

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií



Diplomová práce

Bc. Kateřina Bačová

Narušená komunikační schopnost u osob s ADD

Olomouc 2024

vedoucí práce: PhDr. Alena Hlavinková, Ph.D

Prohlašuji, že jsem zadanou diplomovou práci vypracovala samostatně za použití uvedené literatury a pod odborným vedením PhDr. Aleny Hlavinkové, Ph.D.

V Poličné, dne

.....

Poděkování:

Mé poděkování patří především vedoucí práce PhDr. Aleně Hlavinkové, Ph.D., za odborné vedení, cenné připomínky a za milý a laskavý přístup.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Kateřina Bačová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Alena Hlavinková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024
Název práce:	Narušená komunikační schopnost u osob s ADD
Název v angličtině:	Disrupted communication ability in ADD individuals
Zvolený typ práce:	Magisterká
Anotace práce:	Tato diplomová práce se zabývá syndromem ADD a narušenou komunikační schopností. Je rozdělena do dvou částí – na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou na základě literárních zdrojů charakterizovány základní pojmy týkající se ADD a narušené komunikační schopnosti. V části praktické je uvedeno šest kazuistik jedinců v různém věkovém rozpětí. Praktická část se zabývá tím, jak diagnóza ADD a narušená komunikační schopnost ovlivňuje život, vzdělávání a vztahy těchto jedinců.
Klíčová slova:	ADD, ADHD, narušená komunikační schopnost, dyslálie, balbuties, tumultus sermonis
Anotace v angličtině:	This thesis deals with ADD syndrome and impaired communication ability. It is divided into two parts – In the theoretical part, basic concepts related to ADD and impaired communication skills are characterized based on literary sources. In the practical part, six case studies of individuals in different age ranges are presented. The practical part deals with how diagnosis of ADD and impaired communication skills affect the life, education and relationships of these individuals.
Klíčová slova v angličtině:	ADD, ADHD, impaired communication ability, dyslalia, balbuties, tumultus sermonis
Přílohy vázané v práci:	4
Rozsah práce:	92
Jazyk práce:	český

Obsah

Úvod.....	4
1 Porucha pozornosti bez hyperaktivity.....	5
1.1 Terminologie ADD/ADHD.....	5
1.2 Klasifikace ADD/ADHD dle MKN 10 a MKN 11.....	7
1.3 Subtypy ADD/ADHD.....	8
1.4 Charakteristické projevy chování osob s poruchou pozornosti.....	10
1.5 Možné příčiny vzniku syndromu ADD.....	16
1.6 Diagnostika a terapie.....	18
2 ADD/ADHD a problémy v komunikační oblasti.....	22
2.1 Řeč a vývoj řeči.....	22
2.2 ADD/ADHD a poruchy učení.....	24
2.3 Narušená komunikační schopnost u osob s ADD.....	26
2.4 Dyslalie.....	28
2.5 Balbuties.....	32
2.6 Tumultus sermonis.....	37
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
3.1 Výzkumné cíle a otázky.....	41
3.2 Metodologie.....	42
3.2.1 Kazuistika č.1.....	43
3.2.2 Kazuistika č.2.....	47
3.2.3 Kazuistika č.3.....	51
3.2.4 Kazuistika č.4.....	54
3.2.5 Kazuistika č.5.....	58
3.2.6 Kazuistika č.6.....	62
4 Diskuse.....	74
5 Závěr praktické části.....	80
Závěr.....	82
Seznam literatury.....	83
Seznam použitých zkratk.....	88
Seznam tabulek.....	89
Seznam grafů.....	89
Seznam obrázkových příloh.....	89

Přílohy	90
----------------------	----

Příloha č. 1 Seznam otázek k rozhovorům s rodiči

Příloha č. 2 Seznam otázek k rozhovorům s učiteli

Příloha č. 3 Seznam otázek pro žáky a dospělé jedince

Příloha č. 4 Informovaný souhlas s rozhovorem

Úvod

V dnešním světě je stále důležitější komunikace, avšak pro jedince se syndromem ADD se stává výzvou nejen z důvodu narušené pozornosti, poruchou hyperaktivity a impulzivity. Současně může být u těchto osob diagnostikována i narušená komunikační schopnost, což má vliv na jejich každodenní činnosti a sociální vztahy.

Tato diplomová práce se zaměřuje na zkoumání této problematiky a její dopady na život jedince se syndromem ADD. Dále zkoumá vztah mezi syndromem ADD a narušenou komunikační schopností.

Práce je rozčleněna do dvou částí. V části teoretické se budeme zabývat definicí ADD, charakteristickými rysy tohoto syndromu, etiologií, diagnostikou a možnostmi terapií a léčby. Zároveň se zmíníme o problémech, které tento syndrom způsobuje ve školním prostředí.

V praktické části budeme věnovat pozornost analýze šesti jedinců se syndromem ADD a narušenou komunikační schopností od narození až do dospělosti. Budeme zkoumat projevy komunikačních obtíží v různých etapách života a jaké způsoby a metody byly využívány k podpoře jeho komunikace a jakým způsobem se promítaly do jeho sociálních vztahů, školního i pracovního prostředí.

Hlavním cílem této práce porovnat výstupy provedených kazuistik, přičemž je kladen důraz na srovnání mladších a starších pozorovaných jedinců, dále na vývoj přístupu pedagogů k lidem s narušenou komunikační schopností a diagnostikovanou poruchou ADD a rovněž na pozici rodičů těchto osob.

Vedlejším cílem této práce je uvedení základních teoretických východisek k zadanému tématu, kdy je nejprve charakterizována porucha pozornosti bez hyperaktivity a následně je věnována pozornost problémům v komunikační oblasti u osob s ADD.

1 Porucha pozornosti bez hyperaktivity

V této kapitole se budeme zabývat poruchou pozornosti bez hyperaktivity, vývojem terminologie, která se v průběhu let měnila. Vymezíme si syndrom ADD prostřednictvím jeho projevů a příznaků. A dále se budeme zabývat příčinami vzniku ADD, diagnostikou a terapií.

1.1 Terminologie ADD/ADHD

Zkratka ADD pochází z anglického Attention Deficit Disorders, tedy syndrom poruchy pozornosti bez hyperaktivity. Hlavním problémem jedinců s ADD je neschopnost udržet pozornost a dlouhodobě se soustředit. V literatuře v průběhu let se setkáváme s označením jako je například lehká mozková dysfunkce (LDM), lehká encefalopatie (LDE) nebo se můžeme setkat také s malou mozkovou dysfunkcí (MMD v anglickém překladu i MBD). (Černá, 1999; Hutýrová, 2019; Jucovičová, Žáčková, 2014)

Dle slovníku speciálně pedagogické terminologie se uvádí, že ADD/ADHD je neurologická porucha, která se projevuje průběžnými projevy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. (Kroupová a kol., 2016)

Ženatová (2016) popisuje syndrom ADD jako jednu z variant specifických poruch chování takto: „*převažuje porucha pozornosti – nedostatečné zaměření se na určitou činnost či podnět (oblast selektivní pozornosti), nedostatečná flexibilita a rozdělování pozornosti na jednotlivé podněty či za sebou následující kroky (tzv. distribuce)*“ (Ženatová, 2016, str.11)

Hutýrová (2019 in Selikowitz 2007) zmiňuje, že deskripce syndromu ADD/ADHD se objevuje již v roce 1902. Dále uvádí, že v studii Antonína Haverocha se vyskytuje termín „Dítě neposedá“ a pochází z roku 1904.

V 60. letech se v souvislosti s poruchami učení, chování, problémům v pohybové koordinaci a řeči začíná používat termín lehká mozková dysfunkce, přičemž se vycházelo z toho, že příčinou jsou drobná neurochemická poškození určitých částí CNS. (Serfontein, 1999)

Porucha pozornosti je známá od roku 1972. Termín ADD se však začíná v diagnostice objevovat až po roce 1995 a je chápán jako podtyp ADHD. Dítě se syndromem ADD/ADHD z této poruchy nevyroste, tato porucha prochází celou osobností dítěte, její jednotlivé projevy chování se během dospívání a života mění. (Riefová, 2010)

Jedná se tedy o neurologickou poruchu. Je možné ji rozpoznat, pokud máme možnost pozorovat dané příznaky po dlouhou dobu a tyto příznaky činí problémy v každodenním životě. (Pelletier, 2014)

Podle statistik (DSM-VI, 1995) trpí poruchou pozornosti s hyperaktivitou ADHD a bez hyperaktivity ADD 3–5 % dětí. Uváděné hodnoty mohou být vyšší, vzhledem ke skutečnosti, že se syndrom ADD často nerozpozná. (Pelletier, 2014)

Riefová (2010) zároveň uvádí, že syndrom ADD se vyskytuje především u dívek, zatímco syndrom ADHD se objevuje u chlapců.

Michalová (2020) ve své práci zmiňuje, že syndrom ADD/ADHD představuje jednu z nejčastějších poruch u dětí, a to až v 5–7 %, přičemž v čisté formě přibližně v 31 % dětské populace. Zároveň dodává, že si tento syndrom zaslouží zvýšenou pozornost jak ze strany učitelů, tak i poradenských pracovníků. (Podpůrná opatření u žáků s ADD, 2020)

Hallowell (2007) poukazuje na to, že poruchou pozornosti trpí děti i dospělí, muži i ženy, různé etnické skupiny, setkáváme se s ní u různých socioekonomických vrstev, u osob s různým vzděláním i různých stupňů inteligence. Dále zmiňuje důvod opomíjení této diagnózy a tím je především neznalost a neinformovanost o tomto typu syndromu. Zároveň se stává, že děti s ADD mnohokrát v testech odhalující syndrom ADD uspějí, protože dítě je motivované, působí na něj nové podněty, situace a snaha ukázat, že je šikovné, proto se u něj diagnóza nepotvrdí. (Hallowell, 2007)

Do 70.let 20.století se ADD/ADHD vnímalo jako typická porucha v dětském věku. Až na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let se začínají objevovat názory o přesahu syndromu do období dospívání a dospělosti. Do té doby se předpokládalo, že syndrom po dozrání CNS odezní. (Uhlíř, 2020)

Pelletier uvádí, že zhruba čtyři děti ve třídě trpí buď poruchou ADD nebo ADHD, přičemž poruchu pozornosti bez hyperaktivity tvoří 1/3 z celého počtu. (Pelletier, 2014) Poruchou pozornosti se poprvé začala zabývat doktorka Virginia Douglas z McGillovy Univerzity. Zdůrazňovala, že porucha pozornosti se může vyskytovat samostatně, jelikož porucha pozornosti bývala obecně spojována s hyperaktivitou. (Pelletier, 2014) Škvorová (2003) dodává, že v České republice se tato porucha vyskytuje u několika desítek tisíc dětí ve školním věku.

V pedagogicko-psychologické terminologii je pro diagnózu ADD/ADHD používán termín specifické poruchy chování (SPUCH). Jsou zde zahrnuty děti s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, děti s poruchami chování a učení. Vzdělávání dětí s ADD/ADHD upravuje zákon č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání a vyhlášky č.73/2005 Sb. a č.147/2011Sb. Zde jsou uváděny specifické

poruchy chování i učení jako specifické vývojové poruchy pod zkratkami SVPOCH a SVPU. Dále se setkáváme s termíny jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami nebo podle závažnosti poruchy jako žáci se zdravotním znevýhodněním anebo také zdravotním postižením. (Jucovičová, Žáčková, 2018)

„Nálepku této poruchy opravdu dostává velké procento dětí, podstatně větší než lze zdůvodnit objektivními příčinami. Má totiž různorodé příznaky i stupně, od zcela lehkých, přechodných a zcela nepodstatných odchylek až po závažné stavy, které vyžadují dlouhodobou speciální péči.“ (Kutálková, 2009, str.165).

1.2 Klasifikace ADD/ADHD dle MKN 10 a MKN 11

V Mezinárodní klasifikaci nemocí desáté revize spadá ADD/ADHD do samostatné skupiny, zahrnující poruchy aktivity a pozornosti a hyperkinetické chování a dále i jiné, popřípadě nespecifikované hyperkinetické poruchy. (Lechta, 2003)

Ústav zdravotnických informací a statistik ČR (ÚZIS) definuje v rámci MKN 10 Hyperkinetické poruchy takto: *„Skupina poruch charakterizována časným nástupem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou.“* (MKN-10, 2024)

Rozdělení hyperkinetických poruch dle MKN 10

F90 Hyperkinetické poruchy

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

F90.1 Hyperkinetická porucha chování

F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy

F90.9 Hyperkinetická porucha NS

Dne 1. ledna 2002 vstoupila v platnost nová 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla schválena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) s pětiletým přechodným obdobím. V českém překladu ještě není k dispozici. V MKN-11 je syndrom ADHD zařazen pod kódem 6A05 jako Poruchy pozornosti s hyperaktivitou, mezi neurovývojovými onemocněními. Obsahuje několik podkategorií:

6A05.0 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, s převahou projevů nepozornosti.

6A05.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, s převahou projevů hyperaktivity-impulzivity.

6A05.2 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, kombinovaná forma.

6A05.Y Porucha pozornosti s hyperaktivitou, jiné specifické projevy.

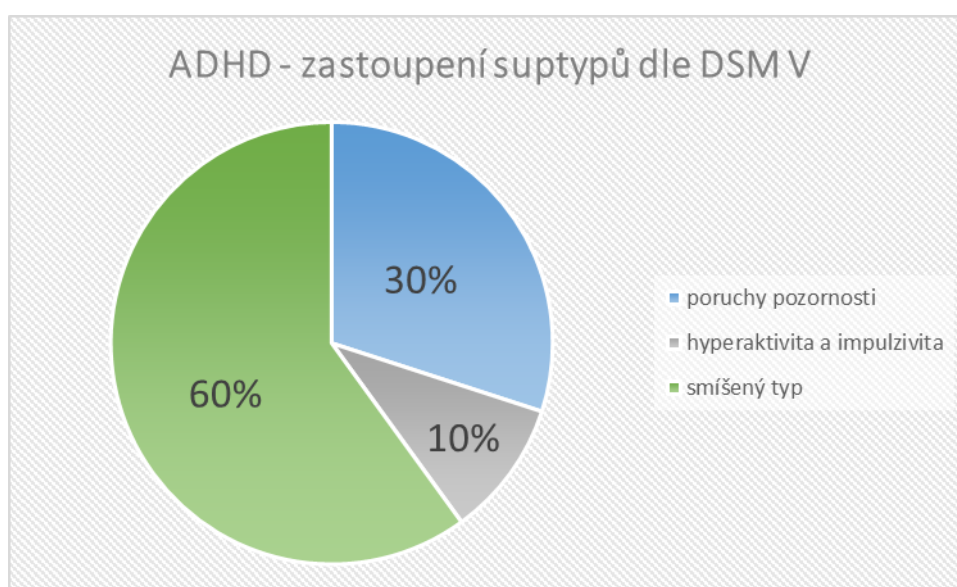
6A05.Z Porucha pozornosti s hyperaktivitou, blíže neurčené projevy.

(Zvěřinová, Subjektivní reflexe podpory dětí s ADHD očima matek, 2023)

1.3 Subtypy ADD/ ADHD

ADD/ADHD se vyznačuje takzvanou triádou symptomů, a to jsou hyperaktivita / hypoaktivita, impulzivnost a porucha pozornosti. Hutyrová (2019) uvádí, že DSM vymezuje 3 subtypy ADHD takto: ADHD I – typ s narušenou pozorností (dříve označovaný jako ADD); ADHD II – typ s hyperaktivitou a impulzivitou, v tomto případě nebývá primárně narušena pozornost; ADHD subtyp III – typ kombinovaný, kdy dochází u jedince v různé hloubce k narušení pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. (Hutyrová, 2019)

Graf č. 1 Zastoupení subtypů dle DSM V (vlastní zpracování dle Jucovičová, Žáčková, 2014, str.17)



Jucovičová a Žáčková (2014) představují tři subtypy ADHD s převažující poruchou pozornosti, ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a kombinovaný neboli smíšený typ. Přičemž kombinovaný typ bývá zastoupen u 60 % osob, typ vyznačující se poruchou pozornosti se vyskytují u 30 % osob a typ motorickou hyperaktivitou a impulzivitou bez poruchy chování je zastoupen zhruba u 10 % osob. Dále popisují typ s převažující poruchou jako výpadky pozornosti v takové míře, že osoby s ADD/ADHD působí jako „duchem nepřítomni“. Mají potíže s pamětí, zapomínají, bývají roztržití. Typ s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou popisují jako osoby s přetrvávajícím psychomotorickým neklidem, pobíhají, nevydrží na jednom místě apod. Kombinovaný typ kombinuje poruchy pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. (Jucovičová, Žáčková, 2014)

Michalová (2020) vysvětluje, že ne všechny děti s ADD/ADHD budou mít všechny symptomy ve stejné míře. A dále dělí ADD/ADHD subtypy takto:

1. Subtyp nepozorný

Tato skupina zahrnuje okolo 25–30 % případů. Označení tohoto subtypu je dle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické společnosti ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity. Děti jsou spíše pomalé, utlumené a v případě neúspěchu až apatické. Zároveň mají schopnost přijmout jen omezený rozsah informací, což má negativní dopad na jejich učení, paměť a vybavování si již naučených informací. Dalším problémem je u těchto dětí pomalé kognitivní tempo.

2. Subtyp s převahou hyperaktivity a impulzivity

Do této skupiny spadá 10–20 % případů ADHD. Tyto děti jsou hyperaktivně impulzivní, reagují na podněty bezprostředně, rychle a nerozvázně. Nedomýšlí možná rizika a odpovídají na určité podněty prudce a nepřiměřeně. Mívají sklony k extrémním citovým reakcím, střídání euforie a nadšení do nálady odmítající cokoliv. Citové prožívání může zvýšit unavitelnost, která signalizuje sníženou toleranci dítěte k zátěži, projevy mohou zahrnovat poruchy sebeovládání, afektivní až agresivní reakci.

3. Smíšený subtyp

Tento subtyp je mezi jedinci s ADHD nejčastější. Zahrnuje až 50 % všech případů ADHD. Kombinuje v sobě všechny tři symptomy typické pro tento syndrom. Zde Michalová (2020) upozorňuje na to, že u této formy se symptomy nemusí projevat navenek ve stejné intenzitě. A mezi projevy řadí také nepružnost, vztahovačnost, rychlou proměnlivost nálad, nesnášenlivost, neschopnost podřídit se autoritě a nedostatek sebeúcty a sebepřijetí.

Typické pro všechny tyto subtypy je opožděný vývoj vnitřní řeči.

(Podpůrná opatření u žáků s ADD, 2020)

Jucovičová a Žáčková (2010) dělí dále ADD a ADHD dle závažnosti takto:

Typ s mírnou závažností – vyznačuje se kolísáním schopnosti koncentrace a pozornosti, málo symptomů, které jsou potřebné ke stanovení diagnózy. Symptomy se dají zvládnout bez speciální péče.

Typ se střední závažností – zde symptomy kolísají v mezích míry mírné až vážné. Dítě se nesoustředí, je patrný neklid, nejsou výjimkou překotné reakce, emoční nestabilita a projevuje se také sníženou sebekontrolou. V tomto případě již dítě potřebuje nejen individuální přístup, ale také další speciální péči.

Typ s vážnou závažností – symptomů je mnoho a projevují se v nadměrné míře. Projevuje se nejen v domácím prostředí, ale také ve škole nebo v interakci s vrstevníky. Zřetelný je výrazný neklid a sklon k rizikovému chování, nízká až žádná schopnost sebekontroly, sebeovládání je také velmi narušeno. Často se s tímto typem závažnosti projevují i specifické poruchy učení. Speciální péče je v tomto případě nezbytná.

Mezi nejčastější komorbidity HutYROVÁ (2019) vyjmenovává poruchy opozičního vzoru s výskytem u 40 % dětí s ADHD, specifické poruchy učení až u 50 % dětí, specifické zpoždění ve vývoji motoriky, výskyt poruch chování, úzkostné poruchy projevující se až u 30 % dětí s ADHD, poruchy nálad u 10 % dětí, poruchy spánku, různé fobické poruchy, deprese, emoční poruchy, ale také zvýšenou tendenci k experimentování s návykovými látkami a jejich zneužívání.

Ptáček a Ptáčková (2018) potvrzují, že se komorbidity vyskytují až u 60 % dětí s ADHD, kdy trpí alespoň jednou komorbiditní poruchou nebo mají diagnózy vícečetné. Až 70 % dětí mají většinou ještě jednu přidruženou poruchu. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

1.4 Charakteristické projevy chování osob s poruchou pozornosti

„Ne všechny příznaky platí pro každé dítě a jejich stupeň se bude případ od případu lišit. Každé dítě je totiž jedinečná bytost a vykazuje jinou kombinaci projevů a chování, silných a slabých stránek, zájmů, vloh a dovedností. Je důležité si uvědomit, že v dětství je kterýkoliv z uvedených projevů chování v dané vývojové fázi do jisté míry normální. Například u malého dítěte je normální, že se nemůže dočkat, až na ně přijde řada, že pozornost udrží jen krátce a nevydrží dlouho sedět. Pokud však u dítěte pozorujeme takové chování velmi často v období, kdy je (v porovnání s chováním ostatních stejně starých dětí) z vývojového hlediska nepřiměřené, potom se pravděpodobně jedná o problémové dítě, pro něž bude zapotřebí zajistit pomoc a vhodná opatření.“ (Riefová, 2010, str.19)

HutYROVÁ (2019) a Riefová (2010) se shodují, že charakteristickými projevy chování jsou, že se dítě snadno rozptýlí vnějšími podněty, nesoustředí se tak na učení nebo přidělenou činnost. Narušena je pozornost, dokonce vypínání pozornosti a zasněnost. S neschopností nebo snížením schopnosti plánovat a organizovat dítě neustále ztrácí své věci, nemůže je najít a na

pracovním stole či v pokoji má nepořádek. Činnosti vykonává s nepřiměřeným výdejem energie, neumí hospodařit se svými silami, dělají vše na plno, a to činí problémy při aktivitách, kde se preferuje pečlivost, důkladnost. Děti také mají obtíže se vrátit k činnostem, od kterých byly vyrušeny. Typické ve školním prostředí je nevyrovnaný výkon v práci a nedostatečné studijní dovednosti a potíže samostatně pracovat.

Černá (1999) uvádí 10 nejčastěji zaznamenávaných charakteristik jako je hyperaktivita, percepčně motorické oslabení, zvýšená emoční labilita, projevy nedostatků v celkové koordinaci, poruchy pozornosti, dále poruchy paměti a myšlení, impulzivita, poruchy v rámci mluvené a slyšené řeči. Můžou se vyskytovat i specifické poruchy učení, a to ve čtení, počtech, psaní nebo v pravopisu.

Projevy v jednotlivých oblastech:

a) Motorika

Pohybová koordinace a rozvoj vnímání mají pro rozvoj dítěte velký význam, který je důležitý především pro zvládnutí běžných úkonů. Dítě se musí naučit ovládat pohyby plynule a harmonicky, ale také cíleně, a to vše v časové souslednosti. (Winter, 2018)

Dříve se pro děti s ADD používal i název “syndrom nemotorného dítěte“. Projevy se odrážejí jak na jemné, tak i hrubé motorice. Mívají nečitelné, neúhledné písmo, pomalé tempo písma. Kresba je jednoduchá, působí nedokončeně. Problémy se vyskytují také ve výtvarné a pracovní výchově, ale také v tělesné výchově, jako například při skákání, kopání nebo házení míče. (Serfontein, 1999)

Problémy s motorikou se mohou projevit dezorganizací a diskontinuitou průběhu motorického jednání. Pohyb je správný, ale provedení je příliš zbrklé, nepřesné a nekoordinované. (Hutyrová, 2019)

Kutílková (2009) zmiňuje, že děti s ADD postihuje také nápadná pohyblivost, která se označuje, jako motorický neklid. Zároveň uvádí, že tyto nedostatky v koordinaci, přesnosti pohybů a rychlosti pohybů se projevují nejen v oblasti rukou, ale také mluvidel. Tento případ označujeme jako dyspraxii.

U dětí s ADD/ADHD se vyskytuje porucha motoriky v 50 % případů. A ve většině případů přetrvává až do dospělého věku. (Winter, 2018)

b) Pozornost

Podle neuropsychologických konceptů můžeme rozlišit pět vlastností pozornosti, mezi které řadíme bdělost, zaměřenost, pružnost, délku a koncentraci. Přibližně 3–7 % dětí v České republice má poruchu pozornosti spojenou s ADD/ADHD. (Winter, 2018)

Porucha pozornosti značně komplikuje proces vzdělávání. Asi nejdůležitějším příznakem tohoto syndromu je snadná ztráta soustředění. Ve škole je velké množství zdrojů rozptýlení, může je rušit, když si spolužáci šeptají, otáčení stránek učebnice, když někomu upadne propiska a spousta jiných drobností. Přetížení a působení různých podnětů, způsobuje, že děti utíkají do svého světa, ztrácí pozornost a je poté velmi těžké znovu navázat na plnění úkolu nebo soustředění se. Takový žák by měl sedět blízko učitele, neměl by sedět vzadu. Zároveň díky snadné velké rozptýlenosti pozornosti by tito žáci neměli sedět u oken, dveří či přírodovědných sbírek nebo plakátů. (Riefová, 2010)

„Nedokážou se soustředit a nevydrží pracovat tak dlouho, aby byly schopny dokončit zadaný úkol. Projevy pozornosti se mohou projevovat jako chvilkové vypínání, nebo dokonce jako denní snění, kdy se dítě přenesse do vlastního světa. V takových chvílích působí jako z jiné planety.“ (Serfontein, 1999, str.19)

Projevuje se také nežádoucím zapojením motoriky například otáčení se na spolužáky, hraje si s prsty, houpe se na židli apod. Nedokáže pozornost usměrnit k podstatným informacím za současně probíhajícím zpracováním všech podnětů. Zařadit zde můžeme i problémy ve schopnosti prostorové představivosti a poruchu motivace. (Hutyrová, 2019)

Ve školním prostředí je dítě navíc rozptylováno množstvím barevných obrazů na stěnách, předměty na poličkách, nebo je může rozptýlit strouhání pastelek a různými jinými rušivými zvuky. (McAller Hamaguchi, 2010)

c) Paměť

Potíže s krátkodobou pamětí patří z hlediska vzdělávání a učení k nejzávažnějším problémům. Podle Serfonteina (1999) je pro děti s ADD nejtěžší si zapamatovat akustické neboli verbálně sdělené informace. Důsledkem tohoto je velmi těžké si vybavit a upevňovat znalosti, které dítě nabylo ve škole před jedním nebo dvěma týdny. Pokud dítěti dáme složitější pokyn, zapamatuje si buď pouze začátek, nebo konec, v krajním případě nic nebo jen část. Budí v nás dojem – „jedním uchem tam, druhým ven.“ Naopak je pro ně snazší až s nadprůměrnou schopností zapamatovat si informace optickou cestou, kterou si kompenzují nedostatky v oblasti sluchové paměti.

d) Impulzivnost

Zvláště u dětí s ADHD se setkáváme s hyperaktivitou a zbrklým impulzivním jednáním. Není výjimkou ani neschopnost plánování a přebíhání od jedné činnosti ke druhé a tím pádem k nedokončení úkolu. (Serfontein, 1999)

„Činy jsou náhlé, ukvapené, dítě není schopno odložit akci, provádí ukvapené závěry k vlastní škodě, napřed jedná, pak teprve nad tím přemýšlí, nepoučí se z následků – úraz, trest, chaotičnost a nepředvídatelnost chování poškozuje gnostické funkce, často tedy nesplní úkol, i když má dispozice k jeho řešení.“ (Hutyrová, 2019, str.107)

Jednají na základě prvního popudu, aniž by se rozmysleli nebo domysleli následky. Kvůli zbrklosti si neuvědomují nebezpečí úrazu. Je také typické snížení ovládacích a volních schopností, často se proto jeví jako sociálně nezralí. (Jucovičová, Žáčková, 2018)

e) Nepružnost

Tyto děti často odmítají změnit své zvyklosti, je pro ně jednodušší stálost a zažité postupy. Při změně reagují podrážděním, neochotou, dokonce výbuchy hněvu a pláče. (Serfontein, 1999)

f) Spánek

I v oblasti spánku se vyskytují jisté charakteristické rysy. *„Častým jevem bývá mluvení ze spánku, noční děsy a někdy i chození ve spaní. Jindy se stává, že děti nemohou večer usnout, několikrát za noc procitají, nebo se probouzejí kolem páté až šesté hodiny ranní.“* (Serfontein, 1999, str.21)

Nespavost se vykytuje již u dětí v kojeneckém a batolecím věku. Toto komorbidní onemocnění může přetrvávat i v dospělém věku. Dětem trvá, než usnou, kdy tímto problémem trpí až 56 % dětí. U 39 % se vyskytuje časté noční buzení a zároveň až 55 % z těchto dětí bývá unavených po probuzení. (Paclt, 2007)

g) Řeč

Řeč se řadí mezi nejvýraznější znaky, jimiž se člověk odlišuje od zvířat a umožňuje nám předávat myšlenky. Serfontein (1999) poukazuje, že mezi nápadné příznaky patří opožděný začátek mluvení. V období prvního roku života se řečové schopnosti vyvíjejí zcela normálně až poté dochází ke zpoždění ve schopnosti tvořit věty, vyslovovat různé hlásky a problémy s celkovým verbálním vyjadřováním. *„V praxi se projeví charakteristickým*

komolením typu „milonáda“ namísto „limonáda“, „pšagety“ místo „špagety“ a podobně. (Serfontein, 1999, str.47)

Černá (1999) zmiňuje specifickou neschopnost pro řeč, a to vývojovou dysfázií zároveň upozorňuje, že řeč u dětí s LDM nemusí být opožděná, ale může se lišit jen v jemnostech od řeči v okolí dítěte. Lechta (Lechta 2002 in Böhm1976) uvádí, že výskyt poruchy řeči se u LDM vyskytuje u každého druhého dítěte. Nejčastěji se jedná o koktavost (6,9 % dětí), dysartrie (9,4 % dětí), otevřená huhňavost (4,6 % dětí), dále dyslalii (až u 35 % dětí) a breptavost 4,6 % dětí)

Třesohlavá (1990) upřesňuje, že se u těchto dětí vyskytuje opožděný začátek vývoje, vážnoucí jemná motorika mluvidel, chudší slovní zásoba (přibližně o 40 %) dále zpožděný nástup tvoření vět a vyprávění. (Třesohlavá, Černá, Kňourková, 1990)

Serfontein se zmiňuje (Serfontein,1999), že se u těchto dětí nejčastěji setkáváme s poruchou výslovnosti nebo také koktavostí. Dále poukazuje na to, že zhruba u 60 % dětí dochází k raným poruchám řeči. Rodiče si někdy mylně myslí, že problémy, které dítě s výslovností má, je z důvodu příliš krátké uzdičky pod jazykem, jelikož jazyk má vliv na rozvoj a produkci řeči. (Preoperative Speech Therapy Care for Shortened Labial and Lingual Frenulum, 2024)

Obtíže s vyjadřováním dítěti komplikuje učení se mateřskému jazyku a ve škole také souvisí s problémy ve čtení, psaní a samotným řečovým projevem. Slohové práce jsou prosté, věcné a obsahově chudé. Většinou případů těchto dětí pomůže s poruchami výslovnosti logopedická péče. Obtíže, které se neupraví logopedickou péčí do osmi až devíti let věku dítěte, přetrvávají do dospělosti, kdy tyto lidé nejasně, nezřetelně vyslovují určité hlásky nebo špatně vyslovují hlásku R či sykavky. Potíže také činí správné užívání gramatických jevů jako je časování, rozlišování slovních druhů a také větná skladba. (Serfontein, 1999)

h) Porucha aktivity – hypoaktivita

Dítě s ADD nebývá hyperaktivní, naopak pro něj bývá typická hypoaktivita. (Riefová, 2010)

Hypoaktivní dítě většinou unikne pozornosti pedagogů a jeví se jako méně nadané. Dítě s hypoaktivitou působí pomale, těžkopádně, utlumeně až apaticky. Takové dítě nemá zájem o pohybové aktivity, jimiž jsou sport či hry, ale je spokojené, když ho necháme snít a ponořit se do svých myšlenek. Pedagogy bývá označováno jako líné, přestože jsou pouze pomalejší. Nestíhají vypracovat úkoly v daném časovém rozpětí, mají zvýšenou chybovost a nezdědky kdy bývají označovány za neschopné se cokoliv naučit. (Hutyrová, 2019)

Kutílková (2009) zmiňuje, že na rozdíl od dítěte s hyperkinetickou formou ADHD, které jsou jak „pytel blech“, děti s hypokinétičnou formou se naopak vyznačují spíše tím, že přemýšlí o svých věcech, neustále je musíte tahat do reality, protože jsou ztraceny ve svém světě. A přestože všechno slíbí, nemají pak dostatečnou vůli, aby zadaný úkol splnily.

„Pomalé pracovní tempo je pro hypoaktivní dítě charakteristické, vrozené a nelze je v podstatě „učit“ zrychlovat, protože při vyvíjení tlaku na ně ohledně rychlosti často znejistí, mohou se dostavit i panické reakce a dítě může být neurotizováno“ (Hutyrová, 2019, str.113)

Škvorová (2003) se zmiňuje o tom, že hypoaktivní děti mají větší trápení a problémy, než je tomu u dětí s hyperaktivitou, je to dáno tím, že nám to neumí dát najevo, neupozorňují na sebe a jsou hodné. Dále zdůrazňuje, že je velmi důležité, těmto dětem věnovat péči, všimnout si jich, komunikovat s nimi a pomáhat jim v překonávání jejich potíží.

Jucovičová a Žáčková (2018) hypoaktivitu uvádí jako protipól hyperaktivního syndromu. V tomto případě se však jedná o děti s vrozeným pomalým osobnostním tempem. Zároveň dodávají, že se v souvislosti s ADD můžeme setkat s termínem generalizovaná porucha pozornosti (UADD).

i) sociální vztahy

Lidé se syndromem ADD mívají nízké sebevědomí. Často jsou velmi nadaní a tvořiví, v čemž jim pomáhá jejich snění a útek od reality. Jsou tzv. denní snílci. Pro takové dítě není snadné se aktivně zapojovat do hovoru a oslovit někoho jako první. Drží se na okraji skupiny, jsou nesmělí a odtažití. Snaží se být neviditelní a neupozorňovat na sebe. (Hallowell, 2007)

Dítě se necítí dobře mezi více lidmi a prožívá nepříjemné pocity. Většinou tráví čas v menším kolektivu zhruba dvou až tří vrstevníků, ale vystačí si i s jedním kamarádem. (Serfontein, 1999)

Většinou bývá neoblíbené, dostává se do izolace a bývá potenciální obětí šikany. (Uhlíř, 2020)

Setkávají se s horším přijetím, zažívají více kritiky. Vyhledávají kamarády mezi mladšími dětmi, protože díky své sociální nezralosti mezi ně lépe zapadnou a jsou úspěšnější. (Hutyrová, 2019)

Závěrková (2016) ve své knize *Jak se žije s ADHD*, shrnuje projevy typické pro ADD znázorněné v tabulce níže takto:

Tabulka č. 1 Projevy ADD (vlastní zpracování dle Závěrkové, 2016, str.37)

ADD projevy		
Jsou mimo	Nevšimavost vůči detailům	Špatná krátkodobá paměť
Nesystematičnost	Nedůslednost	Učí se lépe poslechem nebo v pohybu
Chaotičnost	Problémy se sebeúctou	Vypadají, že je jim vše jedno
Obtíže tvoření plánů	Problémy se sebehodnocením	Znuděnost
Pomalost, nerozhodnost	Hypoaktivita	Ztrácení věcí, zapomětlivost
Nerozpoznávají důležité	Nevědí, odkud začít	Nereagují, nespolupracují
Slabá ovladatelnost emocí	Neklid	Mrhání časem
Tvořivost	Nedokončování úkolů	Obtíže se zahájením, dokončením úkolu
Myšlení ve smyčce ne lineární	Nevhodné poznámky	Impulzivní rozhodování ve financích, sociálních aktivitách
Definitivní závěr o situaci	Snadná frustrace	Tendence prosazování svých postupů
Malá motivace	Intenzivní pocit, že výkon neodpovídá schopnostem	Malá výdrž v činnostech, hrách, zaměstnání

1.5 Možné příčiny vzniku syndromu ADD

V současné době nejsou příčiny výskytu ADD známy. Lékaři a odborníci stále získávají nové poznatky o tom, jak funguje lidský mozek a co vše ovlivňuje jeho pozornost a učení. Co víme jistě je to, že ADD patří k neurologickým poruchám. (Riefová,2010)

Mezi možné příčiny výskytu ADD/ADHD může uvést tyto:

Příčiny genetické – víme, že v některých rodinách se ADD/ADHD vyskytuje opakovaně. V rodině se většinou objevuje rodič, sourozenec, prarodič nebo jiný příbuzný, který měl podobné problémy. Podle studie dvojčat je doloženo, že má-li jedno z dvojvaječných dvojčat ADD, je zhruba 19 % pravděpodobnost toho, že se vyskytne porucha i u druhého dvojčete. Zatímco u jednovaječných dvojčat je výskyt poruchy takřka 100 %. (Serfontein, 1999)

Genetické příčiny jsou v současné době uváděny až v 60 % případů. (Jucovičová, Žáčková, 2014)

Syndrom ADD/ADHD se vyskytuje u příbuzných zastoupených v první linii příbuzenství až 5x častěji, a to až v 47–53 % biologicky příbuzných. Výskyt je 3–6 x častější u chlapců. (Paclt, 2007)

Ptáček a Ptáčková (2018) uvádí, že na vzniku syndromu ADD/ ADHD se podílí více genů, ale především jsou to geny dopaminergního systému jako např. D2, DRD4 a DAT 1.

Příčiny biologické – lékaři popisují ADD/ADHD jako neurologickou poruchu postihující oblast mozku, která řídí zpracování impulzů a třídí smyslové vjemy. Porucha pozornosti je problém, který je charakterizovaný nedostatečností dvou neurotransmiterů, dopaminu a norepinefrinu. Přičemž dopamin hraje zásadní roli nachází se totiž v sektoru, který filtruje všechny přicházející informace, tak aby nedošlo k hromadění informací a tím pádem zahlcení vyššího sektoru. Pokles aktivity dopaminu ve frontálních lalocích má dopad na kognitivní funkce. Norepinefrin působí v přední části mozku, kde se nachází složité kognitivní funkce, plánování a udržení pozornosti. Děti s ADD mají v postižené části mozku nezralé buňky, které nejsou schopny produkovat dostatečně velké množství neuroaktivní tekutiny. Což se projevuje narušením spojení mezi buňkami. Činností enzymů jsou likvidovány neurotransmitery v mezibuněčném prostoru. A to má za následek poruchu předávání informací mezi buňkami v této oblasti mozku. Děti se s touto poruchou již narodí, ale příznaky se začnou postupně projevovat v období batolete a nejvyšší hodnoty dosahují v prvních letech školní docházky. V období 14 let dítěte se stav začíná pomalu obracet k lepšímu, patrně důsledkem dozrávání mozkových buněk, které umožňuje lepší uvolňování neurotransmiterů. (Serfontein, 1999)

Koukolík (2000) uvádí jako možnou příčinu i odchylku funkční architektury mozku. Kdy se pomocí magnetické rezonance přišlo na to, že mozek u 57 chlapců postižených ADHD má menší pravý globus pallidus, zmenšenou pravou čelní korovou oblast, mozeček a zmenšení celého mozku o 5 % oproti zdravým jedincům.

Komplikace nebo poranění v průběhu těhotenství nebo při porodu. Jako nejčastější viník při porodu je označováno nedostatečné zásobení dítěte kyslíkem. Spojování příznaků ADD/ADHD se složením stravy či alergiemi na jídlo. I když tato možnost vyvolává spory v lékařských kruzích. Možnou příčinou poškození mozku bývá uváděno také užívání alkoholu nebo drog v těhotenství a toxiny. (Riefová, 2010)

Pelletier (2014) i Černá (2010) uvádí, že rodiče často trpí pocitem viny a výčitkami, kterých by se měli zbavit, a zdůrazňují že ať už ADD, nebo ADHD není ničí chybou.

Paclt (2007) zmiňuje výskyt až 40 genů dopaminového, noradrenerfního, serotoninového uspořádání, které mohou mít vliv na výskyt hyperkinetické poruchy.

Ptáček a Ptáčková (2018) poukazují na to, že děti s ADD/ADHD mají opoždění kortikální maturace až o 3 roky. Toto opoždění je velmi významné v oblastech prefrontálních,

kteře jsou důležitě pro kontrolu a kognitivní procesy. Až 90 % dětí se projevuje změna v EEG právě v prefrontální a senzomotorické oblasti.

1.6 Diagnostika a terapie

Čím dřív se porucha odhalí, tím jsou lepší výsledky terapie. Děti v prvním roce života trpí poruchami spánku. Obtížně si zvykají na pravidelný rytmus mezi bděním a spánku. Dalším příznakem, který rodiče může upozornit na poruchu ADD je opožděný vývoj řeči. Nebo silné záchvatové koliky, zvracení nebo problémy s jídlem, kdy dítě odmítá jíst. (Serfontein, 1999)

Na diagnostice se podílí vždy odborní lékaři jako jsou psychologové, speciální pedagogové, psychiatři nebo neurologové. (Jucovičová, Žáčková, 2018)

Jako první se rodiče obrací na pediatra, který má dítě v péči. Zkoumají se zdravotní záznamy dítěte a rodinné anamnézy, včetně informací o průběhu těhotenství, porodu, zda dítě mělo někdy nějaký úraz či bylo hospitalizováno. (Train, 1997)

Jucovičová a Žáčková (2018) zdůrazňují, že lékařské vyšetření je nutné i z důvodu vyloučení jiných zdravotních příčin, aby se mohla zvolit vhodná medikace nebo léčby.

Dále je dítě posláno do neurologické poradny, kdy na EEG je možné zjistit abnormality elektrických pochodů v mozku. Dnes můžeme na základě EEG tuto poruchu dále kategorizovat. Přístroj zachytí jak rychlost vln, tak i jejich tvar a jakýkoliv narušený chemický přenos se odrazí právě na rychlosti vln nebo na jejich zobrazeném tvaru. V celkovém vyšetření se také hodnotí i verbální a vyjadřovací problémy. Diagnostiku provádí tedy dětský psychiatr ve spolupráci s odborníky jako neurolog, psycholog. (Serfontein, 1999)

Dítě tedy projde sérií vyšetření zaměřených na anamnézu tělesného a psychomotorického vývoje, anamnézu rodinnou, pedopsychiatrickým vyšetřením, neurologickým vyšetřením, EEG. V laboratorním vyšetření se zaměřují lékaři na krevní obraz, jaterní testy a také na hodnoty štítné žlázy. Před nasazením některých léků je potřeba udělat vyšetření EKG. (Drtilková, 2007)

Některé problémy s pozorností může způsobovat diabetes, hypoglykémie (kdy hodnota krevního cukru klesá pod 3,3 mmol/l), ale i lehká forma epilepsie. (Pelletier, 2014)

Velmi cenné poznatky vycházející z dlouhodobého pozorování a rozborů práce dítěte poskytuje také pedagogická diagnostika. V tomto případě se zaměřujeme na posouzení výkonu žáka v průběhu vzdělávání a v jednotlivých předmětech, pozorují se také projevy žáka a zaznamenávají se i metody a postupy, které pedagog volí při práci s dítětem. Psychologické vyšetření nás informují o tom, jaké výkony dosahuje žák v intelektových testech, odhalí se tak i kolísání pozornosti, krátkodobá paměť apod. Po speciálně pedagogickém vyšetření potvrdí

poruchy v percepčně motorické oblasti, kterou působí kolísání pozornosti, krátkodobá paměť a impulzivita. K odhalení poruchy pozornosti se může využít řada testových metod: Mezi nejčastější testy patří Číselný čtverec od Jiráska, Test koncentrace pozornosti od Kučery, či test pozornosti od Bourdona. (Žáčková, Jucovičová, 2010)

Serfontein (1999) předkládá tyto možnosti terapie:

jako první uvádí výchovnou terapii, která se zaměřuje na získávání pozitivních vzorců chování, následně pomoc v rámci doučování, kdy by měli pedagogové volit rodičovský přístup. Samozřejmá je i logopedická a jazyková terapie, která by měla probíhat v rozsahu přibližně jedenkrát týdně. Pro zlepšení koordinace jemné a hrubé motoriky a také senzomotorické koordinace oko-ruka je vhodná pracovní terapie. U dětí s ADD/ADHD je také velmi vhodná úprava stravování, kdy se vysadí některé složky či potraviny, jako jsou cukry, kakao nebo salicyláty. V některých případech je možnost léčby pomocí medikamentů.

V České republice pro děti, které jsou mladší 6 let, nejsou v současné době povoleny žádné léky. V dětí starších 6 let, které nastupují do základního vzdělávání je již možno užití látky jako jsou stimulanty, které obsahují tyto účinné látky – metylfenidát (je obsažen v léku Ritalin), amfetamin nebo látky inhibitory, které obsahují účinnou látku atomoxetin. Stimulanty i inhibitory působí na metabolismus neurotransmiterů a regulují je. Při medikaci je nutné navštěvovat pravidelně lékaře. (ADHD u dětí: léčba)

V některých případech, kdy psychostimulanty dítěti z nějakého důvodu nevyhovují, je možnost zvážit používání antidepresiv. Většina léků projevuje účinky po 30-60 minutách po užití. Po zhruba třech nebo čtyřech hodinách jejich účinky pomalu odeznívají, z tohoto důvodu děti léky užívají dvakrát denně. Nicméně u dětí s ADD jsou účinky nepatrné. Přesto učitelé dokládají, že u dítěte se zlepšila pozornost a změny zaznamenávají ve větší pořádnosti dítěte. Avšak moc léků není všemocná a je spojena také s řadou nežádoucích účinků, především v prvních týdnech užívání se může projevit řada somatických problémů jako bolesti břicha, hlavy nebo ztráta chuti k jídlu, nespavost. (Pelletier, 2014)

Další možností léčby je psychoterapie, zaměřená na zvládnutí projevů ADD/ADHD, zvýšení sebevědomí jedince a posílení komunikace. V rámci psychoterapie se využívá behaviorální terapie, skupinová terapie. Při léčbě ADD/ADHD lze využít i EEG biofeedback, kdy během 40 sezení dítě vykazuje zlepšení. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

Během biofeedbacku je dítěti snímán záznam elektrické aktivity mozku, kdy je na hlavě připojena malá elektroda. Trénink je formou počítačové hry, kterou dítě ovládá pouze silou své mysli, a přitom je elektrodou snímán elektrický signál. (EEG BIOFEEDBACK, 2024)

V rámci behaviorální a kognitivní terapie v případě léčby hyperaktivity a impulzivity se snažíme o to, aby si dítě lépe uvědomovalo pocity, protože své pocity velmi často popírají. Dalším cílem je, aby se naučily domýšlet důsledky, které jejich chování má a snaha vymyslet možnosti, které jim pomohou při řešení dané situace. V neposlední řadě učí děti si vytvořit a naplánovat činnosti, které je dovedou k dosažení zadaného cíle. (Ronenová, 2000)

Nejdůležitější je však pro tyto děti opakování, pravidelnost a řád. Řád, který neplatí jen pro pobyt ve škole, ale i v domácím prostředí. Je nutné, aby si dítě zvyklo dělat různé činnosti v daný časový úsek. Součástí je také opakování instrukcí a informací, vzhledem k poruchám krátkodobé paměti. Trpělivost a povzbuzování, jak ze strany rodičů, tak pedagogických pracovníků. Dalším důležitým bodem je zabránit pocitu méněcennosti. Nesoutěžit, protože tyto situace v dítěti vyvolávají pocit strachu a úzkosti. Doporučuje se zrychlovat postupně pracovní tempo a pracovní činnost vždy dokončit. Neméně důležitá je i kontrola splněných úkolů. (Serfontein, 1999)

Paclt (2007) zmiňuje že školní prostředí je z hlediska vývoje dítěte významným mezníkem a měla by být věnována maximální pozornost a péče o úspěšné začlenění dítěte do společnosti. V rámci školního prostředí učitelé mohou použít jasně sdělené požadavky, jak na chování, tak i práci žáka. Dostatek času na vysvětlení, jaké je žádoucí chování a jaké chování již žádoucí není. Vyučovací hodina by měla mít určitou strukturu. Učitel by měl být důsledný ve svém jednání, má dbát na to, aby žák dovedl práci do konce. Nejdůležitější však je, aby učitel měl porozumění, pružnost a trpělivost na jednání s žákem. A také pomoc učitele na individuální úrovni.

Kendíková (2019) upozorňuje, že by se pedagogové měli na dítě s diagnózou ADD náležitě připravit. Pomocí literatury, vzdělávacích akcí nebo prostřednictvím výchovných poradců. Důležitá je také komunikace a spolupráce s rodinou. Učitel by také neměl zapomínat na to, že práce s dítětem bude náročná, stresující, především v situacích, kdy některých případech i přes snahu učitele nemusí u dítěte dojít ke zlepšení. Dále Kendíková (2019) představuje desatero zásad při práci pedagoga s dítětem a to:

- důkladné poznání žáka (seznámení se s jeho specifiky, zájmy a jeho projevy, snaha o porozumění dítěte);
- struktura a řád (nastavit pravidla, která budou jasná a pevná, pravidelnost a dodržování různých rituálů a tradic, které dítěti budou přinášet jistotu);
- nechat žáka zažít pocit úspěchu (u každého dítěte se v některých oblastech projevuje jeho silná stránka, kterou by měl pedagog poznat a navrhnout např. ústní zkoušení, kde své znalosti dítě může snadněji prokázat);

- nechat žáka pocítit jeho význam (to může žák pocítit skrze povzbuzení, veřejné pochvaly, ocenění práce, zlepšení při plnění úkolů nebo jen ocenění snahy);
- motivovat k činnostem (dítě musí být motivováno k tomu, aby do sáhly úspěchu, a to platí nejen v souvislosti s žáky s ADD);
- nevěnovat dítěti přemrštěnou pozornost (většina dětí odmítá přehnanou pozornost učitele nebo asistenta z důvodu, že si připadají až moc odlišní od vrstevníků ve třídě);
- pracovat s třídním kolektivem a budování dobrých vztahů (vést žáky k vzájemnému respektu, snaha zajistit, aby ve třídě nebyl žák, který by se stal terčem posměchu);
- otevřená komunikace se všemi žáky třídy (v tomto případě jde o začlenění dětí do kolektivu, společnosti, prostřednictvím sdělování svých pocitů, vysvětlení, proč jednali takovým způsobem, apod, dále by měl učitel sledovat a věnovat pozornost neverbálním projevům žáků);
- otevřeně komunikovat s rodiči;
- odmítnutí konfrontace (pedagog by měl ovládat situaci, neměl by však reagovat a rozhodovat o případném trestu v afektu).

V domácím prostředí může rodič využít několika tipů, které uvádí Carter (2014) jako motivační prostředky např. rozvrh činností, kdy si dítě za každou činnost nalepí obrázek, systém bodování úkolů nebo obrázků, které dítě dostane za splnění činnosti. Doporučuje také kalendář, protože děti nemají představu o čase, ve kterém si škrkají dny. Všechny tyto prostředky jsou zaměřeny na vytvoření pravidel a rutiny.

2 ADD/ADHD a problémy v komunikační oblasti

V předchozí kapitole jsme se seznámili s problematikou syndromu ADD/ADHD, terminologií, jeho možnými příčinami vzniku a obtížím, které tento syndrom dětem, mládeži, ale i dospělým přináší. Lehce jsme se zmínili i o tom, jak syndrom ADD/ADHD ovlivňuje dítě na úrovni řeči. V této kapitole se budeme věnovat tomu, jakým způsobem a v jaké míře je řeč těchto dětí ovlivněna a s jakými typy narušené komunikační schopnosti se setkáváme.

2.1 Řeč a vývoj řeči

Člověk je od přírody společenský tvor, potřebuje se s ostatními dělit o své zážitky, myšlenky, starosti a k tomu nám slouží řeč jako biologická vlastnost člověka. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Řeč, tedy využíváme ke komunikaci. Komunikace (z lat. *communicatio*) znamená schopnost sdělování, nebo přenos. (Dvořák, 1998)

„Řeč je specificky lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbol ve všech jeho formách.“ (Klenková, 2006, str.27)

Narušením komunikačních schopností se zabývá obor speciální pedagogiky logopedie. Logopedie se zabývá jak řečí verbální, tak i neverbální. Často pomáhá i jiným vědním oborům při stanovování diagnóz jako je například mentální retardace, u které je jedním z prvních signálů právě opoždění ve vývoji řeči. Při diagnostice se posuzuje porozumění řeči (receptivní řeč), řeč mluvená (expresivní řeč), artikulace, slovní zásoba. Zajímá nás také mluvní pohotovost, úroveň vybavování slov, tempo řeči, fluence řeči atd. (Čadilová, Housarová, Janderková, Kendíková, 2016)

Lidskou řeč můžeme posuzovat z hlediska porozumění neboli receptivní složka řeči, kdy hraje velký význam ostrost sluchu a další schopnosti související s příjmem zvukových podnětů. Dalším aspektem je samotné vyjadřování, tedy expresivní složka řeči. V této složce je zahrnuta artikulace, hybnost mluvidel, gramatická a syntaktická stránka řeči. (Pospíšilová, 2023)

Nejčastějším způsobem komunikace mezi lidmi je především mluva. Osoba, která promlouvá, tvoří zvuky, nesoucí informaci pomocí mluvidel a zároveň výdechového proudu vzduchu vycházejících z plic. Mluvu tvoří z hlediska zvukové stránky skupina náročných tónů a šumů, které jsou tvořeny pomocí hlasového ústrojí a v neposlední řadě mluvidly. Do artikulace se zapojují v dokonalé souhře také svaly dýchací, svaly hrtanu a hltanu, činnost měkkého patra, pohyby jazyka a rtů. Současně se zapojují i svaly mimické, žvýkácí a také polykácí. (Kejklíčková, 2016) Pomocí jazyku jsme schopni sdělit naše prožitky a pojetí světa.

Jazyk je tedy činností společenskou, zatímco řeč je čin individuální. Jazyk můžeme klasifikovat také jako prostředek k vyjadřování symbolů nebo také jako jazykovou kompetenci. V případě, že se u dítěte projeví některá logopedická vada je vhodné co nejdříve začít s logopedickou intervencí, která by měla obsahovat vhodnou reedukaci v rámci řeči a komunikačních schopnostech. Logopedická intervence je zajišťována v rámci rezortu ministerstva zdravotnictví, obzvláště v logopedických poradnách. Logopedickou intervencí poskytuje klinický logoped, který je absolventem magisterského programu a vykonal atestační zkoušku. Intervence může probíhat i v rámci rezortu školství, tedy již od mateřské školy. V základní škole je možno navštěvovat přímo logopedické školy nebo logopedické třídy v rámci běžné základní školy. Dětem se věnuje speciální pedagog, logoped. (Klenková, 2006)

Ontogenetický vývoj řeči začíná již v prenatálním období, kdy zhruba ve dvacátém týdnu těhotenství se začíná vyvíjet vnitřní ucho a začínají být u plodu patrné reakce na zvuky. Pokud je při vývoji sluch poškozen, vývoj řeči je narušen nebo následně neprobíhá vůbec. (Kejklíčková, 2016)

Vlastní vývoj řeči má několik stádií:

- *stadium emocionálně* – volní začíná kolem 1 roku života dítěte, kdy dítě začíná používat jednoslovné věty, vznikající opakováním slabik (mama, tata), dítě používá především podstatná jména a onomatopická citoslovce.
- *egocentrické stadium* – (období 1,5–2 let věku dítěte) dítě samo opakuje slova, nastává věk prvních otázek Co? Kdo, dítě tvoří dvojslovné věty, avšak bez správné gramatické struktury
- *stadium řeči asociačně-reprodukční* – slova mají pojmenovovací funkci
- *stadium rozvoje komunikační řeči* - (období 2–3 roku života dítěte) pomocí řeči dítě dosahuje drobných cílů
- *stadium logických pojmů* – (období 3 let věku dítěte) dítě zvládá kolem 1000 slov a dokáže pojmenovat předměty denní potřeby, orientuje se ve slovech den a noc. A zároveň se mohou vyskytnout vývojové obtíže v řeči například opakování hlásek, slabik nebo slov a také neplynulost řeči.
- *stadium intelektualizace řeči* - (období 4 roku života dítěte – dospělost) – vývoj logické řeči

(Klenková, 2012)

Kejklíčková (2016) zmiňuje, že pokud je vývoj řeči opožděn nebo přetrvává-li vadná výslovnost hlásek, je na místě dítě odborně vyšetřit. Především je nutné vyšetření sluchu a intelektu. Řeč je vázána na funkci a činnost levé hemisféry a pokud je tato hemisféra nějak postižena, dochází k poruchám řeči. V souvislosti se syndromem se nejčastěji setkáváme s opožděným vývojem řeči, vývojové dysfázii, artikulační neobratnosti, dyslalií, koktavostí a také breptavostí, a to až u 52 %, jak uvádí Černá (Černá, 1999).

2.2 ADD/ADHD a poruchy učení

Porucha učení je ovlivněna převážně poruchou pozornosti, krátkodobou pamětí a percepcí, ale velmi zřídka dochází i k poruchám integrace. (Serfontein, 1999)

Dyslexie – jedná se o specifickou poruchu v oblasti čtení. Čtení je pomalé, namáhavé, neplynulé, vyskytují se problémy s intonací a melodií věty. V případě dětí s ADD se projevuje problém s udržením paměti, děti si pamatují konec nebo začátek textu, střední část si nepamatují. Také produkce textu bývá chaotická a bez logické posloupnosti. Zde se projevuje i ovlivnění čtení způsobené poruchou řeči. Chyby ve čtení způsobuje chybná výslovnost. Problém činí i artikulační neobratnost. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

V případě dyslexie se projevuje velká chybovost až defektní čtení, kdy dítě přečte v textu 6-10 % slov chybně. (Zelinková in Ženatová, 2016)

Nejčastěji jsou zaměňována písmena, která jsou si tvarově podobná, např. b-d, a-e, m-n. Problém činí také písmena sobě zvukově podobná jako jsou t-d a sykavky. Příčinou mohou být poruchy sluchového nebo zrakového vnímání, nesprávná artikulace, chybně utvořené spoje mezi hláskou a písmenem, a nezvládnuté tvary písmen. (Zelinková, 1994)

„Když dítě například soustavně čte namísto „luk-kul“, není pravděpodobně problém v soustředění a zapamatování, ale v následné kategorizaci a zařazování, při němž dojde k obrácení pořadí hlásek. Podobně třeba slovo „hlad“ může dítě nesprávně slyšet jako „chlad“, hlásky „h“ a „ch“ mají totiž takřka stejnou zvukovou frekvenci a není snadné je rozlišit.“ (Serfontein, 1999, str.66) V tomto případě hovoříme o jevu označovaný jako „porucha sluchového vnímání“.

Dopady dyslexie na proces učení mohou být psychosomatické obtíže, jako bolení hlavy, nevolnost nebo také zadržávání v řeči. Dítě má obtíže všude, kde závisí výkon správném čtení a práci s textem, vytažením informací z textu. S obtížemi se nesetkávají pouze v předmětu čtení, ale také v jiných vyučovacích předmětech, kde je nutno pochopit smysl textu. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Snížená je také schopnost učit se čtením a stejně náročné je i pořizování zápisků z textu. Pomoci dětem zvládat projevy dyslexie je např. volit kratší texty ke čtení, hlasité čtení zkoušet individuálně, a ne před třídou, využívání kompenzačních pomůcek jako je okénko, záložka, pomoc s vyznačováním důležitých informací v učebnici, nebo navyšovat čas na čtení a kontrolovat také porozumění čteného textu (Ženatová, 2016)

Dysgrafie – tomto případě se jedná o specifickou poruchu grafického projevu, týkajícího se nečitelného písemného projevu, s tím, že si dítě těžce pamatuje písmena a obtížně je napodobuje. Příznaky pozorujeme především při psaní diktátů. (Zelinková, 1994)

Asi největší problém je v tom, že dítě musí utřídit řadu hlásek, které si musí zapamatovat a následně napsat. Při této činnosti musí zapojit koordinaci jemné motoriky, ale také senzomotorickou koordinaci oko-ruka. Psací potřeby drží tzv. opičím způsobem nebo mají vysunutý palec přes ukazováček, a to v pravém úhlu. (Serfontein, 1999)

Žáci s ADD/ADHD nejvíce bojují se psáním, v této oblasti jim dělají potíže chybovost v pravopise, interpunkci a obtížemi v psaní velkých písmen. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Serfontein (1999) a Jucovičová a Žáčková (2015) se shodují, že písmo ADD/ADHD dětí je neupravené, kostrbaté, s různou velikostí jednotlivých psaných písmen, projevuje se nesprávný sklon písmen, způsobený špatným úchopem psacích potřeb, kdy vrchol tužky je nakloněn směrem k rameni dominantní ruky a je patrný tlak vyvíjející na psací pomůcku. Udržení písma na řádku bývá také jedním z problémů. Dysgrafie se projevuje především v nejistém, namáhavém, neobratném průběhu psaní. Proces psaní je pomalý a při časovém tlaku nebo v případě dlouhého textu se zvyšuje jeho chybovost. Písmo bývá špatně čitelné až nečitelné. V případě pomoci dítěti je možné kopírování zápisků, krátká cvičení a neméně důležitým prvkem ve zvládnutí problémů s dysgrafií jsou uvolňovací cviky, při kterých dochází k uvolňování svalového napětí. (Ženatová, 2016)

„Velmi častá je i zvýšená chybovost při psaní – dochází k záměnám tvarů podobných písmen, např. m-n, o-a, r-z, l-k-h, j-p, S-L-Z apod. Vyskytují se i záměny tvarově podobných číslic (7-4, 3-8, 3-5, 6-9 apod.).“ (Jucovičová, Žáčková, 2015, str.16)

Dysortografie – se projevuje záměnou krátkých a dlouhých samohlásek, nerozlišování slabik dy-di, ty-ti, ny-ni, vynechávají hlásky, nebo naopak je přidávají. (Zelinková, 1994) Při opravě dysortografických chyb je vhodné používat zelenou barvu, protože výrazné barvy použité při opravování psaného textu podporují chybné zafixování napsaného slova. Důležité je trénování v rozlišování dlouhých a krátkých samohlásek (psaní diakritických

znamének ihned po napsání písmene), rozlišování slabik dy-di, ty-ti, ny-ni (naučit žáka porozumět tomu, v jaké pozici se nachází jazyk při vyslovování slabik, zda na měkkém patru či tvrdém patru), rozlišování sykavek, nácvik rozeznávat hlásku ve slově pomocí sluchu.

Dyskalkulie – je porucha matematických schopností, kdy projevem bývá neschopnost uskutečňovat matematické operace. Nesnáze jsou patrné také v prostorové a pravolevé orientaci. (Zelinková, 1994)

Dyskalkulie se vyskytuje přibližně u 20 % dětí s ADD. (Serfontein, 1999).

Dyskalkulie zasahuje také do jiných předmětů např. fyzika, chemie, ale i do výuky zeměpisu, kde se dítě setkává s určováním souřadnic. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Další problém ve školním prostředí dětem dělá střídající se konverzace nebo diskuze v rámci třídy. Zde se právě projevuje závažně porucha pozornosti, kdy se dítě nedokáže soustředit na probírané téma. (McAller Hamaguchi, 2010)

2.3 Narušená komunikační schopnost u osob s ADD

Porucha ADD ovlivňuje u dětí a dospělých i řeč. „*Opožděné zrání nervové soustavy způsobuje různé typy a stupně dysgnózie, tedy nesprávného zpracování přijaté informace – projevuje se to jako kvalitativní i kvantitativní nedostatky ve slovní zásobě (přesnost významu slov i jejich množství). Časté jsou i další nedostatky (dysfázie). Nedostatky ve smyslovém vnímání a motorice mají za následek i často úporné poruchy výslovnosti. Také tumultus (breptavost) je způsobena nedostatky ve funkci mozku, stejně jako některé typy koktavosti.*“ (Kutálková, 2009, str.169)

Je nutné těmto dětem věnovat zvláštní pozornost, protože porucha výslovnosti dětem komplikuje výuku především v českém jazyce. Hlásky špatně vyslovuje, ale také je nesprávně čte a většinou je také špatně píše. Hlásky píše chybně přesně tak, jak je vyslovuje (např.-l, s-š apod.) Porucha je také zřejmá v artikulaci a děti jsou tzv. artikulačně neobratné. Mají problém s vyslovováním obtížnějších slov, například ve shlučích samohlásek (čtvrtek), problémy jim činí i delší slova (lokomotiva) a samozřejmě také slova cizí. Omezená je i slovní zásoba, děti mohou chrlit neskutečné množství slov, ale řeč je obsahově chudá. Při komunikaci s dítětem, které má ADD nám může připadat, že každý z komunikačních partnerů mluví o něčem jiném. Důvodem toho je porucha percepčních a fonematických funkcí, dítě není schopno zaznamenat to, co mu říkáme. Dalším problémem je porucha v koncentraci pozornosti, kdy pozornost kolísá a může dojít k výpadku pozornosti a tím pádem i informace, kterou dítěti sdělujeme. Problém

činí i porucha krátkodobé paměti, zejména sluchové. Pokud informace byla do krátkodobé paměti zapsána pouze částečně, ve střednědobé paměti nebo paměti dlouhodobé se informace projeví jako zkreslená nebo neúplná. Dítě také kvůli snížené empatii nepochopí, to, co je od něj očekáváno, a to zvláště v případech, kdy nemluvíme konkrétně. Impulzivita se projevuje v oblasti řeči tak, že skáčou do řeči a impulzivně reagují jen na část informace, která je mu sdělována, většinou na začátek rozhovoru. V neposlední řadě se u těchto dětí projevuje zvýšená afektivita a nízká frustrační tolerance, kdy na zcela neutrální pokyn „uklid' si na stole“ reagují emotivně někdy až afektivně. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Škodová (2003) zmiňuje, že ke správnému vývoji řeči jsou nutné podmínky jako jsou nepoškozená centrální nervová soustava, intelekt v normě, normální sluch, také vrozená míra nadání pro jazyk a v neposlední řadě adekvátní sociální prostředí, jako stimulace k řeči. Samotnou narušenou komunikační schopnost je nesnadné definovat, jelikož je nesnadné již vymezení normality.

Dle Klenkové (2006) nelze za narušenou komunikační schopnost považovat určité projevy, jako jsou fyziologické jevy. Například u dětí ve věku 3. – 4. let se může vyskytnout fyziologická neplynulost neboli dysfluence. Dále za narušení komunikační schopnosti nemůžeme považovat fyziologický dysgramatismus, nebo nesprávnou výslovnost, vynechávání nebo záměnu hlásek v období tzv. fyziologické dyslalie.

Zelinková (1994) poukazuje na to, že poruchou výslovnosti má 40 až 50 % dětí, které nastupují do prvních ročníků základní školy. Zároveň zmiňuje, že tyto děti mají snížený cit pro jazyk, tedy že dítě má sníženou schopnost přesně ovládat mluvnická pravidla, a to bez jejich teoretického osvojení.

U dětí s ADD se vyskytuje až 52 % výskyt artikulační dyspraxie. Je to postižení řečové motoriky, kdy dítě není schopno artikulovat a koordinovat mluvidla. Jsou pro ně obtížná slova jako např. nejnebezpečnější, paroplavba apod. (Zelinková, 2003)

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“ (Lechta a kol., 2003, str.17)

NKS může být vrozená vada řeči nebo jako získaná porucha řeči. Zároveň může být jako příznak jiného dominujícího postižení. (Lechta a kol., 2003)

Podle Klenkové (2006) mohou být příčiny v období:

- prenatalním, tedy v období vývoje plodu a před narozením
- perinatálním, v období průběhu porodu
- postnatální, v období po narození dítěte

Symptomy opožděného vývoje řeči s ohledem na věk rozlišuje Škodová (2003) takto:

- a) *fyzilogickou nemluvnost* – toto období trvá asi do konce prvního roku. Jedná se o přípravnou fázi vývoje řeči.
- b) *prodlouženou fyziologickou nemluvnost* – ve větách začíná intaktní dítě mluvit mezi 2. a 3. rokem. Jestliže dítě nevykazuje na základě vyšetření odborníků poruchu sluchu, opoždění duševního vývoje, postižení motorických funkcí, nebo nejsou-li porušeny mluvní orgány a prostředí je podnětné a stimulující, jedná se o prodlouženou fyziologickou nemluvnost.
- c) *vývojovou nemluvnost* – je patologická. Je nutné rozlišit, zda se jedná o vývojovou nemluvnost nebo nemluvnost získanou (na neurotickém základě nebo na základě organického poškození mozku).

V případě opožděného vývoje řeči v rámci logopedické péče je vhodné rodičům doporučit ideální postup při podněcování psychomotorického a řečového vývoje. Vhodné je také dítě zařadit do kolektivu v mateřské škole. Rodič by měl podněcovat dítě k řeči a poskytovat mu správný mluvní vzor. Dále je nutné rozvíjet sluchovou a zrakovou percepci, stejně jako schopnost sluchové diferenciacce, rozvíjet rozumění řeči a slovní zásobu. U těchto dětí zároveň rozvíjíme jemnou a hrubou motoriku a motoriku mluvních orgánů. (Klenková, 2006)

2.4 Dyslalie

Dyslalie neboli patlavost patří mezi nejčastější druh narušené komunikační schopnosti. Je to porucha, která se projevuje vadnou výslovností hlásek, jejich vynecháváním nebo zaměňováním. Vyskytuje se ve všech věkových kategoriích. (Krahulcová, 2013)

Dyslalie se řadí do skupina narušení článkování řeči. (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012)

Dle MKN 10 je dyslalie zařazena jako specifická porucha artikulace řeči (F80.0), kdy uvádí, že dítě používá řeč pod úrovní svého mentálního věku, přestože je řečová dovednost na normální úrovni. (MKN-10, 2024)

Podle MKN 11 spadá pod kód 6A01 vývojové poruchy řeči nebo jazyka. (MKN-11, 2024)

Výskyt dyslalie v období kolem 4 roku života dítěte je 60 %, u dětí v první třídě se dyslalie vyskytuje u 40 % dětí. O 9. roku se výskyt dyslalie snižuje na 10 %. V produktivním věku se vyskytuje u 8 % lidí. (Krahulcová, 2013)

Kejklíčková (2016) upozorňuje nato, že se dyslalie vyskytuje častěji u chlapců než dívek, a to v poměru 4:1.

Pospíšilová (2023) rozlišuje dyslalii podle toho, která hláska je pro dítě problematická a činí mu potíže na sigmatismus, kdy je problematická tvorba sykavek (S, C, Z a Š, Č, Ž), rotacismus, zde se jedná o vadnou výslovnost hlásky R, lambdacismus je chybné tvoření hlásky L, rotacismus bohemicus chybné vyslovování hlásky Ř, gamacismus je chybné tvoření hlásky G a kappacismus a v tomto případě jde o nesprávnou výslovnost hlásky K.

Dítě může hlásku zcela vynechávat v tomto případě se jedná o monogilalii, kdy slovo „tráva“ vyslovuje jako „táva“. Může hlásku nahrazovat jinou hláskou a zde se jedná o paralalii a slovo „tráva“ bude dítě vyslovovat jako „tláva“. (Škodová, 2003)

Rozlišujeme fyziologickou dyslalii, která je zcela přirozená. Je způsobená nejruznějšími odchylkami od slyšeného řečového vzoru, způsobené nedokonalostí sluchového vnímání jiných i sebe, a ještě neobratnou motorikou mluvidel dítěte. Nesprávná výslovnost se může spontánně upravit do konce pátého roku dítěte. Někdy i později. „Vadná výslovnost neboli dyslálie je přetrvávající odchylka výslovnosti jedné nebo více hlásek, kterou můžeme označit za vadný mluvní stereotyp – z hlediska zvuku hlásky, mechanismu či místa a způsobu jejího tvoření nebo obojího.“ (Krahulcová, 2013, str.128)

Pod termínem dyslálie se propojuje fonetická a fonologická úroveň řeči. V případě poruchy ve fonologické úrovni jde o to, že pro dítě je obtížné se naučit systém používání hlásek. Nedostatky ve fonologické úrovni nesouvisí s inteligencí dítěte. Problémy se odrážejí především v neschopnosti artikulovat zvuk řeči – porucha fonetická, v rámci fonémické poruchy ukazují na způsob, jakým dítě uchovává informace o zvuku řeči, jak je získává a jak si je vybavuje. Ve fonologické úrovni si dítě neosvojilo pravidla ke zvládnutí jednotlivých zvuků při tvoření slov, zde se jedná o poruchu na jazykové bázi.

(Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012)

Příčiny dyslalie jsou zejména tyto:

- dědičnost (projevující se v rámci artikulační neobratnosti, vrozené řečové slabosti, dědičnost narušené komunikační schopnosti se projevuje i u příslušníků rodiny, obzvláště u otce);
- vrozené dispozice (postižení centrálního nervového systému, postižení zraku nebo sluchu);
- nesprávný mluvní vzor, nedostatek stimulace ke komunikaci;
- patologie mluvních orgánů (v oblasti dýchání, fonace, artikulace, vadný skus, ale i obrny v oblasti jazyka nebo rtů...). (Škodová, 2003)

Krahulcová (Krahulcová, 2013) dále uvádí, že výskyt dyslalie je kolem 4.roku dítěte zastoupen až v 60 %.

U předškoláků se vyskytuje ve 40 % a v první třídě se dyslalie vyskytuje ve 25 %, a to převážně u chlapců. (Poruchy řeči – praktický pohled v ordinaci pediatra, 2015)

Dyslalii dále můžeme dělit podle místa poškození, a to na akustickou, která vzniká při vadách a poruchách sluchu nebo centrální – vzniká při poruchách CNS. V případě různých anomáliích v oblasti zubů se jedná o dyslalii dentální a při defektech v oblasti rtů labiální. Pokud se vyskytují anomálie v oblasti patra jedná se o dyslalii palatální. Může se vyskytnout také anomálie v oblasti jazyka, která brání správné výslovnosti, a ta se nazývá linguální. (Škodová, 2003)

Každá hláska má svůj fonetický vývoj.

Dvořák (1999) zmiňuje, že dítě by ve věku 3 let mělo správně vyslovovat všechny samohlásky, také dvojhlasiku ou, a ze souhlásek uvádí – p, b, m, t, d, n, k, g, j, ch, h. Ve 4 roce života by dítě mělo zvládnout napodobit fyziologicky hlásky v, f, d', t', ň. A v pěti letech zbytek hlásek (l, s, z, š, ž, c, č, r, ř).

Tabulka č. 2 Přehled fyziologického vývoje artikulace jednotlivých hlásek (vlastní zpracování dle Bendové, 2011, str.12)

Věk dítěte	Vývoj artikulace
1-2,5 roku	b, p, m, a, o, u, i, e j, d, t, n, l – artikulační postavení se vyvíjí po třetím roce a je základem pro vývoj hlásky r
2,6-3,5 roku	au, ou, v, f, h, ch, k, g
3,6-4,5 roku	bě, pě, mě, vě, d', t', ň
4,6-5,5 roku	č, š, ž
5,6-6,5 roku	c, s, z, r
6,6-7 let	ř a diferenciaci č, š, ž, c, s, z

Dvořák (1999) dodává, že vytváření hlásek mluvidly neboli artikulace má tři základní fáze a to:

1. Intenze – nastavení mluvidel k vyvození hlásky
2. Tenze – udržení mluvidel v postavení při vyslovování hlásky

3. Detenze – jedná se o závěrečnou fázi, kdy dochází k povolení napětí v oblasti svalstva mluvidel

Krahulcová (2013) upozorňuje na důležité zásady a principy při vyvozování a korekci hlásek, a to:

1. zásada pozitivního přístupu
2. zásada krátkodobého cvičení – doporučuje se cvičit od 3-5 minut, maximálně však 10 minut, a střídání soustředění s relaxací
3. zásada častého cvičení – logopedické cvičení by měla opakovat několikrát denně, pro zvýšení lepšího výsledku
4. zásada zpětné vazby – probíhá formou sluchové a zrakové kontroly a kinestetické kontroly
5. zásada motivace – motivované navození zájmu dítěte
6. zásada využívání pomocných hlásek – využívání podobného mechanismu tvoření
7. zásada minimální akce nebo psychofyzické relaxace – přepjetím výkonu dítěte můžeme docílit k opětovnému sklouzávání k vadným mluvním stereotypům. Je potřeba diferenciačního útlumu, kdy navodíme relaxaci, tělesné či duševní uvolnění.
8. zásada individuálního přístupu – každé dítě je jiné a práce s ním vyžaduje jiné tempo a průběh terapie při vyvozování hlásek

Nesprávná výslovnost některých hlásek může být způsobena nedostatečnou vyzrálostí. Pokud ale nesprávná výslovnost přetrvává nebo je nesrozumitelná, je doporučeno rodičům navštívit logopedickou poradnu. Jelikož neodborný nácvik vyvozování správné výslovnosti rodičem, může řeč dítěte ještě poškodit. (Zelinková, 2003)

Péče o děti s dyslalií by měla začít již v předškolním věku, aby dítě, které přichází do školy zvládlo vyslovovat všechny hlásky. Jelikož nesprávná výslovnost a diferenciací hlásek poté činí dítěti potíže ve čtení, skládání a psaní slov. (Klenková, 2006)

Logopedická reedukace výslovnosti má několik etap: etapa přípravná a vyvozovací, etapa upevňovací a etapa závěrečná neboli automatizační. Novou hlásku vyvozujeme několika způsoby. A to buď z hlásky podobné místem nebo mechanismem tvoření neboli substituční metodou. Přímoou metodou, prostřednictvím které využíváme zrakové a sluchové napodobování. Nepřímoou metodou, pomocí vyvozování hlásek zejména přírodními zvuky, nebo zvuky z okolí dítěte (např. malý traktor dělá tttt tttt, velký traktor dělá dddd dddd, kravička dělá bů bů bů, apod.) Jako další způsob vyvozování hlásky můžeme uvést mechanické metody, při nichž se využívá nejrůznějších pomůcek a přístrojů, např. špátlí, válečků, logopedických sond aj. (Krahulcová, 2013)

Při práci učitele s dítětem, které má dyslálii je potřeba, aby pedagog měl základní informace o tom, co dyslálie je a jaké problémy dítěti způsobuje. Dítě by mělo mít v osobnosti učitele hodnotný mluvní vzor. Neocenitelná je i pomoc rodičů, kdy by měli učitelé sdělit v jaké fázi logopedické terapie se s dítětem nacházejí. Učitel by měl v souvislosti s dítětem s dyslálií mluvit s celou třídou a vysvětlit jim, že každý má nějaké hranice a nedostatky, se kterými se potýkají, jde vlastně o primární prevenci případné šikany nebo vyčleňování dítěte z kolektivu. Zároveň by neměl učitel upozorňovat na problémy dítěte s dyslálií přehnanou lítostí a zároveň by neměl přehlížet problémy s ní spojené. Je možné, že se budou problémy spojené s dyslálií odrážet i v činnostech, které vyžadují správnou výslovnost, a to jak ve psaní, tak i čtení, v tomto případě by se měl pedagog obrátit na speciálního pedagoga či se spojit s logopedem a poradit se o dalším vhodném postupu práce s dítětem. Rozhodně by neměl učitel dítě v řeči opravovat, zvláště před jinými dětmi, protože dítě může začít mít strach z mluvení, protože se bojí posměchu. Vhodné je podporovat dítě prostřednictvím obrázků nebo fotografiemi, které pomůžou dítěti porozumět novým informacím. (Janderková, 2016)

2.5 Balbuties

Koktavost (jinak také balbuties) patří mezi nejtěžší a nejnápadnější narušení řeči. Tato porucha má nepříznivý dopad na osobnost člověka, a to zejména v oblastech vztahů, psychiky, školní a pracovní adaptace. (Škodová, 2003)

„Koktavost (balbuties) je porucha plynulosti mluvy způsobená nadměrnou aktivitou až křečí artikulačního, někdy i respiračního a fonačního svalstva.“ (Kejklíčková, 2016, str. 90)

Dle MKN 10 je balbuties uváděno pod F98 Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání pod kódem F98.5 Koktavost (zadržávání v řeči). Zde je koktavost popisována jako řeč, která je typická opakováním nebo prodlužováním slabik a slov. S výskytem častých zaváhání a pauzami, které způsobují plynulý rytmický tok řeči. (MKN-10, 2024)

Podle MKN 11 spadá pod kód 6A01.1 vývojová porucha plynulosti řeči. (MKN-11,2024)

U poloviny pacientů s koktavostí byly také prokázány prvky ADD/ADHD, a to nejčastěji u skupiny pacientů do 15 let. S výskytem u obou pohlaví. Zhruba u 2 % z těchto pacientů byly zaznamenány také epilepsie, tiky i když záchvat epilepsie ještě neměli a nemusí se u nich projevit ani v budoucnosti. Při metodě SPECT, která sleduje průtok krve

v jednotlivých částech mozku, bylo zjištěno, že u dětí s ADD/ADHD jsou patrné nepravidelnosti v činnosti mozku. (Kejklíčková, 2016)

Conture (in Lechta, 2010) odhaduje, že se koktavost vyskytuje u 10–20 % dědí s ADD/ADHD.

Existuje několik teorií vzniku koktavosti. Dříve se uvádělo, že balbuties může vznikat na základě reakce na určitou situaci, reakce na nepříjemné zážitky (leknutí, dítě vidělo něco traumatizujícího) a strach z mluvení. Tato teorie je však již překonána. Při koktavosti se mohou v některých případech vyskytovat i somatická onemocnění. (Škodová, 2003)

Příčiny koktavosti mohou být:

- dědičnost – kdy v minulosti bylo udávána nejčastější pravděpodobnost okolo 40–60 %, nyní Richels a Conture (in Lechta, 2010) uvádí 70 % případů, kdy alespoň jeden člen rodiny dítěte s balbuties se také zakoktával a poukazuje také na možný výskyt baltuties u dětí s ADD/ADHD. Genetické výzkumy dále poukazují na pravděpodobnost, že koktavost může způsobovat gen na 18. a částečně i na 13. chromozomu. (Lechta, 2010)
- biochemické faktory – zřejmě v souvislosti neurotransmiteru dopaminu a poruchou metabolismu enzymu lysozomu (Lechta, Králíková, 2011, 2012)
- morfologické změny ve strukturách CNS (Bendová, 2011)
- elektrická aktivita mozkových hemisfér, kdy pravá hemisféra je hyperaktivní i v případě, kdy by být aktivní neměla, a naopak levá hemisféra je současně hypoaktivní (Lechta, 2010)
- vliv sociálního prostředí – reakce dítěte na snahu rodičů o to, aby plynule mluvilo
- psychické procesy – spíše násobí a upevňují faktory koktavosti. (Lechta, 2010)

Psychická tenze zahrnuje, že dítě je znepokojené, pociťuje tíseň a psychický neklid. Lechta (2011) dále používá na vysvětlení psychické tenze metaforu s ledovcem. Zde popisuje, že při pohledu na pomyslný ledovec vidíme jen část nad vodou, což je pro nás neplynulost řeči a nadměrná námaha, ale větší část, ukrytou pod vodou nevnímáme, nevidíme, a to je právě část psychická tenze. A to z důvodu, že dítě ji bezprostředně neprojeví, neumí rozeznat a popsat slovy nebo ji vzít na vědomí. Psychická tenze je pro dítě s koktavostí mnohem bolestnější než samo koktání. (Lechta, Králíková, 2011, 2012)

Nadměrná námaha, jejíž míra může kolísat podle počtu posluchačů, únavě aj., se projevuje viditelným fyzickým úsilím překonat blok projevující se v artikulaci, který může být

zjevný na mimice, kdy dítě používá různé grimasy, přehnaně gestikuluje nebo se kolébá za strany na stranu apod. (Lechta, 2011)

Dalším a zároveň nejzřetelnějším symptomem je dysfluence. Může se projevit v opakování částí slov, slabik, slovních zvrátů, prolongaci hlásek/slabik, interjekci hlásek/slabik/slov/ slovních zvrátů, mohou se vyskytnou tiché pauzy, které jsou v řeči nápadné a nesprávně umístěné, přerušování slov, nekompletními slovními zvraty a častými opravami. (Lechta, 2011)

Na základě těchto příznaků dělíme dysfluenci na repetici, prolongaci a interjekci.

Repetice je charakteristická tím, že dítě několikrát opakuje celá slova, obraty nebo slabiky např. „Já jsem já jsem já jsem byl doma.“ (Lechta, 2010)

Prolongace je typická v tom, že ji „předchází velmi nepříjemné zablokování v proudu řeči.“ (Lechta, Králíková, 2011, 2012) Je pokládána za těžší příznak než repetice. Příkladem: Pppproč se pppptáš? Opakování se obvykle často vyskytují u závěrových souhláskách P, T, K, M, B. (Lechta, Králíková, 2011, 2022) Interjekce, dříve označována jako embolofinie, je případ, kdy balbutici používají tzv. slovní vmetky, ať už vědomě či nevědomě, např. „já hm...hm mám problém“. (Lechta, 2010, str.102)

Mezi základní symptomy Bendová (2011) řadí narušení dynamiky řeči, nadměrnou námahu a psychickou tenzi. Vyskytují se různé druhy dysfluence, dysprozódie a parafrázie.

K překonávání tonů na sebe osoby s balbuties upozorňují i mimovolnými pohyby.

Vnitřní příznaky se označují jako duševní stavy, kdy postižený má strach mluvit před lidmi, zvláště v situacích, které jsou pro něj důležité a emočně významné. Má strach z posměchu a pohledů, proto začíná mít strach, který se může rozvinout v logofobii.

(Škodová, 2003)

Rozlišujeme 4 stupně poruchy:

1. *vývojová dysfluence* – (v období 3–4 let) projevují se minimální příznaky (zejména ve stresových situacích), neprojevují se žádné nápadné projevy nadměrné námahy ani psychická tenze.
2. *incipientní koktavost*– (v období 5–7 let) problémy jsou již zřetelné a projevují se i v obvyklých komunikačních situacích, jsou viditelné lehké nebo střední pohyby mimického svalstva, občasné uvědomění si obtíží
3. *fixovaná koktavost* – (okolo 7–13 roku dítěte) projevují se výrazné příznaky, objevují se viditelné a časté spasmy řečových orgánů (napětí, bojování se slovy), rozpaky, vyhýbavé chování a také se projevuje situační strach

4. *chronická koktavost*– (od 14 let a více) vyskytují se nápadné křeče, které často úplně znemožňují komunikaci, mohou přejít až v logofobii, projevy silné frustrace, upřednostňování psané formy komunikace. (Lechta, 2011)

Obr. 1 Model koktavosti dle Lechty (Lechta, Králíková, 2011, 2022, str.41)



Model koktavosti popisuje kompletní klinický obraz, v němž můžeme pozorovat příznaky neplynulosti, nadměrné námahy a psychické tenze, které se projevují při potřebě hovořit. (Lechta, Králíková, 2011, 2022)

Terapie při koktavosti může mít několik forem. Psychoterapii musí provádět klinický psycholog s hlubokými znalostmi v oboru. Je založena na behaviorálních a psychoterapeutických metodách a vyžaduje spolupráci pacienta. Je však obtížné ji aplikovat u malých dětí, které k tomuto postupu nemají určitou intelektovou úroveň. (Škodová, 2003)

Psychoterapie je využívání speciálně psychoterapeutických postupů, zaměřujících se na odstranění psychoneuróz. Kdy se především dbá na obnovení schopnosti radovat se ze života, navazování kontaktů. Dále druhým cílem psychoterapie je reedukace mluvy, resocializace a v neposlední řadě rozvoj osobnosti pacienta. (Kejklíčková, 2016)

Medikamentózní terapie je zaměřená na sekundární projevy a nemůžeme spoléhat, že odstraní všechny příznaky. Používá se především kvůli účinkům zmírňujícím úzkost, zmírnění logofobie a k snížení napětí svalů, spasmů. (Škodová, 2003) Nejčastěji se používají antiepileptika jako například klonazepam a psychofarmaka, zde můžeme uvést léky jako je guaifenesin nebo maprotilin. V současnosti se nejvíce používají nootropika, která působí jako výživa mozku, aktivují a vyživují mozkové tkáně. (Kejklíčková, 2016)

Natke (in Lechta, 2011) upozorňuje spíše na tzv. placebo efekt při užívání farmakoterapie, v zásadě se nepotvrdil jednoznačný efekt ovlivnění řeči balbutiků a většina z léčiv má i závažné vedlejší účinky.

Pomocí řečového tréninku prostřednictvím řečových cvičení, jako další formy terapie je navození plynulosti řeči a správného dýchání při mluvení. (Škodová, 2003)

V dnešní době se u nás nejčastěji používá kombinace výše uvedených forem terapie

Lechta (2011) prosazuje a doporučuje přednostně logopedickou péči u dětí v rozpětí 2–8 let věku. Léčba závisí na týmové spolupráci klinického logopeda, lékaře – foniatra, psychologa.

Asociace klinických logopedů České republiky popisuje znaky, které by měly přimět rodiče k návštěvě klinického logopeda, a to v případech, že dítě často a vícenásobně opakuje slabiky, protahuje začátky slov, dítě není schopno slovo vůbec vyslovit. Další pozornost by rodiče měli věnovat tomu v případě, že zadržávají se dítě je chlapec a v rodině se již některý člen s koktavostí vyskytuje. Stav koktavosti se zhoršuje a projevuje se i v chování dítěte. Logoped provede důkladnou diagnostiku a doporučí rodičům další postup léčby. Rodič je důležitou složkou procesu léčby koktavosti, měl by pro dítě vytvořit pocit ochrany, neokřikovat dítě, když se zadrhne, ani ho neupozorňovat na to, že se zadrhlo, nezahlcovat dítě velkým množstvím otázek, nenutit ho k mluvení. Zároveň by se mělo s dítětem o jeho problému mluvit, ale dát mu najevo porozumění, pochopení, podporu a pocit bezpečí. (Koktavost/Balbuties u dětí, 2024)

Součástí logopedické terapie jsou dechová cvičení, tzv. oromotorická cvičení, kdy si s dítětem procvičujeme hybnost rtů a jazyku. Důraz se klade na zpomalení řeči zhruba na hodnotu pohybující se kolem 90 slabik za 1 minutu. Zaměřujeme se také na mluvení tišším a nižším hlasem, a naopak se vyhýbáme tvrdým hlasovým začátkům. Tvoříme s dítětem kratší věty a učíme se zastavovat a tvořit pomlky nebo pauzy v mluveném projevu. Dítě by mělo terapeuta napodobovat a využívat rytmizaci. (Janderková, 2016)

Koktavost se nesmí trestat. A je dobré se vyhýbat extrémnímu rozrušení, a to i pozitivnímu. Není také dobré zavádět neočekávané změny životosprávy a není vhodné vést před dítětem důležité rozhovory, které se ho týkají. (Škodová, 2003)

Pokud se učitel ve své třídě setká s dítětem, které má koktavost, měl by citlivě a s přihlédnutím k jejich věku vysvětlit ostatním dětem ve třídě, že jejich spolužák potřebuje více času na to, když chce něco sdělit a v případě posměchu ze strany spolužáků rázně zakročit.

Není vhodné uhýbat očima, když se dítě zadrhne, naopak je vhodné udržovat s ním oční kontakt. Zároveň může učitel dítěti pomoci se čtením například, že si dítě text doma nejdříve připraví anebo čtením ve dvojicích, tato metoda je vhodná i pro děti se specifickými poruchami učení. Pedagog by neměl zařazovat metody vyžadující rychlou a přesnou odpověď v případech soutěží apod. Děti s koktavostí naopak potřebují začlenění prvků rytmicizace, vytleskávání anebo zařazení různých pohybových aktivit. Učitel by měl být pro dítě jistotou, neměl by jeho potíže zveličovat a upozorňovat na něj, ale také by neměl jeho obtíže přehlížet. Vztah mezi učitelem a dítětem s koktavostí by měl být otevřený a založen na důvěře. (Janderková, 2016)

2.6 Tumultus sermonis

Tumultus sermonis nebo také jinými slovy breptavost byla dlouho považována za neurózu řeči. Dnes je toto tvrzení již vyvráceno. (Klenková, 2006)

„Breptavost (tumultus sermonis) je porucha tempa a řeči. Mluva je velice rychlá, překotná, s častým přeříkáváním, nedbalou artikulací, komolením slov, zejména delších, někdy „polykáním“ částí slov. U dlouhých slov se projevuje zrychlením a stíráním slabik uvnitř slova (tzv. interverbální akcelerace), takže slova a někdy i věty se stávají ztěžně srozumitelnými.“ (Kejklíčková, 2016, str.108)

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize zařazuje breptavost do (F98) Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání pod kód F98.6 a charakterizuje ji jako rychlou řeč s přestávkami, u které se neprojevuje opakování a váhání v mluvním projevu. Přesto bývá mnohdy až nesrozumitelná. *„Řeč je nerytmická s přeříkáváním, s rychlým, trhaným proudem slov, což obvykle vede k chybnému vyjadřování“.* (MKN-10, 2024)

Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize řadí breptavost pod MA81 Poruchy plynulosti řeči a kód 6A01.1 (MKN-11, 2024)

Jde o narušení komunikačních schopností, charakteristické tím, že v řeči se projevuje nosologická jednotka typická nápadných akcelerací řeči a daná osoba si ho neuvědomuje. (Klenková, 2006)

Asociace klinických logopedů České republiky uvádí, že se breptavost vyskytuje přibližně u 2,3 % dětí i dospělých. Její projevy se většinou začnou zaznamenávat až od 7 let věku dítěte. V zásadě se rozlišuje později, než je tomu například u koktavosti. (Breptavost/Tumultus sermonis, 2024)

Příčiny proč k breptavosti dochází zatím nejsou zcela úplně objasněny. Je zde možné opět uvést mezi etiologické příčiny dědičnost, organický podklad nebo charakter neurotický.

Je možné, že v případě breptavosti se může jednat o minimální organické poškození mozku v podkorové oblasti. (Klenková, 2006)

Podle Asociace klinických logopedů České republiky jsou příčiny vzniku breptavost zařazeny do tří modelů, a to teorie integrity CNS, zde panuje domněnka, že je projevena zřejmě problémy v bazálních gangliích. Druhý model je model schopnosti kognitivního zpracování, zde se pracuje s teorií, že jde o narušení pozornosti spojenou s hybností řečových orgánů a dále procesu zpracování řeči a současně kombinací těchto problémů. Třetí model předpokládá genetické zatížení, kdy je zaznamenána v poměru 4:1 možnost výskytu breptavosti u mužů. (Breptavost/Tumultus sermonis, 2024)

Podle Škodové (2003) jsou typickými příznaky zrychlení řeči, opakování až vynechávání slabik, porušená artikulace, porucha projevující se v dýchání, hlasové poruchy a také dysmúzie. V případě zrychlení řeči je typickým příznakem překotné tempo řeči. Pokud slovo obsahuje více slabik tempo řeči se ještě více zrychluje. Na akceleraci řeči navazuje opakování či redukce slabik. Při tak rychlém tempu řeči je pro dítě těžké přesné vyslovování hlásek, řeč je proto nepřesná až setřelá. Řeč je také narušena nápadnými šelesty, které doprovází časté vdechy mluvčího. Při nesouladu dýchání a fonace může dojít také k hlasové poruše a hlas působí jako zastřený s malou rezonancí. (Škodová, 2003)

Naopak Klenková (2006) příznaky breptavosti se dělí na tři úrovně. První úroveň se vztahuje k obsahu výpovědi, kdy je typická dezorganizace myšlení, bezobsažná řeč, dítě si neuvědomuje, že nějaký problém má. V druhé úrovni se setkáváme s problémem zahrnující formy výpovědi jako je například špatné formulování věty a její chudá skladba. Třetí úroveň se dotýká substance výpovědi tedy rychlého tempa řeči, častého opakování slabik, slov a vět, nebo výskytu nedostatečné artikulace a nestejnomyšného tempa řeči. (Klenková, 2006)

Velmi podstatné je i vyšetření pomocí EEG a EMG, kdy na základě EEG můžeme zjistit organickou podstatu breptavosti a EMG pomůže rozlišit, zdali se jedná o breptavost, či koktavost. Klenková (2006), Škodová (2003) a Kejkličková (2016) se shodují, že u pacientů je v obraze EEG až 50% pozitivní nález.

Diagnostiku opět provádí tým odborníků jako například neurolog, psycholog, foniatr, logoped a další odborníci. Asociace klinických logopedů ČR doplňuje, že diagnostika je postavena na především anamnestickém rozhovoru a jazykové schopnosti se vyhodnocují pomocí rozboru řeči, čtení, analýzy textu a vyšetřením pozornosti a motorických funkcí. (Breptavost/Tumultus sermonis, 2024)

Bendová (2011) zmiňuje, že důvodem pro navštívení logopedické poradny je, že se rodiče mylně domnívají, že se jedná o vadnou výslovnost dítěte, jelikož dítěti není často rozumět.

Lechta (in Škodová, 2003) poukazuje potřebu zaměřit svou pozornost i na rodinnou a osobní anamnézu z důvodu možnosti vlivů dědičnosti nebo souvislostí se syndromem ADD/ADHD a možné poruchy dominance hemisfér.

Metody využívané při diagnostice jsou rozhovor a testová vyšetření. Lechta (2003) určuje diagnostické postupy, které lze využít, a to volný rozhovor složený z krátkých otázek a odpovědí, při hlasitém čtení se hodnotí především zaměňování slov nebo slov, která jsou nahrazována jinými a opakování slabik v textu. Dalším diagnostickým postupem je i psaní například určitého počtu slov. Poté se zaměřujeme na napodobování (reprodukcí) vět od kratších po delší. Využívá se také recitace básniček a schopnost v oblasti zpěvu. Dále se vyšetřuje motorika dítěte.

V rozhovoru se projeví symptomy deformace obsahu, deformace formy a deformace substance. Pomocí rozhovoru vyšetřující zjistí i průběh vývoje řeči, podstatu sémantické, tak syntaktické a fonemické neplynulosti. Lze zjistit i druh míru postižení. (Klenková, 2006)

Je velmi důležité od sebe odlišit breptavost a koktavost. Hlavním důvodem je rozdílná terapie u koktavosti a breptavosti. Jelikož bývají často zaměňovány. (Škodová, 2003)

Dalším rysem breptavosti dle Bendové (2011) je zlepšení v řečovém projevu při čtení neznámého textu, kdy u dětí s koktavostí je tomu naopak, vykazují zhoršení. Mluvní projev dětí s breptavostí je bez logofobie. Tyto děti také mají bezstarostný postoj k vlastní řeči a většinou si neuvědomují narušení v této oblasti. Nemají ani strach při komunikaci v situacích, které pro ně nejsou obvyklé ani při komunikaci s cizími lidmi. Jsou extrovertní povahy. Ke zlepšení a zmírnění projevů dochází při soustředění pozornosti na řeč.

Kejklíčková (2016) také zmiňuje, že stavba odpovědi jedinců s breptavostí není správná, relaxace a uvolnění mají kladný dopad na řeč. Zatímco velmi často jsou abnormální souhyby a grimasy u těchto jedinců. Ve čtení dobře známého textu dochází k neplynulosti. Průběh poruchy dále Kejklíčková (2016) označuje jako stálý.

Terapie breptavosti je založena na správné technice dýchání, artikulování, regulace tempa a rytmu řeči, a jakým způsobem má pacient potlačovat její rychlost. (Klenková, 2006)

V případě, že se breptavost kombinuje s koktavostí, jako první se používá terapie koktavosti, pokud se jedná o dítě. U dospělého jedince s touto kombinací se jako první naopak začíná s terapií breptavosti. (Breptavost/Tumultus sermonis, 2024)

Stejně jako v případě koktavosti by měl učitel poskytovat žákovi správný řečový vzor a podporovat ho ve zpomalení tempa. V případě, že dítěti nerozumíme, povzbudíme ho k opakování, ale pomaleji. Opět můžeme zařadit jakékoliv rytmické čtení, využít čtení s okénkem nebo také členění řeči na takty. Zařazujeme dechová a fonační cvičení, zaměřujeme se i na motoriku dítěte. (Janderková, 2016)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Výzkumné cíle a otázky

Poměrně často se setkáváme s diagnózou ADHD, zatímco pro mnoho lidí je diagnóza ADD velká neznámá.

Hlavním cílem této diplomové práce je porovnání výstupů kazuistik a zmapovat a porovnat problematiku ADD a narušené komunikačních schopností mladších a starších pozorovaných jedinců a jak jejich diagnózy zasahují do běžných činností a vzdělávání.

Prvním dílčím cílem praktické části je zmapovat vývoj přístupu pedagogů k žákům a studentům s poruchou pozornosti bez hyperaktivity a zároveň narušenou komunikační schopností.

Druhým dílčím cílem praktické části je pohled a přístup k domácí přípravě dětí ze strany rodičů.

Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka: *„Jak ovlivňuje narušená komunikační schopnost a syndrom ADD život člověka?“*

VO1 *„Změnil se přístup pedagogů v rámci výuky během posledních 10 let k těmto jedincům?“*

VO2 *„Jaká je informovanost rodičů o diagnózách ADD a narušené komunikační schopnosti?“*

V této práci je zmapováno šest kazuistik jedinců od prvního ročníku základní školy až po zařazení jedinců do pracovního procesu. Pro tuto diplomovou práci byl vybrán pouze malý vzorek dotazovaných jedinců, jelikož spousta dětí, žáků, studentů i dospělých, kteří mají diagnostikovanou poruchu pozornosti bez hyperaktivity není mnoho z důvodu přehlížení nebo neidentifikování problémů souvisejících s touto poruchou. První kazuistika 7letého chlapce je nejkratší z důvodu, že chlapec není ještě schopen objektivně hodnotit dopady svých diagnóz na jeho vzdělávání a činnosti vykonávané v běžném životě. Naopak poslední kazuistika mladého muže je obsáhlejší, protože mi bylo umožněno přečíst si lékařské zprávy a také zprávy z pedagogicko-psychologické poradny v průběhu vzdělávání na základní škole. Bylo zajímavé pozorovat vývoj obou diagnóz napříč věkovým spektrem.

Na začátku zkoumání případových studií jedinců jsme zajistili informované souhlasy rodičů k rozhovorům s dětmi a zároveň s rodiči. Rodiče byli u rozhovorů vždy přítomni. Křestní jména všech zúčastněných jedinců byla v této diplomové práci pozměněna. Vzor informovaného souhlasu i otázky použité při rozhovorech jsou součástí příloh této diplomové práce.

3.2 Metodologie

Autorka práce zvolila jako metodu kvalitativní výzkum. Pro tento typ výzkumu vychází z použití rozhovorů, pozorování a z dokumentů (např. lékařské zprávy, zprávy z pedagogicko-psychologické poradny).

„Podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné. Stejně tak nejsou předem stanoveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již předtím někdo vybuoval.“ (Švaříček, Šedřová, 2007, str.24)

První výzkumnou metodou použitou v praktické části byly rozhovory. Rozhovory autorka vedla s šesti rodiči (v jednom případě se jednalo o otce). Dále s 6 pedagogy (5 vyučujících na základní škole, 1 vyučující na střední škole). Pedagogové byli kontaktováni pomocí e-mailových adres zveřejněných na webových stránkách škol. Rozhovor autorka vedla pouze se 4 jedinci, u 12letého chlapce uvedeného v kazuistice č. 3 autorka nedostala souhlas k rozhovoru a u 7letého chlapce uvedeného v kazuistice č. 1 z důvodu neschopnosti odpovídat na specifické otázky ohledně ovlivňování jeho diagnóz v běžném životě či vzdělávání, proto tyto otázky v jeho případě neproběhly.

Rozhovor je strukturovaný podle předem naformulovaných a určených otázek (viz. příloha). Pozorování jedinců bylo zaměřené na projevy ADD a projevy narušené komunikační schopnosti.

U jednoho již dospělého jedince (kazuistika č. 6) s jeho svolením měla autorka přístup k lékařským zprávám a zprávám z pedagogicko-psychologické poradny.

3.2.1 Kazuistika č.1

Charakteristika případu

Tato kazuistika se zabývá případem Jiřího. Jiří má 7 let a navštěvuje logopedickou třídu základní školy. Bylo mu diagnostikováno ADD a dyslalie.

Rodinná anamnéza

Rodina Jiřího je neúplná. Rozvod rodičů probíhal 2 roky. Ze strany otce byla snaha děti z rozvodu vynechat. Snažil se děti držet stranou. Matka děti používala jako prostředek k vydírání otce a děti zatahovala do hádek. U otce je nyní chlapec jednou za 14 dní na víkend. V současné době probíhá soudní jednání, kdy otec žádá o střídavou péči. Výchovný styl rodičů je odlišný. Dle slov otce je matka benevolentní bez zájmu o děti a jejich vzdělávání. Otec je důsledný a dbá jak na celkový dobrý tělesný stav dítěte, tak na jeho vzdělávání. Nyní je otec ženatý s novou partnerkou, jejich vztah je stabilní a příznivý k vychovávání dítěte. Matka žije sama.

Rodiče

Matce Jiřího je momentálně 50 let (v době narození Jiřího 43 let). Nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné ukončené výučním listem. Matka byla dle slov otce ženou v domácnosti. Dnes již pracuje.

Otec Jiřího má 49 let, jeho nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné a bylo ukončeno výučním listem. Dnes podniká.

Diagnózu ADD se dozvěděli v 7 letech věku dítěte. Reakce rodičů na diagnózu byla přiměřená. Matka trvá na medikaci, otec ji odmítá. Otec si informace dohledává na internetu a v odborných článcích. Matka nejeví zájem se v těchto oblastech vzdělávat. Změna proběhla u otce z hlediska přípravy na vyučování. Přípravu bylo nutné rozdělit do učebních cyklů s přestávkami.

Sourozenci

Jiří pochází z dvojčat chlapců. Druhé dvojče má také diagnostikovanou dyslálii, ADD se u něj zatím nepotvrdilo. Dvojče Jiřího nemělo však dyslálii tak výraznou jako on. Jiří má také starší sestru, dnes 22 let, bez komplikací. Staršího bratra, dnes 18 let s diagnózou ADHD. Vztah sourozenců je velmi úzký. Jiří a jeho dvojče jsou fixováni na starší sestru.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované a třetí v pořadí. V průběhu těhotenství se nevyskytly žádné obtíže, bylo však sledováno z důvodu vyššího věku matky.

Porod byl ukončen císařským řezem z důvodu porodu dvojčat. Jiří nebyl kříšený ani se u něj nevyskytly žádné poporodní komplikace a adaptace probíhala v pořádku.

Jiří prodělal běžné dětské nemoci. Neutrpěl žádný úraz a nebyl hospitalizován.

Mateřská škola

Jiří navštěvoval mateřskou školu od svých 4 let věku. Po celou dobu měl obtíže s komunikací kvůli výrazné dyslalii. Od 6 let začal navštěvovat logopedickou poradnu. Matka ale s dítětem příliš nepochodovala, neprobíhala ani domácí příprava k nápravě dyslálie. Problematické hlásky: P, B, M, V, F, C, S, Z, Č, Š, Ž, T, D, N, Ě, Ď, Ň, J, K, G, H, CH, R, Ř, L. Dle otce Jiří uměl pouze samohlásky a diftongy.

Základní škola

První třídu začal Jiří navštěvovat v 7 letech věku z důvodu odkladu. Nastoupil do logopedické třídy z důvodu dyslálie. Má potíže se psaním, čtením i počítáním. Písmena nejsou na řádku a jdou příliš velká, při čtení nedokáže spojit slabiky, pletou se mu písmenka i číslice. Počítání přes 10 zvládá s obtížemi. Hláskování dělá Jiřímu také problémy, otec uvádí, že je neslyší. Neustále musí být Jiří opravován, aby správně vyslovoval a nemluvil tak, jak je zvyklý.

Domácí příprava u otce probíhá zdlouhavě. Jiří není schopný se učit sám a je nutný stálý dohled. Příprava trvá ve 3 cyklech po 15 minutách, déle pozornost není schopen udržet. Když je potřeba příprava, trvá delší čas. Mezi jednotlivými učícími bloky má dítě 10minutovou přestávku. U otce jsou k domácí výuce používány pomocné kartičky s obrázky, cvičné sešity a Montessori pomůcky. Matka Jiřího dle otce zanedbává. Příprava do školy probíhá pouze splněním domácích úkolů, procvičování jak v rámci na přípravu do školy (čtení, psaní) ani korekce řeči ze strany matky neprobíhá. Vše se dohání u otce.

Jiřímu vyhovuje vzdělávání v logopedické třídě z důvodu malého počtu žáků a individuálního přístupu ze strany paní učitelky. Paní učitelka uvádí, že je Jiří citlivý na svou osobu, pokud někdo lže v souvislosti s ním, lehce se rozčílí a začne plakat. Na svůj věk je velmi nevyzrálý, dětský, hravý a velmi často upadá do svého světa. Byl mu přidělen asistent, který mu pomáhá s přípravou na vyučování. Dále Jiřího hodnotí jako velmi snaživého chlapce. Ale

jsou patrné velmi velké rozdíly mezi ním a jeho dvojčetem. Bratr zvládá korekci dyslálie mnohem lépe než Jiří. V současné době tvoří problémové hlásky Č, Š, Ž, Ř, R. Zbytek hlásek vyslovuje pěkně, ale musí se dohlížet na jejich upevňování, jelikož v některých případech je zapomíná používat.

Spolupráce se školou je výborná. Jiří také prošel vyšetřením, zda nebude lepší jej zařadit do speciální školy. Toto vyšetření ukázalo, že chlapec je schopen zvládnout učivo běžné základní školy, ale za pomoci asistenta.

Jiří nadále navštěvuje klinického logopeda 1 x za měsíc a dále navštěvuje ambulanci psychologa.

Jiří se při logopedické péči snaží co nejvíce spolupracovat, svou vadu si plně uvědomuje a před cizími lidmi se stydí mluvit. Diagnózu ADD si zatím neuvědomuje.

Tabulka č. 3 Shrnutí obtíží – kazuistika 1

Věk jedince	7 let
Pohlaví jedince	Chlapec
Subtyp ADHD	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)
- motorika	narušená
- pozornost	snižující se
- impulzivita	patrná
Typ narušené komunikační schopnosti	dyslálie
- porozumění řeči	v pořádku
- fluence řeči	v pořádku
- vybavování slov	narušeno
- gramatická stavba vět	správná
- slovní zásoba	neodpovídá věku
- artikulace	problémové hlásky tvoří Č, Š, Ž, Ř, R; upevňování již zvládnutých hlásek

I při krátkém rozhovoru lze na chlapci pozorovat snižování pozornosti a neschopnost se soustředit na otázky. Vzhledem ke svému věku není schopen odpovědět na to, zda vnímá dopady svých diagnóz jak na své vzdělávání, tak běžné činnosti. Je pouze schopen uvést, že mu musí tatínek, maminka nebo teta opakovat, když po něm něco chtějí. Při rozhovoru s chlapcem

je také zřetelná dyslálie, kdy i přes snahu vést rozhovor, některé hlásky, ač je již umí, vysloví špatně. Chybovost je větší v případě, kdy chlapec mluví delší časový úsek a nezvládá se zřejmě kvůli snížené pozornosti soustředit na správnou výslovnost. Vada výslovnosti se dále promítá i do vzdělávání, kdy mu činí problémy v českém jazyce.

3.2.2 Kazuistika č.2

Charakteristika případu

Druhá kazuistika se bude zabývat případem chlapce jménem Jindřich. Jindřich má 10 let a navštěvuje 4. třídu základní školy. Jeho problémy spočívají v diagnóze ADD a narušené komunikační schopnosti. Chlapec je usměvavý, při rozhovoru si pohrával s rukávem trička, odpovídal s rozmyslem a pečlivě. Celkový dojem z chlapce byl příjemný.

Rodinná anamnéza

Původní rodina Jindřicha se rozpadla. Přesné okolnosti rozpadu rodiny matka neuvedla. Rozvod probíhal v poklidu, rodiče se dohodli bez problémů. Nadále mají mezi sebou krásný vztah. Nyní matka žije s novým manželem. Manželství je stabilní. Sociálně ekonomická situace je dobrá. Rodinu otce Jindřich navštěvuje dle dohody rodičů 2–3 dny v týdnu. Původní manželství skončilo v 5 letech věku Jindřicha. Vztah Jindřicha s novým manželem matky je přátelský. Matka Jindřicha je podporující a pečující. Nynější rodina žije v panelovém domě.

Rodiče

Nynější věk matky Jindřicha je 50 let (v době narození Jindřich 40 let). Matka vystudovala střední školu ukončenou maturitní zkouškou. Otec Jindřicha má 54 let a také vystudoval střední školu, kterou ukončil maturitní zkouškou.

Jelikož rodiče již měli zkušenost s těmito diagnózami od staršího syna, tak měli obavu, jak zvládnou náročnost práce, výuky a výchovy. Vzhledem k tomu, že měli ještě jedno malé dítě se stejnými problémy. Informace získávali především z literatury, internetu a různých diskusí s ostatními maminkami dětí s ADHD. Diskuse s maminkami matce pomáhaly v tom, že není sama, kdo musí řešit podobné problémy. Neustále však hledá nové zdroje, ze kterých by mohla čerpat informace.

Sourozenci

Jindřich má pouze jednoho bratra. Bratr je starší ze sourozenců, má 14 let. Stejně jako Jindřich má diagnostikováno ADD a opožděný vývoj řeči. Také byl předčasně narozený, jako jeho bratr. Bratři mají k sobě velmi přátelský a úzký vztah.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované. V průběhu těhotenství se vyskytla těhotenská cukrovka a vzhledem k věku matky v té době 40 let bylo rizikové. Těhotenství bylo ukončeno předčasným porodem před ukončeným 32. týdnem těhotenství přirozenou cestou. Jindřich poté strávil několik týdnů v inkubátoru na oddělení pro předčasně narozené děti, především z důvodu nedozrálých plic.

Dále jeho vývoj probíhal dle lékařských tabulek. V 1,5 roku věku Jindřicha začínala mít podezření, že Jindřich bude mít nějaký problém. Protože Jindřich dle slov matky byl sice klidný, ale zároveň nevydržel u žádné činnosti dlouho a také se projevovaly poruchy spánku, kdy od miminka spal přerušovaně, často se budil. Přes den nespal skoro vůbec a když už usnul, tak v náručí matky za rytmického pohybování.

Řeč se však vyvíjela pomalu. Jakmile se chlapec trochu rozmluvil, začal používat špatné koncovky slov, chyboval ve slovosledu slov nebo některá slova úplně vypouštěl. Jelikož Jindřichův bratr měl stejné obtíže, tak matka už tušila, o jakou poruchu se bude zřejmě jednat.

Jindřich prodělal typická dětská onemocnění, trpí však na časté respirační onemocnění. Úrazy žádné neměl. V nemocnici absolvoval pouze vyšetření sluchu a neurologické vyšetření. Vyšetření sluchu bylo ohodnoceno jako velmi dobrý sluch. Neurologické vyšetření poukázalo na diagnózu ADD. Informace ohledně obou diagnóz sháněla pomocí literatury, internetu a diskusích s ostatními maminkami dětí s ADHD.

Nyní Jindřich navštěvuje ambulance neurologie a psychiatrie.

Mateřská škola

Jindřich byl zařazen do logopedické třídy mateřské školy. Do mateřské školy nastoupil ve věku 4 let. Kromě intenzivní logopedické péče v mateřské škole, Jindřich také navštěvoval ambulanci klinického logopeda. Do prostředí mateřské školy se zařazoval pozvolna, jelikož byl velmi fixovaný na matku.

Základní škola

Jindřich nyní navštěvuje 4. třídu základní školy dle paragrafu 16 odstavce 9 školského zákona pro poruchy chování. Ve třídě je i s Jindřichem 8 žáků. Z toho 3 dívky. Do první třídy nastoupil v 7 letech z důvodu odkladu školní docházky. Výuka školy je přizpůsobená k potřebám dětí. Ve třídě panuje přátelská atmosféra a kolektiv působí semknutým dojmem.

Ve třídě má Jindřich kamarády, s posměchem nebo vylučováním z kolektivu v rámci školy se nesetkal. Ve třídě působí i asistent pedagoga.

Nadále v rámci základní školy navštěvuje individuálně logopedický kroužek 1 x za 14 dní. Oblíbené předměty ve škole jsou pro Jindřicha hudební výchova, tělesná výchova a matematika. Sám vnímá obtíže v českém jazyku, psaní a gramatice. Velmi nerad čte. Velký problém má také ve soustředění a bývá zbrklý.

V pedagogicko-psychologické poradně mu byla dále diagnostikována dysortografie.

Při domácí přípravě na výuku stráví přibližně 1,5 hodiny denně za přítomnosti matky, protože při chystání věcí a při vypracovávání úkolů a učení potřebuje pomoc a navést správným směrem. Projevuje se zbrklostí ve vykonávání činností. Musí více opakovat a klást důraz na soustředění pod vedením matky. Důležitá je pro něj i motivace k vypracování úkolů. Používá obrázky, tabulky a materiály doporučené školou. Příprava je náročná zvláště v oblasti jazyku a narušené pozornosti Jindřicha, kdy upadá do denního snění při přetížení.

Paní učitelka popisuje Jindřicha jako chlapce bez výchovných problémů. Na své okolí může působit jako podivín. Vzhledem k logopedické vadě často nerozumí zadání nebo obsahu sdělovaných informací. V rámci třídy vyniká a snaží se. Tempo práce je pomalejší, ale se správnými výsledky. V lavici sedí klidně, je tichý, umí si hezky a vytrvale hrát/povídat. Vyhledává spíše společnost děvčat.

V rámci výuky je zařazena vizualizace, používání dataprojektoru. Sluchový vjem mu nestačí, musí vše i vidět, nejen slyšet. Při čtení využívá záložku a je respektováno pomalejší tempo četby. Vzhledem k logopedické vadě nerad čte, protože má pomalé tempo a spolužáci s ADHD na něj naléhají, ať zrychlí. Při komunikaci často věty nedávají smysl a ten, s kým komunikaci Jindřich vede si musí domýšlet, o čem mluví. Vymýšlí si divná přirovnání k různým věcem. Ale povídá si rád. Především s dospělými, kteří respektují a nekomentují jeho logopedické obtíže.

Změna, která v rodině po označení diagnózy nastala, byla, že vše se musí opakovat a musí klást důraz na Jindřichovo soustředění, a ujištění se, že poslouchá a vnímá. Důslednost na splnění toho, co po něm rodiče chtějí a že musí zadaný úkol dokončit.

Spolupráci se školou matka hodnotí jako výbornou. Je ráda, že se může vždy s čímkoliv obrátit jak na samotné pedagogy, tak i na vedení školy.

Jindřich je dle svých slov ve škole spokojený. Uvědomuje si, že ho omezuje porucha pozornosti zejména v oblasti soustředění a že na ostatní působí jinak. Ve škole se mu nikdo neposmíval, ani neměl nemístné poznámky.

Tabulka č. 4 Shrnutí obtíží – kazuistika 2

Věk jedince	10 let
Pohlaví jedince	Chlapec
Subtyp ADHD	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)
- motorika	narušená
- pozornost	snižující se
- impulzivita	patrná
Typ narušené komunikační schopnosti	Opožděný vývoj řeči
- porozumění řeči	v pořádku
- fluence řeči	narušena
- vybavování slov	narušeno
- gramatická stavba vět	narušená
- slovní zásoba	neodpovídá věku
- artikulace	narušená

Jindřich je milý chlapec. Působí zasněným dojmem. Při rozhovoru se projevovala snížená slovní zásoba, komolením slabik a slov. Mluví především v krátkých větách. Například místo „*mějte hezký den*“ řekne „*mějte hezký úterý*“, přitom úterý není. Používá slova, která ve větách nedávají smysl, ale pro něj význam mají. Ve spojení s poruchou pozornosti je komunikace s Jindřichem složitější, protože po jisté době přestane vnímat a odpovídá jen jednoslovně nebo vůbec. Při rozhovoru s Jindřichem si komunikační partner musí jisté věci domýšlet, jelikož vymýšlí různá přirovnání. Vada řeči i ADD ovlivňují jeho vzdělávání především neporozuměním zadaných úkolů a instrukcí, dále ovlivňují jeho písemný projev a čtení.

3.2.3 Kazuistika č.3

Charakteristika případu

Ve třetí kazuistice se budeme zabývat chlapcem jménem Honza. Honza má 12 let a navštěvuje 6. třídu běžné základní školy, zřizovanou obcí. I tomuto chlapci je diagnostikováno ADD, dysfázie a opožděný vývoj řeči. Matka nedala souhlas k rozhovoru se svým synem.

Rodinná anamnéza

Původní rodina Honzy se rozpadla. Ani v tomto případě matka nevedla důvod rozpadu rodiny. Rozvod nebyl jednoduchý a ještě dlouho po něm rodiče měli mezi sebou spory. Honza je ve střídavé péči, kdy jeden týden tráví u matky a druhý týden je u otce. Oba rodiče z původní rodiny mají již nové partnery a jsou ve svazcích manželských. U otce Honza bydlí v rodinném domě, u matky v bytě panelového domu. Matka Honzy je velmi ochranářská a citlivá na informace, které se ho týkají.

Rodiče

Matka Honzy má 38 let (při narození Honzy byl věk matky 26 let), nejvyšší dosažené vzdělání matky je středoškolské, ukončené výučním listem. Otec má nyní 39 let a jeho vzdělání je středoškolské, ukončené maturitní zkouškou.

Sdělení diagnózy pro rodiče znamenalo úlevu a radost z toho, že už ví, jak problémy, které trápí Honzu nazvat a mohli si tak začít shánět nové informace o tom, jak s ním dál pracovat. Matka o diagnóze neměla žádné dostatečné údaje, a tak začala informace hledat pomocí internetu a na různých stránkách se dozvíдалa detaily o projevech ADD a mohla je dále porovnávat se svým synem.

Sourozenci

Otec má nyní s novou partnerkou nevlastního bratra Honzy. Matka má z nynějšího manželství další dva syny, 8 let a nejmladší ze synů má 6 měsíců. Ani jeden ze sourozenců stejnými problémy jako Honza netrpí, ani v rodině se tyto problémy nevyskytují. Matka uvádí, že ona sama má dyslexii.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované. V průběhu těhotenství se žádné problémy nevyskytly. Průběh porodu byl bez komplikací. Byl vyvolávaný z důvodu uplynutí termínu původního data porodu. Honza byl však v pořádku.

Honza prodělal klasické dětské nemoci a občasnými respirační onemocnění. Byl hospitalizován kvůli bližší nespecifické infekci. Matka odmítá problém a průběh komentovat. Nyní navštěvuje školní psycholožku z důvodu problémového v chování.

Od 7 let do cca 9 let Honza zadržával, nemohl najít správná slova a slovosled ve větách byl nesprávný a dle výpovědi matky byl Honzovi diagnostikován opožděný vývoj řeči a dysfázie. Diagnóza ADD Honzovi byla diagnostikována v 5. třídě základní školy, jelikož se problémy s učivem, učením nedokázaly zvládat.

Mateřská škola

Honza navštěvoval běžnou mateřskou školu od svých 3 let. Adaptace neprobíhala lehce, zhruba měsíc plakal. Od mateřské školy byl již Honza v péči klinického logopeda z důvodu dysfázie. Matka také uvádí, že Honza měl problém také vyslovovat následující hlásky – c, s, z, č, š, ž, r, ř, l. Dále se zadržával a nemohl najít správná slova a používal nesprávný slovosled.

Základní škola

Do běžné základní školy nastoupil ve svých 7 letech z důvodu odkladu školní docházky. I nadále probíhá péče v ambulanci klinického logopeda, která je ukončena na začátku 6. ročníku základní školy. Logopedická péče probíhala 1 x měsíčně.

Honza je ve třídě s dalšími 17 žáky. Ve třídě převažují chlapci. Problémy má v českém jazyku, angličtině, v matematice ve slovních úlohách. Rád čte, ale nepamatuje si zpětně, co četl. Hlasité čtení naopak rád nemá. Problém mu činí také pomalé tempo a utíkání do vlastního světa. Nezvládá se soustředit na běžné životní úkony. U Honzy je také zhoršena adaptace v kolektivu, tráví volný čas raději s jedním člověkem než se skupinou. Táhne více k mladším dětem.

Domácí příprava na výuku trvá obvykle kolem 3 hodin, odvíjí se to podle toho, jak náročné hodiny následující den ve škole má. Učí se sám i s rodiči. Při učení využívá tabulky k převádění jednotek, nebo tematická videa. Nicméně na fungování rodiny nebo přípravy Honzy do školy se sebou neneslo žádné omezení nebo změny. I předtím byli zvyklí na složitější

přípravu do školy již z doby, kdy mu byla diagnostikována dysfázie. I na jeho celkové komplikovanější fungování v rámci běžného života.

Spolupráce se školou je v pořádku. Ve všem škola vychází jak rodičům, tak i Honzovi vstřícně. Pedagogové berou ohledy na odlišnosti Honzy a přizpůsobují dle svých možností výuku tak, aby vyhovovala jeho potřebám.

Třídní učitelka (vyučuje Honzu v českém jazyce a hudební výchově) popisuje Honzu jako snílka, hodného a nenápadného chlapce. Věčně ho můžou vidět s knihou v ruce, protože rád čte. Při čtení ve výuce si pamatuje jen útržky ze čteného textu. Čtený text paní učitelka přizpůsobuje, aby zvládl zachytit důležité informace. Dělal mu potíže i zápisky, jelikož spoustu věcí vynechává. V českém jazyce mu největší problém dělá vysoká chybovost při psaní diktátů. Proto jsou diktáty zkracovány nebo nahrazovány doplňováním do textu.

Tabulka č. 5 Shrnutí obtíží – kazuistika 3

Věk dítěte	12 let
Pohlaví dítěte	chlapec
Subtyp ADHD	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)
Typ narušené komunikační schopnosti	Dysfázie, opožděný vývoj řeči

Jelikož jsem nedostala od matky svolení s rozhovorem s Honzou. Mohu jen vycházet z rozhovoru s matkou a třídní učitelkou. Kdy se chlapec projevuje nenápadně, problémy mu činí český jazyk, zřejmě také proto, že nemůže najít vhodná slova nebo dělá chyby ve slovosledu. Bohužel v tomto případě se mohu jen domýšlet, jak tyto diagnózy spolu navzájem ovlivňují například jeho chování apod. Ale dle matky ho vada řeči a ADD ovlivňují především v oblasti vzdělávání a navazování vztahů s vrstevníky.

3.2.4 Kazuistika č.4

Charakteristika případu

Čtvrtá kazuistika se zabývá případem Martina. Martin má 14,5 let a navštěvuje poslední 9. ročník základní školy, zřizované obcí. Chlapci bylo diagnostikováno ADD a opožděný vývoj řeči.

Rodinná anamnéza

Rodina Martina je úplná. Rodina řeší běžné problémy, ale jinak je jejich soužití stabilní a klidné. V rodině panují velmi dobré vztahy. Rodina bydlí v menším rodinném domě.

Rodiče

Matka Martina má 48 let (v době narození Martina 34 let), nejvyšší dosažené vzdělání matky je vysokoškolské. Otec má 50 let a taktéž i jeho nejvyšší vzdělání je vysokoškolské.

Po sdělení diagnózy byli rodiče překvapení. Nevěděli vůbec, co ADD znamená, co je jeho příčinou, zda a jak se dá léčit. Informace si matka Martina dohledávala pomocí internetu a facebookových stránek.

Změny, které v rodině nastaly po tom, co se dozvěděli diagnózu, byly minimální. Nadále pokračují v činnostech, které Martinovi pomáhají zvládat jeho problémy.

Sourozenci

Martin má pouze jednoho sourozence, a to dvanáctiletou sestru. Vztah mezi sebou mají sourozenci krásný. Sestra žádné problémy v oblasti řeči ani chování nemá. Problémy s ADD má zřejmě otec Martina, nikdy mu však nebylo diagnostikováno, ale panuje podezření z důvodu podobných rysů chování stejných jako u Martina.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované. Probíhalo zcela bez problémů. Průběh porodu byl také bez komplikací, přirozenou cestou a v termínu. Martin neměl žádné poporodní obtíže.

Martin si prodělal klasické dětské nemoci. Dále trpí na občasné nachlazení, nebo chřipkové onemocnění. Nyní žádné odporné léky ani vyšetření neabsolvoval.

Mateřská škola

Martin navštěvoval běžnou mateřskou školu, která má k dispozici logopedického asistenta. Zde probíhala náprava výslovnosti hlásek r, ř, l. Logopedická péče probíhala 1 x za týden. Dále byl Martinovi diagnostikován opožděný vývoj řeči. Mateřskou školu navštěvoval od svých 4 let, protože matka byla na mateřské dovolené s mladší sestrou. Adaptace na školku probíhala klidně.

Základní škola

Do běžné školy nastoupil ve svých 7 letech z důvodu odkladu školní docházky. Ve třídě je 17 žáků, opět převážně chlapeckého složení. Ač ve třídě panuje přátelská atmosféra, drží se Martin v malém okruhu přátel. V 7 letech je u Martina diagnostikováno ADD. Problémy se začaly projevovat už od první třídy, kdy Martinovi začalo dělat problémy skládání slabik a zaměňování hlásek. I průběh čtení probíhal pomaleji s problémy. Vliv na to mělo i snadné rozptýlení Martina, kdy stačilo, byť jen malé zašustění a již byla jeho pozornost odvedena jinam. Již od první třídy také měl problém se slovními úlohami. Každý nezdar velmi prožívá kvůli své přecitlivělosti. Bojí se nových věcí, situací a nemá rád, když se naruší jeho rutina. Doteď přetrvává velmi pomalé tempo a projevuje se nejen v rámci učení, ale i v běžných denních situacích. Ve škole mu nejvíce dělají potíže předměty český jazyk, angličtina, ve které je schopen se naučit, jak se daná slova vyslovují, ale nedokáže je správně napsat. V matematice jsou nadále zřetelné problémy ve slovních úlohách a pochopení obsahu. Naopak ho zajímají předměty zeměpis, přírodopis, protože zde si naučené poznatky vybavuje pomocí obrázků, map, v rámci zeměpisu také podle zajímavých informací o dané zemi apod. Ve škole se mu líbí, protože tam má kamarády.

Domácí příprava trvá přibližně 1–2 hodiny. Závisí na tom, co musí zvládnout na další den. Pokud se připravuje na nějakou písemnou práci, jeho příprava trvá i déle, ale s nezbytnými přestávkami. Malé neohlášené písemky zvládá bez problémů s respektováním pomalého tempa ze strany učitelů. Větší testy bez důkladné přípravy nezvládá. Učíval se s matkou. Nyní se již připravuje sám, poté ho matka přezkouší a případně do vysvětluje nesrovnalosti, nebo to, čemu nerozumí. Používají internetové stránky jako např. Umíme česky, Umíme matiku. Dále pomáhalo různé přirovnávání, básničky apod. Spolupráce se základní školou matka popisuje jako bezproblémovou a je velmi spokojená s přístupem pedagogů.

Martin nadále dochází na pravidelné kontroly do pedagogicko-psychologické poradny. Jelikož letos absolvoval přijímací zkoušky, byl mu navýšen čas ke splnění testu. Hlásí se na střední hotelovou školu a dále na střední zemědělskou školu.

Třídní učitelka, která Martina vyučuje český jazyk, chlapce popisuje jako klidného, hodného a empatického chlapce. V jejích hodinách sedí Martin v přední lavici, aby mohla pohotově a jemně ho upozornit na to, ať pracuje. Martinovi dává doplňovací testy nebo zkrácené verze cvičení. Snaží se hodnotit především jeho znalosti, a ne se soustředit pouze na to, co neví. Důležitá je pro něj motivace a povzbudivá slova. Má tendence po neúspěchu svou snahu vzdát. Každý týden má s paní učitelkou hodinu doučování v rámci podpůrných opatření, kde trénují, co mu nejde nebo si vysvětlují, kde a proč jakou chybu udělal. Vždy nastavuje jasný cíl i u krátkého úkolu, který mu byl zadán a jasná kritéria, za jakých dosáhne určitých výsledků. Důležité je pro paní učitelku i žáky mluvit po splnění práce o tom, co se podařilo, a to náležitě ocenit. Pokroky u Martina jsou zřetelné. Hodně pomáhá i velmi šikovná paní asistentka pedagoga, která neváhá pomoci všem dětem, které to potřebují a pomáhá podporovat komunikaci v rámci třídy.

Tabulka č. 6 Shrnutí obtíží – kazuistika 4

Věk jedince	14,5 let
Pohlaví jedince	Chlapec
Subtyp ADHD	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)
- motorika	narušená
- pozornost	snižující se
- impulzivita	patrná
Typ narušené komunikační schopnosti	opožděný vývoj řeči
- porozumění řeči	v pořádku
- fluence řeči	narušena
- vybavování slov	narušeno
- gramatická stavba vět	správná
- slovní zásoba	dostatečná
- artikulace	správná

Martin při rozhovoru působil mírně nejistě a když odpovídal na otázky, tak v některých případech hledal slova vhodná k popsání toho, co chtěl vyjádřit, bylo patrné, že se Martin někdy „zasekne“, než začne mluvit dál. Dále byl u něj patrný jistý neklid, kdy poposedával, nebo si hrál s prsty. Jeho diagnózy ho opět nejvíce ovlivňují při vzdělávání, jak v českém jazyce, tak v cizím jazyce a v rámci matematiky ve slovních úlohách.

3.2.5 Kazuistika č.5

Charakteristika případu

Tato kazuistika se zabývá případem Marka. Marek má 23 let a již pracuje. Marek je pracovitý, občas tzv. roztěkaný. Bylo mu diagnostikováno ADD a tumultus sermonis.

Rodinná anamnéza

Rodina Marka je neúplná. Rozvod rodičů probíhal po vzájemné dohodě, kdy předmětem dohody bylo vynechání dětí z celé této záležitosti, aby se jich to co nejméně dotklo. Dohoda byla postavena tak, že manželé přestali fungovat jako manželé, ale nadále plnili funkci rodičů. V době, kdy byl Marek malý, navštěvoval otce co 14 dní na víkend, ale otec s dětmi trávil čas podle toho, jak mu to dovoľovalo zaměstnání a kdykoliv chtěl. Výchova rodičů byla stanovena pravidly, která platila pro celou rodinu, a to nejen v případě dětí.

Rodiče

Matka Marka má 49 let, v době narození Marka jí bylo 26 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, ukončené maturitní zkouškou.

Otec má 53 let a nejvyšší dosažené vzdělání má střední odborné, ukončené výučním listem.

Podezření rodičů na diagnózu v případě ADD bylo důvodem navštívení odborníka, na žádost matky u pediatra byl Marek odeslán na vyšetření k neurologovi a diagnóza byla tímto potvrzena. Diagnóza se potvrdila v 6 letech dítěte.

Informace rodiče získávali z různých odborných článků z lékařských časopisů a knih. Na internetu si vyhledávala matka skupiny rodičů dětí s ADD, kde si navzájem vyměňovali poznatky. Bohužel, jak uvádí matka, tyto skupinky byly pouze v té době z Německa.

U rodičů ani příbuzných Marka se žádná z uvedených diagnóz nevyskytovala, nebo nebyla potvrzena.

Sourozenci

Marek má pouze jednoho sourozence a to o 3,5 let starší sestru. Sestra podobné problémy jako její bratr nemá. Vztahy mezi sourozenci jsou dobré. Oba jsou nyní již dospělí. V období dětství měli mezi sebou typické sourozenecké škádlení.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované a druhé v pořadí. V průběhu těhotenství se vyskytlo podezření na Downův syndrom, proto se matka podrobila odběru a vyšetření z pupečníku. Porod probíhal standardně, přirozenou cestou. Dítě bylo zamotáno v pupeční šňůře. Ale jinak bylo bez komplikací a prospívalo velmi dobře.

Marek prodělal běžné dětské nemoci. Neutrpěl žádný úraz. Byl pouze jedenkrát hospitalizován z důvodu operace tříselné kýly.

Mateřská škola

Marek nastoupil do mateřské školy, když mu byly 3 roky. Adaptace do kolektivu probíhala bez problémů, jelikož měl ve třídě kamarády z panelového domu, ve kterém rodina bydlela. V průběhu mateřské školy navštěvoval Marek klinickou logopedku pro úpravu breptavosti a problematických hlásek K, G. Logopedická péče probíhala 1 x za 14 dní. Matka uvádí, že ač byla řeč někdy špatně srozumitelná, tak v podstatě se chlapec dokázal domluvit zvláště s lidmi, kteří jeho způsob řeči znali. Pro osoby, které s ním komunikovali poprvé, se dorozumívání zdálo náročné a měli potřebu chlapce opravovat a vést ke správné výslovnosti.

Základní škola

Marek začal navštěvovat základní školu v 7 letech. Měl problémy s udržení pozornosti a lehkou rozptýleností. Matematika mu šla velmi dobře. Avšak ve čtení a psaní měl problém a bylo to náročné. Písmo bylo neúhledné, čtení velmi pomalé. Měl problémy také s chováním, kdy při situacích, které mu byly nepříjemné a zároveň emočně náročné, býval agresivní, protože jiným způsobem se nedokázal vyrovnat s danou situací.

V samostatné práci byl nejistý a nevěřil si. Měl tendence se podceňovat. Sám si všímal, že je odlišný a funguje jinak než jeho spolužáci. Vše mu připadalo jako dobrý nápad, ale nedomýšlel důsledky svého chování.

Logopedická péče byla ukončena ve 2. ročníku základní školy.

Domácí příprava se odvíjela podle náročnosti učiva a množství, které se Marek musel na další den naučit. Matka se mu vše snažila ukázat v praxi, aby se mu vše lépe chápalo. Musel mít i vizuální podporu na upevnění poznatků.

Do třetí třídy základní školy se rodiče s chlapcem učili. Příprava byla rozdělena do 3 až 4 dvacetiminutových bloků. Od 4. třídy byl Marek veden k samostatné přípravě do školy s kontrolou matky.

Spolupráce se školou byla dle slov matky v té době „mizerná“. V PPP doporučili chlapci asistenta. V té době byli asistenti placeni 50 % Krajským úřadem a 50 % školou. Tehdejší ředitel základní školy matce řekl, že nemá na asistenta peníze. Chlapec byl navíc v té době velmi ovlivnitelný a za vidinou kamarádství a tím, že každý je hodný a kamarádský se dostával i do potíží, protože se vše svádělo na něj i v době, kdy byl chlapec nemocný a byl doma se matka dozvíдалa, že Marek ve škole něco rozbil apod, a přitom ve škole vůbec nebyl.

Sám Marek vzpomíná, že neměl ani podporu ze strany vyučujících, neměl žádné úlevy a nemohl využívat žádné speciální pomůcky. Často měl pocit, že je na obtíž. Největší potíže na základní škole mu činil český jazyk, fyzika a chemie. Naopak miloval matematiku a tělesnou výchovu.

Střední škola

Marek se vyučil na středním odborném učilišti pro instalatéry. I zde se projevovaly různé problémy spojené s tím, že chtěl kamarádům vyjít vstříc a získat si jejich přízeň. Dle matky rozlišovací schopnosti Marka v tom, co je dobře a co špatné jsou špatně fungují a s hodně velkým zpožděním (v každém vidí kamaráda a má pocit, že to s ním všichni myslí dobře a zároveň všechny aktivity, které jsou mu nabízeny spolužáky, jsou správné), proto se často dostával do problémů.

Marek začal mít potíže, když měl mluvit nahlas před spolužáky, ať při zkoušení či hlasitém čtení, kdy se snažil co nejrychleji mluvit, aby to měl již za sebou. Zároveň měl strach a problém si říct o pomoc, protože si připadal neschopný. Vzdělávání bylo opět problematické v rámci českého jazyka a anglického jazyka, kdy docházelo k velké chybovosti v rámci psaní. Střední odborné učiliště ukončil úspěšně výučním listem.

Po studiu vystřídal několik druhů práce. Práce ho nebaví, proto upadá do zasněnosti a dělá chyby. Velký problém také činí to, že nemá problém s tím říct, co si myslí a je přímočarý. I nadále se u něho projevují návaly vzteku v případech nekonformních situací, nebo když se mu hned vše nedaří. Nevěří si, má nízké sebevědomí a důvěru v sebe samého. Dnes mu již jeho logopedická diagnóza nečiní problémy, při nervozitě apod. se začal soustředit na hluboké dýchání, kdy se celkově zklidní. Sám hodnotí nynější situaci jako složitou a cítí, že ADD jeho

život ovlivňuje, zároveň přiznává, že komunikace s lidmi je pro něj složitá a nerad mluví s lidmi, které nezná.

Tabulka č.7 Shrnutí obtíží – kazuistika 5

Věk jedince	23 let
Pohlaví jedince	muž
Subtyp ADHD	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)
- motorika	narušená
- pozornost	snižující se
- impulzivita	patrná
Typ narušené komunikační schopnosti	Tumultus sermonis
- porozumění řeči	v pořádku
- fluence řeči	narušeno
- vybavování slov	v pořádku
- gramatická stavba vět	správná
- slovní zásoba	odpovídá věku
- artikulace	správná

Při rozhovoru s Markem jsem měla pocit, že při projevu velmi zrychluje, i když si dával pozor, byl unesen vyprávěním, měl problém udržet pomalejší tempo. Kromě zrychlujícího se tempa jsem na něm nezpozorovala nic, co by jeho komunikaci narušovalo. Celou dobu se usmíval a neustále se díval kolem sebe, když uslyšel z okna nějaký zvuk. Na konci rozhovoru mi přišel už unavený. V případě Marka i přes kontaktování třídní učitelky střední školy nebylo na mou žádost o rozhovor reagováno, tudíž nemáme představu o fungování Marka ve výuce ze strany zkušeného pedagoga a vycházím pouze z informací získaných od matky a samotného Marka.

3.2.6 Kazuistika č.6

Charakteristika případu

Jakub je mladý 22letý muž. V 5 letech mu byla diagnostikována dyslalie multiplex a expresivní dysfázie a v 5. třídě základní školy následně i diagnóza ADD. Nyní je zaměstnán na pozici operátor výroby. V současné době nenavštěvuje žádné odborníky, poradny ani jiná zařízení spojená s jeho diagnózami. Jakub je tichý, citlivý muž a působí nejistým dojmem. Je upravený a elegantní.

Rodinná anamnéza

Jakub pochází z úplné harmonické rodiny. Vztah rodičů je harmonický, přátelský, a to i ve vztahu ke svým dětem. Sociálně ekonomické prostředí rodiny je stabilní. Výchovný styl rodičů byl podporující, důsledný, pečující.

Rodiče

Matka má 41 let (při narození Jakuba měla 19 let), nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Otec má 42 let a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, ukončené maturitním vysvědčením.

Rodiče vždy Jakuba podporovali a motivovali. Matka je spíše ochranářský typ a v některých věcech přecitlivělá. Projevuje se u ní pocit odpovědnosti za potíže, které Jakub kvůli svým diagnózám má. Celkově vztah mezi rodiči a Jakubem je láskyplný. Do dvou let věku Jakuba bydlela rodina u rodičů matky, následně v samostatné bytové jednotce v rodinném domě u rodičů otce do 14 let věku Jakuba. Nyní rodina žije v rodinném domě.

Jakub si začal broukat a žvatlat jako každé jiné zdravé miminko. Poté bez problémů navázal na slova jako mama, tata, deda, baba, pa, ham apod. Dále se jeho řeč už začala vyvíjet odlišně, protože kromě matky a blízkých osob Jakubovi nikdo nerozuměl. Vyskytovaly se slova jako „*uak – vlak, motoja – motorka, maminta – maminka, tobejec – koberec* „, apod. Matka to přičítala tomu, že se ve věku 2 let Jakuba přestěhovali do vlastního bydlení, protože Jakub byl hodně fixovaný na svého dědečka. A myslela si, že s nástupem do mateřské školy, kde bude chodit s vrstevníky, se jeho řeč spontánně upraví. Nejdříve nastoupil do běžné mateřské školy, kdy na popud paní učitelky (zároveň logopedické asistentky) rodiče navštívili logopedickou ambulanci a následně byl Jakub přeřazen do logopedické školky.

Druhá diagnóza byla překvapením, protože si mysleli, že je syn pouze hodný a klidný a že jen vyžaduje ze strany rodičů více trpělivosti a pozornosti. Původně do pedagogicko-

psychologické poradny chodili s podezřením na dyslexii a dysortografií. Celková reakce matky byla radost z pojmenování toho, co syna trápí a zároveň i jakýsi pocit viny, co mohla udělat jinak nebo lépe.

Informací o narušené komunikační schopnosti svého syna měla dostatek ze strany logopedky, která měla Jakuba v péči. Ale diagnóza ADD byl nový pojem, o kterém nevěděla a slyšela ho poprvé. Ani literatura se tímto problémem nezaobírala nebo pouze okrajově. Informace kromě literatury sháněla pomocí internetu, diskusních fór apod.

Sourozenci

Jakub má dva sourozence. Jakub je ze sourozenců nejstarší. První sestra se narodila roku 2005 nyní má 18 let a 8 měsíců, druhá sestra se narodila roku 2016 a nyní má 7 let a 7 měsíců. Se sestrami má harmonický a úzký vztah. U mladší ze sester byla logopedická péče z důvodu nevyslovování hlásek R a Ř v rámci mateřské školy. Do první třídy nastupovala již se správnou výslovností. U mladší sestry je dále podezření na syndrom ADHD a zkrříženou laterálnítu a zatím nespecifické poruchy učení.

Osobní anamnéza dítěte

Jakub byl prvním dítětem svých rodičů a těhotenství nebylo plánované. Průběh těhotenství až na počáteční nevolnosti nebyl problémový. Jakub se narodil týden po určeném termínu porodu. Narodil se přirozenou cestou s mírami 3550 g a 50 cm, bez utlumujících prostředků. Matka popisuje plodovou vodu jako špenátově zelenou. Na poporodním oddělení probíhalo vše v pořádku. Kojen byl pouze 14 dnů, Jakubovi činilo potíže sání. Z lahvičky mu sání šlo již dobře. Chlapec byl nespavé dítě, měl problémy s usínáním a spánek byl doprovázen častým probouzením a cestováním po posteli. Dobře spal pouze v kočárku, ale pouze když kočárek jel, jakmile se zatavil, Jakub se probudil a začal plakat. Další potíží byla strava, když už jedl tak málo a do jídla se musel nutit.

Jakub se vyvíjel dobře. V 8 měsíci chodil v chodítku, v 10 měsících již stál. První zub vyrostl 20 dní před prvními narozeninami. Ve 3 letech byl Jakub hospitalizován s mononukleózou. Prodělal běžné dětské nemoci. Byl léčen na oddělení dětské pulmonologie v Ostravě z důvodu lokální terapie po očkování BCG vakcinací, kdy z místa vpichu po očkování mu byla v rozmezí 3 měsíců provedena 4x punkce. 9 měsíců byl léčen na nefrologii z důvodu dysfunkce dolních močových cest.

V jemné motorice lze pozorovat špatný úchop psacích potřeb. V rámci hrubé motoriky působí neobratně, zpomaleně. Následně diagnostikována i dyspraxie.

Období broukání, žvatlání i další fáze vývoje řeči probíhaly v normě. Kolem 3. roku se začíná projevovat špatná výslovnost. Problémové hlásky byly F, V, K, G, CH, L, Ť, Ď, Ń, C, S, Z, Č, Š, Ž, R a Ř. Porucha řeči se vyskytovala i v rodině matky (sestřenice a bratranec matky) a otec dítěte navštěvoval logopedii z důvodu hlásek R a Ř.

Jakub se celkově projevoval jako klidné dítě. Miloval vlaky a vydržel si s nimi dlouze hrát. Začala se projevovat i láska k historii a neustálé doptávání a utíkání do světa rytířů. Tyto zájmy se začaly odlišovat od zájmů jeho vrstevníků.

Špatně snášel přítomnost většího množství osob, i v případě rodiny, když se konala nějaká oslava, po hodině chtěl jít už domů. Vadil mu hluk, bolely ho z něj uši. Na sluch mu také vadily zvuky vysavače, mixéru, na konci roku ohňostroje.

Při rozhovoru, když je mu něco nepříjemné, odchází pryč nebo se uzavře.

Mateřská škola

Chlapec začíná ve 4 letech navštěvovat logopedickou školku. Zde logopedická péče probíhala v malém kolektivu 10 dětí, jak v rámci každodenní skupinové péče, tak i formou individuální intervence. Dbalo se na rozvíjení slovní zásoby, logického myšlení, smyslového vnímání jak v rovině zrakové, tak i sluhové percepce. Jakub se v kolektivu projevoval jako přátelský a usměvavý hoch. Byl v kolektivu oblíbený. Už v mateřské škole projevoval zájem o historii a rád listoval v encyklopediích. Do školky chodil rád.

Základní škola pro sluchově postižené – logopedická třída

V 7 letech Jakub po přirozeném odkladu školní docházky začíná navštěvovat logopedickou třídu na Základní škole pro sluchově postižené, jelikož zde již navštěvoval i předškolní vzdělávání. Do první třídy nastupuje s vadnou výslovností sykavek a hlásek R a Ř. Ve třídě je s dalšími 11 spolužáky s vadou řeči. V kolektivu působí jako velmi dobrý kamarád a děti mají mezi sebou úzký až ochranný vztah. Zároveň se začínají u Jakuba projevovat problémy v rámci čtení a psaní. Jako první problém bylo tvoření slabik, kdy dlouho trvalo, než dokázal slabiky spojit. Již tento problém matka konzultovala s paní učitelkou, která navrhla následně vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně. Čtený projev byl pomalý, nepřesný a většinou si chlapec nepamatoval, co bylo obsahem textu. Problém ve čtení se projevoval i v matematice ve slovních úlohách, kdy si slovní úlohu špatně přečetl a následně i špatně

pochopil. Písmo Jakuba bylo kostrbaté s vysokou chybovostí. Z psychologického vyšetření v rámci školy uskutečněného v první třídě, paní psycholožka popisuje Jakuba jako usměvavého, pohodového chlapce, který okamžitě navázal kontakt a celou dobu velmi dobře spolupracoval. Zároveň uvádí, že spontánně vypravuje, zadané úkoly plní v klidu, což způsobuje pomalé pracovní tempo, někdy se však projevuje zbrkllost a není schopen využít veškerý čas, který mu k plnění úkolu zbývá. Je patrný i motorický neklid. V době vyšetření (únor) již paní psycholožka jeho projev klasifikuje jako srozumitelný. A v kvantitativním myšlení udává, že se chlapec pohybuje v lehkém nadprůměru. I úroveň logického myšlení nad neverbálním materiálem je nadprůměrná. Zaznamenává také problém v oblasti grafomotoriky. Úchop psacího náčiní není správný, tužka směřuje od těla, ruka je tvrdá a neuvolněná. Dominantní rukou je ruka pravá.

Před přechodem Jakuba do běžné základní školy paní učitelka popisuje chlapce jako milého, citlivého a v kolektivu oblíbeného, nečiní mu problémy pracovat v kolektivu. Je to chlapec se zájmem o historii, přírodní jevy, projevuje se u něj zasněnost, bývá laxní a snadno unavitelný. Potřebuje více času na opakování a upevňování učiva a také v rámci samostatné práce. Četbu popisuje jako trhanou a delší slova jsou chlapcem slabikována. U dlouhých vět se projevuje problém s porozuměním a odráží se tak i v pochopení úkolů. Písmo je s chybami, vynechává slabiky, spojuje slova, avšak písmo je čitelné. Zároveň přetrvává i křečovitě držení tužky. Krátkodobá sluchová paměť je oslabená. Zároveň upozorňuje na to, že je třeba upozorňovat Jakuba na artikulaci a pohyb mluvidel. Ve svém vyjadřování občas utíká od tématu.

Jakub musel tuto školu opustit z důvodu toho, že v té době, kdy do vzdělávání docházel, byla logopedická třída pouze od 1. do 4. ročníku základní školy. Nyní je již do 9. ročníku povinné školní docházky možno navštěvovat logopedickou třídu.

Po rozhovoru s paní učitelkou z logopedické třídy bylo zásadní při práci s Jakubem:

- malý počet žáků ve třídě, aby se mohla Jakobovi individuálně věnovat a vždy mohla zaregistrovat, kdy Jakub utíká do svých snů a kdy se soustředí a mohla na vzniklou situaci reagovat.
- osvědčilo se také Jakuba povzbuzovat, pozitivně motivovat
- používání výrazné mimiky u učitele s tím, že se učitel pohybuje po třídě
- střídání různých aktivit, aby byl Jakub ve střehu a neutíkal do svých snů, relaxační cviky byly také součástí vyučování (střídání napětí a klidu)

- důslednost se kladla také na řád činností, které se opakovaly každý den v určitém sledu, strukturované učení, používání vizuálních pomůcek a využívání co nejvíce smyslů
- důslednost v tom, že nemusí Jakub za každou cenu stihnout všechno, ale to, co stihne dokončit poctivě a pořádně
- zadávané instrukce byly podávány jasně a stručně
- využívání při výuce hrané situace – divadlo, pantomimu, rozhovor mezi žáky, kdy je i žák s ADD sám aktivní
- součástí výuky byla i rytmičtější spojení s pohybem a užití piktogramů
- ověřování si, že Jakub vše pochopil, pokud nastala situace, že ne, bylo mu to vysvětleno znovu a jiným způsobem
- ale velmi důležité je také, a nejen pro Jakuba, aby učitel umožnil dítěti zažít úspěch

Pedagogicko – psychologické vyšetření před nástupem na běžnou základní školu

Z vyšetření z pedagogicko – psychologické poradny je chlapec hodnocen jako snaživý a pokouší se řešit i těžší úkoly. Je však patrná porucha řeči, kdy chlapec občas např. místo žáci řekne záci, i když již umí všechny hlásky vyslovit. Je nutné ho upozorňovat na správnou výslovnost. I z tohoto vyšetření vyplývá lehký psychomotorický neklid jako je vrtění, poposedávání, manipulace s prsty. V nadprůměrném výkonu jsou výkony týkající se praktického úsudku, avšak je oslabena krátkodobá sluchová paměť. V ostatních oblastech jsou Jakubovy výkony v rozmezí širší normy. Na základě vyšetření je Jakobovi sestaven individuální vzdělávací plán.

Vyšetření neurologa

Po speciálně pedagogickém vyšetření byl Jakub objednan na neurologii z důvodu podezření na syndrom ADHD. Závěr z vyšetření zní syndrom ADD, dominující porucha pozornosti, lehká hypoaktivita, lehká dyskoordinace, prvky dyspraxie. Byla nasazena nootropní terapie. Po třech měsících vysazena, jelikož na Jakuba neměla žádnou účinnost.

Nástup na běžnou základní školu

Od 5. třídy tedy Jakub navštěvuje běžnou základní školu. Je to největší škola ve městě. Z malého kolektivu přechází do třídy, která čítá 24 žáků. Jelikož jsou na Jakobovi patrné projevy špatné artikulace, děti ho nepřijímají do kolektivu, berou ho jako „toho jiného“. Přesto

i tak si Jakub přesto najde pár přátel, kteří ho chrání. Přestup byl pro citlivého Jakuba šokem. Poprvé se setkává s tím, že je jiný a začíná si uvědomovat rozdíly a setkává se poprvé s posměchem ze strany spolužáků. Bohužel na základní škole i přes pokyny z pedagogicko – psychologické poradny, kdy je Jakub zařazen do 2.skupiny podpůrných opatření, se setkává s ignorací ze strany učitelů. Necháávají ho snít, a proto domů přichází s nekompletními zápisy z výuky, nepoznačenými nebo chybně poznačenými domácími úkoly a vše tak musí dohánět doma. Komunikace s učiteli není dobrá, a i přes veškeré upozorňování matky na problémy dítěte. Dochází i k situaci, kdy někteří učitelé chlapce ztrapňují nebo se mu posmívají. U chlapce se začínají projevovat psychosomatické obtíže jako je bolest břicha, hlavy, nevolnosti. Do školy nechodí rád.

Paní učitelka ve zprávě pro pedagogicko-psychologickou poradnu uvádí, že v mluvené řeči má Jakub problém se stavbou vět a hledáním správných vhodných výrazů. Jinak ho hodnotí jako velmi komunikativního. Písmo je při rychlejším tempu nečitelné, kostrbaté, vynechává písmena nebo je zaměňuje. Zápisy z výuky si nestihá dopisovat a často vynechává i celá slova nebo části vět. Při dostatku času si dává na psaní záležet a rád si barevně upravuje text. Pravopisná pravidla ovládá teoreticky, ale již je nezvládá uplatnit v praxi. Zvládá písemné práce zaměřené na daný jev, ale souhrnné opakování v rámci pololetní nebo čtvrtletní práci již ne. Rád čte (především knihy s historickou tematikou) a rád se o této četbě baví a je velmi komunikativní. Při práci v hodině Jakub nevyrušuje a dává pozor v rámci svých možností, po určité době soustředění se začíná projevovat určitý neklid, jako je neustálý pohyb rukou, předměty nebo posedávání. Při přetížení například po maximálním soustředění např. i během krátkého testu ustává v aktivitě a ponoří se do vlastního světa. Velmi pomalu si osvojoval a upevňoval nové učivo. Vše musel mít rozkresleno do obrázků a tabulek a muselo to mít systém, jinak byl ztracený a neviděl souvislosti.

Při domácí přípravě je nutno chlapce kontrolovat, aby měl všechny věci v pořádku a na nic nezapomněl. Hůř se mu zpracovávalo učivo, při kterém neměl vizuální oporu. V domácím prostředí se používaly různé kartičky, obrázky, mapy, tabulky, aby si Jakub spojil daný termín s kartičkou. Učení i psaní domácích úkolů bylo namáhavé a vyčerpávající. I vzhledem k tomu, že mezi činnostmi si musel dávat pauzu, jelikož jeho pozornost se rychle oslabovala a upadal do svých myšlenek. Problém nastal i v anglickém jazyce, kdy byl schopen se naučit výslovnost, ale psanou podobu slova již ne. Zásadní byla pro Jakuba i motivace, protože začínal postrádat smysl učení, kdy i přes veškerou snahu byl hodnocen od pedagogů negativně. A to se odráželo i na jeho sebehodnocení a sebevědomí v negativním smyslu. Užitečné se také ukázaly různé

lístečky, kde měl Jakub napsané jednoduché pokyny k různým činnostem a ty si mohl postupně odškrtávat (např. nachystání aktovky, pomůcek apod.) s následnou kontrolou matky. Velmi také pomáhalo střídání činností u psaní domácích úkolů, učení se. Kdy při zjevném přetížení a odpoutání pozornosti od vykonávané činnosti nemělo smysl Jakuba nutit do další práce. Hodně času zabralo Jakubovi i samotné dopisování zápisů, které neměl kvůli své poruše pozornosti zapsané. Nebo úkolů, ze které neměl zapsané nebo jen jeho část a už si následně nepamatoval, jak jeho přesné zadání znělo.

Co se týká narušené komunikační schopnosti, v rámci logopedické péče denně cvičili podle logopedického deníku a snažili říkat básničky, zpívat si.

Speciálně – pedagogické vyšetření z 5. třídy základní školy

Speciálně pedagogické vyšetření uskutečněné v 5. třídě hodnotí sluhovou percepci jako analýzu jednotlivých hlásek bez oslabení. V rámci zrakové percepce vnímá zrcadlově obrácené tvary jako shodné. V audiomotorické koordinaci správně reprodukuje sestavy krátkých a dlouhých tónů, ale při akustickém vyznačování slov se projevují již značné problémy, včetně neverbálních projevů (například při nervozitě se mu klepe ruka, velké mezery mezi slabikami. Výslovnost popisuje jako upravenou s přetrvávající jakoby zadní, nosovou výslovností a problémy s přesným rozlišením di ti ni x dy ty ny.

Speciálně – pedagogické vyšetření z 6. třídy základní školy

V 6. třídě i nadále přetrvává lehce dyslalická výslovnost sykavek, sluhová percepcie je v normě. Zraková percepcie a vizuomotorika zachycuje v testu obkreslování problémy v zachycení složitějších rovinných a prostorových útvarů a výrazné obtíže v grafomotorice. V závěru zprávy se uvádí syndrom ADD s dominující poruchou pozorností, lehkou hypoaktivitou, dyskoordinací a dyspraxií, primárně expresivní dysfázie. Po škole je vyžadována pomoc v optimalizaci výukových podmínek a nutný individuální přístup k žákovi a speciální reedukační péče v době mimo vyučování. Doporučuje se vyšší míra kontroly, snížené nároky na samostatnou práci a také dopomoc při zvládnání obtíží. Dále respektování pomalejšího tempa Jakuba a nedokončenou práci klasifikovat s ohledem na množství zvládnutého, při komunikaci volit kratší a jednodušší instrukce a je vhodné chlapce přesadit do přední lavice. Při výuce smí používat kartičky s pravidly vyrobené matkou.

Z důvodu rozsahu a závažnosti poruchy Jakub spadá do kategorie žáka se speciálními vzdělávacími potřebami dle zákona č.561/2004 Sb. do typu zdravotního postižení.

Speciálně – pedagogické vyšetření v 8. ročníku základní školy

V 8. ročníku základní školy ze speciálně pedagogického vyšetření vyplývá, že i nadále v řečovém projevu přetrvává nepřesná výslovnost, je zřejmé oslabení v oblasti motoriky mluvidel, celkový dojem při čtení je namáhavý a těžkopádný. V písemném projevu je velká chybovost s absencí diakritiky, vynecháváním písmen a záměnou tvarově podobných grafémů nebo zvukově podobných hlásek.

Střední škola

Po ukončení 9leté základní školní docházky, Jakub úspěšně složil přijímací zkoušky na maturitní obor Informační technologie na Střední škole pro sluchově postižené. V jeho případě byl navýšen čas ke splnění přijímacího testu. V prvním ročníku je s dalšími 4 žáky, kteří mají sluchovou vadu.

Speciálně – pedagogické vyšetření v 1. ročníku střední školy

Zpráva ze speciálně – pedagogického vyšetření uvádí, že v řeči nadále přetrvává artikulační neobratnost a dysfatické rysy. V testech na verbální fluenci výkon poukazuje na obtíže při práci se slovem a výsledný výkon je v defektu. Orientační zkouška jazykového citu vykazuje obtíže v oblasti řečových dovedností, které se Jakobovi promítají i do jazykového citění, které je u něj oslabeno. Ve výuce je mu umožněno pracovat s kompenzačními pomůckami jako je například kalkulátor, tabulky, přehled učiva, mapy gramatiky nebo grafy.

Průběh střední školy je mnohem lepší. Do školy se těší. Ač mu největší potíže činí český jazyk a anglický jazyk. Opět se ukazuje, že je pro něj vhodnější menší kolektiv, kde může pedagog projevit opravdu individuální přístup. Pokud se vyskytnou ve vzdělávání potíže, ihned se problém řeší s rodiči a je hledán jiný postup, který by chlapci pomohl dosáhnout úspěchu ve výuce.

Jakub úspěšně složil i maturitní zkoušku, kdy spadal do skupiny žáků zařazené do uzpůsobených podmínek k vykonání maturitní zkoušky pod kódem SPUO-3A (specifické poruchy učení a ostatní, asistent). U didaktického testu mu byl navýšen čas o 100 % nebo také možnost zapisovat odpovědi do testového sešitu, formátování a obsahové úpravy didaktického testu. Taktéž u písemné práce mu byl navýšen časový limit na 100 % a nabídnuta možnost psát písemnou práci na počítači. Kdy se při hodnocení měly tolerovat následující symptomy ve foneticko-fonologické rovině jako fonetická transkripce slov, v lexikální rovině menší slovní zásoba či opakování slov, v morfologické rovině problémy s pravidly českého pravopisu,

problémy v aplikaci gramatických pravidel a pravopis v cizím jazyce. V syntaktické rovině byly zohledněny nedostatky ve slovosledu. Tolerance se vztahovala i na vynechávání písmen či slabik, vynechávání diakritických znamének a inverze písmen. Symptomy vycházející z ADD byly zohledněny porucha soustředění, pomalé tempo, nižší odolnost vůči rušivým vlivům a snadná vyrušitelnost.

Třídní učitelka Jakuba (vyučovala ho český jazyk a literaturu) popisuje Jakuba jako hodného, zasněného, vždy ochotného pomoci ostatním. Rád si chodil za pedagogy povídat a v kolektivu byl velmi oblíbený. Výuka se odvíjela podle aktuální situace ve třídě. Hlavním hnacím motorem byla v případě Jakuba pozitivní motivace, hledání důvodů, za co chlapce pochválit a v případě nezdaru si nedělat těžkou hlavu. Neustálá podpora, vedení a okamžitá reakce na změnu atmosféry ve třídě ze strany pedagoga. Důležité pro paní učitelku bylo i klima třídy, hodně smíchu a podporování nejen Jakuba v tom, co má rád a v čem zažívá úspěchy.

Matka spolupráci se školami hodnotí následovně. Co se týká logopedické třídy a v případě střední školy, byla bezproblémová. Myslí si, že byl pro Jakuba přínos být v malém kolektivu a tím pádem i individuální přístup ze strany pedagogů. Komunikace s učiteli probíhala naprosto bezchybně a kdykoliv potřebovala něco konzultovat nebyl problém a společně hledali způsoby, jak problém vyřešit. Dodnes sám Jakub na tyto dva stupně vzdělávání rád vzpomíná a je s učiteli v kontaktu. V případě běžné školy má matka rozporuplné pocity. Když přišla s nějakým problémem, tak to byl problém, který se neřeší a řešit se nebude nebo se nechal takzvaně vyšumět. Zároveň byla překvapena, že i přes to, že syn školu navštěvoval od 5. do 9. třídy a zprávy z poradny kopírovala pro všechny učitele, tak někteří z nich na konci 9. třídy o jeho problémech vůbec nevěděli. Zpětně si myslí, že to bylo velkým počtem dětí ve třídě, kdy učitel neměl takovou možnost individuální péče, jelikož syn neměl nárok na asistenta. Nebo možná malou odbornou znalostí učitelů o problémech dítěte s ADD a s problémy řeči. Na druhou stranu i přes všechny potíže, kterými si její syn prošel během vzdělávání na běžné škole, si myslí, že ho to zocelilo ve smyslu, že se může setkat i s tím, že ne vždy se k němu bude každý chovat pěkně a pomáhat mu. Na otázku, zda si myslí, že jeho problémy nejen s řečí přetrvávají i do dospělosti, reagovala, že u syna i nadále klesá pozornost po maximálním soustředění, nebo když ho činnost nebaví. Také když se o něčem nechce bavit nebo je mu dané téma nepříjemné, tak lze na něm pozorovat, že nevnímá. Co se týká řečové stránky, dobrému pozorovateli neunikne jistá tvrdost v oblasti mluvidel a v případě nervozity i nejistota a hledání slov, snaha něco vysvětlit je velmi zdlouhavá, kdy vše popisuje obšírně a do detailů.

Zpětný pohled Jakuba

Už jako malé dítě si uvědomoval, že je jiný, odlišný. Svou diagnózu se dozvěděl v 5. třídě základní školy, do té doby neuměl svůj problém pojmenovat a připisoval své problémy především introvertní povaze v kombinaci s problémy s řečí a navazováním vztahů s ostatními vrstevníky. Jelikož jeho zájmy se lišily od zájmů vrstevníků.

Na vzdělávání v logopedické třídě vzpomíná rád. Měl tam kamarády, malý kolektiv, který držel při sobě a neubližovali si. Rád vzpomíná na paní učitelku, která uměla vždy povzbudit a byla milá. Z logopedické třídy si odnesl spoustu zážitků a nerad z této školy odcházel.

Přechod na běžnou školu byl pro něho velmi šokující. Necítil se tam moc dobře, jelikož tam bylo více žáků, kteří ho zrovna vřele nepřijali. Odlišný byl i přístup učitelů, kteří ho dle jeho slov přehlíželi a nedokázali nebo nechtěli mu v jeho potížích pomoci, musel se spoléhat jen sám na sebe. Začal se bát se zeptat na to, čemu nerozuměl, nebo když potřeboval s něčím pomoci. Častěji tak utíkal a uzavíral se do svých myšlenek. Vzpomíná také na to, že se u něj začaly objevovat psychosomatické obtíže, protože do školy chodil nerad, bál se toho, co zase udělá špatně a že se učitel bude zlobit, že nestíhá. Byl velice nervózní, že by mohl něco při zkoušení poplést a ostatní by se mu smáli. Také se bál reakcí na to, že si zapsal špatně domácí úkol nebo pouze jeho část, a tudíž jeho splnění nebylo dostatečné. Z řad spolužáků mu bylo dáváno najevo, že je jiný a že mezi ně nepatří. Neustále musel něco dopisovat, přepisovat, protože nestíhal a chyběly mu zápisy nebo je měl chybně zapsané.

Utkvělo mu také v paměti, že když se byl omluvit, že nebude ve vyučování, protože jde k lékaři, tak mu učitelka řekla, že to nevádí, protože i když tam je, je to jako by tam nebyl. Což také mělo dopad na jeho sebevědomí.

Podporu ze strany učitelů zpětně vnímá jako minimální. Většinou nemohl používat ani žádné pomůcky, které by mu pomohly jeho problém zvládnout. Ani kartičky, které vyráběla matka a byly dovolené přes pedagogicko – psychologickou poradnu. Vždy je musel schovat.

Nyní by doporučil pedagogům základní školy, aby více dbali o žáky s poruchami učení a jinými problémy. Mnohdy stačí jen motivace a podpora žáka v tom, že i když tato látka mu nejde, tak další třeba půjde lépe. Neupozorňovat na to, že je žák odlišný, protože tak ho vystavují posměchu. Ale vysvětlit ostatním, jaký problém to dítě má a komunikovat s nimi, aby to, že je někdo odlišný, nebylo k posměchu.

Naopak přechod na střední školu hodnotí velmi kladně. Vzdělávání ho začalo bavit. Vybral si obor, který ho zajímal a naplňoval, a to v oblasti informační technologie. Našel si kamarády, jak ve své třídě, tak i v jiných ročnících. Přístup ze strany vyučujících byl úplně jiný. Rodinná atmosféra školy, motivující a podporující přístup všech kantorů, pomohly Jakobovi zvýšit jeho sebevědomí. Na střední škole mu nadále činily v oblasti řeči potíže český jazyk a anglický jazyk.

V oblasti pozornosti měl výhodu v tom, že byl ve třídě malý počet studentů a kdykoliv paní učitelka zpozorovala, že utíká do svých myšlenek, tak změnila aktivitu anebo ho upozornila, ať se vrátí zpátky a dává pozor. S paní učitelkou se dodnes rád potká, a také se spolužáky se stále navštěvují.

ADD mu dle jeho slov dělá problém v každodenním životě i teď v dospělosti. Nedělá mu dobře více lidí, velká společnost. Problémy s komunikací pociťuje v případech, kdy musí mluvit s někým, koho nezná a pokud je nervózní. Mívá strach, že odpoví špatně. I když zároveň vnímá, že se již rozmluvil a pokud není v situaci, která je mu nepříjemná, snaží se komunikovat. Zároveň vnímá své obtíže s vyjadřováním tak, že se snaží jednoduchou věc popsat moc složitě, hledá obtížněji slova, tak, aby ostatní pochopili, jak to myslel.

Pracovní příležitosti

Nyní Jakub pracuje ve velké firmě a říká, že bylo obtížné hledat si práci. Především měl problém z neznáme situace a toho, co se bude na pohovoru dít. Několik pohovorů mu nevyšlo, dnes to hodnotí tak, že na něm šla vidět zřejmě nejistota anebo svým neúspěchům přičítá i to, že byl hned po škole. V práci se cítí velmi dobře, rád tam chodí. Popisuje, že se tam sešel velmi dobrý kolektiv, který ho bez problémů přijal.

Tabulka č. 8 Shrnutí obtíží – kazuistika 6

Věk jedince	22 let
Pohlaví jedince	muž
Subtyp ADHD	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)
- motorika	narušená
- pozornost	snižující se
- impulzivita	patrná
Typ narušené komunikační schopnosti	Dyslalia multiplex, expresivní dysfázie
- porozumění řeči	v pořádku
- fluence řeči	mírně narušena
- vybavování slov	v pořádku
- gramatická stavba vět	v pořádku
- slovní zásoba	nižší slovní zásoba
- artikulace	narušena

Při rozhovoru s Jakubem mě překvapil neskutečný přehled z oblasti historie, která je jeho vášnivým koníčkem. Zároveň jsem si všimla narušení v oblasti motoriky mluvidel, kdy byla zřetelná jistá tvrdost. Při rozhovoru si mnul ruce a přemýšlel, jak se správně vyjádřit a zformulovat větu, jelikož má tendenci vysvětlovat věci velmi obsírně a zdlouhavě, a proto se snažil dávat pozor na to, aby to, co chce říct, vyjádřil stručněji. Nad odpověďmi chvíli vždycky přemýšlel. Při zmínce o zážitcích z běžné základní školy na něm byl vidět neklid a že jsou vzpomínky pro něho velmi emočně náročné. Jeho projev začínal být lehce rozhozený a impulzivní. Na konci rozhovoru sám přiznal, že je již unavený. Jeho problém s řečí a ADD se projevoval především ve studiu, kdy měl zároveň i problém navazovat vztahy se svými vrstevníky. Mluví především v krátkých větách.

4 Diskuse

Autorka ve své diplomové práci řeší tři výzkumné otázky. První otázkou, se kterou se v práci potýká, je „*Jak ovlivňuje narušená komunikační schopnost a syndrom ADD život člověka?*“, druhá výzkumná otázka je „*Změnil se přístup pedagogů v rámci výuky během posledních let k těmto jedincům?*“, třetí výzkumná otázka je „*Jaká je informovanost rodičů o diagnózách?*“

V odborné literatuře se setkáváme s tím, že syndromem ADD trpí převážně dívky, které jsou více klidné a zároveň je zmiňováno, že odhalení a diagnostikování syndromu ADD je složité právě kvůli jeho nenápadným projevům, kdy dítě působí pouze jako klidné a hodné. Autorka práce do svého výzkumu naopak žádnou dívku nezařadila, protože se setkala pouze s rodinami, ve kterých se vyskytuje syndrom ADD pouze u chlapců.

Věkové rozpětí jedinců poukazuje na to, že se s těmito diagnózami setkáváme nejen u dětí, ale také v období dospívání a dospělosti, jelikož jsou v práci popsány i dva případy dnes již mladých mužů. Někdy příznaky jedinci vnímají jako narušení jejich fungování, ať v oblasti vztahů, nebo pracovních nabídek a zároveň se snaží s projevy ADD pracovat a ovlivňovat je, tak, aby potíže byly co nejvíce nepatrné. U dětí je patrné, že kromě potíží ve vzdělávání, hlavně v oblasti českého jazyka, si svou odlišnost téměř neuvědomují, snad z důvodu, že k oběma diagnózám lze v dnešní době najít spoustu informací a mluví se o nich.

Tabulka č. 9 Shrnutí: motorika, pozornost, impulzivita

Pohlaví	Věk	Subtyp ADHD	Motorika	Pozornost	Impulzivita
Muž	7 let	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)	narušená	snížená pozornost	patrná
Muž	10 let	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)	narušená	snížená pozornost	patrná
Muž	12 let	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)	narušená	snížená pozornost	patrná
Muž	14,5 let	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)	narušená	snížená pozornost	patrná
Muž	22 let	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)	narušená	snížená pozornost	patrná
Muž	23 let	ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD)	narušená	snížená pozornost	patrná

Dle tabulky č. 9 uvedené výše, můžeme pozorovat, že všem zúčastněným osobám byl diagnostikován subtyp ADHD I, tedy typ s narušenou pozorností. U všech byla patrné narušení v oblasti jemné a hrubé motoriky, snižující se pozornost a unavitelnost a byla patrná i impulzivita v oblasti skákání do řeči. Dále autorka mohla pozorovat poruchu pozornosti, kdy jedinci začali být při rozhovoru unavení nebo je zaujalo něco v jejich okolí a poté se jim hůř navazovalo na téma, o kterém hovořili. Nápadné bylo i pohrávání si s prsty, tričkem nebo pohyby nohou. Také v některých případech jedinci impulzivně odpovídali, skákali do řeči.

Studie Rony Lemel z Reichmannovy Univerzity z února 2023 ukazuje, že porucha pozornosti způsobuje zpoždění ve vnímání řeči a také má vliv na porozumění významu v oblastech mluveného slova. Ruch kolem žáků, studentů, který kromě výkladu učitele tito žáci vnímají způsobuje, že i při snaze porozumět tomu, co učitel říká, nemohou se plně soustředit a další informace. Tyto samé obtíže se objevují i u sledovaných jedinců této práce. A jelikož porozumění řeči vyžaduje selektivní pozornost, pracovní paměť a také plánování a zpracovávání úkolů, mají osoby s ADD problém s kontrolou a samostatným řízením těchto činností. Nicméně dle Lemel (2023) nebyla provedena studie, která by se zabývala přímo vztahem mezi řečí a ADD. Ze studie vychází také zjištění, že osoby s ADD potřebují optimální odstup signálu od různých rušivých elementů k tomu, aby správně zpracovali a rozpoznali mluvené slovo. Dále tito lidé mají problém právě ve výuce z důvodu, že se během přednášky nebo výkladu učitele nahromadí neskutečně velké množství informací a poté mají problém s pochopením významu některých vět. Což potvrzuje, že žáci s ADD a narušenou komunikační schopností mají problémy ve studiu, jelikož ADD dále narušuje vnímání řeči. Porucha řeči se promítá do vzdělávání, kdy tito jedinci mají problém v oblasti čtení, psaní. Čtou pomalu, s chybami, zaměňují písmena, hlásky, slabiky. V oblasti psaní se vyskytuje špatně čitelné písmo, opět chybovost. Písmo je velké, kostrbaté. Všichni jedinci jsou nebo byli v péči pedagogicko-psychologické poradny.

Tabulka č. 10 Shrnutí NKS

Pohlaví	muž	muž	muž	muž	muž	muž
Věk	7 let	10 let	12 let	14,5 let	22 let	23 let
Typ NKS	Dyslálie (problémové hlásky Č, Š, Ž, Ř, R)	opožděný vývoj řeči	dysfázie, opožděný vývoj řeči	opožděný vývoj řeči	dyslálie, expresivní dysfázie	tumultus sermonis
Porozumění řeči	v pořádku	v pořádku	-	v pořádku	v pořádku	v pořádku
Fluence řeči	v pořádku	narušena	-	narušena	mírně narušena	narušena
Vybavování slov	narušeno	narušeno	-	narušeno	v pořádku	v pořádku
Gramatická stavba vět	správná	narušená	-	správná	správná	správná
Slovní zásoba	Neodpovídá věku	Neodpovídá věku	-	dostatečná	Nižší slovní zásoba	Odpovídá věku
artikulace	narušena	narušena	-	správná	narušena	správná

V oblasti řeči můžeme v tabulce č. 10 vidět, že typů narušení řeči je různé a také v odlišné míře. V odborné literatuře se uvádí, že osoby s ADD se nejčastěji potýkají s dyslálií, balbuties, tumultus sermonis a opožděným vývojem řeči. V této práci se autorce podařilo toto tvrzení potvrdit, jelikož dva jedinci mají potvrzenou dyslálii (jeden z nich také expresivní dysfázií), jeden jedinec tumultus sermonis a tři jedinci měli diagnostikovan opožděný vývoj řeči. V ostatních odborných pracích zabývajících se problémy řeči u osob s ADD/ADHD se také nejčastěji objevují osoby s dyslálií, dysfázií, opožděným vývojem řeči apod. Porozumění řeči bylo u všech osob v pořádku. Fluence řeči byla narušena většinou zadržáváním, hledáním správných výrazů nebo v případě jednoho jedince zrychlujícím se tempem řeči. Vybavování slov bylo také u většiny jedinců narušeno, kdy hledali správný výraz nebo ho řekli nesprávně. Gramatická stavba vět byla u většiny správná. Autorka hodnotí slovní zásobu u 7letého chlapce jako pasivní, z důvodu nízkého věku, kdy slovní zásoba nedosahuje takové úrovně, jako

u starších účastníků šetření. I v případě 10letého chlapce byla slovní zásoba nižší. U 22letého účastníka výzkumu je slovní zásoba mírně narušena. U tří jedinců je viditelná narušenost v artikulaci, kdy jde vidět určitá ztuhlost v oblasti mluvidel.

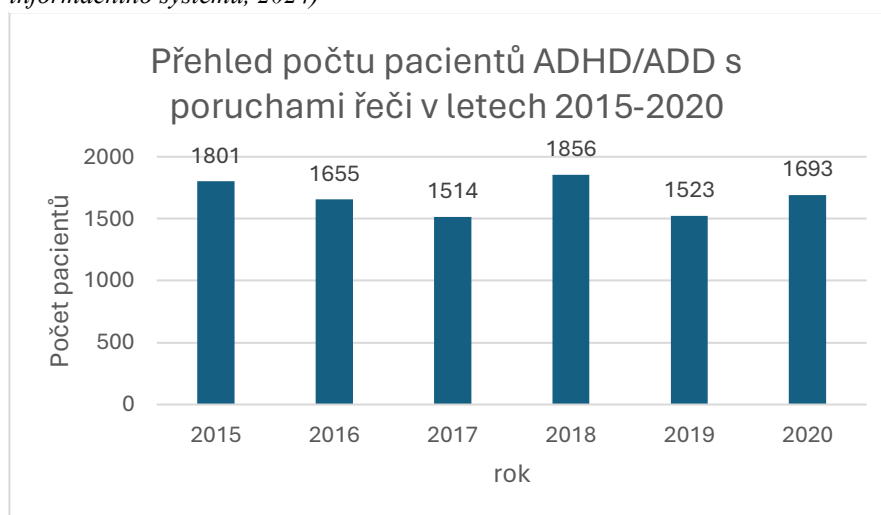
Podle studie Elźbiety Szabelské z Univerzity Marie Curie-Sklodowské v Lublině – katedry Logopedie (2022) dítě bez logopedické podpory není schopné vysoké úrovně vzdělávání a navazování správných sociálních vztahů. Dále naznačuje, že s poruchou pozornosti jsou vázány jazykové dovednosti, které se získávají a zdokonalují pomaleji. A také upozorňuje na to, že vědci neberou v úvahu analýzy, které se týkají fungování jazyka u ADD osob.

Další studie od Ioana Mădălina ORIAN a Andreea Garofița BACIU (2022) uvádí, že obě poruchy ADD a narušená komunikační schopnost mají vliv na sociální komunikaci.

Dle přehledu z Národního zdravotnického informačního systému (2024) se počty pacientů s ADD a narušenou komunikační schopností zvyšují. Proto je dobré zvýšit povědomí o těchto diagnózách a zároveň poukázat na to, že tyto děti mají problémy především ve vzdělávání, kdy se jejich diagnózy ukazují jako zásadní problém. A že ač tyto děti jsou klidné a bezproblémové ve svém chování, potřebují pomoc ze strany pedagogů, jelikož si o ni stydí říct.

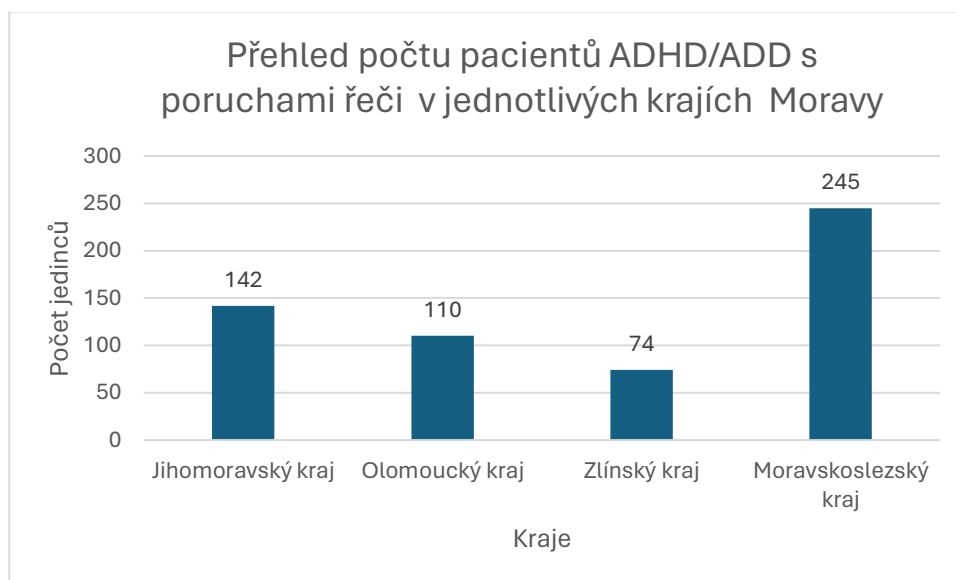
Absolutní počty pacientů z oboru logopedie v časovém trendu z let 2015–2020 uvedeny pro symptomatické poruchy řeči u ADHD dle Národního zdravotnického informačního systému – Stručný přehled činnosti oboru logopedie za období 2007–2020.

Graf č. 2 Přehled počtu pacientů v logopedické péči pro symptomatické poruchy řeči u osob ADHD (vlastní zpracování dle Národního zdravotnického informačního systému, 2024)



Podle grafu lze usuzovat, že počet jedinců se syndromem ADD využívající logopedickou péči kolísá, ale v současné době mírně narůstá. Od roku 2015 počet jedinců neustále klesal, až dosáhl v roce 2017 nejnižší hodnoty a to 1655 jedinců. Nejvyšší hodnoty za celé sledované období bylo v roce 2018, když se počet jedinců vyšplhal na 1856. Poté nastal pokles. V roce 2020 se léčilo s poruchou řeči a syndromem ADHD/ADD 1693 osob.

Graf č. 3 Přehled počtu pacientů ADHD/ADD s poruchami řeči v jednotlivých krajích Moravy (vlastní zpracování dle Národního zdravotnického informačního systému, 2024)



Z grafu č. 3 lze vyčíst kolik osob s ADHD/ADD je v logopedické péči v jednotlivých krajích Moravy. Nejvyšší počet osob se nachází v Moravskoslezském kraji, a to s počtem 245 jedinců. Jihomoravský kraj se nachází na druhém místě se 142 jedinci. Olomoucký kraj má 110 osob s ADHD/ADD a poruchou řeči. Naopak nejnižší počet osob s ADHD/ADD a poruchou řeči je ve Zlínském kraji s počtem 74 osob.

Další výzkumná otázka se týkala toho, zda se změnil přístup pedagogů k těmto jedincům. Jelikož v práci je k dispozici porovnání mladších jedinců versus již dospělých jedinců, můžeme tak sledovat, jak se změnil přístup pedagogů v průběhu let. Kdy u obou dnes již mužů Jakuba i Marka můžeme pozorovat, že jejich vzpomínky na běžné vzdělávání na základní škole probíhalo velmi složitě, nemohli používat žádné speciální pomůcky a jak oba zdůrazňovali, připadali si, že obtěžují. Celkové vzdělávání na základní škole u nich vyvolalo nízké sebehodnocení a snížilo jim sebevědomí. U mladších pozorovaných jedinců můžeme sledovat, že vzdělávání na základní škole je již mnohem lepší, že i pedagogové mají povědomí o tom, že diagnóza ADD zásadně ovlivňuje vzdělávání žáků. A že tyto děti již nejsou vylučovány z kolektivu pro svou odlišnost. Dalším velmi příjemným zjištěním bylo, že jsou

i ve školách přítomny logopedické asistentky, které pomáhají s nápravou řeči u těchto i jiných dětí. A také celková dostupnost logopedické péče je velmi dobrá.

Třetí výzkumná otázka řešila, jaká je informovanost o diagnózách. Informovanost rodičů se zlepšila na základě možností vyhledávat si jak potřebné informace o ADD, tak o různých typech narušené komunikační schopnosti pomocí odborné literatury, které je v dnešní době nepřehledné množství, tak čerpání informací pomocí internetových zdrojů či různých internetových sociálních skupin, ve kterých jsou rodiče dětí s podobnými nebo stejnými problémy.

5 Závěr praktické části

Hlavním cílem této diplomové práce bylo pomocí kazuistik zmapovat a porovnat, jak syndrom ADD a narušená komunikační schopnost ovlivňuje každodenní činnosti těchto osob v průběhu jejich života. Je kladen důraz na srovnání mladších a starších pozorovaných jedinců, dalším cílem byl kladen na vývoj přístupu pedagogů a rovněž na pozici rodičů těchto dětí, studentů. Pro diplomovou práci byl zvolen kvantitativní výzkum, kterého se zúčastnili, rodiče, pedagogové a v neposlední řadě i jedinci s diagnózou ADD a narušenou komunikační schopností.

Na základě získaných dat a informací ohledně jedinců uvedených v diplomové práci autorka zhodnotila, že diagnózy ovlivňují život jedinců napříč věkovým spektrem. ADD bývá dle kazuistik diagnostikováno až s nástupem do základní školy, kdy porucha pozornosti s kombinací poruch řeči dělá žákům problémy. Ve školním prostředí a vzdělávání jim činí potíže především v oblasti jazyků, pochopení slovních úloh a složitějších instrukcí, potřebují také vizuální oporu a časté opakování k upevnování získaných poznatků. Dále jim činí problémy s motorikou, impulzivitou, hypoaktivitou a snižující se pozorností. Problém jim dělá i navazování vztahů a přátelství. V dospělosti své problémy již umí pojmenovat a naučili se s projevy pracovat tak, aby pro ně nebyly překážkou. Nicméně si uvědomují, že porucha pozornosti a některé řečové projevy jsou zřejmé a okolí je vnímá. Proto pro ně bývá velmi těžké navázat kontakt a mluvit před cizími lidmi. Můžeme tedy říct, že obě dvě diagnózy ovlivňují život člověka s tím, že v každé oblasti života projevy hodnotí a vnímá jedinec jinak.

Přístup ze strany pedagogů se k těmto žákům a studentům změnil. Bylo přínosné zjistit, že v porovnání s dospělými jedinci, kteří ve vzdělávání měli problémy z důvodu jejich diagnóz, které negativně ovlivňovaly jejich výsledky a zároveň se jim nedostávalo pochopení a pomoci ze strany pedagogů, dnešní děti, studenti nezažívají. Naopak mají podporu, pomoc i pochopení a jsou začleňováni jako plnohodnotní lidé do školního kolektivu.

Vedlejším cílem této práce je uvedení základních teoretických východisek k zadanému tématu, kdy je nejprve charakterizována porucha pozornosti bez hyperaktivity a následně je věnována pozornost problémům v komunikační oblasti u osob s ADD. V teoretické části byla předložena teoretická východiska práce, čímž byl splněn jeden z cílů diplomové práce.

Práce byla ovlivněna několika limity. První z nich byl problém s dohledáváním diagnostikovaných osob s ADD. Autorka se setkala i s tím, že dítě mělo projevy ADD a zároveň mělo narušenou komunikační schopnost, ale ADD přímo diagnostikováno

nebylo. Dalším limitem byla neochota rodičů ukázat zprávy z vyšetření pedagogicko-psychologickou poradnou, nebo autorce nebylo svoleno provést rozhovor s dítětem. V jednom případě i přes kontaktování třídní učitelky jednoho jedince se rozhovor neuskutečnil z důvodu nesouhlasu paní učitelky podílet se na případové studie diplomové práce.

Autorka nemohla své závěry porovnat s ostatními výzkumy z důvodu, že se s podobnými studii nesešla. Limitem byla i skutečnost, že v pracích je zmiňováno ADHD, ale není specifikován subtyp ADHD, tudíž není jisté, zda do studií byli zahrnuti jedinci se subtypem ADHD I – typ s narušenou pozorností (ADD).

Závěr

Tato diplomová práce se zabývala osobami s diagnózami ADD a narušenou komunikační schopností. Diplomová práce byla rozdělena do dvou částí, a to teoretické a praktické.

V teoretické části jsme se zabývali definicí ADD a narušené komunikační schopnosti. Dále jsme se věnovali charakteristickým rysům těchto diagnóz, etiologií, diagnostikou a možnostmi léčby. Zároveň se práce zmiňovala i o problémech, které tyto diagnózy způsobují žákům a studentům ve školním prostředí.

Praktická část se věnovala analýze šesti jedinců se syndromem ADD a narušenou komunikační schopností od narození až do dospělosti. Práce porovnávala výstupy z provedených kazuistik a kladla důraz na srovnání mladších a starších pozorovaných jedinců a to, jak diagnózy ovlivňují jejich životy. Snažili jsme se také porovnat, jak se změnil přístup pedagogů ve vzdělávání během deseti let k jedincům s ADD a narušenou komunikační schopností. Zaměřili jsme se také na to, jaká je informovanost rodičů o diagnózách jejich dětí a jak si, popřípadě dohledávali informace, na které chtějí znát odpověď.

Seznam literatury

Literární zdroje

BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole: komunikační kompetence: narušení komunikační schopnosti: zásady pro komunikaci s dětmi s vadami řeči : zefektivnění komunikace ve školním prostředí: logopedická intervence*. Praha: Grada Publishing, 2011. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3853-6.

BOČKOVÁ, Barbora. *Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5609-1.

CARTER, Cheryl R. *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole: praktický rádce pro rodiče i učitele*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0621-7.

ČADILOVÁ, Věra, Blanka HOUSAROVÁ, Dita JANDERKOVÁ a Jitka KENDÍKOVÁ. *Řečové a komunikační obtíže*. Praha: Raabe, [2016]. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-214-1.

ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-880-8.

DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. Logopaedia clinica.

DVOŘÁK, Josef. *Slovní patlavost: verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. Logopaedia clinica. ISBN 80-902536-0-1.

HALLOWELL, Edward M. a John J. RATEY. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti: [poruchy pozornosti a hyperaktivita, rozpoznání, řešení, prevence]*. Praha: Návrat domů, 2007. Trendy. ISBN 978-80-7255-154-5.

HUTYROVÁ, Miluše. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1523-3.

JANDERKOVÁ, Dita, Jitka KENDÍKOVÁ, Jarmila KLÉGRVÁ, Iva STRNADOVÁ, Jana SWIERKOSZOVÁ a Zdenka ŽENATOVÁ. *SPU a ADHD*. Praha: Raabe, [2016]. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-215-8.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD: zásady výchovného vedení: působení relaxačních technik: dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: Grada, 2010. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2697-7.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, Hana ŽÁČKOVÁ. *Metody práce s dětmi s ADHD především pro rodiče a vychovatele*. Praha: D + H, 2018. ISBN 978-80-87295-24-3.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, Hana ŽÁČKOVÁ a Renáta ZÖRKLEROVÁ. *Metody práce s dětmi s ADHD především pro rodiče a vychovatele*. Praha: D + H, 2004. ISBN 978-80-87295-23-6.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Reedukace specifických poruch učení u dětí: speciální pedagogika*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0645-3.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Jak se učit s dítětem se specifickou poruchou učení a s poruchou pozornosti?: určeno žákům a studentům se specifickými poruchami učení a s poruchou pozornosti a jejich rodičům a učitelům*. Praha: Jucovičová Drahomíra PaedDr. - nakladatelství D + H, 2015. ISBN 978-80-87295-18-2.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3941-0.

KENDÍKOVÁ, Jitka. *ADHD krok za krokem*. Praha: Raabe, [2019]. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-438-1.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy: normy a poruchy*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379-X.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči: Dysfázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence*. 5. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.

LECHTA, Viktor a Barbara KRÁLIKOVÁ. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. 2., doplněné vydání. Přeložil Magda WDOZYCZYNOVÁ. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1920-0.

LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

- LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
- MCALEER HAMAGUCHI, Patricia. *Childhood speech, language & listening problems*. New Jersey: John & Sons, Inc., 2010. ISBN 978-0-470-53216-4.
- PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, 2007. Psyché. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PELLETIER, Emmanuelle. *Porucha pozornosti bez hyperaktivity: pomoc rodičům a učitelům*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0599-9.
- POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.
- POSPÍŠILOVÁ, Zuzana. *Rozvoj dětské řeči: aktivity s básničkami*. Vydání 2. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-5108-0.
- PTÁČEK, Radek a Hana PTÁČKOVÁ. *ADHD – variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8.
- RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Vyd. 4. Přeložil Lenka STAŇKOVÁ. Praha: Portál, 2010. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-728-2.
- RONENOVÁ, Tammie. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích: kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Přeložil Petr MOŽNÝ. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-370-6.
- SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál, 1999. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-315-3.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠKVOROVÁ, Jaroslava a David ŠKVOR. *Proč zlobím? lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. V Praze: Triton, 2003. ISBN 80-7254-407-1.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál, 1997. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-131-2.

TŘESOHLAVOVÁ, Zdenka, Marie ČERNÁ a Marie KŇOURKOVÁ. *Dřív, než půjde do školy*. Praha: Avicem, 1990. ISBN 08-201-0015-6.

UHLÍŘ, Jan. *ÁDÉHÁDĚ: jak na emoce dětí s ADHD*. Praha: Raabe, [2020]. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-454-1.

WINTER, Britta. *Jak na ADHD a problémy s pozorností: praktické tipy pro každý den*. Přeložil Zuzana MIKESKOVÁ. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1304-6.

ZÁVĚRKOVÁ, Markéta. *Jak se žije s ADHD: co se stane, když vám vstoupí do života, jaké to je žít s nimi a s námi*. Praha: Pasparta, [2016]. ISBN 978-80-88163-30-5.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dysortografie, dysgrafie, dyslexie*. 3. vyd. Praha: Portál, 1998. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-242-4.

ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Mám poruchu pozornosti, i když jsem dospělý?: nejen o kladech a záporech syndromu ADHD u dospívajících a dospělých*. Praha: D + H, 2014. ISBN 978-8087295-17-5.

Internetové zdroje

Prohlížeč | MKN-10 klasifikace (uzis.cz), [online]. [cit.2024-03-18])

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int), [online]. [cit.2024-03-18])

Aksenovová, Poruchy řeči – praktický pohled v ordinaci pediatra, 2015. Dostupné z: 19.pdf (pediatriepropraxi.cz) [online]. [cit.2024-03-31])

Asociace klinických logopedů – sdružení odborníků z oblasti logopedie – AKL (klinickalogopedie.cz) BREPTAVOST/TUMULTUS SERMONIS, [online]. [cit.2024-04-01])

Asociace klinických logopedů – sdružení odborníků z oblasti logopedie – AKL (klinickalogopedie.cz) (KOKTAVOST/BALBUTIES U DĚTÍ, [online]. [cit.2024-03-31])

Michalová, Metodika se vzdělávacím obsahem: Vzdělávací modul 4.3: Programy podpory zavádění podpůrných opatření v 2. – 5. stupni podpory.

Dostupné z:

Metodika_4.3._Programy_podpory_zavadeni_vhodnych_podpornych_opatreni.pdf [online]. [cit.2024-03-18])

Lemel Rony, Šalev Lilach, Nitsan Gal a Boaz M Ben – David, *Listen up! ADHD slows spoken – word processing in adverse listening conditions: Evidence from eye movements*. 2023. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36577332/> [online]. [cit.2024-05-24])

Mironová Tabachová, *Předoperační logopedická péče u zkráceného labiálního a lingválního frenula*. Listy klinické logopedie 1/2023, 2023. Dostupné z: Preoperative Speech Therapy Care for Shortened Labial and Lingual Frenulum (aklcr.cz) [online]. [cit.2024-04-16])

Orian Mădălina Ioana, Andreea Garofița BACIU, *The importance of speech and language development in ADHD*. 2022 Dostupné z: www.researchgate.net/publication/365092667_The_importance_of_speech_and_language_development_in_ADHD[online]. [cit.2024-05-25])

Szabelska Elżbieta, Charakter zaburzeń językowych w ADHD = Characteristics of language disorders in ADHD. Logopedia, 2022.

Dostupné z: www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/wp-content/uploads/2022/07/027-041-Szabelska-LOGOP-51-1-2022-15-07-2022.pdf [online]. [cit.2024-05-25]

Zvěřinová, Subjektivní reflexe podpory dětí s ADHD očima matek, 2023. Dostupné z: final.pdf [online]. [cit.2024-03-24])

Stručný přehled činnosti oboru logopedie za období 2007–2020. Dostupné z: Stručný přehled činnosti oboru logopedie za období 2007–2020 (uzis.cz), [online]. [cit.2024-05-16])

Seznam použitých zkratk

ADD	z angl. attention deficit disorder
ADHD	z angl. attention deficit hyperactivity disorder
NKS	narušená komunikační schopnost
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
DSM	diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
LDM	lehká mozková dysfunkce
LDE	lehká encefalopatie
CNS	centrální nervový systém
SVPCH	specifické poruchy chování a učení
SVPU	specifické vývojové poruchy učení
UADD	z ang. undifferentiated attention deficit disorder

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Projevy ADD	16
Tabulka č. 2 Přehled fyziologického vývoje artikulace jednotlivých hlásek	30
Tabulka č. 3 Shrnutí obtíží – kazuistika 1	45
Tabulka č. 4 Shrnutí obtíží – kazuistika 2	50
Tabulka č. 5 Shrnutí obtíží – kazuistika 3	53
Tabulka č. 6 Shrnutí obtíží – kazuistika 4	56
Tabulka č. 7 Shrnutí obtíží – kazuistika 5	61
Tabulka č. 8 Shrnutí obtíží – kazuistika 6	73
Tabulka č. 9 Shrnutí: motorika, pozornost, impulzivita	74
Tabulka č. 10 Shrnutí NKS	76

Seznam grafů

Graf č. 1 1Zastoupení subtypů dle DSM V	8
Graf č. 2 1Přehled počtu pacientů v logopedické péči pro symptomatické poruchy řeči u osob ADHD	77
Graf č. 3 1Přehled počtu pacientů ADHD/ADD s poruchami řeči v jednotlivých krajích Moravy	78

Seznam obrázkových příloh

Obr. 1 Model koktavosti dle Lechty (Lechta, Králíková, 2011,2022, str.41)	35
---	----

Přílohy

Příloha č. 1 Seznam otázek k rozhovorům s rodiči

1. Jaký je přibližný věk rodičů?
2. Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů?
3. Je vaše rodina úplná? (v případě rozvodu – jak probíhal a jaký měl dopad na dítě)
4. V případě neúplné rodiny, kolik času tráví dítě u matky a kolik času u otce?
5. Jaký je výchovný styl rodičů?
6. Jaká byla reakce rodičů na diagnózu ADD a jaká na narušenou komunikační schopnost?
7. Kde jste hledali informace o diagnózách a byly pro vás dostačující?
8. Jaký typ narušené komunikační schopnosti vaše dítě má?
9. Kolik má dítě sourozenců a v jakém věkovém rozpětí?
10. Jaký má se sourozenci vztah?
11. Mají sourozenci stejné nebo podobné problémy?
12. Jaký byl průběh těhotenství?
13. Jak probíhal porod?
14. Jaká byla adaptace dítěte po porodu?
15. Jaké nemoci vaše dítě mělo? Bylo hospitalizováno? Mělo někdy nějaký úraz?
16. Znamenaly diagnózy pro vás nějaké změny ve fungování rodiny nebo přípravě na vyučování?
17. Navštěvovalo/ navštěvuje vaše dítě zařízení pro nápravu řeči?
18. V kolika letech vaše dítě začalo navštěvovat mateřskou školu, jak probíhala adaptace? Jak probíhala logopedická péče?
19. Jak často jste navštěvovali (navštěvujete) logopedickou ambulanci?
20. Jaké hlásky byly/jsou pro dítě problematické?
21. V kolika letech začalo dítě navštěvovat povinnou školní docházku? Jak se adaptovalo na školní prostředí a jak vnímáte spolupráci se školou?
22. Jak probíhá příprava do školy? (kolik hodin jí věnujete, používáte speciální pomůcky apod.) Učí se dítě samo?

Příloha č. 2 Seznam otázek k rozhovorům s učiteli

1. Mohl/a byste popsat jaké dítě je?
2. Jaké je dítě v kolektivu a je oblíbené?
3. Jak se chová při výuce?
4. V čem má největší obtíže?
5. Jaké postupy, metody při práci s dítětem používáte?

Příloha č. 3 Seznam otázek pro žáky a dospělé jedince

1. Máš ve třídě kamarády?
2. Stalo se ti někdy, že se ti spolužáci posmívali?
3. Myslíš si, že máš ve vyučování problémy na rozdíl od tvých spolužáků?
4. Jaký předmět tě ve škole nejvíce baví a jaký naopak nemáš rád?
5. Můžeš ve vyučování používat speciální pomůcky? (tablety, čtecí tabulky...)
6. Máš problém mluvit před spolužáky? (ústní zkoušení, hlasité čtení...)
7. Co přesně ti ve škole nejde?
8. Setkal ses někdy s nepochopením ze strany učitele?
9. Jak bys zpětně popsal výuku na základní škole?
10. Jak bys zpětně popsal výuku na střední škole?
11. Měl jsi problém najít si zaměstnání?

Příloha č. 4 Informovaný souhlas s rozhovorem

Informovaný souhlas s rozhovorem

Vážení rodiče, zákonní zástupci,

jmenuji se Bc. Kateřina Bačová a jsem studentkou Pedagogické fakulty na univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci své diplomové práce uskutečňuji výzkumné šetření, jehož cílem je analyzovat problémy ve vzdělávání žáků se syndromem ADD a narušenou komunikační schopností a jaké formy a metody těmto žákům pomáhají zvládat jejich obtíže.

Výzkum je zcela anonymní, získané informace jsou důvěrné a budou sloužit pouze pro účely zmiňované diplomové práce.

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci se podílet na výzkumném šetření.

Bc. Kateřina Bačová

Souhlasím – nesouhlasím s rozhovorem s dítětem.

Podpis rodiče/zákonného zástupce:

Souhlasím – nesouhlasím s rozhovorem.

Podpis rodiče/zákonného zástupce: