

TEORIE K PROBLEMATICE PŘÍPADU Č.1 – DÍTĚ S DG. ADHD

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) se jedná o poruchu s názvem Hyperkinetická porucha. V běžné i odborné populaci se však více vžilo označení ADHD, tj. porucha pozornosti provázená hyperaktivitou, dle Amerického diagnostického manuálu (IV. revize). V současnosti je ADHD jednou z nejčastěji diagnostikovanou poruchou v dětském věku. Jedná se o skupinu vývojových poruch, která zahrnuje kombinaci nadměrné aktivity, impulzivity a nepozornosti. Příčinou vzniku syndromu ADHD bývá často uváděn velký podíl genetických faktorů, kdy bývá hyperaktivní někdo z rodičů či prarodičů nebo i sourozenců (jak dětí, tak i jejich rodičů či prarodičů), častěji se dědí po mužské linii. Další možnou příčinou jsou negativní vlivy v období těhotenství, při porodu, v raném dětství dítěte, které vznikají v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Příčinou tohoto poškození je většinou nedostatek kyslíku (hypoxie). A v poslední řadě může jít i o kombinaci výše uvedených faktorů. (Munden, Arcelus, 2002)

Příznaky ADHD lze rozdělit do tří kategorií – nepozornost, hyperaktivita, impulzivita.

Poruchy pozornosti

Pro tyto děti bývá typické, že jsou nepozorné, roztěkané a nesoustředěné. Velice lehce je z činnosti vyruší jakýkoliv podnět. Nemají žádnou odolnost vůči vedlejším, rušivým podnětům. Dalo by se říct, že dávají pozor na všechno. Nedokážou dostatečně rozlišit to, co je pro ně v danou chvíli důležité, podstatné. Nejvíce se tato porucha ukáže, jestliže mají projevit činnost nad něčím, co pro ně není příliš motivující, která je nezajímá nebo dokonce se jim nedaří. Což se jedná nejčastěji o školní práci nebo domácí úkoly. Hledají různé možnosti, jak uniknout od této činnosti, mají tendenci nedokončit práci a neplnit úkoly. Problém bývá i ve snížené vytrvalosti, kde děti nevidí okamžitou pozitivní odezvu a snáze se odkloní k něčemu jinému, pro ně zajímavějšímu. To znamená, že problémem není jen pozornost, ale i vytrvalost. Ovšem bývají i situace, kdy je něco zaujme, baví a jsou schopny podat perfektní výkon. Školní prospěch a výkon těchto dětí bývá dosti nevyrovnaný. Jejich známky jsou horší, než odpovídá jejich inteligenci. (Paclt a kol., 2007)

Hyperaktivita

Tyto děti se projevují nápadnou pohyblivostí a neklidem, jsou neustále v pohybu. Během školního vyučování vstávají, procházejí se po třídě, houpou se na židli, potřebují mít neustále něco v ruce, kopají nohama. Také v řečovém projevu nejsou pozadu. Neustále učitelé doplňují výklad poznámkami, které je právě v danou chvíli napadly. Bývají velmi hlasité, až křičí, a tím samozřejmě ruší své spolužáky. Tyto projevy značí vnitřní neklid a celkové napětí nejen fyzické, ale také psychické. Centrální nervová soustava (CNS) je tím pádem přetížena, ale děti nedokážou zaznamenat signály únavy a včas si odpočinout. Opět se zde projevuje nezralost CNS, kdy by dítě mělo jít spát, ale nejde to, neboť je tzv. přetažené. Často pozdě usínají, převalují se a hledají důvod, jak nezůstat v posteli. Spánek potom dohánějí v dopoledních hodinách, hůře se soustředí na výuku. Jsou mrzuté, podrážděné. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Impulzivita

U těchto dětí chybí fáze rozmyšlení, jde o okamžitou reakci na podnět. Dalo by se říct, že tyto děti myslí až potom. Jednají zbrkle, bez zábran, což také vytváří nebezpečné situace. Mohou

například bez rozhlížení vběhnout na silnici, a to jenom proto, že mohly na druhé straně uvidět kamaráda. V důsledku impulzivity mívají obtíže v komunikaci s ostatními. Nejen že skáčou do řeči, ale také přeskakují z tématu na téma. Ve škole vyrušují bez přihlášení, nerespektují učitele, že je nevyvolal. Dělá jim problém i přestat hovořit, často pokyn nedoposlechnou do konce, a tak vykonají jen část zadání. Neumí se podrobit autoritě, disciplíně, těžce nesou příkazy a různá omezení. Mají problém se zapojit do kolektivní činnosti, která vykazuje určitý řád, raději volí činnost, která znamená brzkou odměnu a méně práce. Své přání musí mít splněno okamžitě, hned teď. To značí opět projev opožděného zrání centrální nervové soustavy. Stejně se chovají i věkově mladší děti. Neumějí trpělivě čekat, až na ně přijde řada. Nebo například učitel jim nemůže hned věnovat pozornost, proto si ji vynutí zlobením. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Přidružené poruchy

S nerovnoměrným zráním centrální nervové soustavy bývají spjaty velmi často poruchy v oblasti kognitivních (poznávacích) i motorických funkcí. Nejčastěji to bývají poruchy vnímání, které tvoří podklad pro vznik specifických poruch učení, například dyslexie (porucha čtení), dysortografie (porucha pravopisu), dyskalkulie (porucha matematických schopností) a jiné. Motorické poruchy zase ovlivňují vznik například dysgrafie (porucha psaní), dyspinxie (specifická porucha kreslení), na kterých se podílí zejména jemná motorika. Dětem se syndromem ADHD a kombinací výše uvedených specifických poruch učení se role školáka ještě více komplikuje. Vzhledem k nerovnoměrnému zrání kognitivních a motorických funkcí se doporučuje odložení školní docházky. K dalším projevům syndromu ADHD kromě výše uvedených patří: poruchy paměti, myšlení, řeči, emoční poruchy, poruchy exekutivních funkcí. V neposlední řadě se při neřešení jednotlivých poruch mohou rozvíjet poruchy chování. (Munden, Arcelus, 2002)

Intervence

Péče o hyperaktivní dítě je velmi náročná až vyčerpávající, mnohdy i nezvládnutelná, jestliže dítě nemá doma potřebné zázemí, vhodná výchovná opatření a je dlouhodobě frustrováno nevhodným přístupem. Vývoj žáka se tedy odlišuje od běžného vývoje, neboť se jedná o vývojovou poruchu. Projevy mohou být velmi rozmanité a různě se kombinují. Dítě některé příznaky má, jiné mít nemusí. Některé projevy jsou velmi silné, jiné naopak slabší. V průběhu vývoje se tyto projevy mění důsledkem dozrávání centrální nervové soustavy i výchovného a terapeutického vedení dítěte. Některé příznaky vystupují více, posléze začínají ustupovat, mírní se a mohou zase dominovat příznaky jiné. Zásadní je laskavý, trpělivý, ale především jednotný a důsledný výchovný přístup k dítěti. V rámci docházky do školních zařízení se jedinec s projevy ADHD postupně ocitá v pedagogicko-psychologické poradně, některé děti již od předškolního věku navštěvují ambulanci dětského psychiatra. Dle intenzity projevů ADHD se postupně přijímají rozličná opatření, od inkluzivních podpůrných opatření (např. přítomnost asistenta pedagoga, individuální vzdělávací plán), přes spolupráci se střediskem výchovné péče, docházením na psychoterapii, užíváním psychofarmak. V případě, že jedinec se stává nezvládatelný pro své projevy, nejčastěji poruchy chování (záškoláctví, krádeže, závislostní chování, útky z domova apod.) může být umístěn do psychiatrické nemocnice, diagnostického a poté výchovného ústavu. (Paclt a kol., 2007)

Seznam zdrojů:

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. Máme dítě s ADHD. Praha: Grada Publishing, 2015.

MUNDEN, A., ARCELUS, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha: Portál, 2002.

PACL, I. A KOL. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada Publishing, 2007.

Seznam zkratk:

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder

CNS – centrální nervová soustava

KAZUISTIKA Č.1

Zpracoval: Karel Vondráček, 20.9.2020

Použité metody a zdroje dat: rozhovory s klientem, sociální pracovníci, etopedem, zprávy pedopsychiatra, zprávy ze školy, zprávy z průběhu pobytu ve výchovném ústavu

Délka zpracování: 3 x 30 minut rozhovory + 90 minut studium dokumentace

1. Osobní údaje klienta:

Jméno: Karel

Pohlaví: muž

Narozen: věk 17 let (roč. narození 1999), malé město

Stav: svobodný

Aktuální bydliště: výchovný ústav ve středně velkém městě

Aktuální stav/problém: nerespektování pedagogů, slovní útoky, vulgární a fyzické napadání personálu i dětí, nezvládání emočních projevů

Diagnózy:

F 90.1 Hyperkinetická porucha chování

Z 62.2 Institucionální (ústavní) výchova

Z 62.4 Emocionální (citové) zanedbání dítěte

Z 60.0 Nedostatečný rodičovský dohled a kontrola

Disharmonický vývoj osobnosti s inferiorním intelektem

2. Rodinná anamnéza:

Matka: narozena 1969, nezaměstnaná, v r. 2012 úmrtí

Otec: narozen 1973, zaměstnán jako instalatér

Sourozenci: nevlastní sestra, narozena 2001

Rodinné zázemí: Po rozvodu rodičů žil chlapec nejdříve s matkou, po odebrání soudem svěřen do péče otce. S mladší nevlastní sestrou si chlapec nerozumí. Dle jeho slov je protěžována a rodiče ji mají raději než jeho.

3. Osobní anamnéza:

Raný vývoj: riziková gravidita, po porodu kříšen

Zdravotní anamnéza: bez úrazů a operací, alergický na hořkou čokoládu

Abúzus drog: nikotin (cca 20 cigaret denně)

Krimi: krádeže jako nezletilý, bez záznamu v trestním rejstříku

V odborné péči: dlouhodobě v péči dětského pedopsychiatra, opakované pobyty v psychiatrické nemocnici

Současná rodina: ve výchovném ústavu

Bytová situace: bydlí na pokoji s dalšími 2 chlapci

Finanční situace: nezaopatřené dítě, dostává kapesné 300,- měsíčně

Zájmy, volný čas: filmy, pohádky

Sociální zázemí: v místě bydliště se stýkal s několika staršími problémovými jedinci, ve výchovném ústavu se stýká pouze s ubytovanými dětmi, nevytváří přátelské vztahy

Povahově: Chování je především účelové, nevyzpytatelné, má vcelku bystrý úsudek, rád je v centru pozornosti a je také rád, když se mu věnuje ryze individuální péče. Emocionálně plochý, neudrží hlubší vazby s ostatními chlapci, případně personálem.

Školní anamnéza:

Od 1.tř. problémy s chováním, nerespektování autorit, od 2. stupně ZŠ převážně v psychiatrické nemocnici, odkud byl s ukončením povinné školní docházky propuštěn.

V současné době je studentem 1.ročníku dvouletého učebního oboru Práce ve stravování. Kvůli nadměrnému slinění má problémy na praxi. Ve škole slabá motivace, nepozornost, hyperaktivita. Když se mu nechce, stávkuje, lehne si na zem a předstírá, že spí. Narušuje tak i činnost zbytku třídy.

Profesní anamnéza: dosud nezaměstnán

4. Historie problému a status praesens:

Jedná se o chlapce s ranými riziky a z dysfunkční rodiny. Po rozvodu rodičů byl chlapec v péči matky, kdy vazba mezi matkou a synem byla problematická (těžká citová deprivace, zanedbávání, týrání a také fyzická agrese) - syndrom CAN (syndrom týraného dítěte). Pro nezvladatelnost a vážnou nemoc matky byl chlapec soudem svěřen do péče otce.

Chlapec již od první třídy svým chováním vybočoval a problémy s chováním měl už od počátku školní docházky. Nerespektoval žádné autority, zejména učitele a jakákoliv změna zažitého chodu se u něj projevovala změnou chováním. To se zhoršilo hlavně na druhém stupni, kde měl různé učitele na jednotlivé předměty. Většinu školní docházky prožil v dětské psychiatrické nemocnici (dále jen DPN).

Pro agresi, výrazné poruchy chování, nezvladatelnost byl v pedopsychiatrické péči. Ve 12 letech poprvé umístěn v DPN, kde byl opakovaně hospitalizován, poslední tři roky téměř trvalý

pobyt. Chlapec je chronickým psychiatrickým pacientem, oslabení CNS typu ADHD, emoční nestabilita, impulzivita.

Mimo režim psychiatrické nemocnice nebyl chlapec schopen vzdělávání, selhával, agresivní k okolí, napadal učitele, děti. Doma napadal nevlastní matku, těžce nesl údajné protěžování mladší nevlastní setry.

Z DPN propuštěn s ukončením povinné školní docházky, zvládal jen speciální režim. Ústavní výchova nařízená roku 2011. Umístěn do výchovného ústavu, následně do dětského ústavu mládeže a v současné době je ve výchovném ústavu se zvýšeným dohledem.

Chlapec během pobytu v zařízení pro děti vyžadující intenzivní individuální péči) režim vcelku zvládá, problém má pouze s ranním vstáváním), pevný denní režim a řád v kombinaci s pravidelným užíváním medikace mu vyhovuje. Během pobytu opakované fyzické napadení ostatních chlapců. Velmi často zkouší pevnost stanovených mantinelů, kdy se choval familiérním až obtěžujícím a velmi nepříjemným způsobem vůči personálu, kdy objímal personál, líbal nebo kousal přezůvky apod. Své problémy uznává ovšem spíše z účelového hlediska. Umí pojmenovat své chování, uvědomit si, že něco provedl, slíbit případně nápravu, tím to ale skončilo. Za pochvalu je rád, ovšem nepůsobí na něj jako motivace. Některé jevy se podařilo eliminovat, přišly jiné, nebo se za čas opět objevily. V kolektivu vcelku překvapivě respektován, často se ale stával obětí manipulace.

Kontakt s otcem pouze telefonický, chlapec nemá zájem vrátit se do rodiny. Jediný, kdo se o chlapce soustavně v současné době zajímá je jeho babička a paradoxně přítelkyně otce. Ovšem kvůli chlapcovu problematickému chování si netroufají uvažovat, že by se k nim po zletilosti vrátil.

5. Přijatá opatření:

1. Svěření do péče otce
2. Péče dětského pedopsychiatra, psychofarmaka
3. Opakovaná hospitalizace v dětské psychiatrické nemocnici
4. Nařízená ústavní výchova.
5. Umístění ve výchovném ústavu.
6. Umístění v dětském ústavu mládeže.
7. Umístění ve výchovném ústavu se zvýšeným dohledem.

6. Navržená řešení:

1. Režim v zařízení by měl chlapci pomoci zvládat základní společenské návyky (stolování, hygiena, úklid osobních věcí, udržování čistoty a pořádku)

2. Kontrola a dohled při organizovaných činnostech.

3. Nácvik sociálních dovedností, asertivity, individuální a skupinová práce s chlapcem, nastavení pevných hranic a jejich dodržování, v případě raptu využít vhodné ventily pro vybití vzteku. Najít vhodnou motivaci k dalšímu vzdělávání, připravit jej na co nejsamostatnější způsob života.

4. Navázat lepší kontakt s otcem i jeho současnou partnerkou, aby mohl jezdit na víkendové dovolenky a prázdniny.

5. Vzdělávání dle IVP (individuální vzdělávací plán)

7. Prognóza:

Prognóza chlapce je velmi nejistá a problematická. Pokud by se chlapec vyučil a získal práci, nejlépe s bydlením, a pokud by dále užíval léky a spolupracoval s psychiatrem, je pravděpodobné, že by mohl fungovat bez větších potíží. Vzhledem k tomu, že chlapec potřebuje neustálý dohled, a vzhledem k tomu, že s otcem příliš nevychází, nemá se ani kam vrátit. Pokud se chlapec ocitne na ulici jako osoba bez přístřeší, je pravděpodobné, že začne páchat trestnou činnost nebo jej někdo využije k páchání trestné činnosti, v případě vysazení léků může dojít ke zhoršení psychických potíží, agresi vůči okolí, umístění do psychiatrické nemocnice apod.

8. Katamnéza: případ probíhá

9. Vlastní hodnocení:

S chlapcem se spolupracovalo obtížněji, některé období svého života si přesně nevybavoval, neměl chuť si povídat o tom, co bylo na základní škole, natož v rodině, když pobýval s matkou. Často měl tendenci vymýšlet si a provokovat. O otci také neměl příliš zájem mluvit. Nejvíce informací poskytla sociálních pracovnice a etoped, kteří s chlapcem ve výchovném ústavu úzce spolupracují. Obtížné bylo všechny informace z rozhovorů rozčlenit a zachovat objektivní pohled na případ.

Vztahová mapa:

