

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Život rodiny s dítětem s diagnózou ADHD a Pervazivně vývojová  
porucha s prvky autismu**

Bakalářská práce

Autor: Monika Čechová

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

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

**Univerzita Hradec Králové**  
Pedagogická fakulta

**Zadání bakalářské práce**

**Autor:** **Monika Čechová**

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

**Název závěrečné práce:** **Život rodiny s dítětem s diagnózou ADHD a Pervazivně vývojová porucha s prvky autismu**

Název závěrečné práce AJ: Family life with a Child with ADHD and Pervasive Developmental Disorder with features of Autism

**Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se bude zabývat vzděláváním a výchovou v rodině s hyperaktivním dítětem s poruchou pozornosti a diagnostikovanou pervazivně vývojovou poruchou s prvky autismu. V teoretické části budou vymezeny: hyperkinetická porucha - ADHD, pervazivní vývojové poruchy a legislativa žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Praktická část bude postavena na kazuistické studii konkrétní rodiny a na rozhovorech s rodinou. V práci bude popsáno, jaké potřeby pociťovala rodina při výchově svého dítěte s uvedenou diagnózou v době, kdy vnímaly první problémy, co rodiče prožívali a s čím se potýkali po sdělení diagnózy, kde hledali pomoc. Zda využili pomoc rané péče, pomoc od státních institucí, kde hledali další informace, které se týkali jejich problémů, jaké mají možnosti odpočinku a relaxace pro celou jejich rodinu, jakou pomoc jim poskytly a poskytují poradenská zařízení a další pracovníci z řad pomáhajících profesí.

Garantující pracoviště: **Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta**

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

Konzultant:

Oponent: doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 31. 1. 2013

Datum odevzdání závěrečné práce:

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucí bakalářské práce) samostatně a uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne:

.....

Podpis studenta

## **Poděkování**

Chtěla bych moc poděkovat PhDr. Janě Dlouhé, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její poskytnuté rady a připomínky, které mi velmi pomohly vytvořit tuto práci a především za její ochotu a trpělivost.

Ráda bych poděkovala i rodině, o které je tato práce napsána. Za jejich volný čas, informace a sdílnost, kterou mi věnovali.

## **Anotace**

ČECHOVÁ, Monika. *Život rodiny s dítětem s diagnózou ADHD a Pervazivně vývojová porucha s prvky autismu*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 81 s. Bakalářská práce

Prostřednictvím případové studie se bakalářská práce zaměřuje na zkušenost rodiny, která vychovává dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. V práci je popsáno, jaké potřeby měla rodina s dítětem s diagnózou ADHD a pervazivní vývojová porucha s prvky autismu, jak vnímaly první problémy, kde hledaly pomoc, co prožívaly a s jakými pocity se potýkaly po sdělení diagnózy. Zda byla využita pomoc rané péče nebo poradenských zařízení, zda využili neziskových organizací a jaké jiné pomoci z řad pomáhajících profesí využívaly.

Klíčová slova: ADHD, Pervazivní vývojová porucha, vzdělávání, rodina a dítě s postižením

## **Annotation**

ČECHOVÁ, Monika. *Family life with a Child with ADHD and Pervasive Developmental Disorder with features of Autism*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 81 pp. Bachelor Degree Thesis

Through case studies this thesis focuses on the experience of a family who is raising a child with special educational needs. The work describes what the needs of the family had a child diagnosed with ADHD and pervasive developmental disorder with features of autism, as first perceived problems, looking for help, what he experienced and feelings were experiencing communication after diagnosis. Whether the recourse of early care or counseling facilities that take advantage of non-profit organizations and what other assistance from among the helping professions use.

Key words: ADHD, Pervasive Developmental Disorder, education, family and child with disabilities

## Obsah

Úvod .....	12
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1 Charakteristika psychického vývoje dítěte v jednotlivých etapách .....	13
1.1 Prenatální období .....	13
1.2 Novorozenecké období .....	13
1.3 Kojenecké období .....	14
1.4 Batolecí věk .....	16
1.5 Předškolní období .....	19
1.6 Školní věk .....	21
1.6.1 Školní zralost a připravenost .....	22
2 Rodina a dítě.....	22
2.1 Rodina a dítě s postižením .....	23
2.1.1 Zpracování zátěže .....	23
3 Dítě s hyperkinetickou poruchou (ADHD) .....	24
3.1 Definice hyperkinetické poruchy (ADHD).....	24
3.2 Klasifikace hyperkinetické poruchy (ADHD) .....	25
3.3 Charakteristika hyperkinetické poruchy (ADHD).....	26
3.3.1 Deficit pozornosti .....	26
3.3.2 Hyperaktivita .....	26
3.3.3 Impulzivita.....	27
3.4 Problémy spojené s ADHD.....	27
3.5 Diagnostika .....	28
4 Dítě s pervazivní vývojovou poruchou .....	29
4.1 Definice pervazivní vývojové poruchy.....	29
4.2 Diagnostika .....	30
4.3 Klasifikace pervazivních vývojových poruch.....	31

4.4	Charakteristika vybraných pervazivních vývojových poruch.....	31
4.4.1	Dětský autismus.....	31
4.4.2	Atypický autismus .....	32
4.4.3	Rettův syndrom .....	32
4.4.4	Jiná desintegrační porucha v dětství.....	33
4.4.5	Aspergerův syndrom .....	33
4.4.6	Jiné pervazivní vývojové poruchy .....	34
4.4.7	Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná .....	34
4.5	Triáda postižení – problémové oblasti.....	35
4.5.1	Problémy s komunikací .....	35
4.5.2	Problémy v sociálních vztazích .....	36
4.5.3	Problémy představitosti .....	38
4.6	Přidružené problémy k poruchám autistického spektra .....	38
4.6.1	Autismus a mentální retardace .....	38
4.6.2	Autismus a epilepsie.....	39
4.6.3	Autismus a zrakové postižení .....	39
4.6.4	Autismus a sluchové postižení .....	39
4.7	Strukturované učení .....	39
4.7.1	Strukturalizace .....	40
4.7.2	Vizualizace (zviditelnění).....	41
4.7.3	Individuální přístup .....	41
5	Podpora dětí se speciálními vzdělávacími potřebami .....	41
5.1	Specializovaná poradenská zařízení .....	41
5.1.1	Raná péče.....	42
5.1.2	Pedagogicko - psychologická poradna a Speciálně pedagogické centrum....	43
5.1.3	Nestátní neziskové organizace.....	44
5.2	Vzdělávání .....	44



5.3	Rámcový vzdělávací program.....	45
5.3.1	RVP pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV).....	45
5.3.2	RVP pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV).....	46
5.3.3	RVP pro základní vzdělávání včetně přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (dále jen RVP ZV-LMP).....	47
5.4	Podpůrná a vyrovnávací zařízení .....	47
5.5	Individuální vzdělávací plán .....	48
5.6	Formy speciálního vzdělávání .....	49
II.	PRAKTICKÁ ČÁST .....	50
6	Metodika práce.....	50
6.1	Cíl práce.....	50
6.2	Strategie výzkumného šetření .....	50
6.3	Výzkumné otázky .....	50
6.4	Úkoly práce.....	51
6.5	Organizace práce.....	51
6.6	Použité metody .....	51
7	Výsledky výzkumného šetření .....	52
7.1	Diagnóza .....	52
7.2	Somatická charakteristika .....	52
7.3	Motorika.....	52
7.3.1	Hrubá motorika.....	52
7.3.2	Jemná motorika .....	53
7.3.3	Grafomotorika .....	53
7.4	Povahová stránka .....	53
7.5	Sociální charakteristika.....	53
7.5.1	Sociální kontakt vůči rodičům a sourozencům.....	53
7.5.2	Sociální kontakt vůči cizím osobám.....	54

7.5.3	Sociální kontakt vůči vrstevníkům .....	55
8	Anamnéza.....	55
8.1	Osobní anamnéza.....	55
8.2	Rodinná anamnéza.....	55
8.2.1	Matka.....	55
8.2.2	Otec.....	56
8.2.3	Sourozenci .....	56
8.3	Zdravotní anamnéza.....	56
8.3.1	Psychomotorický vývoj .....	56
8.3.2	První epileptický záchvat, neurologické vyšetření .....	57
8.3.3	Psychologické vyšetření, stanovení diagnózy .....	57
8.3.4	Logopedické vyšetření.....	58
8.3.5	Diagnostika Aspergerova syndromu .....	58
8.3.6	Diagnostika PAS .....	58
8.4	Charakteristika rodiny.....	59
8.5	Prvotní podezření.....	59
8.6	Hledání pomoci.....	60
8.7	Školní anamnéza .....	61
8.7.1	Předškolní vzdělávání - mateřská škola č. 1 .....	61
8.7.2	Předškolní vzdělávání - mateřská škola č. 2.....	63
8.7.3	Odklad školní docházky .....	64
8.7.4	Základní vzdělávání.....	65
9	Pozorování.....	66
9.1	Pozorování v rodinném prostředí.....	66
9.1.1	Volná činnost, hra.....	67
9.1.2	Příprava do školy .....	68
9.1.3	Stravovací návyky .....	68

9.2	Pozorování ve školním prostředí .....	68
9.3	Pozorování v kolektivu – Sdružení ROSA .....	69
	Závěry a diskuze .....	71
	Shrnutí .....	74
	Seznam zkratk.....	75
	Použitá literatura.....	76
	Přílohy .....	80

## Úvod

Jako téma bakalářské práce je zvoleno: „*Život rodiny s dítětem s diagnózou ADHD a Pervazivní vývojová porucha s prvky autismu*“, a to z toho důvodu, že se mě samotné dotýká. Rodina, o které je v práci psáno, bude jednou i mojí rodinou, proto si nesmírně vážím toho, že mi věnovala tolik času a tolik krásných chvil, na které budu vždy ráda vzpomínat.

Bakalářská práce je členěna do několika hlavních kapitol. V první kapitole je popsán psychický vývoj jedince dle určitých období. První kapitola se dotýká také tématu rodiny a dítěte obecně, kde je stanoveno, co je rodina a co pro dítě znamená. Konec kapitoly je věnován rodině s dítětem s postižením a potřebám rodiny, především fázím, kterými si rodina po zjištění, že s jejich dítětem není něco v pořádku, prochází.

Druhá kapitola se věnuje problematice ADHD a jejích hlavních příčin. Jsou zde poprány hlavní příznaky problému, přidružené problémy a možnosti diagnostiky.

Třetí kapitola se věnuje tematické pervazivních vývojových poruch. Zde jsou popsány všechny poruchy autistického spektra, přidružené obtíže k poruchám a jejich diagnostika. Kapitola se také dotýká možností, jak nejlépe s dětmi s autismem pracovat a jak k nim nejlépe přistupovat pomocí strukturovaného učení.

Čtvrtá kapitola je věnována potřebám dítěte se specifickými potřebami, kde je kladen důraz na potřeby podpory pro rodiny a vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

Praktická část je věnovaná samotnému výzkumnému šetření. Je členěno do několika kapitol, a to: anamnézy a vlastního pozorování. Praktická část je sestavená hlavně z rozhovorů a zúčastněného pozorování, které byly stěžejní pro sepsání této práce. Na závěr je vlastní zhodnocení práce.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Charakteristika psychického vývoje dítěte v jednotlivých etapách

*„V průběhu života prochází člověk několika výrazně odlišnými obdobími, která jsou rozlišována podle nápadných znaků a biologických, sociálních a psychických změn“* (SKORUNKOVÁ, 2007, str. 25).

### 1.1 Prenatální období

Prenatální vývoj trvá 10 lunárních měsíců po 28 dnech, což je doba od oplození vajíčka až do narození dítěte. Prenatální období má 3 fáze: (VÁGNEROVÁ, 2012)

- Období od oplození do uhníždění blastocysty – trvá necelé tři týdny, kdy ve třetím týdnu vzniká trubice, která je základem nervového systému.
- Embryonální období – trvá do dvanáctého týdne a vytvářejí se všechny hlavní orgánové základy.
- Fetální období – trvá od dvanáctého týdne do narození, dokončuje se v něm vývoj orgánových systémů.

V prenatálním období se vytváří všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný život plodu. V tomto období začíná interakce mezi matkou a plodem, který reaguje na některé smyslové podněty. Mezi matkou a plodem můžeme rozlišovat tři druhy komunikace: fyziologickou komunikaci, kterou zprostředkovává krev procházející placentu, smyslovou komunikaci a emoční a racionální postoj matky k plodu (VÁGNEROVÁ, 2012).

### 1.2 Novorozenecké období

Novorozeneckým obdobím rozumíme samotný porod, kdy se plod rodí v období 38. – 42. týdnu těhotenství, doba adaptace na nové prostředí, která trvá přibližně jeden měsíc. *„Novorozenec je schopen reagovat pomocí reflexů a vrozených způsobů chování, které mu usnadňují přežít“* (VÁGNEROVÁ, 2012, str. 65).

Novorozenec je vybaven řadou reflexů, které mají různý význam, především reflex hledací a sací, ale také polykací, kašlací, kýchací, vyměšovací, orientační a obranný, také

Robinsonův úchopový reflex a Moroův reflex udržování rovnováhy (VÁGNEROVÁ, 2012).

Když položíme dítě na nahé tělo dospělého, pozorujeme u něj *reflex plazení*, který brzy vyhasíná. U dítěte ležícího na zádech se projevuje tonický šíjový reflex, kdy má dítě otočenou hlavu na stranu a končetiny na stejné straně jsou natažené, končetiny na opačné straně jsou pokrčeny, což označujeme jako polohu „šermířskou“ (ŘÍČAN, 2004).

Říčan (2004) uvádí, že každý jedinec už od novorozeneckého období má svou individualitu. Novorozenec je zcela závislý na pomoci jiných, hlavně matky, která o něj celodenně pečuje a na té také záleží, jak dokáže rozeznat jeho potřeby. Zpočátku je pro dítě mnohem důležitější pravidelný režim než to, kdo o něj zrovna pečuje. Sociální interakce, která je pro novorozence důležitá a má k ní vrozené dispozice, je zřejmá z reakcí na lidský hlas a na lidský obličej.

V novorozeneckém období se dítě projevuje vrozenými způsoby chování, kdy vnímá své okolí, reaguje křikem nebo využívá sacích pohybů. Pro ranou sociální komunikaci je důležitý křik. Ten signalizuje stav novorozence a jeho potřeby, kdy může například upoutat na sebe pozornost. Dalším důležitým vývojovým mechanismem je učení, kdy rozvoj novorozence závisí na přiměřeném přísunu podnětů, které vedou k předpokladu vzniku potřebných zkušeností (VÁGNEROVÁ, 2012). Čížková (1999) uvádí, že zrakové vnímání není ostré a novorozenec vnímá předměty, které jsou ve vzdálenosti 25- 30 cm.

Langmeier (2002) uvádí, že většinu dne dítě prospí, zhruba 20 – 22 hodin, rytmus střídání spánku a bdění je zatím nepravidelný.

Kolem druhého týdne života jedince se objevuje úsměv, což je vrozený výrazový pohyb, který vyjadřuje tělesnou pohodu jedince (KLENKOVÁ, 1997).

### **1.3 Kojenecké období**

Kojenecký věk trvá od jednoho měsíce do jednoho roku a v tomto období dochází k rychlému rozvoji mnoha kompetencí, které stimuluje a podporuje matka, a je předpokladem osamostatňování. V prvním roce života se začnou ve větší míře projevovat individuální rozdíly jednotlivých dětí. Vyvíjí-se potřeby, kdy jde ve značné míře o uspokojování biologických potřeb, které jsou důležité a souvisejí s jídlem, teplem a celkovou tělesnou pohodou. Význam hraje potřeba stimulace a s ní související potřeba

učení. Uspokojují se potřeby citové jistoty a bezpečí. Důležitá je přiměřená stimulace, která aktivizuje bdělost, je předpokladem rozvoje různých schopností a dovedností a je základem kontaktu s okolním světem (VÁGNEROVÁ, 2012).

Allen (2002) uvádí, že reflex sání a hledací reflex se zdokonalují a postupně se stávají aktivitou. Dále se objevují i nové reflexy, Landauův reflex, který se projevuje při držení dítěte ve vodorovné poloze obličejem k zemi, kdy se nohy, trup a hlava narovnají do jedné přímky. Také parašutistický reflex, kdy dítě roztáhne paže, když ho při držení obličejem k zemi náhle pustíme směrem dolů.

Vývoj poznávacích schopností probíhá na základě interakce zrání a učení, ve vzájemném vztahu s ostatními psychickými i tělesnými faktory. Psychomotorický vývoj je spjat se zráním centrální nervové soustavy. V počátečním období rozvoje poznávacích procesů jde především o vývoj vnímání a manipulace s vnímanými objekty (VÁGNEROVÁ, 2012).

Langmeier (2002) uvádí, že dítě ve věku tří měsíců už udrží zvednutou hlavu při lehu na břiše, kdy se opírá o předloktí a kolena má skrčená pod tělem, tomuto stavu říkáme, že dítě „pase koníčky“. V šesti měsících se dítě dokáže z polohy na břiše převracet na záda a umí se přitáhnout do sedu. V sedě bez opory sedí v předklonu, což je „žabí pozice“, s oporou dokáže sedět rovně. Před koncem 9. měsíce se dokáže dítě z lehu na břiše postavit na nohy i ruce a postupně lézt dopředu. Kolem desátého měsíce se dítě staví na nohy pouze s oporou, když mu podáme ruce. Na konci kojeneckého období dítě dokáže stát a jít, pokud má oporu buď jiné osoby, nebo nějakého předmětu, kolem kterého jde většinou bokem.

Vývoj zrakového vnímání je předpokladem pro percepci mnoha informací a významným prostředníkem rychlé orientace. V prvním půlroce života se významně zlepšuje zraková ostrost, barvocit, ve druhém měsíci dovede rozlišovat základní barvy. Vnímání prostoru se vytváří od chvíle, kdy dítě dokáže pozorovat vlastní ruce. Rozvoj vnímání probíhá jako součást rozvoje poznávání (VÁGNEROVÁ, 2012).

#### Vývoj sluchového vnímání a základů řeči

Sluchové vnímání funguje na rozdíl od zraku již v prenatálním období. Kojenci dovedou rozlišovat rytmické a intonační charakteristiky. Další rozvoj sluchového vnímání závisí na zrání recepčního systému vnitřního ucha a sluchového kortexu (VÁGNEROVÁ, 2012).

Sluchové vnímání umožňuje rozvoj řeči, kdy dítě musí mít dostatečnou možnost vnímat mluvenou řeč, aby se jí naučilo rozlišovat a napodobovat. Kojenec produkuje zvuky již od 4. měsíce života. Začíná broukání, které mezi 6. - 8. měsícem nahradí žvatlání. Motivace rozvoje řeči je dána potřebou udržet sociální kontakt. Ke konci prvního roku děti již kombinují různé slabiky, používají první slova. Schopnost porozumět významu slov se objevuje dříve, než je dítě začne používat (SKORUNKOVÁ, 2007).

**Socializační vývoj** zahrnuje vývoj specifických aspektů sociálního světa, pochopení jejich souvislostí a vztahů. Sociální stimulace má již v tomto období větší význam než jiné podněty, proto uspokojuje základní potřeby dítěte (VÁGNEROVÁ, 2012). Skorunková (2007) uvádí, že prostředkem socializace kojence je sociální učení, které je uskutečňováno v rámci mezilidské interakce. Od počátku života upřednostňuje podněty sociálního charakteru, snáze upoutává lidský hlas a obličej než jiné podněty. Pro dítě se stává zdrojem sociálního učení upoutávaná pozornost svými vrozenými projevy (mimické projevy, křik, pláč, broukání), což vyvolává v dospělých projevy intuitivního rodičovského chování.

*„Kojenec dovede velmi brzy opětovat oční kontakt, na konci 2. měsíce se objevuje první úsměv. Ve 3. měsíci se dítě naučí pomocí úsměvu docela dobře komunikovat, je projevem zájmu o kontakt s druhými lidmi, proto bývá označován jako sociální úsměv. Od 3. měsíce se kojenec začíná smát i hlasitě“* (SKORUNKOVÁ, 2007).

#### **1.4 Batolecí věk**

Batolecí věk je období, které trvá od jednoho do tří let. Dochází k významnému rozvoji mnoha schopností, dovedností a celé dětské osobnosti. Dítě se osamostatňuje, je si vědomo své vlastní existence a svých možností. Charakteristické pro toto období je osamostatňování a uvolňování z různých vazeb, které jsou spojené s expanzí do širšího světa. Je to období první emancipace, která je podmínkou dalšího vývoje (VÁGNEROVÁ, 2012).

Svůj význam zde má vývoj motorických dovedností. Schopnost ovládat vlastní tělo je jednou z forem autoregulace, proto batolata s pohybovými dovednostmi experimentují. Motorické dovednosti jsou pro dítě prostředkem uspokojení jiných potřeb, třeba orientace v prostředí. Schopnost regulovat vyměšování je důležitým mezníkem, kdy se dítě naučí udržovat čistotu. Rozvoj pohybové aktivity přispívá také ke zpřesňování vlastního tělového schématu. Pronikání do širšího prostoru umožňuje samostatná lokomoce, kdy si dítě



doleze, poté dojde tak daleko, jak je pro něj zajímavé. Motorický vývoj souvisí s potřebou aktivity, která je uspokojována především pohybem (VÁGNEROVÁ, 2012). Langmeier (2002) uvádí, že kolem druhého roku života dítěte bývá chůze dítěte jistá, zvládá i běh, který z počátku zastavilo pádem na zem, ale postupně se zastavuje bez pádů. Zlepšuje se také rovnováha dítěte, zkouší stát na jedné noze bez opory, kope do míče, poskakuje, schody zdolává přísuvným krokem bez opory, kdy až kolem třetího roku života střídá nohy při chůzi do schodů.

Allen (2002) uvádí, že na konci batolícího období dokáže dítě položit přibližně sedm kostek na sebe a dokáže je postavit vodorovně za sebou. Později dítě láká experimentování.

Řičan (2004) uvádí, že kolem 15. měsíce dítě zvládne čmárat na papír a kolem druhého roku napodobuje tvary, většinou kruh nebo čáru, do té doby, před 15. měsícem, dítě pouze s tužkou ťuká do papíru.

Vývoj poznávacích procesů se projevuje změnou přístupu ke světu, která vyplývá z přesnější orientace a chápání reality, což můžeme označit jako symbolickou expanzi do světa. Poznávání světa uspokojuje dětskou potřebu jistoty a bezpečí. „*Batolata jsou zvědavá, je pro ně lákavé poznávat svět, učit se mu rozumět a chápat jeho řád*“ (VÁGNEROVÁ, 2012, str. 124). Rozvoj myšlení umožňuje dítěti po druhém roce představit si nějakou činnost a její výsledky, aniž by ji skutečně provádělo. Piaget toto období nazval fází symbolického, předpojmového myšlení. Batole tedy na úrovni symbolického myšlení nemusí manipulovat s reálnými objekty, ale může využít pouze jejich reálných představ (VÁGNEROVÁ, 2012). Skorunková (2007) uvádí, že v souvislosti s rozvojem myšlení se objevují počátky symbolické hry, kdy si dítě s určitou věcí hraje, ale ta může pokaždé představovat jiný objekt nebo zastávat jinou roli.

U dětí v batolecím období je patrná představivost, kdy vnímání není vázáno pouze na konkrétní předměty. Dítě objevuje nové poznatky aktivním zkoušením známých prostředků v nových situacích. Dítě také vynalézá nové prostředky na základě vnitřních mentálních kombinací. (LANGMEIER, 2002).

Vývoj jazykových schopností a dovedností, přípravné (předřečové) období, které trvá první rok života dítěte, přechází od začátku batolecího období ve vlastní vývoj řeči. Jazykové schopnosti se u dětí v období batolecího věku rozvíjejí pomocí různých mechanismů:

napodobováním, kdy dítě napodobuje řeč dospělých, a tak se rozvíjejí všechny jeho složky, dále korektivním způsobem zpětné vazby, dále modelováním nebo specifickou zaměřeností. U dětí v batolecím období je oblíbenou činností hra s řečí, kdy s ní děti experimentují, a tak ji také rozvíjejí, v této době je řečová aktivita cílem i prostředkem zároveň (VÁGNEROVÁ, 2012). Skorunková (2007) uvádí, že batole musí zvládnout sémantickou stránku řeči, kdy se musí naučit rozlišovat významy slov a obsah toho, co označují. Rozvoj slovníku dítěte probíhá na pasivní a aktivní úrovni. Pasivní úroveň se rozumí počet slov, kterým dítě rozumí, a aktivní úroveň se rozumí slovní zásoba, kterou dítě dokáže používat.

Kolem druhého roku dítě začne vytvářet dvouslovné věty, tak, že spojí dvě jednoslovné věty. Používá převážně podstatná jména, slovesa a onomatopoická citoslovce. Toto období přechází pomalu do etapy rozvoje komunikativní řeči, které trvá přibližně až do třetího roku života. Dítě je komunikativní, slovní zásoba se postupně rozšiřuje. Ke konci batolícího období je schopno se naučit krátké říkanky nebo vyprávět své zážitky (KLENKOVÁ, 1997).

Vývoj socializace, osamostatňování a navazování nových vztahů, je podmíněn rozvojem různých kompetencí, které dítěti umožňují zvládnout komunikaci, osvojit si základní normy chování a diferencovat různé sociální role. „*Nejpodstatnější část socializačního rozvoje probíhá v batolecím věku v rámci rodiny. Rozvíjejí se kontakty a vztahy s dalšími lidmi, především členy rodiny, resp. širší rodiny, kteří dítěti poskytují diverzifikovanější zkušenost*“ (VÁGNEROVÁ, 2012, str. 150). Langmeier (2002) uvádí, že z hlediska sociálního vývoje je patrné, že i když se batole začíná při svých hrách pozvolna odpoutávat od matky, je na ní i přesto ještě silně závislé. Důležité je, aby nebylo násilně odloučeno, protože hrozí, že by se u něj mohla objevit separační úzkost.

Vývoj osobnosti dítěte. Důležitá je rovnováha mezi potřebou emancipace, osamostatňování a potřebou stability, jistoty a bezpečí, v krajním případě až stereotypu. V batolecím období se rozvíjí vědomí sebe sama. Skorunková (2007) uvádí, že na konci batolícího období, mezi druhým a třetím rokem, lze pozorovat zesílené tendence sebeprosazování, což označujeme jako období prvního vzdoru nebo období negativismu (VÁGNEROVÁ, 2012).

## 1.5 Předškolní období

Předškolní období trvá od 3 do 6-7 let věku dítěte, ale konec této fáze není určen jen fyzickým věkem, ale především sociálně, protože přichází nástup do školy. Předškolní věk je charakteristický stabilizací vlastní pozice ve světě a diferenciací vztahu ke světu. V jeho poznání dítěti pomáhá představivost, typická je fantazijní zpracovávání informací a intuitivní uvažování. Dítě své představy přizpůsobuje vlastním možnostem poznání a aktuálním potřebám. Předškolní věk je označován jako období iniciativy, dítě chce a má potřebu něco zvládat, vytvořit a podporovat tak svoje kvality. V sociální oblasti dochází k postupné diferenciaci pro niž je typický přesah rodiny a rozvoj vztahů s vrstevníky, což můžeme chápat jako fázi přípravy na život ve společnosti. Ale aby to bylo možné, musí dítě přijmout řád, který chování k různým lidem v různých situacích upravuje. Vývojové změny se odrazí ve hře, v předškolním období začíná důležitá sdílená aktivita, která vyžaduje sebezprosažení i přizpůsobení ostatním (VÁGNEROVÁ, 2012).

Novotná, Hříchová a Miňhová (2004) uvádějí, že nejdůležitější činností v dětském věku je hra, kdy se rozvíjejí všechny psychické funkce. V batolecím období převládaly paralelní hry, v předškolním období se předškolák věnuje společným hrám s vrstevníky či dospělými. Skorunková (2007) uvádí, že v předškolním věku nemá hra jen povahu experimentování a zkoumání věcí, ale je rozvinutější, má předem stanovený cíl či úmysl. Dítě se při hře zaměřuje na vytvoření něčeho nového.

V předškolním věku se dále rozvíjí pohybová obratnost a koordinace, ta ovlivňuje postavení předškoláka ve společnosti vrstevníků, děti se mezi sebou poměřují. Kolem čtvrtého roku se zdokonaluje rovnováha dítěte, dítě vydrží stát na jedné noze a při chůzi po schodech střídá obě nohy. Rádo běhá, skáče, jezdí na tříkolkách či koloběžkách, rádo leze po prolézačkách nebo žebřinách. To vše podílí na lepším ovládnutí těla a jeho pohybů. Pro dítě v předškolním věku je typická aktivita a velké množství energie. Koncem předškolního období se dítě učí chodit pozpátku a skákat přes švihadlo. (Allen, 2002).

Také se zdokonaluje manuální zručnost, kterou dítě cvičí při manipulaci s předměty. První pokus o znázornění postavy člověka má podobu „*hlavonožce*“. Čtyřleté dítě zvládne realističtější znázornění, postavu nakreslí již s trupem, kresba pětiletého dítěte již odpovídá předem stanovené představě a je mnohem detailnější (SKORUNKOVÁ, 2007).

Vývoj poznávacích procesů. Poznávání je zaměřeno na nejbližší svět a na pochopení pravidel, která v něm platí. Mění se způsob, jakým dítě poznává, Piaget tuto fázi kognitivního vývoje dle typického způsobu uvažování předškolních dětí označil jako období názorného, intuitivního myšlení, které se projeví určitou selekcí informací a specifickým způsobem jejich zpracování (VÁGNEROVÁ, 2012). „*Předškolák již uvažuje v pojmech, které vznikají na základě vystižení podstatných podobností, myšlení však stále ještě nerespektuje plně zákony logiky. Usuzování je vázáno na konkrétní vnímanou skutečnost. Předškolák už umí například vyvozovat závěry, čeho je více a čeho méně, ale tento úsudek je závislý na vnímání tvaru, velikosti apod.*“ (SKORUNKOVÁ, 2007, str. 39).

Mezi způsoby, jakými předškolák zpracovává informace, řadíme: (VÁGNEROVÁ, 2012)

- magičnost – tendence pomáhat si při interpretaci dění v reálném světě fantazií a zkreslovat tak jeho poznání;
- animismus neboli antropomorfismus – přiřítání vlastností živých (lidských) bytostí i neživým objektům;
- arteficialismus – jak si předškolák vykládá vznik okolního světa a jeho typických znaků, kdo jej udělal;
- absolutismus – přesvědčení, že každé poznání musí mít definitivní a jedinečnou platnost.

Rozvoj prostorového chápání. Pro způsob, jakým předškolní dítě chápe prostor, je charakteristická egocentrická perspektiva. Předškolní dítě má tendenci přeceňovat a podceňovat velikost. Pomalu se rozvíjí porozumění času. Předškolní děti vědí, co znamená dříve a později, jaký je rozdíl mezi před a po, a rozlišují delší a kratší dobu. Pro členění času využívají nanejvýš dnů v týdnu, delší jednotky (měsíc, roční období) umějí vyjmenovat a částečně znají pouze obsah těchto pojmů (VÁGNEROVÁ, 2012).

Vývoj verbálních dovedností, řeč jako zdroj poznání. V předškolním období dochází ke zkvalitňování řečových dovedností. Dítě si osvojuje pravidla gramatiky, tvoří složitější věty. Pro dítě se řeč stává hlavním prostředkem dorozumívání, což mu pomáhá především k socializaci do skupiny jeho vrstevníků (ŠULOVÁ, 2003).

Předškolní děti se zdokonalují v obsahu i formě verbálních schopností. Chápejí a používají jazyk na úrovni, která odpovídá dosaženému stupni rozvoje. Často se ptají a z formulace jejich otázek vyplývá, jakým způsobem aktuálně uvažují, jde často o potřebu pochopit

příčinné souvislosti a vztahy, tudíž jde o otázky typu „proč“ a „jak“, které mají význam pro obohacení jejich znalostí a dětského slovníku. Děti předškolního typu se rozvíjejí především v komunikaci s dospělými, přičemž je mohou ovlivňovat i jiné vlivy, jako například média nebo komunikace s vrstevníky. Předškoláci také experimentují s novými slovními výrazy, například skládají slova nebo slovní spojení. Z hlediska rozvoje je významnou složkou vývoj egocentrické řeči, která není primárně určená pro jinou osobu a bývá spojena s proměnou myšlení. „*Egocentrická řeč se nemusí přizpůsobovat komunikačnímu partnerovi a brát ohled na jeho způsob myšlení či běžná komunikační pravidla*“ (VÁGNEROVÁ, 2012, str. 216).

V předškolním období je pro dítě důležitá oblast sociálního vývoje, kdy klade důraz na uspokojování vlastních potřeb a základní potřebou je potřeba být aktivní, ale také potřeba stability, jistoty, zázemí, bezpečí, trvalosti, citového vztahu, sociálního kontaktu, sounáležitosti, identity a společenského uznání. Potřeby dávají dítěti energii a chuť zkoumat a být zvědavé. (ŠULOVÁ, 2003).

Batoletí a předškolní věk je významným obdobím pro rozvoj dětského sebepojetí, kdy v předškolním věku je pro rozvoj sebepojetí důležitá možnost pronikat do širší společnosti a nějakým způsobem se zde uplatnit (VÁGNEROVÁ, 2012). Skorunková (2007) uvádí, že v předškolním věku nastává definitivní uvědomění a přijetí role pohlaví, kdy rozlišují, jak vypadá a jak se má chovat chlapec a holka.

## 1.6 Školní věk

Nástup do školy je nejdůležitějším školním mezníkem, kdy dítě získává novou roli, roli školáka. „*Dítě projde rituálem zápisu a prvního slavnostního dne ve škole, který potvrzuje jednoznačnost sociální proměny a počátek nové fáze*“ (VÁGNEROVÁ, 2012). Školní věk je období, kdy dítě chodí do základní školy a dělíme ho na tři dílčí fáze:

- raný školní věk – trvá od nástupu do školy, přibližně od 6 do 9 let;
- střední školní věk – trvá od 9 let do 11-12 let, dítě přechází na druhý stupeň základní školy;
- starší školní věk – období druhého stupně základní školy, přibližně do 15 let, do ukončení povinné školní docházky.

### 1.6.1 Školní zralost a připravenost

Ve věku 6 – 7 let dochází k různým vývojovým změnám, kdy většina změn je důležitá pro úspěšné zvládnutí školních požadavků (VÁGNEROVÁ, 2012).

*„Kompetence, které jsou závislé na procesu zrání, určují školní zralost. Schopnosti, na jejichž rozvoji se ve větší míře podílí učení, lze označit jako školní připravenost. Pro posílení školní připravenosti je vhodná školní docházka dítěte do mateřské školy alespoň poslední rok před nástupem do školy“ (SKORUNKOVÁ, 2011).*

Dostatečná zralost je podmínkou účinnějšího učení, a tím i lepšího výkonu. Zrání centrální nervové soustavy ovlivňuje lateralizaci ruky, rozvoj motorické i senzomotorické koordinace a manuální zručnost. Zrání určitých oblastí mozku vede k rozvoji zrakového a sluchového vnímání. Sociální připravenost zahrnuje úroveň běžných znalostí o vztazích, chování a schopností komunikovat. Součástí sociální připravenosti je schopnost rozlišovat různé role a chování, zahrnuje ale i znalost běžných norem chování a sociálních konvencí a schopností je respektovat. Pro úspěšné zvládnutí role školáka je důležitá i úroveň jazykových kompetencí a schopnost jejich využití v komunikaci (VÁGNEROVÁ, 2012).

Langmeier (2002) uvádí, že jen velmi málo dětí splňuje znaky školní zralosti, můžeme tedy očekávat, že určité potřebné vlastnosti se u dítěte vyvinou ještě v průběhu školního roku, pokud bude pod dobrým vedením učitelky a rodičů. Pokud dojde ke zjištění, že není dítě dostatečně zralé a připravené na školní docházku, navrhuje se odklad školní docházky (více o odkladu školní docházky v podkapitole 5.3.1) a opatření, která by měla zajistit stimulaci oblastí, ve kterých dítě nespĺňuje požadavky pro vstup do školy.

## 2 Rodina a dítě

Psychologický slovník definuje rodinu jako *„společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí“* (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, str. 512).

Rodina odedávna existuje proto, aby lidé mohli pečovat o své děti. Kromě toho, že je biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti. Rodina propojuje generace, vytváří mezi nimi kontinuitu a solidaritu. Rodina

je prvním a zásadním modelem společnosti, s jakým se setkává dítě, protože předurčuje jeho osobní vývoj a jeho vztahy k jiným skupinám lidí (MATOUŠEK, 1997).

Rodina je v životě jedince velice důležitou součástí. Matějček (2007) uvádí, že základním předpokladem zdravého duševního vývoje dítěte je, aby vyrůstalo v prostředí stálém a citově vřelém. I v době těhotenství matky vnímá plod okolí a pocity matky, dovede také slyšet a je schopno se na základní úrovni něco naučit.

*„Rodina je unikátní a nenahraditelnou institucí proto, že nejlepším možným způsobem spojuje specifické a univerzální“* (MATOUŠEK, 1997, str. 8).

## **2.1 Rodina a dítě s postižením**

Smířit se se skutečností, že je dítě postižené, je pro rodiče jedna z nejtěžších věcí, kterou musí v životě podstoupit.

Narození dítěte se zdravotním postižením či situace, v níž se zdravotní postižení projeví později, představuje pro každou rodinu a každého rodiče zcela mimořádnou událost, která se liší v závislosti na desítkách aspektů v každé rodině. Pro všechny tyto případy je charakteristické vědomí absolutního zásahu, šoku, údivu, nepochopení a nevěřící reakce: *„Proč naše dítě? Proč my?“* přičemž se do popředí dostávají další jiné a jiné otázky, které se liší a na které v danou chvíli rodina nezná odpověď. Postupně v průběhu času, jak život přináší nové situace, liší se i osudy rodin dětí se zdravotním postižením (MICHALÍK, 2012).

*„První poznání, že s dítětem není něco v pořádku, znamená proto nevyhnutelně jistý otřes v postojích a představách rodičů“* (MATĚJČEK, 2001, str. 25).

### **2.1.1 Zpracování zátěže**

V případě zjištění postižení dítěte se rodiče dostávají do těžké situace a potřebují postupně zpracovat tuto zátěž.

Zpracování zátěže probíhá v několika fázích, které mají individuální a specifický průběh i délku trvání. Prochází pěti typickými fázemi: (VÁGNEROVÁ, 2008).

- Fáze šoku a popření – první reakce na subjektivně nepřijatelnou skutečnost. Šok se projevuje strnutím, neschopností jakékoliv reakce. Rodiče v této době nechtějí

slyšet nic o možnostech péče a výchovných vedeních svého dítěte, protože se ještě nesmířili s existencí jeho postižení. Postupně dochází k přijetí této informace

- Fáze bezmocnosti – rodiče prožívají pocity viny, které se k dítěti vztahují, zároveň očekávají pomoc, ale nemají přesnou představu, jaká by měla být a v čem by měla spočívat.
- Fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem – typické v tomto období je zvýšení zájmu o další informace. Přetrvávají ještě negativní emoční reakce, jako jsou prožitky smutku, deprese, prožitky úzkosti a strachu a pocity hněvu. V této fázi nejde jen o zpracování problému, ale i o postupné vyrovnání se s jeho existencí, ale především hledání jeho řešení.
- Fáze smlouvání – přechodné období, kdy rodiče již akceptují skutečnost, že jejich dítě je postižené, ale s tendencí, že získají alespoň malé zlepšení, když už nelze, aby se uzdravilo. V této fázi nejde už o trauma, ale spíše o dlouhodobý stres, který je spojený s únavou a vyčerpáním náročné péče o takové dítě.
- Fáze realistického postoje – rodiče akceptují skutečnost, že je jejich dítě postižené a přijímají ji. Jejich plány jsou reálnější a splnitelnější, začnou se chovat přiměřenějším způsobem.

### 3 Dítě s hyperkinetickou poruchou (ADHD)

*„Chcete-li pochopit, v jakém světě člověk s ADHD vlastně žije, pusťte si najednou tři rádia, v každém jinou hudbu, do toho další, z nichž reportér vříská o šanci na fotbale, a zkuste přitom spočítat, kolik přeplatíte za tři roky na leasingu oproti půjčce, když vás ještě k tomu odírá cedulka vzadu na tričku za krkem, sedíte na židli, která skřípá a vrže a má jednu nohu kratší, pod zadkem máte hrbolatý tvrdý sedák a ještě vám pořád někdo klepe na rameno“ (ANTAL, 2013, str. 28).*

#### 3.1 Definice hyperkinetické poruchy (ADHD)

*„ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity“ (MICHALOVÁ, 2007, str. 29).*

Na ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) se nahlíží jako na vývojové chronické postižení se silným biologickým a hereditárním zatížením, což má za důsledek



zhoršený školní a sociální výkon. ADHD tedy překládáme jako poruchu pozornosti s hyperaktivitou nebo je možné užití názvu hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti. Porucha se často projevuje v raném dětství, její potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování nebo provádět určité pracovní výkony (MICHALOVÁ, 2007).

Zelinková (2003) definuje ADHD jako vývojovou poruchu s chronickými potížemi, které se mohou zmírňovat postupným vyžíváním centrálního nervového systému.

Vágnerová (1999) uvádí, že poruchy chování a pozornosti lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, načež jedinec není schopen respektování norem chování na úrovni, která by odpovídala jeho věku, nebo na úrovni, která by odpovídala úrovni rozumových schopností.

### **3.2 Klasifikace hyperkinetické poruchy (ADHD)**

Hyperkinetická porucha prošla mnoha terminologickými změnami, které se měnily dle psychopatologie, etiologie a patogeneze poruchy. Od roku 1993 se používá termín hyperkinetická porucha (DRTÍLKOVÁ, ŠERÝ, 2007).

V současné době se užívá dvou klasifikačních systémů. Česká republika využívá klasifikační soustavu MKN-10, dle Světové zdravotnické organizace (WHO), a systém DSM-IV, který je vydán Americkou asociací psychiatrů. MKN-10 užívá označení Hyperkinetická porucha a klasifikační systém DSM-IV termínu ADHD.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 řadí hyperkinetické poruchy (F90) mezi poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětském věku a v adolescenci (MICHALOVÁ, 2007).

- F90 Hyperkinetické poruchy
- F90.0 Porucha aktivity a pozornosti
- F90.1 Hyperkinetická porucha chování
- F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy
- F90.9 Hyperkinetická porucha NS

### **3.3 Charakteristika hyperkinetické poruchy (ADHD)**

ADHD se vztahuje na děti s vážnými sociálními a kognitivními problémy. Typické jsou tři hlavní symptomy: porucha pozornosti, impulsivita a hyperaktivita (MICHALOVÁ, 2007).

Paclt (2007) uvádí, že děti, které trpí hyperkinetickým syndromem, chronicky trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou. To se výrazně projevuje již v raném vývoji a v mnohem větší míře, než odpovídá jejich mentálnímu věku. Symptomy se objevují výrazněji v situacích, kde je kladen důraz na udržení pozornosti, kontrolu pohybů nebo utlumení impulzů.

#### **3.3.1 Deficit pozornosti**

Dítě trpící ADHD má ve výraznější míře problém s udržením pozornosti než dítě stejného věku a pohlaví. Největší potíže s udržením pozornosti nastávají při zaměření se na plnění daných úloh, kdy nutí dítě, aby udrželo pozornost a soustředilo se na těžkopádné a opakované úlohy, což bývá nejčastěji ve škole, například u bezprostředního dohledu učitele, domácí úlohy nebo stálého pracovního výkonu. Pozornost dítěte s ADHD je snadno odvedena k jinému „zajímavějšímu“ úkolu, z čehož vyplývá, že problémem není pouze porucha pozornosti, ale i porucha vytrvalosti (PACLT, 2007).

Munden, Arcelus (2006) uvádějí, že řada „neschopností“ vzniká v důsledku toho, že se dítě nedokáže soustředit tak dlouho, aby mohlo proniknout do problému a naučilo se, co je potřeba. Pokud dětem nepomůžeme udržet pozornost, nejsou schopné se danou věc naučit. Cena za neschopnost koncentrovat se může být značná nejen ve vzdělávání a školních úspěších, ale především v tom vést normální šťastný rodinný život.

#### **3.3.2 Hyperaktivita**

Hyperaktivita je symptom, který odlišuje ADD (porucha pozornosti) od ADHD, kdy chování dítěte vykazuje zvýšenou rychlost a intenzitu, kdy má dítě zvýšenou potřebu k aktivitě většinou bez účelu a beze smyslu. Tyto děti ale nemají větší množství energie oproti ostatním dětem, tudíž jim hrozí zvýšená unavitelnost, a s tím spojená i podrážděnost (VÁGNEROVÁ, 2005).

Nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity, neklid, vrtění se, pohyby těla, které nejsou nezbytné, ale ani potřebné, to je hlavní rys těchto dětí. Ve

školním prostředí je vyzorováno, že děti jsou často mimo lavici, pohybují se po třídě bez předchozího zeptání, často pohybují rukama i nohama, hrají si s předměty, které mají po ruce, povídají si se spolužáky, ba dokonce vydávají atypické zvuky (PACLT, 2007).

Rodiče dětí s ADHD bývají velmi přetíženi a skleslí, výchova není jednoduchá. Problémy s dětmi začínají být patrné právě tehdy, kdy dítě nastoupí do školy, protože s tím přicházejí i psaná pravidla, které učitelé po dětech vyžadují. Ve škole jsou to právě děti s ADHD, které nejsou často na svém místě nebo, pokud někde mají být, tak tam dlouho nevydrží. Zpočátku spolužákům nevadí jejich chování, přijde jim zábavné, ale ve chvíli, kdy je dítě s ADHD neočekávaně napadne nebo ruší, začne je to také rozčilovat (MUNDEN, ARCELUS, 2006).

### **3.3.3 Impulzivita**

Americký specialista Russell Barkley prosadil názor, že klíčovým nedostatkem u ADHD je neschopnost zamezit reakci na impuls, a to jak vhodný, tak nevhodný. Hlavní problém spočívá v tom, že tito lidé zažívají velmi vážné a všemi oblastmi pronikající potíže s impulzivitou, kdy nedokáží ovládnout své reakce na podněty, které nesouvisejí s tím, co právě dělají (MUNDEN, ARCELUS, 2006).

Paclt (2007) uvádí, že děti s ADHD rychle odpovídají v různých situacích, aniž by čekaly na konec sdělení nebo instrukce. Výsledkem jsou potom často omyly vzniklé z nepozornosti. S impulzivitou bývá i zvýšené riziko úrazu, problém nastává i při hře, kdy děti musí čekat, až na ně přijde řada. Potřebují krátké pracovní úseky a méně se věnují věcem, které neupoutají jejich pozornost nebo u kterých se nudí.

## **3.4 Problémy spojené s ADHD**

Děti, které mají diagnostikované ADHD, mohou mít více problémů souvisejících s touto poruchou. Paclt (2007) uvádí následující problémy:

- Velká výkonnostní variabilita při plnění úkolů – standardní odchylka dětí od výkonové křivky v úlohách s opakovanými pokusy je značně větší, než vidíme u normálních dětí.
- Zdravotní problémy – děti s ADHD trpí častěji než ostatní děti strabismem. Až 52% dětí s ADHD má zhoršenou motorickou koordinaci, mají problém s rukopisem a zvláště s krasopisem. Častěji se vyskytují opakované infekce horních cest

dýchacích, alergie a astmata. Až 46% dětí s ADHD je popisované jako osobnosti náchylné k nehodám.

- Poruchy spánku – jedinci mají větší pravděpodobnost problémů se spánkem, než u zdravých dětí.
- Emoční poruchy a poruchy chování – 44% dětí s ADHD trpí nejméně ještě jednou psychickou poruchou. Mají více symptomů úzkosti, deprese nebo nižší sebehodnocení. Mohou trpět afektivní poruchou, úzkostnou poruchou. U dětí s ADHD se více projevují poruchy učení, 15-30% dyslexie, poruchy chování, opozičního a vzdorovitého chování, agresivita, delikventní činy.
- Zneužívání návykových látek (drog, alkoholu).

Munden a Arcelus (2006) uvádějí, že problémy u dětí s ADHD nastávají i u navazování přátelství. Děti trpící ADHD mají málo kamarádů. Příčinou toho bývá často impulzivita a omezená pozornost ke zvládnání pravidel společenského chování. Problémy mohou mít s učením, kdy začínají často pozvolna zaostávat za ostatními dětmi ve třídě. Značná část trpí specifickými poruchami učení, problémy v oblasti čtení a psaní. Děti s ADHD mívají problémy i doma, což působí na vzájemné vztahy mezi členy rodiny, kdy se rodina po řadu let může dostat do výjimečného napětí. Ale u ADHD mohou nastat i vážné psychické problémy, kdy symptomy jiných psychických poruch mají mnoho společného, mezi něž patří poruchy autistického spektra, obsedantně-kompulzivní porucha nebo Tourettův syndrom.

### **3.5 Diagnostika**

Speciální porucha chování oslabuje celý nervový systém, což se může projevovat ve všech mentálních funkcích: v pozornosti, soustředění, myšlení, vůli a plánování, paměti a učení, chování a sebeovládání. Ke stanovení diagnózy ADHD a kvantifikaci poruchy je možno využít diagnostických kritérií DSM-IV, ale i metod škálovacích (MICHALOVÁ, 2007).

Diagnostická kritéria, se aktualizují a zlepšují v závislosti na zkvalitňování našich znalostí. V současné době se používají dva hlavní klasifikační systémy, systém Světové zdravotnické organizace MKN-10 a systém Americké psychiatrické asociace DSM-IV (MUNDEN, ARCELUS, 2006). Diagnostická kritéria obou systémů jsou uvedeny v příloze (č. A).

„*Diagnostika dítěte s poruchou chování by měla být dlouhodobějším procesem, pro který jsou typické na sebe navazující dílčí projevy dítěte, z nichž se vytvoří celkové jeho komplexní hodnocení. Zkušené odborní pracovníci někdy užívají i hypotéz na základě analogie*“ (MICHALOVÁ, 2007, str. 53). Diagnostika by měla probíhat ve dvou rovinách. V první rovině je pozorování dítěte v jeho přirozeném prostředí, tedy ve školní třídě, kdy je důležité, aby diagnostikem nebyl učitel, ale poradenský pracovník, psycholog nebo speciální pedagog. Ve druhé rovině by měla probíhat diagnostika v poradenském prostředí. Závěrečná zpráva je poté na základě všech údajů sestavena psychologem nebo speciálním pedagogem, její zjištění a doporučení jsou podkladem pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu pro potřeby školy. Poté je rodičům doporučen nejvhodnější postup při výchově dítěte, navržena vhodná terapie a popřípadě doporučení či odeslání k odbornému psychiatrickému vyšetření (MICHALOVÁ, 2007).

## **4 Dítě s pervazivní vývojovou poruchou**

### **4.1 Definice pervazivní vývojové poruchy**

Pervazivní vývojové poruchy se vyskytují v populaci poměrně vzácně, ale narušením zdravého vývoje jedince se vyznačují velmi vysokou závažností. Můžeme tedy říci, že pervazivní znamená všeprostupující, kdy poruchy mění chování jedince a to výrazným způsobem, kdy omezí možnost vzdělávání, společenskou seberealizaci a integraci do společnosti (FISCHER, 2014).

Pro pervazivní vývojové poruchy můžeme užít též označení poruchy autistického spektra (dále jen PAS), přičemž se jedná o stejné vyjádření, pouze jinými slovy. „*Ve světě se rozšířil termín poruchy autistického spektra, který zhruba odpovídá pervazivním vývojovým poruchám. Nicméně termín poruchy autistického spektra je považován za výstižnější, protože specifické deficity a abnormní chování jsou považovány spíše za různorodé nepervazivní*“ (THOROVÁ, 2006, str. 60). Thorová (2006) dále uvádí, že se děti obtížně zařazují do kategorií pervazivních vývojových poruch, protože se vzájemně překrývají. Typický příklad můžeme vidět u autismu a Aspergerova syndromu, z toho důvodu se rozšířil termín poruchy autistického spektra.

Řičan, Krejčířová (2006) uvádějí, že pervazivní vývojové poruchy se mohou projevovat již od narození nebo počátkem druhého až třetího roku dítěte. Poruchy jsou závažné a

projevují se v oblasti mentálního vývoje dítěte, přičemž ovlivňují v mnoha oblastech jeho život.

Autismus je vývojová porucha, kdy hlavním projevem je neschopnost komunikovat a neschopnost navazovat sociální vztahy. Člověk má problémy s vyjádřením svých přání a potřeb, načež se uzavírá do svého vlastního světa (MAREŠ, PRŮCHA, WALTEROVÁ, 2004).

Gillberg a Peeters (2008) uvádějí, že lidé s autismem mají největší problém v oblastech komunikace, kde musí domýšlet význam slov, ale i problém v sociálním chování, ve hře a při aktivitách ve volném čase. Postižení je nejvýraznější v oblastech, které se vztahují k naučeným vzorcům chování.

## 4.2 Diagnostika

PAS diagnostikujeme na základě chování. Existují speciální škály a inventáře, které jsou vodítkem v diagnostickém procesu. Diagnostika musí mít interdisciplinární charakter, což znamená, že by měla být týmovou prací odborníků. Rozlišujeme 3 fáze diagnostického procesu: (THOROVÁ, 2006)

1. Fáze podezření – je prvotní fází, kdy hlavní roli hrají rodiče, kteří si všimnou, že vývoj jejich dětí neodpovídá normě. S žádostí o pomoc se obrací na pediatra, který může mít podezření, že se jedná o poruchy autistického spektra a odkáže rodiče na specializovaná pracoviště za účelem vyšetření dítěte.
2. Fáze diagnostická – zde probíhá samotná diagnostika, tedy týmová práce odborníků z oblasti psychologie a psychiatrie, pediatrie, speciální pedagogiky.
3. Fáze postdiagnostická – rodiče mají přehled o problematice, získávají nové informace a je jim nabízena možnost další péče o jejich děti.

*„U poruch autistického spektra se musí vyskytovat vždy kombinace projevů, stěžejní pro diagnózu je diagnostická triáda. Přítomnost dílčích symptomů není pro diagnózu stěžejní“*  
(THOROVÁ, 2008, str. 6).

V České republice nabízí komplexní diagnostická vyšetření dětem i dospělým lidem, s podezřením na PAS, diagnostické středisko APLA Praha (Asociace pomáhající lidem s autismem). Do centra na specializované vyšetření docházejí děti i dospělí lidé na

doporučení pediatra, dětského psychiatra, neurologa, pedagoga nebo pouze na přání rodičů. Cílem je potvrdit či vyvrátit diagnózu z PAS. Vyšetření je prováděno s vysoce specializovanými škálami a dotazníky. Pomocí psychologických testů a škál se stanoví mentální úroveň dítěte a dalším krokem je seznámení rodičů s charakterem poruchy a prognózou. Odborníci poté rodičům dají informace ohledně další efektivní odborné intervence, například školního zařazení nebo přístupu v rodině (Diagnostika PAS v APLA Praha) [online].

### **4.3 Klasifikace pervazivních vývojových poruch**

Hrdlička, Komárek (2004) uvádějí dva dokumenty, které existují pro klasifikaci PAS. Jedním z nich je americký diagnostický manuál (DSM-IV), který vydala v roce 1994 Americká psychiatrická asociace a ten druhý Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize MKN-10, který se používá v Evropě a byl vydán Světovou zdravotnickou organizací v roce 1992.

V České republice je využíván klasifikační systém MKN-10. Podle něj jsou pervazivní vývojové poruchy zařazeny do kategorie pod číslem F84 a patří sem:

- F84.0 Dětský autismus
- F84.1 Atypický autismus
- F84.2 Rettův syndrom
- F84.3 Jiná desintegrační porucha v dětství
- F84.4 Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F84.5 Aspergerův syndrom
- F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.9 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

### **4.4 Charakteristika vybraných pervazivních vývojových poruch**

Tato podkapitola se bude věnovat jednotlivým kategoriím z klasifikačního systému MKN-10.

#### **4.4.1 Dětský autismus**

Hrdlička, Komárek (2004) uvádějí, že dětský autismus je nejlépe prostudovanou pervazivní vývojovou poruchou. U diagnostiky dětského autismu je důležité, aby byla

naplněna triáda postižení ve všech částech, přičemž se požaduje nástup příznaků dětského autismu před dovršením třetího roku života dítěte. Diagnostické systémy MKN-10 i DSM-IV se shodují, že nástup psychopatologických abnormalit musí být zřejmý do dovršení třetího roku života, přičemž nástup bývá zpravidla dříve. Rodiče si odlišného vývoje všimnou už dříve, především kvůli opožděné řeči, ale i nezájmu o kontakt, obvykle to bývá v období kolem 12. -18. měsíce. Hrdlička uvádí dvojí nástup příznaků. První je častější, je postupný, má plíživý rozvoj autistických deficitů, které se projeví již v prvním roce života. Ve druhém případě se jedná o autistickou regresi, což je závažný vývojový obrat zpět, kdy dítě úplně nebo částečně ztratí již naučené vývojové dovednosti, které se projeví v oblasti řeči, sociálního chování a nonverbální komunikace.

Příznaky dětského autismu jsou nejvýraznější v období od třetího do pátého roku života, ale v průběhu dalšího vývoje může dojít buď ke zlepšení, nebo ke zhoršení příznaků. Formy dětského autismu je několik, od těch mírnějších až po ty těžké formy. Můžeme tedy říci, že přibližně dvě třetiny autistů zůstanou závažně handicapovány i v dospělém věku, což vede k tomu, že tito autisté jsou trvale odkázáni na pomoc rodiny nebo pomoc, péči, kterou poskytují pomáhající instituce.

*„Přes dosažené pokroky v diagnostice zůstává dětský autismus poruchou s dosti heterogenní manifestací symptomů“ (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, str. 44).*

#### **4.4.2 Atypický autismus**

Děti s atypickým autismem mají některé oblasti vývoje méně narušeny než děti s klasickým autismem. Jedná se buď o lepší sociální a komunikační dovednosti nebo o chybějící stereotypní zájmy. Je zde značně nerovnoměrný vývoj dílčích dovedností. Ročně se u nás narodí zhruba 100 – 150 dětí s atypickým autismem (THOROVÁ, 2006).

#### **4.4.3 Rettův syndrom**

Rettův syndrom se řadí mezi pervazivní vývojové poruchy, ačkoliv se jedná o genetickou poruchu., která je zapříčiněná genetickou mutací genu MECP2). Může mít klasickou nebo atypickou formu, kdy je zjištěn velký výskyt epilepsie. Vývoj dítěte je normální, poté v kratší době se vyskytne ztráta verbálních a manuálních dovedností (FISCHER, 2014).

Rettův syndrom poprvé popsal rakouský dětský neurolog Andreas Rett. Thorová (2006) uvádí, že mezi nejčastější symptomy patří obtíže s koordinací pohybů hrudníku a chůze, stereotypní pohyby končetin, atypické projevy autistického chování nebo ztráta naučených pohybů horních končetin.



Syndrom se projevuje téměř výhradně u žen. Plod chlapců nepřežívá už v prenatálním období. Pokud se i přesto chlapec narodí, během několika dnů, týdnů či měsíců umírá.

#### **4.4.4 Jiná desintegrační porucha v dětství**

U desintegrační poruchy nastává po období normálního vývoje dítěte, které trvá minimálně dva roky, z neznámé příčiny regres. Projeví se již v naučených schopnostech nástupem mentální retardace a autistického chování. Nástup poruchy je udáván mezi druhým a desátým rokem života dítěte, přičemž nejčastější výskyt je mezi třetím a čtvrtým rokem života.

Dochází ke ztrátě získaných dovedností v oblasti řeči, při hře, nastávají problémy s motorikou a se sebeobsluhou. K projevům se přidávají i agresivní projevy, vztek, návaly úzkosti, podrážděnost, poruchy spánku nebo narušená chůze. Stav obtíží nemusí být trvalý, po několika měsících může dojít ke zlepšení stavu, kdy bude porucha stagnovat. Jiná desintegrační porucha má spíše méně častý výskyt, v odhadovaném poměru 6:100 000. U dětí s desintegrační poruchou se častěji vyskytuje epilepsie (přibližně 70%) než u dětí s dětským autismem (THOROVÁ, 2006).

#### **4.4.5 Aspergerův syndrom**

*„Lidé s Aspergerovým syndromem mají problémy s navazováním přiměřených vztahů s lidmi, obtížně chápou mimoslovní komunikaci, mimika i gestika bývá omezená, někdy negativně reagují na změny, lpí na rituálech, vyznačují se nestandardními zájmy“* (THOROVÁ, 2006, str. 185).

Aspergerův syndrom je složitý a heterogenní syndrom, přičemž se můžeme setkat i s označením vysoce funkční autismus. Pro osoby s Aspergerovým syndromem jsou typické problémy v oblasti komunikace či emocí, problémy v oblasti sociálního chování, motorická neobratnost nebo vyhraněné zájmy (THOROVÁ, 2006).

Děti mají v rámci sociálního chování problémy s hrou s vrstevníky, kdy jí nevyhledávají a čas tráví raději ve společnosti dospělých. Problémy se odrážejí také v dodržování určitých pravidel. Jejich reakce jsou nepřiměřené dané situaci, často se vyskytují problémy s chápáním a navazováním sociálního kontaktu s vrstevníky. Oční kontakt je složitý nejen navázat, ale i udržet. Obtíže se projevují s interpretací emocí ostatních lidí, kdy sami mají problém s vyjádřením vlastních emocí. Narušená oblast komunikace se projevuje nesprávným používáním řeči, přerušování hovorů u druhých lidí a sklony k monologu. U

osob s Aspergerovým syndromem lze pozorovat každodenní rutinní činnosti a rituály, které dodržují (ATTWOOD, 2005).

Thorová (2006) uvádí následující diagnostická kritéria dle MKN-10:

- kvalitativní narušení sociální interakce;
- omezené a opakující se stereotypní způsoby chování;
- významné poruchy v oblasti sociálního a profesního fungování;
- vývoj řeči není opožděný;
- intelekt je v normě, sebeobslužné dovednosti a adaptivní chování jsou přiměřené věku;
- dyspraxie.

Diagnóza Aspergerova syndromu se projevuje ve všech oblastech života jedince.

#### **4.4.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy**

*„Do této kategorie spadají osoby, které nesplňují klasická kritéria autismu, přesto jsou jejich problémy v různých vývojových oblastech natolik hluboké, že způsobují v běžném životě závažné potíže v několika oblastech“ (THOROVÁ, 2008, str. 26).*

Thorová (2006) uvádí, že do této kategorie poruch se řadí děti, u kterých jsou sice narušeny všechny části autistické triády, ale ne do té míry, aby odpovídali dětskému autismu nebo atypickému autismu. Řadíme sem i děti, u kterých je výrazně narušena oblast představivosti.

Mezi časté obtíže, které doprovázejí pervazivní poruchu patří úzkost, nepozornost, hyperaktivita, nerovnoměrný vývoj, těžká sociální a emoční nezralost a obtíže s afektivní regulací. Typická je malá schopnost rozeznávat mezi fantazií a realitou, obsedantní zájem o určité téma, které je pro ně momentálně aktuální a věnují se mu. Vliv na kvalitu komunikace a sociální interakci má potíže s představivostí a stereotypní zájmy. Sociálně komunikační dovednosti jsou slabé.

#### **4.4.7 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná**

Pervazivní vývojová porucha je přechodnou kategorií, kdy je nutné dítě sledovat a poruchu blíže specifikovat až v pozdějším věku. Diagnózu tedy můžeme využít až u dětí v raném a předškolním věku, kdy klinický obraz není ještě zcela zformován (THOROVÁ, 2006).

## 4.5 Triáda postižení – problémové oblasti

*„Chceme-li někomu pomáhat, musíme se umět podívat na svět jeho očima“ (Peeters)*

Autismus není jednotné postižení jako je třeba diabetes, načež myslíme obvykle mnohem širší skupinu pervazivních vývojových poruch, které můžeme nazvat jako autistické spektrum nebo autistickou škálu. Velká rozmanitost projevů je jádrem problémů hlavně v oblasti komunikace, sociálních vztahů a představitosti. Problémy doprovázejí omezený okruh zájmů, neúčelné repetitivní chování a bizarní rituály. Nejvíce jsou postiženy oblasti, které jsou klíčové pro život v jakémkoliv společenství. U dětí s autismem a příbuznými vývojovými poruchami bereme v úvahu nejen vývojové opožďení, ale i odlišnost postižení (JELÍNKOVÁ, 2001).

### 4.5.1 Problémy s komunikací

Problémy s komunikací se u autistů projevují různými způsoby, od totálního mutismu, kdy je řeč nevyvinutá nebo vymizelá, až po stav, kdy dítě nemá narušenou komunikaci a mluví téměř bez přerušení s bohatou slovní zásobou, pouze s tím, že řeč není smysluplná. Pravidelně se u dětí s autismem vyskytuje echolálie. Dětem s autismem chybí vrozená schopnost si uvědomit, že jazyk je nástroj, pomocí kterého chceme něco sdělit. Řeč má omezený obsah. Problém se vyskytuje i u schopnosti porozumět a užívat gest, porozumět mimickému výrazu, hlasové intonaci a projevům těla. Děti s autismem chtějí komunikovat, pouze mají omezené možnosti. Někteří autisté mají bohatou slovní zásobu, kdy rozumí jednotlivým slovům, ale nejsou schopni je dát do souvislostí a vytvořit větu. Tato slova umějí spíše z paměti (JELÍNKOVÁ, 2001).

Thorová (2006) říká, že nebývá postižena pouze verbální složka, ale i neverbální složka projevu. Mezi potíže neverbální komunikace patří absence ukazování, které jsou využívány k upoutání pozornosti nebo poukázání na něco, co je zajímavé. Jejich výraz obličej neinformuje o pocitech dítěte, a pokud ano jen v omezené míře. U konverzace používají převážně jeden a ten samý postoj, kterým může být schoulení se do klubička nebo svěšení ramen.

Statistiky uvádějí, že asi 50% autistů je mluvících, přičemž jejich řeč nebývá vždy smysluplná. Řeč je příliš abstraktní a pomíjívá, takže děti mají problém analyzovat význam

abstraktní sluchové informace. Je nutná taková forma komunikace, která bude méně abstraktní a méně pomíjivá, takovou formou jsou gesta. Autistické dítě nemá problém obvykle s gesty, u kterých není třeba vyvozovat význam a jsou tudíž jasná. Obtížnější je to u gest, které přenášejí emoce či stavy mysli. Malé procento dětí s autismem komunikuje pomocí znakové řeči, která je pro ně příliš abstraktní. Nejvhodnější formou komunikace je spojení mezi symbolem a jeho významem, což nazýváme komunikací s vizuální podporou. Pro děti, které čtou, se můžou využít i nápisy. Pro děti, které neumí číst, budou mít přínos fotografie, obrázky nebo piktogramy (JELÍNKOVÁ, 2001).

#### **4.5.2 Problémy v sociálních vztazích**

Problémy v sociálních vztazích se projevují různým způsobem. Dítě je uzavřené, samotářské, nenavazuje kontakt s vrstevníky ani s dospělými, vyhýbá se očnímu i tělesnému kontaktu, nemazlí se. Dítě nespolupracuje při hře ani při výuce, což je špatně přisuzováno negativismu nebo nedostatečné motivaci. Dítě je netečné k projevům ostatních, reaguje nepřiměřeně a odmítá změny již navyklého pořádku. Často je pozorován motorický neklid nebo úplný opak, lenost. Problémy v sociálním chování jsou důsledkem vrozených nedostatků. Autisté si vytvářejí sociální chování a porozumění tak jako my, pouze jinými prostředky. Autistické děti mají málo rozvinutou teorii myšlení nebo jim zcela chybí, tím pádem se nemohou úspěšně vyrovnávat se situacemi, které přináší každodenní život. Mají vrozenou kognitivní nepružnost. Jelikož jsou sociální vztahy natolik složité, že i ti autisté, kteří mají vyšší inteligenci a dobrou komunikační schopnost, selhávají při společenském kontaktu, který pro ně je velmi náročný. Neměnné vzorce chování jsou autistické děti schopni se naučit (JELÍNKOVÁ, 2001).

Profesorka Lorna Wingová zavedla dle přetrvávajícího typu sociálního chování a sociální interakce následující osobnostní typy:

- Typ osamělý – charakteristickým projevem je malý zájem o druhé osoby a společnou činnost, minimální snaha o fyzický kontakt nebo se dokonce fyzickému kontaktu vyhýbá. Děti nejeví zájem o vrstevníky, odmítají kolektivní hry, raději se stahují do ústraní. Nevyhledávají útěchu, jejich práh bolesti je často snížen. Vůči blízkým osobám můžou, ale i nemusí uplatňovat základní sociální dovednosti v podobě sociálního úsměvu, fyzického kontaktu, radosti ze shledání nebo pohledu z očí do očí. Vůči ostatním dětem mohou být agresivní a nevnímat jejich reakce.

- Typ pasivní – tyto typy dětí se nevyhýbají kontaktu, ale ani ho neinicují. Kontakt bývá spíše krátkodobý a málo bohatý. Je zde malá schopnost projevit své potřeby a malé potěšení ze sociálního kontaktu. U těchto typů dětí se vyskytuje omezená schopnost sdílet radost s ostatními. Omezená je i schopnost empatie a sociální intuice. Pasivně se účastní hry s vrstevníky, mají o ně sice zájem, ale neví, jak se do hry zapojit. Komunikace je využita k uspokojení vlastních a základních potřeb.
- Typ aktivní – zvláštní – dítě nerespektuje zónu intimní vzdálenost jiných osob, často se dotýká cizích lidí nebo je hladí. Spadají sem děti, které jsou často hyperaktivní, nechápou pravidla společenského chování, jejich sociální kontakt je nepřiměřený. Oblíbenost hledají v opakujících se rituálech. Kontakt je navázán aktivně, většinou ale nepřiměřeně, což může vést až k agresi.
- Typ formální, afektovaný – charakteristické pro děti s vysokým IQ. Děti jsou často odtažitě a působí chladně, disponují dobrými vyjadřovacími schopnostmi, ale řeč je příliš formální, působí při projevu strojeně. Dodržují společenská pravidla a při jejich porušení se dostávají do afektu. Charakteristická je také jejich pravdomlupnost.
- Typ smíšený – zvláštní – chování se často mění, přičemž záleží na prostředí, situaci a osobě, se kterou právě navazují sociální kontakt. Vyskytují se zde prvky osamělosti, pasivity, prvky aktivity i formálního přístupu (THOROVÁ, 2006).

#### ○ **Hra, volná činnost**

Ve čtyřech měsících se objeví manipulační hra, která nečiní dítěti s autismem žádné potíže. Některé autistické dítě se ale od manipulační hry nehne a zůstane na této úrovni jednoduché a stereotypní manipulace. Mezi osmi až devíti měsíci se objeví kombinační hra, kterou děti s autismem zvládají poměrně dobře. Kolem druhého roku života se objevuje funkční hra, kdy dítě používá předměty správným způsobem. Dítě s autismem, které je vázáno na realitu, vidí i v tomto případě výsledek hry. Nejvyšším stádiem hry je hra symbolická, která je pro většinu dětí s autismem náročná, přičemž nejsou schopny využívat symbolů, jít za realitu, za vnímanou skutečnost. Autisté si ve většině případů nehrají s vrstevníky a mají problém, jak se zabavit ve volném čase. Hlavním důvodem je, že dítě potřebuje znát dobře jazyk a pochopit pravidla hry, aby se mohlo zapojit do kolektivu, ale obojí je pro autistické dítě velmi složité. Autistické dítě reaguje velmi často nepatřičně, nevhodně se směje a neumí vyjádřit svůj strach nebo účast na cizí bolesti, což

přispívá k jeho izolaci. Autisté nemají rádi hry s volným koncem, vybírají a volí hry, kdy není třeba domýšlet či vyvozovat konec (JELÍNKOVÁ, 2001).

### **4.5.3 Problémy představivosti**

Omezená představivost nedovolí dětem s autismem rozvinout zájmy v širším měřítku a vede ke stereotypům a repetitivním a rituálním vzorcům chování. Celá řada dětí se projevuje motorickými stereotypy, což může být například plácání rukama, třepání prsty před očima, otáčení celým tělem, kývavé pohyby nebo chůze po špičkách. Tyto stereotypy mohou časem přejít i v sebepoškozování. U mluvících dětí se objevují verbální stereotypy v podobě opakování slov, zvuků a kladení stejných otázek neustále dokola. Dítě je neklidné, pokud se snažíme jeho stereotypům bránit. Stereotypy v oblasti zájmu se projevují u vysoce funkčních autistů, kdy se zaměřují na sbírání určitých faktů, předmětů či jejich částí. Mnoho dětí si vytváří přísné rituály, které mohou výrazně narušit chod domácnosti. Změny v navyklém pořádku vedou často k extrémním stresům a nejistotě, což se u dítěte s autismem může projevit nevhodným chováním. Velmi často vidíme rituály repetitivního chování či zvláštní zájmy, ale i omezený repertoár zájmů a vzorů chování. Dítě si oblíbí určitou věc, kterou musí mít neustále u sebe a nosí ji s sebou všude (JELÍNKOVÁ, 2001).

## **4.6 Přidružené problémy k poruchám autistického spektra**

### **4.6.1 Autismus a mentální retardace**

*„U mentální retardace je vývoj postiženého zpožděný, liší se tedy od vývoje zdravého dítěte kvantitativně, zatímco vývoj dítěte s autismem je jiný, liší se tedy od zdravého vývoje i kvalitativně, hlavně v některých oblastech vývoje“ (JELÍNKOVÁ, 2001).*

Velká většina s diagnózou „klasický“ autismus má i současně diagnostikovanou mentální retardaci. Gillberg, Peeters (2008) uvádějí, že asi 80% má IQ pod 70, i ti, jejichž IQ je vyšší, se pohybují v rozmezí 70-100, z čehož vyplývá, že diagnóza autismu se nikdy nevyskytuje u osob s nadprůměrnou inteligencí, což ale neplatí u osob s Aspergerovým syndromem, kteří mají většinou velmi vysokou, normální nebo mírně podprůměrnou inteligenci. Nejvíce osob s „klasickým“ autismem se pohybuje v oblasti střední a těžké mentální retardace.

Peeters (1998) uvádí, že 60% lidí s autismem má IQ pod 50, přibližně 20% osob s autismem se pohybuje v rozmezí lehké mentální retardace a 20% osob s autismem má průměrné nebo mírně nadprůměrné IQ.

#### **4.6.2 Autismus a epilepsie**

Jelínková (2001) uvádí, že asi 30% lidí s autismem trpí současně i přidruženou poruchou epilepsie, kdy se může projevovat klasickým typem „*grand mal*“ s koncentracemi velkých svalů, ztrátou vědomí, vylučováním močí a stolice či bezvědomím. Někdy se však může projevovat psychiatricko-psychologickými syndromy, což jsou mráкотné stavy, krátké záchvaty nepřítomnosti či podivné chování.

#### **4.6.3 Autismus a zrakové postižení**

Zrakové vady se vyskytují zhruba u jedné třetiny osob s autismem. Když dítě s autismem potřebuje brýle, musíme najít způsob, jak ho naučit brýle nosit, což může být dlouhodobou záležitostí. U dětí s autismem pozorujeme velmi často zvláštní přijímání zrakových podnětů, například se dítě vyhýbá očnímu kontaktu s jinou osobou, bojí se pohledu do dálky, upřeně a dlouho se vydrží dívat do světla nebo těká neustále pohledem z místa na místo (JELÍNKOVÁ, 2001).

#### **4.6.4 Autismus a sluchové postižení**

Sluch bývá až u jedné čtvrtiny postižených autismem častým problémem, několik procent neslyší vůbec. Autisté přijímají a zpracovávají sluchové podněty někdy velmi neobvyklým způsobem, proto vzniká dojem, že je dítě hluché. Mnohé děti s autismem obtěžují různé zvuky či hluk, což je u autismu spíše pravidlem než výjimkou, a je tomu třeba věnovat pozornost. U dětí se sluchovou nedostatečností je důležité pořízení a užívání kompenzačních pomůcek. Děti s autismem mají někdy problémy si vybrat z mnoha smyslových podnětů ten, který je pro ně důležitý. Autisté buď vidí, nebo slyší, mají častou neschopnost integrace smyslových podnětů (JELÍNKOVÁ, 2001).

### **4.7 Strukturované učení**

Při práci s dětmi s autismem je důležité mít neustále na zřeteli fakt, že každý potřebuje určitou míru předvídatelnosti a právě tyto děti mají velmi malou schopnost předvídat a plánovat události. Ve světě je známá řada metod a programů, které jsou zaměřené na pomoc lidem s autismem. Strukturované učení vychází z TEACCH programu (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – péče a vzdělávání

dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci /volně přeloženo/), který je modelovým programem pro péči o lidi s autismem v každém věku. Má v sobě zahrnutý speciálně výchovný vzdělávací systém, který je zaměřený na potřeby lidí s autismem. V České republice je využívána metodika programu, mluvíme o strukturovaném učení. Mezi základy strukturovaného učení patří hlavně individuální přístup k dítěti, úzká spolupráce s rodinou, integrace lidí s autismem do společnosti, pozitivní přístup ke všem dětem a aktivní snaha o pedagogickou intervenci (THOROVÁ, SEMÍNOVÁ, 2007) [online].

Výhody strukturovaného učení: (THOROVÁ, SEMÍNOVÁ, 2007) [online]

- Metodika strukturovaného učení akceptuje zvláštnosti autistického myšlení, přičemž se přizpůsobuje specifikám dítěte.
- Svět se stává představitelným v prostoru i čase, snižuje se stresová zátěž a dítě je schopno vstřebávat nové informace.
- Díky pocitu soběstačnosti se rozvíjí sebevědomí dítěte.
- Podporuje nácvik samostatnosti.
- Redukuje agresivitu, záchvaty vzteku, negativismus.
- Rozvíjí schopnosti a dovednosti dítěte, zmírňuje a eliminuje kognitivní deprivaci.

Princip metody je založen na vzájemném působení tří složek: strukturalizace, vizualizace a individuální přístup.

#### **4.7.1 Strukturalizace**

Strukturalizaci můžeme chápat jako zavedení neměnného režimu, zavedení řádu. Pro klienta s autismem se tak jeho svět stane přehlednějším, místo chaosu a neklidu přijde pocit jistoty a bezpečí, který umožní akceptovat nové úkoly a lépe zvládat nepředvídatelné situace. Jako pomůcky, které vytvoří strukturu prostředí, se používají například paravány, skříňe, koberce a vedlejší místnosti. Je vždy důležité vytvořit určité hranice v prostoru, které pomáhají soustředění dítěte a snižují rušivé elementy, které by dítě mohly rozptylovat. Významnou roli zde hraje i motivace, která se lze využít materiálně, například nějakou sladkou odměnou, oblíbenou hračkou nebo činností, ale i sociální motivace ve formě pochvaly či fyzická motivace (THOROVÁ, 2006).



#### **4.7.2 Vizualizace (zviditelnění)**

Vizualizace klade důraz na to, že je podstatné nejen slyšet určitý pokyn, ale mít k němu i vizuální podporu. Lidé s autismem mají konkrétní myšlení, což jim dělá problém s abstraktními pojmy. Vizualizace denního režimu jim pomáhá při orientaci v čase, informuje dítě o tom, co ho kdy čeká, v jakém pořadí, a to vede dítě k větší samostatnosti. Důležité je, aby vizualizace rozvrhu dne byla vhodným typem, tudíž se dává pozor na délku schématu a na jeho umístění. Máme různé typy denního režimu. Mezi ty jednoduché patří znázornění pomocí předmětů, fotek nebo barevných obrázků, mezi ty složitější typy denního režimu patří piktogramy, piktogramy s nápisem, nápis s malým piktogramem až po psaný rozvrh.

Podporou je i vizualizace pracovního schématu pro každodenní činnosti, kdy je při nácviku nutné pracovní schéma, které je rozpracované vizuálně do kroků, dle kterých se osoba řídí. Ke zvýšení sebevědomí můžeme přispět tím, že na konec pracovního režimu zařadíme činnost, kterou má osoba ráda a zvládá ji sama. Vizualizace pomáhá i při orientaci v čase (THOROVÁ, 2006).

#### **4.7.3 Individuální přístup**

Každá osoba s autismem je individuální, rozdíly můžeme vidět v mentální úrovni, v různé míře autistických symptomů, v rozdílných percepčních schopnostech či v odlišné schopnosti koncentrace, v úrovni a způsobu komunikace či v temperamentu. A právě díky těmto odlišnostem je nutné v rámci individuálního přístupu zjistit úroveň schopností klienta, na které spolupracuje pedagog a psycholog. Nutná je také komunikace, která se musí vhodně zvolit. Může být pomocí předmětů, piktogramů nebo psaných rozvrhů. V úvahu musíme brát i vývojovou úroveň (THOROVÁ, 2006).

## **5 Podpora dětí se speciálními vzdělávacími potřebami**

### **5.1 Specializovaná poradenská zařízení**

V České republice je speciálně pedagogické poradenství realizováno prostřednictvím státních institucí, které spadají pod resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, dále do resortu Ministerstva zdravotnictví a do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí, přičemž se na něm podílejí i soukromé, charitativní nebo neziskové organizace, jejichž

cílem je dosažení maximální samostatnosti a zapojení klienta do společnosti (Opatřilová, 2007).

Mezi instituce poradenské činnosti řadí Ludíková (2006) tyto základní formy:

- raná péče;
- pedagogicko – psychologická poradna, speciálně pedagogická centra, střediska výchovné péče, institut pedagogicko – psychologického poradenství;
- specifické poradenské aktivity (např.: poradny pro rodinu a mezilidské vztahy, poradny při sdruženích zdravotně postižených, linky pomoci, centra léčebné rehabilitace..).

### **5.1.1 Raná péče**

*„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby“* (DOSTÁLKOVÁ, In: DLOUHÁ, 2011).

Pojem raná péče (dále jen RP) vznikl v roce 1993. Název „*raná*“ nese charakter cílové skupiny, druhý název „*péče*“ byl zvolen ve smyslu komplexu služeb, které jsou poskytované celé rodině, nikoli ve smyslu zabezpečení základních životních potřeb, ale ve smyslu péče, která zahrnuje vše, co by mohlo maximálně podpořit jak rozvoj dítěte se zdravotním postižením v raném věku, tak i celou jeho rodinu (HRADÍLKOVÁ In: DLOUHÁ, 2011).

Mezi principy RP patří: (Standardy RP)

- princip důstojnosti;
- princip ochrany soukromí klienta;
- princip zplnomocnění;
- princip nezávislosti;
- princip práva volby
- princip přirozenosti prostředí;
- princip kontinuity péče.

Mezi nejčastější poskytované činnosti středisek řadíme poskytování informací o všech službách, dále návštěvy odborných poradců v rodině, podporu psychomotorického vývoje dítěte, odborné a praktické rady pro práci a komunikaci s dítětem, sociálně-právní poradenství, pomoc při jednání s úřady, pomoc při výběru a zajištění vhodných stimulačních hraček nebo kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, půjčování didaktických pomůcek a odborné literatury, zajištění návštěvy psychologa či jiného odborníka, pomoc při výběru vhodného předškolního nebo školního zařízení a celkově průběžné vyhledávání a poskytování informací užitečných pro rodinu s dítětem se speciálními potřebami (DLOUHÁ, 2011).

### **5.1.2 Pedagogicko - psychologická poradna a Speciálně pedagogické centrum**

Systém pedagogicko – psychologického poradenství tvoří v ČR školská poradenská zařízení (pedagogicko – psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum) Tato zařízení jsou zřizována dle §116 zákona č. 561/2004 Sb. (Školský zákon) a příslušné vyhlášky č. 72/2005.

Pedagogicko-psychologická poradna dle § 5 poskytuje: „*služby pedagogicko–psychologické a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků*“. Činnost poradny je vykonávána ve školách nebo školských zařízeních. „*Zajišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku a vydává o ní zprávu; doporučuje zákonným zástupcům a řediteli školy návrhy podpůrných nebo vyrovnávacích opatření, zařazení do vzdělávacího programu přizpůsobeného vzdělávacím potřebám žáka, případně zařazení do školy a třídy odpovídající vzdělávacím potřebám žáka; spolupracuje při přijímání žáků do škol; provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami*“ (Vyhláška č. 72/2005 Sb.) [online].

Speciálně pedagogické centrum dle § 6 poskytuje: „*poradenské služby při výchově a vzdělávání žáků se zdravotním postižením*“. Jsou zpravidla zřizována při speciálních školách a služby centra jsou poskytovány pouze v rámci diagnostiky a kontrolní diagnostiky, kterou nezajišťuje škola nebo školské zařízení, kam je žák zařazen. „*Zjišťuje speciální připravenost žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním*

*znevýhodněním, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků a pro jejich zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření ...poskytuje metodickou podporu ve škole“ (Vyhláška č. 72/2005 Sb.) [online].*

### **5.1.3 Nestátní neziskové organizace**

Programy státní podpory práce s dětmi a mládeží jsou vyjádřením požadavku státu na zabezpečení péče o volný čas dětí a mládeže prostřednictvím nestátních neziskových organizací, mezi které můžeme řadit spolky, obecně prospěšné společnosti nebo účelová zařízení církví. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy stanovuje obsahové zaměření, priority podpory a podmínky pro poskytování dotací, přičemž je podpora zaměřená především na pravidelnou a dlouhodobou činnost, která je určena co nejširšímu spektru dětí a mládeže a na podporu činností a aktivit, které pomáhají zkvalitňovat a rozvíjet činnosti jednotlivých organizací, které pracují s dětmi a mládeží (Programy státní podpory práce s dětmi a mládeží) [online].

## **5.2 Vzdělávání**

Vzdělávání v České republice je založeno na zásadách rovného přístupu ke každému, bez jakékoliv diskriminace z různých důvodů (FISCHER, 2014).

V současné době je vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami uvedeno ve Školském zákoně, zákon č. 561/2004 Sb., *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*, kde v §16 Školského zákona je stanoven rámec pro vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Ke Školskému zákonu se vztahují ještě dvě důležité vyhlášky, vyhláška č. 72/2005 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*, přičemž nejdůležitější vyhláškou je vyhláška č. 73/2005 Sb., *o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*.

Dle odstavce 1 ve Školském zákoně je dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami osoba se zdravotním postižením, za kterou je považována osoba mentálně, tělesně, zrakově nebo sluchově postižená, s vadami řeči nebo souběžným postižením více vadami, autisté nebo osoby s vývojovou poruchou učení nebo chování., dále zdravotním znevýhodněním, do kterého spadají osoby zdravotně oslabené, dlouhodobě nemocné nebo s lehčí zdravotní poruchou vedoucí k poruchám učení a

chování, a v poslední řadě osoby se sociálním znevýhodněním, kam spadají osoby s nízkým sociálně kulturním postavením ohrožené sociálně patologickými jevy, dále osoby s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky, dle zvláštního právního předpisu (FISCHER, 2014).

### **5.3 Rámcový vzdělávací program**

Rámcový vzdělávací program (dále jen RVP) vychází z Národního programu vzdělávání, jímž je Bílá kniha (2001), která je zařazen pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT). RVP je kutikulární dokument státní úrovně, který vydává MŠMT.

*„Na státní úrovni jsou zpracovávány RVP, tyto programové dokumenty konkretizují obecné cíle vzdělávání, specifikují klíčové kompetence důležité pro rozvoj osobnosti žáků, vymezují věcné oblasti vzdělávání a jejich obsahy, charakterizují očekávané výsledky vzdělávání a stanovují rámce a pravidla pro tvorbu školních vzdělávacích programů, včetně učebních plánů“.* MŠMT má vypracované RVP pro všechny úrovně vzdělávání: (Rámcové vzdělávací programy) [online]

- RVP pro předškolní vzdělávání
- RVP pro základní vzdělávání
- RVP pro základní vzdělávání včetně přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením
- RVP pro obor vzdělávání základní škola speciální
- RVP pro gymnázia
- RVP pro gymnázia se sportovní přípravou
- RVP pro odborné vzdělávání

#### **5.3.1 RVP pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV)**

RVP PV vymezuje hlavní požadavky, podmínky a pravidla pro vzdělávání dětí předškolního věku, což se vztahuje na pedagogickou činnost probíhající ve vzdělávacích institucích, mateřských škol nebo mateřských škol s programem upraveným dle speciálních potřeb dětí nebo v přípravných třídách základních škol. Navazuje na něj základní vzdělávání, představuje zásadní východisko pro tvorbu školních vzdělávacích

programů i jejich uskutečňování. RVP PV určuje společný rámec, který je třeba zachovávat, je otevřený pro školu, učitele i děti a vytváří podmínky k tomu, aby každý pedagogický sbor, pracovní skupina či pedagog mohli vytvářet a realizovat svůj vlastní školní vzdělávací program.

Předškolní vzdělávání je institucionálně zajišťováno mateřskými školami, popřípadě v přípravných třídách základních škol a organizuje se pro děti ve věku od tří do šesti (sedmi) let, přičemž jsou přednostně přijímány děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Mateřská škola se dělí na třídy, které mohou být věkově smíšené nebo pomocí integrace spojené s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami (Rámcové vzdělávací programy) [online].

- **Odklad školní docházky**

Zákon ukládá povinnost zahájení školní docházky u dětí, které nejpozději do 31. srpna dosáhly věku 6 let, jsou ale možné výjimky, které se uvádí v Školském zákoně v §37 – Odklad školní docházky.

Odklad školní docházky je možný, „*Není-li dítě po dovršení šestého roku věku tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte do 31. května kalendářního roku, v němž má dítě zahájit povinnou školní docházku, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení, a odborného lékaře nebo klinického psychologa.*“ Odložit školní docházku lze nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmého roku věku (Zákon č. 561/2004 Sb.) [online].

### **5.3.2 RVP pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV)**

RVP ZV navazuje na RVP pro předškolní vzdělávání a je východiskem pro koncepci RVP pro střední vzdělávání. Vymezuje vše, co je nezbytné v povinném základním vzdělávání, včetně vzdělávání v odpovídajících ročnících víceletých středních škol. Specifikuje úroveň klíčových kompetencí a vymezuje vzdělávací obsah. RVP ZV podporuje komplexní přístup k realizaci vzdělávacího obsahu a předpokládá volbu různých vzdělávacích postupů, odlišných metod, forem výuky a využití všech podpůrných opatření ve shodě s individuálními potřebami žáků. Umožňuje modifikaci vzdělávacího obsahu pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. RVP ZV je otevřený dokument,

závazný pro všechny střední školy při stanovení požadavků přijímacího řízení pro vstup do středního vzdělávání.

RVP ZV zohledňuje při dosahování cílů potřeby a možnosti žáků, dále uplatňuje variabilnější organizaci a individualizaci výuky dle potřeb a možností žáků. Vyvábí širší nabídku povinně volitelných předmětů pro rozvoj zájmů a individuálních předpokladů žáků. RVP ZV vytváří příznivé sociální, emocionální i pracovní klima, které je založené na motivaci, spolupráci a aktivizujících metod při výuce. Zachovává co nejdéle ve vzdělávání přirozené heterogenní skupiny žáků, aby oslabil důvod k vyčleňování žáků do specializovaných tříd a škol. RVP ZV má tendenci zvýraznit účinnou spolupráci s rodiči žáků (Rámcové vzdělávací programy) [online].

### **5.3.3 RVP pro základní vzdělávání včetně přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (dále jen RVP ZV-LMP)**

RVP ZV-LMP je součástí RVP ZV a představuje jeho modifikaci pro vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, přičemž respektuje sníženou úroveň rozumových schopností žáků. Dále vymezuje podmínky a stanovuje cíle pro speciální vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Je v něm vymezen vzdělávací obsah, očekávané výstupy a učivo na úrovni, kterou by si měli žáci osvojit v průběhu základního vzdělávání. Podporuje přípravu na společenské a profesní uplatnění a stanovuje základní vzdělávací úroveň, kterou se škola musí řídit. Jsou zde uplatňovány speciálně pedagogické metody, postupy, formy a prostředky vzdělávání. Vzdělávací proces se přizpůsobuje úrovni psychického a fyzického rozvoje žáků, důraz je kladen na variabilitu schopností a úroveň vědomostí a dovedností při uplatňování přístupů, které odpovídají vývojovým a osobnostním zvláštnostem žáků za přispění podpůrných opatření.

RVP musí odpovídat nejnovějším poznatkům pedagogiky a psychologie o účinných metodách a organizačních uspořádáních vzdělávání přiměřeně věku a rozvoji vzdělávaného (Rámcové vzdělávací programy) [online].

### **5.4 Podpůrná a vyrovnávací zařízení**

Mezi podpůrná opatření, která jsou využívána při vzdělávání žáků se zdravotním postižením a jsou vymezena a popsána v rámci individuálního vzdělávacího plánu příslušného dítěte, žáka nebo studenta, patří: (FISCHER, 2014)

- využívání speciálních metod, postupů, forem a příslušných prostředků vzdělávání;
- využití speciálních pomůcek (kompenzačních, rehabilitačních, učebních), využití speciálních učebnic a didaktických materiálů;
- zařazení předmětů speciálně pedagogické péče;
- poskytování služeb v oblasti pedagogiky a psychologie;
- zajištění služby asistenta pedagoga;
- zajistit snížený počet žáků ve třídě;
- případně jiná úprava organizace vzdělávání, která zohledňuje speciální vzdělávací potřeby žáka.

Při vzdělávání žáků, kteří spadají do kategorie žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, jsou využívána vyrovnávací opatření. Mezi vyrovnávací opatření ředíme zejména tato: (FISCHER, 2014)

- využití pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů;
- poskytnutí individuální podpory ve výuce;
- využití poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení;
- využití asistenta pedagoga.

### **5.5 Individuální vzdělávací plán**

*„Individuální vzdělávací plán je jedním z nejdůležitějších mechanismů poskytování individuální podpory žákům se speciálními vzdělávacími potřebami (případně žákům mimořádně nadaným)“ (FISCHER, 2014).*

Individuální vzdělávací plán (dále jen IVP) je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka, přičemž je součástí jeho dokumentace. Na jeho zpracování se podílí školské poradenské zařízení a zákonný zástupce žáka nebo zletilý žák, ale za zpracování odpovídá ředitel školy, který má povinnost seznámit s IVP zákonného zástupce, případně zletilého žáka. Během průběhu školního roku může být plán dle potřeby upravován, s tím, že minimálně dvakrát do roka je zapotřebí vyhodnotit dodržované postupy a opatření, která jsou stanovena v jeho rámci školského poradenského pracoviště. IVP obsahuje: (FISCHER, 2014)

- údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování speciální péče;



- údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva a možné prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání;
- vyjádření eventuální potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby, která se na práci se žákem podílí;
- obsahuje seznam pomůcek (kompenzačních, rehabilitačních, učebních), speciálních učebnic a didaktických materiálů;
- jmenovité určení pedagogického pracovníka školského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat;
- předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků;
- závěr speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě i psychologického vyšetření.

Dílním klíčovým prvkem pro podporu studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je asistent pedagoga. Asistent pedagoga je pedagogický pracovník, který dle zákona č. 563/2004 Sb. *o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*, kde v §2 je pedagogický asistent pedagogickým pracovníkem, zaměstnancem školy a působí ve třídě, kde je začleněn žák se specifickými vzdělávacími potřebami. Asistent je určen k práci s integrovaným žákem, nebo může být k dispozici pedagogovi nebo ostatním dětem při výuce ve vzdělávání.

## **5.6 Formy speciálního vzdělávání**

Speciální vzdělávání je poskytováno žákům, u kterých na základě speciálních vyšetření buď pedagogického, nebo psychologického, která provádí školská poradenská zařízení, jsou zjištěny speciální vzdělávací potřeby, jejichž rozsah a závažnost jsou důvodem k zařazení žáka do režimu speciálního vzdělávání. V současné době rozlišujeme čtyři základní formy speciálního vzdělávání:

- individuální integrace – vzdělávání v běžné škole a běžné třídě;
- skupinová integrace – vzdělávání ve třídě, oddělení nebo studijní skupině pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole;
- vzdělávání ve speciální škole (mateřská škola speciální, základní škola speciální, základní škola praktická, praktická škola);
- kombinace všech tří předchozích forem (FISCHER, 2014).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 6 Metodika práce

#### 6.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je přiblížit a zdokumentovat život rodiny dívky s diagnózou ADHD a pervazivně vývojová porucha a poukázat na to, jak se život rodiny s dívkou vyvíjí.

#### 6.2 Strategie výzkumného šetření

V bakalářské práci je zvolena forma kvalitativního výzkumu. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (CRESWELL in HENDL, 2012, s. 48). Kvalitativní výzkum umožňuje zkoumat jednotlivé případy do hloubky.

#### 6.3 Výzkumné otázky

Ke splnění cíle práce jsme si stanovili následující výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka: Jakým způsobem se změnil život rodiny vychovávající dítě s diagnózou ADHD a pervazivní vývojové poruchy s prvky autismu.

Za dílčí výzkumné otázky jsme si stanovili:

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem vnímali rodiče první problémy?

Výzkumná otázka 2: Jaké potřeby měla rodina, vychovávající dítě se speciálními vzdělávacími potřebami?

Výzkumná otázka 3: Kde hledala rodina pomoc, jak přišla k informacím o pomoci a jaké pomoci využila?

## 6.4 Úkoly práce

Úkolem práce je oslovit rodinu, která vychovává dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, a pomocí rozhovorů a strategie pozorování stanovit problém. Následně vyhodnotit situaci v rodině a sepsat závěrečnou práci.

## 6.5 Organizace práce

V září byla oslovena rodina a požádána o spolupráci. Jméno dívky je pro účely práce a na přání rodiny pozměněno. V měsíci říjnu byly připraveny formuláře k rozhovorům a vypracovány strategie k pozorování. V listopadu došlo k rozhovorům s rodinou, které byly následně vyhodnocovány. V prosinci se uskutečnila strategie pozorování, která byla následně vyhodnocována. Začátkem ledna byly sepsány všechny výsledky z rozhovorů a pozorování a na začátku února byla sepsána závěrečná zpráva.

## 6.6 Použité metody

V této práci byly použity následující výzkumné metody práce:

Výzkum je popsán na případové studii, ve které bude přiblížena konkrétní dívka a její rodina. Dle Švaříčka a Šed'ové (2007) je případová studie empirickým designem, jehož smyslem je podrobné zkoumání a porozumění případu. Základem musí být sběr skutečných dat, která se vztahují k objektu případu. Jádrem případové studie je vždy samotný případ a podstatné je, že badatel vždy usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Cílem je interpretovat interakce mezi případem a okolím.

Případová studie je rozdělena do tří kategorií: anamnéza, pozorování a charakteristika rodiny. Anamnéza je rozdělena na anamnézu osobní, zdravotní, rodinnou a školní. Pozorování je rozděleno podle toho, kde probíhá. Pozorování v domácím prostředí, kde je kladen důraz na rodinu, pozorování v kolektivu, které je zaměřené na sdružení ROSA, kam rodina s dívkou dochází, a pozorování ve školním prostředí.

Mezi metody, které jsou použity v bakalářské práci, patří zejména polostrukturovaný rozhovor, zúčastněné pozorování a zdravotní dokumentace dívky.

Švaříček (2007) pracuje s pojmem hloubkový rozhovor, což je nestandardizované dotazování účastníka výzkumu pomocí několika otevřených otázek. Odlišuje dva hlavní typy hloubkového rozhovoru, polostrukturovaný a nestrukturovaný. Polostrukturovaný

vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek. Gavora (2010) ve své publikaci užívá pojmu interview, jehož cílem je zjistit, jak osoby interpretují svět kolem sebe a jaké významy připisují důležitým událostem ve svém životě.

Zúčastněné pozorování je dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit, které jsou zkoumány přímo v terénu. Jeho cílem je objevit a reprezentovat sociální život a proces. Pozorovatel je účastníkem interakcí a zároveň badatelem, který se od ostatních aktérů odlišuje záměrem, pouze do určité míry se pozorovatel účastní probíhajících aktivit (ŠVARÍČEK, ŠEĐOVÁ, 2007).

## **7 Výsledky výzkumného šetření**

V případové studii se zabývám konkrétním dítětem, respektive holčičkou, a její rodinou. Dívka Linda (jméno dívky je pro účel této práce změněno, kvůli zachování soukromí rodiny), narozena září 2004, nyní má 10 let, a dochází do první třídy ve speciální třídě na základní škole.

### **7.1 Diagnóza**

V současné době má dívka diagnostikovanou F84.8 - Jiná pervazivní vývojová porucha s hraniční symptomatickou PAS a aktivním sociálně komunikačním kontaktem s bohatší škálou dovedností, ADHD, smíšenou vývojovou poruchu řeči a F82 - Vývojová porucha motorických funkcí, oslabení hrubé i jemné motoriky, grafomotoriky a motoriky mluvidel. Medikací léčena pro epilepsii, která se objevila v pěti letech.

### **7.2 Somatická charakteristika**

Dívka nemá žádné somatické obtíže, je menší, velmi hubené postavy se světlými, krátkými blond vlasy. Díky svému malému vzrůstu a poruše řeči působí Linda mnohem mladší, než by odpovídalo jejímu současnému věku. Dioptrické brýle nosí hlavně do školy a v čase, kdy jde ven.

### **7.3 Motorika**

#### **7.3.1 Hrubá motorika**

Dívka si je jistá při chůzi, do schodů a ze schodů chodí sama bez pomoci rodičů. Dobře zvládá běh a lehké míčové hry, kdy dokáže menší míč chytit bez problémů do dlaní a poté

ho i odhodit. Skáče snožmo bez obtíží, problémy nastávají u skoku na jedné noze, kde má problémy s rovnováhou a koordinací pohybů. Jezdila na kole s přídatnými kolečky, protože měla problém udržet rovnováhu, ale po dlouhém a vytrvalém tréninku jezdí na kole bez přídatných koleček sama. Má celkový motorický neklid, často třepe nebo mává samovolně rukama, většinou při projevu radosti.

### **7.3.2 Jemná motorika**

Dívka má horší koordinaci rukou. S nůžkami stříhá méně obratně, drobnější tvary vystříhne nepřesně. Knoflíky a zip zapne i rozepne až po delším soustředění, kdy ji nesmí nic vyrušit. Tkaničku nezaváže, nezvládá kličku.

### **7.3.3 Grafomotorika**

Dívka je pravák, tužku drží v hrubé špetce. Kresba ji moc nebaví, nepatří mezi dívčiny oblíbené činnosti, jelikož v obrázku pozoruje své nedostatky, a to ji demotivuje. Ve škole se učí psát psacím písmem, tiskací zvládá poměrně dobře. Kresba postavy je velmi jednoduchá, dle vyšetření v osmi letech je na úrovni čtyř let.

## **7.4 Povahová stránka**

V Lindině povaze přetrvává emoční labilita. Velmi často střídá nálady a velmi jednoduše přejde z „*pohodové*“ nálady do afektu. Při nesplnění přání nebo nepochopení sociální situaci reaguje afektem v podobě pláče nebo verbální i fyzickou agresivitou. Radost projevuje hlavně při pochvale nebo při obdržení nějakého dárku, které velmi ráda dostává, ale i daruje, protože je ráda nakupuje. Je zvýšeně plačtivá a přecitlivělá. Občas se u ní vyskytuje agresivní chování vůči rodičům nebo sebepoškozování ve formě kousání. Linda je úzkostnější povahy, bojí se samoty a výšek. Dokáže poskytnout útěchu a vcítit se do problému druhých, občas až moc přecitlivěle.

## **7.5 Sociální charakteristika**

### **7.5.1 Sociální kontakt vůči rodičům a sourozencům**

S rodiči, hlavně s matkou, se ráda mazlí, akceptuje fyzický kontakt. Na příchod otce z práce se vždy těší a radostně ho vítá, problém nastane, když se otec zpozdí, poté místo vítání následuje „*výslech*“, kde byl. Linda má ráda a dokonce si vyžaduje pochvalu, která jí vždy motivuje a radostně ji přivítá, naopak nemá ráda pokárání a kritiku, na kterou reaguje buď pláčem, nebo rozčilením. Zákaz dokáže akceptovat až po několikátém

zdůraznění. Pro útěchu si přijde k členu rodiny, který ji nepokáral. Útěchu nejen akceptuje, ale i ráda poskytuje, kdy je ráda, že může být někomu oporou. Dokáže požádat o pomoc, ale nechá si pomoci jen do určité míry, pokud už sama neví. Ráda se chlubí novými věcmi, které si následně schovává ke svým cennostem, na které nesmí nikdo bez jejího souhlasu sáhnout. Linda vybízí ráda a často rodiče ke společné činnosti, nejčastěji je to nějaké hra nebo procházka ven, z interakce má radost. Opravdu nerada plní pokyny druhých, někdy je až přespříliš negativistická. O výběru oblečení nebo doplňků si chce Linda rozhodovat sama, i přesto, že kolikrát její kombinace není zrovna nejideálnější. Také chce sama rozhodovat o pomoci v domácnosti, když vidí, že někdo dělá něco, co by ji v tu chvíli bavilo, ráda pomůže, ale nechce být do ničeho nucená. Linda se nerada podřizuje druhým a vždy chce mít ráno přehled o tom, co se bude daný den dělat a jak bude den probíhat. Když se náhodou program změní, je Linda hned rozrušená.

Se svými sourozenci vychází Linda dobře. Linda preferuje mladší děti, takže vztah s jejím mladším sourozencem je bez problémů, se starším sourozencem jsou občasné potíže, jelikož Linda si většinou nechce připustit, že musí staršího bratra poslouchat. Mladšímu sourozenci Linda pomáhá a ráda si s ním hraje, dokonce jako s jediným dokáže při hře prohrát, u nikoho jiného to nesnese. Linda se díky mladšímu bratrovi učí nové věci, se kterými jí pomáhá. Občas vznikne konflikt, kdy Linda nedokáže pochopit mladšího bratra, že už její pomoc nepotřebuje, jako tomu bylo do dané chvíle, protože už to umí sám. Konflikty řeší občas nepřiměřeným způsobem, kdy Linda přijde se škrábancem na tváři a mladší bratr s kousancem na ruce. Když se sourozenci delší dobu nevidí, mluví o sobě hezky a těší se, až se spolu zase shledají.

### **7.5.2 Sociální kontakt vůči cizím osobám**

Sociální kontakt s cizími lidmi navazuje neúplně, někdy se schovává, nekomunikuje, jindy je až moc přátelská. Naopak jindy jedná až nepřiměřeně, že danou osobu například objímá. Linda spontánně pozdraví, někdy až neadekvátně, kdy zdraví i zcela neznámé osoby. S obtížemi se orientuje v sociálních situacích, své chování jim nedokáže přizpůsobit, a tím nerespektuje sociální normy ve formě nevhodných komentářů. Nerozlišuje tykání a vykání, občas poděkuje, spíše se musí připomínat rodiči slušné vychování.

### **7.5.3 Sociální kontakt vůči vrstevníkům**

Linda preferuje mladší děti, o které pečuje a se kterými si hraje, má pocit, že se o ně musí postarat. Do společné hry se zapojí, ale pokud nerozumí pravidlům, hru opouští. S vrstevníky nemá společné zájmy, tudíž s nimi většinou nenavazuje žádné vztahy, občas se stalo i problémem, že Lindini vrstevníci využili její naivity a využili Lindu ve svůj prospěch.

## **8 Anamnéza**

### **8.1 Osobní anamnéza**

Linda se narodila z třetího těhotenství matky, přičemž jednou proběhl spontánní potrat. Matka měla rizikové těhotenství, takže jí byl doporučen klidový režim, který dodržovala po celou dobu těhotenství. Porod byl vyvolávaný devět dní po termínu, dle matky byla dívka přidušená, ale kříšena nebyla. Porodní míry: 2540g/ 47cm. Novorozeneckou žloutenku neprodělala. Dva dny po porodu pneumonie, zápal plic – dívka byla umístěna do inkubátoru a byla jí nasazená antibiotika. Z porodnice byla propuštěná po dvou týdnech. Matka kojila dívku s příkrmy čtrnáct měsíců, po celou dobu Linda sálá bez potíží. Ve třech a ve čtyřech letech byla hospitalizována pro akutní zánět žaludeční a střevní sliznice. V pěti letech prodělala epileptický záchvat, sledována na neurologii. V péči oční ambulance pro krátkozrakost, od pěti let korekce brýlemi (1 a 1,5 dioptrie). Od 5 let také v péči logopeda pro vadu výslovnosti.

### **8.2 Rodinná anamnéza**

#### **8.2.1 Matka**

Matka, narozena 1970, vyučena jako dámská krejčová, pracovala jako šička, nyní je v domácnosti. Od dětství přetrvávají časté problémy s pravým uchem. V dětství opakované záněty středního ucha a časté kontroly u doktora s výsledkem diagnózy chronické záněty středního ucha. V 11 letech byla celkem čtyřikrát na operaci ohledně plastiky bubínku. V 15 letech korekce naslouchadlem, do té doby to rodiče moc neřešili. V roce 2011 jí byl voperován na levé ucho kochleární implantát, od té doby jsou problémy minimální.

Matčin otec má stařeckou cukrovku, matčina matka trpí na časté migrény. U matčina bratra se ve čtyřiceti letech projevila epilepsie, když byl na stavbě. Dodnes je na lécích a má nařízený omezený režim v práci, žádný další záchvat od té doby neproběhl.

### **8.2.2 Otec**

Otec, narozen 1974, vyučen, v současné době pracuje jako fakturant. Narodil se předčasně v sedmém měsíci těhotenství jeho matky, po porodu byl umístěn do inkubátoru. V půl roce se u něj projevila hemiparetická forma DMO, kdy byla postižena levá ruka a pravá noha. Matka s ním docházela na rehabilitační cvičení a i sama s ním cvičila každý den. V roce a půl se povedlo zmírnit příznaky DMO, které později úplně vymizely. Otec nastoupil do běžné základní školy, ale po roce byl přeřazen do dyslektické třídy, do které docházel až do konce prvního stupně základního vzdělávání. Poté nastoupil na druhý stupeň zpět do běžné základní školy.

Otcova matka se ihned po zlepšení stavu svého syna dostala na psychiatrické oddělení a dodnes užívá léky. Má schizofrenii, pro kterou je medikována. Otcův otec nemá žádné zdravotní obtíže.

### **8.2.3 Sourozenci**

Mladší bratr, narozen 2009, navštěvuje mateřskou školku, bez zdravotních obtíží.

Starší bratr, narozen 1990, z prvního manželství matky. Zaměstnán jako skladník na příjmu.

## **8.3 Zdravotní anamnéza**

### **8.3.1 Psychomotorický vývoj**

Celkový vývoj holčičky do pěti let byl podle slov obou rodičů bez výraznějších nápadností. Motorický vývoj byl v normě, samostatný sed od osmi měsíců, chůze od čtrnácti měsíců. Rodiče informují o pomalejším vývoji řeči a horší srozumitelnosti s artikulačními potížemi. „*Bylo jí opravdu špatně rozumět, mluvila ve velmi jednoduchých větách,*“ uvádí matka Lindy. S obtížemi se vyrovnávala se změnami a s problémy se orientovala v sociálních vztazích, nerozlišovala blízké a cizí osoby. Měla častější změny chování a nálad bez zjevných příčin, emočně labilní. Ve třech letech byla dívka hospitalizována na



dětském oddělení v Rakovníku pro akutní zánět žaludeční a střevní sliznice, ve čtyřech letech opět hospitalizována se stejnou diagnózou.

### **8.3.2 První epileptický záchvat, neurologické vyšetření**

Zlom nastal v období, těsně před dovršením pátého roku života. Dívka byla hospitalizována na dětském oddělení kladenské nemocnice pro první epileptický záchvat. Matka epileptický záchvat popisuje takto: „*Linda seděla na dětské židličce v kuchyni u dětského stolu a náhle jsem pozorovala, že se jakoby sesunula k jedné straně a i trochu pod stůl. Bála jsem se něco udělat, tak jsem ji jen pozorovala. Snažila jsem se ji vytáhnout ze židle, ale šlo to obtížně. Záchvat trval asi tak minutu, možná minutu a půl. Po něm mi přišla taková plačtivá a lítostivá.*“ Záchvat proběhl bez záškubů, pouze bylo pozorováno svalové napětí, dívka byla v křeči. Hned po záchvatu šla matka s dcerou ke svému pediatrovi, který je okamžitě objednal na neurologii pro preventivní vyšetření s tím, že když vyšetření dopadne špatně, tak se epilepsie potvrdí. Na dětské klinice v pražském Motole byla po vyšetření EEG epilepsie potvrzena a dívce byla nasazena medikace Depakine (nyní 460 mg denně), od té doby v péči dětské neurologické poradny v Kladně.

Po prvním záchvatu se další neobjevil, pouze občasné pády a „záseky“, které se vyskytovaly někdy jednou za měsíc, někdy jednou za tři měsíce. U občasných pádů si rodiče nejsou jistí, zda je můžou přikládat k epileptickému záchvatu. Někdy opravdu nebylo o co zakopnout a dívka byla po pádu pár vteřin mimo, než se zase vrátila do reality. Jindy po pádu přijde pláč, ale u těchto pádů nikdy pláč nepřišel, spíše taková menší dezorientace. Častějším epileptickým projevem bylo zahledění, kdy se dívka přestala věnovat aktuální činnosti a přestala reagovat na okolí. Zahledění probíhalo bez křečového napětí, neproběhlo ani žádné slinění nebo modráni. Dívka byla vždy „po probrání“, které trvalo zhruba jednu až tři minuty, zmatená. Oba rodiče se shodují na tom, že od prvního záchvatu se začaly díky různým vyšetřením objevovat další a další obtíže.

### **8.3.3 Psychologické vyšetření, stanovení diagnózy**

Od roku 2009 (5 let), měsíc po epileptickém záchvatu, začala dívka docházet ke klinickému psychologovi do dětského rehabilitačního stacionáře. První psychologické vyšetření bylo na doporučení pediatra k posouzení aktuální vývojové úrovně. Závěr vyšetření zněl takto: Intelektové schopnosti aktuálně v pásmu hraničním, výkon limitován

výraznějšími poruchami pozornosti, nezralá vizuální percepce. ADHD syndrom, poruchy pozornosti s lehkou hyperaktivitou, impulzivitou a nižší frustrační tolerancí.

#### ○ **Vyšetření školní zralosti**

O rok později proběhlo druhé psychologické vyšetření k posouzení aktuální vývojové úrovně a školní zralosti. Závěrem vyšetření byl plně indikován odklad školní docházky a doporučení na zápis do speciální logopedické třídy. ADHD se projevovalo už s výraznějšími poruchami pozornosti. Menší kapacita verbální paměti. V sebeobsluze samostatná, v dětském kolektivu dobře adaptovaná, milá, prakticky zaměřená.

#### **8.3.4 Logopedické vyšetření**

Od pěti let je dívka v logopedické péči. Začátkem roku 2011 proběhlo logopedické vyšetření, kdy byla dívce zjištěna vývojová porucha řeči. V roce 2012 proběhlo kontrolní vyšetření se závěrem, že porozumění řeči není porušeno, hovoří ve větách. Přetrvává horší srozumitelnost ve spontánní řeči a přetrvává horší rozlišení sykavek.

#### **8.3.5 Diagnostika Aspergerova syndromu**

Rodičům bylo doporučeno vyšetření ve FN Motol pro podezření na Aspergerův syndrom. Na základě vyšetření ve FN Motol byla dívce přidělena diagnóza Aspergerův syndrom, jelikož nerovnoměrný kognitivní vývoj v hraničním pásmu lehké mentální retardace, vizuomotorická a grafomotorická nezralost, zvláštnosti v komunikačním a sociálním chování, v emočních, smyslových a motorických reakcích a ve hře odpovídají klinicky Aspergerově syndromu. Pervazivní vývojová porucha byla nespecifikovaná.

#### **8.3.6 Diagnostika PAS**

Od roku 2012 rodiče spolupracují s APLA Praha (Asociace pomáhající lidem s autismem – více v kapitole 4.2). Na základě doporučení pediatra, který vyslovil podezření na poruchy autistického spektra, proběhlo komplexní diferenciatně diagnostické vyšetření u dívky s podezřením na poruchu autistického spektra (Aspergerův syndrom), dívce bylo zrovna 8 let a 3 měsíce. Rodiče si vyžádali potvrzení nebo vyloučení diagnózy a konzultaci ohledně dalšího výchovného a vzdělávacího vedení jejich dcery. Rodiče byli také nepokojeni se sociální naivitou dívky a infantilními projevy v jejím chování. Mezi okolnosti vyšetření patří tři a půl hodinový rozhovor s rodiči, zprávy z předchozího vyšetření a ukázka kresby. Pomocí subtestů S-B testu (IV. revize) a pomocí standardizovaných škál (ADI-R, ADOS),

kresebných a herních technik a klinických metod (anamnéza, rozhovor, pozorování) byly vyšetřeny rozumové schopnosti.

Závěrem bylo shledáno, že na základě psychologického vyšetření dítěte, anamnézy a výsledků standardizovaných škál diagnostikují u Lindy jinou pervazivní vývojovou poruchu. Porucha autistického spektra nedagnostikována pro lepší sociálně komunikační reciprocitu. Přidružena je smíšená vývojová porucha řeči a porucha aktivity a pozornosti, které negativním způsobem ovlivňují také kvalitu sociálně komunikačního kontaktu. S ohledem na přetrvávající obtíže v řečové oblasti byl Aspergerův syndrom vyloučen. Vývoj rozumových schopností celkově v pásmu podprůměrném, v důsledku vývojové poruchy řeči je verbální myšlení sníženo do hraničního pásma lehké mentální retardace. Vizualně logické myšlení v pásmu podprůměru, početní dovednosti odpovídají pěti až šesti rokům. Dále diagnostikována vývojová porucha motorických funkcí, oslabení hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky a motoriky mluvidel. V úplném závěru psychologického vyšetření dostávají rodiče doporučeno, že Linda potřebuje nadstandartní rodičovskou a speciálně pedagogickou péči.

#### **8.4 Charakteristika rodiny**

V dubnu roku 2002 vstoupila Lindina matka s otcem do svazku manželského. Matka byla v dřívější době již jednou vdaná, ale manželství skončilo rozvodem na konci roku 2001. Z tohoto manželství má matka staršího syna, kterému bylo v době rozvodu jedenáct let.

Hned po svatbě se Lindina matka snažila přijít do jiného stavu, ale první těhotenství skončilo potratem, jelikož plod se přestal v 6. týdnu těhotenství vyvíjet. Do druhého početí si musela rodina počkat. Matka zkoušela i Mojžíšovu metodu a laserovou léčbu. V září 2004 se Linda narodila.

Rodina žije ve větším panelákovém bytě, který se nachází v menším městě nedaleko hlavního města Prahy. Rodina má pět členů: matka, otec, Linda, mladší a starší bratr. Všichni spolu vycházejí, v jejich rodině převládá harmonie.

#### **8.5 Prvotní podezření**

*„Když Linda prodělala první epileptický záchvat, byla jsem ze všeho v šoku, ale asi až teď si uvědomuji, že nebyl čas přemýšlet nad tím, že by to mohlo být něco vážného, protože jsem měla v té době půlročního chlapečka, který také potřeboval mnoho pozornosti.“* Toto

jsou první slova matky, která mi řekla, když jsem se zeptala, jak nesla první náznak toho, že se s jejich dcerou děje něco jiného, než by mělo. Otec to ale viděl jinak. *„Myslím si, že z toho byla velmi špatná a nesla to hodně těžce, ale už kvůli tomu miminku se to snažila nedávat najevo.“* Oba rodiče se shodli na tom, že nejtěžší bylo období poté, co následovalo kolečko vyšetření, která měla zjistit, zda to byl epileptický záchvat. V tomto „kolečku“ informací se totiž dozvěděli, že se dívka nebude potýkat pouze s epilepsií, ale že obtíží bude mnohem více. *„Nejhorší byla ta první rána, že to není pouze epilepsie, ale že je podezření na ADHD a možná i na autismus, to nás srazilo na kolena oba, ale věděli jsme, že s tím musíme bojovat a nakonec jsme se dokázali smířit s tím, že to tak je.“* Rodiče věděli, že to bude nejen dlouhá cesta, ale že to bude úplná změna v jejich dosavadním životě.

Matka vypráví o tom, že si vzpomíná na ten večer, kdy se dozvěděli, že jejich holčička má ADHD. *„V té pedagogicko psychologické poradně jsem je sice vnímala, ale stále mi v hlavě sem tam proudila myšlenka, co se pro nás změní, zda nás to nějak ovlivní a jak se to bude řešit. Ten večer byl prvním, kdy jsem sedla k internetu a hledala informace, nejspíše jsem si myslela, že najdu informace, které moji holčičku vyléčí, ale to se nestalo.“* Matka mi sděluje své vzpomínky se slzami v očích, uvědomuji si, že právě nastal ten nejcitlivější moment našeho setkání. *„Když jsme obdrželi výsledky z APLY, tak těch probrečených nocí bylo mnohem více.“* Rodina se postupně smířovala s dalšími a dalšími výsledky, které přicházely postupně po sobě po dlouho dobu. *„Trvalo dlouho, než jsem dokázal vstřebat všechny informace, které se týkaly mojí milované dcery, ale postupem času si člověk uvědomí, že nad něčím truchlit nebo být smutný nemá cenu a ničemu to nepomůže. Uvědomili jsme si se ženou, že musíme být silní, protože máme ještě dvě děti, jedno sice téměř dospělé, ale to mladší nás také moc potřebuje a nejvíce teď naše dcera, která nás nemůže vidět smutné, protože ona sama se ve svých emocích ztrácí.“*

## **8.6 Hledání pomoci**

Rodina z počátku nevyužívala žádné pomoci různých organizací, informace o diagnóze, kterou v momentální situaci měly napsanou, získávaly od pediatra, pracovník z pedagogicko psychologické poradny, ale převážně z internetu z různých diskusních fór a odborných publikovaných článků. Na malém městě, kde bydlí, také není žádná organizace, která by jim více pomohla, takže jinou pomoc ani nevyhledávali. Matka mi sama řekla, že si myslí, že v té době ani nebyl čas vyhledávat nějakou jinou pomoc než lékařskou, protože

měla malého syna a s Lindou neustále běhali po různých vyšetřeních. Informace, které se prý dozvídali z internetu, se jim zdáli prozatím dostačující. *„Na internetu jsem se dozvěděla, že si můžu zažádat o příspěvek na péči a o kartu ZTP, tak jsem to udělala.“* Později se rodina dozvěděla, že existuje pomoc rané péče, ale prý to bylo bohužel už v době, kdy jejich dcera měla před nástupem do první třídy, takže pomoc nemohli využít.

Na logopedickém vyšetření poradila rodině paní doktorka rodině o sdružení, které má sídlo na Kladně. Jednalo se o Středisko pomoci ohroženým dětem ROSA, což je občanské sdružení, které poskytuje psychologické a pedagogické služby rodinám s dětmi. Jeho programy jsou zaměřeny na rodiny s dětmi se zdravotním hendikepem, rodiny s dětmi v náhradní rodinné péči, rodiny etnicky a sociálně znevýhodněné, rodiny s malými dětmi do šesti let a rodiny, kde nastaly obtíže z důvodu narušení vztahů. *„Hned ten den večer začalo bádání na internetu, abychom se o středisku dozvěděli co nejvíce.“* Druhý den rodina volala do střediska, domluvila si schůzku a od začátku roku 2012 ho pravidelně jednou za čtrnáct dní navštěvují. Středisko pořádá také dvakrát do roka společné zájezdy a prodloužené víkendy pro všechny jejich členy a rodiny, aby se vztahy mezi nimi více prohlubovaly. Rodina jezdí pravidelně dvakrát do roka na pobyt do Holan a do Kašperských Hor, kde si všichni i se svými novými kamarády ze střediska užijí dokonalý pobyt, který se věnuje hlavně jejich dceři, ale i jim samotným. Rodina si tuhle pomoc nemůže vynachválit, je pro ně velmi důležitá, protože nejen že jim pomůže lépe chápat jejich dceru a děti s různými typy postižení, ale hlavně jim dodává odvahu, že nejsou jediní na světě, kdo mají problém, a pomáhají jim ho lépe pochopit a lépe s ním pracovat. *„Jsem nesmírně vděčná za to, že můžu naše rodinné středisko navštěvovat se svojí rodinou, protože mi vždy dodává sílu a naplňuje mě láskou a nadějí, že všechno, co se kolem nás děje a co se děje s naší dcerou, je vlastně v pořádku. Tohle je pro mě největší pomocí, kterou mi kdo může dát.“* Rodině se ve středisku vždy ob návštěvu dostává pomoci psychoterapeuta, který si se všemi rodiči, kteří dorazí, připraví program a probírají své problémy se všemi, kdo je chce sdílet s ostatními.

## **8.7 Školní anamnéza**

### **8.7.1 Předškolní vzdělávání - mateřská škola č. 1**

Ve třech letech nastoupila Linda do běžné mateřské školy v místě bydliště. Mateřská škola byla smíšená, rozdělena na tři třídy. První rok navštěvovala mateřskou školu pouze na dopoledne, po obědě si ji vyzvedávala maminka a šly domů. Druhým rokem už dívka

chodila do mateřské školy na celý den, kdy ji odpoledne vyzvedával otec, když jel z práce. Rodiče referují první dva roky jako neproblematické, dívka byla v kolektivu oblíbená, měla zájem o kontakt s vrstevníky a neměla problém kontakt s vrstevníky navázat.

Po pátém roce života začala preferovat kontakt s mladšími dětmi, u kterých se stala velmi oblíbenou. Starší děti si najednou s Lindou hrát nechtěly, matka se domnívá, že v tom hrála roli vada řeči. Tou dobou začala rodina navštěvovat pedagogicko psychologickou poradnu, kde byl Lindě vypracován individuální plán.

#### ○ **Adaptace**

Adaptace dívky proběhla bez potíží, do mateřské školy se těšila, chodila tam ráda, na prostředí mateřské školy si zvykla velmi rychle a rychle se mu i přizpůsobila. Matka sama říká, že se stávalo, že Linda nechtěla z mateřské školy domů.

#### ○ **Vztah s paní učitelkou**

Vztah s paní učitelkou byl bezproblémový, Linda byla mazlivá, nechala se ráda chovat a k učitelce měla přirozený respekt. Matka sama vypovídá, že si učitelka na Lindino chování nikdy nestěžovala. V té době se objevily první obtíže a Lindě byl vypracován individuální vzdělávací plán. Matka vypovídá, že poté zaznamenala, že se změnil vztah učitelek v mateřské škole k dívce v negativním směru. Rodiče se domnívají, že Linda neměla individuální přístup, jaký by potřebovala a jaký byl sepsán.

#### ○ **Vztahy s vrstevníky**

Zpočátku byly vztahy s vrstevníky bezproblémové. Linda se zapojovala do kolektivu a do společných aktivit, které byly připravené. Postupem času se ale Linda stala spíše samotářkou a ráda si hrála sama. Při skupinové aktivitě si k sobě Linda vybírala mladší děti, se kterými si rozuměla. Ráda se o ně starala, ráda jim pomáhala. Se staršími dětmi Linda nevycházela, dokonce měla období, kdy přiházela domů pokousaná a sváděla to na ostatní děti. Postupem času se ale prokázalo, že si Linda kousance způsobila sama, protože měla vztek na starší děti, se kterými si nehrála a nerozuměla si s nimi.

#### ○ **Vývoj**

Celkový vývoj Lindy v mateřské škole byl do pátého roku v normě, po pátém roce života se Linda začala zhoršovat. Dělal jí problém se naučit básničky a těžší písničky, tak se jich

nechtěla účastnit. Raději se učila písničky, které ji bavily. Proto byl od pedagogicko - psychologické poradny doporučen přestup do nové mateřské školky, kde byl menší počet žáků. Rodiče celkově usoudili, že na Lindu byly kladeny požadavky, kterým nemohla vyhovět.

### **8.7.2 Předškolní vzdělávání - mateřská škola č. 2**

V šesti a půl letech Linda přestoupila na doporučení do jiné mateřské školy také v místě bydliště. Ve třídě byl menší počet žáků a děti byly staré zhruba od tří do čtyř let. Později byly v mateřské škole referovány problémy s koncentrací, rychlé změny nálad a zvýšená vybíravost v jídlu. Dívka odmítala teplou stravu.

#### **○ Adaptace**

Adaptace proběhla velice dobře, rodiče si myslí, že to bylo hlavně díky novému prostředí mateřské školy, které mělo nové vybavení a nové hračky. Výhoda byla také v tom, že Linda znala paní učitelku, která do nové mateřské školy přecházela z předchozí mateřské školy, se kterou se potkávala u obědů. Lindě byla paní učitelka sympatická, takže měla důvod se do mateřské školy těšit a hned si ji oblíbila.

#### **○ Vztah s paní učitelkou**

Vztah paní učitelky a Lindy byl na velmi dobré úrovni. Z počátku Linda uposlechla každé slovo, ale postupem času a s přibývajícím věkem, kdy Linda byla stále ve školce nejstarší, přišla na řadu vzdorovitost. Matka říká: *„Paní učitelka mi vždycky naznačila, že byl nějaký problém, ale nikdy to více nerozvinula, vždy si ho dokázala s Lindou vyřešit po svém a za to jsem byla velmi ráda. Myslím si, že kdyby byl výrazný problém s Lindou, že by mi to ale řekla.“*

#### **○ Vztahy s vrstevníky**

Vztahy s dětmi byly bez problémů, Linda mezi ně zapadala jako jejich vrstevník. Byla ze všech nejstarší, takže se ujala role „*maminky*“. Ráda dětem pomáhala, ráda si s nimi hrála, ráda o ně pečovala. Tohle Lindě naprosto vyhovovalo, vztahy byly lepší než v první mateřské škole.

- **Vývoj**

Matka se postupem času domnívá, že mateřská škola Lindě neprospěla ve vývoji, protože Linda zůstala po celou dobu na úrovni menších dětí, moc se nerozvíjela, ale zároveň dodává, že v té době to neviděla, protože se sama učila to, jak s Lindou lépe vycházet a jak jí co nejvíce ve vývoji pomoci. Na druhou stranu ale uvádí, že byla ráda za to, že byla změněná mateřská škola, protože Linda chodila domů spokojená. Učitelky Lindu chválily, že je vzhledem k její diagnóze, šikovná.

### **8.7.3 Odklad školní docházky**

V sedmi letech byl rodičům Lindy doporučen odklad školní docházky. K odkladu se nepřikláněla pouze pedagogicko psychologická poradna, ale i paní učitelka ve školce, a rodiče, kteří si odklad sami přáli. Paní učitelka odklad schvalovala, protože sama viděla, že Linda není na první třídu ještě připravená a zralá. Linda docházela dále do mateřské školy. Rodiče s Lindou od začátku nového školního roku v mateřské škole začali s rozsáhlou přípravou do školy, aby Linda uspěla u zápisu, a aby se začala více rozvíjet před nástupem do školy. O rok později, u zápisu do první třídy, nebyla dívka přijata do spádové základní školy.

- **Pohled poradenského zařízení**

Pedagogicko - psychologická poradna byla toho názoru, že by Linda mohla zvládnout integraci v běžné základní škole s asistentem pedagoga. Verdiktem základní školy, že by škola vzhledem k jejím obtížím, vyžadujícím speciálně pedagogické postupy, nemohla zajistit podmínky pro její vzdělávání, byla ale velmi zaskočena. Domnívali se, že je dívka dostatečně připravená.

- **Pohled paní učitelky v předškolním zařízení**

Paní učitelka viděla Lindin úspěch u zápisu ze sedmdesáti procent. Věděla, že Linda dokáže zadané úkoly splnit, když se jim věnuje, ale také věděla, že problém bude její velká nesoustředěnost, která by mohla být rozhodující. Rodičům připadalo, že paní učitelka rodiče pouze uklidňovala, ale věděla, že zápis nedopadne dobře, ale na druhou stranu se shodují v tom, že aspoň měli naději, která jim v té době pomáhala.



#### ○ **Pohled rodičů**

Rodiče to tenkrát brali hodně těžce a byli opravdu rozhořčeni verdiktem školy, jelikož si mysleli, že by Linda s individuálním plánem mohla běžnou základní školu zvládnout, už jen proto, že za nimi stála se stejným názorem pedagogicko psychologická poradna. Matka od začátku roku, kdy začala s poctivou přípravou, viděla sama, že se Linda zlepšila a že když se jí věnuje pravidelně, tak je vidět úspěch. Proto to bylo pro oba rodiče velké zklamání a zároveň impuls k hledání nového řešení. Nakonec na doporučení paní logopedky nastoupila v září 2012, po dodatečném zápisu, do speciální třídy základní školy.

#### **8.7.4 Základní vzdělávání**

##### ○ **Adaptace**

Adaptace proběhla bez obtíží, jelikož škola má pouze tři třídy, takže je to takové „*rodinné prostředí*“. Lindě byl sestaven individuální plán a zajištěn individuální přístup. Ve třídě je deset dětí, je věkově smíšená (od 1. do 5. ročníku) a spolu se speciální pedagožkou se dětem věnuje asistent pedagoga. Linda si na školní prostředí zvykla celkem rychle a přizpůsobila se dobře režimu výuky.

##### ○ **Vztahy s učitelkami a asistentkou pedagoga**

Paní učitelky se střídají podle předmětů ve třídě dvě. S jednou vychází Linda velmi dobře, podle rodičů je paní učitelka milá a velmi přívětivá, rozumí si s dětmi a ony vycházejí s ní. S druhou učitelkou, která vyučuje prvouku, si Linda nerozumí. Matka se domnívá, že paní učitelka má zastaralé metody a nedokáže se do dětí tolik vcítit jako první paní učitelka, také zaznamenala, že s paní učitelkou má více rodičů problém. Linda se snaží na přání matky učitelku poslouchat, ale sama matka vidí u Lindy negativní postoj vůči učitelce. S asistentkou pedagoga Linda vychází dobře, rodiče se domnívají, že ji Linda nevnímá ani jako paní učitelku, která jí má pomoci, ale spíše jako kamarádku, která toho umí více než ona.

##### ○ **Vztahy se spolužáky**

Linda je v kolektivu oblíbená, ale nemá bližšího kamaráda, nenavazuje výběrové vztahy. Do školy nechodí z donucení ani s odporem, ale ani nemůžeme říci, že se vyloženě těší. Linda se dostala do věku, kdy se stydí před kluky, takže s těmi poslední dobou nenavazuje žádný kontakt, ale našla ve třídě kamarádku, která jí je velkou oporou. Kamarádka je starší

a pomáhá Lindě nosit aktovku do šatny, poté jí pomáhá po tělocviku se oblékat a v jídelně nosit jídlo. Sama Linda uvedla: „*Kačenka je moje nejlepší kamarádka, kterou mám ráda.*“

### ○ Vývoj

Linda se na základní škole neustále vyvíjí především proto, že se posouvá neustále dopředu, i když začátky byly pomalejší. V prvním ročníku byla Linda vzdělávána dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s vypracovaným individuálním plánem, bohužel Linda školnímu učiva nestačila a bylo nad její síly, i přes veškerou pomoc rodičů museli Lindini rodiče řešit otázku, zda bude první ročník opakovat nebo zda bude dělat přezkoušení, aby mohla nastoupit do druhého ročníku. Lindina matka mi řekla: „*V té době byla Linda hodně nemocná a museli jsme podstoupit mnoho vyšetření, ze kterých byla vždy rozhozená, a při představě, že bude ještě před nějakou komisí přezkoušena, jsem byla vyděšená, aby to pro Lindu nebylo spíš více stresující než přínosné.*“ Linda tedy opakovala ročník a nastoupila opět do prvního ročníku. Vývoj ale stále nebyl takový, jak by se očekávalo, tak bylo rodičům navrženo, že se Linda bude vzdělávat dle Rámcového vzdělávacího programu vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Od té doby Linda prochází neustálým vývojem a ve všech předmětech (čtení, psaní, počítání) se velmi zlepšila. Paní učitelka si Lindu chválí především díky zlepšení spolupráce mezi ní a Lindou, ale i rodiče si chválí změnu vzdělávacího programu, neboť úkoly s Lindou jsou méně náročné a dají se lépe zvládnout.

## 9 Pozorování

### 9.1 Pozorování v rodinném prostředí

Linda, jak se dalo předpokládat, se ve svém rodinném prostředí cítí dobře, dle mého pozorování bych mohla říct velmi dobře. Je sebejistá, nebojí se promluvit a ví, že se jí odezva na její otázky vždy vrátí. Rodina věnuje Lindě většinu pozornosti, protože Linda ji vyžaduje a dokáže si o ni říci. Pro dívku je nejdůležitější vědět, že ji kdykoliv někdo vyslechne a nejen vyslechne, ale i pohladí a dokáže uchlácholit. Dívka je ráda v prostředí své rodiny, má v ni důvěru a věří jí.

Lindiny dny se musí řídit řádem, který jí každé ráno nastolí její maminka. Linda je zvyklá a vyžaduje, aby jí každé ráno řekla, jak bude její den probíhat a co se bude dít, jinak je Linda ze změn rozhozená. Nemá ráda, když se na něčem konkrétním domluví a pak se

daná událost třeba náhle zruší nebo neděje. Byla jsem svědkem, že ráno řekla máma Lindě, že odpoledne po škole půjdou ven na procházku, Linda sama o sobě miluje procházky venku, cítí se volněji a čerstvý vzduch jí vždy dobře prospěje, bohužel odpoledne rodina musela s mladším synem k lékaři, tudíž Linda s nimi, a nastal problém. Dívka byla rozhozená už i jen proto, že nemá ráda doktory, nechtěla spolupracovat, byla emočně labilní a nedala se ničím uchlácholit. Taková situace je někdy nevyhnutelná a nedá se předpokládat, ale rodina se snaží co nejlépe situace vyřešit, aby se Linda dostala opět do klidového stavu.

Běžný školní den začíná tím, že je ráno probuzena. Opravdu po dlouhém probouzení je upozorněna na to, že si musí dojít na toaletu, poté si jít vyčistit zuby, učesat si vlasy a jít do kuchyně k jídelnímu stolu. U snídaně se Linda dozvídá, co bude po zbytek dne následovat. Že pojedou autobusem, poté pěšky do školy, kde se bude učit, přesně se vysvětlí jaké předměty, a že po škole půjde se spolužáky a paní učitelkou na oběd a pak si ji vyzvedne máma. Další program se dozvídá ve zkratce, protože je jí zopakován hned po obědě, kdy si ji maminka přebírá. Běžně jede Linda domů, pokud nemá lékaře nebo jiné povinnosti, pak většinou následují úkoly a nadále volná zábava. Večer má také svůj řád. Máma nebo táta upozorňují Lindu kolem půl osmé hodiny večerní, že se bude koupat, čistit zuby a poté spát.

O víkendu má Linda jiný program, který se neliší v tom, že se ráno u snídaně Lindě řekne, co se bude během dne odehrávat. Vždy záleží na počasí, ale rodina se velmi snaží, aby s dětmi podnikala různé výlety, které by byly pro obě děti přínosné. Linda, jak už jsem psala, miluje čerstvý vzduch, přírodu, zvířata, ráda si všímá všeho kolem sebe a ráda na to upozorňuje. Linda s rodinou zažívá opravdu mnoho dobrodružství, která jí neustále připravují.

### **9.1.1 Volná činnost, hra**

U Lindy se projevuje stereotypní manipulace s předměty, nejčastěji mávání nebo třepání. Nemá oblíbeného „plyšáka“ a ani si s nimi nehraje. Má pouze panenku, ale o tu se nestará, pouze občas si s ní hraje. Má radši a vyžaduje reálné předměty. Doma preferuje Linda nejčastěji hru na „prodávání“, kde funguje stereotypní scénář (Linda prodavačka, mladší bratr nebo jiný člen rodiny kupující), nejčastěji na pokladně cvaká cenu zboží, ale dál se hra nerozvíjí. Linda ráda poslouchá hudbu, uplatňuje písničky, které zná a má je naučené. Sourozenci si spolu hrají často, ale většinou první opouští hru Linda, kdy její pozornost

zaujme něco jiného, což mladší bratr nechce akceptovat. Ráda hraje hry na počítači, kde vyhledává jednoduché hry.

### **9.1.2 Příprava do školy**

Příprava do školy probíhá nejčastěji s jedním z rodičů, jelikož Linda potřebuje dozor nad úkoly, které má vypracovat. Linda není k úkolům negativní, občas se musí chvilku přemlouvat, ale většinou jde bez odmlouvání. Jeden z rodičů si vezme Lindu do samostatného pokoje, aby nebyla rušena jinými členy rodiny a mohla se soustředit pouze na úkol. Příprava do školy je různorodá, vždy podle zadaných úkolů a podle toho, jak dokáže udržet pozornost. Linda plní úkoly celkem bez problémů, především když vidí nějakou motivaci ve formě sladké odměny nebo procházky ven, což je pro ni největší odměnou.

### **9.1.3 Stravovací návyky**

S jídlem nastávají největší problémy, protože Linda je až extrémně vybíravá. Má svá oblíbená jídla, kterých by snědla i tři porce, ale těch je opravdu málo. Kromě hub, guláše, párků a sladkostí nedojí žádné jídlo. Rodiče mají hlavně problém dívku u jídla udržet.

## **9.2 Pozorování ve školním prostředí**

Linda má vzhledem k syndromu ADHD velmi krátkodobou pozornost a potíže se soustředěním, a to se projevuje především při samostatné práci v hodině, od které neustále odbíhá, takže musí pracovat pod dohledem paní učitelky nebo asistenta pedagoga. Autoritu pedagoga respektuje a plní pokyny, které dostane zadané. Se zadáním úkolů nemá potíže, pokud je zadání krátké a přesně jasné. V případě potíží a nejasností potřebuje individuální zadávání a dovysvětlení, protože se občas objeví problémy s porozuměním úkolům, které jsou zadávány společně celé skupině žáků. U Lindy je vidět, že se snaží a je aktivní, ale má velké výkyvy ve výkonu, někdy učivo zvládá a nemá žádný problém, ale někdy neumí téměř nic. Občas se stane, že když Lindě přijde úkol z jejího hlediska méně zajímavý, tak se na činnost nesoustředí vůbec nebo opravdu jen velmi krátkou dobu, poté úkol splní velmi rychle, ale na úkor kvality.

Obtíže se objevují hlavně v českém jazyce, kdy má problémy identifikovat náslovnou hlásku, dělá jí potíže rozlišit slabiky a číst.

Radost z pochvaly projevuje a je pro ni velmi důležitá a motivující, naopak na pokárání reaguje někdy Linda afektivně, což se projevuje tím, že se urazí, nekomunikuje několik minut a tváří se naštvaně, řekla bych až ublíženě. Linda nerada přijímá negativní názor na splnění jejího úkolu, protože ona to vidí tak, že vynaložila veškeré úsilí pro zhotovení úkolu a už to musí být oceněno. Paní učitelka se chce vyhnout Lindinu negativnímu chování, tak ji vždy pochválí za to, že úkol splnila a poté si s ní promluví o tom, jak to mělo být a jak by to příště mohla opravit a vylepšit.

Linda je hyperaktivní a trpí vývojovou poruchou řeči, což se projevuje v její komunikaci. Tvoří krátké, jednoduché věty a zvládá jednoduché vyprávění. Složitému a zdlouhavému vyprávění se sama Linda vyhýbá, protože sama v půlce neví, co říkala na začátku. Zvládne si zapamatovat krátké básničky, které nejsou složité na výslovnost, a pak je odpřednášet. Na otázky dokáže jednoduše odpovědět. Komunikace s dětmi ve třídě je v normě, nemá žádné výrazné problémy se dorozumět.

Linda je částečně osvobozená z tělesné výchovy, ale její pohybové aktivity jsou v normě.

Linda je pravák, ale její ruka je neuvolněná, má velmi křečovitý úchop pera, což se ale, jak uvádí paní učitelka, od začátku školního roku výrazně zlepšilo. Při psaní si dělá časté přestávky, kdy uvolňuje a protahuje ruku. Přestávka nesmí trvat příliš dlouho, jinak se Linda přestane okamžitě soustředit.

### **9.3 Pozorování v kolektivu – Sdružení ROSA**

O Středisku je již zmíněno v kapitole 7.6.

Díky složení dětí ve sdružení, což jsou většinou autistické děti, děti s ADHD a mentálně postižené děti, si Linda s dětmi rozumí. Všechny děti mají obtíže a v tomhle směru na mě dívka působila, jako by to z nich dokázala vycítit a uvědomit si, že ona sama má potíže a je na tom podobně jako oni. Je vidět, že na dívku působí klidným dojmem hlavně to, že prostředí zná, ví, koho zde potká, a má hlavně jistotu, že vždy za rohem sedí máma nebo táta, za kterými může kdykoliv přijít se pomazlit nebo se jen ujistit, zda tu ještě jsou.

Dívka navazovala sociální kontakt s jinými dětmi naprosto přirozeně, všechny znala jménem a působila velmi sebejistě. Neměla problém se zapojit do různých aktivit, které byly pro děti připraveny, i přesto že u nich nevydržela až do konce. Z výrazu ve tváři jsem si mohla všimnout toho, že dívka cítila k některým dětem lítost, většinou to bylo k dětem,

které byly mentálně postižené, nebo k dětem s Downovým syndromem. Těmto dětem věnovala největší pozornost. Nosila jim plyšové hračky, jednoduché hry nebo je jednoduše pohladila po tváři, dala jim pusku a obejmula je. V tu chvíli bylo vidět, že Linda si dobře uvědomuje, že tyto děti potřebují větší pozornost, a ona se jim jí snažila poskytnout aspoň svou pozorností, což od ní bylo velmi milé. Ostatním dětem svou pozornost také věnuje, ale už ne takhle „ochranářskou“, ale klasickou, v podobě si zahrát hru, popovídat si nebo si jen tak zadováďet.

Ve sdružení Lindini rodiče využívají hlavně toho, že se Linda ráda předvádí, a sní toho mnohem více, než by snědla doma. Každý rodič přinese svým dětem svačinku, pití a různé cukrovinky, které nechávají u dlouhého stolu a děti se sem chodí občerstvit. Děti se rády předvádí a to je i něco pro Lindu, která ráda ukáže, co vše má doneseného z domova a co vše dokáže sníst. Linda je tak uspokojená pozorností od ostatních dětí a rodičů, což jí dělá velmi dobře a dává to najevo.

Linda by nikdy nikomu z dětí, které potkává pravidelně ve sdružení, neublížila. Z odrazu jejího výrazu i postoje je vidět, že je mezi dětmi, které zná a pravidelně je potkává ráda, a cítí se zde dobře. „*Sama si všímám toho, že Linda má k dětem z ROSY úplně jiný vztah než k dětem, které potkáváme na pískovišti před barákem. Je k nim citlivější, trpělivější a dokonce se s nimi dokáže i rozdělit o bonbony, což by na pískovišti udělala jen zřídka kdy. Jsem ráda, že má takový druhý domov, o který se může opřít.*“

## Závěry a diskuze

Cílem práce bylo přiblížit a zdokumentovat život rodiny dívky s diagnózou ADHD a pervazivně vývojová porucha, přičemž jsme si zvolili výzkumné otázky, na které odpovíme:

- Jakým způsobem se změnil život rodiny vychovávající dítě s diagnózou ADHD a pervazivní vývojová porucha s prvky autismu?

Z výzkumu je patrné, že život rodiny, která vychovává dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, se změnil život ve chvíli, kdy jejich dcera dostala první epileptický záchvat, protože poté následovalo „kolečko“ mnoha dalších vyšetření a diagnóza se začala nabírat až k té finální. Ale život jako takový se změnil pouze v uvozovkách, spíše se vydal novým směrem, směrem, který by se dal nazvat „*Jak pomoci své dceři, aby byla naše rodina co nejvíce spokojená*“. Přes to všechno, čím si rodina prošla, musím říct, že kvalita jejich života nebyla nijak narušena, pouze poslána právě zmíněným směrem, který si rodina sama nastavila a který jí vyhovuje. Jet do nákupního centra, jet na akci pro děti, jet na výlet, jet kamkoliv, všechno jde, jen se na to člověk musí lépe připravit. Rodina s dítětem se speciálními potřebami nikdy nemá nic ztracené a nemusí se v ničem omezovat, jen si musí najít tu správnou cestu, jak nejlépe danou situaci zvládnout a jakou nejlepší cestu nastolit. Musí se obrnit proti názorům lidí, kteří nevědí, co je to syndrom ADHD a že to dítě není nevychované, ale pouze s genetickým základem. Ale i toto se dá naučit a lidi kolem sebe, kteří mají nejspíše svých starostí dost a řeší ještě starosti ostatních, vypustit z hlavy a jít dopředu. Ne vždy je vše lehké, jak se zdá, občas přijdou na své slzy, pláč, hněv a náznak deprese. Ale jak už se odjakživa říká, ve dvou se to lépe táhne, a to platí hlavně u rodinného soužití, protože když rodiče jdou ruku v ruce, výchova jejich dítěte, ať už je čímkoliv zhoršena, není žádným problémem.

Při svém výzkumném šetření jsem rodině navrhl, aby si doma pořídili nástěnku, která by mohla pomoci Lindě s denním režimem. Linda má svou nástěnku, kde jí každé ráno otec, než odejde do práce, díky suchému zipu připne činnosti dne. Když jsem mohla vidět, jak tato nástěnka perfektně funguje a jak Lindě pomáhá zvládnout její každodenní obtíže, dovedlo mě to až k slzám. Doufám, že ne jen pro mě bylo výzkumné šetření s rodinou přínosem.

○ Jakým způsobem vnímali rodiče první problémy?

Oba rodiče byly ze zprávy, že s jejich dítětem není něco v pořádku, v šoku, ale oba se také shodují na tom, že ten největší šok přicházel postupně, protože dívka nezůstala pouze u diagnózy epilepsie, ale po dlouhou dobu se nabalovaly ještě další diagnózy.

Z dojemného vyprávění vyplynulo, že se rodina z počátečního šoku dostala velmi rychle, že si ho sama ani neuvědomovala. Jelikož kolečko různých vyšetření a diagnóz bylo opravdu zdouhavé, rodiče byli stále v nejistotě, což v nich vzbuzovalo smutné a úzkostné stavy.

Největší propad dolů, jaký si mohli představit, byl až ve chvíli, kdy se v pedagogicko-psychologické poradně dozvěděli, že dívka má ADHD a podezření na autismus. V té době matka potřebovala být hodně silná, protože se starala o malého syna, který byl krátce po narození. Sama ale ví, že v té době uspokojovala hlavně biologické potřeby se najíst, napít a aspoň trochu vyspat, aby se mohla věnovat dětem.

Otec vypověděl, že se v něm dlouho dobu, která občasně přetrvává až do teď, praly pocity, že je to vše jeho vina, protože měl v dětství také velké obtíže a zapůsobily geny. S tímto pocitem se vyrovnával dlouhou dobu a stále se s ním ještě vyrovnal.

V době, kdy probíhaly rozhovory s rodinou, jsem viděla, že otec je stále se situací toho, že by z genetických důvodů mohla mít dívka problémy po něm, nevyrovnaný a vnitřně „*na dně*“. Snažila jsem se mu dát aspoň malou podporu, že nic takového nemá podloženého, takže si nesmí nic vyčítat, a že i kdyby to bylo geneticky možné a bylo to opravdu genetikou, tak že si nesmí nic vyčítat, protože by si tím více ubližoval. Genetickou stránku člověk nikdy bohužel neovlivní, ale také se s ní nesmí zaobírat, protože by si lidé na celém světě pouze jen něco vyčítali a nedělali by nic jiného. Každý máme v rodině problémy, které můžou být dědičné, ale tím, že si je budeme vyčítat, ty problémy nevyřešíme. Osobně si myslím, že otec na má slova ani na slova druhých o tom, že si nesmí nic vyčítat moc nedal, protože stejně na něm vidím, že ho to trápí.

○ Jaké potřeby měla rodina, vychovávající dítě se speciálními vzdělávacími potřebami?

Největší potřebu, kterou rodina potřebovala, byla potřeba podpory. Podpora ze stany bližší rodiny, podpora ze strany příbuzných a známých. Podpora byla tím nejdůležitějším



aspektem, který si rodina přála a bylo úplně jedno, zda to byla slovní podpora nebo podpora fyzická. Ale nejen podpora, ale také láska, pocit toho, že vás má někdo rád a že vám na někom záleží. Rodina uvedla, že to byly nejdůležitější věci, které v té chvíli potřebovala, a které se jim dostávalo. Podpora přicházela ze všech stran, nejen ze strany zdravotnické a speciálně pedagogické, ale především ze strany rodinné a příbuzenské, která měla pro rodinu největší vliv.

- Kde hledala rodina pomoc, jak přišla k informacím o pomoci a jaké pomoci využila?

Z počátku pomoc přicházela hlavně v podobě různých informací od doktorů, kde se na co podívat a koho oslovit, ale přece jen to nebyla taková pomoc, která by byla užitečná. Nejvíce informací rodina nacházela na různých internetových portálech a čtením článků a diskuzí jiných rodičů.

Rodina nevyužila pomoci rané péče, protože konečná diagnóza se dívce určila až v pozdějším věku, kdy už raná péče nemohla být nápomocná, ale o poskytování služeb rané péče rodina stejně nevěděla. Až později se dozvídají, že taková pomoc vůbec existuje. Rodina dlouho dobu nevyužívala jiné pomoci než pomoci od specialistů z oboru logopedie, neurologie, endokrinologie, psychologie, ale také návštěvy pedagogicko-psychologické poradny. V pozdější době se rodina dozvídá, že v jejich blízkém okolí je nezisková organizace, která přesně odpovídá požadavkům, které nejen oni jako rodina splňují, ale i požadavkům, které se líbí rodině samotné. Rodiče ale sami přiznali, že kdyby jim o středisku nebylo řečeno, že by asi sami žádnou další pomoc, která jim vyplňuje volný čas, nehledali.

Měla jsem tu možnost být s rodinou na jejich pravidelném setkání v organizaci ROSA a musím říct, že prostředí, které nabízí, je opravdu velmi příjemné. Chápu, že si tam rodina vždy odpočine a přijde na jiné myšlenky, protože je postaráno nejen o děti, ale i o ně v rámci psychoterapeutického sezení.

## Shrnutí

V roli jedince hraje rodina velmi důležitou roli a více než rodina především jeho matka. Každé dítě vnímá svou matku už od prenatálního období až po zbytek svého života a vždy je důležité, jaký postoj matka k dítěti zaujme. Dítě v prostředí milující rodiny najde vždy pocit bezpečí, útěchy, ale také smysl všeho, co je pro něj důležité. Každý jedinec, ať už je to jedinec zdravý nebo postižený by měl mít možnost vyrůstat ve funkční a milující rodině, protože jen rodina dokáže dát dítěti vše, co potřebuje.

Pro dítě zdravé, nebo s postižením je výchova v rodinném prostředí to nejcennější, co můžeme dítěti dát, a to nejdůležitější, co můžeme dítěti dát, je láska. Rodičem se může stát každý, ale stát se dobrým rodičem chce mnoho úsilí, které nám děti vrací každý den svou přítomností a existencí. V každé rodině se setkáváme s řadou výchovných problémů, ať už menších, nebo větších, ale vždy je důležité se s problémy „poprát“ a jít dál. V rodinách s dětmi, které mají zdravotní problém, jsou problémy na denním pořádku. Jiné rodiny si ani neumí představit, čím vším si taková rodina musí procházet a co vše musí řešit, proto je důležité, aby rodina s dítětem s postižením měla veškerou podporu nejen od ostatních členů své rodiny, ale i od svého okolí, protože právě pomoc je jedním z nejdůležitějších podpůrných aspektů pro takovou rodinu. Pomoc druhých nás nic nestojí, a přitom tolik znamená.

Bakalářská práce mě velmi obohatila, nejen v problematice ADHD a pervazivních vývojových poruch, ale hlavně v tom, že když funguje milující rodina, tak není problém v ničem. Tato rodina mi otevřela oči a já doufám, že až tuto práci bude někdo číst, a třeba i nějaký rodič, který se dozví, že s jeho dítětem není něco v pořádku, že i jemu to otevře oči a nebude „ztrácet hlavu“. Práce by měla být přínosem právě takovým rodinám.

## **Seznam zkratek**

ADD (Attention Deficit Disorder) – Porucha pozornosti

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – Porucha pozornosti s hyperaktivitou

APLA – Asociace pomáhající lidem s autismem

DMO – dětská mozková obrna

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

IVP – individuální vzdělávací plán

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

PAS – Poruchy autistického spektra

RP – raná péče

RVP – Rámcový vzdělávací program

RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

RVP ZV-LMP – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání včetně přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením

WHO (World Health Organization) – Světová zdravotnická organizace

## Použitá literatura

ALLEN, K. E. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-614-4.

ANTAL, Martin. *To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem: ADHD očima ADHD*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 294 s. ISBN 978-80-204-2898-1.

ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2005, 203 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071789798.

ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: UP, 1999. ISBN 80-7067-953-0.

DLOUHÁ, Jana. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, 94 s. ISBN 978-80-7435-122-8.

DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 268 s. ISBN 9788072624195.

FISCHER, Slavomil. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

GILLBERG, Christopher, PEETERS, Theo. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008, 122 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 9788073674984.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0219-6.

HRDLIČKA, Michal, KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9.

JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2001. 103 s. ISBN 80-7290-042-0.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-41-9.

LANGMEIER, J. a kol. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie*. 2. vydání. Praha: H&H, 2002. ISBN 80-7319-016-8.

MAREŠ, Jiří, PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2007, 142 s. ISBN 8073673258.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.přepr. vyd. Jinočany: Nakladatelství H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997, 144 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 8085850249.

MICHALÍK, Jan. *Metodický průvodce - rodiče dítěte se zdravotním postižením (nejen) na základní škole*. 1. vyd. Ústí nad Labem: EdA, 2012, 234 s. ISBN 978-80-904927-8-3.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007, 207 s. ISBN 807311075x.

MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006, 119 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8073671883.

NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2004, 82 s. ISBN 8070432810.

OPATRÍLOVÁ, D. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 234 s. Psyché (Grada). ISBN 9788024714264.

PEETERS, Theo. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. 1. české vyd. Praha: Scientia, 1998, 169 s. ISBN 807183114x.

RENOTIEROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kolektiv. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, ISBN 80-244-1475-9

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.

SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 69 s. ISBN 9788070419564.

ŠULOVÁ, L. *Repetitorium vybraných poznatků vývojové psychologie*. In: MERTIN, V. a kol. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-799-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 9788073674144.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 444 s. ISBN 8071782149.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2005, 430 s. ISBN 8024610744.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 9788024621531.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003, 263 s. ISBN 8071788007

## **Zákony**

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon)

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

## **Internetové zdroje**

THOROVÁ, Kateřina, SEMÍNOVÁ Magdalena. *Strukturované učení*. [online]. Poslední aktualizace 12. 11. 2007 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z WWW:

<<http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>>

www.praha.apla.cz [online]. [cit. 2015-02-03]. *Diagnostika PAS v APLA Praha*. Dostupné z WWW: <<http://www.praha.apla.cz./diagnostika.html>>.

www.msmt.cz [online]. [cit. 2015-02-12]. *Programy státní podpory práce s dětmi a mládeží*. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/mladez/programy-statni-podpory-prace-s-detmi-a-mladezi>>

www.msmt.cz [online]. [cit. 2015-02-12]. *Rámcové vzdělávací programy*. Dostupné z WWW: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/skolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>

www.msmt.cz [online]. [cit. 2015-02-12]. *Vyhláška č. 72/2005 Sb., O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-72-2005-sb-1>>

www.msmt.cz [online]. [cit. 2015-02-12]. *Zákon č. 561/2004 Sb., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*. Dostupné z WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>

## Přílohy

Příloha č. A: Diagnostická kritéria systému MKN-10 a DSM-IV (MUNDEN, ARCELUS, 2006, str. 16-18)

MKN-10: Hyperkinetická porucha	DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)
<p><b>Nepozornost</b> <i>Alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;</li><li>2. často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;</li><li>3. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká;</li><li>4. často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice či nepochopilo zadání);</li></ol>	<p><b>A. Bud' 1., nebo 2.:</b> 1. <i>Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:</i></p> <p><b>Nepozornost</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;</li><li>b) často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;</li><li>c) často se zdá, že neposlouchá, když se na ně přímo hovoří;</li><li>d) často nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice nebo nepochopilo zadání);</li><li>e) často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti;</li><li>f) často se vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se například dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (například školní nebo domácí úkoly);</li></ol>



5. často není s to uspořádat si úkoly a činnosti;
  6. často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí;
  7. často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje;
  8. často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
  9. často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý.
- g) často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje);
  - h) často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
  - i) často zapomíná na každodenní povinnosti.
2. *Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:*

**Hyperaktivita**

Alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu:

1. často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
3. často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu);
4. často je nadměrně hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech;
5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřízovat společenským podmínkám nebo požadavkům.

**Hyperaktivita**

- a) často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
- b) často při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
- c) často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu);
- d) často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat;
- e) bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jako by „jelo na motor“;
- f) často bývá nepřiměřeně upovídaný.

**PORUCHY POZORNOSTI A HYPERAKTIVITA****Impulzivita**

*Alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:*

1. často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu;
3. často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře);
4. bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví.

**Impulzivita**

- g) často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
- h) mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada;
- i) často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře).