. asto ztrácí v ci pot ebné pro vykonávání ur itých úkol nebo inností; nap íklad –kolní pom cky, pera, knířky, hra ky nebo nástroje;
8. asto se dá lehce vyru–it vn j–ími podn ty;
9. asto je p i b řlných denních innostech zapomn tlivé.

Pozornost ovliv uje proces vnímání. V d sledku deficitu pozornosti má jedinec asto problémy s nasloucháním a pln ním pokyn u itel , rodi nebo jiných dosp lých, protoťe ťvypínáõ, cofl se m ťe jevit jako ťzasn nostõ (Riefová, 1999). Podobné stavy vedou k neustálým stířnostem a k upozor ování na nevhodné a neposlu–né chování dít e.

Pozornost siln ovliv uje také my–lení, pam , respektive u ení (Vágnerová, 2009). D ti s poruchou pozornosti si obtířn osvojují, pamatují i vybavují nové dovednosti a v domosti. Mimoto chybují v jifl nau eném a asto zapomínají. Ke v–em jmenovaným psychickým proces m je totifl mimo jiné pot ebná dob e rozvinutá schopnost zam it a udrřlet pozornost. Z d vod deficitu pozornosti, respektive dal–ích psychických funkcí, mívají d ti problémy ve –kole, kde bývají hodnoceny jako slabé, n kdy afl hloupé. K nedorozum ní m ťe docházet i doma, protoťe d ti asto zapomínají plnit své povinnost, ztrácí své v ci a ani mezi kamarády nebývají pro své nedostatky dob e p íjímány.

Podle Malé selhávají d ti s poruchou pozornosti také v tzv. exekutivních funkcích, tj. vytvá ení, sekvencování a realizaci plán a úkol (Malá, 2008a).

Nejsou schopny samy si zorganizovat svou práci, ale ani zábavu, protože mají problém s vytrvalostí a motivací. Věchny tyto potíže op t úzce souvisí s neschopností dlouhodobé koncentrace. D tí lépe fungují v situacích, které p iná-ějí okamžitě uspokojení, p i déletrvajících aktivitách vyfladujících trp livost, pot ebují pomoc a dohled dosp lé osoby.

V následujícím úryvku, na základ vlastní zkušenosti, popisují situaci typickou pro práci s d tmi s deficitem pozornosti:

*Sou částí každé d tské dramaterapeutické skupiny pro hyperaktivní d tí je krátké divadélko s malými ma ásky. V ideálním p ípad by d tí sed ly na svých pol-tá ích p ed jevi-t m a sledovaly krátký p íb h, který by poté m ly možnost společ n s doprovázejícím dosp lým sehrát formou hry. Ov-em pro d tí s deficitem pozornosti je nemožné udržet koncentraci na celé n kolikaminutové p edstavení, a koliv bývá vřdy pe liv p íravené a interak ní. V-echna divadelní p edstavení mají ze strany d tí stejný p r b h ó po p ivítání loutek jejich pozornost opadává, vstávají ze svých míst a snaží se v-emi možnými zp soby proklouznout za oponu nebo alespo co nejbliže k ma ásk m. Pokud se p eci jen poda í n které z d tí udržet na svém míst a zaujmout jej p íb hem, sebemen-í pohyb kteréhokoliv kamaráda jeho momentální chvilkové soust ed ní okamžit rozpřlí.*

### 3.1.2 Porucha hyperaktivity a impulzivity

Jedním ze základních symptom hyperkinetických poruch je **hyperaktivita**. Nej ast jí se vyskytuje souasn s impulzivitou a v t-inou také s poruchou pozornosti. V odborné literatu e se pravideln setkáváme s p ípady, které jsou v moderní terminologii nazývány syndromem ADHD, tedy poruchou pozornosti a hyperaktivity.

N kte í sou asní e-tí odborníci p ejímají terminologii a klasifikaci amerických specialist a pracují p edev-ím s pojmem ADHD (Michalová, 2007), a jiní dokonce tento termín chápou jako synonymum hyperkinetické poruchy (Goetz a Uhlíková, 2009). Ani tito odborníci v-ak nemohou p ehlédnout, že zastoupení t í klí ových symptom SPCH není u v-ech d tí stejné, a proto

rozlišují tzv. subtypy ADHD. Do subtypu ADHD s převládajícími obtížemi v pozornosti spadá 25-30% pacientů s ADHD. Dítě s hyperaktivní a impulzivní tvorbou problémů 10-20%. Nejčastějším subtypem je tzv. smíšený typ ADHD, ve kterém se manifestují všechny tři složky poruchy. Vyskytuje se asi u 50% dětí s ADHD. Přítomnost každého z jednotlivých subtypů není trvalá. Jedinec se vyvíjí, a proto se míra vyjádření každého příznaku mění (Goetz a Uhlíková, 2009).

Vzorem k podobnému tématu je pravděpodobně R. A. Barkley, který už v 90. letech 20. století kategorizuje děti s ADHD podle přítomnosti hyperaktivity a rozlišuje (Barkley, 1990):

ADD/ + H = ADD s hyperaktivitou; děti v této skupině jsou agresivnější, více odmítány vrstevníky, mají nižší sebeúctu než děti z druhé skupiny;

ADD/ - H = ADD bez hyperaktivity; děti v této skupině jsou úzkostnější, zasněnější, apatičtější a lenivější než děti z první skupiny.

Mimoto R. A. Barkley rozlišuje ADHD s agresivitou. U těchto dětí se ve větší míře objevuje fyzická agrese, lhaní, krádeže a odmítání vrstevníky než u jedinců s istou formou ADD nebo istou formou agresivity. Navíc autor kromě uvedených poruch rozlišuje tzv. ODD, neboli opoziční chování (Barkley, 1990), které je v ČR chápáno jako symptom nespecifických poruch chování.

Hyperaktivita je významným a nejnápadnějším symptomem, který odlišuje syndrom ADHD od ADD. K poruchám aktivity dochází na základě špatného fungování procesů podráždění a útlumu centrální nervové soustavy. Hyperaktivita se objevuje právě v důsledku nedostatečného rozvoje útlumových procesů (Michalová, 2007).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí může být hyperaktivita u dítěte diagnostikována, pokud alespoň tři z následujících příznaků přetrvávají po dobu nejméně čtyř měsíců, neodpovídají věku a vývojovému stadiu dítěte a mají za následek jeho nepříjemnosti (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 2000a):

1. často bezdůvodně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na křesle;
2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by měl zůstat sedět, vstává ze křesla;

3. často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu);
4. často je nadměrně hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech;
5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřídit společenským podmínkám nebo požadavkům.

Hyperaktivita je nejčastěji vyjáděna nápadnou pohyblivostí, flivostí, neschopností zůstat v klidu, a ačkoliv je tento pohyb výkonnostně správně provedený, je samostatný, nekoordinovaný a často nepesný.

Zevní, fyzický neklid se s nárůstajícím věkem může změnit na pocit vnitřního nepokoje a tenze, kterou jedinec prožívá ve chvílích, kdy vzhledem ke svému věku jí být je nutné setrvat na místě (Goetz a Uhlíková, 2009).

Mimo zvýšené motorické aktivity se u hyperaktivních jedinců objevuje také zvýšený verbální projev. Děti jsou upovídané, vypráví o věcech, co jim přijde na mysl a stále se ptají, komentují, nebo vydávají atypické zvuky. Často nedokážou odhadnout intenzitu svého hlasu, proto mluví velmi nahlas, ať už k němu, aniž by si to uvědomovaly. Mimoto mají potíže vyjádřit své nápady okamžitě, proto skáčou do řeči a přerušují druhé (Malá, 2008a; Pokorná, 2001; Train, 1997).

Mohlo by se zdát, že hyperaktivní jedinec má v těle zásoby energie, neřeknu jeho zdraví vrstevníci, ovšem opak je pravdou. Jedinec se syndromem ADHD se po jakékoliv aktivitě velmi rychle unaví a podráždí, ale jeho aktivní úroveň zůstává i poté vysoká a útlumové procesy nízké z důvodu narušené nervové soustavy. Rychlé přecházení z jedné činnosti do činnosti jiné, je pro něj způsobem sebeobsluhy, ale také únavy z činnosti přechodní. Jiného způsobem není hyperaktivní jedinec obvykle schopný.

Pro konkrétní případ uvádím příklad hyperaktivního chování, se kterým jsem se setkala u chlapce se specifickou poruchou chování při skupinové psychoterapii:

*Při práci s chlapci druhého stupně základní školy objevuje snahu pracovat nejen prostou ednicí technik, ale také rozhovoru. Vzhledem k tomu, že*



v třídně má viditelné problémy s nadměrnou aktivitou, a to jak motorickou, tak i verbální, bývá často udržitelný jedině v interakci a skupinové práci. Hyperaktivní děti se v třídě snaží projevit, mají chuť vyprávět a vyjadřovat verbální okamžité nápady, ale pokud jejich potřeba není okamžitě uspokojena a slovo dostává jiný člen skupiny, jejich pozornost upadá. Bohužel vlivem poruchy v třídě nedokážou v klidu sedět a naslouchat druhým. Děti v této skupině si jsou v domě pravidel, které musí dodržovat, proto nevstávají a neodcházejí, ale zvýšená úroveň jejich aktivních procesů je nezastavitelná. Pokud chlapci nemají prostor ventilovat svou nahromaděnou energii slovně, vyřívají k tomu fyzickou aktivitu. Obvykle se ožívají, vrtí, houpou nebo padají ze židle, poházejí kamaráda sedícího vedle nich, hrají si s prsty, dotýkají se svého těla a obličeje nebo jen zvedají ruce a hlásí se.

S hyperaktivitou úzce souvisí další symptom hyperkinetických poruch, **impulzivita**, která se také objevuje v důsledku nedostatečného rozvoje útlumových procesů CNS (Michalová, 2007).

Podle MKN-10 pro pozitivní diagnózu impulzivity alespoň jeden z následujících příznaků přetrvává u dítěte po dobu nejméně 6 měsíců v takové míře, že má za následek nepříznivou sobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 2000a):

1. často vyhrkne odpověď, než byla dokončena otázka;
2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, ať na něj přijdou řada přání nebo v kolektivu;
3. často přerušuje ostatní nebo se jim pleče do hovoru;
4. bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví.

Chování impulzivního jedince je nahodilé a zbrklé, odvíjí se od okamžitého nápadu, impulzu, který vychází z aktuálního pobídnutí nebo signálu. Toto chování je problémové, protože jedinec si v něm nedokáže promyslet předem, čím nejdrívěji reaguje a teprve potom přemýšlí (Riefová, 1999). Impulzivita přispívá k mnohým obtížím, protože je spojená s velkým množstvím rizik a úrazů. Velmi často se stává, že děti vbíhají do silnice, aniž by se rozhlédly, protože byly upoutány předem na druhé straně ulice nebo zkoumají nebezpečná místa,

aniž by přemýšlely nad tím, co v-ě se jim tam m-ě stát. Star-í d-ě ti se cht-í zalíbit kamarád-ě, a proto se podrobují jejich hazardním nápad-ě bez promy-šlení jejich bezpečnosti, pou-tí se do sexuálních dobrodružství apod. (Goetz a Uhlíková, 2009; Munden a Arcelus, 2002).

Impulzivita a nedostatečné sebeovládání způsobují konflikty i v sociální oblasti. Děti mají problém dodržovat příkazy a podrobovat se autoritě, a a koliv jsou jejich reakce nepromyšlené a spontánní, mohou budít dojem, že si v neřádném chování libují.

Následující úryvek popisuje impulzivní chování dětí s SPCH při skupinové psychoterapii:

*Při práci s chlapci druhého stupně základní školy každé sezení zaúčastněním zážitků z uplynulého týdne a tzv. náladom rem, kde v-ichni mohou rukou ukázat, kde se toho dne nachází jejich nálada na škále od podlahy po vzpašení. A koliv sezení se v-ětinou neúčastní víc jak osm chlapců, není možné realizovat školu, ve kterém by se v-ichni postupně vyst-ídali a bylo dodrženo základní skupinové pravidlo š Mluví jedenš. V-ětinou chlapců nevydrží ekat, aš na n-ě dojde ada a mají neustálou potřebu dopl-ovat vypráv-ění svých kamarád-ě svými vlastními zážitky nebo komentáři.*

### 3.2 Hyperkinetická porucha chování

Jedná se o hyperkinetickou poruchu sdruženou s poruchou chování. Pro stanovení této diagnózy musí být splněna všechna kritéria pro obě poruchy. MKN-10 upozorňuje, že mírnější stupeň hyperaktivity a nepozornosti je u poruch chování běžný. Zároveň platí, že pokud je hyperaktivita i deficit pozornosti výrazný a pronikavý a jsou splněna kritéria pro hyperkinetickou poruchu, dává hyperkinetické poruše chování přednost před poruchou chování (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 2000a). Mimoto je třeba si uvědomit, že poruchy chování mohou být sekundárním následkem SPCH, v takovém případě není možné stanovit pozitivní diagnózu pro obě kategorie. Stanovení diagnózy hyperkinetická porucha chování je poměrně složitá, proto je třeba, aby se vyšetření zúčastnili všichni odborníci, a to i učitelé a sociální pracovníci, kteří

zaji- ují komunikaci s rodi i. Podle Goetze a Uhlíkové asi 14% pacient se specifickými poruchami chování trpí souasn váfn j-ími poruchami chování (Goetz a Uhlíková, 2009). Mimoto má tato diagnóza -patnou prognózu, protofe pro jedince existuje v t-í riziko rozvoje budoucího násilného chování a delikvence (Drtílková, 2007).

### **3.3P idružené p íznaky, poruchy a onemocn ní**

Krom uvedených t í základních symptom odborná literatura uvádí dal-í projevy typické pro specifické poruchy chování. A koliv se u dít te objevovat nemusí, odborníci se shodují, fe jsou -asto sou ástí celkového obrazu poruchy. Pro stanovení p esné diagnózy je proto d leflité, aby do procesu vstoupili r zní odborníci ó léka i, psychologové, psychiat i, speciální pedagogové, ale také u itelé nebo sociální pracovníci. Ti v-ichni mohou pomoci objevit, které nevhodné chování je projevem SPCH, a které je symptomem jiné poruchy i onemocn ní.

Podle Riefové se u n kterých d tí s SPCH m fe objevovat agresivní chování a nep im en silná reakce i na drobné podn ty (Riefová, 1999). Matou-ek a Kroftová udávají, fe mezi mladistvými, kte í vykonávají trest nebo jsou umíst ní ve výchovných institucích z d vodu p estupku zákona, je 16-30% hyperaktivních jedinc (Matou-ek a Kroftová, 2003).

D tí s SPCH mívají potíffe s p echodem k jiné innosti. V t-inu úkol , které si samy vyberou, vykonávají spontánn , ov-em v p ípad , kdy je jim konkrétní úkol zadán, mají problémy vyuflít své znalosti, pracují stereotypn a s ur ítou asovou prodlevou (Riefová, 1999; Goetz a Uhlíková, 2009). Dále byla zaznamenána i celková výkonností variabilita ve v-ech typech innosti ó v testech, domácích pracích, sociálních interakcích apod. P esnost a správnost vykonaného se m ní od pokusu k pokusu od výborné k nedostate né.

N které hyperkinetické d tí mají problémy se spánkem, p edev-ím s usínáním, probouzejí se uprost ed noci a trpí no ními d sy (Michalová, 2007). Vzhledem k jejich pot eb zvý-ené fyzické aktivity by se mohlo zdát, fe po celém dnu budou vy erpané a unavené d íve, nefl jejich vrstevníci, ov-em ony -asto

nerady ulehají do postelí nebo se ráno velmi brzy budí. U nich kterých dítí je výrazná pohybová aktivita znatelná i během spánku, často kolem sebe kopou, otáčejí se v posteli a někdy z ní mohou i vypadnout (Goetz a Uhlíková, 2009).

Dalším typickým příznakem je emocionální nevyrovnanost. Hyperaktivní děti mají sklon k nepředvídatelným výkyvům nálady, které jsou výsledkem sebemenšího podnětu z organismu nebo vnějšího prostředí. Navíc jsou emocionálně labilnější, nejlépe jejich vrstevníci a reagují citlivěji, často ale nepochopitelně. Změny v oblasti emotivity mohou být také sekundárního charakteru. Děti s SPCH bývají vzhledem ke svým nedostatkům společností přijímány ambivalentně nebo odmítány. Bývají hodnoceny jako neúspěšné, neschopné a jsou kritizovány, což ovlivňuje jejich prožívání (Vágnerová, 2009).

Mohou se objevit také poruchy pohybové koordinace. Tyto děti bývají neúspěšné a neobratné, ššsamá ruka, ššsamá noha (Michalová, 2007). Kromě hrubé motoriky, bývá narušena i jemná motorika, což se projevuje například při psaní. Problémy mohou také nastat v případě útlivosti senzomotorické koordinace ššoko-ruka a ššoko-noha (Serfontein, 1999). Neobratnost a neúspěšnost není negativně hodnocena jen ve šškolním prostředí, ale také v sociálních vztazích. Děti si často vybírají kamarády podle jejich výkonů ve sportu a neúspěšné vrstevníky odmítají.

Problémy se šše ššbývají dalším příznakem SPCH. Nesprávně fungující CNS ovlivňuje možnost verbální komunikace ššt ššto děti. Šše bývá oššofdná po stránce obsahové, ale také se objevují problémy s vyslovováním hlásek a tvořením slov šši v t (Michalová, 2007). V nich kterých případech se porucha šše ššprojevuje jako koktavost. Koktání je v šštinou ššsledkem potíží s krátkodobou pamětí, v jejím šššledku si není jedinec schopný zapamatovat myššlenku do té doby, než ji vysloví (Serfontein, 1999).

K dalším příznakům, které nemusí být v šššdly zřejmé, je zhoršený odhad času. Děti s SPCH mají obtíže vytvořit si reálný časový plán a odhadnout kolik času jim na které činnosti zaberou (Goetz a Uhlíková, 2009).

Zná se šščást dětí se specifickými poruchami chování trpí ššsou ššasně více nemocemi i poruchami. Při diagnostice je ššt ššeba rozpoznat výskyt jiných problémů, protože symptomy specifických poruch chování je mohou zakrývat. Podle Goetze a Uhlíkové je přítomnost dalších poruch u dětí s ADHD u 60-70% případů (Goetz a Uhlíková, 2009).

Velmi často lze zaznamenat souasný výskyt SPCH a specifických poruch u ení, dále SPU. Tyto dvě poruchy k sobě mají blízko, protože byly dříve chápány jako dva příznaky jednoho chorobného stavu (více kap. 2). Na základě výzkumů Barkleyho byla dokonce prokázána spojitost SPU a SPCH na bázi genetické predispozice (cit. dle Michalové, 2007). Velmi častý je jev, kdy problémy s učením jsou sekundárním následkem SPCH. Vágnerová tyto problémy označuje za nespecifické poruchy u ení. Děti mívají obtíže se čtením, pravopisem, psaním, protože se nemohou naučit plně soustředit, nestíhají tempo svých spolužáků a neradi pracují bez okamžité odměny. Horší školní prospěch ovšem neodpovídá jejich inteligenci, a proto bývají nepochopeny a vinny za špatné školní výsledky (Vágnerová, 2009).

Další komorbidní poruchou je porucha chování nespecifická. Odmítané a kritizované děti se snaží být součástí naší společnosti, a koliv je to pro ně náročné, není pro zdravé jedince. Hledají způsob, jak se vyhnout konfliktům, trestům a situacím, které jim nepřinášejí užitek, výsledkem mohou být vhodné, ale i nevhodné a problematické formy chování, které mohou mít podobu poruch chování, ale jsou spíše obrannou reakcí než zlobením. Nespecifické poruchy chování jako sekundární jev se objevují v pozdějším věku dítěte a stupují se s dospíváním. Při diagnostice je třeba pečlivě zvážit, kterému typu poruch chování symptomy patří. Pokud se SPCH a poruchy chování nespecifické objevují zároveň, je dítěti diagnostikována Hyperkinetická porucha chování.

Kromě zmíněných poruch školních dovedností a chování, mohou se i problémy v pohybové koordinaci, čtení, spánku apod. vyvinout v určitou poruchu. Dále děti s SPCH mohou trpět úzkostnými poruchami, depresemi, bipolárními afektivními poruchami, tikovými poruchami, emočními problémy, problémy v oblasti sociálních dovedností, objevuje se enuréza apod. (Drtílková, 2007; Munden a Arcelus, 2002). Příznaky těchto chorobných stavů mohou být považovány za symptomy příslušné psychické poruchy, ale zároveň mohou vznikat jako reakce na frustrace, které děti s SPCH zažívají.

Na základě existence či neexistence příslušných příznaků a poruch Taylor rozděluje děti s ADHD rámcově do tří skupin (cit. dle Pilaové a Kavale-Pazlarové, 1999, s. 20):

1. skupina dětí s výrazným hyperaktivním chováním, které se objevilo již v raném věku, bývá doprovázeno určitým vývojovým opožděním;

2. skupina dětí s pozdějším nástupem hyperaktivity (diagnostikované až po nástupu školní docházky), bývá spojena s různými formami poruch učení;
3. skupina dětí s prodlouženými emocionálními poruchami (zejména úzkostí a depresí), objevuje se nejvíce vliv stresových faktorů pocházejících ze sociálního prostředí dítěte.

Kompletní lékařské vyšetření před stanovením diagnózy je žádoucí, aby bylo možno odhalit, zda problematické chování nesouvisí se zdravotním stavem dítěte. Dítě, které se jeví jako hyperaktivní a nesoustředěné, může mít horší zrak či sluch, záchvatové onemocnění, problémy se čtenou flázou apod. (Train, 1997).

### 3.4 Věková specifika

Podle Riefové nelze specifické poruchy chování považovat za nemoc, ze které dítě vyroste. Její příznaky se objevují velmi brzy, nejpozději do pátého až šestého roku života jedince a v průběhu jeho vývoje se velmi rychle promítají spolu s ním (Riefová, 1999). Jinými slovy, to, co platí pro pětileté dítě, nemusí se objevovat u dítěte sedmiletého, natož pak u dospělého jedince.

Příznaky hyperkinetických poruch se mohou v průběhu dospívání zmírnit nebo spontánně vymizet. Ovšem podle Goetze a Uhlíkové se až u 80% dětí s SPCH setkáváme s touto diagnózou i v adolescenci a až u 60% jedinců u kterých příznaky přetrvávají do dospělosti (Goetz a Uhlíková, 2009). Tato statistická čísla upozorňují na fakt, že nelze jen očekávat přirozené vymizení problémů, ale díky vytvoření včasné a dobré diagnózy, odpovídající odborné spolupráci a vlivem správného výchovného působení, může dojít k zmírnění nebo dokonce ústupu některých symptomů. V následující části stručně popisují, jak se příznaky SPCH projevují v různých obdobích života.

### 3.4.1 První roky života

Již nadměrné pohyby plodu mohou být jedním z faktorů, které mohou signalizovat existenci hyperkinetické poruchy (Kent, 1997). U novorozence i kojence můžeme pozorovat chování, které by mohlo souviset a vést k rozvoji hyperaktivity. V této době si brzy vytvoří určitý rytmus střídání spánku a bdění, hyperaktivní dítě má již v tomto období nepravidelný biorytmus (Michalová, 2007). Dítě bezdůvodně pláče mnohem více, než v této době jeho vrstevník a nevyrovnaný je i příjem potravy. Podobné projevy pokračují i v průběhu prvních let života. Denní režim je dlouho nepravidelný, dítě se v noci budí a přes den usíná. Mimoto jsou velmi živé, zajímají se o podněty kolem sebe, což může být hodnoceno okolím jako zvědavost, ale zároveň si z působících stimulů neumí vybírat, jsou zahlceny a přebíhají od jedné činnosti ke druhé. Někdy se objevuje nerovnoměrný psychomotorický vývoj, dítě dříve leze, než sedí, je neobratné apod. (Goetz a Uhlíková, 2009). Pro batolecí období je typická snaha o osamostatnění a rozvíjení sociálních vztahů díky rozvíjející se i i pohybovým dovednostem. Hyperaktivní a impulzivní chování umožňuje pouze krátké a jednoduché interakce, které jsou ovlivněny často opožděnou a omezenou lokomocí.

Období prvních let je velmi náročné pro rodiče, kteří očekávali dítě, o kterém četli v knihách a viděli u svých přátel. Nechápu, proč je jejich miminko jiné, hledají viníka a mají často problém, vytvořit si k dítěti kladný emoční vztah, který je velmi důležitý pro jeho budoucí zdravý vývoj.

### 3.4.2 Předškolní věk

Pro předškolní dítě je typickou aktivitou hra a přičemž se poprvé výrazněji projevují poruchy pozornosti. Dítě s SPCH nevydrží dlouho ani u hracích aktivit, které je baví a pokud nedosahují okamžité odměny, jsou frustrované, vztekají se a mohou být i agresivní. Dítě v tomto období začíná být autonomnější, rád poznává své věci, a proto především hyperaktivní a impulzivní jedinci vyjadřují neustálou pozornost. Velmi výrazná je odchylka od normy v oblasti

motoriky, a to jak hrubé, tak i jemné (Michalová, 2007). Mohou se také objevovat různé poruchy nebo stavy neodpovídající normě ve vnímání, emocionální.

V této době děti vstupují do prvních kolektivních záležitostí a rodiče jsou poprvé konfrontováni s negativní kritikou cizích lidí na svého potomka. Děti se musí učet podléhání pravidlům a poslouchání autorit. Specifické poruchy chování jim nedovolují dodržovat normy, cítí se omezovány a vzhledem ke svým problémům v sebeovládání vyvolávají konflikty nevhodným způsobem.

### 3.4.3 Tříkolní vztah

První znaky specifických poruch chování se nejpozději objevují právě po vstupu do třídy, kde začnou opravdu vadit. Děti musí v klidu sedět, soustředěte se na poslech výkladu, samostatně pracovat na zadaných úkolech, a také spolupracovat. Povinnosti jsou v rozporu s potřebami dítěte s SPCH, a proto je pro něj těžké je dodržovat. I z toho důvodu dostávají děti se specifickými poruchami chování často odklad třídní docházky. Když tedy jedinec konečně přichází do třídy, předpokládá se, že je již zralý pro plnění povinností třídníka. Vzhledem k tomu, že specifické poruchy chování nejsou stavem, který je na první pohled viditelný jako například smyslové vady, tělesná postižení apod., bývají lidé neoznámeni s prvními znaky poruchy nechápaví. Po dítěti je vyžadováno dodržování stejných pravidel jako po dítěti zdravých, což pro něj není fyzicky ani psychicky reálné.

V mladším třídním vztahu je pro dítě těžký vztah mezi ním a učitelem. Bohužel učitelé si někdy k dítěti s SPCH vytvářejí záporný emocionální vztah, protože neposlouchá, ruší jeho výuku, strhává pozornost ostatních dětí a nepodává ani dobré výkony. Hyperaktivní děti na jeho přístup reagují podrážděně, jsou frustrované, lítostivé nebo nazlobené. Chování učitele si brzy vědomou i ostatní děti a mohou mít tendenci svého učitele napodobovat. Děti s SPCH se proto často stávají oběťmi třídníků. Útoky a odmítání kolektivem je především pro starší děti těžké. Dítěllost skupiny vrstevníků v tomto vztahu stoupá a podobná nedorozumění se mohou podepsat na sebehodnocení jedince a snadno vedou ke vzniku úzkostných poruch, poruch nálady a především poruch chování (Goetz a Uhlíková, 2009).



### 3.4.4 Dospívání

Zmny, ke kterým dochází u adolescentů vlivem zrání, jsou komplikovanější bez existence poruch. Typická snaha o osamostatnění a prosazování, boj proti autoritám a omezením, mohou být vlivem poruchy je-t zdrazněny a doplněny zvýšenou citlivostí a menší stabilitou. Jedinec s SPCH, tedy člověk s oslabenou nervovou soustavou, je totiž citlivější na působení různých negativních vlivů (Michalová, 2007).

Dospívající s SPCH si s sebou v tětinou nesou mnoho negativních zážitků a neúspěchů z období dětství. Zkušenosti s kritikou jsou spojeny převážně se školským prostředím, a proto se u nich často objevuje snížená motivace a negativní postoj ke vzdělání (Vágnerová, 2009).

Akoliv rodina je pro dospívajícího člověka stále velmi důležitá, stoupá v této době význam vrstevnických vztahů, především v případě, kdy vztahy v rodině selhávají. Projevy spojené s nepozorností, impulzivitou nebo hyperaktivitou komplikují postavení jedince mezi přáteli, což se dospívající mohou snažit kompenzovat svými jinými plněními povínek a party, a riskují a riskují. Podle Goetze a Uhlíkové se s takovým chováním setkáme u 25-30% pacientů s SPCH (Goetz a Uhlíková, 2009). Mnoho dospívajících také v této době experimentuje s drogami a jinými návykovými látkami, hraje více hazardní a počítačové hry. Jejich riskantní a nepromyšlené chování je přivádí do komplikovaných situací, a proto jsou často i neplánovaně těmi dospívajícími léčení pro pohlavní choroby a dívky bývají dříve neplánovaně gravidní (Drtilková, 2007).

Pokud u dětí, popřípadě u dospívajících, není zahájena včasná léčba a terapie, hrozí v dospělosti u těchto jedinců výskyt asociálního nebo antisociálního chování.

### 3.4.5 Dospělost

V průběhu dospívání některé příznaky SPCH mohou vymizet nebo se zmírnit, popřípadě jsou dospělí schopni své nedostatky kompenzovat a své chování lépe regulovat. Drtilková (2007) zmiňuje přetrvávání asi u 30-50%

dospělých, kteří mají SPCH v dětství. Některí autoři se přiklání až k 60% (Goetz a Uhlíková, 2009).

Projevy hyperkinetické poruchy u dospělých bývají okolím často omlouvány jako vědomé vady, protože ostatní nedokáží porozumět maladaptivním vzorcům chování stejně starého, nebo dokonce staršího člověka. Poruchy pozornosti mohou být velmi výrazné a způsobují konflikty v zaměstnání i v mezilidských vztazích. Jedinci si nepamatují nebo neslyší pokyny, nevydrží déle u stejné práce, zapomíná na schůzky, dlehlé termíny apod. (Drtílková, 2007).

Hyperaktivita nemusí být u dospělých zřejmá, protože své chování dokáží lépe korigovat, přesto oni sami cítí neklid, který je vnitřní nebo jej projevují pohyby jako podupávání, hry s vlasy, výraznou mimikou nebo okusováním nehtů. Ovšem zvýšená aktivita projevená ve správnou chvíli a na správném místě může být prospěšná jak na pracovišti, tak v mezilidských vztazích. Tito jedinci se často uplatní ve stresujících a kreativních zaměstnáních jako lékaři, podnikatelé, politici apod. a mohou trpět workoholismem. V partnerském vztahu mohou být za svou aktivitu ceněni, ovšem stává se, že se brzy začnou nudit a hledat jiná uspokojení. U dospělých se projevuje i četí hlavní příznaky SPCH – impulzivita. Tito lidé obvykle konají bez rozmyšlení, čímž mohou nevděky ublížit a dostat se do problémů. V zaměstnání mívají neuspokojenost, zapomínají a ztrácejí cíle. Podobný problém s organizací se může projevit i ve vztazích. I v tomto období se SPCH typicky pojí s psychickými poruchami, sociálním, ale i antisociálním chováním (Michalová, 2007).

## 4 PRÁCE S DĚTMI SE SPECIFICKÝMI PORUCHAMI CHOVÁNÍ

Při práci s dětmi s SPCH bychom měli vycházet ze všeho, co bylo již napsáno o projevech, ale i o příčinách této poruchy. Považují nyní za důležité znovu uvést klíčové projevy specifických poruch chování, jsou jimi problémy s pozorností, zvýšená aktivita a impulzivita. Mohlo by se zdát, že rodina, škola i specialisté by se měli při práci s dětmi snažit především o uvolnění nadměrného množství energie, kterou na první pohled děti trpí a měli by jim být poskytnut dostatek stimulačního a prostoru pro pohyb, opak je ovšem pravdou. Cílem vzájemné spolupráce mezi dětmi a dospělými by mělo být především celkové uklidnění dítěte a pomoc v odpoutávání se od nedůležitých podnětů, které děti zahrnují.

K práci s dětmi se specifickými poruchami chování je možné postupovat ze dvou pohledů. V prvním případě odborníci označují tyto problémy za onemocnění, které je třeba léčit. Riefová (1999) ovšem upozorňuje na fakt, že ADD/ADHD nelze považovat za nemoc, kterou je možno švyléit. Tento odborný lékařský přístup zahrnuje podávání léků společně s vytvářením vhodného prostředí. Druhý pohled na problematiku SPCH je tzv. psychosociální. Problémové chování nepovažují zastánci tohoto přístupu za onemocnění, protože chování je jen vlastní záležitostí, jakým reagujeme na okolí, proto příčina sobě samotnému okolního prostředí k vyřešení problému patří (Train, 1997). A kolik není pochyb, že ADD a ADHD jsou poruchou, nikoliv nemocí, nebráním se v tomto textu uflití termínu léčba, jako důležitosti zaměřené na překonávání příznaků a jejich projev chorobného stavu (Hartl a Hartlová, 2000, s. 290).

Považují za důležité využít všech možných prostředků pro zlepšení flivota dětí s SPCH. Chování dětí je možné změnit, ale pouze za předpokladu, že jim bude poskytnuta všestranná péče, zahrnující léčbu, na které se podílí odborníci, především lékaři, psychologové, speciální pedagogové a další. Dále je třeba vytvořit vhodné výchovné prostředí, na němž musí spolupracovat samo dítě, rodiče, sourozenci a další příbuzní a stejně tak je důležité pochopení a správný

přístup –koly a uitel . Každý případ musí být posuzován individuálně a je třeba hledat nejvhodnější kombinaci léčebných postupů . Kromě příznaků SPCH je nezbytné zaměřit se v léčbě také na přidružené psychické poruchy a problémy. Podle Drtílkové je cílem léčby *špomoci dítěti zvládnout denní režim, vyúřřit své inteligence ve škole, zlepšit záázení do kolektivu a vztahy s blízkými osobami* (Drtílková, 2007, s. 82).

## 4.1 Odborný přístup

Odborný přístup bývá nazýván léčebný a skládá se z různých způsobů péče o dítě s SPCH. Mezi nejčastější odborníky, kteří se podílí na práci s dětmi se specifickými poruchami chování, patří psychologové, terapeuti, psychiatři, popřípadě další lékaři, speciální pedagogové, logopedi, etopedi a další. Druh a způsob poskytování péče se odvíjí od osobnosti jedince, jeho problémů a odborného zaměření specialisty . Poskytovanou odbornou péčí dále se specifickými poruchami chování lze rozdělit na psychologickou, psychiatrickou a speciálně pedagogickou. Je zcela individuální, který přístup je pro konkrétní dítě nejvhodnější, ale podle mnoha odborníků má komplexní model zahrnující všechny přístupy největší naději na úspěch (Goetz a Uhlíková, 2009; Drtílková, 2007).

Akoliv při odborné práci s dětmi s SPCH je zapojen celý tým odborníků , který nabízí širokou oblast působení, ve své bakalářské práci blíže charakterizují pouze odbornou péči psychologickou a psychiatrickou, což jsou přístupy, se kterými jsem doposud měla možnost se setkat v rámci svých stáží.

### 4.1.1 Psychologická péče

Taylor a Wodrich uvádí: *ší pohled na ADHD a ADD prodal v posledních letech značný vývoj od jednoduchého pohledu na tyto diagnózy jako na neurologické postižení, které je potřeba léčit stimulací, až po mnohvrstevný pohled na ADHD a ADD jako směs symptomů vyvolaných složitými interakcemi mezi genetickou výbavou, neurofyziologickými charakteristikami, psychickým*

*vývojem a sociálním prostředím, a vyžaduje tudíž širokou škálu terapeutických strategií (cit. dle Pilaové a Kavale-Pazlarové, 1999, s. 19).*

Péče psychologická zahrnuje širokou oblast působení, především prostřednictvím pedagogicko-psychologických poradenských středisek výchovné péče a klinických zařízení. Psycholog realizuje psychologické vyšetření nutné pro stanovení diagnózy, společně s dalšími odborníky na specifické poruchy chování poskytují psychologické a výchovné poradenství a dále nabízejí vhodnou psychoterapeutickou pomoc.

Psychoterapie jako terapeutická pomoc podporuje osobnost dítěte a jeho vztah k sobě samému i svému okolí. Podle Kavale-Pazlarové a Pilaové (1999) se v prostředí naší republiky mezi nejvíce užívané terapeutické přístupy patří práce s dětmi s SPCH a to:

- kognitivně behaviorální terapie
- rodinná terapie
- multimodální přístup, obsahující nejméně dva psychoterapeutické přístupy v různých kombinacích, nejčastěji KBT a rodinnou terapii
- psychoanalytická terapie

**Kognitivně behaviorální psychoterapie**, dále KBT, je strukturovaný, převážně direktivní, ale flexibilní psychoterapeutický směr, který se přizpůsobuje konkrétním individuálním potřebám klienta. Podstatou KBT je využití poznatků teorie učení a kognitivní psychologie při získávání nových, žádoucích způsobů chování, které řeší konkrétní problémy klienta (Práková, 2007). Tento přístup patří mezi nejčastěji užívané terapeutické metody při práci s dětmi s SPCH, protože bývá krátkodobý, praktický a jeho výsledky se objevují velmi brzy. Principy KBT naplňují potřeby dětí s SPCH, které bývají netrpké, nesoustředěné a pragmatické.

Při **individuální kognitivně behaviorální psychoterapii** terapeut pracuje podle strukturovaného plánu. Podrobně zjistí potřebná data o problému, jeho historii, trvání a především hledá situace, vztahy a prostředí, kde se problém projevuje. Společným rysem dětí bývají emocionální a kognitivní problémy a neúspěšné jednání v interpersonálních situacích (Těpecký, 2007). Na základě získaných informací navrhuje, jak bude terapie probíhat. Samotný terapeutický proces

vychází z konkrétní metody nebo techniky, která odpovídá schopnostem dítěte s SPCH a umožní mu pozměnit své chování, respektive svá myšlenková a emoční schémata. (Kavale-Pazlarová a Pilařová, 1999). U impulzivních jedinců se ukázalo vhodné naučit se prodloužit interval mezi p sobícím podnětem a vlastní reakcí. Tuto možnost dávají děti různé typy sebeinstrukcí. Samomluva vyvíjená při sebeinstrukci je pro děti přirozená, a proto je tato technika relativně snadná a účinná. Návčik sebeinstruktáží je podle Tšepického možný neinteraktivně, kdy terapeut dítěti pouze poví, co má dělat a říkat, nebo se společně interaktivně u této dovednosti jako součást zlepšení sebeovládání. Další možností je využití terapeuta jako vzoru při sebeinstrukci a ukázce vhodného chování, které dítě napodobuje a nakonec samo předvádí v příslušnou sebeinstrukci. Napodobování vzorového chování lze využít i při terapii hyperaktivních dětí (Tšepický, 2007).

Konkrétní postup návčiku sebeinstruování u hyperaktivních dětí poprvé vypracoval Meichenbauma. Návčik nových dovedností by podle něj měl vždy probíhat takto (cit. dle Balcara, 2010):

1. dítě pozoruje terapeuta/vzor, který řeší problém a přibíhá e-ění slovně komentuje;
2. dítě řeší stejný problém a přibíhá e-ění terapeut slovně komentuje;
3. dítě opakuje e-ění problému a přibíhá e-ění samo hlasit slovně komentuje podle vzoru terapeuta;
4. dítě opakuje e-ění problému a přibíhá e-ění samo šeptem slovně komentuje;
5. dítě opakuje e-ění problému a přibíhá e-ění v duchu komentuje o sebeinstruuje se.

Vhodný způsob práce s dětmi s SPCH je také **skupinová kognitivně behaviorální psychoterapie**, která se vyvíjí pro návčik řešení problémů a dalších sociálních dovedností v přirozených podmínkách (Kavale-Pazlarová a Pilařová, 1999; Malá, 2008a). Jak již bylo uvedeno, děti s SPCH mají obvykle problémy v sociálních vztazích, tlisko tvoří přátelství a je-t t ří je pro ně vztahy udržovat. Ve skupině vrstevníků při skupinové psychoterapii mají děti možnost své stávající a problémové způsoby chování změnit na chování, které je společností akceptované. Celý proces změny probíhá v bezpečném a neodsuzujícím prostředí a program je velmi praktický. Děti se učí hrát různé

modelové situace a mnit role, ve kterých si vyzkouší nové zp soby chování, které jsou posilovány p ímou zp tnou vazbou od len skupiny. To, co bylo bezpe n vyzkou-ené, pak mohou d ti testovat i mimo skupinu.

Kognitivn behaviorální terapie d tí s SPCH je vfdy ú inn j-í, kdyfl je provázána s okolím dít te. Pokud je jedinec podporován, snadn ji si p enese nové zp soby chování do svého flivota mimo individuální a skupinová terapeutická setkání. *šNejv t-í nad ji na úsp ch budou rodi e mít, kdyfl budou úzce spolupracovat s terapeutem. Rovn fl u itelé mohou pouflít n které terapeutické zásady ve -kole a rodi e se mohou také nau it myslet tímto zp sobem* (Munden a Arcelus, 2002, s. 92). Lep-ího výsledku bývá tudífl dosafleno, pokud paraleln s d tskou skupinou probíhá i skupina rodi , pop ípad jsou do programu zakomponována spole ná setkání rodi a d tí (Kavale-Pazlarová a Pila ová, 1999).

Munden a Arcelus blífl popisují jednu z technik uflívaných psychoterapeutem, rodi i i -ír-ím okolím dít te, tzv. pozitivní posilování. Základem je my-lenka, fl ur ité chování je ast j-í nebo siln j-í, pokud následuje ocen ní. Po podrobném prozkoumání problému, je nejprve pot eba vysv tlit dít ti co nejp esn ji, jaké chování se od n j o ekává a zároveň poukázat na d sledky takového jednání. Nejd leflit j-í je dal-í ást techniky, a to pozitivní reakce, která následuje vzáp tí po fládoucím chování. Auto i upozor ují, fl v p ípad výskytu nefládoucího chování je t eba do rozumné míry nereagovat, jedin tak nebude dít ztrácet odvahu a vzdávat snahu o zm nu (Munden a Arcelus, 2002).

Pravidelná **setkávání rodi** , ve form tzv. svépomocných skupin, jejichfl d ti trpí SPCH, pomáhá rodi m uv domit si, fl práv jejich potomek není jediný, kdo má podobné problémy a zároveň si s ostatními rodi i mohou p edat své zku-enosti, ale také osv d ené rady. Terapeut nebo jiný odborník, který se skupin m fl, ale nemusí ú astnit, rodi m p edává odborné informace, protofl jedin dobrá informovanost umofl uje pochopit problémy dít te.

Vztahy mezi jedincem s SPCH a jeho rodi i, ale také mezi matkou a otcem bývají napjaté. Rodi e se asto navzájem obvi ují z chování svého potomka, jsou vy erpaní a frustrovaní z neustálých problém , kritiky a nepochopení okolí. Jejich výchova je ovlivn na proflitými záflitky a vede asto ke vzniku negativního

emo ního vztahu k dítěti, což se projevuje například znevažováním nebo direktivním vedením s tresty a hrozbami (Kavale-Pazlarová a Pilařová, 1999). Dětem v této situaci nechápe, proč vyvolává v rodičích podobné pocity a chování. Podle Prekopové a Schweizerové zásadním problémem v takovém případě nejsou jednotlivé symptomy specifické poruchy chování, ale spíše narušená komunikace a vztahy mezi jednotlivými členy rodiny, která nastává v důsledku symptomů dítěte, ale také může být příčinou zhoršení některých symptomů specifických poruch chování (Prekopová a Schweizerová, 1994).

Pro zlepšení situace je možné, aby rodiče navštívili odborníka, který jim může poskytnout **psychologické i výchovné poradenství**. Díky tomu se rodiče dozví více o vzniku, průběhu a léčbě poruchy, kterou jejich dítě trpí a mohou pozpůsobit svou výchovu podle potřeb svého dítěte. Pokud podobný odborný zásah do rodinného prostředí nezlepší rodinnou situaci, je možné zapojit celou dysfunkční rodinu jako systém do terapeutického procesu. **Rodinná psychoterapie** může ovlivnit změny u všech členů a tím zlepšit celkovou situaci.

**Spojení rodinné terapie a terapie kognitivně behaviorální** je dalším často užívaným modelem při práci s dětmi s SPCH. V tomto případě se do terapeutického procesu zapojuje dítě, jeho rodiče i sourozenci. Společně hledají příčiny problémového chování dítěte a pracují na jejich změně na základě manipulace s vnějším prostředím, což zároveň vede k vnitřním změnám v celé rodině. Konkrétní cíle je rodinou vyvíjeno technik, které vychází z metod učení, například posilování, pozitivní oslabení, nácvik chování a řešení problémů apod. Jako úroveň se v tomto případě projevila metoda videotréninků interakcí, která s pomocí terapeuta předává rodičům zpětnou vazbu o jejich výchovných metodách a celkovém přístupu k dítěti (Michalová, 2007).

**Individuální psychoanalytická terapie** je jednou z dobře použitelných metod při práci s dětmi s SPCH. Organické postižení je často spojeno se značnými emočními a sociálními problémy, které tyto jedinci nesou s sebou, nejlépe jejich vrstevníci. Psychoanalytický přístup dále umožňuje (Kavale-Pazlarová a Pilařová, 1999):

- zpracování traumatu souvisejícího s postižením a sekundárně vzniklými obtížemi;



- vyrovnání se s postížením při vytváření vlastní identity, sebepřijetí, sebeovědomění;
- práci s psychologickými konflikty danými vývojem, které jsou u těchto dětí obtížněji prožívány.

Výše uvedené psychoterapeutické směry jsou při práci s dětmi se specifickými poruchami chování nejčastěji využívány, ovšem efektivní mohou být i další přístupy a metody, konkrétně lze uvést humanistický přístup Gestalt terapie a Rogersovská psychoterapie nebo Systemická psychoterapie a další. Rozhodnutí o užití určitého přístupu při práci s klientem je třeba vždy podřídit osobnosti jedince, jeho problémům a potřebám, ale stejně tak vzdělání a specializaci psychoterapeuta. Základem každé psychoterapie s dětmi s SPCH je terapeutický vztah založený na důvěře, bezpečí a přijímající atmosféře. Vzhledem k tomu, že děti s SPCH mohou mít problémy při verbálním vyjádření, je vhodné využít adekvátního náhradního způsobu komunikace jako je hra, výtvarný, dramatický nebo písemný projev apod. Podobná omezení dělají psychoterapii obtížnou, ovšem pokud je psychoterapeut schopný přizpůsobit se dítěti, ovšem přístupy ke společné práci mohou být pro dítě velmi prospěšné. Nejlepšími výsledky se může podařit dosáhnout při komplexním přístupu, proto je vhodné kombinovat i více z uvedených přístupů.

#### 4.1.2 Psychorelaxační techniky

Při spolupráci s dětmi trpícími hyperaktivitou, impulzivitou nebo deficitem pozornosti mohou být podobné techniky užitečné. Vtíhají tyto jedince se neustále nachází v napětí, v pohybu, za který bývají káráni a prožívají stresové situace. Nemají přehlednost zažít pocit klidu a vyrovnanosti nebo pouhého přijetí mezi skupinou lidí, ocof se snaží právě psychorelaxační techniky. Ovšem podobné techniky by měly být pouze součástí komplexního léčebného přístupu, zahrnujícího výše uvedené ovšem léčebné metody.

**Relaxace** umí uje dosažení fyziologického a svalového uvolnění a tím i uvolnění psychického. Tyto psychorelaxační techniky u dětí s ADHD přispívají k jejich zklidnění, zlepšení koncentrace pozornosti, výkonnosti, posílení

sebekontroly, zlepšení sebeovládání a schopnosti zvládat záťřové situace (Jucovi ová a řiáková, 2010). Je dle řitě um t najít správnou chvíli pro relaxaci, která by m la být krátká a pro dít p řjemná. V t-inou je tato technika vhodná pokud pozorujeme na dít ti velký neklid nebo únavu. Relaxovat je možné vsed na řidli nebo vlefe na podlořce. Terapeut si m ře pomoci p řjemnou hudbou nebo slovem (Jucovi ová a řiáková, 2003). Hyperkinetické d ti obvykle nemají p řli-zku-eností s řízeným relaxa ní cvi ení, jen málokdo je totifl natolik trp řivý, aby mohl s dít tem takto pracovat.

Vhodnou psychorelaxa ní techniku jsou i **dechová cvi ení**, proto ře uv dom lé dýchání uvol uje svalstvo a tím zmír uje nap tí. Pat í mezi relaxa n aktiva ní techniky, proto ře mechanismus jejich p sobení se dá popsat takto: *řVdech má budivý, aktivizující efekt, výdech naopak tlumící, uvol ujícíõ* (Jucovi ová a řiáková, 2010, s. 136). Relaxa n aktiva ní technikou jsou také **imaginace**. Cílené sn ní, navozování p edstav, podporuje p edev-ím zlep-ení koncentrace pozornosti. Podobn na d ti s SPCH p sobí **jõga a pomalá pohybová cvi ení** (Jucovi ová a řiáková, 2010). Cílem relaxa ních technik je také získání schopnosti samostatného rychlého uvoln ní a následného aktivizování v p řípad náhlých nep řjemných pocit nap tí a neklidu.

Mezi dal-í psychorelaxa ní techniky, které mohou mít na d ti se specifickými poruchami chování dobrý vliv, pat í **muzikoterapie**. Tento p řístup k práci s klientem pozitivn ovliv uje celou osobnost jedince. Aktivní provozování hudby, ale také poslech, dáva hyperkinetickým d tem možnost vybití energie a následné relaxace, koncentrace a profitku. Na základ studie Cripe, která zkoumala ú inek rockové hudby na d ti s ADHD, bylo objeveno, ře tento typ hudby významn usm r uje stupe aktivity. Rocková hudba stimuluje innost mozku, její nápadný rytmus p ehlu-í okolní rozptylující podn ty a díky svému opakujícímu se charakteru p sobí rocková hudba redukci nap tí kosterního svalstva a tím dochází k snířlení motorické aktivity (cit. dle Riefové, 1999).

**Dramaterapie** a **arteterapie** p edstavují dal-í možné zp soby práce s d tmi. Ob metody vyuffívají princip tvorby, který je spojen s profitkem, nikoliv s estetickou hodnotou výtvoru. Pro d ti s SPCH, které bývají hodnoceny jako ne-řikovné, m ře být tento zp sob práce prvním zářitkem, kde se budou cítit p řijímané a úsp řné. P edev-ím dramaterapie je možné vyuffít jako eduka ního

prostředku, když si děti ve skupině mní role a učí se nové způsoby sociálních interakcí.

Následující úryvek popisuje vhodný přístup k předkolním dětem s SPCH při jedné z arteterapeutických technik:

*Výtvary hyperaktivních předkoláků vznikající při skupinových setkáváních jsou v tónu velmi jednoduché a málokdy dodávané, obrázky bývají kreslené jednou barvou, pomalé a někdy i roztrhané. Dětem ovšem v důsledku své práce nebudou negativní hodnoceny, a proto se tím netrápí. Při tvorbě má každé dítě svého vlastního špionáka v podobě dospělé osoby a tato individuální spolupráce, kterou sleduje dítě, umožňuje dosáhnout alespoň chvilkové koncentrace. Při práci s dětmi se snažíme o udržení pozornosti u tvorby tím, že pokládáme otázky týkající se výběru tématu, materiálu, ale také projevujeme zájem o dílo samotné apod. O udržení interakce se snažíme do té doby, dokud dítě baví. Poté je vhodné přejít k jiné činnosti.*

### 4.1.3 Alternativní přístupy

Často diskutovanou otázkou mezi odbornou i laickou veřejností je vliv **dietních omezení** na rozvoj příznaků ADHD. Odborníci se shodují, že podobné druhy léčby nelze považovat za standardní a účinné. *Šdietická opatření zřejmě samy o sobě nestačí k tomu, aby se odstranily symptomy ADHD* (Munden a Arcelus, 2002). Ovšem pokud si rodiče všimnou, že některé typy potravin způsobují zhoršení příznaků SPCH, je vhodné se jim vyhnout. Podle výzkumných studií umístěných v jídelníčku mohou děti pomoci vyřešit problémy, které způsobují specifické poruchy chování. Klíčovými mohou být doplnění mastných kyselin, hořčíku, železa, zinku a vitamínu B (ADHD and Diet, 2011). Ovšem předávkování minerály jako je draslík, vápník nebo hořčík může způsobit vážná poškození organismu (Goetz a Uhlíková, 2009). Podle studie zkoumající, které doplňkové a alternativní způsoby léčby zkusily děti s ADHD, se právě celková úprava stravy nachází na prvním místě před homeopatickou léčbou, akupunkturou, kineziologií, meditací, doplněním vitamínů, bylinnou léčbou a dalšími alternativními přístupy, které některé z rodin vyzkoušely (Sinha a Efron, 2005).

Jednou z alternativních terapeutických metod pro trénink pozornosti a soustředění, zklidnění impulzivity a hyperaktivity jsou různé modalit **biofeedbacku**. Tato metoda *ší vyvolává externího snímání za účelem poskytnutí informace o úrovni a stavu některých fyziologických procesů, a to v číselnou za účelem jejich v doměho ovlivnění. Představuje operantní podmínění fyziologických procesů* (Ptáček, 2006, s. 134). Konkrétně je možné vyvolat EEG-biofeedback, kdy má dítě na hlavě přilepené elektrody, které snímají mozkové vlny promítající se na obrazovku před ním. Dítěti je tak poskytnuta možnost být neustále informován o svém aktuálním stavu. Proběh mozkových vln vidí jedinec v podobě videohry, kterou ovlivňuje pouze šílou v lež. Celý proces funguje na principu operantního podmínění. Na základě odměny v podobě úspěchu dítě je stimulována žádoucí aktivita a inhibována aktivita nežádoucí. Tato metoda je velmi diskutovaná. Michalová například uvádí, že účinek EEG-biofeedbacku se podle studií vyrovná účinku psychostimulačních látek jako je Ritalin (Michalová, 2007), ale Ptáček upozorňuje, že biofeedback je postup, který může vykazovat dobré výsledky, ale změna není trvalá a z terapeutického hlediska významná (Ptáček, 2006).

Přechodně se u mladších hyperaktivních dětí v rámci celkové léčby ADHD uplatňuje tzv. **léčba pevným objektem**. Prodloužené držení dítěte rodičem v těsném kontaktním kontaktu dává dítěti možnost otevřeně vyjádřit averzivní pocity a odstranit konfliktní vztahy (Prekopová a Schweizerová, 1994).

Na které alternativní léčebné přístupy mohou být pro zdraví i psychiku dětí prospěšné, proto mohou být po precizním zvládnutí rodinou, psychologem a lékařem vyvolány při práci s dítětem. Ovšem nemohou vést k takovým úspěchům, které jsou zaznamenávány při využití psychiatrické a psychologické péče, například psychorelaxačních technik. Odborníci upozorňují, že na které alternativní přístupy k léčbě ADHD nemají vůbec žádný efekt a na které mohou dokonce iškodit. Je třeba, aby rodiče vždy velmi důkladně a racionálně zvažovali, jakým způsobem pomohou svému dítěti k snadnějšímu a snadnějšímu životu (Goetz a Uhlíková, 2009).

#### 4.1.4 Psychiatrická péče

U některých dětí postihá k potlačení hyperkinetických symptomů psychologické a výchovné prostředí kombinované s úpravou prostředí a režimu, avšak pokud tato opatření nejsou dostatečná, je vhodné s pomocí psychiatra předepsat farmakologickou léčbu. Prvními medikamentózními léky SPCH, respektive LMD, se datují k roku 1937 v Americe a od konce 50. let minulého století se začala farmaka využívat jako prvníkový způsob léčby hyperaktivních dětí (Serfontein, 1999).

Léčba SPCH vychází z poznatků o fungování mozku a ovlivňuje funkci jeho neurotransmiterů (viz. kap. 2). Pro léčbu hyperkinetické poruchy se v České republice užívají dva druhy léků (Goetz a Uhlíková, 2009):

- **stimulancia**, která ovlivňuje dopaminový systém
- **látky nestimulační**, které ovlivňují noradrenalinový systém

Tyto medikamenty mají především vliv na snížení jednotlivých projevů hyperkinetické poruchy, respektive zlepšují schopnost dlouhodobě se soustředit a snižují projevy destrukční impulzivity a hyperaktivity (Laniado, 2004). Léky netlumí dítě v pravém slova smyslu, naopak aktivizují a podporují správnou funkci mozku. Podávání léků má též sekundární zisk, který se projevuje ve zlepšení školního prospěchu a především ve zlepšení sociálních dovedností (Goetz a Uhlíková, 2009). Tablety ovšem v pravém slova smyslu neléčí, jsou pouze podporou, která umožňuje naučit se novým způsobem myšlení a chování. Díky nim je totiž možné lépe psychoterapeuticky i výchovně působit na děti. Pokud jsou tyto úkoly zvládnuty, je dítě i po vysazení léků schopné pokračovat v novém učení.

Stimulanty jsou nejvíce prostudovanou a nejčastěji předepisovanou látkou při zvládnutí symptomů ADHD (Brown a La Rosa, 2002). V České republice lékaři doporučují především stimulant metylfenidát, lék s názvem Ritalin (Malá, 2008a). Jeho výhodou je velmi rychlý účinek, který ale trvá pouze 3-4h. Užívání této látky spadá pod zákon o omamných látkách a je vydáván jen na lékařský předpis, protože u zdravého jedince působí opačným účinkem – povzbuzuje a může vyvolat návyk (Drtílková, 2007). Goetz a Uhlíková uvádí, že ke zlepšení příznaků dochází při užívání stimulancií v 70-80% případů. Je třeba si uvědomit, že ne

kždému dít ti mohou farmaka pomoci, v n kterých p ípadech m fle dojít i ke zhor-ení p íznak . D vodem nedostavení se o ekávaného lé ebného efektu bývá p edev-ím chybná diagnóza (Goetz a Uhlíková, 2009). Vzhledem k tomu, fle dosud nebyly uskute n ny studie zabývající se tím, jak metylfenidát p sobí p i dlouhodobém uflívání, m l by být podáván spí- krátkodob , pod dohledem a za pe livého dodrfování p edepsaných dávek (Laniado, 2004).

A koliv psychiat i a léka i vyufflvají medikamentózní lé bu v dne-ním slova smyslu, mezi odbornou ve ejností se objevuje mnoho hlas stojících proti p edepisování podobných lék p i ADD/ADHD. Nejvy-í ú ad USA pro potraviny a léky uvádí metylfenidát na seznamu lék p sobících závislost. Najdeme jej ve stejné kategorii jako morfin, opium, amfetaminy a barbituráty (Laniado, 2004). I z toho d vodu se odborníci ptají, jak je mofné, fle jsou d tem p edepisovány látky, které jsou po farmakologické stránce blízko ilegálním a nebezpe ným drogám. Je z ejmé, fle situace je nejproblematick-í v USA, které se spot ebovává 85% celosv tové produkce metylfenidátu. Ov-em b hem 90. let 20. století vzrostla spot eba této látky i v nejvysp lej-ích zemích sv ta, a to afl o stovky procent (Ob anská komise za lidská práva, 2004).

V následující ásti textu poukazují na funkci farmak p i práci s d tmi se specifickými poruchami chování:

*Na základ mých zku-eností p i skupinové psychoterapeutické práci s chlapci s SPCH se jeví vhodné vyuflítí kombinovaného p ístupu ó psychologického, psychiatrického i výchovného. N kte í klienti uflívají farmaka, konkrétn Ritalin, který usm r uje jejich aktivitu, impulzivitu a pozornost ve -kole. A koliv p i odpolední skupinové práci léky jifl nep sobí, je mofné zaregistrovat rozdíl mezi jejich chováním v p ípad , kdy byl dopoledne lék aplikován a v p ípad , kdy na jeho uflítí chlapec zapomn l a strávil tak sv j den velmi aktivn , pod tlakem p sobení velkého mnofství rozmanitých podn t a nedorozum ní s u iteli i svými kamarády. Chlapci bývají po takovém dni rozja ení nebo naopak podráfd ní, cofl vede k t fl-í spolupráci, p emý-lení i u ení se novým zp sob m chování p i následné skupinové práci.*

Dle stanovené diagnózy se u nás mohou aplikovat i jiná farmaka, nap íklad antidepresiva a neuroleptika u komorbidních poruch a v ad zemí jsou k dispozici

další přípravky k léčbě SPCH (Munden a Arcelus, 2002). Pro úspěšnou léčbu je třeba postupovat ke každému případu individuálně a určit spolehlivou diferenciální diagnózu, na jejímž základě lékař i psychiatr mohou předepsat vhodný lék nebo jejich kombinaci.

Rodiče mají často nereálnou představu o působení podávaných farmak. V prvním extrémním případě očekávají šázračné uzdravení, které způsobí vymizení veškerých konfliktů a upraví chování dítěte podle společenských norem. V některých případech opravdu může dojít k velmi výraznému a rychlému zlepšení, které ovšem nesmí být jediným cílem léčby. Na druhou stranu, některé rodiče postupují k uflívání léků skepticky. Obvykle mají obavy ze změny osobnosti dítěte, vypěstování návyku na látku obsaženou v léku a některé považují snahu o změnu chování dítěte za neetickou. Řádná zticha představa není podle odborníků a existujících výzkumů potvrzená. Drtílková dokonce upozorňuje, že podle výsledků některých studií snižuje v zásadě medikamentózní léčba SPCH riziko zneužívání drog v budoucnosti (Drtílková, 2007).

Podobné účinky jako farmaka mohou mít i podávání podpůrných, výživových látek a vitamínů, které jsou dobře snášeny a mohou se užívat dlouhodobě, patří sem například nootropika nebo extrakt z listů stromu ginkgo biloba. Jejich pozitivní účinek na děti s SPCH spočívá v tom, že zvláště prokrvení mozkové tkáně, zvýší přísun kyslíku a glukózy k mozkovým buňkám a tím zlepší některé funkce mozku. Na centrální nervovou soustavu má posilující účinek také fenylefenon nebo lecitin (Michalová, 2007).

Otázka využití farmakoterapie je i přes mnohaleté zkušenosti a úspěšné případy léčby stále často diskutovanou. Domnívám se, že nedvěra vzniká především z důvodu nedostatečné informovanosti o samotných specifických poruchách chování, činnosti lidského mozku a především rozvoji medicíny, respektive farmakologie. Obvykle se v souvislosti s negativními názory na léky zmiňuje mnoho vedlejších účinků, nejčastěji ztráta chuti k jídlu, nespavost a poruchy spánku, únava, bolesti hlavy apod. Ovšem tyto projevy se týkají především případů, kde lék není podáván podle doporučení psychiatra nebo je jeho dávka příliš velká. Po menších úpravách problémy zpravidla rychle vymizí. Přesto se stále jedná o chemické látky, které jsou uměle připravovány do tablet a

vyřadují, aby rodina přijala nová pravidla spojená s jejich uflíváním, například pravidelnost v jejich podávání, kontroly u lékárníka a pokud se některé z léků dostanou do nesprávných rukou, mohou se stát nebezpečnou drogou. Nutnost uflívání farmak je proto třeba vždy zvážit, především u dětí s mírnou poruchou.

## 4.2 Přístup rodiny

Vzhledem k tomu, že děti se nejčastěji nacházejí v interakci se svými rodiči, je nezbytné, aby se i oni zapojili do procesu léčby. Mírné hyperkinetické symptomy lze totiž leckdy potlačit pouze správnými výchovnými prostředky, úpravou režimu a prostředí. Rodiče by především měli být odborníkem pouze o projevech hyperkinetické poruchy a o zásadách výchovy, která je pro jejich dítě nejvhodnější. Participace rodičů při léčbě dětí s SPCH je velmi důležitá, protože změna v chování i proflívání dítěte je mimo jiné výsledkem změny chování a proflívání rodičů.

Základem rodičovského přístupu k hyperkinetickým potomkům by mělo být vytvoření **klidné, přátelské a laskavé atmosféry**, ve které se dítě cítí být přijímáno i s projevy své poruchy. K vytvoření vzájemně dobrého vztahu může podle Pokorné sloužit chápání dítěte jako nositele problému, nikoliv jako problémového jedince (Pokorná, 2001). Rodina potom může společně s potomkem rozebírat problémové chování samotné, které není spojeno s dítětem jako jeho iniciátem, a tudíž viníkem.

Mezi základní pravidla ve výchově dětí s ADHD patří **důsledné vedení a řád** (Pokorná, 2001). Pokud rodiče vytvoří dítěti vnější řád, který celá rodina důsledně dodržuje, umožní mu, aby si vytvořilo svůj vlastní vnitřní řád a naučilo se předjímat a strukturovat některé podmínky a situace, a tak se zklidnilo. Pravidelný denní režim a rituály je vhodné také proto, že děti s hyperkinetickou poruchou nemají rády změny.

Dalším velmi důležitým pravidlem je **posilovat řádoucí chování**, tak je totiž možné dosáhnout pozitivní změny v chování dítěte. Každé řádoucí chování by mělo být náležitě oceneno slovně nebo ohodnoceno odměnou, ale zároveň je důležité dodržovat pravidlo špochválit nejen za dobrý výkon, ale také za dobrou snahu (Drtilková, 2007). Vzhledem k tomu, že hyperkinetické děti nezaflívají



asto ve společností pocit úspěchu a chvály, tato potěba by jim měla být naplněna alespoň rodiči.

Na druhé straně, by rodiče **neměli** své děti **přehnaně kritizovat a trestat**. Nevládnoucímu chování je vhodné vnovat minimální nebo fládnou pozornost, protože negativního hodnocení se dítě s SPCH dostává téměř trvale mimo domov (Goetz a Uhlíková, 2009). Vn kterých situacích je samozřejmě nutné dítě vydat a potrestat jej. Kárání by mělo vždy přijít bezprostředně. Nejvhodnějším způsobem je pokusit se dítě vysvětlit, jaké pocity vrodě vyvolává jeho chování a proč není vhodné. Rodiče se tak o to mohou vyhnout odsuzování dítěte samotného hodnocením pouze jeho chování.

**Pokyny a pokyny** na dítě by měly být **vysloveny srozumitelným a klidným způsobem**. Je vhodné dávat pouze několik pokynů naráz a dle sledně dodržet jejich splnění. Pokud to situace dovoluje je užitečné spojit pokyn s krátkým rozumným zdůvodněním a přidáním slova šprosím.

Kromě základních pravidel je třeba dodržovat další výchovné postupy, které si rodiče s dítětem sami nebo s pomocí odborníka stanoví na základě osobnosti a konkrétních projevů každého dítěte. Výchova dítěte s SPCH je vyerpávající, protože vyžaduje stanovení jasné a náročné výchovné postupy, jejichž dodržování opakovaně způsobuje vrodě problémy. Ovšem pokud se rodiče nenechají vyvést z míry, výsledky se jistě brzy dostaví.

### 4.3 Přístup –koly

Porucha aktivity a pozornosti se nejpozději projevuje právě po vstupu do –koly. K její manifestaci dochází v této době z důvodu zvýšeného množství pokynů a podnětů, které v dítětech vyvolávají napětí a neklid. Pedagog je proto dalším osobou, která může výrazně pomoci zlepšit problémy hyperkinetických dětí.

asto je dokonce vůbec prvním, kdo zaznamená příznaky ADD/ADHD a může poskytnout cenné informace pro komplexní vyšetření dítěte a stanovení diagnózy (Goetz a Uhlíková, 2009). Je proto nezbytné, aby byl učitel dobře informován o příznacích a příbhu poruchy, aby dokázal odlišit, které chování je jejím důsledkem, a proto si zaslouží zvláštní zacházení, a které je pouze výsledkem neukáznivosti a špatné výchovy.

Základem p ístupu pedagoga by m la být úzká spolupráce mezi ním, dít em a rodi í. U ítelé by se m li snažit dodrřovat podobné zásady jako rodi e d tí s SPCH. Samoz ejm je zde velký rozdíl v po tu d tí, se kterými musí u ítel pracovat, na rozdíl od jednoho potomka rodi í. Na druhou stranu, pokud u ítel dodrřuje p í vyu ování tyto zásady, m fle tím prosp t i jiným d tem ve t íd .

Mimo základních uvedených pravidel se p í -kolní práci s dít em s SPCH vyufflívá úprava prost edí. Pedagog by m l vytvo it p ehledné, strukturované t ídy, které nerozptylují pozornost d tí p ebyte ným mnofstvím podn t í. Dít by m lo být ve t íd pod dohledem u ítele, asistenta nebo spoluřáku, který jej m fle nasm rovat v p ípad ztráty pozornosti. Osv d ená je práce s pom ckami, aktivní p ístup u ítele s aktivním pln ním úkol řákem a st ídání odpo inkou, psychické innosti a krátké chvílky fyzického pohybu. Uffite né jsou také zápisníky a úkolní ky, kam si dít poznamenává v-e, co by mohlo zapomenout. I udávání výjimek dít í s SPCH je mořné, p edev-ím pokud se jedná o úkoly, které dít opakovan nezvládá. Je mořné zkracovat úlohy, pop ípad prodluřovat as jejich dokon ení, dále vym nit n které písemné úkoly za ústní projev, nebo vyufflívat psaní na po íta í (Rieřová, 1999).

V p ípad , kdy je dít í v nováno více pozornosti, nefl jeho spoluřák m, je d leffité vhodným zp sobem mluvit o problémech, kterými řák s SPCH trpí, p ed celou t ídou. Jedin tak nebude hyperkinetické dít vylou eno z kolektivu spoluřák z d vo du jiného p ístupu od pedagoga, nadrřování nebo naopak ponířování. Na druhou stranu tyto d tí bývají velmi citlivé na své soukromí, u ítel proto musí najít vhodný zp sob spole né komunikace o problémech, která nikomu neublíffí.

Pé e -koly, respektive u ítel , m fle v p ípad pot eby zahrnovat í individuální p ístup k dít í s SPCH. Vhodnou metodou je nap íklad dou ování.

Je z ejmé, fle p í práci s hyperkinetickými d tmi jsou na u ítele kladeny velké nároky, které jej mohou vy erpávat. Třkola by m la poskytnout u ítel m mořnost pr b řného vzd lávání se v této oblasti, ale také mořnost týmové práce mezi u íteli a st ídání se ve výuce t íd s hyperkinetickými řáky, pop ípad mořnost odborné supervize, která chrání pedagogy p ed syndromem vyho ení.

## ZÁV R

P edkládaná bakalá ská práce shrnuje dosavadní teoretické poznatky o problematice specifických poruch chování, a to p edevším v eském prost edí. Cílem je poukázat na nejlepší možné zp soby práce s hyperkinetickými d tmi. Pro napln ní tohoto bodu jsou v textu vymezeny základní pojmy problematiky poruch chování, respektive poruchy chování specifické a nespecifické. Dále je proveden popis historického vývoje terminologie vzhledem k významným zm nám, ke kterým docházelo v pr b hu druhé poloviny 20. století. Názvosloví je v textu podrobn rozebráno, a to jak z d vodu minulých zm n, ale také nejednotnosti v jeho sou asném uflívání. Mimoto je upozorn no na pot ebu budoucí transformace terminologie, která povede ke sjednocení názvosloví na mezinárodní úrovni.

Text p iblífuje specifické poruchy chování z hlediska klí ových, ale také p idrušených symptom , pon vadfl ve–kerý sou asný p ístup k d tem vychází z práce s p íznaky poruchy.

K celkovému pochopení specifických poruch chování je d leflitá ást pojednávající o faktorech, které mohou mít vliv na vznik poruch, a tudífl je nezbytné z nich vycházet p i práci s t mito specifickými d tmi.

Záv re ná ást mé bakalá ské práce popisuje jednotlivé ásti komplexního p ístupu k d tem se specifickými poruchami chování, které se jeví jako nejvhodn j–í pro zlep–ení flivota t chto d tí, ale také jejich okolí. Základ je tvo en odbornou pé i, kterou zaji– uje celý tým odborník . Odborný p ístup dopl uje pé e rodiny a –koly.

Studium odborných pramen p i psaní p edkládaného textu mi pomohlo srovnat si nejednotné informace, které jsem získala b hem stáflí a náv–t v odborných pracovi– . Ráda bych, aby má bakalá ská práce poskytla ve ejnosti ucelený p ehled o problematice specifických poruch chování a p isp la tak k jinému a pravdiv j–ímu pohledu na hyperkinetické d ti. Mým p áním je, aby tento text pomohl k odstran ní p edsudk a vedl k pochopení specifických pot eb d tí se specifickou poruchou chování. Dále aby vedl k objevení i p ipomenutí velkého mnofství p ístup , které umofl ují zlep–ení spolupráce mezi dít tem a jeho okolí a tím nejd leflit j–í je zlep–ení flivota d tí se specifickými poruchami

chování. Domnívám se ovšem, že je nutné nadále realizovat výzkumy zabývající se léčbou těchto klientů. Vzhledem k tomu, že se jedná o relativně novou problematiku, dlouhodobé působení a vlivy některých terapeutických postupů nebylo doposud prozkoumáno.

V předkládané bakalářské práci vycházím a shrnuji informace získané z předchozí odborné literatury a zároveň z vlastních praktických zkušeností, proto lze o tomto textu uvažovat jako o elementárním vstupu do dalších písemných prací. Na která témata zde shrnutá by si zasloužila detailnější zpracování.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALCAR, K. Racionáln -terapeutické postupy. In Langmeier, J., Balcar, K., Mitz, J. (ed.). *D tská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 89-114. ISBN 978-80-7367-710-7.

BARKLEY, R. A. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: The Guilford Press, 1990, s. 747. ISBN 0-89862-443-6.

BROWN, R. T., LA ROSA, A. Recent developments in the pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Professional Psychology: Research and Practice*, 2002, ro .33, .6.

ERNÁ, M. aj. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 1999. s. 224. ISBN 80-7184-880-8.

DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě : V-e, co pot ebujete v dítě ti s hyperkinetickou poruchou ADHD*. Praha: Galén, 2007, s. 87. ISBN 978-80-7262-447-8.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou: Průru ka pro starostlivé rodi e a zodpov dné u itele*. Praha: Galén, 2009, s. 160. ISBN 978-80-7262-630-4.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 290, 345, 422, 579. ISBN 80-7178-303-X.

F 90 Hyperkinetické poruchy. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: du- evní poruchy a poruchy chování: popisy klinických p íznak a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000a, s. 247-250. ISBN 80-85121-44-1.

F 91 Poruchy chování. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: du- evní poruchy a poruchy chování: popisy klinických p íznak a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000b, s. 250-254. ISBN 80-85121-44-1.

- JUCOVÍ OVÁ, D., fiÁ KOVÁ, H. *Metody práce s d tmi s LMD - p edev-ím pro u itele a vychovatele*. Praha: D&H, 2003, s. 24. ISBN 80-239-446-81.
- JUCOVÍ OVÁ, D., fiÁ KOVÁ, H. *Neklidné a nesoust ed né dít ve -kole a v rodin* . Praha: Grada, 2010, s. 240. ISBN 978-80-247-2697-7.
- KAVALE-PAZLAROVÁ, M., PILA OVÁ, M. Psychoterapeutické p ístupy k d tem s LMD. In Kucharská, A. (ed.). *Specifické poruchy u ení a chování: Sborník 1999*. Praha: Portál, 1999, s. 76-84. ISBN 80-7178-294-7.
- KREJ Í OVÁ, D. Poruchy chování u d tí (F91). In í an, P. aj. *D tská klinická psychologie*. 4. p eprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 240-244. ISBN 80-247-1049-8.
- KU ERA, O. *Psychopatologické projevy p i lehkých d tských encefalopatiích*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1961, s. 260.
- LANIADO, N. *Máte neklidné dít ?* P el. Ivana Hlavá ová. Praha: Portál, 2004, s. 112. ISBN 80-7178-868-6.
- LESNÝ, I. Malé mozkové postífení. In Lesný, I. aj. *D tská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. 2. p eprac. vyd. Praha: Avicenum, 1972, s. 135-140. ISBN 08-088-85.
- MALÁ, E. Hyperkinetické poruchy (F90). Hort, V. aj. *D tská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008a, s. 307-314. ISBN 978-80-7367-404-5.
- MALÁ, E. Poruchy chování (F91). Hort, V. aj. *D tská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008b, s. 307-314. ISBN 978-80-7367-404-5.
- MAT J EK, Z. aj. *Lehké mozkové dysfunkce: Mofnosti screeningu a prevence*. Praha: Knifní podnikatelský klub, 1991, s. 104. ISBN 80-85267-26-8.
- MATOUPEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládefta delikvence*. Praha: Portál, 2003, s. 344. ISBN 80-7178-771-X.

MERTIN, V. LDE, LMD NEBO ADD/ADHD. In Kucharská A. (ed.). *Specifické poruchy u dětí a chování: Sborník 1996*. Praha: Portál, 1997, s. 22-24. ISBN 1211-670X.

MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007, s. 207. ISBN 80-7311-075-X.

MUNDEN, A., ARCELUS J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. P ed. Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2002, s. 120. ISBN 80-7178-625-X.

O'DELL, N. E., Cook, P. A. *Neposedné dítě : Jak pomoci hyperaktivním dětem*. P ed. Jaroslav Jochman. Praha: Grada, 1999, s. 140. ISBN 80-7169-899-7.

PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2007, s. 472. ISBN 978-80-200-1499-3.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch u dětí a chování*. 3. rozšíř. a oprav. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 336. ISBN 80-7178-570-9.

PRAČKO, J., MOFŇNÝ, P. Základní rysy KBT. In Pračko, J., Mofňný, P., Mlepecký, M. (ed.). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: TRITON, 2007, s. 13-16. ISBN 978-80-7254-865-1.

*Psychiatrický podvod: podvracení medicíny. Zpráva a doporučení týkající se destruktivního dopadu psychiatrie na zdravotnictví*. Praha: Občanská komise za lidská práva, 2004.

PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, CH. *Neklidné dítě : rady pro rodiče a vychovatele*. P ed. Alfieta Širovátková. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 160. ISBN 978-80-7367-351-2.

PTÁČEK, R. K otázkám efektivity metod biofeedbacku v nápravě AD(H)D. In Kucharská, A., Chalupová, E. (ed.). *Specifické poruchy u dětí a chování: Sborník 2005*. Praha: IPPP ČR, 2006, s. 133-138. ISBN 80-8656-13-5.

RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. P ed. Lenka Stašková. Praha: Portál, 1999, s. 256. ISBN 80-7178-287-4.

SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učním a chováním*. P ed. Dagmar Tomková. Praha: Portál, 1999, s. 152. ISBN 80-7178-315-3.

SINHA, D., EFRON, D. Complementary and alternative medicine use in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2005, ro .41, .1-2, s.23-26.

SLOWÍK, J. Speciální pedagogika osob s poruchami chování, naroušenou sociální adaptací a sociálním znevýhodněním. Slowík, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007, s. 135-145. ISBN 978-80-247-1733-3.

TRUPECKÝ, M. KBT u dětí. Praško, J., Mofný, P., Trupecký, M. (ed.). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: TRITON, 2007, s. 905-933. ISBN 978-80-7254-865-1.

TRURMA, J. Specifické poruchy učení a chování. Šíman, P. aj. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 155-158. ISBN 80-247-1049-8.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. P ed. Michaela Trávníčková. Praha: Portál, 1997, s. 168. ISBN 80-7178-131-2.

TRUSOHLAVÁ, Z. aj. *Lehké mozkové dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum, 1983, s. 200. ISBN 08-011-83.

VÁGNEROVÁ, M. Specifické poruchy chování. Svoboda M. (ed.). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 665-679. ISBN 978-80-7367-566-0.



ZELINKOVÁ, O. Diagnostika chování dítěte. Zelinková, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 156-171. ISBN 978-80-7367-326-0.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

*ADHD and Diet* [online]. c2011, last revision 17th of April 2011 [cit.2011-04-17]. Dostupné z: <<http://www.addandadhd.co.uk/adhd-diet.html>>.

*Hyperactivity or Food Allergy?* [online]. c2011, last revision 10th of March 2011 [cit.2011-03-10]. Dostupné z: <<http://www.addandadhd.co.uk/adhd-hyperactivity-food-allergy.html>>.

## **Anotace:**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou dětí se specifickými poruchami chování. Jako klíčové se pro tento text jeví rozlišení dvou odlišných poruch chování, a to specifických a tzv. nespecifických. Vzhledem k tomu, že na mezinárodní úrovni doposud není jednotná terminologie specifických poruch chování, vychází autorka především z českého prostředí a poukazuje na historický vývoj a významné změny v názvosloví. K celkovému pochopení problematiky přispívá část popisující možné projevy poruchy, její etiologii, přidružené příznaky a komorbiditu. Poté, co jsou poskytnuty základní informace o tomto typu poruchy, text poukazuje na nejlepší způsob přístupu k dětem se specifickými poruchami chování. Cílem bakalářské práce je zdůraznit nutnost komplexního přístupu, zahrnujícího péči odbornou, respektive psychologickou, psychiatrickou i speciálně pedagogickou, ale také nezbytný přístup škol a rodin.

## **Klíčová slova:**

Děti

Poruchy chování

Specifické poruchy chování

Komplexní přístup

## **Abstract:**

This bachelor thesis is dealing with problems specific behavioral disorders in children. The resolution of two distinct behavioral disorders, specific and non-specific ones, seems to be essential for this text. Whereas there is not the uniform terminology of specific behavioral disorders at the international level, the author draws primarily from Czech terms and indicates to the historical development and significant changes in the nomenclature. The section describing the possible manifestations of disorder, the etiology, the associated symptoms and the comorbidity allow the entire understanding of the issue. After the explanation of basic information about this type of disorder, the text indicates to the best ways of working with children with specific behavioral disorders. The aim of the bachelor thesis is to emphasize the need of a comprehensive approach to children including a professional care or psychological, psychotherapeutic and special education as well as an appropriate access of schools and families.

## **Key words:**

Children

Behavioral Disorders

Specific Behavioral Disorders

Comprehensive Approach

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora/ky:** Adéla Mazancová

**Studijní program:** Sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Práce s dětmi se specifickými poruchami chování

**Počet stran (bez příloh):** 67

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů české literatury a pramenů :** 36

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů :** 3

**Počet internetových odkazů :** 2

**Vedoucí práce:** Mgr. Zuzana Janotková

**Rok dokončení práce:** 2011



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Adéla Mazancová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Specifické poruchy chování u dětí

Vedoucí práce: vedoucí práce – Mgr. Zuzana Janotková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 39

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

0				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Uveďte poruchy chování se špatnou prognózou, kterých vývoj může směřovat k disociální a antisociální poruše osobnosti v dospělosti

Jak se Vám osobně při své studentské praxi rozpoznávali poruchy chování a jak se Vám s těmito dětmi pracovalo?

Kde vidíte uplatnění sociálního pracovníka při práci s dětmi s poruchami chování?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Na práci studentky pozitivně hodnotím její samostatnost, velký zájem o teoretické zpracování tématu, systematickosti a konstruktivní diskusi v průběhu přípravy podkladů k bakalářské práci. Z mého pohledu se jedná o přehlednou teoretickou práci založenou na prostudované odborné literatuře, zmapování tématu k Poruchám chování z různých pohledů, studentka zde předkládá ucelené informace, fakta, postřehy atd.

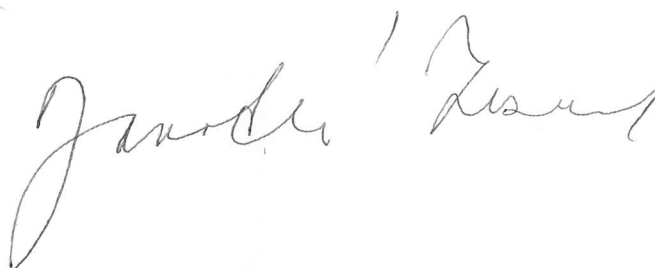
Práce je v některých kapitolách vhodně doplněna krátkými ukázkami z vlastní praxe studentky při práci s dětmi se specifickými poruchami chování. Přínosem je také historické vymezení pojmů – jedná se zde o přehledný vývoj terminologie. Pozitivně hodnotím také kapitolu o Věkových specifikách, kde studentka objasňuje odlišnosti dle základních věkových kategorií stručně a zároveň výstižně.

Domnívám se, že studentka vhodně doplnila práci o kapitolu pojednávající o odborném přístupu při práci s dětmi s poruchami chování a uvádí zde důraz na práci komplexní, systematickou a multidisciplinární. Doplnila bych v této kapitole pár základních informací o odborné práci speciálního pedagoga, etopeda, soc. pracovníka a jasnější vymezení kdo z odborných pracovníků poskytuje informace a poradenství k výchově a specifikám při výuce dětí se specifickými poruchami chování.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 11.5.2011



## Posudek oponenta bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Adéla Mazancová  
Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii  
Název práce: Specifické poruchy chování u dětí  
Oponent práce: Mgr. Eva Petráková

### Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 41

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

### Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

### Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

### Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

x				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

x				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

			x	
--	--	--	---	--

### Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

x				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a



Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak může probíhat relaxace s hyperaktivním dítětem /předškolním, z prvního a druhého stupně ZŠ/? Popište, prosím, takovou relaxaci. Jaké jsou výhody a nevýhody skupinové relaxace? Jak dlouhá by měla být relaxace?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Bakalářská práce A. Mazancové je prací teoretickou. Autorka předkládá poměrně ucelený přehled o problematice specifických poruch chování. V prvních kapitolách vymezuje klíčové pojmy a podrobněji se věnuje vyjasnění názvosloví, což považuji za vhodné a přínosné. Pouze nerozumím tvrzení ze str.24, že " hyperaktivní chování mohou v dětech vyvolat určité potraviny, protože na látky v nich obsažené, mohou být děti alergické". Je mnoho látek, které ovlivňují chování a mohou být jednou z příčin hyperaktivního chování / cukry, kofein, E133=brilantní modř a jiné viz.např. Víím co jím od Dr. T. Vrbové/ ale nemusí v žádném případě vyvolávat alergii. Také děti s kožními problémy projevujícími se výrazným svěděním pokožky se mohou projevovat jako děti neklidné, nesoustředěné..., třeba že nejsou alergické na potraviny.

Ve třetí kapitole se autorka zabývá popisem jednotlivých typů poruch chování i s ohledem na věk jedince,zmíněna je i prognóza SPCH. Domnívám se, že v této kapitole se mohla studentka věnovat více i problematice hypoaktivity u dětí.

Ve čtvrté kapitole předkládá jasný přehled možných způsobů práce s dětmi se SPCH. Autorka se vhodně vyvarovala zavádějícím komentářům při popisu jednotlivých možných přístupů k dítěti s specifickou poruchou chování a k jejich rodině.

Bakalářská práce je čtivá, dobře srozumitelná a obsahově plná. Autorka prokazuje, že umí pracovat s odbornou literaturou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Datum, podpis:

16.5. *Urbálová*