



## **Závěrečná práce**

# **Adolescent s lehkou mentální retardací a poruchou pozornosti s hyperaktivitou**

*Studijní program:*

DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků

*Studijní obor:*

Speciální pedagogika – studium v oblasti pedagogických věd

*Autor práce:*

**Zuzana Štučková**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Liberec 2023



## Zadání závěrečné práce

# Adolescent s lehkou mentální retardací a poruchou pozornosti s hyperaktivitou

<i>Jméno a příjmení:</i>	<b>Zuzana Štučková</b>
<i>Osobní číslo:</i>	P22C00044
<i>Studijní program:</i>	DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků
<i>Studijní obor:</i>	Speciální pedagogika – studium v oblasti pedagogických věd
<i>Zadávací katedra:</i>	Katedra sociální práce a speciální pedagogiky
<i>Akademický rok:</i>	2022/2023

### Zásady pro vypracování:

Cíl ZP: Zjistit možnosti začlenění adolescenta s lehkou mentální retardací a poruchou pozornosti s hyperaktivitou do kolektivu.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, analýza případu, příprava a zpracování pedagogické kazuistiky, formulace návrhů na opatření.

Metody: Nedokončené věty, Koláč radostí a starostí.

Při zpracování závěrečné práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.



Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

tištěná/elektronická

Jazyk práce:

čeština

### **Seznam odborné literatury:**

BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.

FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., 2018. *Mentální postižení*. 2., přepr. a aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.

ZÁVĚRKOVÁ, M., 2018. *O ADHD v dospívání a dospělosti*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88290-07-0.

Vedoucí práce:

Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

21. června 2023

Předpokládaný termín odevzdání:

26. dubna 2024

L.S.

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.  
děkan

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 28. března 2023

## Prohlášení

Prohlašuji, že svou závěrečnou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé závěrečné práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou závěrečnou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé závěrečné práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li závěrečné práce nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má závěrečná práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

30. října 2023

Zuzana Štučková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Miroslavu Meierovi, Ph.D. za odborné vedení mé závěrečné práce a za podporu, cenné rady a připomínky, které mi v průběhu jejího vypracování poskytl.

Mé poděkování také patří adolescentovi, jeho rodině a pedagogickému sboru střední odborné školy za vstřícný přístup a ochotu se na této práci podílet.

## **Anotace**

Téma závěrečné práce je věnováno adolescentovi s lehkou mentální retardací a poruchou pozornosti s hyperaktivitou. U chlapce se objevují i konflikty s vrstevníky, problémy v chování a nerespektování autority dospělých. Cílem práce je zjistit možnosti začlenění adolescenta s lehkou mentální retardací a poruchou pozornosti s hyperaktivitou do kolektivu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána základní terminologie, která souvisí s tématem závěrečné práce: mentální retardace, její etiologie, klasifikace a možnosti edukace dětí s lehkou mentální retardací. Dále je zde objasněn pojem porucha pozornosti s hyperaktivitou a výchova dětí s touto poruchou chování. Praktická část obsahuje osobní, rodinnou a školní anamnézu. Jako podklad posloužila analýza školní dokumentace, anamnestické dotazníky a metody nedokončené věty, koláč radostí a starostí. V závěrečné části práce byla na základě získaných dat navržena opatření, která by mohla vést k efektivnějšímu začlenění popisovaného adolescenta do kolektivu.

## **Klíčová slova**

Adolescence, edukace, kolektiv, lehká mentální retardace, porucha pozornosti s hyperaktivitou, syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte, výchova, začlenění.

## **Annotation**

The theme of the final thesis is dedicated to the adolescent with Mild Intellectual Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The boy also has conflicts with his peers, behavioral problems and disrespecting the authority of adults. The aim of the thesis is to find out the possibilities of inclusion of the adolescent with Mild Intellectual Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder into the collective. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the basic terminology related to the topic of the final thesis: Intellectual Disability, its etiology, classification and possibilities of educating children with Mild Intellectual Disability. Then there is clarified the term Attention Deficit Hyperactivity Disorder and upbringing children with this behavioral disorder. The practical part contains personal, family and school anamnesis. The analysis of school documentation, anamnestic questionnaires and the methods unfinished sentences, cake of joys and worries served as a basis. In the final part of the thesis, based on the obtained data, measures were proposed that could lead to a more effective inclusion of the described adolescent into the collective.

## **Keywords**

Adolescence, education, collective, Mild Intellectual Disability, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Child Abuse and Neglect, upbringing, inclusion.



## Obsah

Seznam použitých zkratk.....	9
Úvod.....	10
Teoretická část.....	12
1 Mentální retardace.....	12
1.1 Etiologie.....	13
1.2 Diagnostika mentální retardace.....	14
1.3 Klasifikace mentální retardace.....	15
1.4 Lidé s lehkou mentální retardací.....	16
1.5 Edukace.....	18
2 Porucha pozornosti s hyperaktivitou.....	20
2.1 Výchova dítěte s poruchou pozornosti s hyperaktivitou.....	22
3 Adolescence.....	22
3.1 Znevýhodnění v adolescenci.....	23
4 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.....	25
Praktická část.....	27
5 Anamnéza.....	27
5.1 Rodinná a osobní anamnéza.....	28
5.2 Školní anamnéza.....	29
6 Diagnostické metody.....	32
6.1 Nedokončené věty.....	32
6.2 Koláč radostí a starostí.....	33
6.3 Rozbor získaných dat.....	33
6.4 Opakované šetření.....	34
Navrhovaná opatření.....	36
Závěr.....	39
Seznam použité literatury.....	41
Seznam příloh.....	42

## **Seznam použitých zkratk**

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou

CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

CNS – centrální nervový systém

IQ – inteligenční kvocient

LMD – lehká mozková dysfunkce

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

RVP – rámcový vzdělávací program

SOU – střední odborné učiliště

SOŠ – střední odborná škola

SPC – speciálně pedagogické centrum

ŠPZ – školské poradenské zařízení

## Úvod

Pracuji jako noční vychovatelka na internátě při střední odborné škole (dále SOŠ) zřízené podle § 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb. – Zákona o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Při noční směně dbám na dodržování vnitřního řádu internátu a odpovídám za bezpečnost všech přítomných žáků. Ve svém volném čase se s žáky účastním některých mimoškolních aktivit, mám tedy možnost naše žáky blíže poznat.

Zde popisovaný adolescent mne zaujal svými výraznými projevy v chování. Jeho přítomnost na internátě vždy znamenala, že jeho jméno bylo ostatními vychovateli často skloňováno při předávání směny nebo řešení aktuálních problémů.

Jedná se o 19 let starého, velmi štíhlého chlapce s výraznými neurotickými projevy a problematickými vztahy s okolím. Jako matce adolescenta s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (dále ADHD) mi situace připadala na první pohled známá a v lecčem podobná problémům, které řešíme doma. Při bližším zkoumání chlapcova osobního spisu jsem zjistila, že kazuistika bude rozsáhlejší vzhledem ke kombinaci diagnóz ADHD a lehké mentální retardace. Chlapec navíc vyrůstal od tří let v pěstounské rodině, do té doby byl umístěn v kojeneckém ústavu. Během anamnestického šetření vyšlo najevo, že byl negramotné matce odebrán ve třech měsících věku pro silné zanedbávání péče. Je také zřejmé, že i v ústavní péči byl zanedbáván a poznamenalo ho mnoho traumatických zkušeností. Určité množství chlapcových problémů způsobila emoční deprivace z tohoto období. Ani jeho současná situace není úplně lehká. Chybí mu mužský vzor, žije dlouhodobě jen se svojí pěstounkou. Domácnost sdílí s dalšími třemi pěstounskými sourozenci, kteří jsou také zatíženi podobně náročnou minulostí a diagnózami.

Bylo tedy zjevné, že tato kazuistika bude velmi náročná. Chlapcův momentální stav ovlivňuje velké množství faktorů a prognóza je proto velmi nejistá. Některé z osob odpovědných za jeho výchovu či vzdělávání jsou navíc přesvědčeny, že práce s ním je vzhledem k jeho kázeňským problémům zbytečná. To mne motivovalo k další činnosti, rozhodla jsem se vytrvat a pokusit se zjistit, zda a za jakých podmínek by bylo možné popisovaného chlapce do kolektivu úspěšně zařadit. S ohledem na blízké ukončení studijního oboru jsem se též zamýšlela, jaká je pravděpodobnost jeho začlenění do budoucího pracovního kolektivu a jaké případné podmínky pro to bude třeba vytvořit.

Teoretická část práce popisuje základní informace o problematice mentální retardace, její etiologii, diagnostiku a klasifikaci. Dále je věnována objasnění pojmu ADHD, je zde blíže specifikováno období adolescence a vysvětlen syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (dále CAN).

Praktická část je zaměřena na anamnézu adolescenta s ADHD a inteligencí v pásmu lehké mentální retardace. Vyhodnocuje informace získané diagnostickými metodami koláč radostí a starostí a nedokončené věty.

V závěru práce jsou navržena speciálně pedagogická a výchovná opatření, která směřují k lepšímu začlenění chlapce do kolektivu.

## Teoretická část

Teoretická část objasňuje pojem mentální retardace, věnuje se její etiologii, diagnostice a klasifikaci. Blíže specifikuje kategorii lehké mentální retardace a přibližuje možnosti vzdělávání žáků s mentální retardací. Jsou zde také vysvětleny pojmy ADHD a CAN. Na konci teoretické části je blíže specifikováno období adolescence a nastíněny obtíže, se kterými se znevýhodnění adolescenti potýkají.

### 1 Mentální retardace

Mentální postižení není časovým opožděním vývoje, ale jedná se strukturální vývojové změny. Proto není vhodné dítě s mentální postižením přirovnávat ke zdravému dítěti mladšího věku. Nejjednodušeji lze mentální postižení charakterizovat jako snížení intelektu, které se projeví v kognitivní, řečové, motorické a sociální složce osobnosti. Nejvíce je zasažen proces učení, poznávání a orientace ve světě. Jedná se o postižení trvalé, které nelze vyléčit, ale nabídnutím vhodných přístupů může dojít ke zlepšení stavu. Postižení je buď vrozené, nebo časně získané do dvou let věku dítěte, od tohoto věku vymezujeme demence. Průměrný inteligenční kvocient (dále IQ) činí 90–110 bodů, o mentální retardaci hovoříme od IQ 69 bodů. Při diagnostice mentálního retardace však nelze vycházet pouze z hodnoty IQ, ale z mnoha dalších faktorů a zkoumání celé osobnosti jedince (Bazalová 2014, s. 15).

Vašek, a kol. (in Valenta, aj. 2018, s. 33) vymezují mentální postižení jako zastřešující pojem, který orientačně zahrnuje prakticky všechny jedince s IQ pod 85, tedy osoby s mentální retardací a osoby nacházející se v hraničním pásmu mentální retardace.

Z důvodu diagnostikované lehké mentální retardace u popisovaného chlapce používáme v následujícím textu v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí, 10. revize (dále MKN-10) pojem mentální retardace.

Podle Fischera, Škody (2008, s. 91–92) jsou hlavní znaky mentální retardace:

- **nízká úroveň rozumových schopností**, která se projevuje především obtížnější adaptací na běžné životní podmínky,
- **defekt je vrozený**, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem,
- **porucha je trvalá**, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení.



Také Valenta, aj. (2018, s. 34) uvádí, že mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.

Myšlení jedinců s mentální retardací je zjednodušené, omezené a vázané na konkrétní skutečnost, je obecně charakteristické značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení. Tato ulpívavost a preference známého je obranou před subjektivně nesrozumitelnými, novými a neznámými podněty, které jsou jim nepříjemné a mohou vyvolávat různé obavy (Fischer, Škoda 2008, s. 96).

Valenta, aj. (2018, s. 317–318) také uvádí, že klinický obraz mentální retardace je poměrně pestrý. Jako multietiologická porucha není jen otázkou sníženého intelektu, nýbrž vždy se jedná o komplex narušení adaptivního chování. Lze říci, že jde nejen o postižení intelektových funkcí, ale i o narušení vývoje celé osobnosti jedince, přičemž míra společenské nedostačivosti je ovlivněna hloubkou mentálního poškození. Jedinec není schopen řešit situace, v nichž se ocitá, tak jako jedinec bez postižení, chová se odlišně. Často trpí poruchami afektivity a chování. Mohou se u něho projevit neurotické potíže, depresivní nálady, úzkost, sociální plachost, agresivita, dráždivost, hyperaktivita, ale také automatické stereotypní pohyby, stažení se do sebe až autistické projevy, lze se setkat také s atypickým sexuální chováním, daným především nerozpoznáním společenských norem.

Obtíže v porozumění okolí, zvýšený sklon k afektivnímu prožívání i neschopnost ovládat svoje emoce zvyšují riziko nepřiměřeného chování. Výchovu, vzdělávání a rozvoj lze realizovat přiměřeně ke stupni a příčině postižení v běžných, případně ve specializovaných institucích. Na edukaci a rozvoji se podílí rodina, škola, společnost a její jednotlivé subjekty (Fischer, Škoda 2008, s. 105).

## 1.1 Etiologie

Dle Valenty, aj. (2018, s. 63) bývají příčiny mentální retardace kategorizovány různě. Existují faktory endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější), odborná literatura se často zmiňuje o postižení vrozeném či získaném.

Také Bazalová (2014, s. 16) uvádí, že etiologie mentální retardace je velmi různorodá. Někdy zůstávají příčiny neobjasněné nebo jsou kombinované. Abnormální

vývoj nebo následné poškození mozku ovlivňuje jeho funkčnost. Nejčastěji užívaným rozdělením příčin je dělení podle období vzniku postižení, může se jednat o období:

- **prenatální** (před narozením dítěte),
- **perinatální** (v období porodu a bezprostředně po něm),
- **postnatální** (po porodu do dvou let věku dítěte).

**V období prenatálním** může mentální retardace vzniknout z důvodu:

- **hereditární** (dítě zdědí poruchu, která se v rodině již dříve vyskytla, nebo nedostatečné vlohky včetně hodnoty IQ),
- **infekčního onemocnění matky** během těhotenství (rubeola, herpes, syfilis, toxoplazmóza, listerióza atd.),
- **působením** záření, úrazu matky, předčasného porodu, špatné výživy související s konzumací potravin s listeriemi, s požíváním alkoholu, drog, nevhodných léčiv nebo s kouřením.

**V období perinatálním** může mentální retardace vzniknout jako následek:

- **nedostatku kyslíku** nebo
- **poranění hlavy plodu** při komplikovaných porodech (např. za pomoci zvonu, kleští).

**V období postnatálním** sehrávají roli:

- **genetické faktory**,
- **infekční onemocnění** novorozence vedoucí například k zánětu mozku,
- **špatná výživa** novorozence,
- **jeho úrazy**.

Dále lze dle Bazalové (2014, s. 16) dělit příčiny podle dalších kritérií na biologické, chemické, fyzikální, environmentální a sociální. Další možné dělení je podle typu poruchy na chromozomální aberace (Downův syndrom) nebo metabolické poruchy (fenylketonurie, galaktosemie).

## 1.2 Diagnostika mentální retardace

Dle Bazalové (2014, s. 57) se diagnostika provádí ve specializovaných zařízeních, kterými jsou:

- **lékařská zařízení,**
- **školská zařízení (speciálně pedagogická centra** (dále SPC) se zaměřením na mentální retardaci nebo vícenásobné postižení, pedagogicko-psychologické poradny (dále PPP), které jsou zaměřené převážně na diagnostiku školní zralosti či poruch učení),
- další specializovaná **zařízení v resortu sociálním** (neziskové organizace, které zřizují střediska rané péče, denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením apod.).

Rovněž Valenta, aj. (2018, s. 127) uvádí, že diagnostikování mentální retardace a navrhování vřazení dětí do „speciálních“ škol a tříd se zabývají PPP, další ze školských poradenských zařízení (dále ŠPZ), ve kterých úzce kooperují poradenští psychologové se speciálními pedagogy. K nejdůležitějším úkolům těchto institucí patří nejen diagnostika, ale také poradenská činnost zaměřená především na děti ve věku od tří do patnácti let, které mají potíže ve škole (hlavně specifické poruchy učení a chování).

### 1.3 Klasifikace mentální retardace

V současnosti se rozlišují čtyři základní stupně mentální retardace. Tyto stupně jsou pouze přibližné, neboť kognitivní úroveň jedince s mentální retardací nelze vždy přesně změřit a stanovit. Kognitivní úroveň jedince s mentální retardací je nutné posuzovat komplexně, na základě pozorování konkrétního chování v přirozených podmínkách. Je nutné posuzovat, které běžné úkony je nebo není schopen zvládat, jaké jsou pravděpodobné možnosti jeho dalšího vývoje (Nývtová 2008, s. 120).

Dle MKN-10 (2023) se stupeň mentální retardace obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí.

Valenta, aj. (2018, s. 35) uvádí, že stupeň mentální retardace je určen na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptability (adaptačního

chování), a taktéž inteligenčním kvocientem a mírou zvládnání obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince, a to takto:

- **F70 Lehká mentální retardace** – IQ se pohybuje přibližně mezi **50 až 69**, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let. Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.
- **F71 Střední mentální retardace** – IQ dosahuje hodnot **35 až 49**, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let. Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti.
- **F72 Těžká mentální retardace** – IQ se pohybuje v pásmu **20 až 34**, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let. Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.
- **F73 Hluboká mentální retardace** – IQ dosahuje **nejvýše 20**, což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky. Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.
- **F78 Jiná mentální retardace.**
- **F79 Neurčená mentální retardace (MKN-10 2023).**

Bazalová (2014, s. 44) tvrdí, že u dětí s různým stupněm a typem mentální retardace lze vymezit některé společné charakteristické rysy, nicméně jednotlivé případy se od sebe značně liší, ostatně tak jako se liší člověk od člověka, a proto přístup ke každému z nich musí být individuální.

## 1.4 Lidé s lehkou mentální retardací

V dalším textu se podrobněji věnuji pouze lidem s lehkou mentální retardací, neboť popisovaný chlapec má diagnostikován právě tento stupeň mentální retardace. Podle Nývltové (2008, s. 120) je jedinců s lehkou mentální retardací mezi lidmi s mentální retardací relativně nejvíce. Odhady se přibližují až k 70 % všech lidí s mentální retardací.

Valenta, aj. (2018, s. 290) uvádí, že lehká mentální retardace se svým stropem na úrovni dvanáctiletého zdravého dítěte dovolí jedinci v oblasti myšlení pracovat s konkrétními operacemi, tedy pojmout jednoduchou časovou perspektivu, kategorizovat, nacházet příčinné vztahy. Formální operace, tedy práce s výroky a hypotézami, jsou již mimo dosah i člověka s lehkou mentální retardací (sporadicky lze uvažovat o jejím horním pásmu a pásmu hraničním).

Podle Bazalové (2014, s. 19) sehrává u lehké mentální retardace velkou roli dědičnost a deprivace. Uvádí se, že tyto děti jsou dvakrát znevýhodněné, jednak zpravidla zdědí nedostatečné vlohy včetně hodnoty IQ, které se mnohdy vyskytují v kombinaci s nepodněným prostředím. Do tří let věku dítěte se objevuje pouze lehké opožďení psychomotorického vývoje, do šesti let pak nápadnější deficity:

- opožďený vývoj řeči,
- malá slovní zásoba,
- narušená komunikační schopnost,
- obsahová chudost řeči,
- nedostatečná zvědavost,
- stereotyp ve hře apod.

Nejvíce dětí s lehkou mentální retardací je diagnostikováno při zápisu nebo po nástupu do základní školy. Důvodem je, že mnohé z nich nenavštěvují mateřskou školu a dále fakt, že nejvýraznější problémy se projeví v období povinné školní docházky, jedná se o:

- konkrétní mechanické myšlení,
- omezenou schopnost logického myšlení,
- slabší paměť,
- nedostatečnou analýzu a syntézu,
- opožďený vývoj jemné a hrubé motoriky,
- poruchy pohybové koordinace,
- zpomalený rozvoj sociálních dovedností,
- afektivní labilitu v emocionální oblasti, impulzivnost, úzkostnost a zvýšenou sugestibilitu (Bazalová 2014, s. 19).



Dle Valenty, aj. (2018, s. 328) nebývá u lidí s lehkou mentální retardací oblast sebeobsluhy výrazněji narušena. Tito lidé jsou většinou schopni bez výraznějších potíží všech sebeobslužných úkonů. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Také Bazalová (2014, s. 19) tvrdí, že výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci a rozvoj těchto dětí. V dospělosti zvládnou pracovat, založit rodinu a udržovat sociální vztahy.

## 1.5 Edukace

Při rozvoji jednotlivých oblastí dětí s mentální retardací je dobré neustále myslet na to, že – stejně jako děti bez postižení – potřebují prožít úspěch a pocítit, že jsou v něčem dobré a mohou se prosadit. To platí obzvláště v případě lehké mentální retardace, neboť tyto děti si často svůj handicap neuvědomují a také mnohé doma pochvalu nebo úspěch nezažijí. Dětem je třeba nabízet intenzivní smyslové vjemy a prožitky. Požadavky na ně kladené mají odpovídat mentální úrovni i zvýšené unavitelnosti, úkoly je třeba často opakovat. Rodič by neměl dítě stimulovat tak, aby dosáhlo úrovně vrstevníků za každou cenu. To ostatně není v případě mentální retardace možné. Velký důraz má být kladen na vytváření sociálních návyků a posilování adaptace a samostatnosti dětí (Bazalová 2014, s. 61).

Dle školského zákona (Zákon 561/2004 Sb., § 16, odst. 1) se dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.

Podpůrná opatření třetího stupně jsou určena žákům s lehkou mentální retardací a dále žákům se závažnými specifickými poruchami učení, poruchami autistického spektra, percepčním a tělesným postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, narušenou komunikační schopností atd. Od tohoto stupně lze využívat asistenta pedagoga (Valenta, aj. 2018, s. 130).

Použití podpůrného opatření ve třetím stupni je podmíněno stanovením podpůrných opatření ŠPZ na základě diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb žáka, případně vychází z vyhodnocení účinnosti nižších stupňů podpůrných opatření poskytovaných žákovi. Charakter speciálních vzdělávacích potřeb žáka vyžaduje již znatelné úpravy v metodách práce, v organizaci a průběhu vzdělávání, v úpravě školního vzdělávacího programu, v hodnocení žáka. Rozsah těchto opatření zahrnuje zejména úpravy ve strategiích práce s učivem, úpravy v podmínkách a postupech školní práce a domácí přípravy, včetně posilování motivace a postojů ke školní práci, v odůvodněných případech pak také úpravy obsahů vzdělání a výstupů ze vzdělání (Vyhláška 27/2016 Sb., Příloha č. 1).

Jednotlivé žáky s mentální retardací mohou v rámci integrace, resp. inkluze přijímat, eventuálně otvírat pro ně samostatné třídy i běžné mateřské, základní a střední školy. I pro žáky s mentální retardací slouží školní družiny, školní kluby, internáty a domovy mládeže (Valenta, aj. 2018, s. 122).

Dle školského zákona (Zákon 561/2004 Sb., § 16, odst. 9) lze pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny. Zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení nebo přijmout do takové školy lze dítě, žáka nebo studenta, pouze shledá-li ŠPZ, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná podpůrná opatření nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení ŠPZ a soulad tohoto postupu se zájmem dítěte, žáka nebo studenta.

Dle Valenty, aj. (2018, s. 122) je síť „speciálních“ škol a speciálních školských zařízení pro děti a žáky s mentální retardací tvořena především:

- mateřskou školou speciální,
- základní školou, základní školou speciální, praktickou školou,
- odborným učilištěm.

Obdobně jako se základní školy zřízené pro žáky s lehkou mentální retardací zásadně neliší strukturou a organizací od základní školy, neexistují zásadní rozdíly mezi odborným učilištěm a středním odborným učilištěm (SOU). Úspěšný absolvent základní školy zřízené pro žáky s lehkou mentální retardací zde získává po absolvování dvou či tříletého učebního oboru výuční list a je plně kvalifikovaný ve svém oboru (Valenta, aj. 2018, s. 126).

## 2 Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Podle Závěrkové (2018, s. 62) se přibližně od padesátých let 20. století projevy spojené s hyperaktivitou dětí (neklid, nepozornost, zvýšená živost, impulzivita, nesoustředěnost) popisovaly jako lehká dětská encefalopatie, později jako malé mozkové dysfunkce, a dále lehké mozkové dysfunkce (dále LMD). Vše zahrnovalo jen problematiku dětského věku. Varianta, která se týkala především neklidných, nesoustředěných a hyperaktivních dětí, se nazývala hyperaktivita. Ještě v sedmdesátých letech 20. století patřilo toto označení pouze dětem a až v osmdesátých letech 20. století se začaly objevovat první zmínky o možném přetrvávání těchto symptomů do dospívání, eventuálně i dospělosti. V pedagogicko-psychologické a legislativní terminologii byl ustálen název tohoto syndromu jako specifické (vývojové) poruchy chování.

Závěrková (2018, s. 64) také uvádí, že současná terminologie označuje tuto poruchu jako ADHD nebo hyperkinetický syndrom. Podle amerického Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí, 5. revize, se od devadesátých let 20. století stále více užívá termín ADHD.

Hyperkinetické poruchy spadají do velké skupiny psychických poruch, které nesou název „Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání F90–F98“ (Nývtová 2008, s. 125).

MKN-10 (2023) specifikuje F90 Hyperkinetické poruchy následovně: Skupina poruch charakterizovaná časným nástupem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Děti s hyperkinetickou poruchou jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů

s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušeny a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

Dle MKN-10 (2023) se kategorie F90.0 Porucha aktivity a pozornosti dělí na podkategorie:

- Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou.
- Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou.

I podle Fischera, Škody (2008, s. 134) má uvedená porucha souvislost s LMD. Nedostatky ve funkci CNS jsou příčinou změn v distribuci energie. Tím jsou pak ovlivněny prakticky všechny kognitivní funkce. Syndrom ADHD se většinou nevyskytuje osamoceně. Více než 40 % jedinců s ADHD trpí některou z dalších poruch, velmi často se jedná o specifické poruchy učení a poruchy motorických funkcí.

Dítě s ADHD se nedokáže dostatečně soustředit na výuku, unikají mu důležité informace, má potíže se zapamatováním si nového, jeho výkon ovlivňuje také impulzivita a nadměrná neúčelná aktivita a poruchy exekutivních funkcí, když se přidají ještě specifické poruchy učení, kdy jsou narušeny základní funkce pro učení, je vážně ohrožen celý proces vzdělávání a pozdějšího pracovního uplatnění dítěte, včetně ztráty jeho motivace pro rozvíjení a spolupráci (Závěrková 2018, s. 78).

U chování, které je považováno za poruchové, je důležitá otázka objektivního hodnocení. Chování musí být posuzováno z hlediska věku, případně z hlediska rozumových schopností. Hledisko vývojové podmíněnosti je důležité z důvodu proměnlivosti, latence a případné přechodnosti (výkyvů v chování) poruchového chování (Fischer, Škoda 2008, s. 142).

Poruchy chování lze označit za takové vzorce chování, které jsou v dané sociokulturní normě nechtěné, nežádoucí nebo až nepřijatelné. Příčiny poruch chování jsou multifaktoriální, toto jednání je výsledkem působení řady různých vnitřních a vnějších faktorů, které působí v inkriminovaném čase ve vzájemné interakci. Znalost příčin poruch chování a typických vlastností jeho nositelů je nezbytná pro účinnost pedagogické, etopedické, výchovné a terapeutické práce (Fischer, Škoda 2008, s. 142).

## 2.1 Výchova dítěte s poruchou pozornosti s hyperaktivitou

Závěrková (2018, s. 80–82) uvádí, že zásadní vlivy, které na dítě s ADHD od raného dětství působí, jsou vlivy nejbližšího sociálního prostředí, zejména rodiny. Pokud je dítě vychováváno s láskou (bez výhrad, přijaté takové, jaké je) a trpělivostí, a zároveň s jasně stanovenými pravidly, hranicemi, důsledností, existuje šance na zdárný vývoj a ovlivnění poruchy. Není vhodné vyvíjet na dítě neadekvátní tlak nebo ho ponechat „samo sobě“, aby byla hyperaktivita jen omlouvána, tolerována, nekompensována.

Podle Závěrkové (2018, s. 82) jsou pro dítě s ADHD hlavní tři výchovné zásady:

- **vstřícný a láskyplný přístup** (ničím nepodmiňovaný),
- jasně stanovené **výchovné hranice** (výchovné mantinely),
- **důslednost** jejich dodržování.

Vždy je však vhodné posilovat a podporovat děti s ADHD k ovlivňování a kompenzaci projevů syndromu ADHD volnými mechanismy. Bývají do určité míry oslabeny a jejich funkčnost opožděná. Jak a do jaké míry se podaří jedinci s ADHD své jednání vůči ovlivňovat, určuje jeho životní úspěšnost a spokojenost. Jestliže je dítě ponecháno samo sobě bez žádoucího výchovného působení, nelze očekávat, že vývoj sebekontroly bude optimální (Závěrková 2018, s. 82).

## 3 Adolescence

Langmeier, Krejčířová (2006, s. 143) vymezuje období adolescence na zhruba 15–22 let. Tvrdí, že teprve v této době je postupně dosahována plná reprodukční zralost (růst uteru je ukončen kolem 20 let, testes rostou ještě po 20. roce) a dokončování tělesný růst (ovšem už pomalejším tempem). Rychle se mění postavení jedince ve společnosti – došlo k přechodu ze základní školy do učebního oboru nebo na střední školu, začínají častější a hlubší erotické vztahy, mění se zásadně sebepojetí.

Dle Havighursta (in Langmeier, Krejčířová 2006, s. 152) patří mezi hlavní vývojové úkoly období adolescence na jedné straně uvolnění z přílišné závislosti na rodičích a na druhé straně navazování diferencovanějších a významnějších vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví. I když proces stálého osamostatňování a rozšiřování a rozrůžňování sociálních vztahů je základním pochodem, který začíná od útlého dětství



a pokračuje i v dospělosti, přece jen je období adolescence v tomto směru klíčové a rozhodující pro uspokojivé převzetí pozdějších základních rolí manželských a rodičovských.

Období adolescence je tedy v našem sociálním prostředí v mnohém velmi náročné a někdy i konfliktní. Přizpůsobení výchovného přístupu zvláštnostem tohoto období není proto nijak snadné, při rychlých společenských změnách i sami rodiče prožívají v tomto ohledu značnou nejistotu. I adolescent potřebuje jistě pevné a důsledné vedení, ale odlišné od vedení dítěte – především je nutné mladému člověku poskytnout dostatek volnosti pro rozhodování při taktním vedení. Rodiče by měli mít v této době dost trpělivosti a tolerance pro citové výkyvy adolescenta, zajistit mu větší příležitost ke skutečné intimitě a podporovat všechny jeho pozitivní aktivity. Zejména na počátku tohoto období bývá někdy nezbytné pomoci adolescentovi i při úpravě denního režimu s ohledem na větší unavitelnost (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 165).

### **3.1 Znevýhodnění v adolescenci**

Podle Závěrkové (2018, s. 65) dochází v období adolescence k další maturaci mozku a v kombinaci s prostředím a individuální úrovní (do té doby vytvořených) kompenzačních mechanismů jedince vzniká různě intenzivní obraz projevů typických pro toto období. To, s jakou bilancí bude vstupovat mladistvý s ADHD do dospělosti, bude záviset také na tom, jak prožité vypjaté emoční situace a zkušenosti ovlivní nastavení jeho osobnosti a zda si osvojí taktiky a strategie, jak projevy ADHD kompenzovat. To, do jaké míry se naučí hyperaktivní jedinec ovlivňovat své chování vůči, je určující pro jeho životní úspěšnost.

Langmeier, Krejčířová (2006, s. 159) uvádí, že volba povolání se stává skutečným problémem pro adolescenty i pro jejich rodiče. Při volbě povolání jde v podstatě vždy o dva navzájem související aspekty – z hlediska jedince, aby si zvolil takové povolání, které by ho nejvíce uspokojovalo, ve kterém by nejlépe uplatnil své specifické schopnosti i osobní sklony a zájmy; z hlediska společnosti, aby byl získán pracovník, který by nejlépe přispíval k plnění společenských úkolů. Sladit co nejlépe individuální a společenské zájmy by proto mělo být cílem dobré volby povolání jak u jedinců bez postižení, tak i u jedinců s postižením.

Mladý člověk v tomto období hledá odpověď na řadu základních otázek – kým jsem a jaký jsem, kam patřím a kam směřuji, jaké hodnoty jsou v mém životě

nejvýznamnější. Znamená to dobře poznat své možnosti i meze, přijmout svoji jedinečnost i s některými omezeními a nedostatky, což je zvláště obtížné zejména pro adolescenty se zdravotním postižením, které také musí být do celkového sebepojetí integrováno (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 160).

Tak jak se mění nároky a fungování dospívajícího organismu a sociální tlak rodinného, vzdělávacího i mimoškolního prostředí, proměňují se druhem, objemem i podobou do té doby již celkem známé a tolerované projevy ADHD. Nositelé této poruchy a současně i jejich „vychovatelé“ ztrácejí opět kontrolu nad regulací jednání, emocí a usměrňování pozornosti, paměti i výběru podnětů (Závěrková 2018, s. 69).

Rodiče by měli v této době usilovat především o porozumění adolescentovi a podpořit ho při hledání pro něj základních hodnot, nalezení osobní orientace a životních cílů, tedy při vytváření zralého sebepojetí. Mimořádně důležité je především uznání jeho vlastních silných stránek a jeho hodnoty pro druhé. Neméně důležitá je i podpora emancipačních snah adolescenta, podpora společenských kontaktů, které mu umožní nalézat nové vztahy. Vymezení jasných hranic chování s dostatkem volnosti pro samostatné rozhodování je zvláště obtížné u adolescentů s problémy v chování nebo se zdravotním oslabením či postižením, ale právě u nich je schopnost rodičů vyhnout se nadměrnému ochraňování i opačnému extrému autoritářských přístupů rozhodující (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 166).

Jestliže ADHD přetrvává i v období adolescence a dospělosti, dominuje v jeho spektru projevů impulzivita. Ta má spolu s nedostatečnou mírou seberegulace a inhibice nesprávných vzorců chování nemalý podíl na riziku vzniku a na rozvoji rizikového chování, abúzu alkoholu a drog (Závěrková 2018, s. 75).

Charakteristická psychopatologie dopadající na psychosociální oblast může vést až ke změnám osobnostního nastavení (poruchy osobnosti) či rizikovému chování (dominance impulzivity zejména v adolescentním období). Ztížené schopnosti v rámci sociální integrace a při fungování mezilidských vztahů a následná frustrace a opakovaná zkušenost selhávání vedou až k poruchám chování (disociální, asociální, antisociální) (Závěrková 2018, s. 71–72).

## 4 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Během anamnestického šetření vyšlo najevo, že popisovaný chlapec byl negramotné matce odebrán v kojeneckém věku pro silné zanedbávání péče. Následně byl umístěn do ústavní péče, kde byl kromě citové deprivace vystaven dalšímu zanedbávání. Následující kapitola je věnována objasnění vzniku emoční deprivace u dětí, které jsou poznamenány zanedbáváním v rodině, případně v ústavní péči. Popisuje důsledky, které mohou dítě provázet až do jeho dospělosti.

V případě, že rodina neplní některé ze svých funkcí, může se stát pro její členy zdrojem případného negativního vývoje, poruch chování či dalších sociálně patologických jevů. Nevhodným prostředím rodiny jsou ohroženy zejména děti. CAN je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Toto poškození mívá závažné důsledky pro rozvoj jedince i v jeho dospělosti (Fischer, Škoda 2008, s. 194).

Dle Fischera, Škody (2008, s. 192) jsou rizikové rodiče:

- kteří nemají pro rodičovskou roli **dostatečné kompetence**, nejsou schopni nebo nemohou tuto roli plnit z různých důvodů (mentální retardace, závislost na psychoaktivních látkách),
- kteří nemají pro roli rodičů a výchovu dětí **dostatečnou motivaci** (mladí a nezralí rodiče, upřednostňující kariéru).

Langmeier, Krejčířová (2006, s. 289) uvádí, že běžnou praxí umístění dětí ze zanedbávajících rodin do „dobrých“ ústavů bychom pak mohli označit jako nahrazení jedné formy zanedbávání – zanedbávání tělesného a zanedbávání výchovy a vzdělávání (při kterém emoční potřeby dítěte a jeho potřeba citové vazby mohly být ovšem i velmi dobře uspokojovány) jinou jeho formou – zanedbáváním citovým. Z jiného hlediska bychom mohli mluvit o sekundárním zanedbávání, kdy systém péče určený k ochraně jedince v konečném důsledku druhotně poškozuje jeho psychický vývoj.

Ve všech věkových skupinách jsou nejvíce ohroženi jedinci slabí, závislí, nemocní nebo postižení – častěji se stávají obětí špatného zacházení, ale současně

bývají i zranitelnější a méně odolní. To se týká už dětí v nejtěplejším věku: nedonošení novorozenci (s omezeným repertoárem projevů, hůř reagující na pokusy matky o kontakt, méně aktivní, nějak postižení) jsou častěji obětí nezájmu a zanedbávání a případně i jiných forem ohrožení. I vrozené temperamentové vlastnosti silně přispívají k ohrožení: děti „obtížně vychovatelné“, dráždivé, plačtivé, s nepravidelným rytmem spánku bývají častěji obětí týrání, které však jejich obtížné chování ještě dále zhoršuje. Velmi ohroženou skupinou jsou také děti s mentální retardací (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 290).

Podle Chandeho (in Langmeier, Krejčířová 2006, s. 290) může vést traumatický zážitek, mnohdy spojený s pocitem ohrožení života, ve všech věkových obdobích k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, která může dlouhodobě ovlivňovat celý další život oběti. Chlapci své problémy spíše externalizují – jsou agresivní, častěji se u nich projevují poruchy chování a delikventní projevy, zhoršuje se školní prospěch.

Důsledkem časně emoční deprivace je jednak narušení kognitivního i pohybového vývoje, jednak narušení vývoje osobnosti dotčených dětí. Pravidlem tedy bývá vývojová retardace různého stupně v závislosti na závažnosti deprivace; u velmi těžkých forem deprivace v nejčasnějším věku dochází i k poruchám somatického vývoje a někdy až k úmrtí dítěte. V našich současných podmínkách zachycujeme u jinak zdravých dětí vyrůstajících v kojeneckých ústavech a dětských domovech do tří let zpravidla lehké celkové vývojové opoždění a výraznější retardaci vývoje řeči a sociálních dovedností, které se ovšem v případě včasného umístění dítěte do kvalitní rodiny většinou rychle upraví. Čím déle však deprivace působí, tím bývají jeho následky závažnější a trvalejší; možnost reparability těchto důsledků v případech, kdy emoční deprivace působila po celé dětství, je sporná (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 291).

## Praktická část

Další část závěrečné práce je zpracována formou kazuistiky, jejím smyslem je zjistit možnosti začlenění popisovaného adolescenta do kolektivu. Kazuistika je založená na spolupráci s chlapcem (19 let) s diagnostikovanou ADHD a inteligencí v pásmu lehké mentální retardace. V současné době je žákem druhého ročníku oboru E na SOŠ zřízené podle § 16 odst. 9 Zákona č. 561/2004 Sb. – Zákona o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Žák je ubytován v internátě, který je součástí školy.

### 5 Anamnéza

V této části práce jsou popisovány získané anamnestické údaje. Sběr dat probíhal formou:

- **analýzou školní dokumentace** – zprávy z PPP, osobní spis žáka,
- **anamnestického dotazníku** pro pěstounku (Příloha č. 1),
- **anamnestického dotazníku** pro skupinového vychovatele (Příloha č. 2), mistra odborného výcviku (Příloha č. 3) a třídního učitele (Příloha č. 4),
- **doplňujících rozhovorů** se skupinovou vychovatelkou, ostatními vychovateli a adolescentem.

Veškeré použité dotazníky jsem vypracovala samostatně za účelem získání informací, sloužících jako podklad pro vypracování anamnéz. Pedagogickým pracovníkům byl dotazník poskytnut po předchozí domluvě v březnu 2023 v elektronické podobě. Po vyplnění jej vytiskli a během následujícího týdne ho vrátili v papírové formě. Pěstounka si vyžádala dotazník vytištěný. Předání proběhlo též v březnu 2023 přes adolescenta v zalepené obálce. Na vyplnění dotazníku měla po předchozí domluvě čas zhruba měsíc, přesto vyplnila ledabyle pouze část položek. Většina odpovědí byla zaznamenána do volného prostoru na okrajích dotazníku včetně jmen a přesných adres lékařů a škol i přes upozornění, že je z důvodu ochrany osobních údajů uvádět nemá. Z tohoto důvodu byl dotazník přepsán do původního formuláře. Některé chybějící informace jsem získala opakovaným telefonickým dotazováním od pěstounky. Další informace buď k dispozici nemá, nebo se o ně podělit nechtěla. Následně byly dotazníky oskenovány a vloženy do přílohy.

K nahlédnutí poskytla pěstounka pouze jednu zprávu z PPP vyhotovenou na konci 9. ročníku základní školy, druhou zprávu z doby přestupu mezi středními školami jsem získala ze školního spisu žáka. Nejužší byla spolupráce se skupinovou vychovatelkou žáka, která ochotně odpovídala na veškeré doplňující otázky, doptávala se ochotně pěstounky a upřesňovala odpovědi, které nebyly jednoznačné.

## 5.1 Rodinná a osobní anamnéza

Adolescentovi je 19 let, narodil se v prosinci 2003 jako poslední z pěti chlapců. Není známo, zda se jednalo o sledovanou graviditu, ani jaký byl její průběh. Matka byla během těhotenství silná kuřačka. Přestože se chlapec narodil fyziologickým porodem jako hypotrofický a rizikový novorozenec s váhou 2 480 g a délkou 46 cm, jeho poporodní adaptace byla dobrá. O biologických rodičích nejsou k dispozici téměř žádné informace. Znamé je pouze to, že matka byla negramotná, podepisovala se třemi křížky. Otec se do péče o děti nezapojoval, opakovaně byl ve výkonu trestu odnětí svobody za krádeže. Dítě bylo matce odebráno ve třech měsících věku pro zanedbávání a nezvládání péče. Chlapec byl umístěn do kojeneckého ústavu. Také všichni jeho sourozenci prošli ústavními zařízeními, žádné bližší informace však o nich nejsou dostupné.

V kojeneckém ústavu se chlapec nacházel až do svých třetích narozenin. V prosinci 2006 byl svěřen do pěstounské péče. Z ústavního zařízení nejsou k dispozici žádné relevantní informace o psychomotorickém vývoji dítěte. Dle vyjádření pěstounky bylo dítě v tak špatném stavu, že zvažovala podání trestního oznámení za zanedbání péče. Chlapec měl celodenně pleny, trpěl mnoha alergiemi psychosomatického původu. Pro svoji nadměrnou živost byl trvale zavřený v postýlce, kde měl údajně dle sdělení sociální pracovnice své teritorium.

Na pěstounskou rodinu měl chlapec štěstí. S pěstounkou má vytvořený velmi pěkný vztah, oslovuje ji a mluví o ní jako o mamince. Velmi mu na ní záleží a je jediná osoba, která na něj platí, pokud je třeba řešit jakékoliv problémy. Pěstounka dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou. Pěstounství se věnuje na plný úvazek, v péči má ještě další tři děti. Žije s nimi sama ve velkém vlastním domě se zahradou. Nejstarší dívka studuje na gymnáziu a domů jezdí nepravidelně. O rok a půl mladší chlapec je tělesně postižený, má centrální hypotonický svalový syndrom a je též žákem SOŠ. Nejmladší devítiletá dívka navštěvuje základní školu. Chlapci mají společný pokoj,



dívky také. Ekonomická situace rodiny je dobrá, vztahy mezi dětmi popisuje pěstounka jako harmonické. Adolescent je již druhým rokem během týdne ubytován na internátě, na víkendy přijíždí domů. Letos sdílí pokoj se svým mladším bratrem, který navštěvuje nižší ročník jiného oboru na stejné škole. Chlapci spolu mají hezký vztah, dávají přednost komunikaci mezi sebou, ale oba se snaží zapojovat do různých mimoškolních aktivit a komunikovat i s ostatními žáky.

Prarodiče jsou již po smrti, babička údajně s pěstounstvím chlapce nesouhlasila. Adolescent si situaci dobře uvědomuje a přestože ho odmítání babičky mrzí, měl ji rád. Širší rodina ve styku s pěstounskou rodinou není. Pěstounka dbá, aby děti získaly co nejvíce kompetencí do samostatného života. Rodina má hodně domácích zvířat – psa, dvě kočky, morče, králíky, slepice a ovce. Každé z dětí odpovídá za své vlastní zvíře. Adolescent pečuje o morče, pravidelně ho krmí, venčí a čistí mu terárium. Každé dítě má též stanovené domácí povinnosti – úklid vlastních pokojů, společné prostory se dělí mezi všechny děti. Adolescent pravidelně omývá schody, štípe dřevo, skládá uhlí, odpovídá za chlapské práce a dělá spíše práce okolo domu, bratr není schopen zastat fyzické práce pro svůj zdravotní stav. Pokud jsou doma, musí se denně zapojit do chodu domácnosti.

Rodina spolu často tráví čas, pravidelně jedí u společného stolu. Slaví všechny svátky a narozeniny. Občas podnikají výlety, pěstounka je navrhuje častěji, ale dětem se většinou nechce, a tak je nenutí. Každý rok jezdí na společnou dovolenou buď k moři nebo po Čechách a Moravě. Volný čas tráví adolescent v garáži, kde montuje různé součástky a vymýšlí, co zkusí vyrobit. Má jednu kamarádku, se kterou chodí rád ven. Navštěvovat doma se ale nesmí, ani jedni rodiče to nepodporují. Pokud jde ven, pěstounka ho často kontroluje, má obavy z místních part a mládeže závislé na psychotropních a omamných látkách, která se hojně schází v parcích.

## **5.2 Školní anamnéza**

Do mateřské školy nastoupil chlapec v září 2008 v téměř pěti letech. Byl velmi živé dítě, již v tomto věku mu byla diagnostikována ADHD. Na doporučení dětského psychiatra požádala pěstounka o odklad povinné školní docházky. Školní nezralost se projevovala celkovým opožděním, chlapec byl ve všem velmi pomalý. Byla mu diagnostikována narušená komunikační schopnost, špatně artikuloval, měl chybnou výslovnost, nedařilo se mu skládat věty. Měl velké problémy s motorikou, především



jemnou a obtíže mu činil správný úchop psacího náčiní. V péči PPP byl od předškolního věku, první vyšetření proběhlo v únoru 2011 před nástupem do základní školy.

Povinnou školní docházku zahájil v září 2011 v téměř osmi letech na velké základní škole. Od prvního ročníku byl medikován kvůli obtížím s pozorností a hyperaktivitou, bez medikace není schopen školu navštěvovat. Z důvodu nezvládnutí učiva bylo nutné první ročník opakovat. Již po prvním ročníku mu byla v červenci 2012 diagnostikována lehká mentální retardace. Na základě vyšetření byla chlapci přiznána podpůrná opatření třetího stupně, byla stanovena potřeba přítomnosti asistenta pedagoga. Poté přestoupil do Montessori Základní školy malotřídního typu znovu od prvního ročníku. Podle pěstounky byl v té době drobný, bojácný, uzavřený chlapec, který se styděl vyjadřovat, s návštěvami logopedie se jeho stav postupně zlepšoval. Na logopedii pravidelně docházel od prvního do čtvrtého ročníku. Celkem proběhlo 11 vyšetření v PPP, opakovanými vyšetřeními byla potvrzena diagnóza lehké mentální retardace, středně závažné poruchy chování a mírné narušení komunikační schopnosti.

Z důvodu nezvládnutí učiva běžné základní školy přestoupil od druhého stupně do základní školy speciální, kde byl vzděláván podle Školního vzdělávacího programu Škola pro život. Cílem bylo připravit ho na praktický život a budoucí uplatnění v profesním životě. Výstupy ze vzdělávání byly upraveny podle minimálních výstupů Rámcového vzdělávacího programu (dále RVP) pro základní vzdělávání ve všech předmětech, ve kterých nebyl schopen zvládnout učivo v běžném rozsahu RVP. Druhý cizí jazyk byl nahrazen rozvojem komunikačních dovedností v Českém jazyce. Celkem absolvoval deset let školní docházky. Následně mu bylo v PPP doporučeno volit s ohledem na míru postižení obor E.

V září 2021 nastoupil adolescent na SOU, obor E Opravářské práce. V tomto oboru nezvládal praxe, měl časté konflikty s mistrem odborného výcviku a následně s ředitelem. V listopadu 2021 požádala pěstounka o přestup na SOŠ. Škola umožnila přestup podle volné kapacity, zvolen byl tedy obor E Dlaždičské práce. Tento výběr není příliš šťastný, adolescenta obor nebaví, do školy nechodí rád, ve výuce nespolupracuje, hodnocení má podprůměrné. Na internát se netěšil, bál se neznámého prostředí. K adaptaci potřeboval delší dobu, trpěl častými záchvaty vzteku. Svévolně opouštěl internát mimo osobní volno, měl velký problém se začleněním do širšího kolektivu. Často byla situace natolik náročná, že si pro něho pěstounka radši přijela a nechala ho několik dní doma. Nyní se na internátu cítí dobře, postupně se naučil respektovat

nastavená pravidla a způsob vyhovujícího chování k vychovatelům a ostatním žákům. Je třeba stálý dozor nad úklidy a je velice těžké ho přesvědčit k doučování a přípravě na vyučování. Časově plánované akce je nutné připomínat, vše v klidu vysvětlit, trpělivě, s důslednou kontrolou. Jediný možný přístup je klidné jednání, platí na něj domluva a dohoda, kterou je schopen akceptovat. Všechny osoby podílející se na výchově a vzdělávání nahlízejí na situaci adolescenta podobně.

Velmi výstižně ji shrnuje třídní učitelka: Žák byl z počátku tichý, s nikým nechtěl příliš komunikovat, na spolužáky bez zjevného důvodu slovně útočil. Pokud má dobrou náladu, je přátelský, vtipkuje a vyhledává jejich pozornost. Pokud je ve špatném rozmaru, nesmí na něj nikdo ani promluvit. Přístup k autoritě má žák velmi negativní. Jakmile je na něj vyvinutý tlak, byť dobře míněný, ze situace rozčileně utíká. Netají se tím, že ho škola nebaví a kdyby to nevyžadovala matka, již by v ní dávno nesetrvával. Jeho vztah k učivu je bohužel také z velké části negativní, je snadno unavitelný, odmítá plnit zadané úkoly, nenosí pomůcky a sešity, odmítá psát do sešitu, rýsovat, číst, k vyučujícím a spolužákům bývá verbálně hrubý, vulgární. Největším problémem ve vzdělávání žáka je jeho nízká motivace. Ve dnech, kdy odmítá ve škole být, odmítá dělat v podstatě jakoukoli činnost bez ohledu na přístup vyučujícího či atraktivitu průběhu vyučování. Jde pak proti všem a všemu a ve vyučování setrvává jen proto, že se okamžitě kontaktuje matka. Ve třídě je pak bohužel do počtu, protože nespolupracuje. Někdy se stane, že vyučování svévolně opustí. Jako důvod uvede buď únavu, nebo rozčilení nad tím, že po něm vyučující požaduje plnění žakovských povinností.

Školní úspěchy žáka jsou velikou měrou zapříčiněny spoluprací všech, kteří se na jeho výchově a vzdělávání podílejí. Nebýt matky, pracovníků internátu, pedagogických pracovníků v teoretické výuce a odborném výcviku, vedení školy a jejich obrovské trpělivosti, již by žákem naší školy dávno nebyl. Přes veškerou práci, motivující přístup a velmi individuální péči se nepodařilo žáka motivovat natolik, aby školu navštěvoval rád. Tudíž je jeho vzdělávání víceméně utrpení pro všechny zúčastněné. Žáka žádná výchovná opatření nezajímají, vztahuje je na sebe jako útok a nespravedlivá obviňování. Přestože mu postupně byla udělena všechna výchovná opatření až po podmíněčné vyloučení, nerozumí nutnosti dodržování školního řádu a v podstatě odmítá veškerá pravidla. Chce si dělat jen to, co ho aktuálně zajímá a na co má náladu. Když s ním člověk komunikuje laskavě a přátelsky, tak neútočí, nechá si

spoustu věcí vysvětlit, ale po chvíli se chová, jako by žádný rozhovor neproběhl. Z pohledu pedagogického přístupu na něj nejčastěji platí laskavá důslednost, bohužel však ani tento přístup na žáka nepůsobí stoprocentně.

## 6 Diagnostické metody

Chlapec není příliš komunikativní, proto jsem mezi výzkumné metody vybrala analýzy projevů, konkrétně nedokončené věty a koláč radostí a starostí. Cílem těchto metod bylo získat více informací o vnitřních motivacích adolescenta, o způsobu, jakým se zamýšlí nad svým životem a jaký má náhled na svoji situaci. Diagnostika poslouží k přesnější prognóze dalšího vývoje adolescenta.

Vzhledem k tomu, že adolescent velmi nepříznivě reaguje na jakékoliv změny a neočekávané situace, bylo potřeba spolupráci s ním předem dobře připravit. Ujistit ho, že pěstounka souhlasí, uklidnit ho, že se nejedná o nic náročného, složitého, ani hodnoceného. Dále jej ubezpečit, že společná činnost je nepovinná, že ji může kdykoliv přerušit a odejít. Přestože jsme byli dobře připravení, do poslední chvíle nebylo jasné, zda v konkrétní den bude v přijatelné náladě a bude ochotný se na diagnostice podílet. Od pěstounky jsem dostala informaci, že pokud mu něco slíbím, naváže spolupráci ochotněji. Tento způsob motivace mi nepřišel nejvhodnější. Chtěla jsem, aby se chlapec rozhodl sám za sebe a účastnil se dobrovolně. Pokud by se rozhodoval pod tlakem, byť slíbené odměny, podepsalo by se to na atmosféře při diagnostice.

Schůzku jsme naplánovali na únorové úterní odpoledne, dle skupinové vychovatelky se chlapec těšil a opakovaně se vyptával, kdy už přijdu a zda už je čas. Setkání tedy proběhlo v klidné atmosféře, bez jakýchkoli afektů. Adolescenta jsem nejprve seznámila tím, že nás čekají tři společné úkoly. Vysvětlila jsem mu, že na každý bude mít tolik času, kolik bude potřebovat. Před započítím práce jsem na stůl připravila také tři velké čokoládové bonbony, za každý splněný úkol jeden. Věděla jsem, že je snadno unavitelný a předpokládala jsem, že by nemusel udržet dostatek pozornosti a motivace k dokončení práce.

### 6.1 Nedokončené věty

Patří mezi tzv. slovně asociační projektivní techniky. Tuto metodu lze využít také jako analýzu projevů s projektivním charakterem. Doplnění vět lze použít u dětí

i dospělých až na určitém vývojovém a mentálním stupni. Je nutno tuto techniku stejně jako další projevy doplnit metodou rozhovoru a pozorováním. Lze doporučit maximálně 10–12 vět (Švingalová 2004, s. 32).

V této technice je možné spatřovat především zdroj hypotéz a námětů pro rozhovor, nikoli dalekosáhlých zjištění. Dokončené věty mohou doplnit informace, které jsme v jiných technikách nezachytili (Švingalová 2004, s. 34).

Nedokončené věty (Příloha č. 5) jsem s ohledem na rozsah vybrala k vyplňování jako první. Předem jsem zvolila 15 vět, které jsem kvůli přehlednosti rozčlenila do tří bloků po pěti větách. Účelem bylo zjistit aktuální stav, pocity a vnitřní postoje adolescenta.

Věty doplňoval tiskacím písmem, z počátku byla cítit nejistota a nedůvěra. Text vyplňoval tak, abych neviděla, co píše, přestože věděl, že ho budeme později společně procházet. Částečně se odklonil na bok a zároveň text stínil druhou rukou. Odsunula jsem se tedy do větší vzdálenosti, abych mu poskytla více prostoru. Počáteční nervozita později trochu ustoupila a adolescent již nebyl tak napjatý. K úplnému uvolnění ale nedošlo. Doplnění některých vět nedává úplný smysl, při následném rozhovoru došlo k upřesnění. Text je relativně dobře čitelný, obsahuje několik gramatických chyb.

## **6.2 Koláč radostí a starostí**

Jedná se o preferenční projektivní techniku. Poskytuje údaje o motivaci, náročných životních situacích, hodnotové orientaci jedince atd. (Švingalová 2004, s. 34).

Následně jsme pokračovali koláčem starostí (Příloha č. 6). Práci jsme zakončili koláčem radostí (Příloha č. 7). Zde již byla na adolescentovi patrná únava. Začal být netrpělivý, že práce nespěje ke konci. Koláč starostí rozdělil pouze na tři díly, koláč radostí na dva. Přestože měl instrukci, ať zkusí vypsát vše, co mu působí radost a starost, bylo vidět, že přemýšlet na těmito tématy je pro něj v tu chvíli příliš náročné. Více možností připsat nechtěl, rozhodl se, že mu to stačí takto.

## **6.3 Rozbor získaných dat**

Po doplňování vět a koláčů následovala společná diskuse nad jednotlivými archy. Na chlapci již byla patrná velká únava, odpovídal převážně v krátkých, stručných větách. U některých témat nebyl sdílný, u jiných se po chvíli více otevřel.

Z diskuse a následného vyhodnocení vyplynulo, že adolescent má vcelku reálný náhled na svoji současnou situaci. Uvědomuje si problémy, které mu působí jeho nevhodné, afektivní, případně vulgární chování. Chápe reakce svého okolí, zmiňuje hádky s pěstounkou kvůli svému chování ve škole. Uvádí, že často potřebuje, aby mu ostatní pomohli si uvědomit, že je hlučný nebo se chová nevhodně. Ohledně studia se zde projevuje velmi nízká motivace, neví, zda zvládne dostudovat. Situaci ve škole má tendenci zlehčovat, uvádí, že známky má dobré a že mu učení jde.

Uvědomuje si velkou hodnotu rodiny, často se trápí tím, že ho jeho rodina nechtěla. Jeho náročný start do života se odráží i zde, uvádí, že je mu moc líto dětí bez rodiny a v případě výhry by polovinu věnoval právě dětem bez domova. Svoji pěstounky si velmi váží, uvádí hezké vzpomínky na zážitky i drobné radosti, které se svou rodinou zažívá. V budoucnu by chtěl vést rodinný život, přemýšlí, zda bude schopen rodinu finančně zabezpečit, vydělat dost peněz na bydlení a ostatní potřeby. Vztahy s dívkami jsou pro něj velmi komplikované, kvůli svému problematickému chování zatím bližší vztah s dívkou nenavázal, přestože by o to moc stál. Neuspokojená touha po blízkosti v partnerském vztahu mu působí úzkosti, podrobněji o tomto tématu ale hovořit nechtěl.

#### **6.4 Opakované šetření**

Na opakovaném šetření jsme se s adolescentem domluvili v druhé polovině června před koncem školního roku a odjezdem na prázdniny. Zajímalo mne, jaké budou jeho odpovědi s odstupem čtyř měsíců. Jako první jsme opět zvolili nedokončené věty (Příloha č. 8), pokračovali jsme koláčem starostí (Příloha č. 9) a práci jsme zakončili koláčem radostí (Příloha č. 10). Tentokrát působil chlapec uvolněně, odpovědi vpisoval plynule a bylo na něm vidět, že k práci přistupuje s patřičnou vážností. Text je huře čitelný a objevuje se v něm několik gramatických chyb.

Z opakovaného šetření vyplývá, že adolescent stále vnímá školu jako neřešitelný problém. Uvádí, že ve škole nejčastěji myslí na to, že by byl radši doma a nejdůležitější je pro něj čas, kdy může ze školy odejít. Stále se projevuje jeho tendence utíkat od problémů, které neumí a nechce řešit jiným způsobem. Prospěch má opět sklon zlehčovat, pochválil by se za dokončení ročníku. Do odpovědi se i nyní promítají obtíže ve vztazích s okolím. Často čelí provokacím od svých vrstevníků, spolužáci mu dávají nevhodné přezdívky. Trápí ho, že nemůže být sám sebou (myslí tím mluvit sprostě,

křičet, kdy chce, dělat si, co chce apod.). Také mu nevyhovuje, že se musí přizpůsobovat ostatním a prostředí, ve kterém se nachází. Zároveň ho ale mrzí reakce ostatních na jeho nevhodné chování, které však nechce ani korigovat, ani měnit. Dále uvádí, že má rád chvíle, kdy je sám a nikdo ho nevyrušuje. Zároveň to však jsou chvíle, kdy bývá smutný právě z toho, že je sám.

Nejvíce obav mu přináší jeho budoucnost. Doufá, že po ukončení studia bude mít možnost zůstat bydlet u své pěstounky. Chtěl by si najít dobře placenou práci a časem se osamostatnit. V případě výhry by investoval peníze do zřízení živnosti. Také se stále snaží navázat vztah s nějakou dívkou, zatím neúspěšně. Největším přáním zůstává mít v budoucnu rodinu.

## **Navrhovaná opatření**

Je velmi důležité, aby si adolescent uvědomil, že je již dospělý a nese za sebe, svá rozhodnutí a všechny své činy odpovědnost. Že to, co udělá, ovlivní nějakým způsobem jeho budoucnost. Je třeba, aby si uvědomil, že plnohodnotné prožití života je v přímé souvislosti s tím, jak se mu podaří začlenit do společnosti, v současné době do kolektivu spolužáků a spolubydlících, v blízké budoucnosti např. do kolektivu spolupracovníků v zaměstnání.

### **Opatření pro adolescenta**

Adolescentovi bych doporučila zapojovat se co nejvíce do společných aktivit ve škole, na internátu i v místě bydliště a pracovat tak na rozvoji svých sociálních dovedností. Je nezbytné zamyslet se nad eliminací neadekvátních způsobů řešení konfliktních situací a sebezpozování se v kolektivu. Namísto útoků a útěků ze situace volit jiná, vhodnější řešení. Také je třeba naučit se zvládat emoční napětí účinnými způsoby, např. relaxací, meditací, dechovým cvičením a dalšími vhodnými technikami. Začít aktivně naplňovat svůj volný čas, trávit méně času na mobilním telefonu a místo toho zkoušet nové fyzické aktivity, při kterých vybijí přebytečnou energii a zároveň si zlepši koncentraci a posílí své sebevědomí.

### **Opatření pro rodinu**

Základním předpokladem pro lepší začlenění adolescenta do třídního kolektivu je pracovat na změně jeho přístupu ke škole. Pěstounka by měla nastavit jasná opatření v souvislosti se školní docházkou a pravidelnou domácí přípravou adolescenta na výuku, která v současné době neprobíhá. Za pomoci vhodné motivace (např. zájem, podpora, spoluúčast na vytváření a plnění dílčích cílů, ocenění) by se měla zaměřit na plnění školních povinností, důsledně na nich trvat a zároveň posilovat adolescentovu odpovědnost a samostatnost. Minimálně ze začátku je vhodné nabídnout pomoc se zvládnutím učiva.

V rodině je třeba nastavit pravidelný denní režim a jasná pravidla pro výchovu. Bylo by vhodné, aby pěstounka zapojila adolescenta zábavnou formou do společných činností v domácnosti, např. do společného vaření. Moc rád by se naučil vařit, ale pěstounka mu zatím tyto činnosti neumožnila. Pro svůj budoucí samostatný život bude

tuto důležitou schopnost potřebovat, zároveň se tím posílí jeho sociální pozice v rodině a zvýší se mu sebevědomí. Dále je vhodné věnovat adolescentovi více času a cílené pozornosti, trávit společně čas při činnostech, které má adolescent rád – sledování filmů, poslech hudby. Hodně si s ním povídat a formovat jeho hodnotové postoje. Pokud bude jeho potřeba po pozornosti naplněna, nemusel by se ji snažit získávat nevhodnými způsoby.

Adolescenta je třeba podporovat ve smysluplném a efektivním trávení volného času. Podpořit jeho socializaci začleňováním do běžného kolektivu, například formou různých sportovních činností, pohybových kroužků apod. Důležité je také aktivně hledat v jeho okolí vhodné mužské vzory a s velkou dávkou empatie pracovat na zlepšení vztahu k autoritám. Osvědčit by se mohla spolupráce formou kutilství v dílně nebo v garáži, kde adolescent tráví hodně času.

Na závěr bych doporučila zajistit adolescentovi psychologickou péči, která mu může pomoci k získání vlastní stability a jistoty v sociálních vztazích a vyrovnat se s pocity vlastní nedostatečnosti. Také by se ve spolupráci s psychologem mohl naučit vhodné techniky zvládnání svých negativních emocí a nacvičit adekvátní reakce v konfliktních situacích.

### **Opatření pro školu, internát**

Pro lepší začlenění adolescenta do kolektivu je rozhodující sjednotit výchovný postup všech osob zapojených do výchovy a vzdělávání, především mužských autorit, vůči kterým se adolescent vymezuje. Je nezbytné, např. pomocí supervizí si vzájemně poradit, jak reagovat na projevy adolescenta a jak je zvládat. Dále je klíčová systematická práce s celou třídou. Pro podporu socializace je vhodné zařazovat aktivity, které vyžadují spolupráci s ostatními žáky. Volit práci ve dvojicích či skupinách, případně výuku obohatit o stmelující a socializační techniky. Umožnit adolescentovi být součástí kolektivu. Je důležité, aby se mu dostalo pozitivní pozornosti, pochvaly, zažití úspěchu.

U adolescenta je třeba podporovat upevňování žádoucích návyků a rozvíjet pocit osobní odpovědnosti za vlastní jednání. Je vhodné ho směřovat především ke schopnosti lépe zvládat sociální kontakt s vrstevníky i autoritami a vést ho k zlepšování spolupráce. Učit ho dosahovat kompromisu a přijímat odlišné názory. Oceňovat a chválit dodržování pravidel, která je nutné trpělivě opakovat. V případě vyhrocené situace je



nezbytné nechat adolescenta nejdříve uklidnit, aby se dostal z afektu. Následně je třeba v klidu bez negativních emocí problematické chování a situace probrat. Vhodná řešení navrhnout tak, aby je chápal a mohl se spolupodílet na řešení problému.

### **Opatření pro budoucího zaměstnavatele**

Pokud bude adolescent schopen získat zaměstnání, bude se s největší pravděpodobností jednat o úvazek se zkrácenou pracovní dobou. V každém případě bych doporučila volit menší, stabilní kolektiv. Adolescentovi je vhodné přidělit zkušeného a klidného mentora, který bude umět vhodně reagovat na jeho projevy. Zároveň by měl být schopen ho nadstandardně motivovat a oceňovat i snahu a dílčí úspěchy. V případě možnosti volby bych dala přednost ženám, s kterými je adolescent schopen lépe spolupracovat.

Zaměstnavatel by měl také zohlednit jeho obtíže s pozorností, větší unavitelnost a pomalejší pracovní tempo. Zcela nevhodné je vytvářet tlak na výkon. Úkoly je nezbytné rozdělovat na dílčí cíle, umožnit časté střídání jednotlivých činností a pravidelné přestávky.

## Závěr

Závěrečná práce se věnovala adolescentovi s lehkou mentální retardací, kterému byla současně diagnostikována ADHD. Jejím cílem bylo zjistit možnosti začlenění tohoto adolescenta do kolektivu.

V teoretické části byl představen pojem mentální retardace. Byla zde popsána její etiologie, diagnostika, klasifikace a objasněny možnosti vzdělávání žáků s mentální retardací. Též byla blíže definována kategorie lehké mentální retardace a vysvětleny pojmy ADHD a CAN. Dále bylo vymezeno období adolescence a nastíněny obtíže, které znevýhodnění adolescenti překonávají. Teoretická část byla vytvořena na základě studia odborné literatury.

Praktická část závěrečné práce byla zpracována formou kazuistiky. Jejím podkladem byla osobní, rodinná a školní anamnéza, dále anamnestické dotazníky pro osoby odpovědné za výchovu a vzdělávání adolescenta a doplňující rozhovory s adolescentem a skupinovou vychovatelkou. Použity byly metody analýzy projevů – nedokončené věty a koláč radostí a starostí. Smyslem použití těchto metod bylo získat více informací o vnitřních motivacích adolescenta a jeho náhledu na situaci. Diagnostika posloužila k přesnější prognóze dalšího vývoje adolescenta. Získaná data byla poté analyzována a na základě zjištěných informací byla navržena opatření, která by mohla vést k efektivnějšímu začlenění jedince do kolektivu.

Z anamnéz vyplývá, že genetické predispozice i náročný start do života plný citové deprivace chlapce velmi poznamenaly. Ani láskyplnou péčí a zázemím, které našel v rodině pěstounky, se nepodařilo úplně vyvážit znevýhodnění, které mu přinesla také kombinace lehké mentální retardace a středně závažné poruchy chování. Obtíže, které chlapci působí, ztěžují jeho adaptaci na běžné denní podmínky a přímo ovlivňují jeho začleňování do širšího kolektivu.

Z anamnestického šetření vyplývá, že relativně dobře dokáže adolescent fungovat v prostředí, kde autorita, ideálně ženského pohlaví, dokáže vnímat jeho rozpoložení a předcházet konfliktům a výbuchům vzteku. Dobře také reaguje na velmi individuální, klidný přístup plný empatie a pochopení. Adolescent dokáže reflektovat problémy, které často způsobí jeho afektované reakce a nevhodné chování. Po intervenci se dokáže omluvit a uznat, že byly jeho reakce přehnané. Vzhledem k tomu, že má velké obtíže s respektováním a dodržováním pravidel, dostává se

opakovaně do obdobných konfliktních situací a střetů jak s autoritami, tak jinými osobami, které ho nějakým způsobem dráždí. Adolescent nemá žádnou motivaci ke změně projevů svého chování a způsobu komunikace. Kázeňská opatření nemají žádný efekt, k nápravě jeho chování nedochází. V současné době není situace ve škole dobrá, v září 2023 obdržel opakovaně podmíněčné vyloučení za konflikt s mistrem odborného výcviku, na kterého vulgárně křičel, následně přešel plot a svévolně opustil místo praxe. Zůstává tedy stále otázka, zda se mu s tímto přístupem k výuce podaří úspěšně dokončit studium a zda vůbec bude schopen získat kvalifikaci v podobě výučního listu.

Na základě popsaných skutečností se domnívám, že možnosti začlenění adolescenta do kolektivu jsou značně omezené. Omezení vyplývají z jeho postoje k situaci, kdy je sice část svých problémů schopen reflektovat, chybí ale síla a vůle své chování a způsob komunikace vhodně změnit nebo korigovat. Doporučená opatření by i tak měla pomoci lepšímu začlenění adolescenta do kolektivu. Nutná však bude nejen spolupráce, ale i vysoké osobní nasazení všech zúčastněných.

## Seznam použité literatury

- BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.
- FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
- MKN-10, 2023. F70-F79 – Mentální retardace. In: *MKN-10* [online]. [vid. 3. 5. 2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>
- MKN-10, 2023. F90.0 – Porucha aktivity a pozornosti. In: *MKN-10* [online]. [vid. 3. 5. 2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F90.0>
- NÝVLTOVÁ, V., 2008. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-48-8.
- ŠVINGALOVÁ, D., 2004. *Teorie a praxe případové práce ve speciální pedagogice*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-819-1.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., a kol., 2018. *Mentální postižení*. 2., přepr. a aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.
- Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Zákony pro lidi* [online]. [vid. 3. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Zákony pro lidi* [online]. [vid. 3. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561#cast1>
- ZÁVĚRKOVÁ, M., 2018. *O ADHD v dospívání a dospělosti*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88290-07-0.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Anamnestický dotazník

Příloha č. 2 – Dotazník pro skupinového vychovatele

Příloha č. 3 – Dotazník pro mistra odborného výcviku

Příloha č. 4 – Dotazník pro třídního učitele

Příloha č. 5 – Nedokončené věty I.

Příloha č. 6 – Koláč starostí I.

Příloha č. 7 – Koláč radostí I.

Příloha č. 8 – Nedokončené věty II.

Příloha č. 9 – Koláč starostí II.

Příloha č. 10 – Koláč radostí II.

# Příloha č. 1 – Anamnestický dotazník

## Anamnestický dotazník

Z důvodu ochrany osobních údajů prosím v dotazníku neuvádějte žádná jména, názvy škol, data pouze ve formátu 3/2014 apod.

### Osobní anamnéza:

měsíc/rok narození: **12/2003**

pořadí těhotenství/porodu matky: **5.**

kontrola gravidity: matka vedena v poradně / nesledované těhotenství / **není známo**

průběh gravidity: fyziologický / rizikový / **není známo**

během gravidity matka: **kouřila** / požívala alkohol / brala drogy / jiné problémy / není známo  
.....**silný kuřák**.....

způsob porodu: **fyziologický** / předčasný / vyvolaný / operativní / není známo

porodní délka: **46 cm**

porodní váha: **2480 g**

poporodní adaptace: **dobrá** / s komplikacemi

poporodní komplikace: kříšení / silná novorozenecká žloutenka / křeče / dechové potíže / jiné potíže...**dle péče odborného lékaře – rizikové dítě, hypotrofie – uvedeno v očkovacím průkazu**.....

prodělaná onemocnění (léčba, medikace, operace, úrazy, rehabilitační cvičení, hospitalizace, diety):.....**x**.....

sledování specialistou: **nevím**

vrozené vývojové vady: **x**

smyslové vady: **x**

odborná, genetická vyšetření: **x**

raný vývoj (věk dítěte udávejte v měsících): **x**

první kroky, samostatná chůze: **x**

první slovo s významem: **x**

první věty: **x**

bez plen noc/den: **pleny do tří let celodenně!! poté převzat k nám do rodiny**

dítě: klidné / středně živé / **nadměrně živé**

poznámky: **ústavní působení – prakticky 3 roky zavřený v postýlce pro svou živost – dle sdělení sociální pracovnice tam měl svoje teritorium (strašné!!!)**

**Alergie – psychosomatického původu – dítě v tak špatném stavu, že jsem zvažovala podání trestního oznámení**.....

## Rodinná anamnéza:

současná rodina: úplná / **neúplná – žiji s dětmi sama**

biologická / **pěstounská** / adoptivní / jiné:

rodiče ve společné domácnosti: žijí / **nežijí – dítě v péči: matky / otce / jiné osoby:**

vzdělání matky: **středoškolské s maturitou** / bez maturity / vysokoškolské/bez vzdělání /jiné:

současné povolání: **pěstounka se 4 dětmi**

vzdělání otce: středoškolské s maturitou / bez maturity / vysokoškolské / bez vzdělání / jiné:

současné povolání: **x**

bytová situace rodiny, úroveň bydlení: **dům**

počet osob ve společné domácnosti: **5**

z toho nezaopatřených osob (dětí): **4**

vztahy mezi dětmi: **harmonické** / dysfunkční / konfliktní / jiné:

ekonomická situace rodiny (kde bydlí, vlastní pokoj dětí, finanční možnosti, hmotná nouze atp):.....**dobrá**.....

vztahy mezi rodiči: harmonické / dysfunkční / konfliktní / jiné: **x**

měsíc/rok odebrání dítěte z biologické rodiny:

důvod: **3. měsíc po narození – matka nezvládala, všichni sourozenci v ústavních zařízeních** .....

následné umístění (počet měsíců pobytu dítěte):

kojenecký ústav: **ano do tří let**

dětský domov:

jiné:

měsíc/rok umístění dítěte do pěstounské rodiny: **12/2006**

měsíc/rok umístění sourozence dítěte do pěstounské rodiny: **x**

diagnóza, obtíže sourozence: **x**

počet biologických sourozenců: dívky:...**0**..... chlapci:...**4**.....

zdravotní znevýhodnění, diagnózy, závislosti, antisociální činnost, psychická či jiná

onemocnění sourozenců:.....**není známo**

zdravotní znevýhodnění, diagnózy, závislosti, antisociální činnost, psychická či jiná

onemocnění rodičů:...**není známo, ale matka těžce negramotná, podpis tři křížky apod.**



biologická matka: **x**

dosažené vzdělání/povolání: **x**

zdravotní stav: **x**

biologický otec: **opakovaně trestán za krádeže**

dosažené vzdělání/povolání: **x**

zdravotní stav: **x**

### **Školní anamnéza:**

rok zahájení **předškolní docházky: 9/2008 (4 a ¾ let)**

problémové oblasti ve vzdělávání (činnosti, chování apod.): **ADHD – porucha aktivity, pozornosti, s hyperaktivitou, velice živé dítě.....**

zájmy, přednosti dítěte: **hraní s panáčky, lego, televize, pohádky.....**

odklad školní docházky: **ano/ne 10 let školní docházka**

rok zahájení **školní docházky: 9/2011 (7 a ¾ let)**

opakování ročníku: **ano/ne** důvod, v kterém ročníku: **1. ročník běžná ZŠ opakován jinde**

přestup, přeřazení: **ano/ne** typ školy, důvod: **stěhování 2012 - znovu 1. ročník Montessori**

vzdělávací program: **1.-5. třída Montessori, druhý stupeň speciální škola**

podpůrná opatření: **ano/ne** PO 1-5: **3**

individuální vzdělávací plán: **ano/ne**

asistent pedagoga: **ano/ne** **asistenta jsem dělala já osobně 2 roky**

problémové oblasti ve vzdělávání (předmět, činnosti, chování apod.): **udržení pozornosti, medikován od 1. třídy, bez medikace nelze navštěvovat školu .....**

zájmy, přednosti dítěte: **milý, drobný chlapec, bojácný, uzavřený, stydlivost se vyjadřovat, postupně se zlepšoval, návštěva logopedie.....**

rok zahájení **středoškolského vzdělávání: 9/2021 (17 a ¾ let)**

opakování ročníku: **ano/ne** důvod, v kterém ročníku:

přestup, přeřazení: **ano/ne** typ školy, důvod: **v 1. ročníku změna oboru, přestup 11/2021**

vzdělávací program: **střední odborná škola, obor E**

podpůrná opatření: **ano/ne** PO 1-5: **3**

individuální vzdělávací plán: **ano/ne**

asistent pedagoga: **ano/ne**

problémové oblasti ve vzdělávání (předmět, činnosti, chování apod.): **hlavní problém je v přijímání autorit, chování, změny celkově působí negativně.....**



zájmy, přednosti dítěte: **rád maluje, vyrábí z keramiky, lego, televize, playstation, mobil**

vztah dítěte k učivu: baví ho / **nebaví ho** / učí se sám / těší se do školy **ale snaží se, někdy je to horší, někdy dle nálady a situace lepší**

k učitelům: **dobrý**

ke spolužákům: **dobrý**

spolubydlícím: **dobrý**

vychovatelům: **dobrý**

prospěch: výborný / **průměrný** / podprůměrný

jak reaguje dítě na změny, co pomáhá: **špatně – poté vše odmítá, je zaseklý, ale komu důvěřuje, dá se přemluvit.....**

jaký styl komunikace se osvědčuje při práci s dítětem: **vše po dobrém, jakmile nastoupí musíš, tak je to špatně – vidím problém v komunikaci.....**

jaká výchovná opatření považujete vy/vaše dítě jako účinná: **domluva + dohoda – je schopen přijmout opatření, ale musí souhlasit.....**

jakou budoucnost byste si pro své dítě přála: **přála bych si, aby byl schopen žít samostatný život, žil slušný život dle svých přání.....???**

jakým způsobem můžete vy/my pomoci vašemu dítěti se lépe adaptovat v kolektivu, případně se dobře začlenit do společnosti: **myslím, že se všichni snažíme na maximum a za to děkuji. Je to těžké, ale věřím, že to není zbytečné, 3 roky v ústavu ho maximálně poznamenaly negativně. Děkuji.....**

## **Příloha č. 2 – Dotazník pro skupinového vychovatele**

Adolescent s lehkou mentální retardací a poruchou pozornosti s hyperaktivitou

### **Výchozí situace, stav adolescenta při nástupu na internát.**

Chlapec trpěl častými záchvaty vzteku – svévolně opouštěl internát mimo osobní povolené volno, měl velký problém se začleněním do širšího kolektivu.

### **Průběh adaptace na prostředí, kolektiv, autoritu učitele, vychovatele a dalších pedagogických pracovníků. Jak adolescent reaguje na změny. Jeho vztah k učivu, výchovné činnosti, spolužákům.**

Chlapec potřeboval delší dobu k adaptaci, především ke schopnosti dodržovat režim internátu, který je rozdělen do časových úseků. Postupně se však žák ztotožnil s vnitřním řádem a začal se zapojovat do různých mimoškolních aktivit.

### **Jaké jsou problémové oblasti ve vzdělávání (předmět, činnosti, chování apod.). Jaké jsou slabé stránky adolescenta, které ovlivňují jeho chování a výkon ve výuce, při výchovné činnosti. Jaké jsou aktuální problémy, které se přes opatření nedaří zvládat, co se ukázalo jako nefunkční.**

Chlapec má časté výkyvy nálad, je emočně nestabilní. Často jedná afektovaně, své chování si však uvědomí a bez napomenutí se přijde omluvit. Jediný možný přístup je klidné jednání, platí na něj domluva. Vše v klidu vysvětlit, trpělivost, důsledná kontrola.

Úkoly je potřeba zadávat jednotlivě a po splnění jednoho úkolu je možné zadat druhý. Časově plánované akce je nutné připomínat – včetně včasného odchodu do školy. Je třeba stálý dozor nad úklidy. Je velice těžké ho přesvědčit k doučování a k přípravě na vyučování.

### **Jaké jsou silné stránky adolescenta, na kterých lze stavět. Jakých úspěchů bylo dosaženo, co se povedlo, co se daří zvládat. Jaká výchovná opatření považujete za účinná, která pravidla fungují. Jaký styl komunikace se osvědčuje při práci s adolescentem.**

Pokud žák zjistí, že na něj není kladen nátlak a řešení přichází bez důrazných emocí, je schopen v klidu naslouchat a plnit si svoje povinnosti. Žák přestal svévolně opouštět internátní zařízení. Pokud ho nějaká činnost zaujme, je velice ochotný spolupracovat. Lépe se začleňuje do většího kolektivu.

### **Příloha č. 3 – Dotazník pro mistra odborného výcviku**

Adolescent s lehkou mentální retardací a poruchou pozornosti s hyperaktivitou

**Výchozí situace, stav adolescenta při nástupu do školy.**

**Průběh adaptace na prostředí, kolektiv, autoritu učitele, vychovatele a dalších pedagogických pracovníků. Jak adolescent reaguje na změny. Jeho vztah k učivu, výchovné činnosti, spolužákům.**

Adolescent nemá respekt vůči mužské autoritě. Jeho vztah k spolužákům je různorodý. A po čase ho mají spolužáci dost.

**Jaké jsou problémové oblasti ve vzdělávání (předmět, činnosti, chování apod.). Jaké jsou slabé stránky adolescenta, které ovlivňují jeho chování a výkon ve výuce, při výchovné činnosti. Jaké jsou aktuální problémy, které se přes opatření nedaří zvládat, co se ukázalo jako nefunkční.**

Adolescent nemá respekt vůči mužské autoritě. Jeho náladovost je jak na houpačce a mění se z hodiny na hodinu .

**Jaké jsou silné stránky adolescenta, na kterých lze stavět. Jakých úspěchů bylo dosaženo, co se povedlo, co se daří zvládat. Jaká výchovná opatření považujete za účinná, která pravidla fungují. Jaký styl komunikace se osvědčuje při práci s adolescentem.**

Silných stránek moc není a nedá se na nich stavět. Adolescent vyloženě nechce zvolený obor dělat.

Pomáhá komunikace s matkou. Která mu může kdy zavolat a řešit s ním aktuální problém popřípadě ho zklidnit.



## Příloha č. 4 – Dotazník pro třídního učitele

Adolescent s lehkou mentální retardací a poruchou pozornosti s hyperaktivitou

### **Výchozí situace, stav adolescenta při nástupu do školy.**

Žák nastoupil do 1. ročníku oboru Dlaždičské práce v listopadu školního roku 2021/22. Konkrétně do třídy vzniklé spojením dvou oborů – zednické a dlaždičské práce. Důvodem pozdějšího nástupu byl přestup z jiného SOU, kde navštěvoval obor Automechanik. Dle matky byl na původním oboru šikanován spolužáky.

### **Průběh adaptace na prostředí, kolektiv, autoritu učitele, vychovatele a dalších pedagogických pracovníků. Jak adolescent reaguje na změny. Jeho vztah k učivu, výchovné činnosti, spolužákům.**

Žák se do kolektivu třídy adaptoval poměrně rychle. Ze začátku byl tichý a s nikým nechtěl příliš komunikovat. Spolužáci své snahy o navázání kontaktu po čase vzdali, protože na ně začal slovně útočit a to bez zjevného důvodu. Třída během 1. ročníku výrazně prořídla, do 2. ročníku postoupilo celkem 7 žáků. Postupem času se spolužáky navázal vztah takový, že pokud má dobrou náladu, je přátelský, vtipkuje a vyhledává pozornost spolužáků. Pokud je ve špatném rozmaru, nesmí na něj nikdo ani promluvit. Přístup k autoritě má žák velmi negativní. Jakmile je na něj vyvinutý tlak, přestože je dobře míněný, ze situace rozčileně utíká. Potřebuje dostatek času, velmi trpělivě a důsledně vedený přístup všech, kteří se na jeho edukaci podílejí. Jeho vztah k učivu je bohužel také z velké části negativní, velmi často odmítá plnit zadání, je snadno unavitelný. Záleží opět na tom, jak přijde ráno do školy naladěný. Od toho se pak odvíjí jeho chování po celý čas vyučování. Netají se tím, že ho škola nebaví a kdyby to nevyžadovala matka, již by v ní dávno nesetřával.

### **Jaké jsou problémové oblasti ve vzdělávání (předmět, činnosti, chování apod.). Jaké jsou slabé stránky adolescenta, které ovlivňují jeho chování a výkon ve výuce, při výchovné činnosti. Jaké jsou aktuální problémy, které se přes opatření nedaří zvládat, co se ukázalo jako nefunkční.**

Největším problémem ve vzdělávání žáka je jeho nízká motivace. Ve dnech, kdy odmítá ve škole být, odmítá dělat v podstatě jakoukoli činnost bez ohledu na přístup vyučujícího či atraktivitu průběhu vyučování. Jde pak proti všem a všemu a ve vyučování setrvává jen proto, že se okamžitě kontaktuje matka. Ve třídě je pak bohužel do počtu, protože nespolupracuje. Někdy se stane, že vyučování svévolně opustí. Jako důvod uvede buď únavu, nebo rozčilení nad tím, že po něm vyučující požaduje plnění žákovských povinností.

Problémy s chováním žáka jsou průběžně stále stejné, odmítá plnit zadané úkoly, nenosí pomůcky, nenosí sešity, odmítá psát do sešitu, odmítá rýsovat, odmítá číst, k vyučujícím a spolužákům bývá verbálně hrubý, vulgární, odchází z výuky.

### **Jaké jsou silné stránky adolescenta, na kterých lze stavět. Jakých úspěchů bylo dosaženo, co se povedlo, co se daří zvládat. Jaká výchovná opatření považujete za účinná, která pravidla fungují. Jaký styl komunikace se osvědčuje při práci s adolescentem.**

Školní úspěchy žáka jsou velikou měrou zapříčiněny spoluprací všech, kteří se na jeho výchově a vzdělávání podílejí. Nebýt matky, pracovníků internátu, pedagogických pracovníků v teoretické výuce a odborném výcviku, vedení školy a jejich obrovské trpělivosti, již by žákem naší školy dávno nebyl. Přes veškerou práci, motivující přístup a velmi individuální péči se nepodařilo žáka motivovat natolik, aby školu navštěvoval rád. Tudiž je jeho vzdělávání víceméně utrpení pro všechny zúčastněné. Žáka žádná výchovná opatření nezajímají, vztahuje je na sebe jako útok a nespravedlivá obviňování. Přestože mu postupně byla udělena všechna výchovná opatření až po podmíněčné vyloučení, nerozumí nutnosti dodržování školního řádu a v podstatě odmítá veškerá pravidla. Chce si dělat jen to, co ho aktuálně zajímá a na co má náladu. Když s ním člověk komunikuje laskavě a přátelsky, tak neútočí, nechá si spoustu věcí vysvětlit, ale po chvíli se chová, jako by žádný rozhovor neproběhl. Z pohledu pedagogického přístupu na něj nejčastěji platí laskavá důslednost, bohužel však ani tento přístup na žáka nepůsobí stoprocentně.

## Příloha č. 5 – Nedokončené věty I.

# Nedokončené věty

Dokonči níže uvedené věty první myšlenkou, která tě napadne. Dlouho nepřemýšlej.  
Piš první myšlenku.

Myslím, že hodně lidí... *NEVĚŘÍ, JE SPRÁVNĚ CO SE MÁ DELAT A CO NE*

Moji kamarádi často... *ŠPATNÉ PŘIPOMÍNKY NA OSTATNÍ LIDI*

Naši si o mně myslí, že jsem... *MÁBOP A ŽE JSM HLUCNÝ*

Kdybych měl hodně peněz... *TAK BICH SI PŮŮKU NECHAL A PRUHOU BICH DAL NA <sup>POKOV</sup> PRO/PĚTCH <sup>BEZ POKOVU,</sup>*

Když myslím na školu, tak... *MÁM V SOBĚ JINČ' HAPČENKY*

Nejvíce se bojím... *HMYZU, SMRTI.*

Největší radost mám, když... *NEKŮMU VE VLAKU /STARŠÍM POKOVČÍM A MÍSTO/SEPROUÍ. <sup>UVOLNÍM</sup>*

Pochválil bych se za... *JAKÝ MÁM HODNOCENÍ MAMKY*

Nejčastěji bývám smutný, když... *MÁM DEPKEV KUŮCI HOCEE*

Vadí mi, že... *LIDI SE ŽEJPOU DO OSTATNÍ*

Ve škole je pro mě nejdůležitější... *ZNAMKY,*

Občas mě trápí... *hocka*

Nepochválil bych se za... *JAK SE J CHOVÁM A JAK ŽEJM (VĚZGÁLNÍ)*

Nejraději mám... *JÍDKO A POKODU*

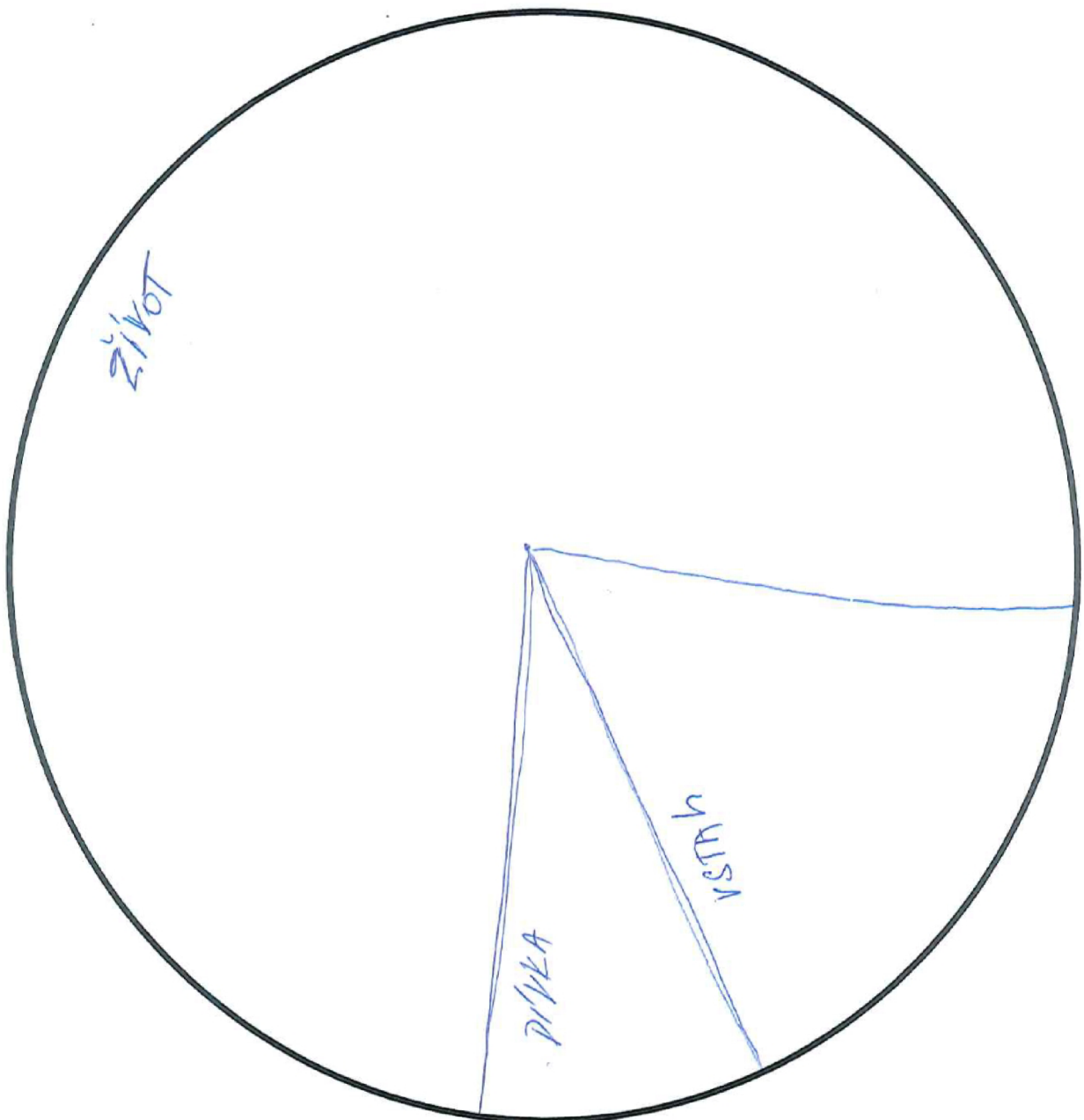
Moje největší přání je... *MÍT SVOJÍ POKOVU /AŽ SI UDEČA'M.*



# Koláč starostí

Rozmysli si, co všechno ti přináší starost. Koláč můžeš rozdělit na kolik kusů chceš, kolik věcí, jevů, vztahů, událostí či situací ti přináší starost.

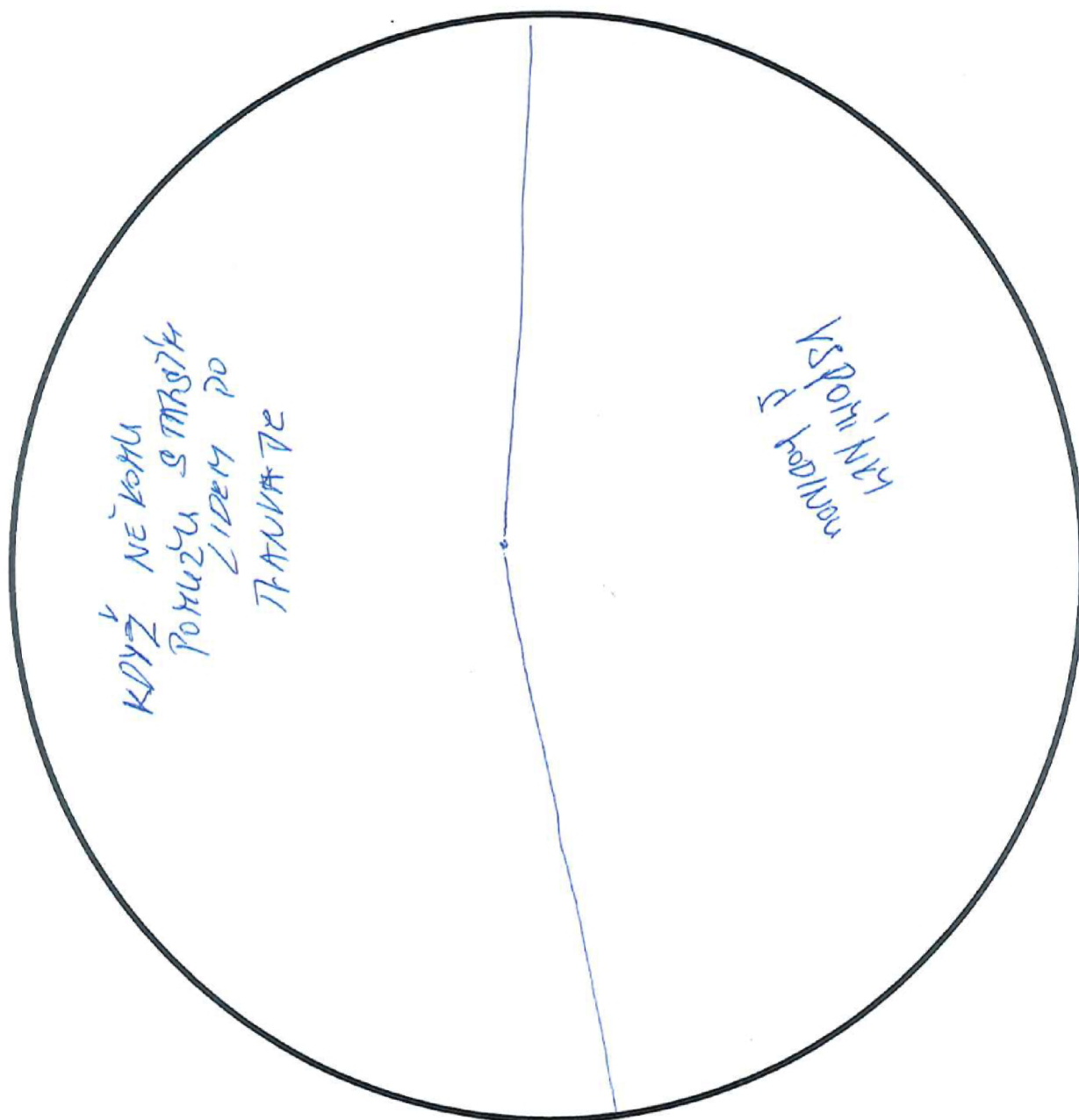
Tomu, co ti dělá největší starost, nech největší díl, co ti dělá menší starost, vepiš do menšího dílu.



# Koláč radostí

Rozmysli si, co všechno ti přináší radost. Koláč můžeš rozdělit na kolik kusů chceš, kolik věcí, jevů, vztahů, událostí či situací ti přináší radost.

Tomu, co ti dělá největší radost, nech největší díl, co ti dělá menší radost, vepiš do menšího dílu.



## Příloha č. 8 – Nedokončené věty II.

# Nedokončené věty

Dokonči níže uvedené věty první myšlenkou, která tě napadne. Dlouho nepřemýšlej.  
Piš první myšlenku.

Myslím, že hodně lidí... *JSOU ROZUMNÍ*

Moji kamarádi často... *PTVOU*

Naši si o mně myslí, že jsem... *MAGOL*

Kdybych měl hodně peněz... *PAL BICH TO NA ŽIVNOST*

Když myslím na školu, tak... *CHCI PĚT DOMŮ*

Nejvíce se bojím... *PROU BUDOUCNOST*

Největší radost mám, když... *JSEM ŠŤŮ*

Pochválil bych se za... *ŠŮŮ ÚSPĚCH*

Nejčastěji bývám smutný, když... *JSEM MŮ*

Vadí mi, že... *NEMÁM KUPONCE LEVNĚŽŮ (MIN)*

Ve škole je pro mě nejdůležitější... *OD ČYŮŮŮ*

Občas mě trápí... *EGSI) ESI) PACHNĚSE ŠTŮŮŮ*

Nepochválil bych se za... *PHŮŮ ŠPŮŮŮ*

Nejraději mám... *KA'D SAM LANŮ BI ME NEZDO VŮŮŮŮŮ*

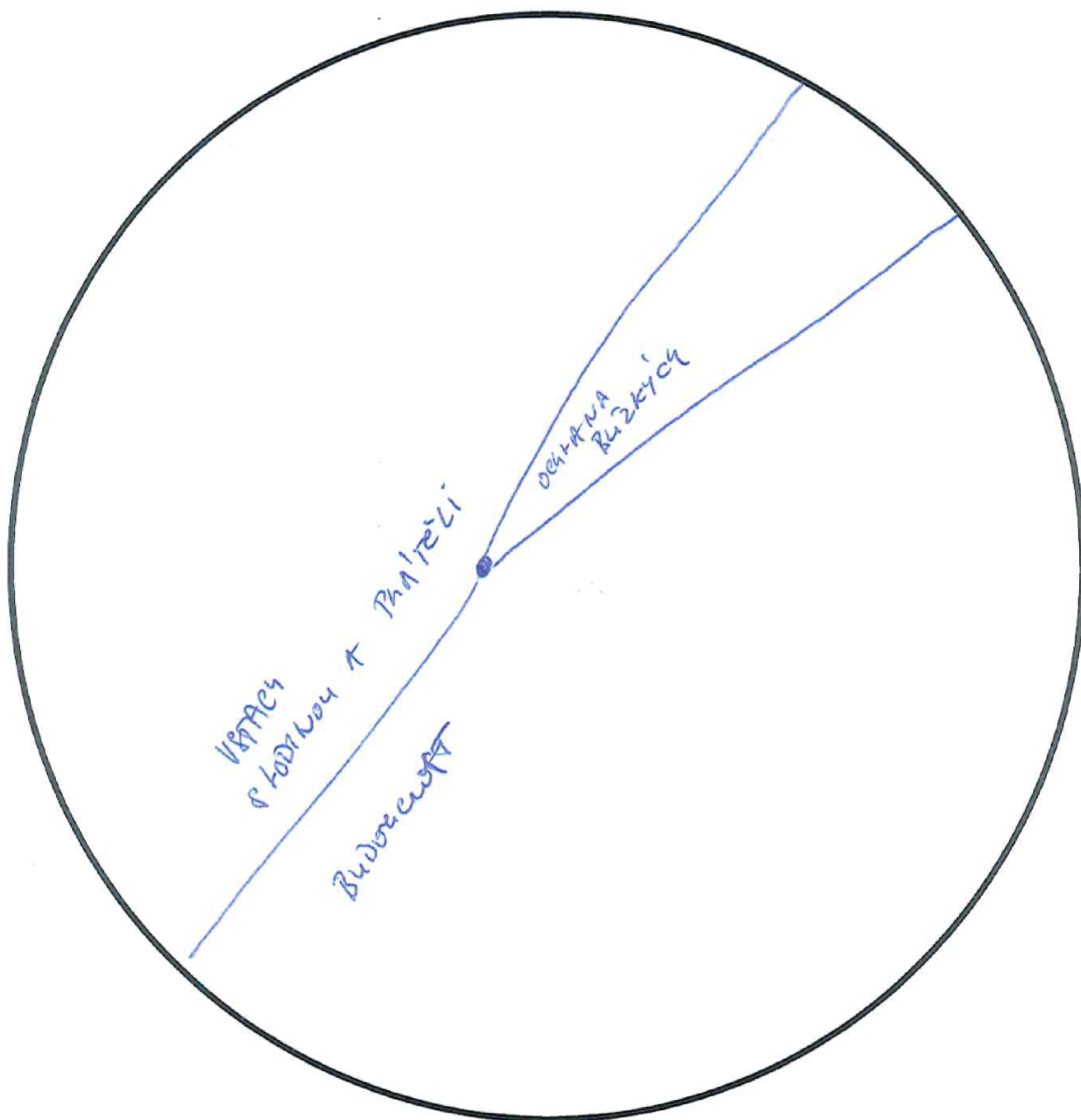
Moje největší přání je... *MŮT KODIAN*



## Koláč starostí

Rozmysli si, co všechno ti přináší starost. Koláč můžeš rozdělit na kolik kusů chceš, kolik věcí, jevů, vztahů, událostí či situací ti přináší starost.

Tomu, co ti dělá největší starost, nech největší díl, co ti dělá menší starost, vepiš do menšího dílu.



## Příloha č. 10 – Koláč radostí II.

# Koláč radostí

Rozmysli si, co všechno ti přináší radost. Koláč můžeš rozdělit na kolik kusů chceš, kolik věcí, jevů, vztahů, událostí či situací ti přináší radost.

Tomu, co ti dělá největší radost, nech největší díl, co ti dělá menší radost, vepiš do menšího dílu.

