

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012 – 2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Rudolf Klacek

**Problémy spojené s učením a syndrom ADHD zaměřené na
děti umístěné v DDÚ.**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Lenka Petelíková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED

2012 - 2015

DIPLOMA THESIS

Rudolf Klacek

**The problems associated with syndrome ADHD and learning
aimed at children placed in DDÚ.**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Lenka Petelíková

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne: 20. února 2015

Rudolf Klacek

Poděkování

Chtěl bych poděkovat paní PhDr. Lence Petelíkové, doktorce Univerzity Jana Amose Komenského v Praze, za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na problémy spojené s učením a syndromem ADHD na děti umístěné v DDÚ. V teoretické části jsou popsány významy specifických poruch učení a MKN s legislativním vymezením. Blíže se zabývá diagnostikou a determinanty poruch učení, speciálními vzdělávacími potřebami. Dále popisuje školní zralost a nezralost dítěte umístěného v dětském diagnostickém ústavu. Praktická část se zabývá konkrétním dětským diagnostickým ústavem – jeho strukturou, náplní a prací speciálních pedagogů v něm. Pro objasnění problémové situace jsou v diplomové práci popsány případové studie z praxe - kasuistiky, s využitím literárních poznatků. Jedná se o tři chlapce umístěné v DDÚ. Cílem diplomové práce bylo popsat metody vzdělávání dětí s ADHD a s nimi spojené problémy s učením, na vybraných vzorcích dětí nastínit práci speciálních pedagogů, jejich práci při reedukaci dětí s SPU ovlivněné syndromem ADHD. Práce je zaměřena na děti umístěné v DDÚ Homole.

Klíčové pojmy:

diagnostika, dítě, dětský diagnostický ústav, mezinárodní klasifikace nemocí, podpůrná opatření, reedukace, speciální vzdělávací potřeby, specifické poruchy učení, syndrom ADHD, školní zralost

Annotation

The thesis is focused on problems associated with learning and syndrome ADHD which are possible to find in behavior of children placed in Children Diagnostic Instituts. The theoretical section describes the meanings of specific learning disorders and ICD with legislative definition. It is focused on diagnosis, determinants of learning disabilities and special educational needs. It also describes the school maturity and immaturity of a child placed in a diagnostic institute. The practical part deals with specific children's diagnostic institution - its structure, content and special education teachers' work in it. To clarify the problematic situation there are described case studies from practice - case reports with using literary knowledge. The problems are shown on problems of three boys placed in Children Diagnostic Institut. The aim of this thesis was to describe the method of education of children with ADHD and related learning problems, on selected samples of children outline the work of special educators, their work on re-education of children with learning disabilities affected by ADHD syndrome. This work focuses on children placed in Children Diagnostic Institut of the Homole.

Key words:

diagnosis, child, children Diagnostic Institute, the International Classification of Diseases, supportive measures, re-education, special educational needs, specific learning disabilities, syndrome ADHD, school readiness

OBSAH:

Úvod	9
Teoretická část	
1	Hyperkinetické poruchy.....11
1.1	Hyperkinetická porucha – vývoj diagnózy.....11
1.2	Epidemiologie.....12
1.3	Klinický obraz.....12
2	Základní symptomy hyperkinetické poruchy.....14
2.1	Etiologie.....21
2.2	Komordibita.....22
2.3	Terapie.....23
3	Charakteristika dětí s ADHD.....26
4	Psychorelaxační cvičení pro děti.....34
5	Vzdělávání žáka s ADHD.....38
6	Specifické poruchy učení - SPU.....43
6.1	Základní definice.....43
6.2	Význam specifických poruch učení.....44
6.2.1	Definice specifických poruch učení.....45
6.3	Příčiny specifický poruch učení.....46
6.4	Vzdělávání děti se specifickými poruchami učení.....48
6.5	Diagnostika specifických poruch učení.....52
7	Reedukace specifických poruch učení.....54
Praktická část	
8	Cíle a metody.....60
8.1	Charakteristika vlastního šetření.....61

8.2	Charakteristika zařízení.....	64
8.3	Kasuistiky.....	66
	<i>Případová studie č. 1.....</i>	<i>66</i>
	<i>Případová studie č. 2.....</i>	<i>76</i>
	<i>Případová studie č. 3.....</i>	<i>86</i>
8.4	Diskuze.....	97
	Závěr.....	100
	 Seznam použité literatury.....	 102

ÚVOD

ADHD (zkratka anglického „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ – **hyperkinetická porucha (HKP)**, Porucha pozornosti s Hyperaktivitou patří mezi neurovývojové poruchy. Tato porucha se projevuje již od raného dětství, nejvíce však ve školním věku, kdy postihuje 3–7 % dětí. Ve 40–50 % případů přetrvává do dospělosti a vyskytuje se u 4–5 % dospělých. Spíše než hyperaktivita se v tomto období objevují pocity vnitřního neklidu, převládá impulzivita a poruchy pozornosti.

Na vzniku ADHD se přibližně z 80 % podílí dědičnost. Prozatím bylo objeveno již několik genů spojených s poruchou. V ostatních případech při vzniku poruchy přispívá různou měrou problémové těhotenství, prenatální vystavení alkoholu a tabákovému kouři, předčasný porod s výrazně nižší vahou novorozeněte, extrémní množství olova v těle a poranění prefrontální kůry v mozku po porodu. Koexistence s dalšími poruchami – emočními či s poruchami chování je všeobecně známá. ADHD je porucha typická neurovývojovým opožděním s odchylkami ve vývoji centrální nervové soustavy a porušenou regulací na úrovni neurotransmiterových systémů (noradrenergního a dopaminergního). Tímto jsou pak ovlivněny prakticky všechny kognitivní funkce. Vyšetření MRI prokazuje zmenšený objem mozku, mozečku, bazálních ganglií vpravo a corpus callosum vpravo. ADHD jsou také vysoce rizikovým faktorem pro vznik dalších psychiatrických poruch.

ADHD patří mezi nejprobádanější duševní a emoční poruchy. Existuje pro ni více léčebných postupů účinnějších pro větší počet lidí než v kterékoliv jiné oblasti psychiatrie.

ADHD se většinou nevyskytuje osamoceně. Uvádí se, že 44 % dětí s ADHD trpí další psychickou poruchou například nějakým typem specifické poruchy učení, jako je například dyslexie (porucha čtení), dysgrafie (porucha psaní), dysortografie (porucha pravopisu), dyskalkulie (porucha matematických schopností) atd...) a 32 % až dvěma poruchami. Podstatné na ADHD je, že není specificky zaměřena, ale ovlivňuje celkově

veškeré chování a hraje zásadní roli v rozhodovacím procesu.

(<http://cs.wikipedia.org/wiki/ADHD>)

Specifické poruchy učení se vyznačují u dětí řadou různých příznaků mají individuální charakter. Vznikají na základě dysfunkcí CNS.

Základním úkolem diagnostiky syndromu ADHD a SPU je včasné zachycení a profesionální pomoc. Již v období předškolního věku lze na základě určitých projevů dítěte zachytit signalizaci možných pozdějších projevů ADHD a SPU. Významné pro upřesnění etiologie hyperkinetických poruch a specifických poruch učení jsou projevy dítěte ve škole, jeho výkon, osobnostní zvláštnosti a projevy chování.

Rodiče těchto dětí potřebují vědět, jak ke svému dítěti přistupovat, záleží na stylu výchovy, který uplatňují. Dobrý školní výkon nezajistí pouze intelektové schopnosti dítěte a jejich motivace a postoje k učení, tedy jejich pozitivní přístup k práci a volní vlastnost. Významnou roli hrají i percepční a kognitivní funkce, které mají svůj specifický vývoj. Pokud je tento vývoj opožděn nebo probíhá disharmonicky, ovlivňuje výrazně schopnost dítěte přijímat a zpracovávat informace a adekvátně na ně reagovat.

V teoretické části se práce zabývá hyperkinetickými poruchami (HKP), SPU – jejich terminologií, popisuje jednotlivé formy ADHD, pojmy dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dysmúzie, dyspinxie a dyspraxie. Je zde popsána organizace péče, vzdělávání a formy reedukace žáka s ADHD spojené s SPU.

V praktické části je práce zaměřena na chování dítěte umístěného v DDÚ, jeho diagnostiku v rámci školní výchovy i mimo ni. Je zde popsáno zařízení, ve kterém bylo prováděno šetření a to DDÚ Homole. Jsou zde popsány metody reedukace speciálních pedagogů, kteří správně zvoleným způsobem mohou ovlivnit další vývoj dítěte a postavení ve společnosti.

Práce uvádí příklady z praxe formou kasuistik dětí.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Hyperkinetické poruchy

Poruchy chování a emocí představují jeden z nejčastěji se vyskytujících problémů v ordinacích pedopsychiatrů a psychologů. Hyperkinetická porucha se projevuje v průběhu vývoje dítěte v podobě deficitů v oblasti kognitivních a percepčně motorických funkcí, v oblasti regulace afektů a emotivity a také v sociálním přizpůsobení. Hyperaktivní syndrom představuje rizikový faktor pro vývoj poruch chování, které mají charakter sociální maladaptace. Disharmonický vývoj osobnosti u dětí obvykle předchází různé podoby specifických poruch osobnosti, tak jak je známe u dospělých. Podstatnou složkou vývoje dítěte je psychosexuální vývoj a jeho případné komplikace (např. porucha pohlavní identity).

(Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol. 2000)

1.1 Hyperkinetická porucha vývoj diagnózy (F90)

Málokterá psychiatrická diagnóza prodělala tolik změn názvu v čase jako hyperkinetický syndrom. Poprvé byla tato porucha popsána ve čtyřicátých letech, kdy důraz byl kladen na organické postižení a diagnóza zněla syndromy duševních poruch mozku (brain disorders). Tyto poruchy zahrnovaly chybný vývoj zapříčiněný: a) strukturální poruchou mozku; b) aktuálním poškozením CNS (traumatem, infekcí, hypoxií); c) chybnou funkcí, tj. nedostatečnou nebo nadměrnou stimulací. V padesátých letech popisuje u nás Kučera lehkou dětskou encefalopatii (LDE), v cizině tato diagnóza

pluje pod vlajkou „brain damage syndrom“ (Strauss a Lehtinen). V roce 1949 Amatruda a Gesell popisují „minimal brain damage“. V šedesátých letech bylo zjištěno, že tento syndrom je často spojen se specifickými vývojovými poruchami školních dovedností, které souvisejí s dysfunkcí převodu mezi hemisférami. Denhoff a Laufer diagnostikují „cerebral dysfunctions“ u nás Třesohlavová lehkou mozkovou dysfunkci (LMD) , jiní minimální mozkovou dysfunkci (MMD). V sedmdesátých a osmdesátých letech byl kladen důraz na nejrušivější symptom - neklid a diagnóza zněla hyperkinetický syndrom. V osmdesátých letech byla před tento symptom předsunuta porucha pozornosti s označením ADD (Attention deficit disorder) a spojení s hyperaktivitou bylo označováno jako ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder). V MKN-10 se používá označení hyperkinetické poruchy, pod nímž je zařazena porucha aktivity pozornosti (F90.0) a hyperkinetická porucha chování (F90.1). Dřívější diagnózy se snažily postihnout etiologii, označení hyperkinetické poruchy (v MKN-10) a ADD/ADHD (v DSM-IV) jsou behaviorální expresí těchto poruch. (Pokorná 2001)

1.2 Epidemiologie

Nedostatek vnitřní kontroly činí děti hyperaktivními, nepozornými a impulzivními - jejich počet v první třídě široce kolísá od 2 do 10%. Prevalence je udávána v rozmezí od 2 do 12% , u konzervativnějších pedopsychiatrů od 3 do 5% dětí školního věku. Výskyt je častější u chlapců než u dívek, nejčastěji se udává poměr 6:2 (rozmezí až 8:1). (Hort a kol., 2000)

1.3 Klinický obraz

Hyperkinetické poruchy jsou diagnostikovány ve všech věkových kategoriích - od dětství do dospělosti. Tatáž porucha má různé symptomy podle věku. Projevují se již

v kojeneckém období - poruchou základních biorytmů, v batolecím a předškolním věku - dezinhibicí, ve školním věku - kognitivní dysfunkcí, v adolescenci - poruchami chování, v pozdní adolescenci a časně dospělosti - sociální maladaptací často spojenou s kriminalitou. Citlivým indikátorem pro tyto poruchy je škola a okamžitým diagnostikem učitel.

Neurovývojové opožďení vytváří zátěžové životní události. Minimální organické poškození a kumulace zevních stresů vede k maladaptivnímu chování a vysokou psychiatrickou komorbiditou čili zvyšuje vulnerabilitu jedince. U poruchy aktivity a pozornosti jde z behaviorálního hlediska o poruchu exekutivních (výkonných seberegulujících) funkcí. (doc. MUDr. Eva Malá, CSc. <http://www.solen.sk/>)

2. Základní symptomy hyperkinetické poruchy

Poruchy kognitivních funkcí

- porucha pozornosti - distraktibilita, nepozornost, obtíže pozornosti v aspektu sluchovém i zrakovém., nežádoucí zapojení motoriky do aktivit procesu poznání (např. dítě se otáčí, hraje si s prsty, houpe se na židli v době, kdy by se mělo soustředit na matematickou úlohu);
- neschopnost selekčního procesu usměrnit pozornost k podstatným informacím z paralelního zpracování všech podnětů;
- porucha analýzy a syntézy informací
- porucha exekutivních funkcí, tj. vytváření, sekvencování a realizace plánů. Dítě si neumí organizovat práci, nedokončí úkol, nestrukturuje volný čas. Malé děti mají své exekutivní funkce externalizované (např. děti nahlas komentují svou činnost, verbálně si připomínají, co mají udělat nebo jak řešit problém - "kam jsem dal to auto, musím ho najít, tady není, aha je pod postelí"). Později se tyto funkce internalizují, myšlenky se stávají privátními. U dětí s ADHD poruchou je internalizace minimální stejně jako u dětí do šestého roku věku.

Narušení exekutivních funkcí znamená sníženou schopnost analyzovat své chování. vytvářet nové formy chování a řešit úkoly. Sebeřízení, sebedotazování, sebeovládání (emoce, impulzy) a sebemotivování je chaotické, dezorganizované;

- porucha motivace, úsilí a vytrvalosti, zvláště v aktivitách nepřinášejících okamžité uspokojení nebo v situacích, které jsou dokonce lehce frustrující (zkoušení ve třídě, čekání ve frontě na oběd atd.);
- vizuospaciální porucha (snížená schopnost prostorové představivosti, řešení geometrických úkolů);
- porucha slovní a pracovní paměti.

Poruchy motoricko-percepční

- hyperaktivita s neschopností relaxace, sedavých aktivit („stále na pochodu“), s dysforií při inaktivitě. Hyperkinetický projev je dán dezorganizací s diskontinuitou průběhu motorického jednání, vázaného na eferentní odpověď. Výkon pohybu je správný, ale jeho provedení je zbrklé, nepřesné, nekoordinované;
- neurologické „soft sign“ (slabé, stabilní, drobné neurotické odchylky ozřejmující určité organické postižení). Testuje se: pravolevá orientace, prst-nos, patakoleno, chůze po patách, po špičkách, po rovné čáře, při otevřených, zavřených očích. Stoj, stoj předpažmo, na jedné noze, dřep, dřep o jedné noze, dřep s předpažením (a totéž s vyplazeným jazykem), poskakování, poskakování na jedné noze, poskok s obratem („skákání panáka“), "čtení" obrazců písmen psaných prstem na záda nebo dlaně rukou atd. Hodnotí se : koordinace pohybů, souhyby a mimovolní, nadbytečné, dysrytmické nekoordinované pohyby, poruchy symetrie, ztížená schopnost pravolevé orientace a taktilní diskriminace.
- motorická neobratnost
- porucha vizuomotorické koordinace

Porucha emocí a afektů

emoční a afektivní labilita (u adolescentů dysforie a pocity nudy), iritabilita, explozivita (je zděšen svým vlastním chováním)

Impulzivita

činy jsou náhlé, ukvapené, dítě provádí rychlé závěry k vlastní škodě, není schopné odložit akci, jedná bez zřetele na konsekvenci (napřed jedná, pak myslí, nepoučí se z úrazu, trestu). Chaotičnost a nepredikovatelnost chování sekundárně narušené gnostické funkce, takže dítě nesplní úkol, ačkoli má intelektové předpoklady k jeho vyřešení.

Sociální maladaptace

- chybí stenické reakce. Neadekvátní kontrola, familiárnost nepříslušná věku, neschopnost souhry s vrstevníky způsobují, že dítě s diagnózou F90 jsou odmítány všude - doma, ve škole, sportu, hrách, jak v kolektivu dětí, tak dospělých. Frustrace ze sociální neúspěšnosti a snížená tolerance ke stresu u vede k šaškování, negativismu, dysforii, později k poruchám chování (ke lhaní, krádežím, necitlivosti ke zvířatům a lidem, k riskování, hazardu, bláznivým sázkám, agresivním jízdám na motorkách, k honičkám s auty, často kradenými) a ještě později k delikvenci (v 60-75%, v poslední době často spojené se zneužíváním návykových látek);

děti s poruchou aktivity a pozornosti nejsou schopny kontrolovat své reakce k okolí, nejsou empatictí, altruističtí, mají extrémní výkyvy jak emocí, tak chování (rozdal by všechno, aby si koupil sociální akceptaci, kterou okamžitě zničí svou impulzivitou)

(Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá)

Dítě, které je **nesoustředivé**:

- se nesoustředí na okrajové detaily, pracuje ledabyle, s chybami, zabývá se při jednom úkolu ještě jinými aktivitami;
- neudrží pozornost při úkolu nebo při hře;
- neposlouchá instrukce, dělá zbrklé, chybné závěry;
- si neumí uspořádat školní práci, svoje pracovní místo;
- se zdá duchem nepřítomné, když mluvíme přímo k němu;
- si neumí naplánovat úkoly, pracovní, sportovní i hravé aktivity;
- nelibě nese, odmítá a vyhýbá se angažovat v aktivitách, které vyžadují mentální úsilí a trpělivost;
- ztrácí potřebné pomůcky do školy, ztrácí hračky, sportovní potřeby atd.;
- okamžitě reaguje na zevní podněty
- zapomíná na denní aktivity, které má splnit.

Pracuje-li pod kontrolou, jeho výsledky jsou mnohem lepší, dospělý musí za ně držet "hranice", strukturovat pracovní proces, eliminovat vlivy z okolí.

Nejnápadnější behaviorální expresí hyperkynetických poruch jsou **hyperaktivita a impulzivita**. Rodiče referují: „Je jako z hadích ocásků, všude šmejdí, rejdí, stále někam leze, z venku se vrací umazaný, potrháný, s rozbitými koleny, hlavou, má časté úrazy.“ Učitelé jsou, kromě motorických projevů, citlivý na řeč a sociální interakce: „Stále mluví, vyhrkne, co chce, co ho zrovna napadne, přerušuje druhé, skáče do řeči, drmolí si sám pro sebe, pošťuchuje a provokuje druhé, šaškuje, pitvoří se, poutá pozornost, má počmárané, pošpiněné, zmuchlané, roztrhané sešity, knihy, pracuje s extrémními výkyvy, jednou na jedničku, jindy na čtyřky, pětky.“ Nedokáže pracovat soustavně, reaguje odlišně (než vrstevníci) na odměny a tresty, je nepoučitelný.

Hyperaktivní a impulzivní dítě:

- se vrtí na místě, hraje si s prsty na rukou nebo nohou;
- se houpe na židli, má velký pocit neklidu
- opouští své místo, pobíhá po třídě v době, kdy se očekává, že bude sedět;
- si neumí hrát, má speciálně problém s hrami, které vyžadují klid a ticho;
- je stále „jako na pochodu, jako popoháněné, jako rozjeté“;
- stále mluví „užvaněné“, stále se ptá;
- vyhrkne odpověď dříve, než byla dokončena otázka;
- nevydrží čekat, až má na něj přijít řada;
- přerušuje, obtěžuje ostatní.

(Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá)

Dle Z. Michalové (2007) - jedna z variant řazení symptomů dle četnosti jejich výskytů :

1. hyperaktivita
2. percepčně motorická porucha
3. emocionální labilita
4. povšechný nedostatek koordinace
5. poruchy pozornosti
6. impulzivita

7. poruchy paměti a myšlení
8. specifické poruchy učení
9. poruchy řeči a sluchu
10. lehké neurologické příznaky s abnormální křivkou EEG

Jako časté projevy jsou též uváděny:

- změny nálad bez zjevné příčiny
- impulzivita
- ochabování koncentrace pozornosti
- zvýšená pohyblivost
- kolísající schopnost vybavit si látku dříve osvojenou
- nápadné obtíže v počtech
- neobratnost v oblasti jemné a hrubé motoriky
- porucha prostorové orientace
- percepční vady
- vady řeči
- poruchy myšlení

Z hlediska pedagogického jsou jako nejčastější symptomy uváděny:

- hyperaktivita
- poruchy pozornosti a schopnosti soustředění
- emocionální labilita
- percepční motorická oslabení
- poruchy myšlení a řeči
- neurologické příznaky

Pro určení diagnózy ADHD jsou stanovena závazná kritéria, která musí klient splňovat.

Kritéria jsou shrnuta v klasifikačním systému.

Diagnostická kritéria ADHD u dětí a adolescentů podle DSM-IV

Musí být přítomno:

- ve věku 3–5 let 10 a více příznaků
- od 6–12 let 8 a více příznaků
- od 13–18 let 6 a více příznaků.

Příznaky:

1. často neklidně hýbe rukama i nohama, vrtí se na židli
2. dělá mu potíže klidně sedět, i když je k tomu vyzván
3. snadno ho roztěkají vnější podněty
4. má potíže s vyčkáváním, až na něj dojde řada ve hrách nebo skupinových situacích
5. často vyhrkne odpověď na otázku ještě dříve, než byla otázka vůbec dovyslovena
6. dělá mu potíže sledovat instrukce, které mu dávají jiní (a to nikoliv z důvodu opozičního chování či nedostatku chápavosti, atd.) a selhává v dokončování úkolů
7. mívá potíže s udržováním pozornosti při práci ale i v herních činnostech
8. často „přeskakuje“ od jedné ještě nedokončené činnosti ke druhé
9. dělá mu potíže hrát si potichu
10. často povídá až příliš
11. přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči nebo se plete do her jiným dětem
12. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká
13. ztrácí věci, které jsou nezbytné k práci nebo k činnostem ve škole či doma
14. pouští se do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (a nedělá to proto, že by jen vyhledávalo napětí pro napětí), např. vbíhá do vozovek, aniž by se rozhlédlo.

Tyto projevy se musí objevovat nejen doma, ale i ve škole a případně ve volnočasových aktivitách.

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/>

Diagnostika

Symptomy ADHD většinou zaznamenáváme již v raném stadiu vývoje dítěte. Od čtyř let jsou nejčastěji diagnostikované jako vývojové vady řeči a poruchy pozornosti s hyperaktivitou. V tomto věku je již s vrstevníky srovnatelné, jak se které dítě soustředí a zda vydrží v klidu. Před nástupem do školy se hodnotí tzv. školní zralost – v pedagogicko-psychologické poradně, u dětského lékaře, ve speciálně pedagogickém centru. U mnoha z nich je důvodem odkladu školní docházky sociální nezralost, typická pro děti s ADHD.

Včasná diagnostika poruchy je velmi důležitá, může zabránit různým selháním i klesajícímu sebevědomí dítěte.

Diagnostika ADHD se skládá z řady vyšetření, rozhovorů a pozorování.

Rozhovor s matkou, otcem nebo jinou blízkou osobou je jeden z nejdůležitějších kroků diagnostiky. V rozhovoru zjišťujeme anamnestické údaje -

- podrobný popis současných potíží a příznaků
- popis vývoje dítěte a jeho zvláštnosti
- zdravotní stav, komorbidní poruchy psychiatrické
- rodina
- škola
- mimoškolní zájmy a koníčky

Klinické vyšetření dítěte - přístup se volí individuálně, provádí se rozhovor s dítětem, pozorování dítěte při hře, při střídání činností.

Při diagnostice ADHD je možné se opřít o validizované škály a dotazníky, které jsou zaměřené na projevy chování i na pozornost, hyperaktivitu a impulzivitu. Podávají nám velmi důležité informace ze strany rodičů, dítěte i učitele.

Psychologické vyšetření - pro diagnostiku ADHD je důležité vyšetření inteligence. Pomocí komplexní testové baterie lze vyloučit přítomnost organické poruchy.

Další vyšetření zaměřené dle potřeby na zjištění dalších přidružených poruch, zjištění emocionálních podmínek (projektivní testy) aj.

Učitel je velmi cenným diagnostikem. Dítě sleduje ve vyučování 45 minut, proto bývá cenným zdrojem potřebných informací o dítěti. Ideálním řešením je rozhovor s učitelem a alternativou může být vyplnění dotazníku učitelem.

Další testy pro zpřesnění výsledků se používají testy speciálních schopností, znalostí a dovedností. Součástí vyšetření je i posouzení motorického vývoje, vyšetření osobnostních charakteristik a sebehodnocení, zmapování interpersonálních vztahů. Dle konkrétního případu lze pak provést další zkoušky formou dalších testů. Diagnóza se může podpořit EEG záznamem. (Michalová, 2007)

2.1 Etiologie

Ztráta vnitřní kontroly vede ke zhoršení důležitých mozkových funkcí, které jsou nezbytné pro schopnost soustředit se, udržet pozornost a schopnost odložit okamžitou odměnu.

Vznik hyperkinetické poruchy je ovlivňován jak genetickými, tak negenetickými faktory.

Zevní (negenetické) faktory se na vzniku hyperkinetických poruch podílejí asi 20-30%. Mezi tyto faktory počítáme perinatální komplikace a úrazy - například kouření a pití alkoholu v těhotenství, předčasný, protahovaný a jinak komplikovaný porod, úraz hlavy (zvláště v prefrontální oblasti). V poslední době se například i vlivy ekologické - zvýšený spád těžkých kovů a radioaktivity, interferující se změněnou aktivitou neurotransmiterů a sníženým průtokem krve v prefrontálním a motorickém kortexu (tam, kde je zvýšená denzita dopaminových receptorů).

Genetické faktory. Mnoho výzkumníků, dnes věří že hyperkinetická porucha je polygenetická, vytvářená mutací více genů. Risk vzniku poruchy aktivity a pozornosti u jednotlivých dvojčat je 11-18krát větší než u dvouvaječných. Vnitřní kontrola neboli schopnost potlačení nebo oddálení motorické a emoční akce bezprostředně po podnětu úzce souvisí s exekutivními funkcemi (viz výše). Pravděpodobně díky genetické chybě nebo odchýlnému embryonálnímu vývoji se děti s hyperkinetickou poruchou nejsou

schopny poučit z chyby, nejsou schopny vytvářet internalizované "sebeinstrukce", které by měnily jejich nepříjemné chování.

Typické charakteristiky poruchy aktivity a pozornosti (F90.0):

- Hyperkinetickým poruchám je společná heterogenita. Jednou stránkou jsou heterogenní podmínky vzniku a koincidence, druhou komorbidity.
- Porucha pozornosti a aktivity má změny v prefrontální oblasti a bazálních gangliích a je modulována dopaminem, který je „přenašečem hluku“. Studie s použitím zobrazovacích metod jasně ukazují na opoždění vývoje prefrontálního okruhu (hlavně v pravé hemisféře). Dopaminová koncentrace v mozkomíšním moku u hyperaktivních chlapců je konstantně vyšší a je téměř vždy spojena s nálezy vývojového neurálního opoždění.
- Monitorování poruchy koncentrace pozornosti a aktivity vyžaduje znalost vývoje mozku. Mnoho alarmujících příznaků se zmírňuje v době, kdy se začíná objevovat inhibice excitačních systémů. Tato inhibice probíhá paralelně s poklesem koncentrace dopaminu v mozku.

Změny na EEG u dětí s hyperkinetickým syndromem svědčí o nematurovanosti CNS vzhledem k věku a zobrazovací techniky ukazují na neurovývojové opoždění. Během fetálního vývoje nedochází k výrazně asymetrickému vývoji hemisfér. Ztráta asymetrie ve prospěch pravé hemisféry není jen u poruch aktivity a pozornosti, ale například také u schizofrenie v dětství, čili bude všude tam, kde jde o poruchu vývoje mozku.

2.2 Komordibita

Poruchy pozornosti a aktivity jsou rizikovým faktorem pro ostatní psychiatrické a psychosomatické poruchy (např. opoziční chování, poruchy chování, zneužívání návykových látek, enurézu, tiky apod.) Minimálně 40% hyperkinetických dětí má poruchy chování, která až v 50% přecházejí do dospělosti (ADHD-RT, retardovaný typ) s diagnostickou „nálepkou“ porucha osobnosti (nejčastěji disociální a emočně nestabilní).

Porucha pozornosti a aktivity je charakterizována neurovývojovým opožděním. Symptomy spojené s touto poruchou se během vývoje mění jak porucha zasahuje různé funkční systémy. Oddálený vývoj maturace (pozdější komunikace mezi neurony) lze vystopovat až do třetí dekády a je spojen se zlepšováním prognózy po třicátém roku života. Zlepšování prognózy věkem platí i o nejčastějších komorbidních poruchách, které mohou též vyplývat z nezralosti CNS - enuréza, specifické vývojové poruchy motorické funkce a školních dovedností (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie), bulbuties, tikové poruchy.

2.3 Terapie

U dětí s hyperkinetickou poruchou musí být odlišně strukturované prostředí než u jejich vrstevníků. Z toho důvodu byly zakládány **dyslektické a vyrovnávací třídy** se speciálním režimem (např. přestávky každých 20 minut, učení se vleže na zemi, možnost měnit polohu i místo během vyučovacího procesu).

Z hlediska psychoterapie je nejvhodnější **kognitivně-behaviorální terapie** (KBT). Jde o skupinový nácvik sociálních dovedností (včetně paralelního nácviku ve skupině rodičů), **trénink vizuomotorické koordinace**, všech senzorických vstupů a „školních“ **dovedností** spolu s tréninkem rodičů, jak tyto děti odměňovat a smysluplně trestat. Je nutné si uvědomit, že většina dětí s hyperkinetickými poruchami spadá do péče

pedagogicko-psychologických poraden a vlastně jimi procházejí jako sítem. Psychologové a etopedové se snaží systematickým nácvikem, tréninkem a učením zmiřňovat poruchu a ukazovat, jak používat nové alternativní vzorce učení a chování. Dále také ovlivňují nejčastější komorbidní poruchu - specifické vývojové poruchy školních dovedností.

Jednou z terapeutických metod ne **EEG-biofeedback**. Podstatou je využití biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity. pacient je zpětnovazebně neustále informován o svém aktuálním stavu a výkonu. Při tom je operantním podmiňováním stimulována žádoucí aktivita a inhibována nežádoucí.

Do péče podopsychiatrů se dostává ta část dětí , kde je prognóza horší a kde je hyperkinetický syndrom spojen s poruchou chování. **Farmakoterapie** přináší výrazné ovlivnění nežádoucích projevů (hlavně zlepšení kontroly chování), a tím i příznivější sociální odezvu. Podání krátkodobě působícího stimulantu metylfenidátu (Ritalin) vede k promptnímu zlepšení. (Vzhledem ke krátkému poločasu rozpadu 2,5 hod. je nutno podat 0,5-1 tabletu á 10 mg ráno a druhou dávku v 11 hodin ve škole. Učitelé, díky zmenšenému rušení výuky medikovaným dětem, vděčně spolupracují.) Dlouhodobě působící stimulant amfetaminil (Aponeuron) a pemolin (Pondrex) na našem trhu nejsou k dispozici.

Psychofarmaka druhé volby jsou antidepresiva tricyklická a tetracyklická - vhodná u některých komorbidních poruch. Augmentace může být SDA neuroleptiky (risperidon a tiaprid) nebo tymoprofylaktiky (carbamazepinem). V cizině působí klasická neuroleptika periciazin (Neuleptil) a podávání lithia. Pro podporu maturace CNS je vhodná dlouhodobá léčba nootropními látkami a vitamínem B6. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá)

Je důležité upozornit i na skutečnost, že děti s poruchou ADHD nemají jen negativní stránky, jak by se mohlo na první pohled zdát. Mají i celou řadu pozitivních vlastností, neboť bývají otevřené, společenské, bezprostřední, srdečné, přátelské a upřímné. Jsou vděčné za osobní kontakt, zpravidla se v něm zklidní a chovají se pak velmi mile. Mají „srdce na dlani“, rády se rozdělí. Neumění být falešné, většinou nedovedou předstírat, proto hned víme, na čem s nimi jsme. Často jednají při své

překotnosti pohotově a rychle. Všechny tyto jejich dobré stránky bychom neměli ztrácet ze zřetele a naopak by jsme se měli snažit je ještě víc rozvíjet (Černá, 1999).

Symptomy v jednotlivých věkových obdobích:

V kojeneckém období je to porucha základních biorytmů – dítě má přehozený a narušený spánek, nepravidelnou a častou potřebu jídla s blinkáváním, je neklidné, dráždivé, často pláče.

V batolecím a předškolním věku způsobuje dysmaturace neurovývojové opoždění s poruchou inhibice jak emoční, tak behaviorální.

Ve školním věku je nejvýraznější kognitivní dysfunkce, snížené sebehodnocení a školní neúspěšnost při dobrém intelektu.

V adolescenci sociální izolace, poruchy sebehodnocení, časté poruchy chování, experimentování s návykovými látkami, někdy i šikana. Adolescent s poruchou chování pozorností s hyperaktivitou může být šikanován, ale také může sám šikanovat.

V časně dospělosti ADHD-RT (retardovaný typ) se projevuje sociální maladaptací, většinou spojenou s kriminalitou (Vágnerová, 2005).

3. Charakteristika dětí s ADHD

ADHD:

- výchovné problémy
- impulzivita
- neklid
- jsou často odmítané vrstevníky

V zahraniční literatuře se uvádí, že 30-50 % dětí s ADHD (zejména s hyperaktivní formou) vykazuje ve věku od 7 do 10 let některé z příznaků výchovných problémů či asociálního chování (lhaní, útky z domova, záškoláctví, krádeže apod.) Tyto poruchy chování vedou děti do trvalého konfliktu s autoritou a vedou též k závažným sociálním problémům vlekcoucím se někdy až do období dospívání či rané dospělosti.

Tyto děti mívají často navíc problémy ve své osobní historii. Mohou trpět citovou deprivací, mít špatné sociální zázemí, nedostatečnou citovou vazbu. Narážejí mnohem více než jiné děti na odmítání - ve škole, ve skupině vrstevníků, někdy i v rodině. Děti, které zažívají permanentní neúspěch v sociálně akceptovaném úsilí (sport, zájmové kroužky, škola apod.), se obrací kamkoliv, aby dosáhly pocitu úspěchu. Často se proto stává, že se uchylují k různým asociálním aktivitám a „životu v partě“.

S ADHD mohou být spojeny též četné emociální problémy. Děti s ADHD mají většinou malé sebevědomí a zhoršené sebehodnocení. Může se u nich vyskytnout zvýšená úzkostnost, napětí a depresivní rozklady.

S výskytem ADHD se spojují interpersonální problémy v rodinách. U rodičů těchto dětí se vyvíjí často značná frustrace a únava, pocity viny a deprese. V literatuře se uvádí, že rodiče s ADHD se až třikrát častěji rozvádějí než rodiče ostatních dětí. Souvisí to zpravidla s tím, že se jeden z rodičů ztotožní s problémem dítěte a stane se „jeho spolubojovníkem“, čemuž druhý rodič vůbec nerozumí, ba co hůře. dítě odmítá, je

ve výchově direktivnější, někdy až nepřátelský. Toto se pak stane možnou příčinou rozpadu manželského vztahu.

Počátky projevů ADHD mohou být velmi včasné. Někteří autoři uvádějí, že ADHD může být diagnostikováno u dětí již ve věku dvou let a jednotlivé příznaky (zejména zvýšená dráždivost, problémy se spánkem, opoždění psychomotorického vývoje mírného stupně apod.) mohou někdy upoutávat pozornost již v prvních měsících života dítěte.

Často se však ADHD projeví až po zahájení školní docházky. Není to až tak zvláštní. Začátek školní docházky představuje velkou „výzvu“ i pro děti, které se později bez problémů přizpůsobí a netrpí žádnými těžkostmi. Pro děti s ADHD je škola zvlášť riziková tím, že do té doby nepříliš zatěžující, obtížně rozpoznatelná či okolím tolerovaná nesoustředěnost, živost či obtíže v sebekontrolě se pod vlivem školní zátěže stává zjevnými. Škola klade velké nároky na přizpůsobení se a vytváří pro dítě nové stresové situace. To vede ke zviditelnění již dříve existujících obtíží. (Pokorná V. 2001)

Problémy ve škole vyplývají ze tří hlavních příčin

a) Děti s ADHD bývají obecně málo produktivní /ať už pro nesoustředěnost, hyperaktivitu či naopak pomalost). Ztrácejí či zpomalují své domácí úkoly, jejich školní práce je často chaotická a dezorganizovaná. Pro tyto důvody nedosahují požadovaných znalostí.

b) U dětí nesoustředěných, případně hyperaktivních se častěji vyskytují také specifické poruchy učení. Zatímco výskyt specifických poruch učení je mezi všemi dětmi odhadován kolem 3 %, u dětí, které trpí nesoustředěností, případně hyperaktivitou se hovoří až o 35 % výskytu.

Je samozřejmé, že u dětí, které mají poruchu soustředění, ať už s hyperaktivitou či bez ní, mají tyto poruchy učení zvláště devastující účinky na školní výkon.

c) U těchto dětí se mohou projevovat jak ve škole, tak v rodině výchovné problémy a poruchy chování, které mají na celkovou atmosféru kolem dítěte negativní vliv.

(Pokorná 2001)

Co se děje během vývoje dítěte s příznaky ADHD?

Výukové nedostatky spíše přetrvávají, a to znamená v grafickém projevu (i když i ony mají tendenci se ve většině případů spíše zlepšovat a stávat se sociálně únosnými). *V jednom výzkumu se např. ukázalo, že přetrvávající obtíže dysortografického a dysgrafického rázu nebrání v několika případech ani studiu vysoké školy humanitního směru.*

Hyperaktivita v adolescenci poněkud ustupuje. Adolescenti jsou motoricky klidnější, lépe tlumí své impulsy, lépe se zhostí svých úkolů. Fyziologické vyžívání a nabyté zkušenosti hrají i zde svou roli. Avšak řada dětí má i nadále problémy ve škole, s rodiči a s autoritami obecně.

V americké literatuře se uvádí, že asi u 25 % hyperaktivních dětí se objevuje v dospělosti asociální chování (agrese, krádeže, zavinění dopravních nehod apod.). Tito dospělí často mění zaměstnání, mají horší pracovní výsledky atd. Asi u 50 - 65 % případů přetrvávají některé z příznaků ADHD až do dospělosti. Jako dospělí vykazují emoční poruchy, zejména depresivní rozklady. Počet sebevražedných pokusů a dokonalých sebevražd je u těchto dospělých vyšší než u ostatních.

V našich podmínkách nebyl dosud uskutečněn takto rozsáhlý výzkum. V jedné dílčí studii výzkumu Psychiatrického centra v Praze týkajícího se socializace dětí s ADHD bylo sledováno katamnesticky 73 dětí s ADHD, které jsou dnes již mladými dospělými. Kvalitativní rozbor některých kasuistik ukázal rovněž, že u některých adolescentů či mladých dospělých se setkáváme s určitou transformací původní impulzivity a dalších příznaků „oslabení CNS“ do sociálně zvládnutých a méně nápadných, i když život mladého člověka výrazně obtěžujících depresivních rozlad, pocitů napětí, zvýšené úzkosti apod.

Tato studie (i když vychází z nevelkého vzorku) potvrzuje názor řady autorů, kteří považují za faktory snižující riziko problémů ADHD následující položky:

- vyšší intelekt
- vyšší sociální status
- dobré vztahy s vrstevníky
- malá agresivita

- menší či žádné výchovné problémy v dětství
- rodiče bez emočních problémů
- relativně bezproblémové vztahy rodičů v dětství

Čím více je přítomno těchto faktorů, tím může být vyslovena nadějnější prognóza z hlediska dlouhodobé adaptace dítěte. (Pokorná V. 2001)

Rovněž ve studii v rámci výzkumného úkolu MZ ČR „Prevence poruch socializačního vývoje dětí s ADHD“ byl vysloven závěr o významné úloze rodiny, zejména matky, ve výchovném vedení dítěte s prognózou ADHD. Jde velmi pravděpodobně o jeden z rozhodujících činitelů v dalším vývoji příznaků. Zřejmě tam, kde otevření a komunikativní rodiče mají bytostně kladný vztah k dítěti, berou na vědomí i „za svou věc“ problémy dítěte, vyjadřují mu podporu a snaží se všestranně kompenzovat jeho životní těžkosti kladným přístupem a oceněním jeho předností, je možno uchránit dítě před sociálním selháním. K tomu, aby se však rodiče mohli zhostit tohoto nelehkého úkolu, musí mít nejen dostatek informací, ale někdy musí být i sami podpoření a vedeni ve svém úsilí. V tom vidíme stále určitý dluh psychologů, speciálních pedagogů a učitelů.

Nejpozitivnější nálezy se trvale objevují ve studiích, kde děti měly nejen dostatek podpory a povzbuzení doma, ale i specializovanou pozornost ve škole.

Dnešní přístup v naší škole je zaměřen především na učení se znalostem a dovednostem. Tento přístup má jistě své opodstatnění a opomíjením tohoto přístupu by nebyla ani škola školou. Avšak řada dětí vyžadujících speciální přístup (a to nejen děti s ADHD) v tomto systému zaostává či přímo selhává. Pro tyto (a nejen pro tyto) děti jsou efektivnější jiné přístupy (např. tzv. celostní učení či jiné).

Celostní učení nejlépe vystihují slova Douglese Robinsona: „Učíme celou osobnost: rozum, tělo i emoce.“ To znamená, že tento přístup je zaměřený na dítě, nikoliv na předmět. Vychází z toho, že dítě se učí během celého svého vývoje od lidí kolem sebe, od svého sociálního prostředí. Lidé z jeho prostředí jsou zdrojem jeho názorů, sociálních dovedností a postojů. Toto dítě se pak snadněji učí všechny nové informace v kooperaci s dospělými a ostatními dětmi. (Pokorná 2001)

Douglas Robinson vyslovil také následující **zásady přístupu k dětem s ADHD:**

1. Nevěnovat dítěti přemrštěnou pozornost, žádné dítě nechce být „jiné“.

2. Nechat dítě prožít pocit úspěchu !

Vytvořit prostředí, ve kterém může být kterékoliv dítě v něčem úspěšné. Nepreferovat pouze některé oblasti školního života (např. znalosti). Zážitek úspěchu by se měl týkat všech oblastí (chování k učiteli, chování ke spolužáků, sport, umělecká tvorba, ale také třeba splnění jednoduché instrukce, snaha udělat radost.)

S tím souvisí: Vyvarovat se bazírování na dětských slabostech. Upřednostňovat silné stránky dítěte (např. umožnit ústní podání u dysgrafie a naopak umožnit písemné podání u dítěte s řečovými problémy apod.)

3. Učit všechny děti, že existují rozdíly nejen ve zjevu, ale i ve vlastnostech a zkušenostech jednotlivců. Tyto rozdíly by měly být respektovány, protože vycházejí buď ze specifiky určitého dítěte a nebo jsou dány prostředím, v němž dítě vyrůstá.

Snaha vytvořit systém kamarádské podpory ostatních spolužáků by v tomto případě měla být vždy přítomna. Konkrétně to znamená: Pomoci dítěti, aby bylo akceptováno jako člen určitého společenství (třídy). Učitelův přístup je proto v tomto bodě extrémně důležitý.

4. Spolupráce s rodinou - rodiče dítěte s ADHD potřebují častější komunikaci s učitelem formou denních, týdenních či měsíčních zpráv nejen o výkonech v učení, ale též o jeho pracovním úsilí, sociálním chování, případně výchovných problémech.

Vždy je však důležité respektovat rodinu takovou jaká je a snažit se posílit zájem rodičů o dítě. Toto dosáhneme pouze tehdy, jestliže dokážeme dát rodičům najevo naší úctu a náš respekt vůči jejich názorům a postojům, samozřejmě s tím, že to, co nás všechny spojuje, je: „aby se jejich dítě cítilo dobře“.

5. Odmítnutí konfrontace: Učitel by se měl vždy připomínat, že nepřijatelné chování dítěte není osobní útok proti jeho osobě, ale že se jedná o příznak vyskytujícího se problému.

Bude-li mít učitel situaci vždy pod kontrolou, může pozitivně měnit chování dítěte. Měl by se proto vždy vyhýbat sarkasmům a uspěchaným soudům.

6. Je důležité, aby se učitel alespoň částečně seznámil s dítětem vyžadujícím speciální přístup. Měl by se snažit porozumět tomu, že každé dítě s ADHD je jiné (jiné v tom,

jaké je jeho sebehodnocení, množství stresů, které má, jiné svým sociálním zázemí či mírou přijetí v rodině atd.)

7. Dítě s ADHD potřebuje především pevnou strukturu a řád. Potřebuje jasné hranice k tomu, aby vědělo, co může očekávat a co je očekáváno od něj. Potřebuje pevná a jasná pravidla. Potřebuje krátké a jednoduché instrukce, které před něho staví jednoznačně formulované požadavky.

8. Nechat dítě pocítit jeho význam. Dbát na osobní povzbuzení i veřejné ocenění jeho práce. Dítě by mělo pocítit učitelův respekt a pozitivní přijímání. Posilovat sebeúctu dítěte a to tak, aby to podpořilo jeho respekt k ostatním i sobě samému.

9. Po dítěti nemůžeme chtít, aby zaznamenalo pokrok, jestliže ho nemotivujeme, aby ho dosáhlo. Proto je důležité, vytvořit systém odměňování - odměny a pochvaly jsou vhodné pro zvyšování motivace k úspěchu. Snažit se o dostupnost ocenění a odměn pro všechny žáky.

10. Víra v hodnotu komunikace: a) povídat s dětmi b) dát dítěti příležitost k vysvětlení jeho pocitů a činů c) u některých dětí vidíme malý zájem o verbální projev. Je možné zkusit navodit lepší kontakt s tímto dítětem jiným způsobem - u mladších dětí hrou nebo kresbou, i starších písemným projevem (pokud ovšem tento způsob přijímají). d) rovněž tak dbát na neverbální komunikaci ze strany učitele - úsměv, přísný pohled, vzít dítě za ruku či rameno apod.

11. Teoretické znalosti vyvažovat praktickou a konkrétní činností (výlety, návštěvy různých pracovišť, návštěvy zajímavých osob se speciálními dovednostmi a zkušenostmi ve škole, keramika, textilní práce, práce s nástroji apod.)

12. Osnova je hlavním prostředkem učení, ale žáci nebudou tohoto prostředku využívat, aniž by byl vytvořen dobrý vztah mezi dítětem a učitelem. Je proto nezbytné dbát na rozvoj pozitivních sociálních zážitků založených na důvěře mezi dospělými - učitelem a dítětem - žákem.

13. Využívat a vytvářet možnosti pro shromažďování dětí a dospělých s dětmi. Povzbuzovat k přátelským hrám - rozvíjet prosociální chování dětí. Důležité je zřizování ploch pro hru a jejich vybavení, a zároveň organizování společenských aktivit dětí a dospělých s dětmi.

14. I v prostředí, které je orientováno na úspěch a pozitivní hodnocení, je prostor pro slovní pokárání a napomenutí. Je dobré se však vyhnout sarkasmu, negaci a uspěchaným soudům. „Moudrá“ pokárání - tichým, rozhodnutým a zejména bezprostředním způsobem jsou opodstatněnější a účinnější než velmi emocionální, neurčité a opožděné výtky. Tyto výtky jsou nejen méně účinné, ale mají též demoralizující vliv a nabourávají dětské sebevědomí.

15. Práce s dětmi s ADHD je pro učitele velmi stresová a únavná, zvláště když se neobjevují žádné větší změny k lepšímu. Učitelé by neměli své pocity skrývat. Důležitá jsou proto společná setkávání učitelů. Tato setkávání mohou nabývat různých forem: a) společné vymýšlení - diskuse o pokroku dětí (hledání jakéhokoliv důkazu, byť sebemenšího, že dítě

dosáhlo pokroku. Tyto důkazy jsou důležité pro dítě samotné, pro jeho rodiče, ale též v neposlední řadě pro učitele). Pravidelná setkávání učitelů jsou zvláště výhodná na druhém stupni, který přináší pro dítě s ADHD zvýšené nároky. Každý učitel má "svůj" předmět a pokud mezi sebou učitelé nekomunikují, mohou se pro žáky kumulovat domácí úkoly nad snesitelnou mez bez možnosti odpočinku. V některých amerických školách je pro to vytypován pracovník, který má na starosti určité strukturování dne dítěte s ADHD na vyšší stupni a koordinaci jeho aktivit, zejména míru jeho zatíženosti, množství úkolů apod.

c) setkávání s ředitelem d) setkávání s výchovným poradcem e) setkávání s psychologem f) odborné semináře g) neformální setkávání (třeba s kávou a dortem)

16. Seznámit se se základními publikacemi o ADHD a jejich projevech.

Anglický speciální pedagog, Paul Cooper, se svými spolupracovníky (1995) hovoří v tomto smyslu nikoli pouze o specifických poruchách učení, ale zdůrazňuje, že právě takové obtíže vznikají na bázi specifických poruch emocí a chování. Toto je samozřejmě velice ovlivněno již samotným rodinným prostředím dítěte (ať již máme při tom na mysli skutečně dysfunkční rodiny, sociální deprivaci či nekompetentnost rodičů). V anglickém prostředí, podobně však jako u nás, se výše zmíněný autoři často setkávají s faktorem, že škola překládá dítěti hodnoty, které jsou zcela odlišné od těch, které mu dala rodiny. Dochází tak již od samého počátku školní docházky k rozporu, který se odráží v následném prožívání dítěte.

Jak se ukázalo v jednom výzkumu, který vedl právě Paul Cooper (1995): Tam, kde škola je ve svém přístupu „trestající“. často vyvolává u dítěte vnitřní agresi, která se někdy zpočátku neprojevuje zcela zjevně. Dalo by se tedy říct, že takové dítě přijímá podobný styl, který pro něj reprezentuje škola, ale z druhé strany. Na rozdíl od škol "trestajících", školy kladoucí zvýšené nároky na klasifikaci a na vzdělávání vůbec dosahují efektu rozdělení dětí na skupiny tzv. prospívající, úspěšné premianti a na odpadlíky, tedy neprospívající děti, mající pocit, že se jich škola, často podobně jako jejich vlastní rodiče, chce zbavit. To samozřejmě rovněž vyvolá v dítěti protireakci.

Jak tedy pracovat s těmito dětmi? Odpověď na to by měla být velice komplexní, ale jedno je jisté: přístup k nim by měl vycházet z toho, co dítě zná, co umí, v čem je dobré, co se mu líbí. Znamená to tedy: Snažit se pominout na určitý čas obtíže dítěte a respektovat jej takové jaké je. Každý člověk přece touží po sebenaplňování, kterého může zcela dosáhnout pouze tehdy, má-li úctu sám k sobě. Tento proces sebenaplňování je u mnoha dětí s poruchami souvisejícími s nedostatečným sociálním přijetím narušen. K nápravě jednotlivých obtíží (poruchy soustředěnosti, dyslexie, atd.) se tak dostáváme až sekundárně. Jinak řešeno: na prvním místě není podstatné, jak se dítě soustředí při vyučování, či jak čte, v tomto přístupu je třeba začít od toho, jak se samo dítě prožívá jak čte, v tomto přístupu je třeba začít od toho, jak se samo dítě prožívá, jak dokáže „zacházet“ se sebou.

4. Psychorelaxační cvičení pro děti

Tato forma skupinové psychoterapie se nejčastěji uskutečňuje v rámci pedagogicko-psychologických poraden či Psychoterapeutických center. Hlavní důraz je zde kladen na posilování pozitivního sebeprožívání dítěte v pohledu ostatních dětí. Podstatou je vytvoření příjemné přijímací atmosféry, v níž se dítě může uvolnit a cítit se dobře. K navozování takového prostředí je třeba pracovat s dítětem pro něj, ale často i pro terapeuta, ozvláštěným způsobem. Právě takový přístup totiž může znamenat pro dítě začátek něčeho nového, dobrého, proměňujícího. Jinak řečeno: to nejpodstatnější je vytvořit pro dítě prostředí, v němž díky prožitku přijetí a důvěry se bude moci spontánně projevit. Prostředkem k tomu mu budou činnosti vycházející z toho, co je pro ně od nejtútlejšího věku vlastní, tedy pohyb a hra.

Pohyb, jeden ze základních projevů života, přináší pocit uvolnění a radosti a to již od nejtútlejšího věku. Když se malé dítě konečně vydá na svou první cestu "po dvou", prožije při tom velký zážitek volnosti a svobody svého těla v prostoru. Vedle tohoto zážitku samozřejmě je dítě vedeno zvědavostí objevovat nová místa a věci. A právě tento prožitek prostoru je třeba v dítěti znovu oživit. Jinak řečeno: dítě se naučí chodit, běhat, tančit... a připadá mu to zcela samozřejmé. Nám všem to připadá samozřejmé. Neobdivujeme ho za to, že se dokáže pěkně projít, obdivujeme jej za velké sportovní, či taneční výkony. Co však dělat, když však zrovna dítě nevynechá ani ve sportu ani v tanečních. Připadá si jako „slon v porcelánu“, avšak to ještě neznamená, že nedokáže plně prožít svůj pohyb a nemít z něho radost. Děti, o nichž mluvíme, někdy říkávají: „Nemám rád tělocvik, protože to neumím.“ „Běhání mě nebaví, protože jsem vždycky poslední.“ Z toho důvodu je třeba začít od nejjednodušších pohybů (uvolněný běh, chůze), které jsou přirozené každému z nás. Znamená to tedy, nechat dítě proběhnout se jen tak, jako tomu bylo, když byly ještě úplně malé a když prožívaly svůj pohyb „naplno“. Protože: Každý pohyb, je-li prožít naplno a v dobrém, je krásný.

Hra je typická činností dětství, v níž se dítě uvolní a v níž může prožít mnohé své dětské fantazie. Ve hře může dojít i k porozumění a řešení problému. Dítě také může

prostřednictvím hry sdělit pozorovateli mnohé, co by slovy dosud nedovedlo vysvětlit. Někdy však je mu třeba pomoci objevit a docenit jeho vlastní tvořivost. Toto se týká právě dětí, o kterých mluvíme. Některé z nich jsou stále dosti hravé, až tak, že jim tato jejich hravost často překáží v jejich běžném každodenním životě. Jiné zase jakoby si hrát již dávno zapoměly. Takové děti jsou předčasně „dospělé“. Pro obojí je však důležité zakusit si hru ve skupině, tj. něco spoluvytvořit a při tom vidět, jak to, co jsem "udělal já" přispělo ke zdárnému vytvoření společného díla.

Péče, o níž mluvíme, by měla probíhat jednou týdně po dobu hodiny. Pro tento typ psychorelaxace je nutné mít k dispozici dostatečně velkou prostornou místnost (typu tělocvičny či cvičebního sálu). Optimální počet ve skupině by neměl být větší než 8 až 10 dětí.

Relaxační hodiny je zpravidla strukturována následovně: na začátku se děti mohou zcela volně spontánně vyběhat všemi směry po místnostmi. Následuje pohybová imaginace. Poté je zařazena klidnější činnost, tj. relaxace formou autogenního tréninku. Hlavní částí psychorelaxační hodiny jsou aktivity věnované rozvoji tvořivosti dítěte, tedy kreslení, zpívání či muzicírování, dokonce i psaní drobných společenských příběhů a ozvláštňených říkaček.

Uvedené dělení je ale spíše formální. V řadě činností se totiž nedá hovořit o pouze výtvarné nebo hudební technice, ale dochází k jejich prolínání.

Při použití uvedených technik je důležité zprostředkovat dítěti zážitek přijetí jeho „díla“. Tedy, že to, co vytváří je zajímavé a že i jemu samotnému se to může líbit. Terapeut zda má, jak již bylo výše uvedeno, zásadní, „hodnotitelskou“ roli: Měl by dokázat na obrázku nalézt to, co je zvláštní, zajímavé, pozoruhodné, atd. a ukázat to ostatním. Jeho úloha by proto měla spočívat jak v dodávání inspirace, kterou poté může dítě svou fantazií patřičně rozvíjet, ale tak v roli člověka, který vždy přijímá dítětem nabízené nápady, aniž by jej nějak měnil.

Několik základních doporučení a rad, pro ty kteří by rozhodli takto pracovat:

1. Zapomeňme "krásné výkony"

Jak již bylo výše uvedeno, tyto děti většinou nedosahují žádných dovedností, které bychom mohli na první pohled chválit. Jsou proto v tom, co dělají kdekoli a kdykoli zklamány z vlastního neúspěchu či jen nedoceny za to, jakou energii do dané činnosti museli vložit. Nechme jim nažít pocit, že to, co dělají je „prima, originální, a zajímavě právě tím, že to dělají jinak“.

2. Snažme se vytvořit atmosféru klidu, bezpečí, pohody, a dobré nálady.

Nespěchejme. Respektujme tempo každého dítěte Nesuďme a neodsuzujme, protože takové, jaké bude naše naladění, bude i naladění dítěte.

3. Vycházejme vždy z toho co dítě zajímá.

To platí v souvislosti se zájmy toho kterého dítěte, ale v souvislosti s jeho momentální náladou. Nepřemlouvejme dítě, aby se zúčastnilo nějaké činnosti, když nechce. Pokusme se ho pro tu chvíli zabavit něčím jiným a ponechejme mu svobodný výběr v tom, co chce dělat.

4. Dělejme s dětmi to, co nás baví.

Děti totiž velice rychle vycítí zda-li to, co s nimi děláme, zda-li to baví i nás. Vidí-li náš zájem, nechají se přilákat i na činnost, kterou by běžně nedělaly a nebo dělaly, ale nerady. A tak s nimi zpívejme, umíme-li to, a nebo malujme, jestliže nás samotné to baví. Není-li však naším zájmem, dělejme s dětmi něco jiného. Nikde není napsáno, jak se to má dělat, aby to bylo správně. To platí stejně pro děti jako pro terapeuta.

5. Vymýšlejte ty nejneobvyklejší aktivity.

Tedy takové činnosti, v nichž se děti neměly ještě možnost zklamat. Budou to totiž aktivity, o kterých si tyto děti nebudou předem myslet, že je nemohou zvládnout. Právě takto dosáhneme skutečného rozvoje jejich vlastní fantazie a tvořivosti.

6. Podporujeme pocit vzájemnosti ve skupině.

Dítě by mělo mít pocit, že bude ve skupině přijato takové, jaké je, a že se na své kamarády může spolehnout. To s sebou nese řadu úskalí. Je proto nutné začít u sebe a přijmout dítě a nalézt jeho „jedinečnost“. Tím vznikne pocit důležitosti, který se posléze stane důležitým i pro celý kolektiv.

7. Vymezme vždy předem přesně hranice tím, co dítě smí a co mu již není dovoleno.

Začněme hned v první hodině. Dítě musí znát pravidla hry. Není dobré později dokazovat to, s čím jste až doposud souhlasili. Hranice by měly být určeny předem tak, aby dítě samo bylo schopno omezení uznat a pochopit. V praxi to znamená, že děti mohou volně běhat, skákat, pošťuchovat se, avšak nesmí se jim nic stát.

V tomto směru nám pro zvládnutí až přílišné pohybové aktivity některých dětí může posloužit hra „Štronzo - Portamento“. (Při vyslovení slova „štronzo“ musí všechny děti „zkamenět“, uvolnit se mohou až při pokynu „portamento“).

8. Vždy bud' me ochotni změnit program v reakci na momentální náladu a zájmy dětí.

Velice často se totiž stane, že terapeut vymyslí alespoň podle něho skvělý nápad, leč děti to ve chvíli, kdy jim ho nabídne, vůbec nepřijmou. Je to proto, že jsou již v té chvíli natolik unavené, že jen běhají a nedávají pozor. A nebo z důvodu, že dnes nemají náladu na nové nápady a chtějí dělat něco „svého“ (např. hrát na obyčejnou babu).

Ponechme jim tedy tuto

jejich invenci a hrajme s nimi, když ve skrytu duše si možná budeme myslet, že to, s čím jsme přišli my, je mnohem lepší. Inu, jsme tu pro ně a ne ani pro nás.

A konečně: Nezoufejme, když nám to zpočátku nepůjde tak, tak jsme si předem naplánovali. Vydržme, i když to někdy není snadné. (Kavale-Pazlarová, Nedvědová, Pilařová 1998)

U dětí s ADHD se mohou, ale nemusejí projevit SPU. Stejně tak poruchy učení mohou, ale nemusejí vznikat na podkladě ADHD, příčiny mohou být i jiné.

5. Vzdělávání žáka s ADHD

Edukace – vzdělávání a výchova je v životě člověka velmi důležitá: „Učíme se celý život“. Význam vzdělávání žáků s poruchou chování spočívá především v motivaci těchto žáků k aktivnímu přístupu ke vzdělání, které je vybaví takovými dovednostmi a schopnostmi, jež jim pomohou k bezproblémovému začlenění do společnosti.

Vzdělávání by se mělo podílet na utváření jejich životních postojů, na uvědomování si vlastní zodpovědnosti za své životy, mělo by rozvíjet schopnost formulovat svá očekávání, schopnost samostatně myslet a rozhodovat se. Současná doba vyžaduje zvýšené požadavky na samostatnost, iniciativnost, sebeprosazování, tvořivost, flexibilitu, přizpůsobivost atd. (Švarcová, 2006).

Zákon č. 472/ 2011 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů zakotvuje

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami

(1) Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

(2) Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

(3) Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

(4) Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona

a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,

b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo

c) postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu.

(5) Speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje školské poradenské zařízení.

(6) Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění. Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky.

§ 18

Individuální vzdělávací plán

Ředitel školy může s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Ve středním vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání může ředitel školy povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu i z jiných závažných důvodů.

§ 19

Ministerstvo stanoví prováděcím právním předpisem pravidla a náležitosti zjišťování vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných a úpravu organizace, přijímání, průběhu a ukončování vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a nadaných, náležitosti individuálního vzdělávacího plánu a podmínky pro přecházování do vyššího ročníku. (Zákon č. 472/2011 Sb.)

Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

(1) Vzdělávání dětí, žáků a studentů (dále jen „žák“) se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen „speciální vzdělávání“) a vzdělávání žáků mimořádně nadaných se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření.

(2) Vyrovnávacími opatřeními při vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním se pro účely této vyhlášky rozumí využívání pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků, poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga. Škola tato opatření poskytuje na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka, průběhu a výsledků jeho vzdělávání, popřípadě ve spolupráci se školským poradenským zařízením.

3) Podpůrnými opatřeními při vzdělávání žáků se zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka. (vyhl. č.147/ 2011)

Vzdělávací instituce v ČR

Vzdělávání dětí s ADHD u nás zajišťují:

1. **běžné základní školy** – u dětí s většími problémy s hyperaktivitou či pozorností je možnost uvažovat o jejich zařazení do kategorie integrovaných žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
2. **speciální třídy** pro děti se specifickými poruchami učení a chování, které se zřizují při běžných školách

3. speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování (Bartoňová 2006)

Rady pro pedagogy: jak ve třídě pracovat s hyperaktivním dítětem

Pokud máte podezření, že ve třídě pracujete s hyperaktivním dítětem, je potřeba si o tom v první řadě promluvit s jeho rodiči (aby u dítěte mohlo být ADHD diagnostikováno, musí projevovat příznaky ve více než jednom prostředí, tedy například ve škole i doma).

Ideální je přitom jednat bez váhání, protože dítěti ze všeho nejvíc pomůže včasná diagnóza a léčba. Navíc je jak pro vás, tak pro rodiče dobré vědět, o jakou poruchu se jedná a jak k dítěti přistupovat. Ne každý pedagog má zkušenosti s výukou dětí trpících ADHD. A i v případě, že už jste se někdy s podobným dítětem ve třídě setkali, nemusí to nutně znamenat, že i u dalších dětí bude vhodný stejný postup. Po dohodě s rodiči je proto nezbytné obrátit se na pediatricko-psychologickou poradnu, kde mohou pomoci specializovaní odborníci. Především musíte pochopit, jaká je vaše role a jak můžete pomoci dítěti s touto poruchou. Nebudete ho samozřejmě léčit, ale je ve vašich silách a také ve vašem zájmu být součástí terapie, která mu pomůže ADHD zcela, či alespoň částečně odstranit.

Obecná pravidla usnadňující práci s ADHD dítětem ve třídě:

Měli byste vědět, že existuje řada obecných pravidel, která sice situaci kompletně nevyřeší, ale mohou ji pomoci lépe zvládat a mírnit neklid dítěte nejen v komunikaci s vámi, ale i s jeho spolužáky. Pomohou vám snáze udržet jeho pozornost, vyvarovat se aktivit, které by mohly narušit chod třídy a navíc budete mít dítě lépe pod kontrolou.

- *Snažte se pochopit problém, kterým dítě trpí.*
- *Při realizaci programů používejte jednoduché, jasné a důsledné postupy.*
- *Dítě musí vědět, že úsilí, které vykonává, mu pomáhá.*
- *Mějte dítě co nejvíce na očích. Sledujte jeho chování.*
- *Neusazujte dítě s ADHD u okna.*
- *Jak při zadávání instrukcí dítěti, tak při běžné komunikaci udržujte oční kontakt.*
- *Nechte dítě vaše instrukce zopakovat.*

- *Dávejte mu jednoduché, krátké a krátkodobé úkoly (v ideálním případě pouze po jednom). Dlouhodobé úkoly raději rozfázujte.*
- *Pokud má dítě úkol plnit, umístěte ho mimo rozptylující vlivy (dveře, okno, rádio...)*
- *Když dítě s ADHD udělá něco správně, odměňte ho. Pokud možno často a bezprostředně. Odměna by ale měla mít pro dítě smysl.*
- *Pokud musíte řešit s dítětem kázeňské přestupky, je potřeba, aby dítě vědělo, že se o něj staráte a máte ho rádi jako osobnost. A to i v případě, že se vám nelíbí, jak se právě zachovalo.*
- *Musíte-li dítě opravovat a napomínat, zaměřte se na konkrétní projevy jeho chování a ne na příčiny. Dítě s ADHD totiž neví, proč se chová tak, jak se chová.*
- *Napomínejte dítě v soukromí, ne před celou třídou.*
- *Připomínky dávejte v maximální možné míře v klidu.*
- *Není vhodné příliš zvyšovat hlas, případně na dítě s ADHD křičet. Trestejte vlídně a pokud možno krátkodobě. V otázce, co je a co není vhodné chování, buďte důslední. Všechna vaše rozhodnutí musí dítě vnímat jako shodná, stálá a správná. Výchovné postupy proto musejí být jednotné.*
- *Pokuste se zajistit dítěti kamaráda s vhodným modelem chování. Je však potřeba nepoukazovat na rozdíly mezi chováním, neboť předhazování úspěchů ostatních snižuje dítěti sebedůvěru.*
- *Pokuste se pomoci dítěti zařadit se do kolektivu vrstevníků.*
- ***Bud'te realisté. Dítě s ADHD nebude nikdy „perfektní“, „dokonalé“, bez chyb. A existuje vůbec nějaké takové? (www. adehade.cz)***

6. Specifické poruchy učení – SPU

6.1 Základní definice

Předponou dys- v jednotlivých termínech pro vymezení poruch, označujeme nedostatečný, nesprávný vývoj dané dovednosti. Další část názvu pro poruchu pochází z řeckého jazyka a označuje dovednost, která je postižena.

K uvedeným poruchám se přidružují i poruchy řeči, pravolevé a prostorové orientace, nedostatečná úroveň zrakového a sluchového vnímání. Proto se pro poruchy učení užívá specifické vývojové poruchy učení. **U dětí se syndromem ADHD mohou, ale nemusejí projevit poruchy učení.**

Školní nezdary, pocity méněcennosti a další obtíže, které poruchy provázejí. Jsou mnohdy ve svých důsledcích horší než-li samotné poruchy.

U syndromu ADHD jsou drobné nervové poruchy nebo poškození, v době prenatalní, perinatální, postnatální. Může se jednat o odlišné utváření mozkových struktur podmíněných dědičností.

V dnešní době existuje dle Zelinkové (2003) mnoho teorií, které se pokouší o vysvětlení původu specifických poruch učení. Jedná se totiž o otázku nabývající mezi poradenskými psychology a pedagogy na stále větší důležitosti. Jejich závažnost spočívá v tom, že potíže dítěte s SPU se neomezují pouze na školní vyučování, ale promítají se do celého sociálního systému, v němž dítě žije. Výzkumy se zaměřují na psychologické, speciálně pedagogické, neurofyziologické, sociologické i lingvistické aspekty specifických poruch učení. Část odborníků se při hledání příčin podmiňujících vznik specifických vývojových poruch učení přiklání k názoru, že porucha je podmíněna geneticky. Jiní zastávají názor, že porucha je způsobena drobným poškozením mozku. K těmto dvěma názorům přidává Matějček ještě možnost vlivu psychické deprivace.

Do značné míry zahájil svou kapitolu pesimisticky, o teoriích příčin vzniku specifických poruch učení. Mark Selikowitz (2000), napsal, že: „příčina specifických

poruch učení je v současnosti neznámá.“(Selikowitz, 2000) V pokračování této kapitoly dále uvádí, že: „je nepravděpodobné, že by za specifické poruchy učení mohl pouze jediný činitel. Spíše se zdá, že se na vzniku potíží musí podílet více faktorů společně. Taková příčinnost je známá jako vícefaktorová.“(Selikowitz, 2000). V závěru jeho zkoumání je rozdělení činitelů podílejících se na vzniku specifických poruch učení. A to do dvou skupin, na genetické faktory a faktory související s prostředím.

6.2 Význam specifických poruch učení

O specifických poruchách učení hovoříme u velké skupiny žáků, kteří jsou integrováni nebo zohledňováni ve vzdělávání na základní škole. V dnešní době se uvádí 2-4 % jedinců se specifickými poruchami učení v České republice. Statistické výzkumy uvádějí, že specifické poruchy učení se vyskytují až třikrát častěji u chlapců (Bartoňová 2004).

Definice specifických poruch prošly od pokusu o první definování této poruchy do současnosti mnohými změnami, které odrážejí vývoj vědních oborů i přístup k problematice autorů, kteří tyto definice formulují (Zelinková 2003). V našich podmínkách se pokusili definovat dyslexii v šedesátých letech Z. Matějček aj. Langmaier: *Vývojová dyslexie je specifický defekt čtení, podmíněný nedostatkem některých primárních schopností, z nichž se skládá komplexní schopnost pro učení v dané jazykové struktuře a za dané výukové metody. Objevuje se u dětí obvykle od samých začátků školní docházky a působí, že úroveň čtení je v nápadném rozporu se zjištěnou úrovní intelektových schopností dítěte* (Matějček 1988).

V české odborné literatuře není zcela sjednocena a jasně definována terminologie specifických poruch učení. Používá se výraz vývojové poruchy učení a chování, specifické poruchy učení a specifické poruchy. Tyto pojmy jsou nadřazeny pojmům **dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspinxie, dysmúzie a dyspraxie.**

6.2. 1 Definice Specifických poruch učení

Dyslexie - specifická porucha čtení, která je nejznámějším pojmem z celé skupiny specifických poruch učení, byla zmiňována jako první, neboť nejnápadněji ovlivňovala školní úspěšnost dítěte. Tato porucha se projevuje neschopností naučit se číst běžnými výukovými metodami. Dítě má problémy se zapamatováním si a rozpoznáním jednotlivých písmen, zvláště pak písmen tvarově podobných. Problematické může být i rozlišení zvukově podobných písmen. Pro dítě je náročné spojování hlásek v slabiku a souvislé čtení slov, související s oslabením v oblasti spolupráce mozkových hemisfér (Matějček, 1993, 1995, Pokorná, 1997, Zelinková, 1995 in Bartoňová 2004). Porucha postihuje i rychlost čtení (dítě luští písmena, neúměrně dlouho slabikuje, domýšlí slova, čte správně, ale není schopno chápat obsah), správnost čtení (nejčastějšími jsou záměny písmen tvarově či zvukově podobných), porozumění textu (je závislé na úrovni předcházejících ukazatelů, rychlé a hbité dekódování).

Dysgrafie je specifická porucha grafického projevu, postihuje především celkovou úpravu písemného projevu, osvojování si jednotlivých písmen, jejich specifického tvaru, spojení hlásky s písmenem a řazení písmen. Dítě má problémy s tvary písmen, zrcadlově je obrací, písmo má zvláštní tvary, je celkově neuspořádané, často se mísí tiskací písmena s psacími. Má problémy s vybavováním tvarů písmen. Písmo je příliš velké, malé, často obtížně čitelné. Dítě často škrta, přepisuje. Celkový písemný projev je neupravený a výkon vyžaduje mnoho energie, vytrvalosti a času. Žáci postižení touto poruchou se dlouho nemohou naučit dodržení liniatury a výšky písma. Píší namáhavě, často u nich zjišťujeme špatné (často křečovité) držení psacího náčiní, nejsou schopni se soustředit na obsahovou a gramatickou stránku projevu (srov. Bartoňová, 2004, Zelinková, 2003).

Dysortografie – specifická porucha pravopisu, vyskytující se často ve spojení s dyslexií. Děti s touto poruchou jsou někdy označovány jako děti s dyslexií. Jde o omezenou, narušenou schopnost v osvojování si gramatických pravidel jazyka a jejich

uplatňování při psaném projevu. Jedná se o specifické dysortografické jevy (vynechání písmen, slabik, záměny písmen, inverze, nesprávné vyznačení délek u samohlásek, chyby v měkčení). Pokud dítě plní časově limitované úkoly selhává, dělá i chyby i v jevech již osvojených, které při ústním projevu dovede správně odůvodnit.

Dyskalkulie – specifická porucha matematických schopností. Porucha se týká zvládnání základních početních výkonů. Dítě má obtíže v chápání číselných pojmů, v chápání a provádění matematických operací. Podle charakteru potíží můžeme tuto poruchu členit na praktognostickou, verbální, lexickou, grafickou, operační a ideognostickou.

Dyspinxie - specifická porucha kreslení, projevující se nízkou úrovní kresby.

Dyspraxie – porucha projevující se neschopností vykonávat složité úkoly, děti jsou neobratné, pomalé a nešikovné, jejich výrobky jsou nedbalé a nevzhledné. Často se projeví nechuť k těmto činnostem.

Dysmúzie – porucha vnímání a reprodukce hudby (Bartoňová, 2004).

6.3 Příčiny specifických poruch učení

V druhé polovině 20. století se psychiatr Otakar Kučera a spol. zaměřili na výzkum dětí, které zažily školní neúspěch a současně s ním se u nich objevily neurotické obtíže a nápadnosti v chování. Podrobným zkoumáním a vyšetřením dětí se zjistilo, že prvotní příčinou všech problémů je dyslexie. Šetřením byly zjištěny tyto příčiny obtíží:

- Lehké mozkové dysfunkce se objevily u 50 % dětí ze sledované skupiny
- Dědičnost byla prokázána asi ve 20 %
- Hereditálně-encefalopatická skupina a tvořilo ji 15 % dyslektiků

- Neurotická nebo nejasná etiologie u 15 % dětí (sec. cit. Zelinková 2003)

Z hlediska problematiky etiologie specifických poruch učení uvádí některé autorky nové pohledy na tuto problematiku a přínos spatřují v systémovém přístupu při hledání vlastních příčin specifických poruch učení. Je tady třeba na žáka pohlížet komplexně, jako na osobnost, jejíž vývoj je ovlivněn mnoha podmínkami a okolnostmi, ve kterých žije a které ji ovlivňují. Nejnovější výzkumy uvádí následující příčiny poruch učení:

- dispoziční (konstituční) příčiny
- genetické vlivy s odchylkami ve funkci centrálního nervového systému
- lehká mozková postižení s netypickou dominancí mozkových hemisfér a odchýlnou organizací cerebrálních aktivit
- nepříznivé vlivy rodinného prostředí
- podmínky školního prostředí.

(Zelinková 2003)

Pokorná uvádí ve své publikaci dvě příčiny vzniku specifických poruch učení *konstituční příčiny*, do kterých spadá dědičný sklon, který přináší zvýšené riziko rozvoje těchto poruch a lehká mozková dysfunkce s odchýlnou organizací mozkových aktivit a netypickou dominancí mozkových hemisfér a *nepříznivý vliv prostředí*, který zahrnuje podmínky rodinného prostředí a podmínky školního prostředí.

Jedna z nejčastějších uváděných příčin je lehká mozková dysfunkce. *Lehká mozková dysfunkce* je dosud rozšířený pojem v České republice užívaný k označení skupiny jedinců s obtížemi v učení a chování, které vznikají jako dysfunkce centrálního nervového systému v období prenatálním, perinatálním či postnatálním. Jejich příčina není v sociálním prostředí (Zelinková, 2003). *Prenatální poškození* může vzniknout na základě infekčního onemocnění matky, kouřením, alkoholismem, závislostí matky na lécích, drogách, předporodní meningitidou matky, endokrinními obtížemi. Nejnebezpečnější je snížený přísun kyslíku k plodu, který umožňuje látkovou výměnu. **Perinatální poškození** bývá způsobeno nedostatkem okysličování mozku při porodu (protahovaném – dlouho trvajícím), klešťovým porodem, intoxikací plodu novorozeneckou žloutenkou, vdechnutím plodové vody, asfyxií apod. **Postnatální**

poškození souvisí se zažívacími potížemi novorozenců, které mohou způsobit nedostatek kyslíku v krvi, a který následně způsobuje poškození centrální nervové soustavy. Příčinami jsou převážně infekční onemocnění, hořčinatá onemocnění, která dítě prodělá do druhého roku života (Pokorná, 2001)

Neopomenutelným vlivem je i struktura a fungování mozku. Rozdílná struktura mozku se u dětí s SPU začíná utvářet ještě před porodem na základě genů v interakci s prostředím. Dané rozdíly jsou viditelné u panum temporale, což je část mozku podílející se na procesech vyšší úrovně jako jsou senzorická a motorická analýza, pracovní paměť, pozornost, sluchové procesy a jazykové funkce. Běžná pravoruká populace má tuto část mozku širší na levé straně, zatímco u osob s SPU dosahuje na obou stranách mozku velikosti stejné. Jednou odchylkou může být větší počet neuronů v talamu. To může způsobovat nedokonalé předávání informací mozkovou sítí, protože talamus je centrum mozku, kde dochází k dekodování informací ze smyslových orgánů. Jiná rozdílnost se objevuje ve velikosti a délce corpus callosum. Tato část mozku spojuje obě dvě hemisféry a zabezpečuje jejich komunikaci (Zelinková, 2003).

Aby byly zahrnuty všechny vlivy působící při vzniku specifických poruch učení, musím zmínit i nepříznivé vlivy z okolí. Podle výzkumů (Klicpera a Gasteigerová-Klicperová) více jak polovina dětí s SPU pochází ze sociálně nižších vrstev. Ale nejen postavení rodiny ve společnosti má vliv na školní úspěšnost. Dalším faktorem je emocionální klima rodiny, očekávání rodičů nebo například vztah rodičů ke škole a školnímu vzdělávání. Ale ne vždy pochází negativní vliv z rodiny, autorem může být v určitých případech škola nebo dokonce sám pedagog (Pokorná, 1997).

6.4 Vzdělávání dětí se specifickými poruchami učení

č.j.: 13 711/2001-24 - Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování

Metodický pokyn navazuje na Směrnici MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení a stanovuje podrobnosti organizačního zajištění a postupů při vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování v základních školách, specializovaných třídách základních škol, ve speciálních školách, ve středních školách a vyšších odborných školách.

Formy vzdělávání a poskytování reedukační péče vychází z doporučení pedagogicko-psychologické poradny či za spolupráce speciálně pedagogického centra, Dys - centra.

V současnosti existují základní možnosti péče:

Individuální péče prováděná v rámci vyučování učitelem kmenové třídy, tato forma péče se uplatňuje u mírnějších forem poruchy v rámci třídy základní školy. Učitel by měl mít základní vědomosti a dovednosti k dané problematice, měl by vytvořit co nejlepší podmínky pro reedukační postupy. Dítě může být ve třídě základní školy též integrováno a to v případě, je-li porucha těžšího stupně a jsou-li zachovány a splněny podmínky integrace. Integrace je doporučována žákům a studentům s průměrným i nadprůměrným intelektem, žákům, kteří jsou zvědaví, snadno adaptabilní. Žáků integrovaných se týká *Metodický pokyn MŠMT ČR k integraci zdravotně postižených dětí a žáků do škola školských zařízení ve školním roce 1995/1996*. Metodické pokyny k integraci jsou podle potřeby upřesňovány podle potřeby upřesňovány pro každý školní rok. Pokyn pro rok 1997/98, který platí i v následujících školních rocích, např. zdůrazňuje podporu žáků a studentů se specifickými poruchami učení i na 2. stupni základní školy i na středních školách včetně poskytnutí kompenzačních pomůcek (počítač, kalkulátor, diktafon). Od 6. června 2002 vyšla v platnost *Směrnice MŠMT k integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školních zařízení č.j.13710/2001-24*, která zajišťuje podmínky procesu integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do mateřských škol, základních škol, speciálních škol, středních škol a vyšších odborných škol.

Individuální péče prováděná učitelem, který je absolventem speciálního kurzu. Péči zajišťuje i speciální pedagog. Působí ve třídě základní školy, vede dyslektické

kroužky, kabinety dyslektiků, reedukační péči, postupy konzultuje s poradenskými pracovišti.

Třídy individuální péče, jsou zřizovány při základních školách. Do těchto tříd dítě dochází v průběhu dnu. Jedná se většinou o hodiny českého jazyka se zaměřením na reedukační péči, po vyučovací hodině se žák vrací do své kmenové třídy. Reedukační péči zajišťuje obvykle speciální pedagog. (Zelinková 2001)

Cestující učitel - je jím většinou pracovník pedagogicko psychologické poradny či speciálně pedagogického centra. Dochází do základní školy, kde v průběhu vyučování provádí reedukační péči. Reedukační péči zajišťuje před i po vyučování.

Specializované třídy pro děti s poruchami učení a chování. v těchto třídách je snížený počet žáků. Výuku realizuje speciální pedagog. Specializované třídy jsou legislativně zajištěny *Vyhláškou MŠMT ČR č. 127 ze 7.5.1997o speciálních mateřských a speciálních základních školách*. Třídy se tedy zřizují při základních školách a u žáků s diagnostikovanou poruchou se preferuje individuální přístup, reedukační péče probíhá v průběhu celého edukačního procesu. Třídy sebou přinášejí výhody i nevýhody. Tato forma péče je pro určité procento dětí výhodnější než integrace do běžné třídy. Je vhodnější pro žáky s průměrnými, mírně podprůměrnými intelektovými schopnostmi, kterým vyhovuje i menší počet žáků ve třídě, dále pro žáky, kteří jsou hůře adaptibilní, uzavření. děti z neurotickými rysy, pomalým pracovním tempem.

Speciální školy pro děti s poruchami učení. První škola existovala v Karlových Varech, v současné době je jich v České republice deset. O dítě se stará tým odborníků je zajištěna individuální a tedy i speciální péče v průběhu celého vyučovacího procesu.

Dětské psychiatrické léčebny. Ve třídách při psychiatrických léčebnách jsou léčeny a vzdělávány děti s těžkým stupněm postižení, probíhá tu i reedukační péče. Jedná se o kombinované postižení, kdy přistupuje též péče terapeutická.

Individuální a skupinová péče v pedagogicko-psychologické poradně (PPP), speciálně pedagogickém centru (SPC), středisku výchovné péče (SVP).

Skupinová péče je prováděna formou edukativních a stimulačních skupin či individuálně vedené reedukace. Do této péče jsou vtaženy i rodiče, zúčastňují se společných skupinových sezení, což má současně veliký motivační efekt pro jejich děti.

Žáci a studenti, kteří jsou sice diagnostikováni jako osoby se specifickými poruchami učení, ale stupeň jejich obtíží nevyžaduje speciální péči zůstávají v běžných třídách a vztahuje se na ně doporučení *Pokynu MŠMT ČR č.j. 23472/92-21 zajištění péče o děti se specifickými poruchami učení v základních školách*, který stanoví mimo jiné formu zjišťování vědomostí a dovedností žáků, jejich hodnocení a klasifikaci. Směrnici MŠMT k integraci dětí se a žáků speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení z roku 2002 je předloha individuálního vzdělávacího plánu a jsou stanoveny podmínky integrace jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami. (Zelinková 2001)

Individuální vzdělávací plán (dále IVP) se zpracovává pro žáky *integrované*. Vypracovává jej třídní učitel ve spolupráci s poradenským zařízením (PPP, SPC, SVP), po případě s výchovným poradcem, školním pedagogem a zákonným zástupcem dítěte. Kopie zpracovaného IVP je zaslána příslušnému poradenskému pracovišti (srov. Zelinková, 2001 ad.). IVP vychází z učebních dokumentů školy, obsahuje všechny významné skutečnosti důležité pro úspěšnou integraci žáka.

IVP obsahuje:

Základní údaje o žákovi:

- Vyšetření PPP, SPC, SVP; den, výklad závěrů vyšetření pro potřeby vzdělávání, jednoznačný popis vzdělávacích potřeb žáka (je přílohou IVP)
- Datum vyšetření
- Výchozí učební dokumenty
- vyučovací předměty; konkrétní cíle, úprava organizace výuky, časové a obsahové rozvržení výuky, forma zadávání úkolů, způsob hodnocení a klasifikace, pedagogické postupy atd.
- Speciálně pedagogická a psychologická péče: konkrétní určení a rozsah péče podle druhu postižení žáka a jeho vzdělávacích potřeb, organizace a způsob zabezpečení, poskytovatel
- Nezbytné kompenzační a učební pomůcky, vybavení, učebnice, učební texty
- Účast dalšího pedagogického pracovníka popř. asistent.

Další důležité informace:

- Spolupráce se zákonnými zástupci - domácí příprava doporučené aktivity ve volném čase
- Podíl žáka na řešení problému
- Jmenovité určení pracovníka SPC, PPP, SVP, se kterým škola spolupracuje
- Na vypracování IVP se podílí (vypsat příslušné spolupracující účastníky)
- Podpisy ředitele školy, třídního učitele, vyučujícího, zákonného zástupce, odpovědného pracovníka PPP, SPC, SVP, případně též žáka. (Zelinková 2001)

6.5 Diagnostika specifických poruch učení

Provádí ji psychologickou pedagogická poradna, speciálně pedagogické centrum, středisko výchovné péče

Diagnostika je provedena na základě:

- komplexního posouzení případu
- speciálně pedagogického vyšetření
- PS vyšetření
- Pg diagnostika
- rozboru příznaků, příčin a dalších souvislostí
- postupy diferenciální diagnostiky -> rozbor nerovnoměrných výsledků žáka v jednotlivých testech a subtestech

PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA

podle čl. I odstavce 11 zahrnuje

- rozbor výsledků školní práce
- porovnání výkonu žáka
- sledování průběhu koncentrace pozornosti

- sledování dalších projevů chování

Zkoušky: čtení

psaní

pravopis

matematické dovednosti

V případě potřeby zkouška motoriky

logopedické vyšetření

(Vágnerová M. 2000)

7. Reedukace specifických poruch učení

Reedukace ve své podstatě znamená převýchovu, znovu obnovenou výchovu. Označujeme tímto pojmem soubory speciálně pedagogických postupů, metod práce zaměřených na rozvoj porušených nebo nevyvinutých funkcí. Příležitější název by byl spíše reedukace porušených funkcí potřebných pro čtení, psaní a počítání nebo reedukace percepčně motorických funkcí.

Reedukační proces tedy znamená postupný rozvoj, zlepšování úrovně porušených nebo nevyvinutých funkcí potřebných pro čtení, psaní, počítání (např. rozvoj porušených funkcí zrakového vnímání). Jeho výsledkem ale není pouze rozvoj těchto funkcí a vytvoření potřebné dovednosti na přijatelné úrovni, nýbrž je zaměřen i na plnou nebo alespoň částečnou kompenzaci problematiky plynoucí ze specifické poruchy učení. (Jucovičová, 2004)

OBECNÉ ZÁSADY POSTUPU PŘI REEDUKACI SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ

1. Při reedukaci vycházíme z **kvalitní diagnostiky, z aktuálního stavu a projevů poruchy**. Respektujeme navíc nejen individuální projevy, stupeň poruchy dítěte, ale i obtížnost reedukačních cvičení. Volíme proto vždy individuální přístup, který tyto skutečnosti zohledňuje.
2. Neexistuje jednotný návod, jak postupovat při reedukaci. **Začínáme na té úrovni, ve které nemá dítě ještě obtíže**, kterou zvládá. Zaměřujeme se na rozvoj funkcí, které jsou u dítěte konkrétně porušené, nerozvinuté. Vždy **začínáme splnitelnými úkoly**, protože je velmi důležité dopřát dítěti hned v počátcích reedukace pocit úspěšnosti, který posílí nejen důvěru ve vlastní schopnosti, ale i naději v úspěšnost reedukace. Nároky zvyšujeme postupně a pozvolna.
3. Můžeme si stanovit **rámcový, orientační program reedukace**. Při každé reedukační práci je třeba z něj vycházet a stanovit si základní body, na které se

budeme při reedukaci soustředit. Tyto „přípravy“ na reedukaci aktuálně měníme podle úspěšnosti dítěte v reedukační činnosti.

4. **Reedukační činnost není doučování**, reedukace je zaměřena na rozvoj porušených, nerozvinutých funkcí a na kompenzaci obtíží, které jsou jimi způsobeny při praktických činnostech. Přesto se, je-li aktuálně potřeba, můžeme doučování doplňkově věnovat, ale nezaměřujeme se pouze na ně.
5. **Reedukační cvičení by měla být pro děti přitažlivá**. Nenavozujeme pocit úkolu, povinnosti. Spíše mluvíme o cvičení, trénování nebo hře. Čím více se nám daří vytvořit příjemnou atmosféru, tím jsou pokroky u dítěte rychlejší, výraznější. Stejný postup doporučujeme v přístupu k dítěti rodičům, kteří reedukační cvičení provádějí s dětmi doma (pro domácí práci sice zadáváme reedukační cvičení pravidelně, ale pouze v omezeném rozsahu a vždy hravou formou).
6. **Neklademe důraz na kvantitu, ale na kvalitu**. Vyhýbáme se proto časovým limitům. Pokud je zařazujeme, tak až ve chvíli, kdy již dítě danou činnost zvládlo a bylo v ní úspěšné.
7. **Chyby v průběhu reedukačních cvičení nezdůrazňujeme**. Upozorňujeme na ně jakoby mimochodem, nenásilně, abychom děti zdůrazňováním neúspěchu od cvičení neodradily. Vhodné je, pokud možno, chybování předcházet, včas rozpoznat, že by dítě mohlo chybovat a zasáhnout tak, aby se chyby nedopustilo. Děti mívají tendenci si více zapamatovat chyby než správný postup.
8. Nepodceňujeme **účinek pochvaly při reedukaci**, dítěti vyjadřujeme podporu, jsme jeho pomocníky v případě, že se mu práce nedaří.
9. Respektujeme **zásadu „raději méně, ale častěji“**, pravidelně. Činnosti rozdělíme na kratší úseky tak, aby dítě po celou dobu bavily a aby neklesala kvalita na úkor kvantity. Děti vedeme k postupnému dokončování započaté činnosti.
10. **Cílem** našeho postupu by mělo být **zlepšení kvality porušené, nerozvinuté funkce**. S reedukací se tedy snažíme **začít co nejdříve**. Mimo reedukace využíváme též **kompenzace**, tj. napomáháme s vytvářením náhradních

mechanismů, které převezmou úlohu porušené funkce (zejména u starších dětí a dospělých osob).

11. **Začínáme vždy smyslovými cvičeními**, která tvoří podklad poruch učení, ale také nelze začínat s reedukací čtení, pokud není reedukováno z větší části zrakové vnímání. Proto se smyslová cvičení zařazují nejen na počátku reedukační práce, ale celou ji prolínají. K tomu působí motivačně a jsou přitažlivá.
12. Snažíme se **zapojovat co nejvíce smyslů = multisenzoriální přístup**: zapojujeme zrak, sluch (hlas), hmat, čich, pohyb a rytimizaci. Tato činnost je pro děti přitažlivější, motivační, ale také napomáhá zapamatování nových informací.
13. **Časových limitů můžeme využít, až když dítě danou dovednost bezpečně zvládá.**
14. **Vyhýbáme se porovnávání dosažených výkonů mezi jednotlivými dětmi** navzájem (např. při klasických soutěžích). Hodnotíme výkon dítěte v porovnání s jeho vlastními předchozími výkony. Dítě vlastně soutěží samo se sebou.

Všechny reedukační zásady by se měly prolínat konkrétními reedukačními cvičeními. Pro zvolení vhodného cvičení je nutné specifikovat, v jaké konkrétní oblasti má dítě nedostatky. Rozvoj této oblasti je základem reedukační činnosti, protože jinak pracujeme pouze s vnějšími projevy, ale nezabýváme se příčinou - reedukace je pak méně efektivní. (Jucovičová, 2003)

OBSAH REEDUKAČNÍ LEKCE

Reedukační cvičení (práci) lze realizovat s žákem individuálně, ve dvojici žáků nebo skupině žáků. Podle toho se také liší obsah reedukační práce.

Náplň reedukační lekce pro konkrétní dítě nebo skupinu žáků vychází z kvalitní diagnostiky odborného pracoviště, diagnostiky učitele/speciálního pedagoga-který provádí reedukaci a sdělení třídního učitele.

Příprava a konkrétní lekce vychází z dlouhodobých cílů reedukace, cílů v určitém období a ze současné situace.

Reedukační lekce může zahrnovat rozvíjení následujících oblastí, vždy podle toho-jakou oblast dítě potřebuje procvičovat. Také všechny oblasti nepochybujeme v rámci jedné

lekce. Postupujeme od nejpodstatnějších k méně podstatným, využíváme dlouhodobých cílů a cílů v určitém období (rámcový, orientační program reedukace):

- **motivace**

Motivační rozhovor by neměl chybět v žádné lekci. Dítě zde má možnost vyjádřit své obavy, pochybnosti, hovořit o svých nezdarech, ale také úspěších a přáních. Nechme dítě vypovídat, zamyslet se nad sebou. Z rozhovoru mohou vyplynout dílčí příčiny neúspěchu ve škole.

- **sluchové vnímání**

Provádíme cvičení sluchové analýzy, syntézy, rozlišování,, sluchové paměti, sluchové orientace, vnímání a reprodukce rytmu, nácvik naslouchání a vnímání zvuků. Využíváme pomůcek- např. bzučák, hudební nástroje, tvrdé a měkké kostky, obrázky , pracovních sešitů.....

- **zrakové vnímání**

Zařazujeme cvičení zrakové analýzy, syntézy, rozlišování,, rozlišování figury a pozadí,, rozlišování barev, velikosti, tvaru, rozlišování podobných a stranově obrácených tvarů, nácvik zrakové paměti, nácvik levo-pravého pohybu očí. Využíváme různých názorných pomůcek, pracovních sešitů.

- **pravolevá a prostorová orientace**

Tato cvičení můžeme zařadit v kterékoli části lekce, též jako relaxaci. Patří sem nácvik orientace v prostoru, v makroprostoru, v mikroprostoru, pravolevá orientace, vnímání tělesného schématu. Využíváme názorných pomůcek, nákresů, pracovních sešitů, počítačových programů.

- **řeč**

Řečová cvičení by neměla chybět v žádné lekci vzhledem k tomu, že směřují přímo do oblasti poruch čtení a psaní. Náměty pro cvičení:

- vyhledávání slov začínajících určitou hláskou, slabikou.....
- vyhledávání slov nadřazených, podřazených, zdrobnělin,
- vyhledávání slov, která se rýmují,
- vyhledávání slov příbuzných,
- vyhledávání slov začínajících předponou vy-,
- rozvíjení slovní zásoby vyprávěním podle obrázku,

- mluvní pohotovost-říkat co nejvíce slov, která označují ovoce, slov-která označují pohyb apod.,
- artikulační cvičení, specifické asimilace.

(Zelinková, 2003, Jucovičová, 2003)

Ke cvičením je vhodné využívat i slov, ve kterých žák chybuje v čtení, sluchovém vnímání, písemném projevu.

- **čtení**

Zaměřujeme se zejména na dvě oblasti:

- *technická stránka čtení*: správnost a kvalita čtení, zaměření se na čtení obtížných písmen, slabik a slov, odstraňování chybovosti při čtení, dvojího čtení. Lze využít názorných pomůcek, čtenářských tabulek, čtecí záložky/okénka, postřehovacích slabik a dalších textů vhodných k nácvičku techniky čtení.
- *porozumění čtenému textu*: využíváme zkrácených textů, čtení po částech, čtení ve dvojici, klademe návodné otázky, s textem dále pracujeme. Zde existuje řada vhodných publikací.

- **motorika, grafomotorika**

Nácvik koordinace, pohybů těla,, rozvíjení jemné motoriky: navlékání korálků, vázání tkaniček/šňůrek, modelování, drátkování, třídění drobných předmětů apod., nácvik správných hygienických návyků při psaní,, rozvíjení grafomotoriky: uvolňovací cviky. Uvolňovací grafomotorické cviky předchází samotnému psaní.

- **psaní**

- Opis a přepis má velkou diagnostickou hodnotu, a proto se mu věnujeme v rámci diagnostiky, v případě potřeby též později. Dítě opisuje/přepisuje text, který již v té době čte, slova nebo věty obsahující procvičované jevy, slova se souhláskovými shluky apod.
- Krátký diktát slov nebo vět zaměřených na zvládnutí specifických dysortografických jevů. Diktáty lze zaměřit na dovednost aplikovat gramatická pravidla, přemýšlet o obsahu diktátu, na nácvik kontroly napsaného textu-vyhledávání chyb.

- Psaní na volné téma.

- **gramatická pravidla**

Reedukační práce není doučování, není pokračování hodiny českého jazyka. Je třeba volit jiné postupy a hledat příčinu neúspěchu, kterých může být celá řada: oslabený jazykový cit, poruchy procesu automatizace, neschopnost aplikovat gramatická pravidla z důvodu malého rozsahu pracovní paměti apod. Nejčastěji je příčinou nepochopení podstaty jednotlivých gramatických jevů (např. kdy je to vyjmenované slovo, kdy pádová koncovka apod.).

- **koncentrace pozornosti, popř., další kognitivní funkce**

Využíváme psychorelaxačních technik, pracovních listů na rozvoj koncentrace, slovních cvičení.....

- **hodnocení lekce, přání pro příští setkání**

Každé setkání by mělo být zakončeno hodnocením dítěte, především jeho sebehodnocením. S přibývajícím věkem by si dítě mělo uvědomovat, že je též zodpovědné za výsledky reedukační práce. Může vyjadřovat své uspokojení nebo nespokojenost nad průběhem lekce, hledat příčiny neúspěchu. Závěry vyplývající z rozhovoru jsou východiskem pro přípravu příští lekce. Dítě dostává na domácí přípravu úkoly k procvičení, které jsou krátké a pokud možno hravé. (Zelinková, 2003, Jucovičová, 2003)

PRAKTICKÁ ČÁST

8. Cíle a metody

Cílem diplomové práce bylo popsat metody vzdělávání dětí s ADHD. Dále pak bylo cílem na vybraných vzorcích dětí nastínit práci speciálních pedagogů, jejich práci při reedukaci dětí s SPU ovlivněné syndromem ADHD. Práce je zaměřena na děti umístěné v DDÚ Homole.

Metodika:

Na základě poznatků z odborné literatury a zkušeností z DDÚ jsem stanovil tři **hypotézy**.

Hendl o sběru dat v kvalitativním výzkumu říká, že jejich síla „spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádaná a popisují každodenní život. Vyznačují se lokální zakotveností a nejsou vytrhována z kontextu dění. Mají popisovat podrobnosti případu, vesměs za delší časový interval.“ (Hendl, 2005)

“kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a prování zkoumání v přirozených podmínkách.”

(Creswell in Hendel, 2008)

"kvalitativní výzkum je výzkum v humanitních a sociálních disciplínách, který neuplatňuje statistické či jiné kvantifikační metody" (Hendel 2005)

H1 - „Při správném výběru výukových metod a vhodnému přístupu k žákům, dochází k efektivnímu učení s ohledem na možnosti žáka.“

H2 - „Úspěšná reedukace SPU posiluje sebevědomí žáka.“

H3 - „Správný postup při výchově a vzdělávání dokáže zmírnit projevy ADHD.“

8.1 Charakteristika vlastního šetření

Syndrom ADHD je nečastější duševní poruchou a ovlivňuje život dítěte ve všech směrech. Výchovně vzdělávací proces má za cíl celkový rozvoj osobnosti žáka a cílem vlastního šetření je zjištění které metody v rámci reedukace vedou k posilování sebevědomí žáka. Pozornost je věnována také spolupráci s rodiči. Šetření bylo zaměřené na děti, u nichž děti se projevují specifické poruchy učení.

V této souvislosti práce popisuje chování dětí s ADHD kombinované s SPU umístěných v DDÚ. Pro svou práci jsem si vybral tři případy dětí - tři chlapce. Šetření provádím v DDÚ Homole, vyházím z osobních spisů dětí, vlastní praxe a pozorování.

Diagnostika zkoumá:

Při zpracování teoretické části využívám následující techniky:

- analýza dostupné literatury
- analýzu záznamu dětí
- vlastní pozorování dítěte s SPU v reedukačním procesu

Jedním ze stěžejních úkolů diagnostiky ADHD a SPU je jejich včasné zachycení. Již v období předškolního věku mezi 5.-7. rokem lze na základě určitých projevů dítěte, signalizující pozdější možnost projevů ADHD a SPU, provádět screening.

Po zahájení školní docházky v 1.-3. třídě je hlavním úkolem pedagoga v tomto směru depistáž dětí s projevem specifických poruch učení. Vlastní diagnostika čerpá z přímých a nepřímých zdrojů informací.

Nepřímé zdroje diagnostických informací:

Nepřímé informace, které mohou vést k diagnóze specifických poruch učení, nejsou svým významem druhotné ve srovnání s informacemi získanými pomocí diagnostických technik. Jsou však závislé na osobním přístupu toho, kdo diagnózu stanovuje, na jeho dovednosti vést rozhovor a na schopnosti obsah rozhovoru analyzovat.

- rozhovor se rodiči

důležité je jak vidí rodiče dítě a jeho "problém". Zajímavé jsou i zkušenosti rodičů s celkového psychomotorického vývoje dítěte: S čím mělo dítě v dětství obtíže, jak se učilo básničky a říkačky, v čem dítě rodičům působí radost a z čeho mají obavy,... Rodiče často ukáží směr, kudy se další vyšetření dítěte musí ubírat. Pokud je dítě dlouhodobě neúspěšné, prožívají rodiče bezmoc a narušuje se druhotně důvěra mezi rodičem a dítětem. Důležité je, aby rodiče stáli na straně dítěte a snažili se mu co nevíce s jeho "problémem" pomoci.

- rozhovor s učitelem

školní úspěch dítěte závisí především na dvou předpokladech: v první řadě na možnostech a nadání žáka, ale i na pedagogických schopnostech učitele. Pro stanovení příčin školního neúspěchu jsou učitelovy postřehy o práci dítěte nedocenitelnými informacemi. Učitel umí popsat, jak dítě reaguje na svůj nezdar, čím se dá dobře motivovat k práci apod.

- rozhovor s dítětem

často se podceňují informace, které by dítě mohlo přinést. Nejde samozřejmě o odborné teoretické informace, ale o důležité poznatky pro diagnostiku a nápravu. Dítě svým vyprávěním často může samo objasnit své obtíže, pocity. Při navazování rozhovoru je důležité naladit přátelskou atmosféru, zeptat se kamarády, koníčky a pak teprve přejít k tématu školních neúspěchů.

Lze říci, že nejvýznamnější pro upřesnění etiologie specifických poruch učení jsou projevy dítěte ve škole, jeho výkon, osobnostní zvláštnosti a projevy chování.

Přímé zdroje diagnostických informací:

Diagnózu můžeme stanovit analýzou školních výkonů dítěte ve čtení. Významnou pomocí jsou i speciální zkoušky a testy, které hodnotí výkony dítěte v jednotlivých percepčních oblastech.

- relativně objektivní zjištění současného stavu intelektovým výkonů dítěte v rámci jeho celkového hodnocení,
- hodnocení výkonu ve čtení (vyšetření rychlosti čtení, chyby při čtení a jejich analýza, porozumění čtenému textu, chování dítěte při čtení).
- Hodnocení písemných prací: analýza chyb v písemném projevu
- Sluchové rozlišování řeči: sluchová analýza a syntéza řeči, rozlišování měkkých slabik di, ti, ni a tvrdých slabik dy, ty, ny, rozlišování délky samohlásek,
- Zraková percepce tvarů - vyšetření zrakové percepce tvarů: rozlišení figury a pozadí, rozlišení inverzních obrazců, úroveň percepce tvarů, dovednost tvary znázornit,
- Lateralita
- Vnímání prostorové orientace: vyšetření kinestetického vnímání, vyšetření představy prostorové orientace,
- Vnímání časové posloupnosti: o oblasti vizuální, v oblasti auditivní
- Paměť

Během celého vyšetření je třeba dítě pozorovat a sledovat jeho chování. Všechny výsledky je nutno analyzovat a slovně se o nich vyjádřit.

8.2 Charakteristika zařízení

Pozorování a rozhovory byly prováděny v Dětském diagnostickém ústavu Homole.

Název: Dětský diagnostický ústav, dětský domov se školou, středisko výchovné péče, základní škola a školní jídelna Homole 90 je jedním ze zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Děti jsou zde přijímány s nařízenou ústavní výchovou, ochrannou výchovou nebo soudem vydaným předběžným opatřením o umístění. V malé míře jde i o preventivní pobyt na žádost rodičů. Vždy se jedná o děti plnící si povinnou školní docházku.

Pobyt v DDÚ

Diagnostický pobyt v zařízení má zajistit co nejkomplexnější poznání individuální problematiky a dynamiky obtíží dítěte. Na základě průběžných poznatků během pobytu v DDÚ a konečných závěrů je pak možno stanovit opatření vedoucí k nápravě stávající nevhodného chování či celkové situace dítěte. Za tímto účelem je důležitá syntéza pohledu pedagogů, psychologů, psychiatrů či sexuologů, etopedů, sociální pracovníce, informací z rodiny, popř. od dalších spolupracujících institucí. Souběžně může probíhat komplexní sociální šetření situace v rodině apod. V komunitě diagnostického ústavu je s každým zařazeným dítětem pracováno dle jeho individuálních potřeb, převážně v rámci vrstevnických skupin. Během pobytu nejde pouze o diagnostiku. V zařízení již započíná základní nasměrování terapeutické péče o dítě, popř. celou rodinu, které pak pokračuje po jeho návratu do rodiny či po umístění do následného zařízení. Odborný tým diagnostického ústavu poskytuje každému dítěti podpůrnou a terapeutickou péči a vzdělání. DDÚ může zprostředkovat i konzultace rodinám umístěných dětí, popř. rodinnou terapii.

Organizace vzdělávání

Školní vzdělávání je organizováno ve třech třídách. Žáci jsou do tříd zařazováni podle věku případně podle realizovaného vzdělávacího programu. Třídy jsou heterogenní jak z hlediska věku tak pohlaví žáků. Žáci jsou vzdělávání podle těchto vzdělávací programů:

Vzdělávací program základní škola čj. 16847/96-2 s úpravami a doplňky

Vzdělávací program zvláštní školy čj. 22 980/97-22

Školní vzdělávací program pro základní školu platný od 1.9. 2007

Školní vzdělávací program pro základní školu praktickou platný od 1.9. 2007

V případě zařazení žáka základní školy speciální je vzdělávání realizováno podle individuálního vzdělávacího programu zpracovaného v souladu s rámcovým vzdělávacím programem.

8.3 Kazuistiky

1. případová studie

Jméno dítěte: Martin

Narozen: 1999

Přijat dne: 2012

Důvod přijetí: stupňující se výchovné problémy, je drzý, sprostý vůči dětem i dospělým, neuznává žádnou autoritu, diagnostikován syndrom ADHD,

Rodinná anamnéza

Martin žil ve společné domácnosti s matkou, sourozence nemá. Otec chlapce s rodinou nežije. Martin je od 2010 umístěn na základě soudem nařízené ústavní výchovy v DD. Matka v současné době bydlí v bytě, který je ve vlastnictví města. V tomto bytě je odpojena elektřina z důvodu zadluženosti. Bytové podmínky jsou zčásti nevyhovující. Matka se převážně zdržuje u svého přítele. Martin má pěkný citový vztah s mateřskou babičkou, u které tráví prázdniny. V roce 2001 byl nezletilý rozsudkem Okresního soudu v Českém Krumlově, svěřen do výchovy prarodičů. Dále v 2009 byl Martin na základě předběžného opatření svěřen do péče manžela matky z důvodu nástupu matky do VTOS.

Osobní anamnéza

Martin se narodil z prvního těhotenství matky, při prvním porodu. Porod ve 40. týdnu těhotenství, porod spontánní, bez komplikací. Porodní hmotnost činila 3680g, délka 51cm. Martin je psychiatricky medikován, v současné době užívá Ritalin, Medorisper.

Během obyvu v DDÚ měl zvýšenou tělesnou teplotu, jinak bez onemocnění. Martin v současnosti navštěvuje 6. ročník ZŠ. Povinnou školní docházku plní 7. rokem. Dle vyjádření školy se jedná o žáka, který je v hodinách pasivní, často odmítá pracovat. Na napomenutí reaguje nepřiměřeně a vulgárně. Dle třídní učitelky se nechá k práci spíše přinutit trpělivějším přístupem. O přestávkách chlapec vyhledává starší žáky, dívky obtěžuje dvojsmyslnými narážkami. Rodiče se školou nespolupracují.

Martin již jedenkrát absolvoval diagnostický pobyt v DDÚ Homole. Martin byl do DDÚ přijat r. 2009 na základě předběžného opatření Okresního soudu. V odůvodnění návrhu tohoto opatření je uvedeno, že matka Martina se dostavila na OSPOD, kde sdělila, že má již delší dobu výchovné problémy se synem. Chlapec ji prý okrádá, sprostě nadává, hází po ní předměty a i fyzicky napadá, tato jeho agresivita se v poslední době stupňuje, dokonce jí vyhrožuje zabitím. Ona již prý jeho výchovu nezvládá, má strach o svůj život a souhlasí s jeho umístěním do ústavu. V roce 2010 byla Okresním soudem nařízena ústavní výchova.

V roce 2012 obdržel DDÚ Homole žádost ředitelky DD provedení rediagnostiky u nezl. Martina. Důvodem žádosti byly dlouhodobé a stupňující se výchovné problémy chlapce, kdy Martin odmítal jakoukoliv činnost, drzost, byl sprostý vůči dětem i dospělým. V žádosti o provedení rediagnostiky bylo dále uvedeno, že Martin neuznává žádné autority.

Psychodiagnostická zpráva:

Psychologické vyšetření podstoupil při pobytu v DDÚ. Zná účel své návštěvy, etoped s ním celou situaci násobně rozebíral. Kontakt navazuje normálně, spíše pomaleji, snaží se působit lepším dojmem, chování je místy přehrávané, afektované s

prvky samolibos-ti. Somaticky bez viditelných vad, dobře rostlé postavy, nevýrazný somatotyp bez znaků obezity. Kosterní soustava a svalstvo přiměřeně vyvinuté, vizus odpovídající chronologickému věku. Pokožka na viditelných částech těla suchá, čistá, bez poranění. Uvádí, že je rád v kolektivu. Vlasy hnědé barvy, vcelku upravené, mírně umaštěné, neučesané. Nehty na rukou zastřižené, neokousané, patrná nečistota pod nehty. Oblečení čisté, moderní, praktické.

Má průměrnou slovní zásobu, pojmy si vybavuje pomaleji, pózuje. U méně používaných slov nezná význam, občas zaváhá při hledání správného výrazu. V projevu se velmi často vyskytují hovorová, vulgární slova, což bere jako normu, větná skladba adekvátní nižšímu mentálnímu věku a vzdělání, značně monotónní, avizované pohrdání okolím. Běžné životní situace vnímá vcelku reálně, rovněž tak je verbalizuje a vysvětluje, při hlubším rozhovoru se však objevují nesrovnalosti ve výkladu a smyslu sdělovaného obsahu. Zcela neadekvátně hodnotí některé životní zkušenosti jako pití alkoholu, kouření a sex. Řeč je místy hůře slyšitelná, a to zejména při konfrontačních dotazech, bez zjevných vad výslovnosti či koktání. Slovní projev odpovídá chronologickému věku. Není stydlivý při dotazech na intimní sféru svého života, vše popisuje jako když „kupuje housky“ bez emočního doprovodu, prostě ho to baví.

Myšlení je vágní, mírně stereotypní, průměrně flexibilní. Má adekvátní vhled do percipovaného, tak, aby využil situaci k sebezprospěchu. Pozornost méně koncentrovaná a stabilní, vyžaduje neustálou motivaci při získávání dat ve zkoumané problematice, projev navenek ucelený se špatnou vnitřní strukturou, nesourodý, anomální. Obecně pracuje samostatně, nelze však hovořit o samostatnosti či osobní aktivitě, úkoly vnímá tak, že je třeba to udělat, o výsledky se nezajímá. Udržet linii rozhovoru mu činí mírné potíže, odbíhá, nebo mlčí. Paměť klinicky nenarušena, pamatuje si dotazy, odpovídá shodně i na kontrolní otázky na závěr vyšetření. Anamnestické komponenty však nejsou trénované, bez chorobných znaků, je místně i časově orientovaný. Instrukce k psychodiagnostickým metodám chápe dobře, nevyžaduje dovysvětlení.

Rozumové schopnosti celkově resp. aktuální intelektový výkon vykazuje pásmo slabší průměr, s převahou praktického nadání. Nemá těžkosti s pochopením složitějších souvislostí, získané školní vědomosti, tedy informace, jsou adekvátní nižšímu věku.

Analýza a syntéza myšlení není kvalitně rozvinutá. Nemá potíže v oblastech, kde k dobrému skóre rychlé reagování. Podprůměrně rozvinutá je i schopnost matematického myšlení. Dobrých výkonů pak dosahuje v oblasti porozumění. Pracovní tempo je pomalejší, hůře se soustředí po delší časový úsek. Diagnostikováno ADHD.

V testových vyšetřeních:

Myšlení je vágní a rigidní s nejistým výsledkem.

Osobnost je nevýrazně temperamentově zaměřená, emočně nezralá, nekonformně strukturovaná, tendující k bezprostřednosti, vznětlivosti s prvky nevychovanosti a nedostatkem sebevlády. Vyhovuje mu klid a vlastní pohoda, stabilní, méně dynamické prostředí, kde poměrně snadno navazuje kontakty, bez hlubšího emočního doprovodu, velmi omezeně je schopen projevu vyšších citů jako je sounáležitost, láska atd. Činnost si plánuje omezeně se slabou anticipací, občas jedná pod vlivem momentálních popudů. Vzhledem ke schopnostem, má přiměřené ambice a adekvátní sebedůvěru, umí být veselý, častěji na sebe upozorňuje, ale nepředvádí se, patrně účelové chování. Velmi snadno se rozptýlí a nechá se odvést od vedené linie činnosti. Je poměrně houževnatý, umí si poradit dle aktuální potřeby. Integrace osobnosti v zátěži je oslabena, avšak nezmatkuje. Rád si přizpůsobuje pravidla a méně jich dbá. Je velmi těžko názorově ovlivnitelný, kde před autoritou navenek souhlasí, avšak své postoje nemění, okolí jej příliš nevyvádí z rovnováhy, řídí se svým sebepojetím.

Doporučení:

Aktivně posilovat kvalitní hodnotovou orientaci. Posilovat odpovědnost, nepřipustit možnost manipulativního jednání. Osobnost tenduje k disharmonickému rozvoji, dissocialitě, nicméně jsou dostatečně zastoupeny pozitivní vlastnosti, pro jejichž posílení vnímám jako vhodnější roztředí DD. V případě negativního vývoje zvážit DDŠ.

Vlastní pozorování – výchova

1. Projevy chování při prvním kontaktu s vychovatelem a s dětmi, fáze adaptace:

Po příchodu se choval zcela přirozeně, sebejistě, byl zvyklý na dětský kolektiv v DD, jedná se o rediagnostický pobyt. K dospělým se snažil být slušný, mezi dětmi ihned navazoval kamarádské vztahy. Adaptační fáze probíhala bez závažnějších problémů, chlapec však velice líný a neochotný, nutno ho neustále motivovat a povzbuzovat k činnosti.

2. Fyziologická charakteristika, zvláštnosti, zdravotní omezení:

Dobře fyzicky vybavený, schopný i větší zátěže, kterou však pro svou pohodlnost a sníženou aktivitu nerad podstupuje. Přiznává kouření, ale snaží se přestat, dále zvýšený zájem o opačné pohlaví, chlubí se četnými sexuálními zkušenostmi, experimenty s drogami popírá, nechutná prý mu to.

Zdravotní stav dobrý, bez alergií a zdravotního omezení, psychiatricky medikován.

3. Hygienické a stravovací návyky, režimové záležitosti:

Osobní hygienu zvládá dobře, trochu problémy má s udržováním pořádku v osobních věcech a ve skříňkách. Stoluje kulturně, není příliš vybíravý v jídle, rád si často ještě přidává. Režimové záležitosti plní sice pomaleji, ale nakonec požadované úkoly má snahu dokončit.

4. Zájmové činnosti - preference, příprava na vyučování, profesní orientace, vztah k pracovním činnostem, motivační prostředky (reakce výhody/nevýhody):

Zájmy nemá vyhraněné, je spíše pasivní, s oblibou pracuje na PC /internet, facebook, hry/ nebo sleduje televizi. Občas si rád zajde do posilovny, projede se na kole. Při přípravě na vyučování se snaží rychle úkoly odbývat, škola ho údajně nebaví a ani neví,

co by chtěl v budoucnu dělat. Po manuální stránce je nepraktický, neochotný a líný. Snaží se přemlouvat některé přístupné jedince, aby za něho požadovanou práci udělali. Motivačním prostředkem jsou zejména volné vycházky a víkendové pobyty doma. Reakce na výhody či nevýhody je v mezích jeho chování nevýrazná, někdy vypadá, že vůbec nevnímá a je mu to jedno.

5. Sociální interakce (k dospělým/k dětem) – postavení v kolektivu, zapojitelnost – abnormální projevy chování:

K dospělým má snahu chovat se slušně, mezi dětmi je vždy ten, co nic neudělal a neviděl, ale v každé problémové situaci je zapletený. Výrazně inklinuje k méně ukázněným jedincům a dokáže být i velice drzý, skrytě agresivní, dětem vyhrožuje a uráží je nevhodnými poznámkami. Když nikoho k sobě nemá, s kým by mohl vyvolávat nekázeň, sám se do žádných akcí nepouští a bývá přístupný, slušný.

6. Schopnosti, charakterové vlastnosti, respekt k autoritě kontextu skupiny:

Na skupině nevýrazný, schopný manipulátor, se sklony se vždy odvolávat na chyby a nedostatky druhých. Většinou rád vše zapírá, svaluje vinu na druhé, účelově lže a podvádí i dospělé.

Mezi dětmi není nijak oblíbený, ale respekt si dokáže zajistit. Slabší děti si má snahu podrobit a vyhrožovat jim. Většinou však si svá práva dokáže, někdy i dost nevybíravým způsobem, obhajovat. Skrytě agresivní a vulgární, má zvýšený zájem o opačné pohlaví, rád se předvádí, ale nechová se k děvčatům příliš galantně.

Vlastní pozorování – škola

Český jazyk:

Český jazyk rozhodně nepatří mezi Martinovy oblíbené předměty, dosahuje v něm podprůměrných výsledků. Všeobecně lze říci, že nemá zvládnuty základy předmětu, jeho nedostatky v něm jsou značné.

Velké mezery má učivu o stavbě slova, dopouští se chyb v pravopise, diakritice, vyjmenovaných slovech, koncovekách podstatných jmen, přídavných jmen. Potíže má s určování slovních druhů, nezná a neumí určovat jejich mluvnické kategorie. Velké problémy mu činí shoda přísudku s podmětem. I v učivu o skladbě má rovněž značné nedostatky, celkem umí určit základní skladební dvojice, neumí a samostatně neurčí rozvíjející větné členy, grafický rozbor neovládá. Celkem rozezná větu jednočlennou a dvojčlennou. Čtení není plynulé, tempo je pomalejší, nepřesné, přeřikává se.

Matematika:

Stejně jako český jazyk, tak i matematika patří mezi předměty, které Martina nebaví. Přesto v něm dosahuje o něco lepších výsledků. I zde jsou však patrné poměrně značné nedostatky ve zvládnutí učiva nižších ročníků.

Celkem dobře umí sčítat, odčítat, porovnávat čísla. Rovněž vcelku dobře zvládá jednoduché příklady na dělení a násobení přirozených čísel, někdy se dopouští chyb. Dělení složitějších příkladů a zejména dělení dvojciferným dělitelem nezvládá. Poměrně solidně ovládá sčítání a odčítání desetinných čísel, rovněž tak násobení desetinných čísel. Dělení desetinných čísel bylo zatím probráno jen velmi málo. Problémy mu rovněž činí slovní úlohy, samostatně je nedokáže vyřešit. V učivu geometrie jsou nedostatky značné. Během pobytu byla největší pozornost věnována přirozeným číslům – zejména násobení a dělení, desetinným číslům – zápisu desetinných čísel, porovnávání, sčítání, odčítání, násobení a částečně dělení.

Ostatní předměty:

Naprosto stejná situace je i v ostatních předmětech. Nemá osvojeny základy učiva, a proto hůře navazuje a zvládá nové učivo. O učení neprojevuje příliš velký zájem, je lenivý, zadané úkoly vždy vypracoval, snažil se však „smlouvat“ o to, co ještě má nebo nemá splnit. Při hodinách dokázal pracovat samostatně, v matematice, která jej baví, projevoval dokonce zvýšenou aktivitu. Celkově se však při hodinách nijak výrazněji neprojevoval, nebýval aktivní, o učivu nediskutoval. Sešity nebyly příliš upravené. Jak již bylo uvedeno, Martina v podstatě nebaví žádný předmět s výjimkou informatiky.

Zájem o učení, motivace:

Lze říci, že během pobytu Martin neprojevoval o učení zájem, při hodinách však pracoval, i když spíše účelově, snažil se zadané úkoly dle svých možností vypracovat. Dokázal pracovat samostatně, jeho pracovní tempo je spíše pomalé. Jak již bylo uvedeno, často se snažil smlouvat o množství úkolů, které měl vypracovat. Motivovalo jej částečně pěkné hodnocení, zejména v matematice. O probírané látce v podstatě nediskutuje, nesnaží se dosahovat lepších výsledků, je poměrně obtížné motivovat jej ke školní práci, je velmi málo aktivní, líný.

Chování ve škole:

Martinovo chování během pobytu při školní práci bylo bez závažných kázeňských problémů. Přesto však při hodinách musel být někdy napomínán pro vyrušování. Na toto reagoval a vždy uposlechl. Býval náladový, líný, s malou chutí pracovat. Někdy býval smutný, uzavřený. O přestávkách byl někdy poněkud hlučnější, rád se pohyboval ve společnosti děvčat. Bohužel se občas zapojil do provokací ostatních dětí. K dospělým se snažil chovat slušně, dokázal respektovat jejich autoritu.

Myšlení, paměť, pozornost, vůle:

Martin není příliš pohotový, snaživý, samostatně je schopen pracovat, ale jen po kratší časový úsek. Paměť u něho převažuje mechanická, krátkodobá, logické myšlení je na nižší úrovni. Zvládnutí nového učiva mu nečiní velké potíže, nemá však snahu dosahovat dobrých výsledků. Na výuku se nedokáže dobře a dlouhodobě soustředit, je líný, pracuje jen s minimálním úsilím, snaží se si práci značně zjednodušovat. Někdy bývá nepozorný, chybí jakákoli vůle k dosahování lepších výsledků. Domácí úkoly vždy vypracoval.

Prognóza, doporučení:

Martin je žákem šestého ročníku základní školy. Má značné mezery v učivu nižších ročníků. Lze předpokládat, že díky svému přístupu bude učivo základní školy zvládat jen s velkými obtížemi. Je nutné vhodnou motivací a laskavým přístupem posilovat u Martina zájem o školní práci, motivovat jej k větším výkonům, zabezpečit pravidelnou a soustavnou přípravu na vyučování.

Doporučení v oblasti rozvoje zájmů a výchovného působení:

Nadále nutná kontrola školních i mimoškolních aktivit. Podpora a motivace v oblasti zájmů, převážně týkajících se volby budoucího povolání, neboť chlapec zatím nevyhraněn. Posilovat schopnosti sebekontroly a zapojit více do sportovních aktivit, provádět důslednou a pravidelnou kontrolu, individuálním přístupem a vhodnou motivací předcházet případným nevhodným projevům.

PROGRAM ROZVOJE OSOBNOSTI :

- Laskavým přístupem a vhodnou motivací vytvářet zájem o vzdělávání.
- Během výuky průběžně aktivizovat a povzbuzovat.
- Zajistit pravidelnou a dostatečnou přípravu na vyučování.
- Motivovat k žádoucím zájmům – sportovní aktivity (pozitivní seberealizace).
- Individuální přístup.
- Posilovat spolupráci, respektování pravidel a autorit, sebeovládání.
- Efektivně ho kontrolovat.
- Stanovit případně dohodnout jasná pravidla, vzorce chování, povinnosti, důsledky.
- Nabídnout, dohlédnout na smysluplné trávení volného času.
- Intenzivně se výchovně chlapci věnovat a žádoucně ho socializovat.
- Důsledným přístupem eliminovat nevhodné projevy.
- Spolupracovat s matkou a babičkou, a průběžně je informovat o vývoji chlapce.
- Pokud Martin nemůže studovat dle vzdělávacího programu ZŠP, nechat si od PPP vypracovat IVP a v rámci integrace dohodnout se školou podmínky úspěšného studia na ZŠ.

Závěr, prognóza, doporučení:

Martin je 13letý, výchovně zanedbaný a traumatizovaný, citově deprivovaný, emočně labilní, pubertální chlapec s poruchami chování (vulgarita, nerespekt, podvody, agresivita, oplzlosti). Krátkodobě dokáže účelově stylizovat své chování (slušný, částečně spolupracující a respektující), pokud mu o něco jde (výhoda, vycházka, dovolenka dobrý posudek). Je přiměřeně tělesně vyspělý a zdatný, ale pohodlný. Má nedostatečné školní znalosti, kvůli nižší inteligenci a nezájmu o vzdělávání. Egoisticky upřednostňuje uspokojení svých potřeb bez ohledu na druhé. Je náchylný k rizikovému chování a inklinuje k problémovým jedincům, se kterými manipulativně kooperuje ve svůj prospěch. Slabší a neoblíbené jedince zastrašuje a využívá. O děvčata se zajímá kvůli erotickým a sexuálním tužbám.

Domnívám se, že Martinova výchova vyžaduje odbornou péči, stálý dohled a

kontrolu, což odpovídá ústavnímu zařazení do DDS. Myslíme si, že Martin, který dokázal účelově žádoucně stylizovat své chování, aby se vrátil do DD, kde by měl dostat šanci ukázat, jestli je schopen také v DD účelově dostatečně spolupracovat. Proto bylo rozhodnuto o jeho návratu do DD.

2. případová studie

Jméno dítěte: Adam

Narození: 2004

Přijat dne: 2012

Důvod přijetí: zhoršení chování, utíká z domova, nevrací se dle domluvy, odmlouvá, je drzý, odmítá chodit do školy

Rodinná anamnéza

Adam se narodil za doby trvání manželství rodičů. Manželství rodičů bylo rozvedeno v roce 2008. Adam má 3 starší sourozence, a to Jana, Matěje a Jakuba a dále mladší sestru Terezu a Gabrielu. Po rozvodu byly děti svěřeny do péče otce a otcí stanoveno výživné. Nezl. Gabriela se narodila již po rozvodu rodičů, je svěřena do péče matky, v současné době probíhá jednání ohledně určení otcovství. S dětmi se matka vidá velmi sporadicky. Na výchovu dětí je stanoven soudní dohled. Otec se s dětmi často stěhoval. Od září 2011 otec žije s dětmi, rodina má pronajatý byt o velikosti 1+1. Rodina je placena dávkami hmotné nouze, otec pracuje u Městského úřadu, jedná se převážně o sezónní práce. Rodina se potýká s nedostatkem peněz, hygienické, materiální podmínky a životní standard jsou na nízké úrovni. Informace o matce chlapce nám nejsou známy.

Osobní anamnéza

Adam se narodil ze čtvrtého těhotenství matky, při čtvrtém porodu. Průběh těhotenství bez komplikací. Porod ve 39. týdnu těhotenství, porod spontánní, záhlavím, bez komplikací. Porodní hmotnost činila 2550g, délka 49 cm. Po porodu lehká nezralost a lehký ikterus. Očkován řádně dle očkovacího kalendáře. V říjnu 2010, v lednu 2011 a v říjnu 2011, hospitalizován na DeO z důvodu dušnosti při akutní bronchitidě. Opakovaně byl hospitalizován v léčebně Bukovany. Adam je astmatik. Adam je alergický na rozto-če, psí a kočičí epitelie. Během pobytu v DDÚ bez onemocnění, či zdravotního omezení.

Adam v současnosti navštěvuje 1. ročník ZŠ. Povinnou školní docházku plní 2. rokem. Dle vyjádření školy se jedná o žáka, který je tichý, spíše samotářské povahy. Z důvodu opakování prvního ročníku nemá prozatím problém s prospěchem. Třídní učitelka dále uvedla, že Adam bývá často nemocný. Doporučovala návštěvu PPP z důvodu diagnostikování syndromu ADHD spojeného s SPU. Otec školu navštívil 3x v době nemoci chlapce.

V roce 2012 jsme obdrželi žádost otce o dobrovolný preventivní diagnostický pobyt dítěte v DDÚ Homole. V této žádosti otec uvedl, že u Adama došlo ke zhoršení chování. Adam utíká z domova, odmlouvá otcí, je drzý, nevrací se domu dle domluvy a dále odmítá chodit do školy. Z výše uvedených důvodů byl Adam přijat k diagnostické mu pobytu do DDÚ.

Psychodiagnostická zpráva

Adam je v DDÚ na dobrovolném preventivně výchovném pobytu na základě žádosti otce kvůli zhoršujícímu se Adamovu chování, útekům z domova, odmítání školy. Nad Adamovou výchovou je stanoven soudní dohled.

Adam žije s otcem a 4 sourozenci (1999, 2001, 2003, 2006). U matky žije Adamova sestra (2008), u které probíhá soud o určení otcovství. Adamovi rodiče se rozvedli v r. 2008, všech 5 nezletilých dětí bylo svěřeno do péče otce. Matka děti navštěvuje jen velmi málo, nejeví o ně zájem. Otec se s dětmi z finančních důvodů často

stěhuje. Otec je dle OSPOD ve výchově nedůsledný, benevolentní, často na ně sice křičí, ale nebije je. Dle OSPOD je závislý na alkoholu. Rodině pomáhají pracovníci Charity (aktivizační služby, práce s dětmi a otcem). Adam má astma, jezdí na ozdravné pobyty. Má středně těžkou vadu řeči. Adam navštěvuje 1. třídu, 2. rokem, ZŠ. (neprospěl z Čj). Dle školy je tichý, spíše samotářský.

Z testových vyšetření:

Při vyšetření Adam spolupracuje bez výhrad. Zadání většinou napoprvé nechápe, což neřekne, ale ukáže se, když začne pracovat. Potřebuje opakovaně vysvětlit, nedává najevo nechuť. Pracovní tempo pomalé, patrné problémy v udržení pozornosti, je roztěkaný. Má tendence si ulevovat, aniž dá najevo nechuť pracovat, je třeba jej neustále kontrolovat a průběžně podporovat, aby pracoval, jinak úkol sabotuje.

Paměť i pozornost orientačně podprůměrná. Psaní i čtení velmi slabé. Vynechává písmena, píše je tak, jak je vyslovuje, s tím, že jeho výslovnost je špatná (r, ř, l, sykavky...). Intelekt v dolním pásmu průměru, nevyrovnaný. Susp. organicita. Nezralý chlapec, mentálně i fyzicky mladší než odpovídá reálnému věku. Kresby na úrovni předškolního věku. Nedostatečně členěné postavy – hlavonožci, uniformní. Nedostatečně se orientuje v realitě, nechápe požadavky, které jsou na něj kladeny a které často přesahují jeho schopnosti a kompetence. Díky svým nedostatečným mentálním schopnostem, ale i reálným překážkám v komunikaci (logopedické poruchy) není schopen s okolím dostatečně vyjednávat. Před nároky má spíše tendence uhýbat, nestaví se do přímého konfliktu, konfliktům se vyhýbá, potlačuje je, pokud to jen trochu lze, ale dělá si věci po svém bez schopnosti domýšlet důsledky. S motivací sycení aktuální potřeby a nedostatečně rozvinutou volní regulací. Problémy si nepřipouští, neprožívá je, na své jednání nemá dostatečný náhled. Emočně spíše optimisticky laděný, bezstarostný. Prožívání málo členěné, nekomplikované. V sociálním kontaktu bezradný. Sociální vazby spíše povrchní. Rodinné prostředí vnímá jako bezpečné, cítí se jako součást rodiny. Vztah k jednotlivým členům nespecifický, udržuje si spíše odstup.

Závěr, prognóza a doporučení:

Adam je uzavřený, nezralý chlapec s intelektem v dolním pásmu průměru. V důsledku nevyrovnaného a celkově zpožděného vývoje, jak fyzického, tak mentálního (+ logopedické vady), není schopný dostát požadavkům, které jsou na něj zvenčí kladeny, pak se zařídí po svém, tak jak aktuálně sám potřebuje a chce bez ohledu na důsledky. Důsledky není schopen předjímat.

Doporučuji návrat domů s tím, že je třeba vyjasnit si s Adamem pravidla tak, aby je pochopil a aby pro něj byla vyhovující, zohlednit jeho schopnost chápat a domýšlet: dávat spíše stručné, jasné pokyny, jasně a předem a důsledně vymezit případné sankce. Nevystavovat ho pocitu ohrožení, volit spíše mírný, ale důsledný postoj. Více viz program rozvoje osobnosti. Důrazně doporučuji vyšetření v PPP, popř. v SPC, kvůli přesné specifikaci poruch a stanovení možné individuální úpravy vzdělávání.

Vlastní pozorování – výchova

1 Projevy chování při prvním kontaktu s vychovatelem a s dětmi, fáze adaptace:

Chlapec si hůře zvykal na nové prostředí, stýskalo se mu, byl plačtivý. Neměl problémy s navazováním nových kontaktů a začleněním se do skupiny. Jeho chování v adaptační fázi téměř bezproblémové. K dětem se choval kamarádsky, ale občas se vyjadřoval vulgárně. Autoritu respektoval.

2 Fyziologická charakteristika, zvláštnosti, zdravotní omezení:

Adam je chlapec hubený, drobný, malého vzrůstu. Jeho vzhled neodpovídá chlapcovo věku (vypadá mladší). Jemná a hrubá motorika na horší úrovni - rozvíjet zájmovými aktivitami. Adam se léčí na astma, je medikován. Jeho onemocnění ho při žádných aktivitách neomezovalo (nezadýchával se, nekašlal...).

3 Hygienické a stravovací návyky, režimové záležitosti:

Je nutný dohled a stálá kontrola - hygiena, dodržování pořádku v osobních věcech. Při stravování bývá často znečištěn (oblečení, ruce, pusa). V jídle není vybíravý, často si přidával, přibral zde 3 kg. Dodržování základních pravidel DDÚ mu nedělá problémy, ale umí se i „zaseknout“, zejména, když není po jeho (vzteká se, uráží, nadává, brečí).

4 Zájmové činnosti – preference, příprava na vyučování, profesní orientace, vztah k pracovním činnostem, motivační prostředky (reakce výhody/nevýhody):

Adam rád sportuje, nejvíce se zapojuje do míčových her (fotbal, vybíjená, florbal). Při přípravě na vyučování se většinou vždy soustředil, daný úkol dokončil, záleželo mu na výsledku. Ve výtvarných pracích ho bavilo kreslit, vystřihávat, obkreslovat, vyrábět různé výtvary.

Při pracovních činnostech bývá lenivější, méně samostatný. Pochvala, drobná odměna mu udělá radost a motivuje jej.

5 Sociální interakce (k dospělým/k dětem) – postavení v kolektivu, zapojitelnost – abnormální projevy chování:

K dětem bývá obvykle přátelský, milý, ale dokáže být i impulzivní, vulgární.

V kolektivu je oblíbený. Rád bývá středem dění. Do činnosti se většinou vždy zapojil a byl snaživý, ale pokud ho určitá činnost neuspokojuje, bývá odmítavý, uráží se. Chlapec se zde dopustil vážného přestupku (utekl při společné vycházce) Adam vyžaduje pozornost dospělých, bývá rád opečováván, pokud něco neví, nebo se chce pochlubit výkresem, hračkou aj. vyhledá dospělého a má radost, když je o něho projeven zájem.

6 Kontakty s rodinou:

Chlapec o své rodině mluví často (vypráví zážitky, nejvíce vzpomíná na své sourozence) stýská se mu, pláče. Otec občas chlapcovi zavolal, posílal pohledy, dopisy, 2x balí-

ček. Matka chlapce nekontaktovala a ani on sám se o matce nezmiňuje.

7 Schopnosti, charakterové vlastnosti, respekt k autoritě kontextu skupiny:

Adam je milý, kamarádský, citlivý chlapec, ale značně zanedbaný. K dospělým se chová slušně, ale dokáže být i drzý, impulzivní, urážlivý, nespolupracující (když se mu něco nedaří, nebo není po jeho).

Vlastní pozorování – škola

Český jazyk:

Vzhledem k opakování 1. ročníku zná Adámek téměř všechna písmena abecedy, malá i velká. Čte většinou po slabikách, někdy přečte celé slovo najednou. Záleží na jeho soustředěnosti. Občas zaměňuje a – e. čte s porozuměním. Umí rozdělovat slova na slabiky, zvládá analýzu i syntézu slov. Písemný projev má spíše nedbalý, nedává si na psaní moc záležet. Hlavní důvod je, že vývoj jemné motoriky je značně opožděný, motorika je necvičená. Musí být často upomínán, aby psal pomaleji a pečlivěji. Písmo je neplynulé, neurovnané. Při psaní občas zaměňuje malé psací a – o.

Výslovnost je značně dyslalická, a ještě navíc zadržává, hlavně když je v nějakém napětí. Po obsahové stránce je slovní zásoba spíše na podprůměrné úrovni, občas nedokáže dobře formulovat své myšlenky.

Matematika:

Se zvládnutím učiva matematiky nemá Adámek zatím žádné problémy, opět vzhledem k opakování ročníku toho zná více, než se zatím probírá. Umí ukázat a pojmenovat geometrické tvary, vyjmenuje číselnou řadu do 20 a přečte číslice do 20. Ovládá sčítání a s jen občasnými chybami i odčítání v oboru do 20 bez přechodu přes desítku. Umí porovnávat velikost dvou čísel, rozkládat čísla, řešit příklady typu $2 + . = 5$, $4 - . = 2$ apod. Úprava v sešitech je však horší.

Ostatní předměty:

V hodinách prvouky pracoval aktivně, snaživě, nové učivo si osvojuje bez větších problémů. Dokáže pracovat samostatně. Nebaví ho vymalovávání obrázků, při této činnosti není pečlivý, čmárá, přetahuje a není nevytrvalý. Vývoj kresby je na nízké úrovni, jemná motorika není dostatečně rozvinutá.

Zájem o učení, motivace:

O učení projevoval Adámek v DDÚ přiměřený zájem, v hodinách byl aktivní, své úkoly si vždy plnil. Pracoval však rychle, občas zbrkle, nedbale, práci odbýval. Musel být častěji upozorňován, aby pracoval pomaleji a pečlivěji.

Chování ve škole:

Adámek respektuje autority, není drzý, nesetkal jsem se během pobytu s tím, že by odmítl. Výjimečně se urážel, když se mu něco nedařilo nebo se mu nechtělo něco dělat. V kolektivu třídy byl oblíbený, i když občas vyvolával konflikty tím, že provokoval nebo vulgárně, nenápadně nadával dětem. A bylo mu jedno, že byly starší. Bez přímého dozoru je živější, divočejší, občas nerespektuje pokyny dospělého.

Myšlení, paměť, pozornost, vůle:

Myšlení je vcelku samostatné, v hodinách nebývala nutná výraznější dopomoc. Zapamatovává si pomaleji, s částečnými obtížemi. Paměť je mechanická. Pozornost bývá rozptýlená, zatím se soustředí na práci kratší dobu. U činností, které ho zaujmou, však dokáže být vytrvalý. Dokáže pracovat v klidu, nevyrušuje v hodinách.

Prognóza, doporučení:

Adámek je velmi milý chlapec, ale po vzdělávací stránce zanedbaný. Vzhledem k opakování 1. ročníku dosud probírané učivo zvládá zcela bez problémů. Je potřebné zaměřit se více na procvičování jemné motoriky a hlavně vést chlapce k větší pečlivosti. Dále je nezbytně nutné, aby chlapec začal navštěvovat logopedii. Adámek je schopen zvládat učivo základní školy, ale musí do školy pravidelně docházet a hlavně se pravidelně na školní vyučování doma připravovat. Podle mého názoru toto však bohužel nebude schopen otec zajistit a Adámek bude mít v budoucnu problémy se zvládnutím učiva. Bylo by dobré, kdyby se Adámkovi škola, kam dochází, vzhledem k rodinné situaci více, individuálně věnovala a pomáhala mu.

Doporučení v oblasti rozvoje zájmů a výchovného působení:

Nastavení jasných a srozumitelných pravidel, jejich dodržování. Klidný, citlivý a trpělivý přístup. Vhodné využití volnočasových aktivit (např. zapojení do sportovního kroužku, výtvarného kroužku). Motivace ke školní práci. Pravidelné návštěvy logopeda.

PROGRAM ROZVOJE OSOBNOSTI:

- pobyt chlapce v zařízení neprezentujte jako stigma, ale oceňte zvládnutí celého pobytu
- po návratu domů si vytvořte nová, funkční pravidla soužití pro všechny (např. časové rozdělení dne – čas na hru, školu, povinnosti, spánek, stanovte přiměřené časy návratů z venku...)
- buďte vytrvalý a důsledný při vedení chlapce, trvejte na dodržování pravidel, jejich akceptaci nevnímejte jako samozřejmost, ale vyzdvihněte s uznáním, pochvalou, neboť chlapec jejich dodržování stojí nemalé úsilí
- negativní projevy taktně usměrňujte, vysvětľujte, poučujte, kárejte – ale bez křiku, bez nadávek, či snižování chlapcovy osoby (konkrétně – vadí mi, když neuklízíš hračky, nadáváš dětem, přijdeš pozdě) – chlapec napodobuje vaše chování!

- podporujte v rodině dobrou náladu, pohodu, klidnou a vstřícnou atmosféru, poskytněte bezpečné zázemí
- namísto trestů nechte chlapce prožít přirozené a logické důsledky (omluva, oprava, úklid, náhrada, odložení oblíbené činnosti pro nedostatek časového prostoru apod.), přizvěte chlapce ke spoluúčasti na řešení situace a nápravě (co teď s tím...), poskytněte možnost volby (uklidíš to sám, nebo ti mám pomoci, napišeš si nejprve úkol z matematiky nebo ze psaní...)
- systematicky vytvářejte, upevňujte, kultivujte a automatizujte základní návyky z oblasti sebeobsluhy, hygieny, školní přípravy, pravidel společenského a slušného chování (vhodné pozitivní vzory)
- ved'te chlapce k předjímání nevhodného chování (co by se mohlo stát), apelujte po prohřešku na svědomí (měl by pociťovat přiměřené pocity viny, studu po prohřešku)
- posilujte volní vlastnosti jako samostatnost, vytrvalost, cílevědomost, schopnost překonávat překážky, poskytněte chlapci empatickou podporu při neúspěchu, popř. dopomoc, přesto trvejte na dokončení pokynu
- podporujte rozvoj zdravého sebevědomí a sebepojetí chlapce činnostmi, při kterých zažije pocit úspěchu, hrozí vážné riziko totální demotivovatelnosti k čemukoliv, z důvodu úzkostného prožívání na podkladě dlouhodobé školní neúspěšnosti, sociální odlišnosti s následnou negativní projekcí do sociální roviny
- podporujte jakoukoliv pozitivní vlastní iniciativu, aktivitu a ochotu k činnosti
- umožňujte chlapci pestré mimoškolní vyžití – jsou nejlepší prevencí sociálně patologických jevů
- motivujte ke školní práci, aktivně, dlouhodobě, pravidelně chlapce podporujte při domácí přípravě, buďte mu oporou, rádcem, stále na blízku – potřebuje vedení
- taktně ovlivňujte výběr vrstevnických vzorů, pokud možno, eliminujte kontakty se staršími dětmi, mějte přehled o způsobech a místě trávení volného času chlapce – tzn. Zintenzivněte dohled nad chlapcem
- zajistěte vyšetření v Pedagogicko-psychologické poradně pro nerovnoměrný vývoj, možnost vypracování IVP a zajištění intenzivnější podpory ve vzdělávání
- zajistěte docházku do logopedické poradny

Závěr, prognóza, doporučení:

Adámek absolvoval diagnostický pobyt v zařízení s pozitivním posunem žádoucím směrem (zejména v oblasti školních, hygienických, sebeobslužných návyků, komunikace s dospělými osobami, zvládání pro chlapce náročných situací...). Občasné výkyvy v chování – zafixované nežádoucí stereotypy (nerespektování pokynů, vulgarita a agresivita k dětem, útěk od skupiny, lhaní) byly řešeny běžnými postupy (domluva, pokárání, apelování na svědomí, omluva, odnětí výhody) a postupem času docházelo k jejich zmírnění (co do četnosti i intenzity projevů).

Z výchovných metod se osvědčila metoda tvarování, tj. oceňování (uznání, pozitivní zpětná vazba, pozitivní přirozené důsledky, vstřícné gesto, smajlík, drobná odměna) ihned i po malém, dílčím úspěchu, s pomalým zvyšováním kladených nároků a formováním žádoucím směrem (a následným oceňování po náhodně dlouhé době). Dále vyslovení důvěry v chlapcovy schopnosti, povzbuzování, empatická reakce při neúspěchu, opakované poskytnutí informací o zvyklostech, důsledcích, postupech, zbývajícím čase atd., s podáním srozumitelných argumentů oprávněnosti požadavku. Vhodné je předcházení negativním emocím (předvídatelností a srozumitelností situací) a v případě jejich vzniku umožnění jejich odeznění, bez okolního „publika“ a gradování situace, zároveň s poskytnutím bezpečného prostředí, empatické reakce a dopomoci při zvládání negativní emoce. Konkrétní řešení nesprávného chování s dopadem přirozených důsledků je Adámek následně schopen přijmout, je-li mu podáno přiměřeně a srozumitelně, bez negativního podtextu a s jistotou trvání vzájemného vztahu. Diagnostický pobyt potvrdil, že ve stabilním, přehledném, podnětově a emočně kvalitně stimulujícím prostředí chlapec velmi dobře prosperuje, dochází k odklonu od nežádoucích projevů. Je však nutný trvalý dohled nad chlapcem, formativní a pro chlapce srozumitelné vedení. Pro jeho další žádoucí osobnostní rozvoj je pak v rodinném prostředí nutná změna v přístupu a v pravidlech, s bezpodmínečným vytvořením emočně pozitivního a bezpečného klimatu. V opačném případě je vývoj chlapce ohrožen další fixací nežádoucích strategií, disharmonickým vývojem osobnosti a prohlubováním a nárůstem výchovných obtíží s eskalací, v souvislosti s negativním postojem ke škole (na podkladě školní neúspěšnosti) a s nastupující prepubertou. Bližší

doporučení k výchově a vzdělávání chlapce viz Program rozvoje. Pozn: Po celou dobu pobytu chlapec netrpěl žádnými dýchacími obtížemi, při pravidelném užívání medikace, nebylo nutné ani jednou užít medikaci k řešení akutních astmatických stavů (tzv. foukačky), naprosto spolehlivě ji nosil v kapsičce na krku.

3. případová studie

Jméno dítěte: Jiří

Datum a místo narození: 1999

Přijat dne: 2012

Důvod přijetí: stupňující se výchovné problémy, agresivita, diagnostikováno ADHD

Rodinná anamnéza

Nezletilí Jiří žije se svou matkou, bratrem a polorodou sestrou na adrese přechodného pobytu v bytě o velikosti 2+1, jedná se o nájemní byt. Nájemní smlouvu k bytu má uzavřenou bratr matky, který zde také žije. Vybavení bytu je standardní, domácnost je vedena v pořádku. Děti mají k dispozici větší pokoj, druhý pokoj obývá bratr matky, ostatní prostory jsou společné. Rodiče chlapce jsou rozvedeni, po rozvodu byl Jiří společně se svým bratrem svěřen do výchovy matky a otcí bylo stanoveno výživné. Z důvodu neplnění vyživovací povinnosti vydán výkon rozhodnutí. Sestra Klára byla po rozvodu rodičů svěřena do výchovy matky. Jiří po rozvodu rodičů je vychováván v původním rodinném prostředí. Matka je nezaměstnaná, otec chlapce

je také bez zaměstnání, o chlapce se zajímá minimálně.

Osobní anamnéza

Jiří se narodil ve 40. týdnu těhotenství císařským řezem, poporodní adaptace dobrá. Porodní hmotnost činila 3050 g, délka 49 cm. V dětství prodělal jen běžná onemocnění a úrazy. Jiří je v péči pedopsychiatra, je psychiatricky medikován. Jiří byl hospitalizován v DPL Opařany, tento pobyt byl však předčasně ukončen na žádost matky.

Jiří před nástupem do DDÚ Homole navštěvoval 7. ročník ZŠ. Povinnou školní docházku plní 7. rokem. Dle vyjádření školy se jedná o žáka, který byl živý, měl však problém s navazováním přátelských vztahů, nevhodným způsobem si vynucoval pozornost (vykřikování, pobíhání po třídě, nevhodné komentáře), ničil cizí věci, slovně a fyzicky napadal spolužáky. Dle vyjádření školy nedomýšlel důsledky svého jednání (zapalování spreje, ohrožování petardami). Projevoval radost, pokud se mu něco povedlo. V kontaktu s vyučujícími mimo školu se choval slušně, sám od sebe zdravil, navazoval hovor slušnou formou. Matka do školy docházela pouze v případě problému nebo na vyzvání, při jednání projevovala svůj ne-gativní vztah k synovi.

Roku 2012 vydal Okresní soud Usnesení o předběžném opatření, kterým se Jiří umístil do DDÚ. Důvodem návrhu na nařízení předběžného opatření byly stále se stupňující výchovné problémy chlapce. V odůvodnění usnesení je dále uvedeno, že Jiří je dlouhodobě výchovně nezvladatelný, nerespektuje žádnou autoritu, v nedávné době se u něho projevilo sebepoškozování, ke svým vrstevníkům se často chová agresivně. Matka výchovu chlapce již nezvládá, otec k jeho nápravě zaujímá pasivní postoj. Rozsudek o nařízení ústavní výchovy není pravomocný ani vykonatelný. Z výše uvedených důvodů nařídil Okresní soud výše uvedené předběžné opatření.

Psychodiagnostická zpráva

Psychologické vyšetření podstoupil při výuce v DDÚ. Kontakt navazuje rychle, snaží se působit lepším dojmem, chování je místy přehrávané, afektované s prvky

samolibosti. Somaticky bez viditelných vad, běžné postavy, bez znaků obezity. Kosterní soustava a svalstvo přiměřeně vyvinuté, vizus odpovídající chronologickému věku. Pokožka na viditelných částech těla suchá, čistá, bez poranění. Vlasy světlé barvy, vcelku upravené, mírně umaštěné, zastřižené. Nehty na rukou zastřižené, neokousané, bez nečistot pod nehty. Oblečení čisté, moderní a praktické, bez abnormalit. Má solidní slovní zásobu, pojmy si vybavuje adekvátně. U méně používaných slov nezná význam, občas zaváhá při hledání správného výrazu. V projevu se vyskytují hovorová slova, což bere jako normu, větná skladba adekvátní mentálnímu věku a vzdělání, občas monotónní, občas používá větná spojení neadekvátní obsahu, bohatá intonace. Běžné životní situace vnímá vcelku reálně, rovněž tak je verbalizuje a vysvětluje. Řeč je dobře slyšitelná, a to i při konfrontačních dotazech, bez zjevných vad výslovnosti či koktání. Slovní projev odpovídá nižšímu chronologickému věku. Myšlení je vágní, mírně stereotypní, částečně ulpínavé. Pozornost méně koncentrovaná a stabilní, vyžaduje neustálou motivaci při získávání dat ve zkoumané problematice, projev navenek ucelený se špatnou vnitřní strukturou, nesourodý, anomální. Obecně pracuje samostatně, nelze však hovořit o samostatnosti či osobní aktivitě, úkoly vnímá tak, že je třeba to udělat, o výsledky se nezajímá. Udržet linii rozhovoru mu nečiní potíže, neodbíhá. Paměť klinicky nenarušena, pamatuje si dotazy, odpovídá shodně i na kontrolní otázky na závěr vyšetření. Mnesticke komponenty, však nejsou trénované, bez chorobných znaků, je místně i časově orientovaný. Instrukce k psychodiagnostickým metodám chápe dobře, vyžaduje povysvětlení.

Rozumové schopnosti celkově resp. aktuální intelektový výkon vykazuje pásmo průměr, s převahou praktického nadání. Nemá těžkosti s pochopením složitějších souvislostí, získané školní vědomosti, tedy informace, jsou adekvátní věku, drobnými mezerami. Analýza a syntéza myšlení je průměrně rozvinutá. Průměrně rozvinutá je i schopnost matematického myšlení. Slabších výkonů pak dosahuje v oblasti porozumění. Pracovní tempo je pomalejší, hůře se soustředí po delší časový úsek, kolísavá pozornost. Osobnost je extravertně temperamentově zaměřená, emočně nezralá, jednoduše strukturovaná, tendující k sebestřednosti, vznětlivosti s prvky nevychovanosti a nedostatkem sebevlády. Vyhovuje mu vlastní sebepojetí, je značně reaktivní, reagující na sebemenší podněty z okolí. Patrná je nižší odolnost vůči zátěži a emocionální

nestálost. Zvýrazněná je i psychastenická složka s nutkavostí v jednání a nízkou schopností sebekontroly. Proband zažívá častěji pocit ustrašenosti, nejistoty na než reaguje útokem, agresivně, manipulačně, čímž si vytváří značný odstup od skupiny, ve které však chce být uznávaným členem. Oslaben je volní subsystém řízení. Integrace osobnosti v zátěži je oslabena, reaguje agresivně až hostilně. Rád si přizpůsobuje pravidla a méně jich dbá. Je velmi těžko názorově ovlivnitelný, kde před autoritou navenek souhlasí, avšak své postoje nemění, okolí jej příliš nevyvádí z rovnováhy, řídí se svým sebepojetím. V budoucnu není možné vyloučit obsedantně – kompulzivní projevy histriónské osobnosti, poruchu přizpůsobení.

Doporučení:

Aktivně posilovat kvalitní hodnotovou orientaci, aktivně potlačovat resp. nepřipustit manipulativní chování probanda, dotahovat věci do konce. Možnost nácviku relaxačních technik, doporučuji DDŠ.

Vlastní pozorování – výchova

1. Projevy chování při prvním kontaktu s vychovatelem a s dětmi, fáze adaptace:

Jelikož Jirka sem přišel již podruhé, celé prostředí velmi dobře znal a rychle se adaptoval. Přišel však naprosto stejný, bez pozitivní změny v chování, hádavý, rozkřičený, skákající do řeči dětem i dospělým a co nejvíc - užalovaný. Tato jeho vlastnost ho od prvního dne postavila do velmi nelichotivého světla a valnou většinu dětí si tak postavil proti sobě. K vychovatelům byl opět úlisný, při neakceptování jeho osobních podmínek také drzý a hádavý. Na skupině proběhla adaptace bez problémů. Ty nastaly, jak jsem výše uvedl, až při bližším obeznámení se Jirky se situací, kdy využil své chuti sdělovat jakékoli informace o dětech po svém.

2.Fyziologická charakteristika, zvláštnosti, zdravotní omezení:

Vzhledem ke svému věku je Jirka přiměřené výšky, pohybově slušně vybavený, fyzickou zátěž dovede zvládat obstojně, je však jako ostatně většina jeho vrstevníků, velmi líný.

3.Hygienické a stravovací návyky, režimové záležitosti:

Hygienu je nutné u Jirky velmi často kontrolovat, stává se, že nemá chuť důsledně vše vykonávat a při odhalení dovede razantně obhajovat svůj poklesek takovým způsobem, že se zdá, že vše provedl správně a spíše se mýlí pedagogický pracovník, ač vše na vlastní oči viděl jinak. Režimové záležitosti plní Jirka dle momentální nálady.

4.Zájmové činnosti-preference, příprava na vyučování, profesní orientace, vztah k pracovním činnostem, motivační prostředky (reakce výhody/nevýhody):

Zvláštním Jirkovo koníčkem je naslouchání rozhovorů dětí a dospělých a následně po patřičné "úpravě" toto prezentuje po svém a velmi si libuje, jak ostatním zavařil. Následky na sebe nenechají dlouho čekat a celý tento kolotoč se roztáčí čím dál víc. Pokud bych měl hovořit o dalších jeho aktivitách, dovede velmi dobře pracovat při individuální výtvarné a pracovní činnosti, má rád hry na PC. Celkově budí dojem, že jej zajímá takřka vše, je to však pouze povrchní a naoko. Motivace pro Jirku je důležitá pouze v krátkodobém horizontu, jinak se mívá účinkem.

5.Sociální interakce (k dospělým/dětem) - postavení v kolektivu, zapojitelnost - abnormální projevy chování:

Jirka má konfliktní povahu jsem již zevrubně popsal, z čehož vyplývá, že Jirka bude v dětském kolektivu vždy fungovat jako informátor a následný otloukánek, velmi si libující ve stínů nejvíce negativních vzorů skupiny, od kterých rád přejímá jejich vzorce chování. Zmizí-li mu tento vzor, jeho chování se okamžitě mění a opět se přizpůsobuje

velmi efektivně nastalé situaci.

6.Schopnosti, charakterové vlastnosti, respekt k autoritě v kontextu skupiny:

Jirkovo charakter je velmi pokřivený a on sám nemá zájem cokoli zde měnit. Jeho neustálé se utvrzování lživými argumenty, že toto je to pravé a neměnné, ho skálopevně přesvědčuje o tom, že všichni okolo mu ubližují a nemají k tomu žádný důvod. Autoritu vychovatele a ostatních pedagogických pracovníků respektuje pouze někdy, spíše zapáleně diskutuje a následně ztrácí hranice svého chování. Bude-li se tento jeho rys prohlubovat, čekají Jirku opravdu nezáviděníhodné problémy.

Vlastní pozorování – škola

Český jazyk:

S látkou českého jazyka má Jirka občasné problémy. Menší nedostatky má v pravopisu. Občas chybuje ve vyjmenovaných slovech, koncovekách podstatných jmen, v pravopise přídavných jmen a shodě přísudku s podmětem, i s několikanásobným. K chybám dochází i přes to, že teoreticky pravidla pravopisu ovládá. Teoretické znalosti o českém jazyce jsou také průměrné. V textu umí nalézt základní slovní druhy. V určování jejich gramatických kategoriích už chybuje. Nemá problém s učivem o zájmenech a číslovkách. Problematiku základních a rozvíjejících větných členů má osvojenou pouze částečně. K tomu, aby dosahoval dobrých výsledků, je třeba neustálé zapojení do práce a stálé opakování již probrané látky. V hodinách slohu bylo zřejmé, že Jirka má dobrou slovní zásobu a zadání slohových prací dokázal splnit. Čtení je plynulé, přiměřeně rychlé, téměř bezchybné. Čte s porozuměním, občas nerespektuje interpunkční znaménka v textu. Slovní zásoba je na slušné úrovni, Jirka se vyjadřuje plynule, celkem výstižně, ve slovních projevech je velmi pohotový.

Matematika:

V matematice přetrvávají částečné nedostatky z předešlých ročníků. Základní početní výkony má osvojeny. Nemá bezpečně zvládnuto počítání s desetinnými čísly. Sčítání a odčítání desetinných čísel zvládá, ne už násobení a dělení. Násobení a dělení 10, 100 a 1000 ovládá. Chyby se objevovaly i v příkladech na převody jednotek. Pojem zlomku Jirka chápe, ovládá s občasnými chybami rozšiřování a krácení zlomků, i sčítání a odčítání zlomků se stejným i různým jmenovatelem. Po krátkém opakování postupu pro násobení a dělení zlomků počítá tyto příklady úspěšně, ale jen ty jednodušší. Ke konci pobytu začal probírat učivo o celých číslech. S jeho pochopením neměl zatím po tíže.

Ostatní předměty:

V ostatních předmětech Jirka nebyval moc aktivní, nedokázal se při hodinách déle soustředit. V naukových předmětech jako zeměpis, dějepis atd. si opisoval poznámky do sešitu bez většího porozumění a chuti si je pamětně osvojit. V anglickém jazyce má značné nedostatky, slovní zásoba je malá. Dokázal pracovat jen při přímém vedení.

Zájem o učení, motivace:

Jirka vcelku projevoval zájem o učení, aktivita, chuť a zaujetí bylo závislé na jeho momentální náladě. Dokázal být pracovitý, pečlivý, vytrvalý, ale i naopak nesoustředěný, lenivý a práci odbýval. Někdy stačilo povzbuzení, pochvala, individuální přístup a navázání kontaktu, jindy byl zcela nepřístupný jakékoliv domluvě

Chování ve škole:

Jirka po svém nástupu nezapadl do třídního kolektivu mezi ostatní děti. Svým chováním ostatní děti neustále provokoval, choval se k nim nevhodně. Ty mu toto

oplácely a docházelo tak mezi Jirkou a ostatními k častým slovním i fyzickým útokům, jak při vyučování, tak i o přestávkách. Z těchto důvodů byl Jirka přeřazen do třídy s menšími dětmi. Zde došlo k velkému uklidnění situace, přesto občas narušoval vyučování svými komentáři, připomínkami, vykřikováním. Musel mít vždy poslední slovo, a když se „rozjel“, nedbal na domluvy, vysvětlování, vůbec nevnímal, co se mu říká, zklidnil se až pod pohružkou výchovného opatření.

Myšlení, paměť, pozornost, vůle:

Nové učivo si Jirka osvojuje pomaleji, s částečnými obtížemi. Zapamatování je krátkodobější. Je nutné častější opakování a procvičování již probraného učiva. Jirka má velké výkyvy v soustředěnosti na práci a s udržením pozornosti. Ta je velmi často rozptýlená. Seběmenší okolní podnět ho odpoutá od práce, nedokáže se na práci dlouhodoběji soustředit. V hodinách však dokáže být i pohotový, bystrý, dobře chápat souvislosti. Pracovní tempo má pomalejší a nerovnoměrné. V hodinách je velmi neklidný, nevydrží v klidu sedět a pracovat. Chybí mu větší vůle k dosažení úspěchu.

Prognóza, doporučení:

U Jirky došlo od minulého pobytu k výraznému zhoršení jeho chování. Jirka je hyperaktivní, neukázněný, impulzivní, hlučný, chce poutat pozornost. Často nekontroluje projevy svého chování, má problémy s respektováním pokynů. Při jednání s ním je nutná trpělivost, je třeba mu neustupovat, nediskutovat s ním o pokynech, a důsledně na něm vyžadovat plnění úkolů. Musí být pod neustálým dohledem dospělého, jinak se dostává do velkých konfliktů se svými vrstevníky. Vzhledem k nařízené ústavní výchově mám obavy, že Jirka ztratil motivaci a nechá se strhnout problémovými kamarády např. k útěku. Bude záležet na tom, jaký zájem o chlapce bude nadále projevovat jeho matka. Ve škole je třeba přihlížet k ADHD. Jirka by nemusel mít při pravidelné přípravě na vyučování a při individuálním přístupu problémy se zvládnutím učiva základní školy, i když s podprůměrnými výsledky.

Doporučení v oblasti rozvoje zájmů a výchovného působení:

Pro Jirku důležitý reedukační program na zmírňování a zamezování jeho negativních projevů chování, což bude zajisté při jeho povaze a chuti něco měnit, velmi těžký úkol. Individuální přístup, práce v menším kolektivu a zajištění dostatku volno časových aktivit, aby bylo možné předejít následnému sklouzávání k závadovému chování.

PROGRAM ROZVOJE OSOBNOSTI :

Vzdělávání, škola:

- Jasně určení jednoduchých/jednoznačných hranic a pravidel chování, provozních a vzdělávacích požadavků.
- Vypracovat individuální vzdělávací plán. Výuku soustřeďovat na smysluplné a praktické znalosti a dovednosti. Individuálně se mu věnovat. (SPU)
- Mít pochopení pro jeho osobnostní obtíže (ADHD, poruchy chování) a profesionálně je eliminovat.
- Střídat a fázovat činnosti (udržení pozornosti a výkonnosti). Zpětnou vazbou udržovat kontakt a pochopení informací.
- Průběžně motivovat a podporovat při výuce (pochvala, uznání a ocenění).
- Zařazovat řízené skupinové relaxační přestávky a chvilky.
- Zajistit pro chlapce pozitivně podnětné trávení přestávky, nejlépe s pedagogickým dohledem.
- Pomocí skupinového aktivního sociálního učení nacvičovat vhodné formy řešení konfliktů a problémových situací. Zvyšovat prosociální dovednosti a sociální adaptabilitu.
- Na postu učitele zaujmout pozici profesionální autority, která citlivě a cíleně reaguje nebo nereaguje (veřejné žalování) na projevy chlapce. Konstruktivně vysvětlit, co se žádá a očekává. Případně nabídnout alternativy reálných/přirozených následků např. omluva, oprava, náhrada škody, další úkol, doučování, přezkoušení. Jako výchovná autorita být efektivně důsledný.

Výchova, rodinná skupina:

- Vytvořit výchovné klima zaměřené na zdravý životní styl s pravidelným režimem, schopnostem přiměřený a taktický výchovný přístup s individuálním pochopením a pozitivními podněty pro zdravou seberealizaci.
- Jasně stanovení jednoduchých/jednoznačných hranic a pravidel, žádaných vzorů chování a důsledků.
- Vlídňe ho přijmout a mít pochopení pro jeho obtíže. Navázat s ním kvalitní pozitivní vztah.
- Projevovat zájem o to, co dělá, prožívá, cítí. Vytvořit prostor a čas, aby bylo možné si popovídat a svěřit se (nenechat se zmanipulovat přesvědčivými fabulacemi – ověřovat si, neřešit neprokázané).
- Taktický, laskavě důsledný, cílený výchovný přístup se zaměřením především na chlapcova pozitiva (slušně komunikující, ochotný, aktivní).
- Dohodnout krátkodobé reálné cíle a zvolit vhodné prostředky k jejich dosažení.
- Podněcovat osobnostní vývoj, především sociální dovednosti (etiketa společenského chování), hodnotové postoje a společenské morální zásady (etika společnosti), pocit osobní zodpovědnosti za vlastní činy.
- Průběžně motivovat k žádané aktivitě. Podnítit správné jednání pochvalou, uznáním a oceněním (výhody).
- Všimnout si přísunu a vhodnosti osobních věcí, dohlédnout a efektivně kontrolovat plnění vhodně zadaných povinností, hygieny a pořádku.
- Dohlédnout na přípravu do školy a pravidelně spolupracovat se školou. Rozmlouvat o školních prožitcích a výsledcích vzdělávání.
- Nadále pravidelně spolupracovat s pedopsychiatrem a konzultovat s ním postupy a úspěšnost realizovaných opatření. Navrhuji upravit medikaci (chlapec vyspívá a je příliš reaktivní).
- Pomocí aktivního sociálního učení nacvičovat v rodinném kruhu vhodné formy řešení konfliktů a problémů (individuální i skupinová terapie).
- Nabízet, rozvíjet a podporovat zájmové aktivity (pohybové, rukodělné - modelář, pracovní), kde bude pozitivně stimulován a kde může uplatnit a uspokojit svou touhu po

seberealizaci, uznání a pozornosti druhých.

- V rodině podporovat všeobecný rozhled, získávání vědomostí a informací (encyklopedie, veřejné sdělovací prostředky, internet, četba knih a časopisů).
- V případě chlapcova selhávání zajistit přiměřené poznání - prožití přirozených následků svých činů (omluva, oprava, náhrada škody, příspěvek apod.), případně stanovený sankční trest (po dohodě pravidel). Udělovat krátkodobá výchovná opatření, která je možné dodržet a efektivně kontrolovat.

Závěr, prognóza, doporučení:

Závěrem lze říci, že Jirka má, kromě diagnostikovaného syndromu ADHD, problémy se přizpůsobit daným podmínkám (maladaptivní chování), adekvátně se chovat (poruchy chování – nerespektování, podvody, lhaní, nevhodné experimenty, drobné krádeže, kouření cigaret) a kooperovat v kolektivu, neboť na sebe upozorňuje, sebeprosazuje se, provokuje ostatní, vyvolává konflikty a pak žaluje. Rychle se tak dostává do značné neoblíbenosti a vyčlenění, načež opět neadekvátně reaguje (provokace, naschvály, intriky, ataky, sebetřýznění). Jde o disharmonicky se vyvíjejícího jedince. Pochopení a přijetí hledá Jirka u matky, ta však není momentálně schopna bezpodmínečně Jirku milovat a láskyplně ho přijmout.

Matka Jirky se cítí již vyčerpaná z péče o syna. Domnívá se, že momentálně není schopna výchovu Jirky zvládnout a rozhodla se předat ho do ústavní péče. OSPOD rozhodnutí matky respektoval a s návrhem na nařízení ústavní péče souhlasil. Jirkovi byla v r. 2011 nařízena ústavní výchova. Vzhledem k tomu, že péče o chlapce vyžaduje stálé vedení a kontrolu, odpovídá ústavnímu zařazení do dětského domova se školou. Jako nejvhodnější se jeví umístění do DDŠ. Lze předpokládat, že v tomto novém, moderním a koedukovaném ústavním zařízení, které je v přijatelné vzdálenosti od místa bydliště rodiny chlapce, bude o Jirku náležitě postaráno a může zde prosperovat. OSPOD i paní, neměly k návrhu umístit Jirku do DDŠ.

8.4 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo popsat metody vzdělávání dětí s ADHD. Dále pak bylo cílem na vybraných vzorcích dětí nastínit práci speciálních pedagogů, jejich práci při reedukaci dětí s SPU ovlivněné syndromem ADHD. Práce je zaměřena na děti umístěné v DDÚ Homole.

Případová studie č. 1 Martin

Současný stav :

Martin po ukončení pobytu se vrátil do DD. V PPP mu byl vypracován IVP, dle kterého se v současné době vzdělává. Motivace ke vzdělávání i přes individuální přístup s dostatečnou přípravou je stále nízká. Velký vliv má zde i velmi zanedbaná výchova. Nastavování jasných pravidel u chlapce s poruchami chování v pubertálním věku (13 let) je velmi obtížné. Spolupráce rodiny – prarodičů v současné době je spíše sporadická. Martin i nadále inklinuje k problémovým jedincům a odmítá spolupráci. v nejbližší době se jeví jako jediné řešení umístit chlapce do DDS, kvůli narůstajícím problémům v chování.

Případová studie č. 2 Adam

Současný stav :

Adam se po ukončení pobytu vrátil domů k otci, otec navštívil s chlapcem PPP, kde byl Adamovi vypracován IVP . V ZŠ má jí k Adamovi laskavý a trpělivý přístup , kladně hodnotí jeho posun po pobytu v DDÚ. Otec bohužel nezvládá rodinnou situaci a chlapci se náležitě nevěnuje. V DDÚ, se potvrdilo, že chlapec pokud má vytvořené

dobré prostředí s pravidly, emočně stabilní tak dokáže prosperovat a spolupracovat. U chlapce dochází k snižování sebedůvěry, v rodině panuje napjatá atmosféra z důvodů špatného finančního zabezpečení, otec opět nepracuje. V DDÚ bylo doporučeno navštívit logopedickou poradnu, otec tuto povinnost nesplnil. V současné době je chlapec silně demotivovaný, má pocity viny z neúspěchu. Často nechodí do školy, otec ho omlouvá tím, že je „nemocný“. Volný čas tráví „poflakováním“ venku. Je velmi pravděpodobné, že chlapec bude umístěn do DD.

Případová studie č. 3 - Jirka

Současný stav :

Jirka byl po ukončení pobytu přemístěn do DDŠ. Chlapec se vzdělává dle IVP, má dohled a profesionální přístup speciálních pedagogů. Jeho chování se však nezměnilo, matka i když nemá do zařízení daleko chlapce vůbec nenavštěvuje a ani o něj nemá zájem. Neustále u ní přetrvává negativní postoj k synovi. Byly jí nabídnuty individuální terapie – nezúčastnila se. Pocity u chlapce – všichni mi ubližují a všichni jsou proti mně, i nadále se chová manipulativně a s přesvědčivostí lže. Stav chlapce je neměnný, naprosto chybí motivace, má velmi negativní postoj k jakékoliv změně k „lepšímu“. Neustále provokuje ostatní děti a nevhodně se sebeprosazuje, má velké problémy v kolektivu.

V DDÚ Homole jsem prováděl pozorování a ověřoval si hypotézy, které jsem stanovil

H1- „Při správném výběru výukových metod a vhodnému přístupu k žákům, dochází k efektivnímu učení s ohledem na možnosti žáka.

H2-„ Úspěšná reedukace SPU významně posiluje sebevědomí žáka.“

H3 -, Správný postup při výchově a vzdělávání dokáže zmírnit projevy ADHD.“

Na základě interpretace výsledků a použitých metod lze konstatovat, že hypotézy se potvrdily.

Závěr

Děti s ADHD a se SPU jsou součástí naší populace. Potřebují včasnou diagnostiku a správnou péči. Děti jsou sociálně méně vyzrálé a to vede také k jejich neadekvátnímu chování v sociálních situacích. Problémy s vyjadřováním se odrážejí v komunikačních schopnostech. Dalším problémem emocionálního vývoje jsou časté deprese. Pokud se u dětí objeví nedostatek sociálních dovedností může to vést ke vzniku depresí. V tomto případě je důležitá profesionální pomoc, která je zaměřena na sociální dovednosti dítěte.

Pro speciálního pedagoga je nezbytné, aby pochopil podstatu poruchy chování, z hlediska reedukace, uměl je diagnostikovat a cíleně připravit postupnou a úspěšnou integraci těchto jedinců.

Rodič dítěte se stává současně i jeho učitelem. Rodinná atmosféra by měla být prostoupena duchem podpory a spolupráce. Je důležité, aby rodič s dítětem mluvil o problémech, vysvětlil mu, že přesto, že se snaží, jsou některé věci pro něj velice obtížné. Problém také spočívá v tom, že v rodinách s takovým dítětem dochází k chronickému vyčerpání zejména matek, často končícím až jejím psychickým vyčerpáním. Často to souvisí s pocitem bezmoci a viny za chování svého dítěte. Necitlivý přístup rodičů může se projevit u dítěte stažením do sebe, nebo naopak agresivitou.

Rozvoj sebeúcty má velký význam pro budoucnost dítěte. Vybudovat ji mohou pomoci dítěti právě jeho rodiče, pokud přijmou přednosti dítěte, naučí dítě chválit sebe samo, pomoci mu hodnotit jeho výsledky realisticky.

Dítě potřebuje mít pocit, že někam patří, že je milováno a mít stanovené dosažitelné cíle. Podpora a povzbuzení od rodiny a učitelů vedou děti s pomáhají dětem v reedukaci a v orientaci v sociálním chování. Výchova dítěte s ADHD je proces náročný, dlouhodobý, vyžaduje více času, více péče, více trpělivosti a optimismu rodičů, ale úsilí jí věnované se vyplatí.

Speciální pedagogové v DDÚ pracují se širokým spektrem dětí, protože jsou zde přijímány děti z různých důvodů. Do ústavu se děti často dostanou již „pozdě“, kdy

jsou jejich poruchy „rozvinuté“. To dokládá chybu v systému péče o dítě – chybí včasná intervence, depistáž, následná podpora. V ústavu pracují speciální pedagogové s dětmi s různými předpoklady, z různých sociálních vrstev, proto je velmi důležité reflektovat na každé dítě specificky a zohledňovat jeho životní situaci. Důvody pro umístění sahají hluboko do rodin dětí a doba, diagnostický pobyt v délce osmi týdnů nemůže i přes velkou snahu profesionálů problémy efektivně dlouhodobě do budoucnosti změnit. Je velmi důležitá spolupráce rodiny. Dítě se po ukončení pobytu vrací do původního prostředí, kde se bohužel mu málokdy dostane následné péče. I když děti v DDÚ, kterým jsou ukazovány hodnoty a režim nebudou mít motivaci v původním rodinném prostředí není v jejich silách vyrovnat se s problémy.

Pro děti, které trpí syndromem ADHD a SPU je důležité „pochopení jejich světa“. Každé dítě je osobností a rodiče jako jejich vzory by měli jim vytvořit dobré podmínky a láskyplné rodinné prostředí. Přijímat své dítě takové jaké je a neklást na něj nereálné požadavky. Pokud pochopí rodiče své děti s postižením, pochopí i své rezervy, možnosti a tím je budou i lépe chápat.

Seznam použité literatury:

BARTOŇOVÁ, M., *Kapitoly ze specifických poruch učení*. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3613-3.

BARTOŇOVÁ, M., *Kapitoly ze specifických poruch učení II*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3822-5.

BARTOŇOVÁ, M., *Specifické poruchy učení*. In Pipeková, J. (ed) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120.

BROŽOVÁ, D. *Poradenská podpora a možnosti edukace žáků s poruchami učení v širším smyslu*. Brno : MU, 2010. ISBN 978-80-210-5329-8.

VL.HORT, M.HRDLIČKA,J.KOCOURKOVÁ, E.MALÁ a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie vyd. I.- Praha : Portál, 2000 ISBN 80-7178-472-9*

CRESWELL, J.W. In: HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*. Vyd. 1. - Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JUCOVIČOVÁ, D., Žáčková, H., *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. Praha: Portal, 2008. ISBN 978-80-7367-474-8.

KOCUROVÁ, M., *Specifické poruchy učení a chování*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2000. ISBN 80-7082-705-X.

KLACEK, R., *Ústavní a ochranná péče v Jihočeském kraji* , bakalářská práce., Praha - Ujak, 2012.

MATĚJČEK, Z., *Diagnostika čtené a psané řeči*. In: Lechta, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osvěta, 1995. ISBN 80-88824-18-4.

MATĚJČEK, Z., *Dyslexie – Specifické poruchy čtení*. 2. vyd. Jinočany: H&H, 1993. ISBN 80-85467-56-9.

MATĚJČEK, Z., *Dyslexie*. Praha: SPN, 1988.

MATĚJČEK, Z., VÁGNEROVÁ, M. a kol., *Sociální aspekty dyslexie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-II73-2.

MICHALOVÁ, Z., *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2001. ISBN 80-7311-000-8.

MONATOVÁ, L., *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dítěte*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-86-9.

PAZLAROVÁ- KAVALE, M. NEDVÉDOVÁ, S. PILAŘOVÁ, M. *Psychorelaxsační cvičení pro děti s LMD*. Praha MŠMT 1999.

POKORNÁ, V., *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-151-7.

POKORNÁ, V., *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-151-7.

POKORNÁ, V., *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*, 3. rozšířené vydání Praha: Portál, 2001. ISBN 80--7178-570-9.

PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ; E., MAREŠ, J., *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.

PŘINOSILOVÁ, D., *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

SELIKOWITZ, M., *Dyslexie a jiné poruchy učení*. 1. české vydání, Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-773-7.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M.: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-7367-566-0.

ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. *Speciální pedagogika v praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4369-1.

VÁGNEROVÁ, M., *Psychologie problémových dětí a mládeže*. Liberec: TU, 2000. ISBN 80-7083-378-5.

VÍTKOVÁ, M. (ed.), *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. 2. vydání. ISBN 80-7315-071-9.

ZELINKOVÁ, O., *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

Internetové zdroje:

Wikipedia - <http://cs.wikipedia.org/wiki/ADHD>

<http://www.psychiatriepropraxi.cz>

<http://www.solen.sk>

www.adehade.cz

Legislativa:

Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování č.j.: 13 711/2001-24.

Vyhláška MŠMT č. 291/1991 Sb., o základní škole ve znění pozdějších předpisů, o širším slovním hodnocení.

Vyhláška MŠMT č. 354/1993 Sb., o středních školách.

Vyhláška č. 442/1991 Sb., o ukončení studia o středních školách a středních odborných učilištích.

Vyhláška 147/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělání dětí žáků, a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Zákon č. 29/1984 Sb. o soustavě základních škol, středních škol a vyšších odborných škol, ve znění zákona 258/1996 Sb.

Zákon č. ČNR č. 76/1998 o školských zařízeních ve znění zákona č. 390/1990 Sb. o předškolních a školských zařízeních.

Zákon č. 62/2007, kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělání dětí žáků, a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Rudolf Klacek

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinované

Název práce: Problémy spojené s učením a syndrom ADHD, změřené na děti v DDÚ.

Rok: 2012-2015

Počet stran textu bez příloh:¹92

Celkový počet stran příloh:²0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 28

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Počet ostatních zdrojů: 8

Vedoucí práce:

PhDr. Lenka Petelíková

¹ zahrnuje počet stran od úvodu po závěr práce (seznamy použitých zdrojů již nepočítáme)

² zahrnuje celkový počet jednotlivých stran příloh