

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO  
PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ / KOMBINOVANÉ STUDIUM  
2010 – 2013**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Lukáš Slavík

Individuálně vzdělávací plán ve výchovně vzdělávacím  
procesu žáků mladšího školního věku s diagnózou ADHD

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Iva Duksová

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

BACHELOR / COMBINED (PART TIME) STUDIES

2010 - 2013

**BACHELOR THESIS**

Lukáš Slavík

Individually educational plan in pedagogical educational  
process of students of youngerschool age with ADHD  
diagnosis

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Iva Duksová

## **Prohlášení**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 2. 3. 2013

Lukáš Slavík



## **Poděkování**

Chtěl bych poděkovat Mgr. Ivě Duksové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá individuálně vzdělávacím plánem ve výchovně vzdělávacím procesu žáků mladšího školního věku s diagnózou ADHD (poruchou pozornosti s hyperaktivitou). Zmiňuje historii, terminologii, možné příčiny vzniku této poruchy. Popisuje možné přístupy k těmto dětem, terapii, nápravu a využívání individuálního vzdělávacího plánu ve školní práci. V praktické části analyzuje plnění výchovně vzdělávacího procesu u dětí pod vedením asistenta pedagoga a bez asistence. Uvádí kazuistiky žáků s ADHD.

### **Klíčové pojmy:**

agresivita

asistent pedagoga

diagnostika

farmakoterapie

hyperaktivita

impulzivita

individuálně vzdělávací plán

mladší školní věk

porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)

psychoterapie

školní zralost

terapie

terminologie

výchova

## **Annotation**

The bachelor work deals with individually educational plan in educational process of students of youngerschool age with ADHD diagnosis (attention deficit hyperaktivity disorder). It mentions history, terminology, possible reasons of origin of this disability. It describes attitudes to these children, therapy, rectification and using individually educational plan in school work. In the practical part it analyses observance of pedagogical educational process of children under leading of assistant of pedagogue and without assistance. It presents case interpretation of children with ADHD.

## **Keywords**

agression

assistant of pedagogue

attention deficit hyperaktivity disorder (ADHD)

diagnosis

education

hyperaktivity

impulsivity

individually educational plan

pharmacotherapy

psychotherapy

school maturity

terminology

therapy

younger school age

# **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
<b>1 HISTORICKÝ VÝVOJ ADHD .....</b>	<b>9</b>
1.1 Vymezení terminologie .....	11
1.2 Výskyt ADHD v populaci .....	13
<b>2 ETIOLOGIE .....</b>	<b>15</b>
2.1 Diagnostika.....	17
2.2 Projevy.....	20
<b>3 TERAPIE A NÁPRAVA ADHD .....</b>	<b>24</b>
3.1 Psychoterapie.....	24
3.2 Behaviorální terapie .....	27
3.3 Farmakoterapie .....	29
<b>4 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S ADHD.....</b>	<b>32</b>
4.1 Specifika výchovy .....	35
4.2 Individuální vzdělávací plán .....	38
4.3 Mladší školní věk .....	40
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>5 IVP U ŽÁKŮ S ADHD NA 1. STUPNI ZÁKLADNÍ ŠKOLY LIBĚCHOV....</b>	<b>43</b>
5.1 Cíl práce, metody šetření.....	43
5.2 Místo šetření, charakteristika výzkumného vzorku.....	43
5.3 Vlastní šetření.....	45
5.4 Závěry šetření .....	56
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>60</b>

## ÚVOD

V každé době byly děti, které kladly zvýšené nároky na výchovu. Dnes se zdá, že těchto dětí přibývá. Odborná literatura uvádí většinou příčiny multifaktoriální, včetně naší překotné doby, nedostatku času, nervozity a podobně.

Některé děti nedokáží vydržet chvíli v klidu, soustředit se na práci, ovládat své emoce. Příčiny těchto problémů jsou různé. Důsledkem je, že nejsou schopné vyhovět požadavkům školy, vytvořit si dobré vztahy s dospělými i vrstevníky, začlenit se do společnosti.

Specifické poruchy chování mohou dítěti, rodičům i učitelům způsobit velké množství problémů a také nepříznivě ovlivnit celý jeho další život. Největší roli v tom, čeho tyto děti dosáhnou, nakolik budou úspěšné a spokojené samy se sebou, sehrávají dospělí, kteří jim významným způsobem vstupují do života. Mohou je vést k tomu, aby se dokázaly vyrovnat s problémy a objevily i své silné stránky.

Cílem práce je analýza individuálního vzdělávacího plánu a jeho praktické využívání v průběhu výchovně vzdělávacího procesu u žáků s ADHD (poruchou pozornosti s hyperaktivitou).

Bakalářskou práci tvoří část teoretická a část praktická. V teoretické části je nastíněna historie a vývoj terminologie poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Dále možné příčiny jejího vzniku, diagnostika, charakteristika a projevy této poruchy. Popsány jsou také možnosti terapie, nápravy, zásady přístupu k těmto dětem a využívání individuálního vzdělávacího plánu u žáků mladšího školního věku.

Praktická část analyzuje využívání individuálního vzdělávacího plánu v praxi. Jsou zde uvedeny kazuistiky žáků s ADHD mladšího školního věku. Dále porovnává výchovně vzdělávací proces žáků pod vedením asistenta pedagoga a bez asistence. Pro zjišťování potřebných údajů a informací byla použita technika analýzy školních dokumentů (školní vzdělávací plán, individuální vzdělávací plán, osobní spisy žáků, katalogové listy) a technika polostandardizovaného rozhovoru s rodiči žáků s ADHD.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 HISTORICKÝ VÝVOJ ADHD

V minulosti poruchu pozornosti aktivity označoval termín lehká mozková dysfunkce. Tento pojem byl však mnohem širší než porucha aktivity a pozornosti. Byly pod ním zařazeny ještě další poruchy a psychopatologické projevy, které jsou dnes samostatnými psychickými poruchami. Pojem lehké mozkové dysfunkce je tedy zastaralý a neměl by se používat ani v psychologické praxi. (Nývltová, 2008)

Z dřívějších dnes zastaralých a zavádějících názvů kromě lehké mozkové dysfunkce jsou minimální mozkové poškození, lehká dětská encefalopatie. Pokrok ve výzkumu příčin, projevů a léčby poruchy odráží právě terminologie. Je proto důležité používat moderní označení a pracovat i s novými informacemi. (Goetz, Uhlíková, 2009)

*„Studium těchto poruch se datuje od začátku rozvoje moderní dětské psychologie a psychopatologie a do jeho dějin se zapsal i náš prof. Antonín Heveroch (1869-1927), který v učitelském časopise Pedagogické rozhledy (ročník 1904-1905) uveřejnil seriál tří článků nazvaný „Dítě neposedá“.“* (Říčan, 1997, s. 127)

Koncept specifických poruch chování a učení vypracoval tým pracovníků Dětské psychiatrické léčebny v Dolních Počernicích v čele s primářem MUDr. JUDr. Otakarem Kučerou, který je autorem díla „Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích“. Lehkými dětskými encefalopatiemi byly nazvány drobné difuzní poruchy mozkové tkáně, které vznikly prenatálně, perinatálně, nebo krátce postnatálně. Nejsou při nich výrazněji poškozeny rozumové schopnosti, ale jsou zde výrazné poruchy psychických procesů a funkcí, zejména v motorice, vnímání, jednání a myšlení. (Tamtéž)

Na počátku 60. let bylo již velké množství poznatků o problematice lehkých mozkových postižení. Definice vycházely z různých převládajících příznaků a dominantních potíží. Například hyperkinetický syndrom, vývojová

neobratnost, percepčně-motorická porucha, specifická neschopnost pro řeč, vývojová dysfázie aj. Termíny, které se snažily proniknout k primárním příčinám poruch, byly např. hypoxidóza centrálního nervového systému, hypoventilační alkalóza, porucha metabolismu monoaminů, centrální amfetaminemie. (Tamtéž)

V roce 1962 na konferenci v Oxfordu bylo doporučeno užívat termín minimální mozková dysfunkce. Lehké mozkové dysfunkce byly pak definovány v roce 1966: *„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné, nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení (impairment) ve vnímání, tvoření pojmů (konceptualizaci), řeči, paměti a v kontrole popudů nebo motoriky.“* (Šturma in Říčan, 1997, s. 130)

Zajímavá je i teorie lovců (dle Thoma Hartmanna) poukazující na fakt, že symptomy ADHD by mohly mít značný přínos před dvě stě tisíci lety, ještě před zemědělskou revolucí. Lovec musel ustavičně pátrat po známkách kořisti, zkoumat své okolí. Pokud byl kořistí vyrušen, všeho nechat a okamžitě jí pronásledovat bez ohledu na nebezpečí, které ho čeká. Výhodou tedy byla agrese a impulzivita. (Munden, 2002)

V prosinci roku 1997 uveřejnil Peter Jenson se svými kolegy prvotní práci, která se zabývá pojmem ADHD ve vztahu k biologickým a psychologickým evolučním teoriím. Zabývají se faktem příliš častého výskytu ADHD (asi ve 3-5%). Dle jejich názoru symptomy ADHD přinášejí těm, kteří jimi trpí za specifických podmínek spíše určitý druh evoluční výhody. Používají označení „reakce schopný“ jedinec. To znamená, že je nadměrně ostražitý, přijímá a zpracovává informace prostřednictvím všech smyslů najednou, rychle se orientuje v prostoru, je připraven rychle zaútočit, nebo utéci. Vykazuje nadměrnou aktivitu – shánění potravy, stěhování se do teplejších oblastí při nástupu chladných období a během doby ledové. (Tamtéž)

Ve společnosti lovců a sběračů by tak tyto reakce schopní jedinci byli úspěšní. Jenson poukazuje tedy na to, že vlivem průmyslovější, organizovanější, bezpečnější společnosti, která je i dostatečně zásobena potravinami jsou zbytky ADHD ve smyslu „schopnosti reagovat“ pak chápány jako nevýhoda. V moderní společnosti bývají úspěšní lidé, kteří mají schopnost analyzovat a řešit problémy, potlačit impulzivitu a zvládnout hyperaktivitu. Ti, u kterých se projevují charakteristické rysy ADHD, jsou v dnešní společnosti vnímáni jako lidé s poruchou. (Tamtéž)

*„V průběhu minulého století bylo pro hyperkinetické poruchy používáno mnoho různých názvů. V našich zemích byly řadu let hyperkinetické příznaky zahrnovány pod diagnózu lehké mozkové dysfunkce (LMD) a děti byly označovány jako psychomotoricky instabilní. V posledních letech se vedle současného oficiálního názvu hyperkinetická porucha stále častěji u nás používá přejatá zkratka používaná v klasifikačním systému Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) – ADHD.“ (Drtílková, 2007, s. 13)*

V naší literatuře se objevovaly pojmy lehká mozková dysfunkce, minimální mozková dysfunkce, případně i lehká dětská encefalopatie či drobné mozkové poškození. Zahraniční literatura používá převážně termíny syndrom deficitu pozornosti (SDP, attention deficit disorder – ADD) a syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou (SDPH, attention deficit / hyperaktivity disorder – ADHD). Zahraniční odborníci vycházejí z klasifikačních schémat Světové zdravotnické organizace ICD – 10 (mezinárodní klasifikace nemocí, 1992) a Americké psychiatrické asociace DSM – IV (1994). (Mertin, 1996)

## **1.1 Vymezení terminologie**

*„ADHD znamená attention deficit hyperaktivity disorder, poruchu pozornosti provázenou hyperaktivitou.“ (Riefová, 1999, s. 17)*

Jako hyperkinetický syndrom – hyperaktivitu s poruchou pozornosti ADHD označuje Alan Train (1997). Uvádí, že se jedná o psychiatrickou diagnózu, která se vztahuje na děti a dospělé s vážnými sociálními a kognitivními potížemi.

*„Za správný lze považovat i termín hyperkinetické poruchy. Termínem hyperkinetické poruchy je označována celá skupina psychických poruch, kam porucha pozornosti a aktivity patří.“* (Nývtová, 2008, s. 125)

ADHD je anglická zkratka pro poruchu s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. Označuje onemocnění, které způsobuje obtíže se soustředěním, nepřiměřeně zvýšenou aktivitou a impulzivitou dítěte. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Stejní autoři odkazují na odbornou literaturu, ve které se uvádí řada hypotéz o společném podkladu ADHD na základě jeho projevů. Jednou z těchto hypotéz je nedostatečná funkce řídicích systémů v mozku, které umožňují tlumit tendenci stále reagovat na nové podněty. Tato funkce se nazývá behaviorální inhibice a je hlavním předpokladem sebekontroly jedince. Na základě toho konstatují, že ADHD je vývojovou poruchou sebekontroly.

*„ADHD je klasickým příkladem bio-psycho-sociální poruchy. Symptomy jsou výsledkem jedinečného biologického a psychického ustrojení jedince, jeho životních zkušeností a vlivu prostředí, v němž se nalézá.“* (Munden, Arcelus, 2002, s. 47)

Říčan (1997) uvádí, že v souvislosti s vývojem poznatků probírajících problematiku lehkých mozkových postižení z nejrůznějších hledisek bylo navrženo množství definic a názvů. Některé termíny zdůrazňují převládající příznaky a hlavní obtíže. Například hyperkinetický syndrom, vývojová neobratnost, percepčně-motorická porucha, lehká mozková dysfunkce, minimální mozková dysfunkce, hypoxidóza centrálního nervového systému apod.

*„Dříve jsme se mohli setkat s názvy jako malá (nebo minimální) mozková dysfunkce (MMD), lehká dětská encefalopatie (LDE) nebo lehká mozková dysfunkce (LMD).“* (Štípek, 2011, s. 22)

Zelinková (2003) uvádí, že v rámci ADHD lze rozlišit další pojmy. Je to ADD (tj. porucha pozornosti bez hyperaktivity), ODD (opoziční chování), ADHD bez agresivity a ADHD s agresivitou. Základními znaky je hyperaktivita, impulzivita a poruchy pozornosti.

Paclt (2007) uvádí termín „hyperaktivní porucha spojená s úbytkem pozornosti“ (Attention Deficit Disorder). Znamená to narušení jednoho nebo více základních poznávacích procesů, které se týkají orientace, soustředění, nebo udržení pozornosti. Tato porucha musí trvat nejméně 6 měsíců, nepříznivě ovlivňovat školní výkon dítěte a zároveň být v rozporu mezi intelektovými schopnostmi dítěte a jeho učební kapacitou (produktivitou).

*„Podle definice se jedná o děti často s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, které trpí poruchami chování a velmi často i učení v rozsahu od mírných až po těžké, jež jsou spojeny s odchylkami centrální nervové soustavy.“* (Jucovičová, 2007, s. 3)

## **1.2 Výskyt ADHD v populaci**

*„Výskyt určitého onemocnění v populaci se vyjadřuje v procentech (kolik procent jedinců z nějaké skupiny trpí daným onemocněním) a nazývá se prevalence. U ADHD se prevalence u dětí školního věku pohybuje podle různých studií mezi 3-7%. Podle starších studií bývají chlapci postiženi třikrát častěji než dívky. V současné době některé studie svědčí o tom, že pokud se bude pečlivě hodnotit nepozornost, pak se dívky chlapcům v prevalenci ADHD výrazně přiblíží. Například ve škole s 200 žáky je pravděpodobné, že zde může být až 14 dětí s ADHD, minimálně 3 z nich budou dívky a zbytek chlapci. V České Republice se odhaduje, že ADHD může trpět až 20 000 dětí.“* (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 41)

Odhadovaný výskyt ADHD se v různých studiích liší. Záleží i na používaných přístupech. Odborníci odhadují, že je postiženo 3 až 10 procent dětí školního věku. Častěji se objevuje u chlapců, u dívek se častěji objevuje porucha pozornosti bez hyperaktivity. (Riefová, 1999)

Podle použitých diagnostických kritérií se v celkovém měřítku ukazuje výskyt ADHD u 1-5% obyvatelstva. Studie prováděné za pomoci DSM – IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) přinášejí hodnoty 3+5%, zatímco při použití MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) je údaj

0,5%. Rovněž byl zjištěn větší počet chlapců než dívek s ADHD. (Munden, Arcelus, 2002)

Goetz, Uhlíková (2009) uvádějí, že výskyt ADHD je častější mezi dětmi, které se narodí předčasně a jsou nezralé, mají nízkou porodní hmotnost. Dále u matek, které během těhotenství měly potíže s alkoholem, drogami, nebo kouřením.

ADHD má až z 80% dědičný základ a vnější faktory (výchova, životní prostředí, průběh těhotenství...) mají roli podstatně menší. Tento údaj však neznamená, že by rodič s ADHD měl 80% pravděpodobnost, že sám bude mít potomka s touto chorobou. Pokud se srovná výskyt této poruchy mezi potomky pacientů s ADHD a v populaci, je zjištěno, že u dětí rodiče s ADHD je výskyt poruchy pětkrát vyšší. Je-li výskyt ADHD podle souhrnu studií průměrně 5%, pak mezi potomky pacientů s ADHD je to 25%. Pokud přetrvávají příznaky ADHD u rodiče i v dospělosti, pravděpodobnost přenosu je ještě vyšší. (Tamtéž)

*„Výskyt ADHD je odhadován pro populaci dětí do 18 let mezi 3 až 18 %, výskyt hyperkinetické poruchy asi mezi 1 – 3 %. Podle různých údajů se tyto poruchy 3 – 9 krát častěji vyskytují u chlapců ve srovnání s dívkami.“* (Drtílková, 2007, s. 27)

Paclt (2007) uvádí výskyt ADHD u 6% dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1.

*„V dětské populaci nacházíme asi 3 % dětí se specifickými poruchami učení a asi 3 % dětí se specifickými poruchami chování, celkem tedy asi 5-6 % (při určitém překrývání) dětí, které potřebují speciální porozumění a pomoc pro specifické vývojové poruchy. Vzájemný vztah specifických poruch učení a specifických poruch chování si můžeme představit jako průnik dvou množin.“* (Šturma in Říčan, 1997, s. 135)

## 2 ETIOLOGIE

Jednoznačnou příčinu stejně jako u většiny jiných poruch nelze jednoznačně určit. V současnosti se u ADHD uvádí dědičnost, nebo jiné biologické faktory. K možným vlivům patří genetické dispozice (v některých rodinách se vyskytuje opakovaně). Mezi dalšími mohou být vlivy biologické – fyziologické, tzn. nedostatečné množství látky, která přenáší nervové signály – dopamin. Lidé s ADHD se tak nedokáží soustředit na jednu věc a blokovat ostatní podněty. Dále to mohou být faktory, jako jsou komplikace, nebo poranění v těhotenství či při porodu, otrava olovem, strava (sporný faktor), užívání alkoholu a drog v těhotenství. (Riefová, 1999)

Jako faktor, který má vztah k pozdějšímu ADHD označují Goetz, Uhlíková (2009) dlouhodobější snížený přísun kyslíku během těhotenství. Naopak mezi faktory, které výzkumy neprokázaly, řadí stravu. To znamená, například konzumaci cukru, salicylátů a potravinových aditiv. Upozorňují na fakt, že syndrom poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity byl popsán již na začátku minulého století v době, kdy o aditivech ještě nikdo nevěděl.

Výzkumy prokázaly, že u dětí s ADHD je narušena funkce přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmiterů). Látky jako dopamin, norepinefrin a serotonin ovlivňují způsob myšlení, cítění i schopnost koncentrace pozornosti. Jsou-li dysfunkční (u ADHD), mohou být tyto pochody narušeny a tím vážně porušeno i chování. Nezanedbatelný je rovněž vliv dědičnosti. Mezi další možné příčiny patří poškození mozku (během těhotenství, porodu, infekce v kojeneckém věku), alergie na stravu (umělá barviva, konzervační přípravky, salicyláty), otrava olovem (prokázána určitá souvislost mezi hyperaktivitou a zvýšeným obsahem olova v krvi). Kromě vlivů špatného životního prostředí bylo zjištěno, že děti s ADHD se rodí častěji matkám, které kouří, nebo pijí alkohol. (Train, 1997)

Nývltová (2008) zmiňuje práci amerických speciálních pedagožek N. E. O'Dellové a P. A. Cookové (2000), které poukázali na fakt, že k poruše aktivity a pozornosti se přidružují další poruchy, jako porucha motorické funkce, nebo některé z poruch školních dovedností. Jejich studie prokázaly,

že právě u těchto dětí přetrvává dětská reflexivní reaktivita, která není přiměřená jejich věku. To znamená, že u některých zcela nevymizí dětské reflexy a to jim znesnadňuje volní kontrolu nad pohyby, chováním a psychickými procesy. Za hlavní příčinu těchto potíží tedy považují symetrický šíjový reflex, který nevymizel a v různém stupni u dětí přetrvává. S těmito názory ne všichni odborníci souhlasí. „*Symetrický tonický šíjový reflex je automatický pohyb, který způsobuje, že horní polovina těla pracuje v protikladu k dolní polovině (krk – ruce – nohy).*“ (Tamtéž, s. 131)

LMD (ADHD, ADD) vznikají většinou drobným, minimálním poškozením centrální nervové soustavy v raných vývojových obdobích. To způsobuje určité odlišnosti v chování a jednání dítěte. Jsou to tedy většinou projevy vrozené. Dítě za ně nemůže a zpočátku je neumí samo ovlivnit. Vhodnými postupy je lze ovlivnit a korigovat. Důležité tedy je vhodné vedení, jehož cílem je, aby se chování dítěte stávalo přijatelným. (Jucovičová, 2007)

Serfontein (1999) vychází z předpokladu, že ADHD je dědičná porucha. Její pravděpodobnou příčinu vidí ve sníženém množství buněčné tekutiny uvolňované do mezibuněčného prostoru. To má za následek poruchy předávání informací mezi buňkami v postižené části mozku.

„*V současné době probíhají na celém světě molekulárně genetické studie cílené na odkrytí odchylek u tzv. kandidátních genů, které by mohly být zodpovědné za vznik hyperkinetické poruchy. Značný význam je přikládán vrozenému genetickému defektu, který ovlivňuje metabolismus a funkce dopaminu a noradrenalinu, což jsou látky, které umožňují přenos signálů v různých částech mozku.*“ (Drtílková, 2007, s. 47)

„*ADHD je polygenní onemocnění podmíněné různými kandidátskými geny. V současné době je známo více než 30 dopaminergních noradrenergních, serotoninergních a gabaergních genů. Pouze výzkum některých kandidátských genů přinesl konzistentní výsledky podporující dědičnost ADHD syndromu. Výsledky výzkumu ostatních genů jsou stále nejasné.*“ (Paclt, 2007, s. 51)

Známo je tedy mnoho faktorů, které mohou působit na vznik této poruchy, nebo zvýšit pravděpodobnost výskytu. Nelze však určit jednoznačně



jednu hlavní. Důležité je vědět, že dítě v za část svých problémů nemůže a že je lze vhodnými postupy korigovat. (Štípek, 2011)

*„V současné době existuje řada studií, které jednoznačně dokládají biologický podklad nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity, který vznikl před jakýmkoliv výchovným zásahem. Přenos určitého typu chování z rodičů na děti může vyvolat dojem, že jde o vliv chybné výchovy, ale v případě ADHD jde o genetický přenos určité vlohy pro toto onemocnění.“* (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 13)

## **2.1 Diagnostika**

Nejlepším způsobem, jak dětem můžeme pomoci, je včasné diagnostikování poruchy. To znamená, co nejdříve provést opatření, která předejdou pocitům selhání, frustrace a poklesu sebevědomí dítěte. Je třeba vycházet z potřeb těchto dětí, vybavit je takovými dovednostmi a kompetencemi, které budou moci s dostatečným sebevědomím dále rozvíjet a prožívat úspěchy. (Riefová, 1999)

ADHD patří mezi takzvané spektrální poruchy. U různých lidí se vyskytuje v různých stupních závažnosti. Pro určení diagnózy neexistují žádné absolutně správné diagnostické testy. Symptomy se různí podle věku, situace a podmínek. Diagnózu by měl stanovit lékař, obvykle psychiatr pro děti a adolescenty. Někdy může ADHD jako první rozpoznat i jiný odborník – učitel nebo psycholog a ten dá impuls pro celkové odborné vyšetření. To zahrnuje posouzení symptomu, dále diagnostiku zdravotní, psychiatrickou a psychologickou, anamnézu rodinou i školní. (Munden, Arcelus, 2002)

*„Pro diagnostiku poruchy pozornosti a aktivity je rozhodující, zda uvedené projevy jsou: trvalé, tj. vyskytují se ve větší nebo menší míře ve všech prostředích; výrazné, tj. nápadněji se odlišují od jedinců stejného věku, stejného pohlaví a stejného postavení v síti interpersonálních vztahů; trvají nejméně 6 měsíců; nejsou způsobeny jinou psychickou poruchou.“* (Nývltová, 2008, s. 127)

Zajímavé je určení diagnózy dle Traina (1997) s následujícím postupem. Při podezření na ADHD jde matka dítěte k pediatrovi, který vyhodnotí celkový zdravotní stav dítěte, včetně informací o průběhu porodu a dalším vývoji. Zjišťuje prodělané nemoci, úrazy, užívání léků. Dále důležité informace o zdravotním stavu celé rodiny, názory učitelů na chování dítěte ve škole, školní výsledky, vztah ke spolužákům. Rovněž dítěti zadá několik testů vytvořených k problematice ADHD. Lékař dále spolupracuje s výchovným poradcem školy, který by měl dohlížet na průběh výchovně - léčebného programu.

U poruch chování je třeba při diagnostice diferencovat příčiny. Odlišit sociálně či psychicky podmíněné poruchy chování od specifických poruch chování (např. ADHD) a přirozené výkyvy v chování (typické pro některá vývojová období). (Slowík, 2007)

Tentýž autor zdůrazňuje důležitost kvalitní diagnostiky a adekvátního přístupu k jedinci. Jde o kombinaci přístupu z hlediska kauzálního (hledání příčin, souvislostí), interdisciplinárního (spolupráce odborníků), systémového (problém není izolován, ale je součástí systému). Důležité je i respektování individuality jedince, stanovení cílů a postupů (hledisko finální), nabídka podnětů a činností (aktivizující hledisko).

*„Za předpokladu platnosti hypotézy, že projevy ADHD jsou podmíněny přetrvávajícím STŠR (symetrickým tonickým šíjovým reflexem), pak diagnóza ADHD spočívá především v posouzení motoriky dítěte. Autorky N. E. O'Dell a P. A. Cook (2000) vypracovaly soubor metod pro diagnostiku i soubor metod pro nápravu problémů spojených s STŠR.“* (Nývtová, 2008, s. 135)

Podnět k vyšetření u školních dětí dává někdy učitel nebo školní psycholog. Děti jsou tak poslány do pedagogicko psychologické poradny k vyšetření a často tam zůstávají v dlouhodobé péči. Diagnózu hyperkinetické poruchy by však měl vždy stanovit dětský psychiatr ve spolupráci s dalšími specialisty. (Drtilková, 2007)

Diagnóza se skládá z jednotlivých výsledků různých vyšetření. Odborní lékaři provádějí anamnézu tělesného a psychomotorického vývoje, anamnézu rodinou, pedopsychiatrické vyšetření, tělesné a neurologické,

elektroencefalogram (EEG), laboratorní vyšetření (krevní obraz...), speciální dotazníky cílené na projevy hyperkinetické poruchy (v rodině, ve škole...). Dětský psycholog provádí psychodiagnostiku – standardizovaný test určující inteligenci dítěte vzhledem k věku (IQ), vyšetření dílčích funkcí (paměť, vnímání...), zkoušku pozornosti. Další vyšetření jsou podle potřeby zaměřena na zjištění dalších přidružených poruch (např. dotazníkem), zjištění emocionálních podmínek (např. projektivní test), diagnostiku s využitím videa. (Tamtéž)

Z hlediska současných poznatků (klinických, funkčně anatomických, biochemických, farmakologických) rozděluje Paclt (2007) čtyři subtypy ADHD. Výraznou poruchou pozornosti a učení se vyznačuje subtyp I. Důležitá je zde farmakoterapie stimulancií a rehabilitace případných poruch učení. Děti se vyznačují zhoršenou sociální adaptací.

U subtypu II je výrazná hyperaktivita a porucha pozornosti. K léčbě se může použít tisperidon v kombinaci s Ritalinem. Impulzivita je typická pro subtyp III. Projevuje se častými konflikty, poruchami učení, ale agresivita není u těchto dětí dominantní. Rovněž je zde farmakologická léčba (carbamazepin, lithium, antidepresiva). Nepochopením rozdílu mezi oceněním a trestem se vyznačuje subtyp IV. Dítě nemá dostatek příchyllosti, empatie, má problémy s cíleným poznáváním, s učením i sociálními dovednostmi. Je zde velké riziko disociality (eventuálně trestné činnosti). Užití farmak je problematické, někdy se uplatňují atypická antipsychotika. Význam tohoto dělení je přínosný při volbě terapie, v dalším preklinickém a klinickém výzkumu. (Tamtéž)

Ve chvíli, kdy se stanoví diagnóza, se věci mohou celkově začít zlepšovat. Je důležité pokusit se pochopit myšlenky, pocity a jednání všech zúčastněných tedy i rodičů, učitelů. Dobrou komunikací mezi členy terapeutického týmu lze zamezit řadě nepochopení a zároveň zajistit, aby pomoc dítěti byla co nejúčinnější. (Munden, Arcelus, 2002)

Stanovení přesné diagnózy chování je velmi složité. Rozhodují o něm odborníci, kteří zařadí dítě do správné kategorie, a stanovením přesné diagnózy může začít terapie. Diagnostika nepředpokládá vždy jen stanovení diagnózy,

ale důležitým výstupem může být např. dílčí hodnocení nebo prognóza dalšího vývoje. Vždy je nutná spolupráce nejen různých odborníků – lékaři, psychologové, speciální pedagogové, ale i rodiny a školy. (Tamtéž)

## 2.2 Projevy

*„Někteří rodiče vidí selhání své výchovy v potížích, které má jejich dítě s učením, dodržování pořádku apod. Za základní projevy ADHD však zcela jistě nemohou, protože jde o biologicky podmíněnou poruchu, která vzniká dříve, než je možné na dítě jakkoliv výchovně působit.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 15)*

Riefová (1999) uvádí mezi typické projevy chování dětí s ADHD vysokou míru aktivity, kam zahrnuje neustálý pohyb, neklid rukou a nohou, neschopnost setrvat na místě (sedět na židli), hraní si s předměty (jejich vkládání do úst). Dále impulzivitu a malé sebeovládání – skákání do řeči ostatním, vykřikování, nadměrné mluvení, neschopnost promýšlet věci (dříve reaguje, pak přemýšlí) i fyzicky nebezpečné činnosti (nepředvídá následky). Mezi další projevy zařadila potíže s přechodem k jiné činnosti, agresivní chování (nepřiměřené reakce na podněty), sociální nevyzrálost, malou sebeúctu a značnou frustrovanost.

Porucha aktivity a pozornosti se ve větší nebo menší míře projevuje již od raného věku. V tomto období se však může hodnotit jako běžné zlobení. Nápadnější se stává až po nástupu do mateřské nebo základní školy, kde se chování a reakce dítěte nápadně odlišuje od ostatních. Hlavní projevy této poruchy jsou hyperaktivita, nepozornost, impulzivnost. (Nývltová, 2008)

*„Kontakt s ostatními dětmi dále posílí typické projevy problémového chování. Hyperaktivita, která provází děti s ADHD od narození, se nyní střetává s jejich vrstevníky. Neklidné děti jsou neoblíbené a odmítané, neboť se trvale něčeho dožadují. Ostatní děti nedokážou tolerovat jejich neustálou aktivitu, neschopnost se soustředit a zaujatost jen svými problémy.“ (Train, 1997, s. 26)*

Nývltová (2008) se zmiňuje o podílu symetrického tonického šíjového reflexu (STŠR) na projevech ADHD. Ten spočívá v nedostatečné volní kontrole pohybů. To znamená kdykoliv dojde k napnutí horní poloviny těla, dolní polovina těla se automaticky ohýbá a naopak. Pokud chce dítě tuto automatickou reakci ovlivnit, musí vyvinout značné volní úsilí. S tím souvisí i potíže s koordinací pohybů – problémy se skákáním, rytmickým pochodováním, chytáním míče a dalšími činnostmi, kde je nutná koordinace horní a dolní poloviny těla. Při sezení, kdy obě poloviny těla jsou ohnuté, pociťuje dítě napětí ve svalech a to ho nutí k hledání jiné pozice, vrtí se, natahuje nohy, vstává a podobně.

Rovněž pohyby při psaní nemá dítě v důsledku přetrvávání STŠR zcela pod kontrolou. Neúhledný rukopis, obtížný je i opis z tabule na papír, píše v sevřené a křečovité pozici, která nedovoluje změnu ve svalech. Potíže s udržením pozornosti se projevují tím, že reaguje více či méně mimovolně, snadno ho upoutají nové podněty. K dalším projevům patří špatná směrová orientace, permanentní stres a pocit nepohodlí, neschopnost vyhovět požadavkům dospělých na setrvání ve společensky přijatelné pozici. Mezi druhotné projevy lze zařadit např. déletrvající negativní emoční naladění, časté afektivní výbuchy, narušené vztahy k rodičům i vrstevníkům, agresivita, malá sebeúcta, špatné výsledky ve škole, ztráta motivace k učení. (Tamtéž)

Train (1997) uvádí diagnostický a statistický manuál psychických poruch DMS, kde je ADHD označena jako hyperkinetický syndrom dětského věku. Mezi základními znaky jsou uvedeny – krátké rozpětí pozornosti, zvýšená rozptýlenost (špatně řízena), extrémní aktivita, možnost vývojového opoždění některé schopnosti, narušené a omezené lidské vztahy.

Mezi projevy, které pozorují a popisují učitelé, patří chyby z nepozornosti (přehlížení detailů, zadání úlohy, háčky a čárky v diktátu, vynechání příkladů, čísel apod.). Učitel by ovšem neměl za tyto chyby známku snižovat, ale vést děti k tomu, aby si práci po sobě kontrolovaly. Dále je to nesoustředěnost a potíže s návratem k činnosti po vyrušení. Pokud má dítě vydržet u nějaké činnosti (zvláště pokud není pro něj zajímavá) je důležité vyloučit rušivé podněty z okolí, na pracovním stole by měly zůstat

ty nejnütnější věci apod. Vyhýbání se domácím úkolům vyplývá z poruchy soustředění, kdy psaní úkolů je obtížné a postupem času získávají děti s ADHD k domácí přípravě odpor. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Děti s ADHD mají problémy s jemnou motorikou, které se projevují při psaní. Některé lépe píší tiskací písmo. Potíže se senzomotorickou koordinací zraku a ruky se pak projevují při opisu textu z tabule. Takzvaná nešikovnost (někdy problémy i s hrubou motorikou) neznamenaají potíže jen v pedagogické oblasti, ale i v oblasti sociální. Děti bývají často vyloučeny z her a ostatních aktivit. Jako možné řešení se jeví zařazení pracovní terapie, aby se negativní zkušenosti a zážitky dítěte zmírnily a sociální dopad byl co nejmenší. (Serfontein, 1999)

Stejně jako další odborná literatura Train (1997) rozlišuje tři hlavní symptomy. Poruchu pozornosti, která se vyznačuje neschopností dítěte soustředit se, dokončit úkol, koncentrovat svou pozornost. V neschopnosti tolerovat a tlumit své projevy se skrývá impulzivita. Nespokojeností a nervozitou dítěte se projevuje hyperaktivita.

Mezi přidružené problémy k ADHD Munden, Arcelus (2002) uvádí potíže s navázáním přátelství, s učením, problémy doma. Jako další poruchy související označují dětský autismus, Aspergerův syndrom, obsedantně-kompulzivní poruchu, Turettův syndrom, Poruchu opozičního vzdoru, chování, přichylnosti. Dále deprese, úzkost a zneužívání návykových látek.

*„U dětí s diagnózou hyperkinetická porucha chování se k poruchám pozornosti, hyperaktivitě a impulzivitě připojují také poruchy chování. U těchto dětí se ve zvýšené míře a dlouhodobě může projevovat agresivita, rvačky, nepodrobnost, opoziční chování, lhaní, krádeže, záškoláctví, u starších dětí mohou mít projevy závažnější asociální nebo nedelikventní charakter. Kombinace hyperkinetických příznaků s poruchami chování je prognosticky méně příznivá, existuje větší riziko rozvoje budoucího násilného chování a delikvence.“ (Drtilková, 2007, s. 13)*

Podle zastoupení příznaků se rozlišují takzvané subtypy ADHD. Subtyp s převažující poruchou koncentrace (25 až 35% pacientů s ADHD). Projeví se až na začátku školní docházky. Děti mají potíže s pozorností, ale nejsou

hyperaktivní a impulzivní. Další skupinu tvoří děti, které jsou naopak hyperaktivní a impulzivní, ale dokáží se podle potřeby soustředit (10 až 20%). Jejich potíže se obvykle projeví již v mateřské škole. Nejčastějším typem je takzvaný smíšený, kde jsou všechny příznaky ADHD (hyperaktivita, nepozornost, impulzivita) – asi 50% dětí s ADHD. Míra vyjádření různých příznaků se může měnit, proto zařazení do nějakého subtypu není zcela trvalé. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Projevy v chování konkrétního dítěte jsou důsledkem kombinace základních příznaků onemocnění, přidružených psychických poruch a vlivu prostředí. To znamená, jak se kdo k dítěti chová, v jaké žije rodině, jaké má učitele a spolužáky, ale i další charakteristiky jeho osobnosti. Intenzita projevů není stále stejná, nerovnoměrně a nepředvídatelně kolísá. (Tamtéž)

Rodinné prostředí může projevy této poruchy posilovat nebo naopak zmírňovat. Negativně působí disharmonické, nestabilní a nespolehlivé vztahy uvnitř rodiny. Také nepřiměřené tresty, neuspořádaný režim, zanedbání a další chaotické a nepřehledné podmínky okolí. Na psychickou zátěž a stres může dítě reagovat zhoršeným chováním. (Drtilková, 2007)

*„Na neúspěch, pocit ohrožení, nedostatečné uspokojování potřeb apod. děti velmi často reagují problémovým chováním. Obvykle to řeší „útokem“ (např. agrese, ničení, urážení, boj o pozornost – i negativní pozornost je pro dítě lepší než žádná) nebo „únikem“ (např. deprese, nemoc, regrese, popření, zlehčování).“ (Štípek, 2011, s. 36)*

Tentýž autor rozděluje problémové chování dětí podle prostředí, v němž se pohybuje, do 3 vzájemně propojených okruhů. Jsou to problémy – doma, ve škole, riziková parta a přátelství. Další jeho dělení vychází z projevů chování (jak a čím se děti projevují). Rozlišuje tak neklid (motorický), výkyvy (nálad, citlivosti, vztahů, komunikace), reakce (impulzivní, neadekvátní, afektivní, netrpělivé, opožděné), chování (zlobení, lhaní, agrese, hádavost, neplnění povinností a porušování pravidel), učení (specifické poruchy učení), vztahy k ostatním (obecně problematické, potíže v komunikaci apod.).

### 3 TERAPIE A NÁPRAVA ADHD

*„Terapie (z hlediska speciální pedagogiky) je každý odborný postup, který pomáhá dosahovat výchovných a vzdělávacích cílů a současně má také léčebný efekt.“ (Slowík, 2007, s. 54)*

*„Náprava je specifický postup vedoucí k odstranění nebo zmírňování konkrétní vady, nebo poruchy.“ (Slowík, 2007, s. 55)*

U dětí s hyperaktivní poruchou chování je důležité jasné vymezení mantinelů v chování, posilování pozitivních a úspěšných postupů v interakci, vytváření a poskytování pocitu jistoty a bezpečí. Protože právě ony nejsou schopny projevy impulzivity a spontaneity v jednání ovládat. (Train, 1997)

Úplný léčebný postup se skládá z několika metod, které se vzájemně podporují. Zahrnuje tedy farmakoterapii, psychoterapii a režimová a výchovná opatření. Cílem je pomoci dítěti zvládnout denní režim, využít své inteligence ve škole, zlepšit vztahy s blízkými osobami i vrstevníky. Proto je nutné zaměřit se nejen na příznaky ADHD, ale také na prevenci, nebo terapii přidružených psychických poruch (poruchy chování a nálady). (Goetz, Uhlíková, 2009)

*„Na pomoc lidem s ADHD existuje řada léčebných postupů a opatření. Patří sem užívání léků, psychoterapie, opatření ve škole a sociální intervence. Pro děti se středně těžkou až těžkou poruchou může užívání léků znamenat skutečnou změnu v chování, myšlení a ve schopnosti učit se, stejně jako ve vztahu k ostatním lidem. U dětí s mírnými příznaky může být vhodnější zvážit nejprve kombinaci psychologických, speciálně-pedagogických a sociálních opatření.“ (Munden, 2002, s. 75)*

#### 3.1 Psychoterapie

Metody terapeutické činnosti jsou odvozeny od některých psychoterapeutických směrů. Lze je definovat a vymežit pomocí prostředků, které využívají např. terapie s účastí zvířete, expresivní terapie, psychomotorické terapie, terapie hrou apod. Rovněž je souvislost psychoterapie a tzv. „uměleckých terapií“, které vycházejí z té formy terapie,



kteřá se snaží dosáhnout pozitivních změn myšlení, emocí, chování za pomoci slova, nonverbální komunikace, vztahu, prožitku apod. (Müller in Krejčířová a kol., 2002)

Jedním z možných způsobů je hypoterapie (terapie pomocí koně). Tu lze rozdělit do oblasti lékařství (hyporehabilitaci), oblasti sportu (sport pro handicapované) a pedagogicko-psychologické ježdění právě pro pedagogickou oblast. Psychorehabilitace (léčebně pedagogické ježdění) vychází z předpokladu, že jízda na koni kromě rehabilitace tělesných onemocnění a defektů ovlivňuje u dětí a mladistvých fyziologický a psychický vývoj, formuje rozvoj osobnosti, pozitivně působí na smyslové činnosti a má silný socioterapeutický vliv. Hlavním cílem je podpora sebedůvěry jedince prostřednictvím odvahy, samostatnosti, obratnosti. Podle konkrétního problému i k tlumení agresivity, výchově ke kázní. (Pipeková, 2001)

*„Kontakt s koněm má velký vliv na psychiku, proto je účinně využíván při nápravě poruch chování, ať již ve vztahu k rodině, vrstevníkům, nebo okolí. Děti s poruchami chování velmi citlivě vnímají, kdy nejsou okolím plně akceptovány, kdy jsou zesměšňovány, nebo na ně kladeny příliš velké nároky. Často mívají silný pocit nejistoty, strachu, který potom kompenzují agresivitou, nebo rezignací a změnou svého postoje k okolí. Při pedagogickém ježdění kůň přejímá roli vychovatele zcela mimovolně a přirozeně, přičemž děti tuto autoritu akceptují.“* (Casková in Pipeková, 2001, s. 145)

Terapeutická metoda založená na efektech hudební percepce i aktivní práce s hudbou je muzikoterapie. Je velmi účinná například při léčbě různých psychosomatických potíží, komunikačních problémů. Podporuje pozitivní myšlení, přispívá ke zvýšení sebevědomí, mění pohled na svět. (www.psychiatriepropraxi.cz)

Stimulátorem aktivity může být rovněž hudba, která vede k uklidnění, odstranění, nebo zmírnění agrese a napětí. Používány jsou různé formy muzikoterapie, které jsou zaměřeny na diagnózu dítěte. Franiok (2001, s. 46) uvádí definici muzikoterapie dle Máteřové a Mašury (1992).

*„Podstatou našeho chápání pojmu muzikoterapie je především to, že ji pokládáme za léčebně-výchovnou metodu vysoce komunikačního*

*charakteru s mimořádnou šířkou indikačního zařízení. Prostřednictvím neverbálních a verbálních médií muzikoterapie můžeme preventivně a kurativně působit na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, sociální příslušnost, vzdělání a povolání. Další důležitou skutečností při vymezování pojmu muzikoterapie je, že nevyzdvihujeme pouze možnost léčebného působení hudby, které pozitivně ovlivňují patologické změněné funkce organismu člověka, ale současně záměrně využíváme také výchovné možnosti hudby, kterými můžeme cílevědomě a systematicky působit na celou osobnost ohroženého, postiženého a narušeného jedince. V tomto smyslu pokládáme základní prvky hudby (rytmus, melodii, harmonii) za důležitý faktor léčebně výchovného působení. Výchovná síla hudebního umění působí na zdravou i narušenou osobnost, liší se však způsoby a postupy jeho zprostředkování.“*

Cíle muzikoterapie v obecné rovině jsou formulovány jako vytvoření interpersonálních vztahů a dosažením uvědomění si sama sebe prostřednictvím seberealizace. Dále začlenění jedince do struktury skupiny, do procesu hudebního dění na základě rytmického potenciálu hudby. Vztahy v této terapii, které pomáhají dosahovat žádoucích změn, jsou klient-terapeut, klient-hudba, klient-klient. (Pavlíková in Pipeková, 2001)

Další možností je arteterapie. Metoda, která využívá terapeutické možnosti výtvarných činností. Má nejen psychoterapeutický efekt, ale rozvíjí i komunikační schopnosti a možnost sebevyjádření jedince. (Slowík, 2007)

*„Komunikace s výtvarným uměním v sobě skrývá nepřeborné množství inspirativních metod a postupů, které vedou nejen k volnému výtvarnému vyjádření, ale také k možnostem další diagnostické práce.“* (Dostálová in Pipeková, 2001, s. 108)

Jako umělecká a speciálně-pedagogická metoda je chápána dramaterapie. Lze ji aplikovat v rámci individuální i skupinové práce. Využívá dramatické struktury v určitých improvizovaných situacích, evokuje k prožívání emocí, k získání vnitřní motivace, a vede rovněž k integraci. (Valenta in Pipeková, 2001)

### 3.2 Behaviorální terapie

*„Psychoterapie má řadu směrů a technik. U ADHD se jako prospěšná ukazuje kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT, CBT). Učí se rozpoznávat zažitá a opakující se schémata myšlení (cognitiva) a jednání (behaviour) a na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit výhodnější či emočně přijatelnější postup. Pacient se zde učí řídit své chování a rodiče se dozvídají, jak k dítěti přistupovat a pomoci mu zvládnout běžné denní situace.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 94)*

Mezi nejběžněji používané psychologické postupy pro terapii dětí s ADHD patří výcvik rodičů a behaviorální terapie. Techniky využívané k výcviku rodičů pracují nejprve přímo s rodiči. Terapeut zjišťuje rozsah a podstatu problémů, jak vznikly a jak je rodiče zvládali. Ze škály psychologických postupů nápravy pak vybere ty, které jsou vyhovující pro danou rodinu a společně s rodiči připraví plán nápravy. V rodině by se měl dodržovat jednotný způsob výchovy a stejné postupy, které se používají u všech dětí podobně, pouze s ohledem na jejich věk. (Munden, Arcelus, 2002)

Na principu učení k získání žádaných reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí je založena behaviorální terapie. Pro zmírnění projevů nežádoucího chování dětí s ADHD se osvědčila analýza ABC. Její podstatou je, že projevy většiny vzorců chování jsou ovlivněny předcházejícími událostmi (antecedencí) a následujícími událostmi (konsekvencí). Terapeut se spolu s rodiči bude snažit změnit některé události, k nimž dochází před nežádoucím chováním i po něm. Tyto změny mohou nežádoucí chování dítěte významně omezit. (Tamtéž)

Další možnou technikou behaviorální terapie je pozitivní posilování. Vychází z toho, že reakce na podněty nebo určité chování jsou častější nebo silnější, pokud následuje ocenění (pozitivní podpora). Rodiče potřebují popsat dítěti co nepodrobněji chování, které od něho čekají (jaké je přijatelné a jaké ne), vysvětlit důsledky každého nežádoucího chování. Dále odměňovat správné chování a na nežádoucí (do rozumné míry) nereagovat. Dosáhnout správného chování lze i plánováním situací, které dítě prožije. Ve spolupráci s terapeutem je tato technika velice účinná. (Tamtéž)

Paclt (2007) dělí kognitivně-behaviorální terapii do pěti kategorií, ve kterých je různým způsobem modifikována s ohledem na léčené děti, jejich rodiče, učitele apod. Jsou to: kognitivně-behaviorální intervence se zaměřením na dětského pacienta s ADHD; klinická behaviorální terapie zaměřená na učitele a rodiče; přímý management jednotlivých případů ADHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“; komplexní intenzivní behaviorální léčba (letní terapeutický program pro děti a jejich rodiče – např. v USA, Kanadě); kombinovaná a farmakologická léčba. Zároveň konstatuje, že kombinovaná léčba vykazuje lepší výsledky, než každý z terapeutických přístupů samostatně.

Kromě behaviorální terapie, která pomáhá dítěti přejít od negativních zkušeností k pozitivním, zmiňuje Serfontein (1999) i doučování využívající silných stránek dítěte k překonání jeho nedostatků. Dále logopedickou a jazykovou terapii pomáhající nejen při odstraňování vad řeči, ale i problémů s vyjadřováním. Další možností je pracovní terapie, která by měla být zaměřena na koordinaci hrubé motoriky, jemné motoriky, senzomotorickou koordinaci oko-ruka, zručnost, upevnění pohybu zleva doprava a vizuálně-prostorové problémy. Autor zmiňuje i dietní režim koncipovaný tak, aby byly vyloučeny potraviny zhoršující funkci neurotransmiterů.

Rodinná terapie vychází z předpokladu, že cokoli se děje jednomu členu rodiny, děje se rodině celé. Všichni jsou tedy problémem ve větší či menší míře ovlivněni a nějak do něj zapojeni. Každý má na věc svůj specifický pohled, který může být pro pochopení celé situace důležitý, někdy dokonce klíčový. Důležitá jsou také tři pravidla pro výchovu. Prvním je, že každé dítě potřebuje vědět, že je milováno a přijímáno. Druhé – každé dítě potřebuje vědět, že něco umí a dovede. Třetí – dítě potřebuje mít jasné hranice. (Štípek, 2011)

Za předpokladu, že možnou příčinou ADHD je nevyzrání symetrického tonického šíjového reflexu, je náprava založena na provádění cvičení, které dítě provádí s pomocí dospělého každý den 15 minut po dobu 6 měsíců. Cvičení zahrnuje pohyby malého dítěte ve fázi lezení. Postupně tak dochází k dokončení vývoje tohoto reflexu. Tím se upravuje i vědomá kontrola

nad psychickými procesy, zlepšuje se schopnost soustředění pozornosti, psychomotorická koordinace, koordinace pohybů a mizí nutkání k hyperaktivitě. (Nývltová, 2008)

Drtilková (2007) zmiňuje metodu EEG tréninku (biofeedback). Ta je založena na principu zpětné vazby. Snímaná EEG aktivita je během sezení převáděna na obrazovce do podoby videohry. Její průběh je možné ovládat změnami psychického stavu, které jsou spojené s výskytem žádoucí nebo nežádoucí mozkové aktivity, přičemž žádoucí aktivita je odměněna úspěchem ve hře. Opakovaným tréninkem se mozek teoreticky učí fungovat v požadovaném frekvenčním pásmu, které je spojováno se zlepšením psychického výkonu v určitých oblastech.

U dětí s ADHD je používán trénink cílený na zvýšení žádoucí a potlačení nežádoucí aktivity. Může tak teoreticky příznivě ovlivnit chování, učení a pozornost. Celkově však lze zkonstatovat, že různé metody EEG biofeedbacku mohou (podobně jako jiné nácvikové a rehabilitační techniky) některým jedincům pomáhat a být tak doplňkovou technikou základní léčby. Neměly by však být nabízeny a používány místo ověřených, standardních postupů schválených mezinárodně uznávanými odbornými společnostmi. Hlavním rizikem při používání nestandardních a alternativních postupů v léčbě ADHD je zpoždění zahájení účinné terapie. (Tamtéž)

### **3.3 Farmakoterapie**

Léčba psychofarmaky u dětí a dospělých s ADHD představuje velmi účinný léčebný postup, který však zůstává stále opomíjen. Přestože historie léčby ADHD psychofarmaky je starší, než léčba psychofarmaky v psychiatrii dospělých. Roku 1937 Bradley publikoval úspěšné užití stimulancií k léčbě hyperaktivních dětí s poruchou pozornosti (ADHD) a tím také začíná samostatný obor dětské psychofarmakologie. Další rozvoj tohoto oboru včetně léčby hyperkinetické poruchy je datován asi od roku 1960. Došlo k zavádění prvních psychofarmakologických posuzovacích škál strukturovaných vyšetřeních a objektivních metod. (Paclt, 2007)

Názor, že ADHD je způsobená dysfunkcí neurochemických pochodů v mozku podporuje léčbu pomocí stimulancií. Léky nemají za úkol chování měnit, ale zmírňovat obtíže, které dítěti komplikují život. V kombinaci s psychoterapeutickými postupy se tak může pomoci předejít zbytečným zátěžovým situacím dítěte. (Train, 1997)

*„V současné době existují pro léčbu této poruchy dvě skupiny léků: stimulancia, která ovlivňují dopaminový systém a látky nestimulační, jenž působí na metabolismus noradrenalinu.“* (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 82)

Munden (2002) uvádí používání psychostimulancií Ritalinu (metylfenidát) a Dexadrinu, které jsou deriváty amfetaminu. Dále tricyklických antidepresiv (Impramin), u dětí, kde je ADHD v kombinaci s úzkostí, nebo depresí. Zlepšují náladu, upravují hyperaktivitu, ale vzhledem k sedativním účinkům, nezvyšují proces učení. Lék, který se užívá při léčbě ADHD vyskytující se spolu s tiky nebo Tourettovým syndromem se jmenuje Clonidin a patří do antihypertenziv. Obecně platí, že léky mohou pouze dočasně ovlivnit mozkovou funkci a myšlení, pocity a chování. Jsou však považovány pouze za oporu a je nutné, aby jedinec pracoval dále na způsobech zvládnání svých impulzů a zaměřování pozornosti.

Nejvhodnější doba pro zahájení léčby je mezi 5. - 7. rokem dítěte, nejlépe před, nebo po začátku školní docházky. Efekt léčby je lepší u dítěte, které si ještě nevytvořilo odpor ke škole vlivem soustavných neúspěchů. Zásadní věcí je také postoj rodičů k této léčbě, kteří jsou zodpovědní za pravidelné užívání léků dítětem. Pokud léčba nebude pravidelná, hodnocení její účinnosti nebude objektivní. Je prokázáno, že léčené děti mají při dlouhodobějším hodnocení lepší perspektivu, mají lepší sociální dovednosti, dosahují vyššího stupně vzdělání, než děti neléčené. Podávání léků začíná vždy minimální dávkou. Zvyšuje se podle individuální potřeby dítěte. Pozvolné změny se obvykle projeví úbytkem nežádoucích projevů v chování. Následně také v pozitivních pocitech dítěte, zejména pokud je jeho chování lépe hodnoceno. Po delší době se mění společenské vztahy dítěte (i komunikace), vztahy v rodině i ve škole. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Stejní autoři uvádějí, že Ritalin je doporučen od 6 let, u závažnějších projevů hyperaktivity jej lze podávat už od tří let. Výhodou Ritalinu je velmi rychlá účinnost, první změny se mohou objevit za půl až jednu hodinu. Nevýhodou je krátká doba trvání efektu, to je 3 až 4 hodiny. Po odeznění účinku může rovněž nastat krátká doba zhoršení příznaků. Pro zmírnění problémů ve škole je proto nutné podávat lék nejméně dvakrát během dopoledne (jednu dávku podá učitel).

Lék s prodlouženým účinkem (díky pomalému uvolňování účinné látky) dostupný v ČR se jmenuje Concerta. Není doporučen jako lék první volby, lze na něj přejít z léčby krátkodobě působícího léku. Působí 8 až 12 hodin, není tedy nutné podávání léků ve škole. Nedochozí k výkyvům pozornosti, děti se lépe zapojují i do odpoledních mimoškolních aktivit. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Další preparát k léčbě ADHD je Atomoxetin. Nepatří mezi stimulanty. Po jednom podání pokrývá účinkem celý den, má pozitivní efekt na spánek – zlepšuje usínání. Rovněž bylo pozorováno zlepšení příznaků jak hyperaktivity, nepozornosti a impulzivity, tak i úzkosti. Mezi méně časté farmakologické postupy patří podávání antidepresiv. Používají se v případě, že léky první volby nejsou účinné, nebo je dítě nemůže užívat z jiných závažných důvodů. (Tamtéž)

*„Výzkumy zaměřené na srovnání účinnosti jednotlivých druhů léčby ukazují, že nejprospěšnější metodou je kombinovaná léčba, to znamená užívání léků společně s vhodným psychologickým vedením. Současně také bylo potvrzeno, že tento kombinovaný postup je účinnější než samotná psychoterapie.“* (Drtílková, 2007, s. 59)

Goetz, Uhlíková (2009) uvádí, že léky doporučené pro ADHD zlepšují schopnost dlouhodobě se soustředit, byl prokázán i pozitivní účinek na krátkodobou paměť. Ukazuje se, že farmaka dokážou také pomoci dítěti uplatnit to, co se naučilo. Ve škole se v menší míře vyskytuje nežádoucí chování (vyrušování, chození po třídě, provokování spolužáků). Vlivem zlepšení pozornosti dítě vydrží déle číst, dělá méně chyb v počtech, nebo diktátu, dokončuje započatou práci. Změny mohou nastat i ve společenských

dovednostech, nezapomíná pozdravit, poděkovat, samo vyhledává aktivity s kamarády, nenechá se tak snadno vyprovokovat a podobně. Důležitá jsou i výchovná a režimová opatření (stabilizace pravidelného režimu, posilování žádoucího chování, důslednost), a pozitivní hodnocení dítěte, což znásobí efekt podávaných léků a společně tvoří komplexní terapii.

Doba užívání léků se u každého pacienta mění. Občas se léčba přerušuje na období týdnů, až měsíců. Po dobu podávání farmak je důležité častější sledování dítěte lékařem i rodiči. Pokud by se objevila některá nežádoucí reakce (vzestup teploty, bolesti hlavy, svědění kůže apod.) je nutné ihned přerušit další podávání léků. (Tamtéž)

*„Podle současných názorů, které se opírají o „evidence based medicine“ (léšbu podloženou důkazy), k neúčinnější léčbě hyperkinetické poruchy patří 2 metody: na prvním místě je to farmakoterapie a těsně za ní některé psychoterapeutické techniky. Optimální je spojení obou těchto postupů.“ (Drtilková, 2007, s. 71)*

## **4 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S ADHD**

*„ADHD se nejvíce projevuje v situacích, kdy se dítě musí podřídit nějakým stabilním pravidlům. Výuka těchto dětí je náročnější a občas vyčerpávající, někdy i zdánlivě beznadějná. Vyžaduje odhodlání pracovat s žákem individuálně a dlouhodobě. Práce učitele je o to obtížnější, že mnoho dětí nemá odpovídající lékařskou péči. V každé škole také není možné prosadit postupy, které dítěti s ADHD usnadní vzdělávání. Někdy jsou důvodem obavy změnit zažitá výuková postupy, které pak neodpovídají osnovám, jindy změny neumožňuje chybějící technické a personální vybavení, nebo nedostatečné zázemí školy. Neexistuje také jednotný specifický postup výuky pro děti s ADHD, obdobný vyhláškám pro práci s dětmi, které mají dys-poruchy.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 131)*

Specifické vývojové poruchy školních dovedností jsou velmi často provázeny poruchou ADHD (není to však pravidlem). Zahrnují několik různých poruch, které se mohou různě kombinovat. Patří sem dyslexie



(porucha čtení), dysgrafie (porucha psaní), dysortografie (porucha pravopisu), dyskalkulie (porucha počítání), dyspinxie (porucha kreslení), dysmúzie (porucha schopnosti vnímání a reprodukce hudby), dyspraxie (porucha motorické funkce, neobratnost). Pokud má dítě diagnostikovanou poruchu učení, má s daným předmětem nebo předměty určité potíže. Pomocí speciálních nácviků lze tyto potíže minimalizovat. (Štípek, 2011)

Rovněž se mohou vyskytovat poruchy chování (CD- conduct disorder), které jsou charakterizovány déle trvajícím agresivním, vzdorujícím, opozičním, silně negativistickým, antisociálním nebo delikventním chováním. Odlišení od ADHD je někdy obtížné. Obě diagnózy se často v mnoha oblastech překrývají nebo existují zároveň vedle sebe. Poruchy chování, ADHD a specifické poruchy učení mohou být vzájemně propojeny. Neznamena to ale, že dítě, které má problémy se čtením, bude mít i ADHD nebo poruchu chování. (Tamtéž)

Důležité je přizpůsobit styl práce a učení. To znamená časté přestávky spojené s pohybovým uvolněním, střídáním činností. Při hodnocení a klasifikaci by měl být použit specifický přístup. Například hodnocení – slovní, pomocí bodů, uvedením počtu chyb a podobně. Písemné práce a testy by měly být rozděleny na několik kratších částí. Ústně dítě zkoušet častěji a kratší dobu. S používaným výchovně vzdělávacím programem by měl učitel seznámit rodiče, inzultovat společně s nimi problémy. Návaznost výchovného působení by měla být i v rodině. Vhodné je také podporování sportovních zájmů dítěte, které mohou pomoci trénovat pozornost (postřeh), dodržování určitých pravidel hry a chování. (Drtílková, 2007)

Hyperkinetická porucha v dětství dokáže zkomplikovat život nejen samotnému dítěti, ale často celé rodině. Rodiče jsou opakovaně voláni do školy kvůli kázeňským přestupkům dítěte a jsou zklamáni i špatným prospěchem dítěte, o kterém se domnívají, že je nadané a inteligentní. (Drtílková, 2007)

Děti s ADHD mohou mít vrozené nedostatky, které jim ztěžují úspěšné zvládnutí některých školních předmětů. Souhrnně se nazývají specifické poruchy školních dovedností (čtení, psaní, počítání). Také se může vyskytovat

specifická vývojová porucha motorické funkce, která se projevuje nápadnou neobratností a nešikovností (syndrom neobratného dítěte). (Drtilková, 2007)

*„Značná část dětí s ADHD trpí specifickými poruchami učení. Takové děti mívají konkrétně sklon k poruchám čtení a psaní. Vzhledem k tomu, že náš vzdělávací systém vyžaduje dokonalost ve čtení i v psaní, aby bylo možné věnovat se plně všem předmětům, není divu, že právě tyto děti často selhávají.“* (Munden, 2002, s. 25)

Ve škole kromě ředitele, třídního učitele je pro rodiče kontaktní osobou i výchovný poradce. Učitel s dostatečnou kvalifikací i zkušeností, který koordinuje péči o děti se speciálními potřebami. Škola by měla rodičům poskytnout také podrobný individuální plán pro dítě, který je založen na jeho specifických vzdělávacích potřebách. Měl by rozlišovat krátkodobé i dlouhodobé vzdělávací cíle, zahrnovat multidisciplinární přístup – speciální pedagog, psycholog, terapeut apod. Rodiče by měli být bráni jako aktivní součást při výchově a vzdělávání dítěte. (Kerrová, 1997)

*„Úplné odeznění všech potíží závisí na celkovém přístupu k dítěti po celou dobu školní docházky. Děti, kterým nikdo nevěnoval náležitou péči si zpravidla své emocionální a charakterové potíže odnesou i do dospělosti. Problémy s učením často negativně poznamenají i jejich pracovní kariéru.“* (Serfontein, 1999, s. 28)

Zajímavý je názor Serfonteina (1999), který v souvislosti s učením zmiňuje situaci, kdy na mnoha školách (hlavně na prvním stupni) dochází k posunu od tradičních cílů směrem k moderním metodám výuky, které jsou zaměřené spíše na diskuzi a sociální zralost než na rozvoj základních dovedností. Mnoho dětí s poruchami učení, ale i bez nich, je pak z tohoto důvodu nedostatečně připraveno pro zahájení druhého stupně základní školy. Dle něj by škola měla nabízet speciální třídy pro žáky s poruchami učení, pevný řád denních činností, citlivé pedagogy s přirozenou autoritou. Dále menší třídní kolektiv, možnost doučovacích hodin, nabídku zájmových kroužků a nepovinných předmětů. Důležitý je i dohled na žáky, kteří užívají medikamenty (tzn. zajistit jejich podávání v dopoledních hodinách). Hodnocení

by mělo být přizpůsobené individuálním schopnostem žáků a kombinovat častou průběžnou klasifikaci celoroční práce s různými formami zkoušení.

#### 4.1 Specifika výchovy

V případě dětí s ADHD je základní podmínkou pedagogický optimismus a vyšší frustrační tolerance. Zásadním nástrojem v procesu nápravy nežádoucího chování, vyšší školní i širší sociální úspěšnosti dítěte může být právě pozitivní a předvídatelný postup pedagoga. (Ptáček in Paclt, 2007)

Z hlediska evoluční perspektivy je školní prostředí pro tzv. „reakce schopné“ jedince velmi těžké. Děti s ADHD lze označit jako „vyhledávající zkušenost, ostražitě a zvědavé“. Postupnou změnou školního prostředí, např. změnou zasedacího pořádku, menším počtem dětí ve třídě je možné významně změnit projevy a vzorce chování „reakce schopného“ dítěte. To znamená zlepšit jeho schopnost udržet pozornost, ovládat impulzy a omezit nepotřebný pohyb. Zkoumáním evolučních, biologických, psychologických a sociálních faktorů se došlo k názoru, že pokud si lidé s ADHD správně zvolí povolání a životní styl, mohou pro ně projevy této poruchy být určitou výhodou. Například povolání vyžadující okamžité reagování a jednání podle rychle měnící se situace (lékař záchranné služby, voják v zásahové jednotce, podnikatel...). (Munden, 2002)

Riefová (1999) zdůrazňuje systematický, strukturovaný a pozitivní přístup s jasně definovanými pravidly. Mezi ně patří – jasně sdělené požadavky na chování a práci žáků, dostatek času na vysvětlení žádoucího a nežádoucího chování, jasná struktura vyučovací hodiny, předvídatelnost a důslednost jednání učitele. Dále je to nácvik žádoucího chování, důslednost na dovedení práce do konce, učitelovo porozumění, pružnost a trpělivost. Nezbytná je i individuální pomoc učitelem.

Se školou úzce souvisí pojmy výchova a vzdělávání. *„pod pojmem výchova si lidé většinou představují činnost směřující k zlepšenému chování, vystupování (souvisí se slovy vychovaný, nevychovaný, převýchova atd.). Vzděláváním pak většinou rozumí především racionální činnost směřující*

*k získávání nových vědomostí, případně dovedností ve spojení se školou či jinou vzdělávací institucí.*“ (Kohout, 2002, s. 21)

Goetz, Uhlíková (2009) uvádějí, že dětem s ADHD lépe vyhovuje tradiční uspořádání lavic ve třídě, tzn. do řad čelem k přední straně třídy. Dítě by mělo sedět v předních lavicích, aby mohlo snáze sledovat učitele a ten mu mohl poskytovat zpětnou vazbu. Během výuky by měl učitel co nejvíce motivovat a udržet zájem žáků s ADHD. To znamená, změnit tempu výuky, zadat úkol vyžadující aktivní přístup, využívat krátkodobou pozornost (při zadávání akademických úkolů), snažit se vždy dítě pochválit. Důležité je používání různých instruktážních pomůcek, využití počítačového programu, ale i střídání výuky s krátkými chvilkami tělesných cvičení.

Základním předpokladem učení je správný vývoj krátkodobé paměti. Ta je nezbytným předpokladem pro získávání znalostí a vzdělávání. U těchto dětí se vyskytují poruchy krátkodobé paměti zejména ve sluchové oblasti. Lépe si tedy zapamatují optické než akustické vjemy. Tyto potíže se týkají jak ústního, tak písemného projevu. Dětem dělá velké problémy zapamatovat si informaci, v duchu si ji vybavit a následně napsat na papír. (Serfontein, 1999)

Z pohledu sociologického lze výchovu chápat jako záměrné ovlivňování socializačních procesů, které jsou v souladu se společenskými normami a hodnotami a učení se společenským rolím. Vzdělávání pak jako vštěpování znalostí a dovedností, které jsou nezbytné pro role profesní, rodinné i občanské. (Havlík, 2007)

Mezi základní pedagogické postupy patří – pozitivní posilování spolu s mírnými tresty (pochvaly by měly směřovat ke všem projevům žádoucího chování; tresty mírné, jasně definované a v přímé časové souvislosti). Dále častá zpětná vazba, která by měla být stručná a neměla by představovat rušivý prvek v činnosti dítěte. Také instrukce a pokyny by měly být stručné, jasné a splnitelné. Zásadní prvek představuje respektování stylu učení. Takzvaný globální styl učení je charakteristický pro většinu dětí s ADHD. Takže úkoly a informace by se jim měly podávat jako celek. Učením o vlastním stylu učení je pak nácvik metakognitivních strategií, které napomáhají získat zpětnou

vazbu a poznávat následky svých činností. Důležitá je i sebekontrola a sebehodnocení vedoucí k regulaci impulzivity dítěte. Může být i vhodným nástrojem k pozvolné změně nežádoucích vzorců chování. (Zelinková, 2003)

Důležitá je rovněž dobrá informovanost učitele o problematice ADHD, která může předejít řadě nedorozumění mezi učitelem, dítětem a jeho rodiči. Měl by být schopen odlišit chování žáka projevy nemoci (nepovažovat je za schválnost, neukázněnost apod.), nenechat se zmást výkyvy ve výkonech (jsou charakteristickým znakem ADHD). Situaci mu ztěžuje i proměnlivost příznaků v jednotlivých obdobích vývoje dítěte. Učitel tak musí hledat neustále nové individuální postupy a věnovat více času, energie i úsilí, aby způsob výuky přizpůsobil i potřebám žáků s ADHD. Kromě úprav režimu a výuky je důležitá i komunikace s dalšími rodiči a dětmi ve třídě. Učitel by měl vysvětlit i obhájit před nimi, proč má dítě s ADHD trochu jiná pravidla (např. pro zkoušení, hodnocení diktátů) a jak mohou pomoci. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Děti s ADHD se vyznačují určitými specifickými rysy chování. K těmto rysům zařazuje Serfontein (1999) výbuchy hněvu, které mohou trvat několik minut (většinou nepřesáhne dobu 10 až 15 minut). Nejúčinněji je lze překonávat tím, že se dítě nechá, aby se samo uklidnilo a zvládlo své emoce. To znamená, aby rodiče zůstali pokud možno v klidu. Dále sem patří sklon k agresivnímu chování, které je jedním z projevů snížené psychické odolnosti. Základní metodou při zvládnání agresivity je odměna za dobré chování a odepření výhod za nesprávné chování. Jedním z nejvíce komplikujících faktorů je impulzivnost. Zde je důležité vybudovat účinné strategie – pevný řád činností již od raného dětství, který umožní dítěti rozvíjet další aspekty vývoje (učení, socializace apod.) a naučí ho přivyknout uspořádanému způsobu života. Ke zlepšení poruch pozornosti přispívá prostředí, které dítě nerozptyluje, rozdělení práce do krátkých úseků, různorodé formy činností, odměny za splněné úkoly. Předpokladem úspěšné výchovy v rodině jsou i harmonické vztahy mezi jejími členy.

*„Není to tedy školní program, ani umístění školy, to, zda je škola soukromá, nebo státní, bohatá či chudší, prestižní či běžná, ale osoba učitele, který v prvních letech školní docházky bude velmi silně ovlivňovat*

*sebehodnocení dítěte. První a zásadní je zkušenost učitele s ADHD a ochota poskytovat zvláštní péči a porozumění potřebné k tomu, aby dítě bylo ve škole šťastné a úspěšné.*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 49)

## **4.2 Individuální vzdělávací plán**

Dítě s ADHD je vystaveno kritice svých neúspěchů a chyb. Takové dítě se nechá snadno strhnout impulzivním reagováním bez domýšlení následků svého jednání, kdy jeho chování hraničí s nepřijatelností. Často se vyskytující poznámky v žákovské knížce se zdají být výčtem typického chování spojené s ADHD. Ty však nemají žádný smysl, ani účinek a problémy nevyřeší. Dítě si pak může říci, že nemá smysl se snažit. Tím pádem si řekne, že na sebe musí upozornit jinak. Proto je důležité vyzdvihovat pozitivní vlastnosti těchto dětí, motivovat je pochvalou za dobrý pracovní výkon na podporu jeho snažení. (Altmanová, 2010)

*„Děti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření takových podmínek, které jim toto vzdělávání umožní (viz školský zákon). K povaze postižení či znevýhodnění se přihlíží i při hodnocení (nejde o nadhodnocování výkonu dítěte, ale o zjištění jeho skutečných vědomostí a dovedností nezkraslených projevy poruchy – je proto třeba odlišit, zda dítě např. selhalo při písemné práci proto, že byla příliš rozsáhlá a dítě proto nebylo schopno ji dokončit, nebo se dopustilo chyb prostě proto, že učivo neumí). Zajištění potřebné péče dítěti s ADHD, ADD není otázka vůle či uznávání a respektování diagnózy, ale je to povinnost (nejen morální!).* (Žáčková, 2005, s. 60)

Spolupráce rodičů na tvorbě individuálního vzdělávacího plánu je nezbytná. Dítě by mělo být vyšetřeno odborníkem (pedagogicko-psychologické poradny), který vypracuje zprávu z vyšetření sloužící jako podklad pro vytvoření IVP. Tato zpráva obsahuje konkrétní doporučení (např. nekárat dítě za projevy typické pro jeho poruchu, chválit za vhodné chování, umožnit krátký odpočinek, relaxaci...) a je pak poskytnuta, s nezbytným

souhlasem rodičů, škoře a vyučujícímu. Ten po vytvoření individuálního vzdělávacího plánu předloží návrh rodičům, kteří ho stvrdí svým písemným podpisem. Plán umožňuje učitelu přizpůsobovat vyučování vzhledem k úrovni dítěte a jeho aktuálnímu rozpoložení. (Tamtéž)

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami se dělí na žáky se zdravotním postižením (žáci s autismem, SPU, poruchami chování, smyslovým, mentálním postižením, či poruchami závažnějšího charakteru), zdravotním znevýhodněním (jde o dlouhodobé zdravotní oslabení vedoucí k poruchám učení, jako jsou epilepsie, závažné oslabení imunitního systému, astma, alergie) a žáky se sociálním znevýhodněním (jedná se o děti z cizojazyčného prostředí, děti s nařízenou ústavní, nebo ochrannou výchovou, děti s nízkým sociokulturním postavením, nebo ohrožené sociálně patologickými jevy). (Jucovičová, 2009)

*„Děti, kterým je nutné věnovat zvýšenou péči, jsou označovány jako osoby, děti, nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Podle školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) mají tito žáci právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení.“* (Jucovičová, 2009, s. 8)

Individuálně vzdělávací plán umožňuje žákovi pracovat podle jeho individuálního tempa a schopností bez ohledu na stres ze srovnávání s jeho spolužáky a neplnění učebních osnov, a slouží k rozvíjení jeho učebních předpokladů. IVP však nemá za úkol sloužit k úlevám, ale najít optimální úroveň, na které může dítě pracovat. Také pomáhá učitelu přizpůsobovat vyučování individuální úrovni dítěte. (Zelinková, 2001)

Při plnění školních povinností potřebují žáci, kteří mají určité znevýhodnění, podstatně větší podporu. Vzdělávání těmto dětem může ulehčit individuální vzdělávací plán (dále jen IVP). Ten stanoví podmínky, za kterých bude dítěti vzdělávání poskytnuto. To znamená, konkretizuje obsah a rozsah podmínek, průběh a způsob poskytování vzdělávání. IVP pomáhá nejen při

vstupu do základní školy, ale i po celou dobu vzdělávání (včetně střední a vyšší odborné školy) pokud je třeba. (Jucovičová a kol., 2009)

*„Individuální vzdělávací program (IVP) je klíčovým nástrojem pro odpovídající a odbornou přípravu na výuku, se speciálními potřebami. IVP je především prostředkem koordinace toho, co se ví o specifických potřebách a podmínkách dítěte, a dostupných zdrojů školy, aby byl vytvořen smysluplný a vhodný vzdělávací program.“* (Lang, Berberichová, 1998, s. 73)

Stejní autoři považují za první krok při vývoji IVP shromáždění a shrnutí výsledků vyšetření, zpráv, diagnostických rozhovorů, testů znalostí a dovedností apod. Důležitá je i spolupráce dalších osob, které se podílejí na výchově a vzdělávání dítěte a externích odborníků. V neposlední řadě je to průběžné hodnocení nebo reflexe k posouzení účinnosti a vlivu IVP na dítě.

Výsledkem užívání IVP by mělo být naplňování specifických potřeb dítěte, vytvoření programu činností pro konkrétní dítě, zohlednění jeho učebního stylu. Také vybudování užších a profesionálnějších vztahů mezi všemi, kdo ovlivňují vzdělávání dítěte a formulování vzdělávacích cílů a konkrétních učebních úkolů. (Lang, Berberichová, 1998)

### **4.3 Mladší školní věk**

Obdobím mladšího školního věku je označována etapa od 6 do 11 až 15 let. Významným mezníkem je vstup dítěte do školy. Při vstupu do školy je u každého míra připravenosti na pravidelnou školní přípravu a výuku velmi individuální. Z předškolního dítěte se stává žák.

Jako formování vrstevnických vztahů a pravidel skupinového chování charakterizuje etapu školního věku (6 až 12 let) sociologie. Zdůrazňuje rostoucí úlohu kognitivního učení a vzdělávání, tvorbu zájmů a postojů, vznik vztahů zodpovědnosti. (Havlík, 2007)

Vývojovými úkoly tohoto období jsou tedy – přechod od hry k cílevědomé úkolové činnosti, zvládnutí role žáka, přechod k názorně logickému myšlení. Dále vznik pocitu kompetence, zvládnutí trivia



a seznámení s dalším jazykem. Utváří se také sebehodnocení a sebepojetí podle názoru dospělých, modelu chování rodiny i vrstevníků. V této etapě dítě dosahuje významných pokroků, které jsou rozhodující pro budoucí období. (Farková, 2008)

Zelinková (2001) uvádí, že předpokladem úspěšné adaptace na školní režim je zralost centrální nervové soustavy. Ta ovlivňuje lateralizaci (přednostní užívání jedné ruky při psaní), rozvoj motorické a senzorické koordinace. Je zároveň předpokladem k rozvoji zrakové a sluchové percepce. Základní ukazatele školní zralosti zůstávají nezměněny. Vztahuje se na funkce, které podléhají zrání.

V souvislosti se vstupem do školy lze zmínit pojem školní zralosti, která je výsledkem nejen biologického procesu zrání nervového systému, ale i celé dosavadní zkušenosti dítěte. Zahrnuje rovněž zralost rozumovou, citovou a sociální. Diagnostika školní zralosti se zaměřuje na oblast motoriky (jemné i hrubé), laterality, sebeobslužné činnosti, úroveň rozumových, verbálních a komunikačních schopností. Dále na oblast sociálního a citového vývoje. (Vítková, 2004)

*„Školní zralost znamená dosažení takového stupně vývoje, který umožňuje dítěti se zdarem si osvojovat školní znalosti a dovednosti. Je to jev komplexní. Termín „zralost“ bývá spojován se spontánním vývojem, biologickým zráním příslušných struktur a funkcí. Vývoj však vždy probíhá v interakci s vnějším prostředím, se záměrným i nezáměrným ovlivňováním i podněcováním v prostředí, v němž dítě vyrůstá.“ (Říčan, 1997, s. 225)*

V odborné literatuře se lze setkat i s pojmem pedagogické zralosti, jejíž význam je širší. *„Pojem pedagogická zralost znamená integraci tělesné i duševní, společenské a výchovné vyspělosti dítěte. Označuje schopnost umět se orientovat ve všech oblastech adekvátně věku a přiměřeně požadavkům, které na ně společnost klade, přijímat a reagovat odpovídajícím způsobem na edukační působení.“ (Monatová, 2000, s. 65)*

Machová (2002) uvádí, že zátěž vyvolaná náhlou změnou (vstupem do školy) je v období mladšího školního věku tak výrazná, že může přesáhnout

adaptační činnosti dítěte. Z hlediska tělesného vývoje je především závažné značné omezení pohybu.

Dítě musí po dlouhou dobu klidně sedět. Rovněž při spaní k tomu přistupuje i značné úsilí nervové soustavy, které je nutné k přesnému řízení svalové koordinace při jemných pohybech ruky. Na úspěšnost žáka mladšího školního věku mají vliv i malá mozková postižení, která mají svůj původ v prenatální nebo perinatální době. Tvoří nesourodou skupinu a mohou se projevovat jako poruchy chování nebo specifické poruchy učení. (Tamtéž)

*„Některé děti se po nástupu do školy těžko přizpůsobují školnímu režimu. Objevují se potíže v soustředění, hravost, obtíže v podřizování se kolektivu a vedení učitele. Baví se, ruší jak přemírou pohybu, tak stálým vykřikováním, mluvením. Takové chování je jedním ze zdrojů problémů, zaostávání ve výuce. Sebehodnocení dítěte a zájem o školu se snižují.“*  
(Zelinková, 2001, s. 110)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **5 IVP U ŽÁKŮ S ADHD NA 1. STUPNI ZÁKLADNÍ ŠKOLY LIBĚCHOV**

#### **5.1 Cíl práce, metody šetření**

Cílem teoretické části bylo popsání poruchy chování spojené s hyperaktivitou – z historického hlediska, vymezení terminologie, výskytu ADHD v populaci, její etiologie, diagnostiky a projevů. Možné formy terapie a nápravy, výchovy a vzdělávání dětí s ADHD, popis individuálního vzdělávacího plánu a mladšího školního věku.

Cílem praktické části je popis individuálně vzdělávacího plánu u žáků s ADHD na 1. Stupni ZŠ Liběchov. Analýza aktivit školy, kazuistiky žáků s ADHD, zachycení názorů učitelů na problematiku ADHD a IVP.

Bakalářská práce je zpracována pomocí kvalitativní metody šetření a typologické procedury. Byly použity techniky: Analýza prostudované literatury, obsahová analýza dokumentů (osobní spisy žáků, katalogové listy, individuální vzdělávací plány), polostandardizovaný rozhovor, kazuistiky.

#### **5.2 Místo šetření, charakteristika výzkumného vzorku**

Základní škola Liběchov vyučuje dle rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání platného od 1. 9. 2013. Škola integruje zdravotně postižené žáky se specifickými vývojovými poruchami učení či chování. Tyto děti jsou hodnoceny a klasifikovány slovně po předchozí dohodě s rodiči, navíc jim je věnována speciální péče ve čtyřech skupinách dyslektického nácviku (ADN), který provádějí vyučující prvního stupně základní školy se speciální přípravou. Přehled integrovaných žáků je evidován výchovnou poradkyní jako dokument označený “důvěrné“.

Škola má tři patra, ve kterých jsou rozděleni žáci prvního a druhého stupně. V prvním patře se nachází knihovna a tělocvična školy a prostory Mateřské školy Liběchov. V druhém patře je učebna fyziky a chemie, ve třetím patře počítačová učebna a učebna přírodopisu.

I přesto, že základní škola a sdílí prostory se školou mateřskou, do prvních tříd nastupuje pouze malý počet dětí z místní školky. Většina žáků první třídy jsou děti z okolních obcí. Celkový počet žáků prvního i druhého stupně je v letošním školním roce 98 žáků. Z důvodu malého počtu žáků a nedostatku tříd jsou většinou třídy sloučené po dvou ročnících. Škola má vlastní stravovací zařízení.

Délka přestávek činí 10 minut, hlavní přestávka 20 minut. Z celkového počtu 11 učeben jsou vedeny odborná pracovna přírodopisu, výpočetní techniky, cizích jazyků a chemicko-fyzikální. Žáci 1. i 2. stupně jsou vzhledem k malému počtu žáků v některých ročnících sloučeny do jedné učebny (např. 2. a 3. třída spolu sdílí stejnou učebnu a třídního učitele). Škole chybí laboratoř a prostory pro pracovní vyučování. Na pozemku školy se nachází hřiště a běžecký okruh. Škola má vlastní plně vybavenou sportovní halu, kterou také pronajímá třikrát týdně místnímu učilišti.

Zlepšilo se vybavení učeben a knihovny, byly pořízeny dvě interaktivní tabule pro projektové vyučování, spousta nových knih a vyučovacích programů.

Všechny učebny jsou dostatečně prostorné, dobře osvětlené denním světlem i elektrickými zdroji. Sociální zařízení jsou udržována v čistotě a zrekonstruována podle norem Evropské Unie. Esteticky působí i společenské prostory. Budova školy není projektována pro žáky s pohybovými vadami, bezbariérové úpravy nejsou doposud provedeny. Vedení školy má vypracovaný plán na zlepšení materiálních podmínek.

Od 1. 2. 2011 čerpá škola finanční prostředky z projektu EU Peníze školám. Část těchto prostředků je věnována na zkvalitnění školy a vyučování. V rámci běžného vyučování byly zavedeny hodiny čtenářské a informační gramotnosti, inklusivního vzdělávání a finanční gramotnosti.

## 5.3 Vlastní šetření

### Aktivity školy

Škola nabízí řadu mimoškolních a volnočasových aktivit, které vedou rodiče i učitelé. Škola má tradici ve floorballu, ve kterém zaznamenala řadu úspěchů. Floorballu se účastní žáci obou ročníků. Dále žáci prvního i druhého stupně mají možnost docházet na kroužek sebeobrany a bojových umění pod vedením zkušeného rektora. Rodiče žáků prvního stupně také nabízí kroužek „Kamarád“ orientovaný spíše pro dívky, kde se učí vyšívání, pletení, dekorace a pro starší dívky je zde nabídka kreativního (fantasy) líčení a módy.

Někteří z učitelů sami vedou sportovně zaměřené kroužky. Dva žáci prvního stupně se syndromem ADHD dochází na kroužek light-show. Jedná se o žáky 4. a 5. ročníku. Zde se děti učí žonglování a manipulaci s poikami. Jedná se o látkové vaky naplněné rýží, které slouží pro nácvik sestav. Vedoucí tohoto kroužku, jeden z učitelů prvního stupně, dále nabízí i různá vystoupení v rámci akcí školy. Žáci se syndromem ADHD, kteří se tohoto kroužku účastní, jsou touto činností nadšeni a ochotně se učí těmto dovednostem. Tito dva žáci se okamžitě zapojili do kolektivu dalších deseti dětí a dobře spolupracují. Oba dva však mají problém s hrubou motorikou a při nácviku obtížnějších prvků jsou často deprimovaní z neúspěchu. I zde se projevují charakteristické vlastnosti ADHD, jako např. neschopnost udržet po delší dobu pozornost na jeden úkon, okamžité znechucení při neúspěchu a následné silné emoční reakce.

Pan učitel se s oběma chlapci při výuce setkává při hodinách českého a anglického jazyka a také dochází jako asistent pedagoga do hodin matematiky. Je plně seznámen s problematikou syndromu ADHD. Po vyučování na kroužku s chlapci provádí relaxační dýchací cviky, pak následuje rozvíčka společně s ostatními a samotná výuka této aktivity. Díky individuálnímu přístupu chlapce dokáže motivovat, pozná, kdy jsou unavení, nebo mají špatnou náladu a umí s nimi patřičně zacházet. Umí si získat jejich pozornost a patřičně regulovat jejich chování pro klidný průběh vyučování.

## **EU Peníze školám**

Tento projekt slouží ke zlepšení podmínek pro vzdělávání na základních školách. Hlavním úkolem je podpora rozvoje oblastí, které se dlouhodobě jeví jako problematické. Díky podpoře těchto oblastí by mělo dojít ke zlepšení situace v sedmi oblastech: čtenářské a informační gramotnosti, výuce ICT, matematice, inkluzivního vzdělávání, finanční gramotnosti a přírodních vědách. Přispět by mělo také metodické vzdělávání pedagogických pracovníků, tvorba a následné využívání nových metodických pomůcek a učebních materiálů. Zvýšení účinnosti práce s žáky v těchto oblastech by mělo být realizováno individualizací výuky prostřednictvím dělení hodin nebo podporou při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků mimořádně nadaných.

## **Kazuistiky žáků s ADHD (obsahové analýzy dokumentů)**

### **Žák 5. ročníku základní školy - Míra**

**Věk:** 12 let

**Diagnóza:** syndrom ADHD, deficitní percepční funkce

#### **Rodinná anamnéza:**

Rodiče jsou rozvedeni. Otec (37) odešel od rodiny, když byly chlapci dva roky. Od té doby otec o chlapce neprojevil žádný zájem. Matka (34) v současné době žije se svým přítelem, svými rodiči a synem v rodinném domku. Pracuje v supermarketu jako pekařka, její přítel podniká. Jedná se o ekonomicky stabilní rodinu. Míra nemá žádné sourozence. Matka ochotně spolupracuje se školou a jeví o prospěch syna velký zájem.

#### **Osobní anamnéza:**

Míra je milý, komunikativní a nekonfliktní chlapec. Sociální kontakt mu nedělá žádný problém. Míra neprodělal žádnou vážnou nemoc, ani nebýval často nemocný. Jednou podstoupil odstranění nosních mandlí. Chlapec docházel do Mateřské školy Liběchov. Před zahájením povinné školní docházky byl doporučen odklad o jeden rok pro školní nezralost

komplikovanou syndromem ADHD. Dlouhodobě byl v neurologické péči – opakovaně potvrzen syndrom ADHD – medikován Nootropil.

### **Průběh školní docházky:**

V sedmi letech nastoupil Míra do 1. třídy na Základní školu Želízy. Pro přetrvávající obtíže ve výuce a chování chlapce a matčinu nespokojenost s přístupem pedagogů na této škole byl Míra na konci prvního roku školní docházky přeřazen do ZŠ Liběchov. Zde opakoval 1. třídu.

Již v předchozím školním roce byl doporučen asistent pedagoga, ale nedošlo ke včasnému odeslání žádosti z důvodu organizačních změn probíhajících ve škole. Po přestupu do ZŠ Liběchov se Míra rychle začlenil do kolektivu. Rovněž mu byl vypracován na návrh pedagogicko-psychologické poradny individuální vzdělávací plán, který musí být přizpůsoben jeho intelektovým schopnostem.

Poradna diagnostikovala u chlapce výukové obtíže podmíněné nerovnoměrnou a celkově sníženou aktuální intelektovou výkonností do pásma lehké mentální retardace, výrazným oslabením rozvoje numerických dovedností a specifiky v dynamice psychických procesů danými syndromem ADHD.

Při nástupu do 2. třídy byl Mírovi přidělen asistent pedagoga, který se s chlapcem podle potřeby zdržoval ve třídě, nebo v průběhu vyučování odcházel do jiné učebny, kde se věnovali individuálnímu vyučování. Asistent tak mohl lépe přizpůsobovat podmínky pro výuku podle chlapcových schopností. Jelikož se jedná o malou školu, jsou zde z důvodu malého počtu žáků sloučené třídy různých ročníků. Míra je tak každý rok zařazován do jiného kolektivu dětí, což mu dělá potíže.

Ve 3. třídě bylo patrné zlepšení v mnoha ohledech. Ovšem individuální vzdělávací plán neodpovídá osnovám učiva v daném ročníku, ale je přizpůsoben specifickým vzdělávacím potřebám chlapce. Stále čte po písmenkách, ale pojí slova a textu rozumí. Také v matematice je patrná změna, ale stále počítá na prstech, nebo s kalkulačkou, nerozpozná počet na hrací kostce u „Člověče, nezlob se“. Anglický jazyk nezvládá. Zapamatuje

si základní slovíčka (zvířata, barvy, ovoce...), nedokáže si osvojit gramatiku, ani základní fráze.

V dalších ročnících začal Míra se spoustou mimoškolních aktivit; začal jezdit na bruslích a chodit na sebeobranu. V současné době dochází do 5. třídy. Stále pracuje pod vedením asistenta pedagoga, který se s ním učí dle IVP. Chlapec užívá Nootropil. Pokud jej vynechá, bývá velmi unavený a ospalý. Matka také s chlapcem dochází na EEG-biofeedback. Již absolvoval dle jejího sdělení 80 sezení s pozitivním efektem. Podstatně se zlepšila jeho schopnost udržet pozornost a rychleji reagovat, stále však je třeba mu výuku přizpůsobovat.

#### **Shrnutí:**

Z tohoto případu je patrné, že ne každá škola je připravena na výuku dítěte s ADHD. Individuální vzdělávací plán je přizpůsoben specifickým potřebám chlapce (lehká mentální retardace, ADHD) a výhodou je i přítomnost asistenta pedagoga. Dále je pozitivní chlapcův přístup k volnočasovým aktivitám a zdá se, že změna školy mu prospěla. Pozitivně lze hodnotit i přístup matky k alternativním cestám nápravy, jako např. EEG-biofeedback.

#### **Návrh intervence:**

Posilovat žákovu sebedůvěru, motivovat ho k lepším výkonům. Využívat jeho znalosti a dovednosti, usilovat o pocit jeho dalšího uplatnění. Podporovat volnočasové (sportovní) aktivity. Volit krátkodobé, pro chlapce spíše uchopitelné cíle. Nezaměřovat se pouze na školní výsledky a zlepšování výkonnosti chlapce, ale pozitivně oceňovat a posilovat žádoucí způsoby chování.

### **Žák 3. ročníku základní školy - Luboš**

**Věk:** 10 let

**Diagnóza:** přetrvávající specifika v dynamice psychických procesů plynoucí ze syndromu ADHD provázená zvýšenou emoční nestabilitou s atypickými projevy v chování



**Rodinná anamnéza:**

Chlapec pochází z úplné rodiny. Rodina žije v panelovém bytě. Matka (37 let) je učitelka v mateřské škole a otec (39 let) podniká v oboru stavebnictví. Rodina je dobře ekonomicky zajištěná. Luboš má 2 sourozence; bratra (12 let) a sestru (6 let). Rodiče mají zájem o chlapcův školní prospěch.

**Osobní anamnéza:**

Dle sdělení matky bylo chlapcovo chování velmi problematické již v předškolním věku. Problémy se stupňovaly, zvláště po narození mladší sestry, kdy si Luboš vynucoval pozornost agresivními projevy a křikem. Projevovala se u něj i nespavost (velmi pozdě chodil spát, vstával v 6 hodin ráno). Na radu pediatra a doporučení pedagogicko-psychologické poradny byl chlapci odložen začátek povinné školní docházky o jeden rok.

**Průběh školní docházky:**

Do 1. třídy tak nastoupil v sedmi letech. Více než výukové potíže měl problémy s chováním a se vztahy s ostatními spolužáky. Vlivem přetrvávající špatné výslovnosti a konfliktním chováním byl často terčem posměchu a provokací. Třídní učitelka si s ním nevěděla rady.

Ve výuce však prospíval bez větších obtíží. V pololetí byl hodnocen výborně. Ovšem začali se ozývat rodiče spolužáků, se kterými se Luboš pral, nebo jim jiným způsobem ubližoval. Matka s chlapcem znovu navštívila pedagogicko-psychologickou poradnu. Závěr vyšetření zněl – přetrvávající specifika v dynamice psychických procesů plynoucí ze syndromu ADHD provázená zvýšenou emoční nestabilitou a atypickými projevy v chování. Následovala návštěva neurologa, který chlapci předepsal Ritalin.

Na návrh pedagogicko-psychologické poradny a žádost rodičů byl chlapci vytvořen individuální vzdělávací plán, který byl zaměřen hlavně na problémy s chováním. Měl umožnit relaxační chvíle ve škole o přestávkách, dle potřeby vhodně i v průběhu vyučovacích hodin. Omezit činnosti, které mohou navozovat napětí, toleranci nápadnosti v chování, nabízení dalších alternativ chování. Třídní učitelka se rovněž snažila vysvětlovat ostatním žákům Lubošovy problémy způsobené jeho onemocněním.

**Shrnutí:**

Z této případové studie vyplývá, že individuální vzdělávací plán zde neřešil problémy se zvládnutím učiva daného ročníku, ale hlavně odlišnosti v chování dítěte s ADHD. Důležitý je zde přístup rodiny i vstřícnost třídní učitelky. Je možné, že chlapcovy problémy se mohou časem zmírnit a mohou se zlepšit jeho vztahy s vrstevníky

**Návrh intervence:**

Včasně rozpoznávat chlapcovu emoční nevyrovnanost, umožnit „ventilaci“ emocí adekvátními způsoby, podporovat práci v menších kolektivech žáků v rámci kmenové třídy. Co nejvíce využívat žákovi znalosti schopnosti.

**Žák 4. ročníku základní školy - Tomáš**

**Věk:** 11 let

**Diagnóza:** syndrom ADHD, specifické poruchy učení – dysgrafie, dysortografie, dyslexie

**Rodinná anamnéza:**

Tomáš je z úplné rodiny. Matka (39) pracuje v místní restauraci jako servírka, otec (42) JE PROFESIONÁLNÍ řidič. Tomáš má staršího bratra Marka (14 let), který se o něj nejvíce stará. Jedná se o sociálně i ekonomicky slabší rodinu. Tomáš bydlí se svými rodiči a bratrem v rodinném domku se špatnými hygienickými podmínkami.

**Osobní anamnéza:**

Tomáš je velmi pozorný a bystrý chlapec. Snadno se pro něco nadchne, ale dlouho u činnosti nevydrží, každý neklid v jeho okolí okamžitě upoutá jeho pozornost. Díky svému neklidu je v kolektivu žáků neustále středem pozornosti. Nevydrží dlouho pracovat, má nutkání pobíhat a opouštět během vyučování třídu, vykřikovat, nebo se bez důvodu nepřetržitě a hlasitě smát. Tomáš užívá Ritalin, ale jeho rodiče v důsledku svých zaměstnání nemají na svého syna čas. Tudíž se o něj nejvíce stará jeho starší bratr, který ho ráno vypravuje, snaží se dodržovat medikaci a doprovází ho na cestě do školy.

Tomáš býval často nemocný, ve škole má hodně neomluvených absencí. Rodiče o jeho prospěchu nejeví mnoho zájmu. Když Tomáš zaspí, většinou ten den už do školy nedojde. V důsledku toho má příliš velký počet absencí. Chlapec nenavštěvoval žádné předškolní zařízení, byl doma s matkou.

#### **Průběh školní docházky:**

V pololetí první třídy navrhla třídní učitelka rodičům návštěvu pedagogicko-psychologické poradny z důvodu špatné školní přizpůsobivosti Tomáše. Chlapec během vyučování nevydržel na místě, rušil ostatní spolužáky, měl problémy s osvojováním učiva.

Závěr vyšetření zněl syndrom ADHD spolu se specifickými poruchami učení (dysgrafie, dysortografie a dyslexie). Zároveň byl podán návrh na přiřazení asistenta pedagoga, ale kvůli špatné komunikaci s rodinou se tak stalo až ve 4. třídě. Tomáš tak musel opakovat 1. třídu a nepodařilo se ho ani zařadit do režimu speciálního vzdělávání. Až po opakování 1. třídy mohl být chlapec vyučován dle IVP.

Tomášovo chování se rychle zhoršovalo, chtěl být stále středem pozornosti, vyrušoval, házel věci po třídě a spolužácích, opouštěl třídu během vyučování. Při zadání práce začal křičet, kreslil do učebnic, sešitů a pracovních listů, nebo je trhal. Vzhledem k problémům s chováním i v domácím prostředí, rodiče na radu pediatra navštívili dětského psychiatra. Ten doporučil medikaci Ritalinem.

Tato medikace však ze strany rodiny nebyla pravidelně dodržována. V důsledku toho se tak 2 roky nepodařilo plnit ani IVP. Při špatné medikaci Tomáš nejevil téměř žádné emoce, projevoval se u něj psychomotorický neklid, nedokázal udržet ruku v klidu. Při reprodukci textu vynechával některá slova, četl trhavě, přeskakoval mezi řádky a odstavci. Největší obtíže mu dělalo psaní. Vynechával písmena, nedodržoval diakritiku, velká písmena, začátek a konec věty, ani základní pravidla gramatiky.

V matematice však Tomáš neměl žádné problémy. Oproti zbytku třídy řešil početní úlohy velmi rychle a téměř bez chyby. Rychle chápal početní operace (sčítání, odčítání, dělení, násobení, převody jednotek délky, hmotnosti...). V rýsování a geometrii byl na úrovni ostatních žáků v jeho třídě.

V anglickém jazyce Tomáš zvládal základní slovíčka a fráze, uměl i používat některé věty, avšak nedokázal je správně napsat.

Tomáš je již od 1. třídy v půlené třídě; polovina třídy jsou žáci o jeden stupeň vyšší, nebo nižší (záleželo na aktuálním počtu žáků ve třídách). Špatně se tak adaptoval na opakovaně se měnící kolektiv. Také vyučujícímu dělalo nevýslovné problémy udržet Tomáše v klidu, když se musel věnovat druhé polovině třídy.

V současné době je Tomáš ve 4. třídě a je vyučován pod vedením asistenta pedagoga. Rodiče již dávají chlapci léky pravidelně. Výrazný pokrok jeví chlapec při hlasité reprodukci textu. Méně se zasekává, čte plynuleji a lépe se soustředí. I v psaní je znatelný pokrok. Dělá méně chyb, snaží se dodržovat správný sloh i gramatiku, ale rychle se unaví. Celkově se Tomáš prospěchově zlepšil, i co se týče pravidelnosti jeho docházky. Kolektiv jeho spolužáků si již na Tomášovo neobvyklé chování zvykl a snaží se jej při vyučování tolerovat, někdy i usměrňovat.

#### **Shrnutí:**

Z dosavadního průběhu školní docházky Tomáše se dá říci, že výrazné zlepšení nastalo v době, kdy byl pravidelně medikován, měl možnost práce pod vedením asistenta pedagoga. Plnění individuálního vzdělávacího plánu se tak začalo dařit. Chlapec zažívá úspěchy, je pozitivně motivován, má možnost využít relaxačních chvil i v průběhu výuky.

#### **Návrh intervence:**

Motivovat žáka, podněcovat jeho zájem o učivo. Nutnost posilovat zájem rodiny pro snížení žákovi absence. Nabízet žákovi zájmové aktivity pro zmírnění žákova temperamentu. Neustále pozitivně motivovat žáka, tolerovat nápadnosti v chování (zbrkllost) a v pracovním stylu (výkyvy ve výkonech). Posilování žádoucích způsobů chování pozitivní motivací a zpětnou vazbou.

## **Rozhovory s učiteli**

Polostandardizované rozhovory byly vedeny s pěti učiteli prvního stupně základní školy. Otázky byly zaměřené na individuální vzdělávací plán (IVP) a výuku žáků s ADHD.

Položeny byly následující otázky:

- 1) Jak byste charakterizoval(a) žáka s ADHD?
- 2) Myslíte si, že je třeba speciálních úprav prostředí třídy pro tyto žáky (zasedací pořádek, rozmístění lavic apod.)?
- 3) Jaký styl výuky je dle Vašeho názoru pro tyto děti nejvhodnější?
- 4) Jak často spolupracujete s odborníky, v jejichž péči žák je?
- 5) Jaké máte zkušenosti se spoluprací s rodiči?
- 6) V čem spatřujete pozitiva IVP?
- 7) Myslíte si, že IVP má i nějaká negativa? (Jaká?)
- 8) Jaký máte názor na farmakoterapii u žáků s ADHD?
- 9) Myslíte si, že by všichni žáci s ADHD měli mít asistenta pedagoga?
- 10) Jak hodnotíte školní prospěch u těchto žáků?

### **Odpovědi učitelů:**

1) Všichni učitelé žáky s ADHD popsali jako velmi neposedné a živé. Jeden z učitelů, který tyto žáky vyučuje od prvního ročníku, je charakterizuje jako velmi kreativní. Shodují se ve špatné přizpůsobivosti těchto dětí pravidlům školního prostředí a problematickým začleňováním se do kolektivu. Dva učitelé zdůrazňují emocionální citlivost a sklon k přehnanému reagování např. na špatnou známku.

2) Tři učitelé říkají, že uspořádání prostředí třídy pro žáky s ADHD je důležité. Dle jejich názoru je třeba upravit třídu tak, aby se dítě pokud možno nerozptylovalo výraznými podněty (prudké kontrasty barev, nápadná výzdoba apod.) V jejich hodinách jsou tyto děti usazeny v předních lavicích přímo před vyučující. Další dva učitelé se shodují, že uspořádání lavic ve třídě hraje důležitou roli pro udržení pozornosti žáků s ADHD. Podle nich

takovýmto dětem nejlépe vyhovuje klasické uspořádání lavic ve třídě do tří řad. I při jejich hodinách jsou tyto žáci umístěni do prvních lavic po jednom. Poslední z učitelů říká, že se prostředí třídy má co nejméně měnit s výjimkou hodin výtvarné výchovy, kdy tyto žáci mají možnost se sami podílet na dekoraci a změnách ve třídě. Velmi ochotně a aktivně se zapojují do těchto činností a velmi dobře spolupracují.

3) Velký význam všichni učitelé přikládají individuálnímu přístupu v zadávání práce těmto dětem. V případě, že není ve třídě přítomen asistent pedagoga, dva učitelé upřednostňují práci v menších kolektivech v rámci třídy, kdy děti rozdělí vzhledem k jejich schopnostem a daným skupinkám zadají přiměřený úkol. Děti se učí spolupracovat a dle jejich názoru žák s ADHD v tomto menším kolektivu má možnost se lépe začlenit. Jeden z učitelů preferuje rozsazení těchto žáků k ostatním dětem do prvních lavic, které jim v hodinách pomáhají udržovat pracovní tempo. Dva učitelé se přiklánějí k zadání individuálního úkolu žákovi s ADHD a jeho průběžné kontrole.

4) Všichni dotazovaní učitelé nejvíce spolupracují s pedagogicko-psychologickou poradnou, při diagnostikování obtíží dítěte, při vytváření individuálního vzdělávacího plánu a při vyřizování žádostí o asistenta pedagoga. Každý rok školu navštěvuje pracovnice z poradny a provádí pozorování žáků s ADHD během výuky. Na základě toho se připravuje další výchovně vzdělávací plán na další rok.

5) Třídní učitelka jednoho z žáků má velmi špatné zkušenosti s jednáním s rodiči. Ti nejevili o svého syna velký zájem a kvůli jejich neochotě tomuto žákovi po 2 roky nemohl být udělen individuální vzdělávací plán. Rodiče i přes opakované naléhání paní učitelky nedodržovali žákovu medikaci, díky čemuž bylo narušeno celé vyučování po velmi dlouhou dobu. Přes telefonáty a výzvy, aby se rodiče dostavili do školy, se situace nezlepšila. Až po upozornění na zanedbání péče o tohoto žáka rodiče projevili snahu situaci zlepšit. Ostatní učitelé zmínili někdy problematické vztahy s rodiči před diagnostikováním ADHD. Rodiče často odmítají návrhy učitelů k navštívení odborných pracovišť a nechtějí si připustit závažnost problému.

6) Všichni učitelé se shodují v tom, že IVP umožňuje žákům s ADHD zvládat lépe učivo a tím se může postupně zlepšovat i jejich chování. Přínosem je, že IVP vychází z aktuální situace dítěte a jeho aktuálních možností. Výhodou je zohlednění individuálního pracovního tempa. Tři učitelé kladně hodnotí i možnost individuálního hodnocení a možnost rozvolnění, nebo redukce učiva.

7) Úskalí individuálního vzdělávacího plánu vidí učitelé u některých dětí, které se často cítí dotčeny kvůli jiným nárokům („úlevám“), které jsou kladeny na žáky s ADHD. Projevují žárlivost, mají na ně narážky, někdy je provokují i přesto, že kolektiv je s celou situací seznámen. Dále učitelé uvádí problémy v komunikaci s rodiči, kteří z různých důvodů nejsou ochotni se školou spolupracovat a spolupodílet se tak na plnění individuálně vzdělávacího plánu a nechávají veškerou zodpovědnost na škole.

8) Všichni učitelé říkají, že dodržovaná farmakoterapie má pozitivní vliv při práci s těmito dětmi. Lépe se soustředí a jsou eliminovány negativní projevy jejich chování. Děti tak déle vydrží soustředěně pracovat a lépe zvládají zadanou práci. Dva z učitelů vidí nevýhodu farmakoterapie u některých žáků v nárazovitém dávkování a nedodržování jejich medikace. Rodiče buď nejeví o školní prospěch svého dítěte zájem, nebo zapomínají. U těchto dětí učitelé pozorují negativní efekty léků, jako je třas v rukou někdy hraničící s neschopností dítěte udržet psací potřebu, jejich neschopnost projevovat emoce, někdy až apatii dítěte. I přes naléhání učitelů rodiče nesouhlasí s návrhem, že by učitelé sami mohli zajistit podávání předepsaného léku ve škole.

9) Jelikož všichni žáci s ADHD na této škole mají asistenta pedagoga, učitelé přistupují k asistenci kladně a vidí v ní velkou výhodu, jak pro vlastní výuku, tak pro výuku dítěte s ADHD. Učitelé společně s asistentem pedagoga lépe realizují individuální přístup k těmto žákům. V případě nutnosti, kdy dítě nedokáže zůstat v klidu, může asistent pedagoga s dítětem odejít do jiné učebny, kde se mu může věnovat individuálně. Asistent také lépe vyzoruje, kdy je dítě unavené, nebo jestli nemá nějaký problém, kvůli kterému nedokáže

udržet pozornost. Učitelé se shodují v tom, že asistent pedagoga jim usnadňuje výuku ostatních dětí ve třídě.

10) Při písemných pracích a diktátech v českém jazyce učitelé berou ohled na stav těchto dětí a kladou na ně menší nároky, co se týče úpravy písma. Většina těchto dětí má dyslexii, dysgrafii, dysortografii, či jinou specifickou poruchu školních dovedností. Učitelé jim tak ulevují, co se týče nároků na psaný projev. Např. při diktátech je nechávají psát menší množství textu, individuálně jim přizpůsobují písemné práce, kde se jedná o sloh a gramatiku. Učitelé klasifikují všechny žáky s ADHD, s výjimkou jednoho, slovně po předchozí domluvě s rodiči. Veškeré výsledky testů, písemných prací i jiná sdělení zaznamenávají do žákovských knížek modrou, nebo zelenou propiskou. Snaží se nepoužívat červenou barvu po předchozích zkušenostech. Tyto děti tak i na dobrý výsledek písemné práce, nebo pochvalu napsanou červenou barvou jevily velké emoční napětí. Zaznamenávání do žákovské knížky modrou, nebo jinou barvou než červenou těmto dětem ulevuje od zbytečného stresu. Učitelé uvádí, že mezi žáky s ADHD je více žáků průměrných, ale objevují se i žáci s výborným prospěchem.

## **5.4 Závěry šetření**

Z charakteristiky Základní školy Liběchov je patrné, že jsou zde dobré podmínky i pro vzdělávání žáků s ADHD. Ve škole je dobré materiální zázemí i dostatečná nabídka volnočasových aktivit. Žáci s ADHD jsou vyučováni dle individuálního vzdělávacího plánu pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, někteří učitelé mají kvalifikaci speciálního pedagoga a je tak zajištěna i odborná náprava poruch učení. Uplatňují své znalosti i v přístupech k žákům s ADHD.

Z uvedených kazuistik vyplývá, že většina dětí s ADHD v prvním roku školní docházky selhává ve výuce. Vzhledem k jejich dalším prospěchovým výsledkům se však ukazuje, že po stanovení diagnózy a vhodného výchovně vzdělávacího přístupu, ke kterému patří i individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, může nastat zlepšení.



Dalším faktorem, který přispívá ke zlepšení, je práce pod vedením asistenta pedagoga. Rovněž je důležitý přístup rodičů, jejich názor na případnou medikaci, kterou jim odborníci doporučí. V případové studii Míry je vidět, že někteří rodiče využívají i alternativní způsoby terapií. V neposlední řadě nelze opomenout i vhodné využívání volného času. Proto je žádoucí, aby daná škola nabízela i možnost kroužků v odpoledních hodinách.

Z rozhovorů s učiteli vyplývá, že jsou s problematikou ADHD dobře seznámeni. Chápu specifické výchovně vzdělávací potřeby těchto žáků. Snaží se jim přizpůsobit pokud možno prostředí třídy (umožnit sezení v prvních lavicích, eliminovat rušivé prvky, např. ve výzdobě). Spolupracují s odborníky i s rodiči žáků. V individuálním vzdělávacím plánu vidí přínos při plnění osnov v daném ročníku. Pozitivně hodnotí roli asistenta pedagoga ve výuce, seznamují ostatní spolužáky s potížemi dětí s ADHD. Rovněž se shodují v systému hodnocení těchto žáků (nepoužívání červené psací potřeby při opravách a známkování).

## ZÁVĚR

Z literatury a historických zdrojů vyplývá, že syndrom ADHD je zakořeněn hluboko v minulosti a podle některých teorií měl i své uplatnění. Podle tohoto tvrzení byly projevy neklidu, agrese, okamžitého impulzivního jednání součástí boje o přežití, kdy byl člověk nucen jednat instinktivně a okamžitě se rozhodovat, aby byl schopen například úspěšně ulovit zvíře.

V důsledku vývoje společnosti a technického pokroku se však neustále měnily nároky kladené na společnost i na jedince, proto postupně dříve žádoucí vlastnosti nutné k přežití postupně přestávaly nacházet své uplatnění.

Dále z literatury i charakteristik uvedených žáků je zřejmé, že děti se syndromem ADHD mohou být průměrně až nadprůměrně inteligentní. Jejich porucha jim však neumožňuje udržet pozornost a dovést jejich práci k cíli. Jsou velmi pozorné, bystré a zvědavé, což vyúsťuje v neklid, v jehož důsledku delší dobu nedokáží udržet pozornost po delší dobu pouze na jednu činnost.

Takovéto dítě integrované do kolektivu prvního stupně základní školy může při nedostatečném vedení narušit průběh celého vyučování, a když mu není věnován dostatek pozornosti, umí si ji jednoduše získat svým jednáním. Dítě se syndromem ADHD by proto mělo mít individuální přístup, což může být na běžné základní škole problém. Učitel se nemůže během výuky věnovat celé třídě a zároveň takovému dítěti najednou. Individuální vzdělávací plán by měl proto být nezbytnou součástí vzdělávacího procesu dětí s ADHD pro úspěšné zvládnutí jejich školní docházky.

Velkou roli sehrává i asistent pedagoga, který se dítěti může plně věnovat a dohlížet na zdárné plnění individuálního vzdělávacího plánu (dále pouze IVP). To může značně ulehčit případné změny v IVP podle aktuální úrovně dítěte i zajistit lepší komunikaci s rodiči a odborníky díky osobnějším přístupu asistenta. Bohužel o tuto pozici většinou nebývá velký zájem vzhledem k rozpočtu školy a finančnímu ohodnocení této pozice. Ne každé dítě s ADHD na základní škole tak může mít k dispozici asistenta pedagoga.

Dalším faktorem ovlivňujícím úspěšnost aplikace IVP může být medikace, pokud je dítěti předepsána. V případě, kdy je dítě medikováno,

je třeba dodržovat pravidelné dávkování. Nepravidelné užívání těchto stimulantů totiž může vést k rychlé únavě dítěte, vyvolat třes rukou často přecházející v neschopnost dítěte udržet psací potřebu a apatii. Vhodným řešením se jeví dohoda rodičů a pedagogického sboru na podávání léků učiteli na začátku a v průběhu výuky. To ale bývá problém, neboť někteří rodiče si dostatečně neuvědomují situaci svého dítěte.

Uvedené kazuistiky poukazují na to, že v průběhu školní docházky při správném vedení a dodržované pravidelné medikaci se daří negativní projevy syndromu ADHD potlačovat, některé i eliminovat. Právě díky výhodám IVP, jako je individuální přístup, nebo možnost měnit nároky na dítě v průběhu školního roku, je možné těchto pozitivních změn dosahovat. Takto vedené dítě může úspěšně absolvovat povinnou školní docházku s lepšími vyhlídkami na další vzdělávání. Dítě si také časem může samo uvědomovat svou situaci, což ho může vést v průběhu dospívání k lepší sebekontrolě. Díky tomu mohou postupně odeznít typické rysy pro syndrom ADHD. Celkově lze zkonstatovat, že používání IVP u žáků s ADHD zvláště v počátcích školní docházky se jeví jako efektivní a prospěšné.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALTMANOVÁ, Miroslava. *Hyperaktivní a nepozorné dítě*. 1. vydání. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna s.r.o., 2010. ISBN neuvedeno.
- DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.
- FARKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Praha: UJAK, 2008. ISBN 978-80-86723-64-8.
- GOETZ, M. – UHLÍKOVÁ, P. *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.
- HÁJKOVÁ, J. – STRNADOVÁ, I. *Inkluzivní vzdělávání*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3070-7.
- HAVLÍK, R. – KOŤA, J. *Sociologie výchovy a školy*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-327-7.
- JUCOVIČOVÁ, D. – ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. 2. vydání. Praha: D+H, 2007. ISBN 978-80-903-869-1-4.
- JUCOVIČOVÁ, Drahomíra et al. *Individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vydání. Praha: D+H, 2009. ISBN 978-80-87295-00-7.
- KERROVÁ, Susan. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-147-9.
- KOHOUT, Karel. *Základy obecné pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2002. ISBN 80-7048-043-2.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga et. al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Esteria s.r.o., 2002. ISBN 80-238-8729-7.
- LANG, G. – BERBERICHOVÁ, Ch. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-144-4.
- MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. 1. Vydání. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-867-0.
- MONATOVÁ, Lili. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-86-9.

- MUNDEN, A. – ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.
- NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.
- PACLT, Ivo et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PIPEKOVÁ, J. – VÍTKOVÁ, M., et al. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- RIEFOVÁ, Sandra. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4.
- ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
- SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-315-3.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠTÍPEK, Petr. *Dítě na zabití*. 1. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-981-1.
- TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.
- VÍTKOVÁ, Marie et al. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. 2. vydání. Brno: MSD, spol. s r. o., 2003. ISBN 80-86633-22-5.
- ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.
- ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. 10. zcela přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

## **Internetové zdroje**

*Muzikoterapie v klinické praxi* [online]. [cit. 2012-25-10]. Dostupné z WWW: < [http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201001-0008\\_Muzikoterapie\\_v\\_klinicke\\_praxi.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dmuzikoterapie%26sfrom%3D0%26spage%3D30](http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201001-0008_Muzikoterapie_v_klinicke_praxi.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dmuzikoterapie%26sfrom%3D0%26spage%3D30) >.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Lukáš Slavík

**Obor:** Speciální pedagogika – vychovatelství

**Forma studia:** kombinované

**Název práce:** Individuálně vzdělávací plán ve výchovně vzdělávacím procesu žáků mladšího školního věku s diagnózou ADHD

**Rok:** 2013

**Počet stran bez příloh:** 62

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 28

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 1

**Vedoucí práce:** Mgr. Iva Duksová