

Univerzita Jana Amose Komenského Praha

Magisterské/Kombinované studium

2010 - 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Kateřina Černá

Sociální a emocionální vývoj jedince s diagnózou ADHD

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Hana Fleischmannová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Magister/Combined Studies

2010-2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Kateřina Černá

Social and emotional evolution of person with diagnosis ADHD

Prague 2012

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Hana Fleischmannová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 12. 3. 2012

Bc. Kateřina Černá

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá problematikou jedince s diagnózou ADHD, zejména charakteristikou sociálního a emocionálního vývoje jedince s ADHD. Stručně jsou v práci popsána různá vývojová období a specifika jedinců s ADHD a také přidružené poruchy, které se v souvislosti s touto diagnózou vyskytují. Na dvou příkladech z praxe je ukázána vhodnost spolupráce rodiny, školy, speciálních pedagogů a lékařů.

Klíčová slova

City, důvěra, emoce, interakce, komunikace, normy, osobnost, regulace, sociální vývoj, soustředění.

Anotation

This thesis deals with the topic of an individual with the anamnesis ADHD, namely with the feature of the social and emotional emotion of an individual with ADHD. In the thesis the different developing stages and specifications of individuals are described as well as the embedded faults that occur in the connection with this anamnesis. Two examples demonstrate the suitability of the co-operation between the family, school, special teachers and doctors.

Key words

Communication, concentration, emotions, feelings, interaction, norms, personality, regulation, thrust, social evolution

Obsah

1. Úvod	7
2. Sociální a emocionální vývoj	9
2.1. Sociální vývoj	9
2.2. Emocionální vývoj.....	13
2.3. Vývoj jedince s ADHD.....	17
3. ADHD – charakteristika, etiologie, diagnostika	22
3.1. Charakteristika ADHD	22
3.1.1 Deficit pozornosti	24
3.1.2 Hyperaktivita	24
3.1.3 Impulzivita.....	25
3.2. Hypotetické příčiny poruchy aktivity a pozornosti	25
3.3. Vývoj jedince s ADHD – zvláštnosti ve vývoji.....	28
3.4. Diagnostika poruchy aktivity a pozornosti	31
3.5. Přidružené poruchy	34
4. Empirická část práce – Sociální a emocionální vývoj jedince s diagnózou ADHD	44
4.1. Průzkumné cíle a výzkumné otázky	44
4.2. Metodologie výzkumného šetření.....	45
4.3. Charakteristika výzkumného prostředí a posuzovaného souboru respondentů	48
4.3.1 Popis výzkumného prostředí	48
4.3.2 Výzkumný soubor	48
4.4. Interpretace výzkumného šetření – případová studie	50
4.4.1 Případová studie č. 1	50
4.5. Shrnutí praktické části	69
4.6. Závěr šetření a doporučení pro poradenskou praxi.....	71
5. Závěr	72
6. Literatura	73

1. Úvod

Motto:

*„Není dobře, když je mateřská láska slabošská,
a není dobře, když je pojímána jen jako oběť. Naopak,
má být náročná, důsledná a třeba i přísná“.*

Zdeněk Matějček

Téma předkládané diplomové práce Sociální a emocionální vývoj jedince s diagnózou ADHD je zvoleno díky možnosti autorky danou problematiku „aktivně“ sledovat, protože autorka pracuje v ordinaci klinického psychologa a psychiatra. Děti s nadměrnou aktivitou v poslední době přibývá, proto je tomuto problému věnována velká pozornost ze strany odborné i laické veřejnosti. Lidé postižení ADHD mívají potíže se soustředěním, bývají impulzivní a hyperaktivní.

ADHD je porucha zapříčiněná biologickou poruchou. Nejedná se o novou nemoc, pouze s všeobecným rozvojem vědy a techniky se jí věnuje větší a cílená pozornost. Výzkumy v této oblasti jsou zaměřeny rovněž na možnosti začlenění dětí s diagnózou ADHD mezi běžnou populaci a na prožívání rodičů neklidných dětí.

ADHD postihuje miliony dětí a dospělých. Tato porucha je nejběžnější u dětí, je obvykle nejčastěji diagnostikována během prvních školních let, i když teoreticky může být v řadě případů diagnostikována již mnohem dříve v předškolním věku. V České republice je bohužel diagnostikována skutečně nejčastěji až v prvních ročnících základní školy, tj. až v době, kdy dítě má již celou řadu problémů a ve školním prostředí selhává. Pokud dítěti není věnována náležitá péče, není vhodně trénováno, vzděláváno a vychováno, mohou některé projevy ADHD pokračovat během dospívání až do dospělosti.

Diplomová práce navazuje na autorčinu bakalářskou práci Porucha aktivity a pozornosti – ADHD. Cílem této diplomové práce je charakterizovat sociální a emocionální vývoj jedince s ADHD, uvést základní terminologii a

zvláštnosti a specifika dětí i dospělých se syndromem ADHD a poukázat na důležitost spolupráce rodiny, školy, specialistů pedagogů i lékařů. Jedná se o teoretické kapitoly.

Těžiště předkládané diplomové práce spočívá v její empirické části - 3. kapitole, ve které je stanoven cíl výzkumu, dílčí cíle, výzkumné teze a metodologie výzkumného prostředí. Tato kapitola dále obsahuje charakteristiku výzkumného prostředí a výzkumného souboru, dvě kasuistiky a na závěr doporučení pro pedagogickou praxi.

Při zpracování diplomové práce autorka využila svých znalostí získaných studiem a z praxe. Oporou jí byla odborná literatura, ze které čerpala a uvedla ji na konci diplomové práce.

2. Sociální a emocionální vývoj

2.1. Sociální vývoj

Lidské chování lze definovat jako prožívání citů navenek. City (emoce) jako prožívání provázejí veškeré lidské chování. Vyjadřují subjektivní vztah jedince k předmětům a jevům prostředí. Chování a prožívání člověka je neoddělitelné od jeho biologických procesů společně s citovým laděním osobnosti. Osobnost člověka je chápána jako určitá biologická a psychologická struktura, rozvíjející a formující se edukací společně s interakcí s druhými lidmi, jež velmi významně ovlivňují „motiv“ chování každého jedince.

Pro pochopení lidského, i dětského, chování je nezbytné vymezit psychické faktory lidské osobnosti, které jsou rozvíjeny a formovány komponenty edukační činnosti, metodami, organizací, prostředky, a vhodnými podmínkami, jež podporují zdravý sociální rozvoj jedince a vedou u něj k prosociálnímu chování.

Sociální vývoj je ovlivňován řadou faktorů:

- vnímáním (percepcí) - procesem, kterým pojmáme stopy neboli informace do vědomí (souvisí s ním prožívání a chování člověka),
- prožíváním - obecně vědomými obsahy psychiky představující kontinuální tok duševního dění, které je chápáno jako vnitřně orientovaný projev těch snah a přání, jež se v individuálním vědomí odrážejí jako dynamika boje motivů při volbě cílů člověka v procesu jeho adaptace na prostředí a jako specifická aktivita nejlépe identifikovatelná v odrazu náročných životních situací, v nichž je

ohroženo dosažení individuálně významných cílů, resp. uchování určitých ideálů a hodnot,

- chováním - projevům sociabilní a socializované bytosti začleněné do společenského systému vztahem vzájemných komunikací; je zde úzká souvislost s „motivy“ lidského chování, které jsou specifickými příčinami a důvody určující směr a intenzitu chování,
- city, emocemi - subjektivním vztahem jedince k předmětům a jevům prostředí; emoce neboli nižší city jsou spojeny s uspokojováním základních potřeb subjektu a adaptací na životní podmínky (uspokojení hladu, spánku apod.); city neboli vyšší společenské city jsou složité emocionální procesy a stavy, které vznikají pouze u člověka, neboť jsou vázány na život mezi lidmi (výčitky, svědomí, prožitek viny, lítost, stud, sebeuspokojení, hrdost, zadostiučinění apod.) temperamentem, čili biologickým základem citového života člověka, který má zakódované dimenze individuálních rozdílů v prožívání.

Výsledkem interakce těchto ovlivňujících činitelů je osobnost. Není vrozená, ale utváří se v období raného dětství. Sociální vývoj dítěte a základy vývoje osobnosti jedince se formují již v novorozeneckém období a je pro jeho pozdější harmonický vývoj velmi důležitý. Novorozenec je připraven pro sociální interakci, dobře vnímá a rozlišuje podněty všemi smysly. Např. dokáže mezi smíšenými pachy identifikovat svoji matku. Upřednostňuje sociální podněty, jako je lidský hlas, obličej apod. Reaguje silnějším úchopovým reflexem na vložení našeho prstu do dlaně než na vložení hůlky do dlaně, která má stejné rozměry jako prst. Také jeho plazivé pohyby jsou živější na nahém dospělém těle než na postýlce.

Důležité jsou sociální kontakty. Dítě rozlišuje samo sebe od svého okolí a dokáže komunikovat. Dospělí se musí dítěti věnovat a umět citlivě reagovat na změny jeho chování. Tyto požadavky splňuje vztah matky a dítěte, pokud jsou mezi nimi optimální podmínky.

Časné interakce mezi novorozencem a okolím nezahrnují více než dvě osoby – jsou dyadické. Bylo zjištěno, že pro úspěšnou interakci sociálního dialogu je vybaveno dítě, matka a samozřejmě i otec. Tyto interakce začínají, jakmile dítě splní očekávání matky, kdy matka hned po narození dítěte dá najevo, aby otevřelo oči a pohlédlo na ni. Matka se o své dítě stará: krmí ho, pečuje o jeho čistotu, přiměřenou teplotu, podněcuje je k aktivitě. Dítě plně nerozlišuje sebe od ostatního světa a plně si neuvědomuje své vlastní já, proto nemůžeme mluvit o skutečném vztahu k matce, ale ani o egocentričnosti dítěte. Víme, že dává najevo libost a nelibost, zřejmě je i prožívá, tyto pocity jsou všeobecného charakteru, dítě samo nerozpoznává, co mu chybí.

Teprve když dítě pozná trvalost předmětů (kolem osmého měsíce), jsou vytvořeny předpoklady, aby začalo rozlišovat sebe od svého okolí, vnímalo matku jako jedinečnou bytost, která existuje nezávisle na něm – která je, i když ji nevidí. Matka je někdo, kdo mu svou přítomností dělá dobře. Když není, dítě ji může přivolat pláčem. Prvotní vztah k matce je jistě velmi primitivní, je ale základem, na kterém dítě mnohé buduje.

Z dobrého vztahu k okolí si přináší dítě do života postoj, které nazýváme základní důvěra. „*Základní důvěra znamená přesvědčení, že vše je v základě dobré.*“ (Šimek, J., 1995). Základní důvěra zahrnuje důvěru ve vnitřní i ve vnější svět a v jejich vzájemný vztah. Ve vztahu matky k dítěti se důvěra projevuje tak, že když je potřeba, matka zasáhne a nelibost se změní v dobrý pocit. I když není matka přítomna stále, v potřebné chvíli se včas objeví a lze se na to spolehnout. Současně dítě zjišťuje, že je i ono v pořádku a všechno, co dělá (cucání, žvatlání...), přináší dobré pocity jemu i jeho okolí. Nedostatek základní důvěry je vážnou překážkou. „*Každý ze zkušenosti dobře ví, jak těžko se učí, když nevěří sobě nebo svému učiteli. Každý krok pak musí příliš ověřovat a kontrolovat, pracně vymýšlet postupy, které mohl jednoduše převzít od druhých. Ale i pak výkon postrádá potřebnou plynulost a eleganci. A tyto všechny problémy má ve svém vývoji ten, kdo si v hloubce své duše nese*

pochybnost či dokonce nedůvěru, již vztaženou k sobě nebo ke svému okolí.“
(Šimek, J., 1995).

Rozlišování a nápodoba obličejových výrazů u novorozence: jednou ze zásadních otázek v oblasti komunikace mezi dospělým a kojencem je zjistit, zda jsou mladší děti schopny poznat naše emoce pouhým pozorováním obličeje. V roce 1976 se vědcům podařilo ukázat, že kojenci ve věku pouhých čtyř měsíců dokážou rozlišit radost a zlost. Kojenci se dívali na fotografie obličejů předvádějících radost déle než na snímky obličejů předvádějících zlostný výraz nebo nevyjadřujících žádnou zvláštní emoci. Zkoumáním způsobu, jakým kojenci poznávají emoce, se zabývaly různé studie. Dokázaly, že zájem kojence se obecně mění podle emočního výrazu, který je mu předváděn. Kojenci tedy nejdéle pozorují výraz radosti, pak následuje zlost a překvapení a nakonec pravděpodobně nejméně zajímavé jsou strach a smutek.

Důležitým obdobím z hlediska socializace dítěte je předškolní věk od 3. do 6. let. Velice významným charakteristickým znakem dětí předškolního věku je postupné uvolňování vázanosti na rodinu. Ve 3 letech mohou děti zahájit docházku do mateřských škol, většina volnočasových aktivit a kroužků pro nejmenší jsou také určeny pro děti od 3 let. Ukončení této závislosti je také podmíněno postupným poznáváním a přijímáním sociálních rolí a osvojením určitých norem chování. Aktivita, které dítě vyvíjí, již nejsou samoúčelné, ale mají svůj význam a umožňují dítěti se prosadit ve skupině vrstevníků. Typickým příkladem nám může být takzvané „hraní na písečku“.

Děti ve 3 letech většinou mají už své oblíbené kamarády a kamarádky, na které se těší a velice rády si s nimi hrají. Nehrají si odděleně ale naopak spolu. V tomto věku se také utváří individualita a osobnost jedince. Vzniká takzvané vědomí vlastní identity, což je velice důležité pro pozdější zdravé sebevědomí dítěte. Sebehodnocení dítěte, je vzhledem jeho rozumovým schopnostem silně závislé na okolí a především rodičích. Dítě přijímá názory

druhých nekriticky, ztotožnění se s rodiči slouží jako obohacení dětské identity. Právě v tomto věku jsou dítětem přebírány takzvané rodinné vzory. Podvědomě přebírá vzory chování rodičů. Jejich chování k sobě a k ostatním lidem, jejich komunikace, řešení problému a vyznávání citů to vše dítě podvědomě vnímá a valnou většinu chování přebírá a uplatňuje v pozdějším věku.

2.2. Emocionální vývoj

Obecné vývojové charakteristiky emocionálního vývoje dítěte dávají rámec, který je vhodné respektovat. Psychický vývoj se sice postupnou proměnou, ale není nutně plynulý a rovnoměrný. Každá vývojová etapa se vyznačuje určitými typickými změnami, ale k vývoji jedince též patří výrazná individuální diference, která pak specifikuje vývoj každého z nás. Platí to pro vývoj kognitivní, řečový, emocionální, mravní, sociální. Z těchto skutečností plynou speciální nároky na výchovu, na stimulaci psychického vývoje dítěte, na jeho rozvoj.

První rok života.

Už v průběhu prvního roku života dítě využívá emocí při komunikaci s ostatními, signalizuje jimi svou libost a nelibost. Jejich projevy jsou pro dospělého většinou dobře čitelné, ale není jednoduché zjistit příčiny projevované libosti, spokojenosti a zvláště pak nelibosti, nepohody. Ve styku s lidmi se dítě už v tomto vývojovém stadiu chová nepochybně živěji a aktivněji než v kontaktu s předměty. Dítě zpravidla radostně přijímá různé sociální hry, které dospělí nabízejí. Dítě je aktivní ve smyslu udržení interakce s ostatními lidmi. Je-li tato aktivita dospělými přijímána a realizována převážně v příznivé emoční atmosféře, dochází k posilování sociálních interakcí. Příznivá citová odezva je pro dítě odměnou podporující proces učení.

Do jednoho měsíce.

Když se nakláníte nad svým děťátkem, projevuje zájem o váš obličej.

Do dvou měsíců.

Už teď zkouší vaše dítě napodobovat: vypláznout jazyk tak, jak mu to předvádíte. Jeho úsměv se pozvolna stává sociálním signálem. Dítě jím odměňuje vaši náklonnost.

Do tří měsíců.

Dítě vyhledává oční kontakt - nebo se mu vyhýbá, chce-li mít svůj klid. Když se s dítětem koketuje, odpovídá vám zvuky, mimikou a gesty.

Do čtyř měsíců.

Díky jeho stále výraznější mimice teď lze snázeji rozpoznat pocity dítěte: smutek, radost, nuda, překvapení.

Do pěti měsíců.

Řeč těla dítěte je stále výmluvnější. Dítě se zmítá radostí, když se jím právě někdo zabývá. Prudce sebou trhá, pokud si chce hrát. Všechno provází veselý úsměv nebo zklamaný nářek.

Do šesti měsíců.

Dítě si čím dál lépe dokáže zařadit reakce svého okolí: veselý hlas se hodí k usměvavému obličej, sklíčený hlas zase k smutné tváři.

Do sedmi měsíců.

Dítě teď ví, kam patří, posiluje se pouto k rodině.

Do osmi měsíců.

Začíná fáze strachu z cizího: na neznámé reaguje dítě napjatě až vyděšeně. S cizími osobami ve svém zorném poli se necítí být zcela v bezpečí. Strach je důležitým signálem přiměřeného vývoje, je znamením, že dítě rozlišuje známé a neznámé.

Do devíti měsíců.

Zdokonaluje se souhra s důvěrně známými blízkými osobami. Když se dítě plazí kupředu, neustále se neohlíží: „Je v pořádku, co dělám?“

Do deseti měsíců.

„Kuk, kde jsem?“ Začíná doba her na schovávanou. Dosud se dítě naučilo, co máte rádi, věnuje vám pozornost, stále obratněji vyjadřuje svou lásku k vám.

Do jedenácti měsíců.

Také vztek dokáže dítě projevit stále výrazněji, například se umí bouřlivě vztekat, když se mu něco sebere: třeba jeho lžice při jídle.

Do dvanácti měsíců.

Dítě začíná zručně napodobovat své velké vzory. Odkouká všechno, co mu připadá zajímavé: mává, tleská rukama, kolébá se v rytmu hudby.

Batolecí věk dítěte.

Důležitým zdrojem vývojové dynamiky dítěte v batolecím věku je rovnováha mezi jeho osamostatňováním a sebezprosazováním (známé a často připomínané období vzdoru) a potřebou jistoty a bezpečí. Není to nic jiného než cesta k samostatnosti a odraz vědomí sama sebe, vlastní identity, uvědomění sebe jako aktivního činitele. Vzдорovité chování je též jednoduchým projevem vlastní vůle. Problém je v tom, že dítě v tomto věku neumí odhadnout a posoudit důsledek nějaké své aktivity. Opět potřebuje

laskavou, vstřícnou a přiměřenou podporu dospělých. Je často obtížné ve výchovných situacích negativistické chování dítěte chápat jako procvičování jeho volných procesů a rozvíjející se identity, ale pro dítě je to nesmírně důležité. Opět tím přispíváme k tomu, jak bude chápat sebe i lidi kolem, jak bude vstupovat do interpersonálních vztahů.

Vlivem rozvoje řeči a komunikačních dovedností se výrazně rozvíjejí sociální vztahy dítěte. Výměna informací i prožitků dítěte s ostatními se zjednodušuje a zpřesňuje, což umožňuje i to, že právě prožitky i výrazové vzorce jednotlivých emocí rozpozná a označuje slovy. Doplňující hlasové a pohybové projevy jsou pro okolí srozumitelnější a přehlednější při usuzování na příčiny různých emočních stavů.

Do osmnácti měsíců.

Dítě si rozvíjí schopnost vcítění: utěšuje, hladí. Začíná také objevovat sebe sama a pozvolna se odpoutává.

Do dvou let.

Jiné děti začínají být stále zajímavější a tu a tam jsou potřeba jako spoluhráči. Úloha matky (či jiné osoby trávící s dítětem většinu času) jako jediného baviče v životě dítěte pomalu končí.

Do tří let.

Dítě pozoruje, že hrát si společně s dalšími dětmi může být velká legrace. Učí se tak dodržovat jednoduchá pravidla.

Do čtyř let.

Při hře vznikají první kamarádství. Dítě teď může uzavírat první dohody, objevovat jednoduchá pravidla, darovat a dělit se. Objevuje hry s přidělenými úlohami.

Do pěti let.

Dítě hledá kritéria: co je dobré, co špatné? Co se mi líbí a co ne? Je to období nekonečných otázek „Proč?“. Také kamarádi hrají stále významnější roli. Dítě chce, aby ho tyto kamarádi uznávali.

Do šesti let.

Vyhrávat a prohrávat - soutěže jsou čím dál atraktivnější. Vznikají-li při nich konflikty, začíná dítě uvažovat o tom, jak se dají urovnávat spory. Pocit sounáležitosti s nějakou skupinou nabírá na důležitosti. Časem teď bude dítě přikládat stále větší význam tomu, že je děvče nebo chlapec.

2.3. Vývoj jedince s ADHD

Dnešní přístup školy je zaměřen především na učení znalostem a dovednostem. Má jistě své opodstatnění a opomíjením tohoto přístupu by nebyla ani škola školou. Avšak řada dětí vyžaduje speciální přístup, a to nejen děti s ADHD. Pro tyto děti jsou efektivnější jiné přístupy, které vycházejí z toho, že dítě se učí během celého svého vývoje od lidí kolem sebe, od svého sociálního prostředí – učíme celou osobnost: rozum, tělo i emoce.

„Dítě s ADHD by si také mělo zvyknout na pravidelný režim dne, někdy až stereotypní (zvyky a rituál přinášejí dítěti jistotu, usnadňují mu orientaci v průběhu dne) – svět dítěte by měl být přehledný, jasně uspořádaný. Řád je důležitý také proto, že dítěti s ADHD vnitřní řád“, mívá v něm chaos, a tak se mu i vše ostatní jeví jako chaotické. Dítě, které žije v chaosu a neustálých změnách, se necítí jistě, bezpečně.“ (Žáčková, H., Jucovičová, D., 2010, s.16).

Pro děti se specifickými poruchami učení (SPU) a s ADHD lze formulovat různá doporučení jednak pro školu a jednak pro rodiče. Předpokladem úspěšné edukace je vzájemná informovanost a úzká spolupráce.

Doporučení pro školu.

Ve škole na základě aktuální zprávy z vyšetření by měli být všichni učitelé, kteří dítě vyučují, být seznámeni se specifiky jeho poruchy. Toto má na starost třídní učitel, speciální pedagog nebo výchovný poradce. Rovněž vhodným způsobem vysvětlit ostatním spolužákům rozdílný přístup k hodnocení dítěte se specifickou poruchou učení. Zabrání se tak mnohým nedorozuměním.

Je důležité dávat těmto dětem možnost prožít pocit úspěchu i za snahu přesto, že vlastní práce, resp. její výsledek neodpovídá našim celkovým představám. Je to ale pro dítě silně motivující. Nevěnovat dítěti přemrštěnou pozornost, žádné dítě nechce být „jiné“. Učitel by si však měl stále uvědomovat, že každý z jeho žáků je ve všech ohledech jiný než ostatní, intelektem, tělesnou stavbou a dispozice, koordinací, temperamentem atd.

Vyučující by měli hodnotit skutečné znalosti dítěte bez ohledu na SPU, aby je vědomí této poruchy neovlivňovalo v hodnocení dítěte. Při hodnocení dodržovat hlavní zásadu, tedy hodnotit je samotné a srovnávat jeho dílčí úspěchy či nedostatky s jeho vlastní osobou, jeho možnostmi a schopnostmi. Srovnávání s ostatními spolužáky není vhodné.

Ponechávat v běžných hodinách dítěti pomůcky, pomáhající ke kompenzaci jeho poruchy, a to i při písemných pracích. umožnit pracovat s diktafonem, magnetofonem apod. Ve výuce cizích jazyků preferovat učení se spíše cestou sluchovou než vizuální, soustředit se na ovládnutí základní slovní zásoby.

Zvláště u dysgrafiků preferovat ústní formu zkoušení před písemnou a je-li písemná forma nezbytná, volit takovou formu zkoušení, aby stačila krátká

odpověď. Nenechávat zbytečně žáka psát dlouhé zápisy - často tyto zápisky nejsou ani dítětem použitelné k tomu, aby bylo schopno se z nich učit. U naukových předmětů se zaměřit se na obsahovou správnost a nehodnotit chyby vzniklé z nedokonalého přečtení textu.

U žáků s dyskalkulií v písemných pracích kontrolovat nejen výsledky, ale i správnost postupu - může docházet k chybám v důsledku neschopnosti vypořádat se s grafickým prostorem, v důsledku neschopnosti dodržet nutnou úpravu.

Význam individuálního vzdělávacího plánu (IVP) je určen pouze pro ty děti se SPU v běžných školách hlavního vzdělávacího proudu, jejichž handicap je takového rozsahu, že nemají šanci bez něj vůbec zvládat předepsané učivo daného typu školy, který navštěvují. Znamená to, že je vhodný pouze pro žáky s těmi nejtěžšími formami poruch včetně jejich kombinací.

Existenci IVP schvaluje ve správním řízení ředitel školy. Struktura IVP je zakotvena ve Vyhlášce 227/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 62/2007 Sb., a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a která vychází ze zákona č. 472/2011 Sb., školský zákon, který nabyl účinnosti 1. 1. 2012.

IVP musí sledovat obsah vzdělávání, určení metod a postupů, které budou adekvátní pro jeho nositele a dále by měl být zaměřen na zmírnění obtíží a vyzdvižení toho, v čem je dítě dobré. IVP vzniká na základě doporučení odborného pracoviště, což jsou pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně-pedagogického centra.

Přínos IVP pro žáky se SPU je v praxi zcela evidentní. Umožní žákovi pracovat podle jeho skutečných schopností a svým individuálním tempem.

Umožní najít žákovi optimální úroveň, na které je schopen pracovat dle svých možností.

Pro učitele je to také výhodné, protože mu umožní bez obav pracovat se žákem na té úrovni, kterou skutečně potřebuje bez ohledu na učivo předepsané učebními standardy. Na základě IVP má učitel možnost žáka hodnotit za jeho konkrétně dosahované výsledky bez srovnávání se spolužákem.

Do přípravy IVP a jeho následného naplňování se ale také zapojí rodiče, kteří jsou spoluzodpovědní za výsledky práce svého potomka.

„Cílem odlišných metod práce a hodnocení dítěte se specifickou poruchou učení a chování (ADHD) není nadhodnocování výkonu, ale zjištění skutečných schopností a vědomostí nezkrivených poruchou a ocenění i jeho lidských kvalit.“ (Žáčková, H., Jucovičová, D., 2010, s. 62).

Obecná doporučení k přístupu k dítěti s ADHD pro rodiče.

Rodina je základní výchovnou institucí. Její výchovná funkce vychází ze Zákona o rodině. Prostřednictvím této funkce rodiče přebírají odpovědnost za svoje děti. Snaží se jim zajistit odpovídající výchovu, vzdělání, bezpečí, zabývají se přiblížením základních sociálních norem uznávaných v dané společnosti. Přitom především děti s poruchami učení potřebují pro svůj zdárný vývoj výchovné působení rodičů. Někteří rodiče podnikají, mají často dvě zaměstnání a na dítě jim nezbývá čas.

V případě, že se v rodině vyskytne dítě s ADHD, první sdělení diagnózy často u rodičů vyvolá smutek a zklamání. Typické bývá hledání viny u druhých, agresivní pocity a vztek na všechny kolem, ale často i na sebe samotného. Přitom je třeba co nejdříve se pokusit o racionální hodnocení situace a umožnit dítěti, aby bylo schopno reálně fungovat ve škole i doma.

Rodiče by měli své dítě podporovat, reálně mu pomáhat, být k němu důslední, dávat mu najevo dostatek své lásky.

Rodič takového dítěte se stává současně jeho učitelem, měl by k přípravě na výuku přistupovat důsledně, systematicky, pracovat s dítětem efektivně. Rodič by měl s dítětem pracovat v krátkých časových intervalech, po menších učebních celcích.

Rodinná atmosféra by měla být plná pochopení, podpory dítěte a spolupráce formou hravých činností, kterými se do školy připravuje. Rodiče ve svém přístupu by neměli šetřit pochvalou a oceněním snahy. Musí dítěti vysvětlit, že i přes jeho snahu je plno věcí ve škole těžkých a je zcela logické, že se něco nepodaří i přesto, že se budeme doma učit.

„V rodinném soužití stanovit řád a jasně a pevně vytyčit hranice ve výchově. ...Dítě by mělo vědět, co se od něj v rodině očekává, což mu sdělíme přiměřeným a jasným způsobem.“ (Žáčková, H., Jucovičová, D., 2010, s.15).

Rodič by ale také neměl zapomínat dát dítěti prostor na skutečnou volnou hru a zábavu, prostor pro pohyb. Rodič by měl umožnit dítěti rozvíjet se v tom, v čem je dobré co ho baví dělat. V tom spočívá největší kompenzace vzniku sníženého sebevědomí a sebehodnocení pod vlivem školního neúspěchu. Při práci s dítětem je třeba vždy promyslet, jak může vnější odměna podpořit jeho vnitřní motivaci k plnění úkolu.

Rodiče se musí učit akceptovat, že jejich dítě má specifickou poruchu při učení, že jeho problémy nejsou projevem nedostatku snahy. Musí dítěti vysvětlit, že jeho problémy nesouvisí s nedostatkem inteligence, že není hloupé. Vytvoření přátelské atmosféry doma je nezbytné. Pomáhat dítěti, obzvláště jedná-li se o kombinaci poruchy učení s chováním, je záležitostí minimálně na celou dobu školní docházky do základní školy.

Zvyšování motivace ke vzdělání by se také měla ujmut rodina, ale dítě nesmí být pod tlakem, nesmí být nemístně zatěžováno, musí u něj převládnout pocit úspěchu. Ten se navodí i pouhým oceněním píle. Rodiče by měli dopředu počítat s možností pouze pomalého zlepšování a s malými pokroky. Volit přiměřené krátkodobé cíle.

Předpokladem úspěšného vývoje jedince s ADHD je úzká a otevřená spolupráce rodiny a školy.

Vzhledem ke skutečnosti, že příznaky ADHD přetrvávají do dospělosti, byť v pozměněné podobě, je třeba věnovat pozornost hyperkinetickému syndromu i v dospělosti. *„Asi u 40 – 45 % pacientů s ADHD přetrvává výrazná porucha z dětství a adolescence do dospělosti. Dominující poruchou v dospělém věku je porucha pozornosti ... často přetrvává z dětství do dospělosti emoční nezralost, emoční labilita, impulzivita a relativně často také zkratkovité jednání.“* (PACLT, I., 2007, s. 123).

3. ADHD – charakteristika, etiologie, diagnostika

3.1. Charakteristika ADHD

ADHD je porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Patří sem například lehká mozková dysfunkce (LMD) nebo poškození mozku, hyperkinetická reakce a hyperkineze. Podle Diagnostického a statistického manuálu (DSM – IV) Americké psychiatrické asociace se pod kódem 314.00 nachází diagnostické kategorie Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) – porucha pozornosti s hyperaktivitou (označované i jinými názvy) a vedle toho se také užívá pojem Attention-Deficit Disorder no Hyperactivity (ADDnoH nebo ADD) – porucha pozornosti bez hyperaktivity. Termín ADHD

se používá i v české odborné terminologii. Jedná se o poruchu způsobenou biologickou příčinou. V současnosti je porucha aktivity a pozornosti řazena do hyperkinetických poruch (F90 v mezinárodní klasifikaci nemocí Psychické poruchy a poruchy chování), které společně s poruchami chování a některými emočními poruchami spadají do široké skupiny Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci.

Děti trpící hyperkinetickým syndromem chronicky trpí nepozorností, odměrnou aktivitou a impulzivitou. S dozráváním jednotlivých struktur CNS a hlavně vhodnou péčí a tréninkem se mohou jednotlivé deficity zmírňovat, případně i vymizet.

U jedinců s ADHD se často setkáváme také s problémy v komunikaci - s poruchami řeči. Může se jednat o opožděný vývoj. V tomto případě při dobré spolupráce logopeda s rodinou bývá prognóza pozitivní.

Jestliže se jedná o rozvinutý ADHD nebo při neurologickém nález, může se opožděný vývoj řeči promítnout až do vývojové dysfázie. Dříve se toto postižení označovalo jako sluchoněmota. Jde o vývojovou poruchu, není to stav získaný. *„Vývojová dysfázie je zvláštním způsobem narušený vývoj řeči u dětí. Řečový projev většinou nechybí úplně, vývoj řeči je však opožděn a liší se kvalitou od normálu. Dítě není schopno se vyjádřit, nemluví vůbec nebo vydává pouze zvuky, mívá svůj vlastní slovník, kterému rozumí často jen nejbližší osoba. Již naučená slova dítě komolí, neumí skloňovat, časovat, používá nesprávný slovosled . . . „¹*

Péče o dysfatické děti je běh na dlouhou trať, náročná pro odborníky, rodiče a pacienta samého.

¹ <http://www.dysfазie.info/>

3.1.1 Deficit pozornosti

Problémy s udržení pozornosti ve srovnání se svými vrstevníky mají právě děti trpící ADHD. Nejvýrazněji se tyto potíže projevují v situacích, kdy mají děti udržet pozornost při mnohdy nudné opakované činnosti. Symptomy avizující poruchy pozornosti, trvají nejméně 6 měsíců, jsou následující: (Kolčárková, I., Lacinová L., 2008, s. 16).

- nepozornost při školních úkolech, pomíjení detailů, chyby z nepozornosti,
- neudrží pozornost při hře,
- zdá se, že neposlouchá během rozhovoru,
- neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly,
- má organizační problémy,
- nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim,
- ztrácí věci (hračky, školní potřeby ...),
- vnější stimuly snadno přerušuje jeho soustředění,
- zapomětlivý v denních aktivitách.

3.1.2 Hyperaktivita

Symptomy hyperaktivity trvající nejméně 6 měsíců jsou tyto: (Kolčárková, I., Lacinová L., 2008, s. 16).

- často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli,
- často opouští lavici ve třídě,
- často pobíhá nebo přelézá v nepřiměřených situacích (má subjektivní pocit neklidu),
- obtížně při hrách zachovává klid a ticho,
- stále je v pohybu,
- nadměrně mnohomluvný.

3.1.3 Impulzivita

Symptomy impulzivity trvající rovněž nejméně 6 měsíců jsou: (Kolčárková, I., Lacinová L., 2008, s. 16).

- často vyhrkne odpověď před dokončením otázky,
- dělá mu potíže čekat v pořadí,
- často přerušuje ostatní (při hrách, v hovoru...).

Tyto okolnosti se promítají do problémů začlenit se do kolektivu dětí – třídy. Mají problémy najít si kamarády. Ačkoliv touží po kamarádství díky „zvláštnostem“ ve svém chování jsou někdy obětí šikany a občas sami šikanují!

Tito žáci však bývají mnohdy průměrně nebo i nadprůměrně intelektově vyspělí. Sociální oblast zaostává často za mentálním a skutečným věkem dítěte. Vzhledem k uvedeným problémům je těmto dětem věnována zvýšená péče a pozornost. (Michalová, Z., 2003).

3.2. Hypotetické příčiny poruchy aktivity a pozornosti

Najít příčiny symptomů ADHD je předmětem mnohaletého zkoumání, a to nejen v oblasti genetiky, ale v mnoha dalších disciplínách, jako je antropologie, neuroanatomie, neurofyziologie, neurochemie, dietetika a toxikologie, psychologie a sociální vědy. Poznatky z těchto oborů přispívají k pochopení složitého mechanismu ADHD. (Munden, A., Arcelus, J., 2008).

Porucha ADHD není způsobena špatnou, nevhodnou nebo zanedbávající výchovou. V pozadí vzniku symptomů ADHD stojí mnoho biologických mechanismů. V přesném identifikování příčin a v nalezení nezpochybnitelné kauzální souvislosti mezi diagnózou ADHD a nějakou

anatomickou či fyziologickou zvláštností odborníci dodnes zcela úspěšni nejsou. Spojení mezi některými faktory a ADHD se však prokázaly. Často se kombinuje více příčin. Jeden činitel, např. matčino onemocnění v průběhu těhotenství, vytvoří vhodné prostředí pro to, aby mohl zapůsobit další negativní faktor, např. předčasný porod. Ten poté připraví cestu k rozvoji budoucího syndromu ADHD.

Existuje řada důkazů o tom, že ADHD je dědičná porucha, o čemž svědčí genetické studie probíhající již mnoho let. Dědičnost ADHD je velmi složitá. Podílí se na ní mnoho genů a jejich vliv se sčítá s vlivy prostředí. Genetický podklad je ovšem nejvýznamnějším faktorem. Zhodnocením mnoha studií, které se touto otázkou zabývaly, se ukazuje, že ADHD má až v 80% případů dědičný základ, a vnější faktory (výchova, životní prostředí, biologické vlivy, průběh těhotenství) hrají podstatně menší roli. Toto se potvrdilo ve studiích jednovaječných dvojčat, která mají genetickou výbavu zcela totožnou. Při sledování odděleně vyrůstajících jednovaječných dvojčat se zjistilo, že pravděpodobnost výskytu ADHD u druhého sourozence, jestliže u jednoho již byla prokázána, je až 80 %. (Munden, A., Arcelus, J., 2008, s. 52).

V současnosti je popsána existence více než 40 genů dopaminového, noradrenergického, serotínového a GABA systému, které se mohou podílet na vzniku hyperkinetické poruchy. Stále dokonalejší znalost genetického mechanismu, s jehož pomocí lze vysvětlit příčiny symptomů ADHD, by mohla vést k dalšímu pokroku v léčbě a k možnému zdokonalení diagnostických testů.

Neuroanatomie dává odpověď na otázku, zda ADHD je výsledkem strukturální abnormality mozku. Používají se diagnostické přístroje na principu nukleární magnetické rezonance, které poskytnou informace pro výpočet objemu různých mozkových struktur. Jednou z těchto struktur je nucleus caudatus (ocasovité jádro mozku), což je shluk nervových svazků zodpovědný

za zahájení a provedení uvědomělého pohybu. Je-li menší než nucleus caudatus menší než u ostatních dětí a je-li pravostranné větší než levé, svědčí to o existenci ADHD. (Munden, A., Arcelus, J., 2008, s. 52).

Využití elektroencefatografie (EEG) nepomáhá stanovit diagnózu ADHD, ale lze ji využít v případě, že se zvažují další možná onemocnění mozku, na což EEG zareaguje.

Výzkumy v oblasti neurochemie zatím nepřinesly žádnou jednoznačnou ucelenou teorii, i když se zdá být pravděpodobné, že neurochemické jevy v pozadí ADHD jsou velmi komplikované a mohou se u jednotlivých nemocných lišit.

V současnosti je velké nebezpečí, jsou-li děti, zejména mezi 12 – 36 měsíci, vystaveny cigaretovému kouři nebo matka v době těhotenství kouřila a popíjela alkohol. Není přímý důkaz o tom, že cigaretový kouř a konzumace alkoholu způsobují ADHD, lze spatřovat mezi nimi a poruchou značnou souvislost.

Jídelníček dítěte je rovněž předmětem obsáhlých diskuzí. Bylo zjištěno, že potravinářská aditiva způsobují hyperaktivitu, ale v takové míře, že jejich odstranění z jídelníčku nezpůsobí odstranění symptomů ADHD. Vypuštění aditiv a jiných potravinových doplňků by mělo být konzultováno s dietetickou poradnou.

Určitá poškození, vyvolaná například úrazy, encefalitidou poporodním traumatem, mohou mít za následek ADHD.

Psychosociální faktory - špatná nebo nedostatečná výchova - nemají vliv na vznik symptomů ADHS. (Munden, A., Arcelus, J., 2008).

Jiné příčiny vzniku ADHD než genetické jsou v odborné literatuře též uváděny biologické a fyziologické aspekty. Na vznik ADHD může mít také vliv „*perinatální hypoxie. Etiologicky se jedná o dlouhodobé vlivy v průběhu gravidity: eklampsie, závažní nedonošenost, abúzus alkoholu a drog, event. jiné toxické látky.*“ (Paclt, I., 2007, s. 43).

3.3. Vývoj jedince s ADHD – zvláštnosti ve vývoji, jak se příznaky mění s věkem

Již od narození se dítě učí zvládat různé činnosti, které však jedinci s ADHD činí obtíže. Dítě zakouší mnoho nezdarů, což může vést k nedůvěře ve vlastní schopnosti, k pocitu méněcennosti. Výrazným rysem dětí s ADHD je značná citová labilita, hned se směje a hned pláče. Velmi touží po přátelích a kamarádech, ale velmi rychle je ztrácí. Tyto děti však mají i mnoho kladných vlastností, jsou společenské, bezprostřední, přátelské a upřímné.

V jednotlivých vývojových obdobích se dominantní projevy poruchy aktivity a pozornosti mění, mohou se též individuálně lišit.

Domněnka, že se u dítěte jedná o první známky syndromu ADHD může být patrná již v **kojeneckém věku**. U kojenců se neklid projevuje poruchou základních biorytmů. Dítě špatně spí, špatně přibývá na váze a hodně a neutišitelně pláče. Naopak někdy prospí celý den.

Děti, které se v kojeneckém věku takto projevují, nejsou jednoznačně předurčeny k tomu, že trpí ADHD. U některých dětí tyto obtíže postupně vymizí.

U rodičů toto střídání a nepředvídatelné „chování“ dítěte vyvolává pocit nejistoty. „*Vzájemná souhra matky a dítěte je výrazně ztížena. Kvůli*

špatnému spánku dítěte je péče o takové dítě i fyzicky velmi vyčerpávající.“
(Kolčárková, I., Lacinová L., 2008, s. 36).

Batolecí věk je charakteristický dezinhibicí, což podle psychologického slovníku znamená odbrzděnost, netlumenost, nekontrolovanost.

„Objevuje se intenzivnější vzdor často spojený se záchvaty vzteku. Dítě se těžko podřizuje řádu a nerado poslouchá. Nicméně vzhledem k tomu, že se v tomto věku objevuje vývojově přirozené období batolícího vzdoru, není často snadné tyto projevy odlišit.“ Kolčárková, I., Lacinová L., 2008, s. 37).

Dětská aktivita v batolecím období narůstá a není často vnímána nepatřičně. Pro matky, které jsou s dítětem téměř pořád, je toto období velmi vyčerpávající.

Projevy neklidu v **předškolním věku** se velmi podobají předchozímu období. Určitým zlomem je pro dítě nástup do mateřské školy. Tam je zpravidla již dobře patrné, jak se dítě ve srovnání s vrstevníky soustředí a zda vydrží být v klidu. Neklidné dítě získává první, většinou negativní, zkušenosti v jednání s učiteli i vrstevníky. Je žádoucí v tomto období začít s vhodnou intervencí.

Pro rodiče tak začíná dlouhé období, kdy si začínají dělat starosti, co bude dále. Přibývá opakujících stížností na chování dítěte. Mnozí rodiče ale racionálně zvažují, kdy a kam dát dítě do školy, ve které by uspokojivě prospívalo a bylo v co nejvyšší míře spokojené.

Dítě **školního věku** s nástupem do školy začíná mít výrazné problémy. Jsou na ně kladeny vysoké nároky, musí se přizpůsobovat řadě pravidel a omezení (tyto zvláštnosti byly v rodině tolerovány, v prostředí školy jsou však nežádoucí). Přibývá konfliktních situací, do kterých se dítě dostane neúmyslně

a bez své viny. Projevy neklidu u školáků již popisují diagnostická kritéria pro ADHD. Často je nad jejich síly chovat se požadovaným způsobem. Jsou proto do značné míry závislé na odborné zdatnosti pedagogů a informovanosti rodičů.

Pro většinu rodičů je toto období dobou nepříjemných pocitů a frustrací. Mnozí rodiče sami zažívají zklamání z nedostatečného úspěchu dítěte ve škole a navíc musí čelit také kritice zvenčí.

Projevy ADHD se u **adolescentů** jsou rozmanité. Týkají se chování, myšlení i citového života. S věkem ubývá zjevného tělesného neklidu, ale přetrvávají emoční nezralost, emoční labilita a také zkratkovité jednání. Tyto osoby jsou ve vyšším ohrožení např. konzumací alkoholu, drog a brzkým zahájením sexuálního života. Současně s fyzickými a psychickými změnami během tohoto období dochází ke změnám nálady, jedinec je citlivý na kritiku a zejména usiluje o osamostatnění a prosazení vlastních názorů. V průběhu dospívání se mohou projevit komplikace ADHD v podobě přidružených psychických poruch. Záleží na péči a výchově v předešlých vývojových obdobích. U některých jedinců se může objevit i protispolečenské chování.

Dospělý jedinec s ADHD je schopen nežádoucí příznaky lépe kontrolovat vůlí a kompenzovat některými návyky. Ale i přes to některé problémy mohou přetrvávat a objevit se i zcela nové potíže. Někteří lidé, kteří se v dětství potýkali s ADHD, mají v občas dospělosti větší sklon k nadměrnému užívání alkoholu a drog. Někteří také způsobují více dopravních nehod. Mohou být i nestabilní v partnerských vztazích, mohou mít tendenci utíkat od povinností a problémů. Někteří dospělí s touto diagnózou mohou mít problémy i v sociální oblasti - hůře se mohou sociálně začleňovat.

Vzhledem k těmto okolnostem a nepříznivým vlivům mnohdy dosahují nižšího vzdělání. Naopak, někteří jedinci využijí těchto vlastností ve svůj

prospěch a jsou úspěšní zejména v kreativních profesích (žurnalista, manažeři). Údajně se u nich častěji vyskytuje workoholismus.

„Konkrétní podoba potíží v dospělém věku se však dosti liší v závislosti na tom, zda se v předchozím vývoji podařilo zabránit vzniku sekundárních poruch chování a emocí.“ (Kolčárková, I., Lacinová L., 2008, s. 39).

3.4. Diagnostika poruchy aktivity a pozornosti

Projevy ADHD u dítěte, které trpí touto poruchou, bývají zpravidla patrné na první pohled. Problémem však je, že projevy typické pro ADHD se mohou vyskytovat i u jiných poruch a nemocí, mohou být i dočasnou reakcí na zátěžovou situaci. U dítěte, u něhož je podezření z výskytu ADHD, musí proto být vždy provedena důkladná diferenciální diagnóza. Především lékaři – specialisté (neurolog, endokrinolog, internista aj.) musí vyloučit, zda problémy dítěte nejsou způsobeny některou z tělesných nemocí. Stanovení diagnózy ADHD rozhodně nemůže stanovit jen psycholog nebo speciální pedagog.

Diagnostika musí být vždy komplexní v součinnosti všech odborníků (pediatr, psycholog, psychiatr, neurolog).

„ADHD patří mezi tzv. spektrální poruchy proto, že se pravděpodobně vyskytuje u různých lidí v různých stupních závažnosti. Není jednoduché rozlišit lidi s mírnou poruchou ADHD od krajně hyperaktivních „normálních“ lidí. Potíž je v tom, že diagnóza ADHD se určuje velice těžko.“ (Munden, A., Arcelus, J., 2008, s. 59).

Celkové vyšetření zahrnuje pečlivé posouzení symptomů a zdravotní, psychiatrické, psychologické, studijní, osobní i rodinné anamnézy. Tyto informace se shromažďují především z lékařských zpráv a z klinických

pozorování a vyšetření. Pokud je to nutné, lze si vyžádat odborné posudky a vyšetření od jiných zdravotníků a učitelů. Žádný jedině správný diagnostický test na ADHD však neexistuje. (Munden, A., Arcelus, J., 2008).

V současnosti existují a používají se dva hlavní systémy diagnostických kritérií (Munden, A., Arcelus, J., 2008, s. 16):

1. Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (WHO) (The International Classification of Diseases, 10th edition, neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN-10).
2. Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, neboli DSM-IV).

„Oba diagnostické systémy vycházejí z podobných, i když ne totožných přístupů k problematice hyperkinetické poruchy. Mezinárodní klasifikace nemocí ICD-10, rozlišuje mezi poruchou aktivity a pozornosti, poruchou hyperkinetickou, poruchou chování. Vyžaduje klinicky popsané poruchy pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Všechny tyto příznaky se musí vyskytovat jak v domácím prostředí dítěte, tak i ve škole. Jestliže jedna z uvedených složek chybí, není stanovena diagnóza hyperkinetická porucha. Pokud se zároveň vyskytují poruchy chování (opozičnictví a agresivita event. další poruchy chování), hovoříme o hyperkinetické poruše chování.“ (Paclt, I., 2007, s. 15).

Tabulka na následující straně ukazuje uvedené rozdíly mezi hyperkinetickou poruchou a ADHD.

Tab.: Srovnání hyperkinetické poruchy a ADHD

Hyperkinetická porucha – ICD-10

Porucha pozornosti	+	Hyperaktivita	+	Impulzivita	→	Porucha aktivity a pozornosti
Porucha chování						Hyperkinetická porucha chování

ADHD – DSM-IV

Porucha pozornosti	+	Hyperaktivita/Impulzivita	→	ADHD kombinovaný subtyp
Porucha pozornosti			→	ADH s převahou poruchy pozornosti
		Hyperaktivita/Impulzivita	→	ADHD kombinovaný typ
			→	ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity

Zdroj: Pacl, I., 2004, s.16

ADHD je diagnostikováno vždy, pokud se vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou: porucha pozornosti nebo hyperaktivit a/nebo impulzivita, vyskytující se ve škole nebo v domácím prostředí. Porucha chování nezakládá žádnou jednolitou diagnostickou skupinu analogickou hyperaktivní poruše chování v MKN-10. ADHD zahrnuje mírnější, parciální poruchy, ale nezahrnuje poruchy chování. Z toho je zřejmé, že diagnostická kritéria MKN-10 se překrývají jen částečně a diagnóza hyperkinetické poruchy zachycuje závažnější příznaky než diagnóza ADHD dle DSM-IV. (Pacl, I., 2007, s. 15).

3.5. Přidružené poruchy

Je mnoho poruch, které jsou si velmi podobné s ADHD. Tyto poruchy jsou často přidružené k ADHD. Trpí jimi až 70% dětí se syndromem. Nejčastěji je to opoziční chování a porucha chování, dále jsou to emoční problémy a poruchy učení. Je velmi časté, že projevy jednotlivých poruch se prolínají.

Porucha opozičního vzdoru.

(ODD – Opposition Defiance Disorder). 60% dětí s ADHD má poruchu opozičního vzdoru. Děti se často rozčilují, mají neustálé konflikty s dospělými a odmítají spolupracovat. Neumějí se ovládat, obviňují ostatní ze svých chyb a špatného chování a jsou často škodolibé a mstivé. Toto chování se vyskytuje v jiné míře než u jiných dětí. U dětí s poruchou opozičního vzdoru je toto chování velmi časté a vede k výrazným problémům jak v rodině, tak i ve škole (Munden, A., Arcelus, J., 2008).

Porucha chování.

Děti s poruchami chování se chovají podobně jako děti s poruchou opozičního vzdoru (ODD Oppositional Deficit Disorder). „Až 40 % dětí a 65 % adolescentů s ADHD naplňuje diagnostická kritéria opoziční poruchy (ODD), 21 – 45 % dětí s ADHD a 44 – 50 % adolescentů s ADHD je diagnostikováno jako závažnější poruchy chování (Conduct Disorder). Nejběžnějšími typy problémového chování u těchto dětí je lhaní, krádeže, záškoláctví a v menší míře i fyzická agresivita.“ (Munden, A., Arcelus, J., 2008, s 20). Bez podpory a zásahu se může rozvinout problém v chování do poruchy v chování.

Emoční problémy.

Emoční problémy jsou často spojeny s poruchami chování. Děti s těmito problémy mají často snížené sebevědomí, jsou úzkostné, trpí depresemi, jsou uzavřené a přecitlivělé.

Specifické poruchy učení.

Uvádí se, že 20-40% dětí s hyperkinetickým syndromem má mimointelektové obtíže učení. Nejčastěji to bývá dyslexie, dysgrafie a dysortografie (Pokorná, V., 2010).

Tyto poruchy učení znamenají, že dítě má i přes svou inteligenci obtíže buď ve čtení, psaní nebo gramatice. Dále může mít obtíže i matematice či v praktických činnostech. Jednotlivé obtíže se různě kombinují a ovlivňují výsledky žáků ve všech školních předmětech. Dnes již ale existuje spousta způsobů, jak dítěti můžeme pomoci. Velký důraz je kladen na včasnou diagnostiku. Mnoho odborníků vypracovalo reedukační programy pro děti se specifickými poruchami učení.

Poruchy školních dovedností.

Poruchy školních dovedností jsou souhrnným názvem pro osvojování školních dovedností v oblasti čtení, psaní a počítání. Představují obtíže projevující se v oblasti vzdělávacího procesu. Výkon dítěte je podstatně nižší, než odpovídá danému věku, inteligenci a vzdělávacím možnostem dítěte. Tato porucha není důsledkem nedostatku příležitostí k učení, ani ji nelze přičítat získanému poškození nebo onemocnění mozku. (Hort, V., 2008).

Mezinárodní klasifikace psychických poruch předpokládá, že poruchy školních dovedností jsou podmíněny relativně trvalými drobnými odchylkami v kognitivních procesech. Poruchy nejsou způsobeny nižší logicko-

matematickou a verbální inteligencí, neurologickými poruchami, poškozením či onemocněním mozku, ani vážnějšími vadami zraku a sluchu. Mohou se vyskytovat v různém stupni, na kterém pak závisí i výsledné potíže dítěte a možnosti nápravy. Tyto poruchy se častěji vyskytují u chlapců než u dívek. (Nývltová, V., 2008).

Dyslexie.

Porucha osvojování čtenářských dovedností. Jedná se o poruchu čtení, která je podmíněna drobnými odchylkami ve zrakovém vnímání, ve kterém u dětí s poruchou čtení spíše převažuje globální vnímání nad analytickým vnímáním. Dítě pomaleji a obtížněji rozlišuje jednotlivá písmena, nadměrně se soustředí na čtení, také čte pomalu. Nejčastěji mu uniká obsah čteného textu. Velmi často zaměňuje tvarově podobná písmena např. m-n, b-d. Tyto problémy se mohou projevit i v zaměňování číslic např. 61-16, 56-65. Velmi často si dítě domýšlí část slova podle začátku slova. Tyto děti mívají horší krátkodobou zrakovou paměť. Informace snáze přijímají sluchem než čtením. (Nývltová, V., 2008). „*Příčinou je zřejmě nesouhra obou mozkových hemisfér. Postižení může být různého stupně závažnosti.*“²

Dysgrafie.

Porucha psaní. Postihuje písemný projev, ten bývá špatně čitelný. Dítě si obtížně pamatuje písmena a špatně je napodobuje. Tato porucha je podmíněna specifickou vývojovou poruchou motorické funkce, je nedostatečně rozvinuta jemná motorika. Dysgrafie se projevuje nejenom u psaní, ale i dalších činnostech probíhajících ve škole. Nejčastěji je to patrné ve výtvarné výchově, dítě má mnohdy problém i v tělesné výchově. „*Terapie je zaměřena*

²http://www.medicabaze.cz/?sec=term_detail&tname=Dyslexie&termId=1896&h=dyslexie#ju mp

na celou osobnost dítěte, využívá nácvik motoriky (hrubá i jemná), prrrávné držení psacího náčiní, uvolňovací cviky, koncentrace pozornosti a prostorová orientace.“³

Dysortografie.

Porucha pravopisu. Jedná se o poruchu pravopisu, ne gramatiky. Tato porucha je podmíněna odchylkami ve sluchovém vnímání, dítě dělá specifické pravopisné chyby při psaní. Obvykle u těchto dětí převažuje vnímání celku nad analytickým vnímáním detailu. Tyto žáci mohou mít problémy i v jiných předmětech. Tento problém je způsoben špatným hudebním sluchem. Na základě tohoto problému se vyskytují problémy při výuce cizích jazyků. Typické dysortografické chyby nelze zaměňovat s chybami gramatickými, které žáci dělají v důsledku neznalosti gramatiky. Tyto děti jsou dostatečně inteligentní, gramatiku chápou, umí ji. (Nývltová, V., 2008). Dysortografie se často vyskytuje v kombinaci s předchozími poruchami. Nepostihuje celou oblast gramatiky, ale jen tzv. specifické jevy – vynechávání interpunkčních znamének (háčky, čárky, tečky). Dítě zaměňuje podobné hlásky, zejména sykavky s-z, ž-č. Dítě nerozlišuje tvrdé a měkké souhlásky d-t-n, d'-t'-ň, dy-ty-ny, di-ti-ni.

Dyskalkulie.

Porucha matematických schopností. Při této poruše má dítě problémy se čtením číslic, špatně chápe číselné pojmy a vztahy mezi čísly, obtížněji chápe a provádí matematické operace (i jednoduché). Děti trpící dyskalkulií mají nižší úroveň logicko-matematické inteligence a prostorové inteligence. Mají problémy s udržení představy.

³http://www.medicabaze.cz/?sec=term_detail&tname=Dysgrafie&termId=1894&h=dysgrafie#j ump

Porucha počítání se od jiných poruch školních dovedností liší tím, že je spojená s nižší úrovní některých druhů inteligence. (Nývltová, V., 2008).

Specifická vývojová porucha motorické funkce.

Jedná se o poruchu, jejímž hlavním rysem je postižení vývoje pohybové koordinace, které nelze vysvětlit celkovou retardací intelektu ani specifickou vrozenou nebo získanou nervovou poruchou. Motorická neobratnost je obvykle spojená s určitým stupněm poškození výkonu při vizuálně prostorových kognitivních úkonech. (Mezinárodní klasifikace nemocí, s. 218).

Tyto děti jsou obvykle celkově neobratné. Mezi typické projevy porušení koordinace patří problémy s běháním, dítě špatně chodí do schodů a ze schodů. Velmi často má dítě problémy při běžných denních úkonech – sebeobsluze (špatně zavazuje tkaničky, obtížně zapíná a rozepíná knoflíky). Takové děti působí celkově nešikovně – neobratně. Mívají problémy i v kreslení, někdy mají i špatný rukopis.

Poruchy chování - nesocializovaná porucha chování.

Nesocializovaná porucha chování je porucha, kterou dítě nepřijímá ze svého sociálního prostředí. Nesocializované chování je velmi často obranným a náhradním způsobem uspokojení základních psychických a fyzických potřeb, které nejsou v dostatečné míře přítomny (např. potřeba lásky, potřeba kontaktu s vrstevníky, potřeba fyzického a psychického bezpečí). Mezi typické projevy nesocializované poruchy chování u dětí patří šikana, častěji je dítě obětí šikany, ale někdy se brání i tím, že začne šikanu provádět. Tyto děti jsou frustrované v potřebě lásky a pozornosti ze strany rodičů. Snaží se na sebe upoutávat pozornost tím, že začnou „zlobit“, např. krádeže, zneužívání drog a alkoholu, vyhledávání nevhodné – problémové skupiny vrstevníků. Velmi často se u dětí s nesocializovanou poruchou chování objevuje záškoláctví, ne z důvodu

špatného vztahu k učení, ale proto, že ve škole prožívá stres. Tímto způsobem se vyhýbá problému. (Nývtová , V., 2008).

U dětí se syndromem ADHD se často vyskytují specifické typy chování, kterými jsou:

- **nepružnost** – znamená chronickou neochotu změnit jednou přijaté stanovisko, neochotu přizpůsobit se situaci,
- **vztahovačnost** – děti jsou přecitlivělé na každou negativní poznámku, či reakci, mají sklon obviňovat druhé z úmyslu ublížit mu,
- **rychlá proměnlivost nálad** – citové reakce jsou nepředvídatelné, nálada se rychle střídá, dítě se chová infantilně, vzteká se, má sklon k negativistickým reakcím,
- **nesnášenlivost** – chronická agrese vůči ostatním lidem, destruktivní chování a lhaní,
- **špatné přijetí svého „já“ a nedostatek sebeúcty** – tyto děti mají potíže uvědomit si svou hodnotu ve vztahu k okolnímu světu. Necítí se příliš dobře mezi více lidmi, prožívají rozpaky.

(Michalová, Z., s. 50).

Expresivní poruchy řeči.

U dětí s diagnózou ADHD se poměrně často vyskytuje expresivní porucha řeči. Jedná se specifickou vývojovou poruchu, u níž je omezená schopnost dítěte užívat expresivní mluvený jazyk. Tato schopnost je u dítěte zřetelně pod úrovní odpovídající mentálnímu věku, přestože chápání řeči je v mezích normy. Někdy se mohou, ale nemusí vyskytovat anomálie v artikulaci řeči dítěte.

Mezi základní diagnostické známky patří zpoždování v řeči dítěte, nápadně se projevuje kolem 2 - 3 let věku dítěte, když neumí vytvořit větu o

dvou slovech. Následné potíže dítěte zahrnují omezenou slovní zásobu, přehnané užívání malého souboru běžných slov, nesnáze při volbě vhodných slov, nezralou skladbu vět, chyby ve větné skladbě – zvláště vynechávání koncovek nebo předpon.

Často je narušení mluveného jazyka doprovázeno opožděným nebo abnormálním tvořením slova nebo zvuku.

Tyto děti se snaží najít náhradní mechanismus komunikace, používají neverbální komunikaci, např. gesta, úsměv, posunky, mimiku. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1999, s. 208).

Další zvláštnosti, které můžeme sledovat u dětí stížených syndromem ADHD, můžeme rozdělit do několika oblastí:

Motorika a vnímání.

Celková „neobratnost“ u dětí v předškolním věku bývá popisováno tak, že se dítě vyhýbá cvikům, kde má zachovávat rytmus, má obtíže v manipulaci s drobnými předměty, neobratně zachází s tužkou. Matky většinou popisují svoje dítě jako „neklidné“, hyperaktivní již od raného věku a mnohé tvrdí, že se již v děloze pohybovalo podstatně více než jeho sourozenci. Train hovoří o hyperkinetické formě ADHD. (Train, A., 2001).

Můžeme se však setkat s dítětem s typicky pomalým pracovním tempem a to i v mluvním i písemném projevu. Michalová hovoří o hypoaktivní formě ADHD čili o ADD. Dítě s touto formou poruchy není schopno diferencovat mezi podněty, převládá u něj nevýběrově útlum nad vzruchem. Vytrávání nervové soustavy ve smyslu vytvoření dynamické rovnováhy činnosti nervové soustavy zůstane opožděno. (Michalová, Z., 2003).

Jedním z příznaků ADHD u dítěte je opožďování vývoje v oblasti intersenzorické a sensorické integrace a koordinace, avšak zaostávání nebo nerozvinutí pouze v jedné z těchto oblastí neopravňuje k stanovení diagnózy ADHD.

Za příčinu neobratnosti Lesný (2003) považuje:

1. nedozrálост mozečkových funkcí, *tzn. malé mozečkové postižení*,
2. lehký syndrom dyskinetický,
3. syndrom dysgnozie – dyspraxie, tedy porucha v oblasti hemisfér středních gyrů.

Základem syndromu hyperaktivity je neschopnost brzdit aktuální impulzy a regulovat svoje chování ke vzdálenějšímu cíli. Deficit v oblasti autoregulace se projevuje nadměrným nutkáním k pohybu, dítě nedokáže koordinovat a ovládat pohyb a má sklon k impulzivním reakcím. Hyperaktivní děti bývají ostatními častěji odmítány a negativně hodnoceny, což nepříznivě působí na jejich sebehodnocení (Lesný, I., 2003).

Nedostatky v jemné motorice jsou patrné v grafomotorice, neboť jde o složitý výkon, jehož výsledek je především závislý na senzomotorické koordinaci, která je však u dětí s ADHD na nízké úrovni.

Úkolem pozornosti je vybírat z množství podnětů dopadajících na organismus ty, které jsou pro něj důležité, tím chrání jedince před přemírou podnětů. Dítě není schopno zaměřit pozornost na podstatné podněty. Ulpívání pozornosti – perservace – znemožňuje pohotově a pružně přenášet pozornost k dalším podnětům, takže dítě přemítá o jedné otázce a další nevnímá. Oslabení útlumových mechanismů a zvýšená reaktivita vůči podnětům způsobují překotné, zbrklé, bezprostřední, impulzivní reakce.

Myšlení a řešení problémů.

U syndromu ADHD nejde o snížení rozumových schopností, ale o drobné zvláštnosti a nápadnosti v jejich vlastnostech a ve způsobu jejich uplatnění. Pozorujeme nápadnou kolísavost, tj. výkony i ve stejné zkoušce jsou rozhárané, proměnlivé. Mentální výkonnost bývá hluboce pod kapacitou

rozumových schopností. Plynulost myšlení je rušena zvýšenou vnímavostí k vedlejším podnětům. V paměťových funkcích jsou zřetelné obtíže v ukládání a systemizaci získaných informací a jejich pohotové vybavování. V hlavě dítěte je „zmatek“.

Řeč.

Řeč nemusí být opožděna, ale bývá odrazem zmateného vnímání, děti obtížněji analyzují smysl sdělení. Obtíže v řeči je třeba hodnotit jak z aspektu receptivního, tj. porozumění řeči, tak z hlediska expresivního – aktivního používání řeči. Poruchy receptivní složky Sovák označuje jako akustickou verbální dysgnozii a definuje jako vývojovou vadu, při níž dítě – ač má zachovaný sluch i dostatečnou inteligenci – nedovede sdružovat zvukové jevy s příslušnými vjemy či představami, zapamatovat si je a pak je vybavovat. Jde-li o slovní signály, nedovede si zapamatovat ani vybavovat zvukovou strukturu slova. Dítě není schopno pochopit jednoduchý návod, či slovní popis postupu činnosti. *„Dysgnozie je porucha vnímání s narušenou interpretací vnímaného, tj. poznávání předmětů. V dětství je někdy spojena s dyspraxií.“*⁴

V expresivní složce řeči zjišťujeme narušení gramatické a syntaktické stránky řeči, obsahovou chudost, nedostatečnou slovní zásobu. U dětí s ADHD se vyskytuje často verbální dyslálie, při níž je artikulace je těžkopádná, přestože dítě umí jednotlivé hlásky správně vyslovit. Důsledkem postižení verbálně motorických aktivit řeči jsou specifické asimilace. Artikulační neobratnosti a specifické asimilace bývají jedním z podkladů obtíží v pravopise.

⁴

<http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/dysgnozie>

Regulace a integrace.

Výrazným jevem dětí s ADHD jsou obtíže plynoucí z poruchy dynamické rovnováhy základních psychických procesů podráždění a útlumu. U dětí s ADHD vzniká nerovnováha, převážně převládá podráždění, neboť schopnost útlumu je vývojově náročnější. Hyperaktivita se projevuje přemírou motorické aktivity, zvýšenou pohyblivostí a živostí. V dynamice vztahů podráždění a útlumu může převažovat i útlum, projevující se sníženou pohyblivostí, pak hovoříme o hypoaktivní formě ADHD. Jejich psychomotorické tempo je snižené, jsou pomalé v myšlení, chápání, nestačí pracovnímu tempu ve škole. Motoriku mají stejně poškozenou, neobratnou jako děti s hyperaktivní formou.

Psychopatologické projevy.

Třesohlavá diagnostikuje agresivitu u 56 % dětí. Neurotické projevy se často spojují s poruchami chování. U některých dětí můžeme pozorovat nedostatek projevů úzkosti a pocitů viny a výrazně destruktční chování. (Třesohlavá, Z., 1990).

4. Empirická část práce – Sociální a emocionální vývoj jedince s diagnózou ADHD

Teoretická část diplomové práce vznikla studiem odborné literatury, rozborem zjištěných informací, absolvováním seminářů a odborných přednášek a sumarizováním vlastních poznatků z praxe. Na tyto poznatky navazuje část praktická. Teoretická část naznačila, že příznivé klima společnosti a prostředí, ve kterém jedinec s ADHD žije a vyrůstá, vede k harmonickému vývoji jedince. Praktická část tato teoretická východiska ověřuje analýzou dvou jedinců s ADHD, kteří vyrůstají v odlišných prostředích.

4.1. Průzkumné cíle a výzkumné otázky

Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce bylo nastínit efektivnost a důležitost příznivého celospolečenského prostředí pro další rozvoj v oblasti sociálního a emocionálního vývoje jedinců s diagnózou ADHD.

Dílčí cíle a výzkumné otázky

Pro splnění hlavního cíle, byly stanoveny následující dílčí cíle:

1. Popsat vývoj jedince s ADHD žijícím v příznivém celospolečenském prostředí.
2. Popsat vývoj jedince s ADHD žijícím v nepříznivém celospolečenském prostředí.
3. Porovnat vlivy prostředí na jedince s ADHD.

Na základě těchto dílčích cílů byly dále formulovány níže uvedené výzkumné otázky, které vedly k jejich naplnění.

VO1: Má celospolečenské prostředí vliv na vývoj jedince s ADHD?

VO2: Je příznivé celospolečenské prostředí efektivní vzhledem ke všestrannému harmonickému rozvoji jedince s ADHD?

4.2. Metodologie výzkumného šetření

Pro praktickou část byla zvolena kvalitativní forma výzkumu s využitím metody pozorování, rozhovoru a analýzy odborné dokumentace, na jejichž základě byly vypracovány dvě podrobné případové studie.

Případová studie (kasuistika) je jedním ze základních přístupů kvalitativního výzkumu. Zaměřuje se na zevrubný popis jednoho či několika málo případů. Na rozdíl od kvantitativních metod výzkumu, které sbírají relativně málo dat o velkém počtu subjektů, se případová studie zaměřuje na sběr velkého množství dat o malém počtu jedinců. Cílem kazuistiky je postihnout složitost případu, popis vztahů a jejich celistvosti. Předpokládá se, že podrobným prozkoumáním malého množství subjektů, lze lépe porozumět i jiným obdobným případům. Toto šetření se zaměřuje na osobní typ případové studie. Jedná se o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Zaměřuje se na minulost a kontext faktorů a postojů, které předcházely současnému stavu. Dalšími typy případových studií je studie komunity, studie sociální skupin, studie organizací a institucí a studie událostí, rolí a vztahů. (Hendl, J., 2005, s. 103).

Metoda pozorování přináší několik výhod. Při vedení rozhovoru nebo vyplňování dotazníků může dojít ke zkreslení výsledku. Respondent se může chtít něčemu záměrně vyhnout či se o nějaké skutečnosti nechce zmínit. Také nemusí nějakým věcem přisuzovat takovou pozornost. Takových situací a jednání se lze vyhnout právě prostřednictvím metody pozorování. Tato metoda přináší možnost hlubšího proniknutí do pozorovaných dějů, nežli poskytuje studium odborné literatury. Metoda pozorování zejména zachycuje způsob

chování a jednání pozorovaných jedinců. Lze jej rozdělit na několik druhů – pozorování přímé a nepřímé, pozorování zúčastněné a nezúčastněné. Při zúčastněném pozorování je pozorovatel v přímé interakci s pozorovaným. Na rozdíl od toho při nezúčastněném pozorování účastníci výzkumu nevědí o práci výzkumníka a nejsou tedy ovlivněni jeho působením. Přímé pozorování spočívá v pozorování v reálném čase jevů. Rozdíl v přímém a nepřímém pozorování přináší doba, kdy je jev pozorován. Nepřímé pozorování probíhá prostřednictvím záznamu pozorované situace či jevu. Výhodou nepřímého pozorování je možnost si situace, jevy detailněji analyzovat, znovu přehrát, zaměřit se na určité jevy, analyzovat jednotlivě každého účastníka apod. U přímého pozorování takové možnosti nemáme, proto je snadné mnoho situací či jevů přehlédnout. Každý typ pozorování má tedy své výhody i nevýhody a je na badateli, pro který typ se rozhodne. Před samotným pozorováním je také třeba zvážit, jestli svou pozornost bude pozorovatel upínat pouze na určité jevy nebo bude otevřený celkové situaci tak, jak bude přicházet. Neméně důležitým rozhodnutím, vzhledem k ovlivnění účastníku výzkumu, je otevřené vystupování versus utajení identity pozorovatele. (Švaříček, R., Šed'ová, K., 2007, s. 144). Pozorování v tomto průzkumném šetření bylo zúčastněné a přímé. Probíhalo v ordinaci lékařů.

Metoda rozhovoru je úzce spjata s výše uvedenou metodou pozorování. Tato metoda je užívána nejčastěji. Rozhovor může být polostrukturovaný či nestrukturovaný (tzv. narativní rozhovor). U polostrukturovaného rozhovoru si výzkumník předem připraví seznam otázek a témat, o kterých chce během rozhovoru hovořit. Narativní rozhovor je naopak typický svou volností, tedy nemá předem připravené otázky a odvíjí se od momentální situace. (Švaříček, R., Šed'ová, K., 2007, s. 157).

Tento typ rozhovoru byl také použit v rámci tohoto šetření. Rozhovory probíhaly s lékaři a rodiči dětí současně s pozorováním či bezprostředně po něm.

Poslední využitou metodou je **metoda analýzy dokumentů**. Dokumenty jsou data, jež byla pořízena někým jiným než badatelem a jejich vznik byl koncipován pro jiný účel. Taková data jsou výzkumníkovi k dispozici, avšak musí je vyhledat. Dokumenty jsou různého typu, rozlišujeme dokumenty osobní, úřední, virtuální data, výstupy z masmédií, archivované údaje a předmětná data (fyzické stopy v důsledku lidské činnosti). Analýza dokumentů je užitečnou metodou, pokud je zkoumaný jev či skutečnost časově vzdálena. Minimalizuje chyby jiných metod – rozhovoru a pozorování, kde může dojít k ovlivnění subjektu šetření osobou badatele. Tato metoda může být jedinou metodou výzkumu či může doplňovat rozhovory a pozorování jako v tomto případě. Pro účely tohoto šetření byly využity lékařské záznamy a záznamy z pedagogicko-psychologických poraden. (Švaříček, R., Šedřová, K., 2007, s. 132).

Časový harmonogram výzkumu

- duben 2011 – volba tématu, vypracování projektu
- květen 2011 – leden 2012 – soustavné sledování výzkumného prostředí
- leden 2012 – únor 2012 – kompletování získaných informací

4.3. Charakteristika výzkumného prostředí a posuzovaného souboru respondentů

4.3.1 Popis výzkumného prostředí

Za výzkumné prostředí byla zvolena ordinace klinického psychologa a psychiatra, která se nachází v Brně v ulici Tomešova. Toto pracoviště se specializuje na problematiku dětí a mladistvých. Ordinace poskytuje odbornou psychologickou péči, poradenství, konzultace a systematickou psychoterapii. V případě potřeby ordinace spolupracuje s lékaři, pedagogy, logopedy, a dalšími specialisty a tím vytváří ucelené nebo dílčí výchovné, režimové programy pro děti i pro jejich rodiny. Pracoviště se tedy zaměřuje na multidisciplinární přístup.

U klientů se nejčastěji provádí vyšetření školní zralosti, řeší se výchovné a výukové potíže, neurotické potíže a ordinace poskytuje i rodinnou terapii. Výhodou tohoto pracoviště je především možná okamžitá spolupráce a konzultace s psychiatrem. Celková atmosféra ordinace je maximálně přizpůsobena dětským pacientům (velké světlé prostory, barevná malba, hrací koutek), Prostředí a klima ordinace působí klidně a vstřícně vzhledem k věku příchozích pacientů, což má příznivý vliv na psychiku dětí a tím i na navazování optimálního vztahu a výsledné dobré spolupráce s psychologem (psychiatrem).

4.3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor pro tuto diplomovou práci byl zvolen cíleně. Respondenty výzkumu jsou dva jedinci přibližně stejného věku se shodnou diagnózou – ADHD, ale odlišného pohlaví. Důvodem jejich výběru bylo

rozdílné sociální prostředí a výchovný přístup s následným vlivem na jejich sociální a emocionální vývoj.

První studie se týká chlapce V., starého 10 let a 7 měsíců. Jeho diagnóza je ADHD. Mimo typické příznaky související s touto diagnózou jsou u chlapce patrné úzkostné projevy. Jeho současný zdravotní stav je dobrý.

Chlapec je integrován do třetí třídy v základní škole Brno – Líšni. Je s ním pracováno dle individuálního vzdělávacího programu (dále jen IVP) - školního vzdělávacího programu základního vzdělávání (dále jen ŠVP ZV) s názvem „Tvořivá škola v galerii“. Chlapcova třídní učitelka je speciální pedagog – logoped. Na doporučení pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP) má chlapec asistenta pedagoga, který s ním pracuje 15 hodin týdně. Jedná se o tyto předměty: matematika, český jazyk, anglický jazyk, prvouka. Ve třídě je snížen počet žáků na 18, což je pro chlapce výhodou. Důležité při práci s chlapcem je respektovat pomalé pracovní tempo, klidné prostředí a empatický přístup ze strany učitelů a asistenta. Také možnost zažívat úspěch při práci. Toto vše ve své třídě chlapec zažívá. Má svoji třídní učitelku i asistentku rád a pěkný vztah má i se spolužáky a dalšími učiteli, kteří navštěvují tuto třídu v rámci výuky.

Druhou z výzkumného souboru je dívka A., které je v současné době 9 let a 5 měsíců, s diagnózou smíšené specifické poruchy školních dovedností – dysgrafie, dysortografie s poruchou aktivity a pozornosti (ADHD). Navštěvuje 3. třídu základní školy v Brně. Je vedená v ordinaci klinického psychologa a v PPP. V květnu loňského roku bylo v ordinaci klinického psychologa doporučeno rodičům děvčete zvážit přeřazení do dyslektické třídy. V současné době je dívka však stále v běžné třídě základní školy. Asistenta pedagoga nemá. Má špatný vztah s vychovatelkou v družině a paní učitelka je dle A. přísná a trochu zlá. Ve třídě má však kamarády a kamarádky a podle vlastních slov tam je spokojená. Ve škole měla opakované problémy s kázní, opakovaně

slovně napadána učitelkami kvůli pomalejšímu tempu při výuce, někdy i zcela nevhodným a neprofesionálním přístupem. Její starší bratr byl také veden u klinického psychologa a v PPP kvůli nekázni ve vyučování.

4.4. Interpretace výzkumného šetření – případová studie

4.4.1 Případová studie č. 1

Pohlaví: muž

Rok narození: 2001

Diagnóza: opoždění v řečovém vývoji, diagnóza ADHD

Současný stav:

Jde o chlapce V., který má 10 let a 7 měsíců, je vyšší štíhlé postavy. Chlapec navštěvuje Základní školu (dále jen ZŠ) v Brně, která se specializuje na péči o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, o žáky s neprospěchem. Chlapec chodí do 3 třídy, již druhý rok. K jeho přeřazení do specializované třídy, došlo na doporučení pracovnice PPP, která prováděla vyšetření po dohodě s matkou chlapce a třídní učitelkou z předchozí školy. Přestupem na jinou školu se chlapec zklidnil, není tak úzkostný, více si věří. Zažívá úspěch a tím se zvýšilo i jeho sebevědomí.

Rodinná anamnéza:

Chlapec vyrůstá v úplné rodině. Bydlí s rodiči a sestrou ve vícegeneračním rodinném domě. Matka ročník 1973, vzdělání – vysokoškolské, zdravá. Otec ročník 1972, vzdělání – středoškolské, zdravý. Starší sestra ročník 1997, zdravá.

Osobní anamnéza:

V. je ze třetího těhotenství matky. Těhotenství bylo vedeno jako rizikové, z důvodu matčina předchozího spontánního potratu. Průběh těhotenství byl bez problémů. Porod byl provokovaný, průběh normální, záhlavím, chlapec nekříšen. Porodní hmotnost 3850g a porodní míra 58 cm. V prvním roce života byl chlapec často nemocný, ve třech měsících proběhla hospitalizace v dětské nemocnici v Brně z důvodu oboustranného zápalu plic. Dále pak u chlapce probíhaly opakované záněty horních a dolních dýchacích cest a časté otitidy. Poměrně často byl medikován antibiotiky. Na alergologii byl veden od tří měsíců s diagnózou Astma Bronchiale s využitím medikace. V letech 2003 – 2007 absolvoval v doprovodu matky každý rok lázeňské pobyty.

Psychomotorický vývoj chlapce – z počátku se jevil jako lehce opožděný. V devíti měsících pouze ležel. Stav se postupně upravoval, chlapec nebyl neurologicky vyšetřen. Řečový vývoj – první srozumitelná slova začal používat kolem 12 měsíce. Dle sdělení matky byla patrná snaha o komunikaci gestikulací. V péči logopeda byl chlapec od čtyř let věku z důvodu vícečetné dyslálie. První psychologické a psychiatrické vyšetření u něj proběhlo v roce 2006 z důvodu nerovnoměrného vývoje a horšího průběhu adaptace při nástupu do MŠ. Na základě vyšetření mu byla stanovena diagnóza ADHD. Na psychiatrii byl medikován Nootropiky. Na neurologii byly chlapci potvrzeny projevy nezralosti bez prokázané organicity.

Další neurologické vyšetření proběhlo v roce 2009 po nástupu do první třídy. V nálezů byla potvrzena diagnóza ADHD. Z toho důvodu byl u chlapce doporučen a realizován odklad povinné školní docházky. Dále přetrvávaly obtíže patrné v poruše koncentrace pozornosti a hyperaktivitě. Chlapec nastoupil do běžné ZŠ v roce 2007.

V roce 2009 s ním byla ukončena odborná logopedická péče.

Z důvodu masivních poruch učení byl chlapec v roce 2010 poprvé diagnostikován v PPP a byly mu stanoveny dyslektické, dysgrafické, dysortografické a dyskalkulické deficity a byl vypracován IVP. Rodině byla navrhována možnost přechodu na jinou školu s případnou integrací. Zde se rýsovala možnost otevření dyslektické třídy, která se nakonec z důvodu malého zájmu neuskutečnila. Nicméně oproti stávající škole, kde byl v kolektivu 30 spolužáků, zde byla nabídnuta možnost třídy s menším počtem žáků (18) a se spoluprací speciálního pedagoga a asistenta pedagoga.

Scholarita:

Při nástupu do MŠ nastal problém se špatnou adaptací na kolektiv, prostředí i učitelku. Chlapec byl velmi úzkostný, často plakal a dožadoval se matky. V průběhu prvního půl roku se situace postupně zklidnila. Chlapec si postupně našel kamarády. Do 1. třídy začal docházet od září 2007 ve věku 7,2 roků do běžné třídy s vysokým počtem třiceti žáků. V první a ve druhé třídě byl chlapec v určitých předmětech zvýhodněn na podkladě zprávy z poradny klinického psychologa a psychiatra v Brně. Jeho třídní učitelka byla velice zkušená s dlouholetou praxí (kurz specifických poruch učení) a empatická. Do školy chodil rád a těšil se. Spolužáci byli seznámeni se stavem V. a pomáhali mu. Adaptace na školní kolektiv byla přiměřená, chlapec více inklinoval k děvčatům. Ve škole se objevují potíže se soustředěním a projevuje se u něj zvýšená unavitelnost. Jsou patrné problémy v grafomotorice, chlapec dochází 2x týdně na grafomotorický kroužek v rámci ZŠ. Největší problémy jsou u V. shledávány ve čtení. Od třetí třídy dochází ke změně třídní učitelky a některé předměty jsou pak vyučovány novými učiteli. V rámci výuky dochází hoch 3x týdně na hodiny speciálního českého jazyka vedené speciálním pedagogem. Ve třídě je přítomno 6 žáků. Vlivem větší náročnosti vyučované látky (násobilka, vyjmenovaná slova atd.), změnou třídní učitelky, špatným vztahem se speciální pedagožkou a všemi dalšími okolnostmi, škola upozorňovala matku na

vhodnost přeřazení chlapce do dyslektické třídy nebo nutnost integrace. Ve druhém poletí 3. ročníku rodiče po domluvě s PPP a třídní učitelkou chlapci zajistili na určité předměty (český jazyk, matematiku, prvouku a anglický jazyk) osobní asistentku – vysokoškolskou studentku. V jiných předmětech pracoval chlapec samostatně. Na konci 3. třídy byl z českého jazyka hodnocen slovně s doporučením o vhodnosti opakování ročníku po přestupu na novou školu od školního roku 2011/ 2012.

Slovní hodnocení z ČJ na konci 3.třídy/2011:

Žák si požadované poznatky neosvojil uceleně, přesně a úplně, má v nich závažné a značné mezery. Jeho dovednost vykonávat požadované intelektuální a motorické činnosti má velmi podstatné nedostatky. Při výkladu a hodnocení jevů a zákonitostí nedovede své vědomosti uplatnit ani s podněty učitele. Neprojevuje samostatnost v myšlení, vyskytují se u něho časté nedostatky v logickém myšlení. V ústním a písemném projevu se dopouští závažných chyb ve správnosti, přesnosti i výstižnosti. Kvalita výsledků jeho činnosti a grafický projev nejsou na úrovni odpovídající věku. Závažné nedostatky a chyby nedovede opravit ani s pomocí učitele. Nedovede samostatně pracovat.

Individuální vzdělávací plán pro školní rok 2011/2012 – viz příloha A.

Ze zpráv klinického psychologa a psychiatra z let 2006, 2007, 2009, 2010, 2011

Poprvé byl chlapec vyšetřen v roce **2006** z důvodů špatné adaptace na vstup do MŠ na žádost matky.

Chlapec spolupracuje. Nechal se oddělit od matky. Je hodně hovorný, zvědavý.

Z vyšetření:

Řeč – vadná výslovnost

Lateralita - dominantní pravé oko a méně vyhraněná dominance pravé ruky

Kresba – volné téma- traktor

Verbální intelekt – celkově v pásmu podprůměru. Doporučen k psychiatrovi (v téže poradně) – medikace nootropiky, odeslán na vyšetření na neurologii.

2007 – bylo zažádáno o odklad povinné školní docházky na žádost matky, je si vědoma, že je nezralý. Matka je zaměstnaná jako učitelka v MŠS – studuje na MU speciální pedagogiku. Chlapec chodí rád do školky, má tam své kamarády. Při vyšetření spolupracuje, obtížněji se nechal oddělit od matky. Je hyperaktivní.

Z vyšetření:

Řeč – přetrvává mírná vada výslovnosti.

Lateralita – souhlasná. Dominantní pravé oko a méně vyhraněná dominance pravé ruky.

Kresba – postava dvojdímenzionální, ale méně obratná motorika ruky. Kreslí pravou. Jiráskův test školní zralosti – u několika úkolů odmítl spolupracovat, postavu nakreslil dvojdímenzionálně, ale chybí ruce.

Náborový intelekt – nadprůměr.

2009 – pacient chodí do 1. třídy ZŠ v Brně, má výbornou paní učitelku, dobře to s ním umí. Ve třídě je 30 dětí. V. je sice živý, ale velmi senzitivní, snadno se rozpláče. Je hodně citově vázaný na matku. Matka nyní ukončila bakalářské studium speciální pedagogiky a od září bude pokračovat v kombinovaném magisterském studiu tohoto oboru. Hoch má mírné potíže v grafomotorice,

dochází do grafomotoriky ve škole 2x týdně. Se soustředěním jsou problémy. Při vyšetření spolupracuje, ale je nesoustředěný. Ve čtení údajně nejhorší ze třídy. Jeho paní učitelka mu věnuje nad rámec svých povinností jednu hodinu týdně čtení a ČJ. Jinak ho hodnotí jako velmi chytrého a práci s ním skvěle zvládá. Když je unavený nechá ho paní učitelka např. odnést plastové láhve, nebo ho nechá nakouknout do sešitu ke spolužačkám – když si není jistý. Chlapec má paní učitelku velmi rád.

Z vyšetření:

Přinesen nález z neurologie – potvrzena diagnóza ADHD

Kresba – postava – organicita

Čtení – normovaný text pro první třídu. Chlapec čte v pásmu defektu, nedosahuje věkové normy ani úrovně svých rozumových schopností. Aktuálně se jedná o dyslexii.

Školní sešity – úhledné v rámci možností, zrychlil se v písmu. Má vadné držení tužky. Doporučeny vhodné výchovně vzdělávací postupy.

Psychiatr chlapce dlouhodobě medikuje na zklidnění nootropiky - Piracetam, postupný přechod na Strateru.

Doporučení z ordinace klinické psychologa pro školu 2009:

1. Zohledňovat chlapce v písemném projevu v českém jazyce.
2. Umožnit mu psaní zkrácených diktátů anebo nahrazovat diktáty doplňovacími cvičeními a mírněji je hodnotit. Také na kontrolu diktátů a písemných prací by mu mělo být vzhledem k dyslexii ponecháno více času.

3. Porucha učení znevýhodňuje žáka i v ostatních předmětech než v českém jazyce při písemném zkoušení.
4. Vzhledem k poruše pozornosti budou jeho školní výkony i schopnost pracovat v průběhu vyučování kolísat a prozatím není v možnostech chlapce tyto projevy korigovat. Při školní práci se rychle psychicky unaví.
5. Chlapec by měl sedět v některé z předních lavic, nejlépe v prostřední řadě vpředu. A pokud je unavený, měl by mu být umožněn pohyb po třídě.
6. Vzhledem, k dyslexii má chlapec problémy se čtením. Je tedy třeba respektovat jeho pomalejší pracovní tempo všude tam, kde si musí sám přečíst zadání jednotlivých úkolů.
7. Při selhání v písemném zkoušení je vhodné kontrolovat pochopení dané látky u tohoto žáka ústní formou zkoušení.
8. Je nutné, aby žák s poruchou učení byl veden tak, aby měl možnost zažívat úspěch. Je třeba hledat oblasti, v nichž může být úspěšný a ve výuce mu zadávat takové úkoly, které je schopen splnit. Učitelé by měli předcházet neúspěchům tohoto žáka a preferovat jeho pozitivní hodnocení.
9. S chlapcem by měl ve škole spolupracovat speciální pedagog v českém jazyce.

2010 - 2. třída ZŠ

Z vyšetření:

Řeč – chlapec má stále vadu výslovnosti, nemá ještě dokončenou výměnu předních zubů. Artikulace je správná, ale vážnou někdy sykavky.

Kresba – postava – organicita.

Diktát – dysortografie.

Čtení – dyslexie.

SPU – sluchová diferenciacie slov je narušená. Sluchová analýza slov je oslabená. Sluchová syntéza slov je také oslabená. Matka by chtěla integraci.

Z nálezů logopeda:

Přetrvává snížený jazykový cit. Při vyšetření hoch spolupracuje. Je bystrý u jednotlivých úkolů, zejména pokud nejsou verbální. Vzhledem k odbornému vzdělání matky (speciální pedagog), logopedka s chlapcem ukončuje práci. Maminka bude s chlapcem pokračovat v logopedickém tréninku.

Škola upozorňuje matku, že by měla chlapce přefadit do dyslektické třídy.

Chlapec je zatím ve škole jen zvýhodněn. Integraci nechce podepsat psychologka z PPP, z důvodu velkého počtu žáků ve třídě.

Chlapec je ve škole spokojený, paní učitelka je na něj hodná. Má ve třídě kamarády. Školu by nechtěl měnit. Při vyšetření spolupracuje, je živý a nesoustředěný.

Leden 2011 – nadále je chlapec ve škole zvýhodňovaný, ale není integrovaný. Škola stále trvá na přeřazení chlapce do dyslektické třídy. Chlapec má nyní ve škole na český jazyk speciální pedagožku, ale nemá ji rád. Spolupráce s ní tedy zcela nefunguje. Nyní byli na kontrole v PPP v Brně, má těžkou dyslexii a vícečetnou dyslálii.

Matka s chlapcem správně pracuje, denně čtou, matka je v kontaktu se třídní učitelkou i speciální pedagožkou. V angličtině píše foneticky, komolí slova. Pacient je ve škole stále jen zvýhodněný. Při vyšetření chlapec spolupracuje, je u něj patrný psychomotorický neklid, nesoustředěnost.

Z vyšetření:

Písemný projev – zaměňuje písmena (m – n, p – b, b – d, v – z). Vynechává čárky, háčky, nelogicky rozděluje slova.

Čtení – je pomalý, čtení ho brzdí ve všem.

Květen 2011 – protože hoch ve stávající škole selhává, matka hledala další variantu pro jeho přestup. Zjistila, že v jedné Brněnské škole jsou málopočetné třídy a od dalšího školního roku by bylo možné chlapce přijmout. Paní ředitelka dokonce matce slíbila, že by ji zaměstnala. Rýsovala se zde i možnost otevření dyslektické třídy, ale z důvodu malé naplněnosti, se toto nepodařilo. Nicméně nastoupí zde do třídy s nižším počtem žáků a třídní učitelkou, která je speciální pedagog – logoped. A možností integrace, práce dle IVP a s doporučením asistenta v určitých hodinách, kde má chlapec problémy.

Chlapec je nesoustředěný, neklidný, ale snaží se.

Kresba – narušená motorika ruky.

Čtení – dyslexie.

Diktát – dysgrafie, dysortografie.

SPU – narušená sluchová diferenciacce, sluchová analýza i sluchová syntéza slov.

Ze zpráv PPP, z roku 2011

V pedagogicko-psychologické poradně chlapec podstoupil vyšetření zaměřené pouze na matematiku. V průběhu tohoto vyšetření respektoval pokynů pracovníce, nicméně od počátku byl patrný motorický neklid, procházel se z místa na místo, ale při přemýšlení bylo vidět, že se snaží soustředit.

Ze specifických matematických schopností jsou u chlapce V. oslabeny představy čísel na číselné ose, verbální a operační faktory. Úsudkové faktory jsou v podprůměrném pásmu v důsledku horších výkonů v dělení.

Porucha matematických schopností je ve zkoušce korespondence, kdy V. označuje delší řadu automaticky i jako větší množství předmětů, nehledí na jejich umístění a velikost. Tento fakt ukazuje na nezralost v oblasti předčíselných představ, číslo ještě není vytvořeno jako pojem. Doposud také nejsou u chlapce upevněny vyšší číselné řady. Obtíže činí orientace v sestupných řadách a přechod řádů, kdy vynechá i celé desítky. Někdy se však ve svém úsudku opraví a řekne řady správně.

Poziční hodnota čísla je zatím nejistá. V. dokáže říci, které číslo má vyšší hodnotu, ale nedokáže vysvětlit proč. Zapisování čísel mu ale potíže nečiní. Chce napsat i čísla větší než 1000, přestože to ve škole ještě neprobírali. Bez problémů je také počítání pod sebou, kde má zafixovaný správný postup.

Bez potíží zvládá základní matematické operace, využívá rozklad při přechodu přes 10, přičemž spoje do 10 ale nejsou ještě zcela zautomatizovány. U násobení má již zafixované některé spoje. Velkým problémem je však dělení, které nedokáže zatím propojit s násobením.

Při pamětním sériovém počítání využívá zrakové opory a počítá na prstech po jedné. Zraková opora je mu velkým pomocníkem, zvládne snadněji vyřešit příklady, které vidí napsané. Sám V. říká, že má matematiku rád, ale dělá mu potíže násobilka a slovní problémy. V těchto oblastech potřebuje mírnou pomoc dospělého, který ho navede na správné řešení. Pomáhá mu, když si slovní úlohu nakreslí.

Závěry a doporučení:

Rozumové schopnosti V. jsou dle psychologického vyšetření v pásmu lehkého nadprůměru. Vzhledem k výše uvedeným zjištěním se jedná o dyskalkulické potíže, které jsou komplikovány syndromem ADHD a dřívější poruchou v expresivní složce řeči, která je však v současné době již zcela kompenzovaná. Nerozumí ještě zcela přesně matematickým pojmům a ztrácí se v nich.

Matce byly nastíněny možnosti nápravy oslabených oblastí matematického chápání. Bylo navrženo založit si deník pojem/představa, který by V. následně využíval v hodinách matematiky i jinde jako zrakovou oporu. Dále upevnit vhléd do struktury čísla a zautomatizovat ho do 10.

Závěr případové studie č. 1:

Výhodou matky, která vystudovala na Masarykově univerzitě v Brně magisterský obor speciální pedagogiky, je dobře patrný na velkých pokrocích chlapce v průběhu jeho vývoje. Zvláště po stránce sociální a emocionální. Matka absolvovala spoustu seminářů zaměřených na problematiku SPU. A z této problematiky složila i státní zkoušku na MU v Brně. V tomto směru se neustále vzdělává a má zájem o vyhledávání dalších zajímavostí, k této problematice. Samozřejmě k dobrému a pohodovému vývoji chlapce přispívá i spolupráce s poradenskými pracovníky, speciálními pedagogy, lékaři. A v neposlední řadě, pro pohodový a rovnoměrný vývoj přispěl i přestup hochy na novou školu, zde si matka našla pracovní místo. Tím pádem mohla mít V. neustále na blízku, což pro něj bylo velice důležité s ohledem na jeho senzitivitu a labilní chování. Hoch se mohl díky matčině blízkosti bezproblémově adaptovat na nové prostředí (škola, spolužáci, učitelé, asistent pedagoga).

3.4.2 Případová studie č. 2

Pohlaví: žena

Rok narození: 2002

Diagnóza: smíšená specifická porucha školních dovedností – dysgrafie, dysortografie a porucha aktivity a pozornosti (ADHD)

Současný stav:

Dívka A., které je v současné době 9 let a 5 měsíců, je štíhlé postavy průměrné výšky. Navštěvuje 3. třídu běžné základní školy v Brně, kde potíže dívky na základě zprávy z ordinace klinického psychologa zohledňují. Psycholog navrhl přestup do dyslektické třídy, ale třídní učitelka matku přemluvila, aby dívku nechala v původní škole. U dívky přetrvává masivní porucha pravopisu komplikovaná syndromem ADHD.

Rodinná anamnéza:

Dívka žije v úplné rodině. Bydlí v rodinném domě spolu s rodiči, bratrem, prarodiči a tetou. Matka – ročník 1972, středoškolské vzdělání, trpí migrénami. Otec – ročník 1970, středoškolské vzdělání, zdravý. Bratr – ročník 1994, v současné době studuje SOU, obor mechanik - elektronik, dříve veden také v ordinaci klinického psychologa pro vyrušování a nekázeň ve škole.

Osobní anamnéza:

Během těhotenství matky došlo k obtížím. Vývoj A. je však přiměřený věku. Dívka prodělala adenotomii a operaci ušních boltců. Je alergická na pyl, trávy a plísň. Bere léky na alergii, které mohou mít za následek zvýšenou

únavu, a v současné době byl na základě neurologického vyšetření u dívky nasazen Piracetam. Dívka si často stěžuje na bolesti hlavy.

Rozumové schopnosti A. jsou v průměru. Lateralita je shodná, dominuje pravé oko a pravá ruka. U dívky se dlouhodobě projevují obtíže v písemném projevu. Výrazně je oslabena sluchová syntéza.

Problémy s kázní u dívky nastaly již v mateřské škole. Do ordinace klinického psychologa přišla ale až v roce 2010 – po ukončení první třídy základní školy. Do ordinace dívku A. přivedla nesoustředěnost, zapomínání, nadměrná živost s pomalým pracovním tempem ve škole, což dokládají opakované poznámky od učitelky. Potíže ji činí zejména čtení a psaní.

U A. je patrný motorický neklid a klesající tendence pozornosti. Diagnostikována smíšená specifická porucha školních dovedností – dysgrafie, dysortografie s poruchou aktivity a pozornosti.

V lednu 2012 byla A. vyšetřena na neurologii, kde je nadále vedena. Záznam EEG vykazuje lehké abnormality pro nepravidelnosti a hraniční zralost. Záznam je bez epileptického ložiska. Dívka nadále trpí bolestmi hlavy. Nasazen Piracetam. Dle matky měl však paradoxní efekt a matka lék dceři vysadila.

Matka je vůči dceři vysoce úzkostlivá, výchova je hyperprotektivní.

Scholarita:

Povinnou školní docházku nastoupila v září 2009. Problémy s nadměrnou živostí z mateřské školy pokračovaly i nadále na základní škole. Tempo práce, zejména čtení a písemného projevu je velmi pomalé a ve škole ji činí problémy. Je opakovaně napomínána učitelkou pro pomalé tempo a nesoustředěnost ve výuce. Přesto měla na konci první třídy samé jedničky.

Doma trénují psaní a čtení, ale A. je pak více unavená a následkem toho se zhoršují i známky ve škole. A. využívala naprosto nevyhovujícího dvojího čtení, které bylo na doporučení odstraněno. Dalším problémem je častá změna učitelek.

Na doporučení klinického psychologa měla navštívit dyslektickou poradnu, ale ta byla zrušena.

Ve druhé třídě došlo ke spojení tříd, a tak velkému nárůstu žáků ve třídě. Také znovu dochází ke změně vyučujících. S novou vyučující píše mnohem více do sešitu, což A. činí potíže a na základě toho došlo k výraznému zhoršení prospěchu. Přístup pedagogického sboru je neprofesionální. A. chtěla být ve třídě s rozšířenou výukou, na což matka přistoupila, přestože věděla, že to nevyjde. Při pohovoru se zástupkyně ředitele vyjadřovala o A. velmi nevybíravě. Ve škole nadále pokračují kázeňské problémy.

Na konci druhé třídy rodiče zvažují přestup do dyslektické třídy. Třídní učitelka je však přesvědčila, ať dceru nechají ve stávající škole a zajistí zprávu z PPP pro větší zohlednění dcery ve výuce. Nadále přetrvává masivní porucha pravopisu, dysortografie. Stav ve škole a známkách A. je víceméně beze změny.

Na počátku roku 2012 byl opětovně nabídnut přestup do dyslektické třídy, mj. i do školy, do které chodí chlapec V. a která je dle zpětné vazby pro děti s obdobnými diagnózami ideální. Matka bohužel dceru stále nechává v původní běžné základní škole, kde má dívka s výukou obrovské problémy.

Ze zpráv klinického psychologa a psychiatra z let 2010, 2011 a 2012

Dívka byla poprvé vyšetřena v **červenci 2010**, po ukončení první třídy. Klinický psycholog byl vyhledán z důvodu nesoustředěnosti, velkého

zapomínání A. Také z důvodu nadměrné živosti a pomalému pracovnímu tempu ve škole.

Při vyšetření dívka spolupracovala, je uvolněná a spontánní. Je u ní patrný psychomotorický neklid a výrazná klesající tendence pozornosti. Ve škole je pro ni výukové tempo příliš vysoké. Zrcadlově obrací písmena, plete si písmena p, b, d. Podle matky je však šikovná a přátelská, pomáhá druhým.

Z vyšetření:

Školní sešity – písmo je v normě, v diktátech však velmi chybuje, zejména nepoužívá diakritiku, nepíše velká písmena na začátku a tečky na konci vět. Někdy písmena zcela vynechá a některé tvary písmen ji činí potíže. Celkově je její výkon kolísající.

Kresba – kresba postavy: ženská postava, princezna. Celkově kresba odpovídá věku. Téma -naše rodina: pacientka nakreslila psa, sebe, mámu, tátu, bratra, babičku a dědečka, tetu a její dvě kočky.

Verbální intelekt – celkově v pásmu značného nadprůměru.

Lateralita – souhlasná – dominantní pravé oko a pravá ruka.

Diktát – pomalé tempo psaní, velká chybovost. Na začátku vět chybí velká písmena a tečky za větou. Vynechává písmena, diakritiku a obzvláště předložky. Kolísající výkony.

Čtení – Celkový podprůměr. Čtení není ještě plynulé, pletou se jí písmena b, d. Užívá metody dvojího čtení!

Matce je doporučeno navštívit dyslektickou poradnu v dětské nemocnici a pokusit se odstranit dvojí čtení.

Listopad 2010 – od poslední návštěvy na základě doporučení odstranili čtení potichu. Pacientku ve škole baví matematika, tělesná výchova, hudební a výtvarná výchova. Nebaví ji prvouka a angličtina. Během vyšetření spolupracovala.

Dyslektická poradna byla v nemocnici zrušena. Matka se ve škole zeptá, zda mají dyslektický kroužek.

Z vyšetření:

Názorový intelekt – IQ = 103, průměr.

Čtení – velké zlepšení, v normě.

3. přání – přála by si 1) štěňátko; 2) oblečení na ven; 3) sestru (má bratra).

Ostrov – na ostrov by s sebou vzala mámu, tátu a babičku (z matčiny strany).

Nevzala by s sebou dědu (z otcovy strany), protože chodí o berli a nemůže moc chodit, a tetu.

Doporučení z ordinace klinické psychologa pro školu 2010:

S dívkou je nutno pracovat v souladu se zákonem č. 472/2011 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) dle §16, který se zabývá vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Jelikož se u žákyně jedná o smíšenou specifickou poruchu školních dovedností, je nutné je zohlednit dle vyhlášky č. 227/2007 vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

Doporučuje se následující:

1. Zohledňovat písemný projev v českém i anglickém jazyce.
2. Psaní zkrácených diktátů oproti ostatním ve třídě, příp. nahrazení diktátu doplňovacími cvičeními. V případě psaní celého diktátu by mělo být poskytnuto více času.

3. Znalosti by měly být ověřeny vždy ještě ústní formou, pokud žákyně selže v písemném zkoušení.
4. Úprava školních sešitů by neměla být hodnocena.
5. Dysgrafie a dysortografie limituje žákyni ve všech předmětech, nejen v jazycích. Proto by pomalejší tempo písemného projevu mělo být respektováno ve všech předmětech.
6. Z důvodu diagnózy poruchy aktivity a pozornosti může žákyně prokazovat výkyvy ve školních výkonech, nepozornost ve vyučování, zapomínání úkolů a pomůcek apod. Za tyto projevy by neměla být dívka často trestána nebo napomínána, jelikož jsou na organickém základu a zatím je není schopna vůlí ovlivnit.

2. třída

Květen 2011 – Dívka nyní navštěvuje druhou třídu běžné základní školy. Ve škole spojili dvě třídy a změnili (opět!) učitelku, došlo tak k velkému nárůstu počtu dětí ve třídě na stávajících 30. Vzhledem k tomuto počtu není v současné době pacientčina diagnóza zohledňována. Matka není se současnou učitelkou příliš spokojena. Také v anglickém jazyce došlo ke změně učitelky a stylu výuky. Nyní píše hodně do sešitu a to pacientce činí velké potíže.

Pacientka vnímá novou učitelku jako přísnou a zlou. Připouští problémy v anglickém jazyce. Střídání učitelek pacientku evidentně vysiluje, z důvodu zcela odlišných přístupů.

Matce byl navržen přestup do dyslektické třídy s doporučením konkrétní školy.

Z vyšetření:

Kresba – kresba postavy: ženská, v normě.

– Téma naše rodina: nakreslila oba rodiče, bratra, sebe a oboje prarodiče.

Diktát – v diktátu napsala 22 chyb (viz příloha č. 2). Přetrvává masivní dysortografie. Čtení – v normě.

Specifické poruchy učení – lehce narušená sluchová analýza slov, vysoce narušená sluchová syntéza.

3 přání – přála by si 1) štěně; 2) hodnou paní učitelku; 3) koně.

Červen 2011 – Matka hovořila s třídní učitelkou o eventualitě přestupu do dyslektické třídy. Učitelka ji však přesvědčila, aby dceru nechala v původní škole a dodala aktuální zprávu z PPP, dcera prý bude zohledňována.

Doporučení z ordinace klinické psychologa pro školu 2011:

Nadále platí práce se žákyní A. v souladu se zákonem č. 472/2011 Sb., § 16 a zohlednění podle vyhlášky č. 227/2007 Sb. Veškerá doporučení uvedená pro rok 2010 nadále trvají. Vzhledem k masivní poruše v pravopisu se doporučuje zvážit eventualitu skupinové integrace v dyslektické třídě.

3. třída

Leden 2012 – pacientka byla na neurologickém vyšetření. Záznam EEG prokazuje lehké abnormality pro nepravidelnosti a hraniční zralost. Nález je bez epileptického ložiska. Pacientka trpí častými bolestmi hlavy. Neurolog nasadil na celkové zklidnění Piracetam. Pacientka bude na neurologii dlouhodobě vedena. Matka byla s dcerou odeslána školou na vyšetření kvůli chování ve škole. V družině došlo ke konfliktu s vychovatelkou, kdy byla matka osočena, že má úchylné dítě. A. si v družině hrála s plyšáky na porod, ale vychovatelka na to matku neupozornila. Dělo se tak opakovaně a vychovatelka situaci řešila přes ředitelství školy. Při jednání v ředitelně bylo

matce sděleno, že je A. údajně koketa, protože si sedá chlapcům na klín. Také byli rodiče nařčeni, že A. ostatní děti kazí. Nikdo z rodičů ostatních žáků si však zatím nestěžoval. Třídní učitelka matce sdělila, že nemůže do tohoto sporu mluvit, avšak že ona nemá s dívkou žádné potíže.

Pacientka příliš nechápe vzniklou situaci ve školní družině. Vychovatelku z družiny nemá ráda a nejraději by do ní vůbec nechodila. Třídní učitelku ale ráda má, je hodná. Ve škole dle svých slov snaží, je tam spokojená a má kamarády.

Z vyšetření:

Kresba – na volné téma nakreslila prasátko na trávníku.

Školní sešity – nadále trvá dysgrafie a dysortografie.

Čtení – je na hranici podprůměru a průměru.

Matce byla navržena možnost dceru odhlásit z družiny, když je tam vůči ní nepřátelská atmosféra. Dále opětovně navržen přestup do dyslektické třídy. S pacientkou bylo probráno její chování a nevhodnost určitého chování na specifických místech.

Matka prý pro opačný efekt dceři vysadila Piracetam.

Závěr případové studie č. 2:

Přestože matka pracuje jako dětská sestra v nemocnici, její styl výchovy nedovoluje A. se harmonicky vyvíjet. Matka na dceru klade vysoké nároky, které však ona nedokáže kvůli své diagnóze splňovat. Přestup do dyslektické třídy, který by byl pro A. velmi pozitivní, matka opakovaně odmítá. Atmosféra ve školní družině je k dívce nepřátelská, ve škole se učitelky snaží její diagnózu respektovat, nicméně při počtu 30 žáků ve třídě je pochopitelné, že zohledňování není pro pedagogy dost dobře možné. Velké dysgrafické a dysortografické potíže u dívky trvají a nemají tendenci se zlepšovat. Alespoň

čtení se zčásti zlepšilo, bylo odstraněno čtení potichu. O výchově matky také svědčí fakt, že dceři vysadila Piracetam pro jeho údajný paradoxní efekt, aniž by se poradila s ošetřujícím neurologem. Prostředí, ve kterém dívka žije, je v zásadě nevyhovující a brzdí její vývoj komplikovaný smíšenou poruchou školních dovedností a poruchou aktivity a pozornosti.

4.5. Shrnutí praktické části

Výše uvedené charakteristiky odlišných prostředí, v kterých se nachází jedinci se syndromem ADHD a případně specifickými poruchami učení, zahrnující různé styly výchovy, přístupy pedagogů, ošetřujících lékařů a dalších odborníků spolupracujících s tímto člověkem, poukazují na nutnost aktivní spolupráce rodiny a školy, multidisciplinární přístup a pozitivní klima ve výchově i výuce. Pokud tyto fungují, pak je vysoký předpoklad k harmonickému vývoji osobnosti a především k jejímu emocionálnímu a sociálnímu rozvoji. Tyto „nutnosti“ jsou potřebné pro všechny děti a jejich harmonický rozvoj, pro děti s diagnózou ADHD je jejich součinnost ještě více na místě.

Dílčí cíle, vedoucí k naplnění hlavního cíle práce, byly:

C1: Popsat vývoj jedince s ADHD žijícím v příznivém celospolečenském prostředí.

Tento cíl byl naplněn v první případové studii, která analyzovala prostředí, ve kterém vyrůstá chlapec V., který má mj. diagnózu ADHD. Zejména díky matce, která je vzdělána v oboru, a jejímu zájmu o synovu diagnózu, je chlapcův stav víceméně kompenzován. Chlapec přestoupil na jinou základní školu, kde je ve třídě se sníženým počtem žáků (18) a využívá služeb asistenta pedagoga v časové dotaci 15 hodin týdně. Jeho třídní učitelkou je speciální pedagožka – logopedka. Matka získala v této škole také stálé zaměstnání, a tak může být chlapci na blízku, pokud dojde k nějaké kritické

situaci, což má vzhledem k jeho labilitě velmi pozitivní vliv. Velmi dobrá je také spolupráce ošetřujících lékařů, speciálních pedagogů a psychologů, kteří vzájemně spolupracují a zajišťují tak chlapci komplexní péči a co nejlepší přístup vzhledem k jeho diagnóze.

C2: Popsat vývoj jedince s ADHD žijícím v nepříznivém celospolečenském prostředí.

Druhý dílčí cíl byl popsán druhou případovou studií. Tato studie představuje dívku A., která má rovněž mj. diagnózu ADHD. Matka je ve výchově velmi úzkostlivá, což brání dívčině harmonickému rozvoji. Dívka navštěvuje běžnou základní školu, kde počet žáků ve třídě (po jejich sloučení) čítá 30. Při takovém množství jedinců v jedné třídě je prakticky nemožné, aby vyučující zohledňovali dívčinu diagnózu. Nepřátelská atmosféra panuje vůči A. z pozice vychovatelky ve školní družině. Výkony dívky ve škole mají zhoršující tendenci, také vzhledem k velké únavě pramenící z domácí přípravy do školy. Dívka je nesoustředěná, pozornost má rychlou klesající tendenci, patrný motorický neklid. Dysgrafie a masivní dysortografie se nijak nezlepšila a stále trvá. Na opakované nabídky přestupu do dyslektické třídy od klinického psychologa matka prakticky nereaguje a dívka stále zůstává v původní třídě. Dívka nevyužívá služeb asistenta pedagoga.

Popisem těchto dvou případů byl také splněn třetí dílčí cíl, který zněl: Porovnat vlivy prostředí na jedince s ADHD.

Na základě těchto cílů byly výše formulovány výzkumné otázky.

VO1: Má celospolečenské prostředí vliv na vývoj jedince s ADHD?

VO2: Je příznivé celospolečenské prostředí efektivní vzhledem ke všestrannému harmonickému rozvoji jedince s ADHD?

Odpovědi na obě tyto otázky jsou kladné. Celospolečenské prostředí má bezpochyby vliv na rozvoj jedince s ADHD. Pokud je toto prostředí příznivé, pak i vývoj jedince s ADHD je harmonický a to zejména v oblastech sociálního

a emocionálního vývoje a naopak. Nepříznivé prostředí, nespolupráce vychovatelů, vyučujících, ošetřujících lékařů a psychologů atd. vede k nižšímu potenciálu vývoje takového jedince. Symptomy diagnózy zůstávají neměnné a jedinec je ustrnut v problémech vyplývajících z diagnózy.

4.6. Závěr šetření a doporučení pro poradenskou praxi

Hlavní cíl diplomové práce – efektivnost příznivého celospolečenského prostředí pro další rozvoj v oblasti sociálního a emocionálního vývoje jedinců s diagnózu ADHD, byl splněn. Také dílčí cíle výzkumného šetření byly splněny.

Výzkumné šetření poukázalo na nutnost multidisciplinární spolupráce. Nejedná se však pouze o součinnost speciálního pedagoga, psychologa, psychiatra, neurologa a jiných ošetřujících lékařů. Spolupráce těchto profesí by měla být základem. Dále však musí být provázána spolupráce těchto pracovníků se školou, s učiteli a výchovnými poradci. V neposlední řadě je však nutná spolupráce s rodinou. Pokud rodina není ochotna spolupracovat či je její spolupráce z nějaké důvodů pokřivená, bude pravděpodobně účinnost veškerých opatření velmi nízká. Vytvoření příznivého celospolečenského prostředí je nejlepší možný a efektivní fakt výchovy a vývoje jedince s ADHD.

5. Závěr

Předložená diplomová práce je zaměřena na problematiku sociálního a emocionálního vývoje jedince s ADHD a projevům ADHD a některými příčinami této poruchy. Jsou popsány typické příznaky poruchy ADHD a uvedeny i další závažné a přidružené poruchy, související se syndromem ADHD.

V empirické části práce je popsán výzkum u dvou jedinců s ADHD, spolupráce školy, rodiny, odborníků a lékařů. Jsou formulovány cíle výzkumu, jeho průběh a výsledky – závěry.

Z výzkumného šetření vyplývá jednoznačný závěr, že aktivní spolupráce všech zúčastněných stran a zájem především ze strany rodiny o zlepšení stavu pacienta přináší svoje výsledky, i když se jedná o poměrně dlouhodobý proces, který vyžaduje, kromě materiálního zabezpečení, i vysokou odbornost a nasazení odborného personálu. Rovněž úzká spolupráce odborníků s rodinou postiženého je předpokladem úspěchu. Výzkumné šetření potvrdilo výzkumné teze uvedené v kapitole 3.

Hlavní cíl diplomové práce, charakterizovat sociální a emocionální vývoj jedince s ADHD, uvést základní terminologii a zvláštnosti a specifika dětí i dospělých se syndromem ADHD a poukázat na důležitost spolupráce rodiny, školy, specialistů pedagogů i lékařů byl splněn. Rovněž empirická část diplomové práce splnila svůj cíl.

6. Literatura

Seznam odborné literatury:

1. ČERNÁ, K., *Porucha aktivity a pozornosti – ADHD*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010.
2. GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., *ADHD – Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Vyd.1. Praha: Galén. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.
2. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
3. HORT, V., *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
4. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 238 s. ISBN 978-80-2472-697-7.
5. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., *Metody práce s dětmi s LMD (ADHS, ADD) především pro rodiče a vychovatele*. Praha: Nakladatelství D+H, 2010. 83 s. ISBN 978-80-903869-0-7.
6. KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L., *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Masarykova univerzita, edice psychologie, 2008. ISBN 978-80-87029-47-3.
7. LESNÝ, I., *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky. Elektronický zdroj. 2003.
8. MUNDEN, A., ARCELUS, J., *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.
9. MICHALOVÁ, Z., *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pdf, 2003. ISBN 80-7290-115-x.
10. NÝVLTOVÁ, V., *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 228 s. ISBN 978-80-86723-488.

11. OPEKÁROVÁ, O., *Kapitoly z výchovného poradenství*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-35-8.
12. PACLT, I. a kol. – *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
13. POKORNÁ, V., *Vývojové poruchy učení v dětství a v dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 238 s. ISBN 978-80-73677-73-2.
14. SOVÁK, M., *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1986. 231 s. ISBN 14-072-86.
15. ŠEBEK, M., *Neklidné děti a jejich výchova*. Vyd. 1. Praha: SNP, 1990. 128 s. ISBN 80-0423-643-x.
16. ŠIMEK, J., *Lidské pudy a emoce: jak jim porozumět a jak s nimi žít*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1995. 215 s. ISBN 80-7106-121-2.
17. ŠVARŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
18. TRAIN, A., TOMKOVÁ, D., *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 198 s. ISBN 80-7178-503-2.
19. TŘESOHLAVÁ, Z., ČERNÁ, M., *Dříve než půjde do školy: lehká mozková dysfunkce v předškolním věku*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. 121 s. ISBN 80-2010-015-6.)
20. VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
21. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize, Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*, Praha, Psychiatrické centrum 1992 ISBN 80-85121-37-9.

Legislativní dokumenty:

22. Vyhláška 227/2007 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

23. Zákon 472/2011 Sb., o předškolním, základním a středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Internetové zdroje:

24. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Dostupné na WWW:

<http://www.adhd-galen.cz/>

25. Co je ADHD? Dostupné na WWW: <http://www.biofeedbackbrno.cz/co-je-adhd/>

26. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). [cit. 2008-11-26].

Dostupné na WWW: <http://www.ordinace.cz/clanek/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-adhd/>

27. ADHD – vývojová porucha. Dostupné na WWW:

<http://www.zszubri.cz/vp/ADHD.htm>

28. Hrbková Hrudková, B. *ADHD – termíny, definice a integrační praxe*.

[cit. 2008-11-26]. Dostupné na WWW: <http://www.msmt.cz/file/12155>

29. Senzualita. Dostupné na WWW: <http://charlijen.net/wp-content/uploads/downloads/2010/11/V%C3%BDvojov%C3%A9-zm%C4%9Bny-v-adolescenci-ve-sv%C4%9Btle-nov%C4%9Bj%C5%A1%C3%ADch-empirick%C3%BDch-v%C3%BDzkum%C5%AF.pdf>

<http://charlijen.net/wp-content/uploads/downloads/2010/11/V%C3%BDvojov%C3%A9-zm%C4%9Bny-v-adolescenci-ve-sv%C4%9Btle-nov%C4%9Bj%C5%A1%C3%ADch-empirick%C3%BDch-v%C3%BDzkum%C5%AF.pdf>

<http://charlijen.net/wp-content/uploads/downloads/2010/11/V%C3%BDvojov%C3%A9-zm%C4%9Bny-v-adolescenci-ve-sv%C4%9Btle-nov%C4%9Bj%C5%A1%C3%ADch-empirick%C3%BDch-v%C3%BDzkum%C5%AF.pdf>

<http://charlijen.net/wp-content/uploads/downloads/2010/11/V%C3%BDvojov%C3%A9-zm%C4%9Bny-v-adolescenci-ve-sv%C4%9Btle-nov%C4%9Bj%C5%A1%C3%ADch-empirick%C3%BDch-v%C3%BDzkum%C5%AF.pdf>

30. Analýza individuálního přístupu pedagogů k žákům se speciálními

vzdělávacími potřebami – Závěrečná zpráva. Člověk v tísní o.p.s., Sokolská

18, Praha. Dostupné na WWW: www.clovekvtisni.cz

31. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – abecední seznam. Aktuální verze k 1.1.2012. Dostupné na WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu-mkn-10-iii-dil-abecedni>
32. Diagnostický a statický manuál mentálních poruch. Dostupný na WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Diagnostick%C3%BD_a_statistick%C3%BD_manu%C3%A1l_ment%C3%A1ln%C3%ADch_poruch
33. Vývoj dítěte od narození do šesti let: sociální chování. [cit. 2011-11-02]. Dostupný na WWW: <http://rodina-deti.doktorka.cz/vyvoj-ditete-od-narozeni-do-sesti-let-socialni-chovani>
34. Charakteristika vývoje dítěte předškolního věku. [cit. 2011-05-04]. Dostupné na WWW: <http://www.vemeste.cz/2011/05/charakteristika-vyvoje-ditete-predskolniho-veku/>
35. <http://clanky.rvp.cz/wp-content/upload/prilohy/2824/priloha.pdf>
36. <http://www.psychoweb.cz/slovník/dezinhibice-dezinhibovany---co-to-je-vyznam-podle-slovníku/>
37. Propojení speciálně pedagogické a artefiletické reedukační péče o děti s SPU a syndromem ADHD. [cit. 2008-20-05]. Dostupné na WWW: <http://www.artefiletika.cz/modules/articles/article.php?id=68>
38. Obecné zásady přístupu k dětem s ADHD. Dostupné na WWW: http://www.pppuk.cz/soubory/decin_obecne_zasad_pristupu.pdf
39. Dyslexie. Dostupná na WWW: http://www.medicabaze.cz/?sec=term_detail&name=Dyslexie&termId=1896&h=dyslexie#jump
40. Dysgrafie. Dostupná na WWW: http://www.medicabaze.cz/?sec=term_detail&name=Dysgrafie&termId=1894&h=dysgrafie#jump

41. Dysgnozie. Dostupná na WWW: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/dysgnozie>

42. Dysfagie. Dostupná na WWW: <http://www.dysfazie.info/>

Seznam příloh

Příloha A: Individuální vzdělávací plán chlapce V.

Příloha B: Diktát dívky A.

Příloha A: Individuální vzdělávací plán chlapce V.

Individuální vzdělávací plán

Pohlaví: muž

Rok narození: 2001

Diagnóza: opožďování v řečovém vývoji, diagnóza ADHD

Třída: 3. A

Školní rok: 2011/2012

1. Závěry z vyšetření odborného pracoviště:

Dne 25.3.2011 proběhlo vyšetření v PPP

Závěry vyšetření:

- Diagnóza ADHD – odklony pozornosti, značná unavitelnost při běžné zátěži, porucha jemné motoriky, dyslexie, dysortografie, dyskalkulie.
- Aktuální úroveň intelektové výkonnosti je celkově rozložena v pásmu lehkého nadprůměru (slovní složky jsou průměrné, neslovní složky jsou v pásmu vyššího nadprůměru, oslabena je schopnost krátkodobé mechanické paměti a početních schopností).

2. Organizace vyučování:

Třída: 3.A

Počet žáků: 19

Vzdělávací program: Tvořivá škola v galerii

V. pracuje s asistentkou v běžné třídě ZŠ. Dochází na reedukaci ke speciální pedagožce školy.

3. Asistent:

ANO

Pracovní náplň asistentky:

Výchovně vzdělávací problematika

1. Pracovnice vykonává pomocné výchovné práce zaměřené na zkvalitnění společenského chování chlapce a na vytváření pracovních, hygienických a jiných návyků.
2. Pracuje podle pracovního úvazku přiděleného vedením školy (15 hod.týdně), podílí se na úkolech daných obecně závaznými právními normami, zejména Školským zákonem, plánem školy, školním řádem a dále také týdenními plány školy.

Rozvrh hodin: Po: 1-4hod., Út: 2-4 hod., St: 1-2hod., Čt: 1-3 hod., Pá: 1,3 hod.

3. Vykonává výchovně vzdělávací činnost podle přesně stanovených postupů a pokynů učitelů zaměřenou na specifické potřeby chlapce. Sleduje diagnostiku a hodnocení, podílí se na dodržování a plnění individuálního plánu. Sleduje vztahy dětí v kolektivu třídy a jeho začlenění. Odstraňování případných nedostatků konzultuje s třídní učitelkou, rodiči, vedením školy, školním psychologem, popř.SPC. Je v těsném kontaktu s třídním učitelem, řídí se jeho pokyny.

Práci si rozvrhuje dle aktuálního rozvrhu hodin dané třídy, dle potřeb dítěte, po dohodě s třídním učitelem.

4. Jakoukoliv vlastní nepřítomnost hlásí TU i vedení školy. Účastní se hovorových hodin i třídních schůzek. Účastní se důležitých akcí školy.
5. Podílí se na dozoru žáků o přestávkách a při všech činnostech organizovaných školou, vč. škol v přírodě, výletů , exkurzí, apod.
6. Seznamuje se se zprávami z SPC, výsledky lékařských vyšetření a rodinnými problémy, které mohou mít vliv na školní výkon.

Materiální oblast:

Asistentka kontroluje vybavení žáka, pomáhá řešit případné nedostatky. Je zodpovědná za didaktickou techniku a učební pomůcky, které jsou žáku svěřeny pro potřeby vyučování.

BOZP:

1. Spolupracuje s TU při poučení žáka o bezpečnosti a chování žáka ve škole i mimo ni.
2. Spolupracuje s TU při poučení o požární ochraně, zná únikovou cestu a účastní se s dítětem veškerých cvičných požárních poplachů.

4. Cíl vzdělávání:

Zlepšení pracovních návyků, prodloužení průceschopnosti a jistoty při práci, podpora samostatnosti.

5. Předměty:

Český jazyk:

Čtení: čtení po slovech, významových celcích, čtení s okénkem popř. se záložkou, respektování aktuální úrovně čtenářských dovedností, cvičení techniky správného dýchání a čtení s porozuměním, ověření porozumění přečteného textu jeho reprodukcí.

Pomůcky: čtecí okénko, záložka, pracovní listy zaměřené na procvičování čtení s porozuměním.

Písemný projev: osvojení techniky psaní správných tvarů písmen a číslic, dokázat napsat vlastní adresu, správně napsat zadaný text, správně doplňovat slova.

Pomůcky: trojhranný program, pracovní listy na procvičování grafomotoriky, pracovní listy pro procvičení zrakové a sluchové analýzy, paměti, pozornosti, písanky.

Gramatika:

- upevnění znalostí z první a druhé třídy (věta, slovo, slabika, hláska, druhy vět, hranice slov, psaní u-ú-ů, psaní i/y po tvrdých a měkkých souhláskách, slova s dě, tě, ně, bě, pě, mě, vě),
- zvládnutí učiva 3. třídy dle ŠVP (rozpoznat druhy vět, číst se správnou intonací, v písmu rozeznávat interpunkční znaménka,

- umět vytvářet slova nadřazená, podřazená, jednoznačná, mnohoznačná, souznačná a protikladná, poznat ve větě jednoduché podmět a přísudek, analyzovat slovo podle počtu slabik, rozeznat stavbu slova – kořen, předpona, přípona,
- zvládnout vyjmenovat slova po obojetných souhláskách, znát k nim slova příbuzná,
- ovládat slovní druhy ohebné a neohebné,
- bezpečně poznat podstatné jméno, určit rod a číslo, seznámit se s pády,
- umět určit sloveso a jeho osobu, číslo, čas, rozeznat jednoduché tvary sloves a složené tvary.

Pomůcky:

Kartičky na procvičení gramatiky, kostky pro procvičení tvrdých a měkkých souhlásek, pomocné gramatické tabule.

Anglický jazyk:

Čtení anglického textu: omezit hlasité čtení delších textů, zaměřit se na správnou výslovnost slovíček v krátkých větách.

Překlad textu: věnovat se překladu slov a krátkých vět.

Zvládnutí gramatiky: průběžné opakování základního učiva, preference ústního zkoušení, rozfázovat osvojování nového učiva do kratších textů.

Slovní zásoba: rozvíjení slovní zásoby – izolovaná slovíčka a slovní spojení, zaměřit se na praktické používání jazyka.

Písemný projev: tolerovat slova napsaná foneticky správně, umožnit psaní tiskacím písmem, tolerovat specifické chyby v písenném projevu.

Matematika:

Zopakovat a upevnit učivo 1. a 2. třídy, osvojit si učivo 3. třídy dle ŠVP (třídění, řazení, porovnávání, orientace v čase, následnosti a posloupnosti, pojem množství a velikosti, číselné řady, číselná osa. Čtení a psaní čísel, význam aplikace znamének, matematické operace, geometrie). Ponechání dostatku času na vypracování úkolu, využití názorných pomůcek, práce s vizuální oporou, poskytování četnější zpětné vazby o správnosti postupu.

Pomůcky: názorné pomůcky pro počítání, modely, sady čísel, číselná osa, tabulka násobení a dělení.

Ostatní předměty:

- základní znalosti
- preference ústního zkoušení
- umožnit alternativní formy zápisu
- častější využití názoru
- průběžně ověřovat pochopení zadaného úkolu
- respektovat poruchy prostorové orientace a pravolevé
- hodnotit pouze obsahovou stránku projevu
- hodnotit i dílčí kroky postupů, ne jen výsledek
- okopírované listy
- prodloužené procvičování
- ústní procvičování
- kontrola pochopení zadaného úkolu
- respektování individuálního tempa
- poskytování pozitivní zpětné vazby

- multisenzoriální přístup

6. Způsob reedukace:

Individuální speciálně pedagogická péče v pracovně speciálního pedagoga – 1 hodina českého jazyka týdně.

Oblasti stimulace, reedukace:

- sluchové rozlišování (měkkosti, tvrdosti, sykavkové asimilace, přesmyčky)
- sluchová analýza a syntéza (hranice vět, slov, slabik, hláse), sluchová paměť
- rytmická reprodukce
- zrakové rozlišování, zraková paměť
- vizuomotorika – koordinace ruka – oko
- hrubá a jemná motorika, grafomotorika
- uvolňování ruky
- pravolevá orientace a prostorová představivost
- orientace na tělesném schématu
- koncentrace pozornosti
- jazykové dovednosti

7. Hodnocení:

Známkami v průběhu roku, slovně na vysvědčení.

Hodnotit i jednotlivé kroky, nejen výsledek.

8. Organizace spolupráce školy a zákonných zástupců:

Třídní učitel:

- Informuje vyučující ve třídě o spec. Potřebách dítěte, diagnóze, spolupracuje se spec. Pedagogem, školním psychologem, poradenským pracovištěm.

Speciální pedagog:

- Seznámí rodiče s možnostmi reedukace, metodami, odbornou literaturou.

Rodina:

- zajistí plnění domácích úkolů
- zajistí docházku do školy a kroužků, používání pomůcek, hlasité čtení
- absolvování individuální reedukace v PPP a procvičování dle zadání odborníků z PPP.

Žák:

- zaměří se na plnění domácích úkolů, návštěvu kroužků, pravidelné a hlasité čtení, procvičování psaní – uvolňování ruky.

S IVP jsou seznámeni a souhlasí s jeho obsahem:

Ředitelka školy

Zákonný zástupce

Třídní učitel

Výchovný poradce

Speciální pedagog

Vyučující předmětů, které jsou v IVP jmenovány.

Příloha B: Diktát dívky A.

DIKTÁT

3 května

Na snídani jíme bábošku

nebo plátek

Obědváme ve školní jídelně.

Když se vrátíme, uděláme vejce.

Neděláme nakrájíme cibulku.

Šípou máš oči.

Děleš chut!

Kterou jídelnu máš nejraději?

22 chyb

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Sociální a emocionální vývoj jedince s diagnózou ADHD

Rok: 2012

Počet stran bez příloh: 66

Počet stran příloh: 8

Počet titulů české literatury a pramenů: 42

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fleischmannová