

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Vývojové odchylky artikulace a syndrom ADHD

Bakalářská práce

Autor: Adéla Voráčková

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Adéla Voráčková**
Osobní číslo: **P121324**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace**
Název tématu: **Vývojové odchylky artikulace a syndrom ADHD**
Zadávající katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cílem bakalářská práce s názvem Vývojové odchylky artikulace a syndrom ADHD je přiblížení podmínek úspěšné školní docházky u dětí s těmito vývojovými deficity. Text teoretické části je věnován problematice vývojových odchylek (dyslalie, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, poruchy plynulosti), vymezení terminologických pojmů souvisejících se syndromem ADHD a komparace současných poznatků a přístupů v této oblasti. Obsahově související oblastí, přiblíženou v práci, je zaměření na vzdělávání dětí s vývojovými deficity v programu základní školy. Praktická část se zaměřuje na souhrn podmínek, za jakých je dítě s řečovou vadou a syndromem ADHD schopno úspěšně zvládnout vzdělávání v běžné základní škole. Realizace je provedena na základě výzkumného šetření, ve kterém jsou použity metody kvalitativního charakteru - pozorování a strukturovaný rozhovor s rodinou, pedagogem mateřské či základní školy, školním psychologem. Na základě rozhovorů s učiteli i pozorování je úkolem přiblížit podmínky ve vzdělávání takového žáka. Součástí práce je i realizace stimulačního programu v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, zrakové a sluchové paměti u vybraných tří dětí a při zacílení studie na vývoj jejich schopností v řečové komunikaci.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.**
Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **17. února 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

L.S.

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

duc

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za vstřícnost a cenné rady při zpracování této práce. Současně bych chtěla poděkovat pracovníkům základních škol a rodičům chlapců za jejich ochotu a čas, který mně věnovali.

Anotace

VORÁČKOVÁ, Adéla. *Vývojové odchylky artikulace a syndrom ADHD*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 80 s. Bakalářská práce.

Cílem bakalářské práce je přiblížení podmínek úspěšné školní docházky u dětí s těmito vývojovými deficity. Text teoretické části je věnován problematice vývojových odchylek (dyslalie, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, poruchy plynulosti), vymezení terminologických pojmů souvisejících se syndromem ADHD a komparace současných poznatků a přístupů v této oblasti. Obsahově související oblastí, přiblíženou v práci, je zaměření na vzdělávání dětí s vývojovými deficity v programu základní školy. Praktická část se zaměřuje na souhrn podmínek, za jakých je dítě s řečovou vadou a syndromem ADHD schopno úspěšně zvládnout vzdělávání v běžné základní škole. Realizace je provedena na základě výzkumného šetření s použitím metod kvalitativního charakteru - pozorování a strukturovaný rozhovor s rodinou, pedagogem základní školy, školním psychologem. Na základě rozhovorů s učiteli i pozorování je úkolem přiblížit podmínky ve vzdělávání takového žáka. Součástí práce je i realizace stimulačního programu v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, zrakové a sluchové paměti u vybraných tří dětí a při zacílení studie na vývoj jejich schopností v řečové komunikaci.

Klíčová slova: logopedie, komunikace, vývojové odchylky, syndrom ADHD.

Annotation

VORÁČKOVÁ, Adéla. *Developmental abnormalities in articulation and ADHD*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 80 pp. Bachelor Thesis.

The aim of bachelor is to get closer to the conditions of successful school attendance among children with these developmental deficits. The text of the theoretical part is devoted to the developmental abnormalities (impaired articulation, delayed speech development, developmental dysphasia, fluency disorders), definition of the terms associated with the syndrome ADHD and comparison of the current knowledge and approaches in this area. The content-related areas, outlined in my work, is to concentrate on the education of children with developmental deficits in the primary school programme. The practical part is focused on the sum of conditions which can help a child with a speech defect and syndrome ADHD handle successfully the education in normal primary school. The realization is based on research investigation where the qualitative methods – observation and structured interview with the family, the teacher of a primary school and the school psychologist are used. My task is to outline the conditions of educating such a pupil - based on the interviews with teachers and my observations. The work also includes the implementation of stimulation program in the area of fine motorics, graphomotorics, visual and auditory memory of three selected children targeting on a study on the development of their abilities in speech communication.

Keywords: logopaedia, communication, developmental abnormalities, ADHD.

Obsah

Úvod	10
1. Dítě se syndromem ADHD.....	11
1.1 Příčiny vzniku syndromu ADHD.....	12
1.2 Symptomy syndromu ADHD.....	13
1.2.1 <i>Hyperaktivní děti</i>	13
1.2.2 <i>Impulzivní děti</i>	14
1.2.3 <i>Nepozorné děti</i>	15
1.2.4 <i>Motoricky neobratné děti</i>	15
1.2.5 <i>Děti s poruchami paměti</i>	15
1.2.6 <i>Děti s poruchami myšlení</i>	16
1.2.7 <i>Děti s poruchami řeči</i>	16
1.2.8 <i>Děti s emočními poruchami</i>	16
1.2.9 <i>Problémy doma</i>	16
1.3 Diagnostika syndromu ADHD.....	17
1.3.1 <i>Celkové vyšetření ADHD</i>	17
1.3.2 <i>Diagnostická kritéria podle MKN-10</i>	18
1.3.3 <i>Diagnostická kritéria podle DSM-IV</i>	19
1.4 Komunikace dítěte s ADHD	19
1.5 Pedagogické zásady pro práci s dětmi se syndromem ADHD.....	20
2 Frekventované vývojové odchylky artikulace u dětí.....	22
2.1 Dyslalie	22
2.1.1 <i>Etiologie</i>	22
2.1.2 <i>Symptomy a klasifikace</i>	23
2.1.3 <i>Diagnostika</i>	24
2.1.4 <i>Terapie</i>	24
2.2 Opožděný vývoj řeči	26
2.2.1 <i>Etiologie</i>	26
2.2.2 <i>Symptomatologie</i>	26
2.2.3 <i>Diagnostika</i>	27
2.2.4 <i>Terapie</i>	28
2.3 Vývojová dysfázie.....	28
2.3.1 <i>Etiologie</i>	29
2.3.2 <i>Symptomatologie</i>	29
2.3.3 <i>Diagnostika</i>	30
2.3.4 <i>Terapie</i>	31

2.4	Poruchy plynulosti	32
2.4.1	<i>Koktavost</i>	32
2.4.1.1	Etiologie	33
2.4.1.2	Symptomatologie.....	33
2.4.1.3	Diagnostika.....	34
2.4.1.4	Terapie	35
2.4.2	<i>Breptavost</i>	36
2.4.2.1	Etiologie	36
2.4.2.2	Symptomatologie.....	37
2.4.2.3	Diagnostika.....	37
2.4.2.4	Terapie	38
3	Stimulační program pro děti	39
3.1	Jemná motorika	39
3.1.1	<i>Cvičení rozvíjející jemnou motoriku</i>	40
3.2	Grafomotorika	40
3.2.1	<i>Grafomotorická cvičení</i>	41
3.3	Sluchové vnímání.....	42
3.3.1	<i>Nácvik sluchové diference</i>	42
3.3.2	<i>Nácvik sluchové analýzy/syntézy a paměti</i>	43
3.4	Zrakové vnímání	43
3.4.1	<i>Nácvik zrakové diference</i>	43
3.4.2	<i>Nácvik zrakové analýzy/syntézy a paměti</i>	44
4	Vzdělávání dětí s vývojovými deficity v programu ZŠ	46
4.1	Stanovení cíle výzkumu	46
4.2	Charakteristika výzkumu	46
4.3	Kritéria k přiblížení podmínek úspěšné školní docházky	46
4.4	Vlastní výzkum	47
4.4.1	<i>Kazuistické studie</i>	47
4.4.2	<i>Zacílené studie</i>	56
4.4.2.1	Shrnutí rozhovorů.....	68
4.4.3	<i>Stimulační program</i>	69
4.4.3.1	Shrnutí stimulačního programu	71
	Závěr	73
	Seznam použité literatury	75
	Seznam tabulek	79
	Seznam příloh.....	80
	Přílohy.....	81

Úvod

V současné době do prvních tříd základních škol nastupuje stále více dětí, které mají vývojovou vadu řeči. Do školních lavic přichází také dost tzv. „neklidných“ dětí, u kterých je dříve či později diagnostikováno ADHD neboli porucha pozornosti s hyperaktivitou. Tyto děti mají nerovnoměrně vyvinuté složky školní zralosti a právě oslabení v oblasti sociálního chování jim pak ve škole přináší spoustu problémů. Pokud se k nim přidávají i odchylky artikulace, je podle mého názoru, takové dítě ve svém startu do školní docházky znevýhodněno. Může to vést i k pocitu selhání a snížení sebevědomí.

Protože bych se v budoucnu ráda věnovala logopedické péči, zajímalo mne, zda děti s poruchou řeči a zároveň diagnostikovaným syndromem ADHD potřebují vytvořit speciální podmínky vzdělávání a jak se jim při školní práci daří.

Vytyčila jsem si pět, podle mého názoru, nejdůležitějších podmínek úspěšného vzdělávání dětí s ADHD a na jejich základě prováděla pozorování, strukturované rozhovory a stimulační program u tří chlapců ve 2. a 3. třídě.

Mým cílem bylo zjistit, jaký názor na tyto podmínky mají rodiče, pedagogové, školní psychologové a jak se v případě zavedení takovýchto podmínek daří vybraným chlapcům zvládat vzdělávání v běžné základní škole.

Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol, kdy první tři jsou teoretické a poslední praktická.

První kapitola definuje syndrom ADHD, vymezuje jeho příčiny a symptomy. Uvádí možnosti diagnostiky syndromu ADHD. Pojednává o komunikaci dítěte s ADHD a možných pedagogických zásadách při práci s těmito dětmi.

Druhá kapitola podrobněji popisuje frekventované vývojové odchylky artikulace u dětí – dyslalie, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, koktavost a breptavost. Zároveň se zabývá jejich diagnostikou a možnostmi terapie.

Třetí kapitola vymezuje pojmy činností využívaných při stimulačním programu v rámci mé práce s dětmi. Zvolila jsem si aktivity vedoucí k posílení jemné motoriky, grafomotoriky, sluchové a zrakové paměti.

Poslední kapitola je věnována konkrétním poznatkům mého výzkumu. Jsou zde uvedeny kazuistické studie chlapců, rozhovory s rodiči, pedagogy, školními psychology a popsány výsledky stimulačního programu.

1. Dítě se syndromem ADHD

Ve starší literatuře lze narazit na několik dřívějších označení tohoto syndromu, například malá mozková dysfunkce (MMD), lehká dětská encefalopatie (LDE), hyperaktivní či hyperkinetický syndrom nebo lehká mozková dysfunkce (LMD) (Jucovičová, Žáčková, 2014, s. 7).

Barkley (1990, s. 196) definuje syndrom ADHD takto: *„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů.... Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“*

Podle Jucovičové (2014, s. 7) se jedná o *„děti často s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, které trpí poruchami chování a velmi často i učením v rozsahu od mírných po těžké, jež jsou spojeny s odchylkami funkce centrální nervové soustavy.“*

Dle amerického Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV)¹ je termín ADHD definován jako syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10)² je termín ADHD popsán jako hyperkinetická porucha, která je označena kódem F. 90.

„Hyperkinetická porucha je charakterizována časným nástupem příznaků, většinou v prvních pěti letech života, dezorganizovanou a špatně regulovatelnou aktivitou, nedostatečnou vytrvalostí v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti a impulzivitou“ (Jucovičová, Žáčková, 2013, s. 7).

Dále MKN-10 uvádí termín hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování označená kódem F90.1. Tato porucha je typická *„přetrvávajícím a opakovaným agresivním, asociálním a vzdorovitým chováním, které neodpovídá sociálnímu chování daného věku dítěte.“*

¹ **DSM-IV** = Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition

² **MKN-10** = Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace – The International Classification of Diseases, 10th edition, neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize

Podle Školského zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a navazujícími vyhláškami č. 73/2005 Sb.³ a č. 147/2011 Sb.⁴ je pro tyto děti využíván termín specifické vývojové poruchy (SVPCH, SVPU). Podle zákona jsou tyto děti považovány za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, popřípadě jako žáci se zdravotním znevýhodněním či zdravotním postižením.

1.1 Příčiny vzniku syndromu ADHD

V současné době nelze jednoznačně určit příčina vzniku tohoto syndromu, jako tomu je u mnoha dalších poruch. Syndrom ADHD vzniká převážně drobným poškozením centrální nervové soustavy v raných vývojových obdobích. Právě tato porucha centrální nervové soustavy zapříčiňuje jiné projevy v chování a jednání dítěte, které můžeme považovat za vrozené a nelze je zpočátku ovlivnit vůlí dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2014).

K eventuálním příčinám můžeme řadit vliv genetických odchylek, kdy se to v rodině může vyskytovat opětovně (Riefová, 2010). Podle studie doktora Biedermana a jeho spolupracovníků z Massachusettské všeobecné nemocnice se odhalilo, že 25% nejbližších příbuzných dětí s ADHD taktéž trpělo tímto syndromem. Novější studie doložily fakt, že možnost zdědění ADHD od příbuzného je převážně z mužské strany (Munden, Arcelus, 2008).

Dále to mohou být fyziologické příčiny, například nedostatečné množství neurotransmiterů neboli přenašečů signálů mezi neurony (Riefová, 2010). Podle Hynda z univerzity v Georgii je „*pravostranné nucleus caudatus*⁵ u lidí s ADHD větší než levé a menší než *nucleus caudatus normálních dětí*“ a též dokázal, že „*corpus callosum*⁶ byl o něco menší u dětí s ADHD než u těch, které touto poruchou netrpěly“ (Munden, Arcelus, 2008, s. 53).

Častou příčinou vzniku syndromu ADHD může být komplikace během těhotenství, což může být způsobeno i užíváním alkoholu či návykových látek matkou během tohoto období, nebo při porodu. Dalším možným důsledkem je otrava

³ **Vyhláška č. 73/2005 Sb.** o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

⁴ **Vyhláška č. 147/2011 Sb.** kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb.

⁵ **nucleus caudatus** = jednou z mozkových struktur, která řídí uvědomělé pohyby a je tvořeno několika svazky nervových vláken (Munden, Arcelus, 2008, s. 53)

⁶ **corpus callosum** = svazek nervových buněk spojující pravou a levou hemisféru, které umožňují integraci informací zpracovaných v obou hemisférách (Munden, Arcelus, 2008, s. 53)

olovem například ze znečištěného životního prostředí. Nejspornější příčinou je spojitost stravy a možné alergie se symptomy syndromu ADHD. Negativní dopad na dítě však má užívání alkoholu a drog matky během těhotenství. Jak již bylo prokázáno, tak se u těchto dětí projevuje neurologické poškození a projevy, které jsou i typické pro děti s poruchami chování (Riefová, 2010).

Někteří lidé považují za příčinu syndromu ADHD i nekvalitní výchovu. Není tomu ale tak, příčiny jsou spíše biologického rázu. Výchova dítěte s ADHD je velice obtížná a rodiče často potřebují navázat kontakt s odborníky a poradit se (Munden, Arcelus, 2008).

Podle studií se odhaduje, že je syndromem ADHD postiženo 3 až 10% dětí ve školním věku. Syndrom ADHD můžeme spíše nalézt u chlapců, zatímco u dívek se častěji objevuje ADD neboli porucha pozornosti bez hyperaktivity (Riefová, 2010).

1.2 Symptomy syndromu ADHD

Mezi základní symptomy ADHD můžeme řadit **hyperaktivitu, impulzivitu a nepozornost**. Aby mohlo být diagnostikováno ADHD, tak se musí symptomy u dítěte objevovat ve větším množství, které překračuje hranice normální pro jedince určitého věku a vývojového stádia (Munden, Arcelus, 2008, s. 21).

1.2.1 *Hyperaktivní děti*

Již odmalička se většina dětí zdá být hyperaktivní. Existují záznamy, že děti se syndromem ADHD byly velice aktivní již v děloze. Problém nastává v době, kdy nastupují do školy a je po nich něco požadováno. Lze pozorovat odlišování se v chování od ostatních žáků. Jejich častými projevy ve škole je vykřikování, neposednost, pošťuchování spolužáků, upovídání až hlasité komentování všeho, co zrovna dělají, odbíhání od jedné věci ke druhé, neustálé střídání činností, ničení hraček a mnohdy ztrácejí či zapomínají své školní pomůcky. I přesto, že jejich aktivita je zvýšená, nezvládají skloubit více činností a úkolů najednou (Munden, Arcelus, 2008).

Hyperaktivní děti mívají časté problémy se spaním, špatně usínají a v noci se budí. Může nastat dokonce i situace, kdy dítě usíná během dne a v noci je pak naopak aktivní, ukřičené a žadoní o pozornost. Dále to může být hyperaktivní dítě, které špatně saje a musí být tedy dokrmováno. Jak uvádí mnoho rodičů, tak

nejobtížnější je jej utišit, jelikož často pláče bez jakékoliv příčiny. U těchto dětí lze později pozorovat i neobratnost a problémy se sebeobsluhou.

Takovéto děti jsou náchylnější k úrazům, které jsou způsobené právě tím, že jednají zbrkle, aniž by si to rozmyslely. Mívají problémy s chováním, které se výrazně projeví při nástupu do první třídy základní školy, kde by měly dodržovat určitý řád, pravidla a soustředit se na výuku. Celkové opoždění lze pozorovat i v oblasti řeči (Drtílková, 2006; Jucovičová, Žáčková, 2014).

Děti s příznaky hyperaktivity jsou neustále v pohybu. U takového dítěte je problém udržet ho v klidu sedět na svém místě. Má potíže s činnostmi, které vyžadují ticho, jelikož některé děti s ADHD jsou velice upovídané (National Institute of Mental Health, online).

1.2.2 Impulzivní děti

U těchto dětí je hlavní nedokonalostí neschopnost zamezit reakci na impuls, který nesouvisí s činností, kterou právě dělají. Takovéto děti jsou roztržité, jednají bez přemýšlení. Ve svém počínání postupují spíše chaoticky a impulzivně, než systematicky. Typické pro ně je skákání do řeči. Dítě odpovídá, aniž by si doposlechlo zbytek instrukce či vykřikuje. Velice problémové pro ně je sebeovládání. Nejsou schopny delšího čekání, vše by chtěly hned. Těžko se podrobují pravidlům, disciplíně i autoritám (Drtílková, 2006; Munden, Arcelus, 2008).

Děti s příznaky impulzivity jsou velice netrpěliví. Mají potíže při čekání na věc, kterou chtějí či při hraní her, při kterých musí čekat, až se na ně dostane řada. Často přerušují konverzaci ostatních a jednají bez ohledu na následky (National Institute of Mental Health, online).

Právě díky těmto projevům mohou mít problémy v sociálních vztazích. Mnoho dětí s ADHD bývá ostatními odmítáno, jelikož působí jako, že si ve schválnostech a nežádoucím chování libují. Většinou děti s poruchou ADHD mívají velmi málo kamarádů. Je zapotřebí takovýmto dětem pomoci. Ukázat jim, jak je možné navázat kontakt. V této oblasti je potřeba dbát zvýšené opatrnosti, jelikož opakované odmítání dítěte u vrstevníků, může mít negativní dopad na jeho sebevědomí a to se odráží v jeho dalším chování (Munden, Arcelus, 2008).

1.2.3 *Nepozorné děti*

Tyto děti většinou nedokážou udržet pozornost po delší dobu. Velice snadno se nechají rozptýlit. Je zapotřebí jim důležité informace neustále opakovat. Celková schopnost učení je pro ně velice těžká, ať už práce ve škole či motorické dovednosti. Jak již bylo zmíněno, tak právě tyto děti mají problémy v sociálních vztazích. Bylo prokázáno, že většina dětí s ADHD mívá i přidružené specifické poruchy učení, převážně dyslexii a dysgrafii. Můžeme se ale i setkat s dyspraxií, kdy takovéto dítě má problém v koordinaci - především jemné motoriky (Munden, Arcelus, 2008).

S poruchou pozornosti se pojí i zvýšená únava dítěte. V mnoha případech není schopno dokončit svoji práci. Většinou se u dítěte pozorují odchylky ve výkonu, kdy po nějakou dobu se dítěti daří, pak ale nastane zlom a je méně úspěšné. Práci plní spíše povrchně a chybuje právě ze své nepozornosti. Většinou jsou tyto děti velice inteligentní, ale jejich prospěch bývá spíše průměrný až podprůměrný (Jucovičová, Žáčková, 2014).

Děti s příznaky nepozornosti se nechají velice snadno rozptýlit. Mívají potíže se zaměřením pozornosti na plnění více úkolů najednou. Rodiče a učitelé se často potýkají s bojem, aby se dítě řídilo pokyny (National Institute of Mental Health, online).

1.2.4 *Motoricky neobratné děti*

U těchto dětí je možno pozorovat poruchy v oblasti jemné a hrubé motoriky. K těmto poruchám se přidružují i poruchy senzomotorické koordinace, vady ve sladění pohybů, problémy s rytmem apod. Dále také poruchy sluchového a zrakového vnímání.

Jak uvádí Jucovičová a Žáčková (2013, s. 13-14): „*jedná se zejména o poruchy sluchové i zrakové diferenciaci, schopnosti analyzovat a syntetizovat, poruchy pravolevé a prostorové orientace, poruchy fonologického uvědomění.*“

1.2.5 *Děti s poruchami paměti*

U dětí s ADHD převažují poruchy krátkodobé paměti, především všech částí – vštípení, uchování a vybavování. Dítě není schopno reagovat na více příkazů najednou. Většinou totiž ihned zapomene, co právě slyšelo (Jucovičová, Žáčková, 2013).

1.2.6 Děti s poruchami myšlení

Jucovičová a Žáčková (2013, s. 15) popisuje myšlení u těchto dětí jako: „*chaotické, impulzivní, nepružné, ulpívavé či infantilní.*“ Též uvádí: „*někdy bývají u hyperaktivních dětí popisovány poruchy pojmového myšlení – celkově v porozumění pojmů, bývá zaznamenána i obsahová chudost, nebo porucha schopnosti zobecňovat, abstrahovat, vnímat logickou posloupnost. Jedná se ale o závažnější problematiku, která se nevyskytuje u všech hyperaktivních dětí.*“ S myšlením souvisí i intelekt a ten mnohdy bývá u těchto dětí narušen vlivem nerovnoměrného zrání centrální nervové soustavy. Bývají oslabeny tyto části: krátkodobá sluchová paměť, sociální orientovanost, naopak lépe na tom jsou děti v oblasti všeobecných vědomostí či v matematice.

1.2.7 Děti s poruchami řeči

Hyperaktivní děti mohou být buď hovorné již velmi brzo, nebo naopak začnou mluvit až později. Není tomu tak vždy, ale mívají menší slovní zásobu, snížený jazykový cit apod. Nejčastějšími poruchami v komunikaci bývá dyslalie, artikulační neobratnost a porucha rytmizace řeči (Jucovičová, Žáčková, 2013).

1.2.8 Děti s emočními poruchami

U těchto dětí lze pozorovat emoční labilitu, ale i zvětšující se afektivitu, kdy se dítě projevuje agresivně. Právě tyto příznaky mnohdy zapříčiňuje i snížená schopnost empatie neboli vcítění se do pocitů, myšlení a chování ostatních lidí. Ve větším rozsahu se můžeme setkat i s neurotickými projevy takového dítěte. Dítě je více úzkostné oproti normálnímu vrstevníkovi. Mohou se projevovat i depresivní stavy, v tomto případě je už ale zapotřebí vyhledat pomoci odborníka (Jucovičová, Žáčková, 2013).

Děti se syndromem ADHD se mohou vyznačovat problémovým chováním, kdy obvyklými vlivy takového chování je lhaní, krádeže, záškoláctví i fyzická agresivita. Může to být ale též způsobeno přidruženou psychickou poruchou. Mezi nejčastěji se vyskytující poruchy u těchto dětí můžeme zařadit afektivní poruchu, úzkostnou poruchu, obsedantně-kompulzivní poruchu, tikovou poruchu apod. (Paclt, 2007, s. 20).

1.2.9 Problémy doma

Děti s ADHD nepotřebují tolik spánku jako jejich vrstevníci. Podle mnoha rodičů jsou časté manželské problémy. Rodiče jsou z výchovy unavení. Mají pocit, že se

jich přátelé straní. Mnohdy nesprávně svalují vinu na sebe, že dítě špatně vychovávají. Většinou tomu nepřidá ani sourozenecké soupeření (Munden, Arcelus, 2008).

1.3 Diagnostika syndromu ADHD

Diagnostika ADHD není jednoduchou záležitostí. Podle Mundeny a Arceluse (2008, s. 59): *„neexistují žádné správné diagnostické testy, symptomy se různí podle věku, situace a podmínek nebo přítomnost jiných poruch může symptomy ADHD zakrýt či se některé symptomy mohou naopak objevit i u jiných poruch.“*

Při určování diagnózy syndromu ADHD musíme zvážit mnoho hledisek, a proto je důležitá spolupráce mnoha odborníků, kteří se podílejí na určení diagnózy, ale i pomoci rodinám či pedagogům s dítětem s ADHD. Odborný tým určující diagnózu tvoří psycholog, speciální pedagog, popřípadě psychiatr či neurolog. Diagnostika se může provádět v pedagogicko-psychologické poradně, speciálně pedagogickém centru, školském poradenském zařízení či ve zdravotnickém zařízení (Jucovičová, Žáčková, 2013).

Naopak jiný názor zastává Alison Munden (2008), který považuje syndrom ADHD za diagnózu, kterou by se měl zaobírat lékař. Psycholog či speciální pedagog může rozpoznat prvotní příznaky a na základě toho pošle dítě na celkové vyšetření ke specialistovi.

Dle Zelinkové (2003) jsou podstatným zdrojem informací pro celkovou diagnostiku právě rodiče a učitelé. Na základě rozhovoru či dotazníku poskytují hodnotné informace o životě dítěte s ADHD. Proto je důležité, aby se rodiče spolupodíleli.

1.3.1 Celkové vyšetření ADHD

Do celkového vyšetření se zařazují studie osobní, rodinné, zdravotní, psychiatrické a psychologické anamnézy. Informace potřebné k těmto studiím se získávají z lékařských zpráv, z rozhovorů či z pozorování dítěte.

Jak uvádí Munden a Arcelus (2008, s. 61) pro zdravotní anamnézu: *„je nezbytné zvážit možnou přítomnost rizikových faktorů, které by mohly dítě k ADHD predisponovat. Patří k nim problematické, rizikové těhotenství a obtížný porod, včetně špatného zdravotního stavu matky, jejího nízkého věku, požívání alkoholu a kouření či přenášení plodu“* Musíme ale také brát v úvahu různá onemocnění, která mohou souviset se syndromem ADHD, pro příklad mohu uvést: syndrom

chromozomu X, fetální alkoholový syndrom, fenylketonurie a všeobecná rezistence na hormony štítné žlázy. Dále je potřeba znát všechny informace o prodělaných nemocech, operacích, problémech v oblasti sluchu, zraku či řeči dítěte.

Jelikož projevy syndromu ADHD mají veliký vliv na školní výsledky, je proto velmi důležitá i školní anamnéza. Posuzuje se zde vztah dítěte ke spolužákům, zda uznává učitele jako autoritu, jeho školní prospěch, potíže související s chováním atd.

Ještě před stanovením diagnózy je také velmi potřebné znát informace o duševním a tělesném stavu rodičů či blízkých příbuzných.

Důležitým krokem je též stanovení analýzy rodinného prostředí. Zjistit podmínky bydlení, zaměstnání rodičů, popřípadě jejich nezaměstnanost a jsou-li schopni zajistit péči o dítě. Jestli jsou dítěti dostatečnou sociální oporou. Zda jsou v rodině přítomny časté hádky rodičů, které mohou mít též vliv na dítě (Munden, Arcelus, 2008).

Vyšetření se provádí většinou ambulantně formou rozhovoru nebo hry, kdy dítě nepocítuje strach a mnohdy ani nepostřehne, že se jedná o vyšetření. Během sezení dětský psychiatr, který diagnostiku provádí, u dítěte sleduje chování, úspěšnost a schopnost udržet pozornost (Drtilková, 2006).

1.3.2 Diagnostická kritéria podle MKN-10

Aby bylo možno stanovit diagnózu **nepozornosti**, musí splňovat alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti, které trvají déle jak šest měsíců a následkem je nepřízpůsobivost dítěte:

1. dítě se není schopno dostatečně soustředit a dělá chyby z nepozornosti,
2. nedokáže udržet pozornost při práci,
3. mnohdy to vypadá, že neposlouchá, co se mu říká,
4. není schopno postupovat podle pokynů či dokončit jakoukoliv práci,
5. nedokáže si uspořádat úkoly a činnosti,
6. mnohdy se vyhýbá úkolům, které vyžadují pozornost,
7. často ztrácí věci,
8. soustředí se na okolní stimuly a nechá se jimi vyrušit,
9. je při běžných denních činnostech zapomětlivý.

Pro určení **hyperaktivity** je zapotřebí splnit alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity působící po dobu delší jak šest měsíců, jejichž následkem je nepřizpůsobivost dítěte:

1. často se vrtí na židli, pohybuje rukama či nohama,
2. vstává v době, kdy by mělo sedět,
3. pobíhá v situaci, kdy je to nevhodné,
4. někdy bývá při hraní hlasitě,
5. nepřetržitě vykazuje přebytnou motorickou aktivitu.

A v neposlední řadě pro stanovení **impulzivity** je třeba splnit alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity trvajících nejméně šest měsíců a majících za následek nepřizpůsobivost dítěte:

1. často řekne odpověď dřív, než byla otázka zcela vyřčena,
2. není schopno vydržet a počkat až na něj dojde řada,
3. často vyrušuje ostatní tím, že jim skáče do řeči,
4. přebytně mluví bez ohledu na situaci.

1.3.3 Diagnostická kritéria podle DSM-IV

Aby mohla být u dítěte diagnostikována **nepozornost, hyperaktivita nebo impulzivita**, je třeba splňovat šest nebo více příznaků těchto poruch po dobu nejméně šesti měsíců, kdy se následkem toho dítě jeví jako nepřizpůsobivé a neodpovídá jeho vývojovému stupni. Příznaky jsou uvedené v předchozí podkapitole (Munden, Arcelus, 2008).

1.4 Komunikace dítěte s ADHD

Mnoho dětí se syndromem ADHD může mít problémy v komunikaci. Je to způsobeno často tím, že špatně rozumějí tomu, co jim říkáme. Mnohdy se to může dávat za vinu následujícím poruchám (Jucovičová, Žáčková, 2013). Autorky uvádí **poruchy smyslového vnímání**, kdy dítě přesně neporozumí tomu, co mu říkáme. U dítěte je totiž narušen fonemický sluch, včetně sluchové diferenciaci, sluchové paměti, schopnosti analyzovat a syntetizovat sluchem popřípadě snížený jazykový cit. Jako další poruchy ovlivňující komunikaci uvádí **poruchy koncentrace pozornosti**, kdy dítě není schopno rozlišovat podstatné od nepodstatného. Jeho pozornost kolísá a nedokáže se soustředit na další informace, které jsou mu sdělovány.

Překážkou je i **porucha krátkodobé paměti**, zejména tedy té sluchové. Dítě nezareaguje adekvátním způsobem či vůbec, v důsledku nezapamatování si informace. Není tedy vhodné zahlcovat dítě několika příkazy najednou.

Problémem může být i neschopnost dítěte vcítit se do vnímání a myšlení druhých. Jedná se tedy o **sníženou schopnost empatie**. Dítě pak zkresleně vnímá signály verbální i neverbální komunikace.

I **impulzivní jednání** ovlivňuje komunikaci dítěte. Většinou nenechají druhého domluvit, skáčou ostatním do řeči. Toto se odráží i ve velké chybovosti dítěte při školní práci. Kdyby vyslechly otázky až do konce, mohly by jednat a odpovídat správně.

V neposlední řadě se na komunikačních obtížích podílí i **nízká frustrační tolerance a zvýšená efektivita**. Dítě v mnoha situacích reaguje neadekvátně a dosti impulzivně. Často při zcela neutrální situaci dítě jedná útočně, jelikož má pocit ataku vůči jeho osobě (Jucovičová, Žáčková, 2013).

1.5 Pedagogické zásady pro práci s dětmi se syndromem ADHD

V jednotlivých literaturách jsou uváděny způsoby upoutání zájmu a pozornosti žáků. Některé z nich se pokusím v této podkapitole popsat.

Pedagog si může zvolit nejrůznější signály pro upoutání pozornosti, může to být například zhasnutí světla, zvednutí ruky, zazvonění na zvonek apod. Důležitým bodem při práci s dětmi nejen s ADHD je navázání očního kontaktu.

Jak uvádí Munden a Arcelus (2008), tak je vhodné posazovat takovéto dítě blízko k učiteli. Za dobře odvedenou práci ho odměnit pochvalou, a pokud ztrácí pozornost, zaměstnat ho odpočinkovou činností.

Učitelé by měli zajistit vyučovací hodiny tak, aby byly srozumitelné, živé a energické. Využívat názorné pomůcky, kooperativního učení. Snažit se děti aktivně zapojovat při vyučování. U dětí s ADHD je důležité zadávat takové množství práce, které samostatně zvládne. Volit i jiná pracovní místa než je školní lavice (Riefová, 2010).

Za vhodné se považuje využívání i odlišných forem hodnocení, jako například slovní či bodové. U písemných pracích či zkoušení by učitel měl zvolit kratší formu a zároveň dítě nelimitovat časem. Nejdůležitější ale je, aby učitel k tomuto žáku zaujímal specifický přístup (Drtílková, 2006).

Uplatnit individuální přístup ke všem žákům není zcela v možnostech učitele, proto se podle výzkumů v současnosti velice osvědčilo tzv. vrstevnické vyučování, kdy zdatnější žák vyučuje méně zdatného. Výsledky též ukázaly, že v některých případech byly dokonce odhaleny lepší výsledky než při doučování učitelem (Deiner, 2010).

Pomoc ze strany učitelů je významná i pro výchovu. Pokud budou nápomocní rodičům zvládnout obtížné situace, podpoří dítě v aktivitách vedoucích ke zlepšení sociálních dovedností a posílení sebevědomí. I oni mohou varovat rodiče či odborníky o problémech dítěte (Munden, Arcelus, 2008).

Učitel by měl všechny úkoly zapisovat na tabuli, nespoléhat se jen na ústní podání. Při zadávání úkolů dohlédnout, že si je děti poznamenají, nejlépe do notýsku. Naučit děti chystat si vhodné pomůcky na hodinu. Pravidelně dohlížet na pořádek v lavicích a záznamy v sešitech. Poskytovat žákům dostatek času na práci, sklizení pomůcek. Pomocí domácích úkolů procvičovat učební látku. Vhodné je zapojovat multisenzorickou výuku neboli vnímat výuku více smysly. Začleňovat do vyučování metody na sluchové, zrakové, hmatové a prostorové vnímání. Dále postupy zaměřující se na pochopení pojmů a slovního vyjádření (Riefová, 2010).

2 Frekventované vývojové odchylky artikulace u dětí

2.1 Dyslalie

„Dyslalie je vadná výslovnost hlásek, kdy se určitá hláska konstantně zvukově odlišuje v mluvním projevu od kodifikované normy daného jazyka, je tedy tvořena na jiném místě nebo jiným způsobem, než stanovuje fonetická spisovná norma.“

(Dvořák, 1999)

„Dyslalie (jinak patlavost nebo také psellismus) je souborné označení pro vývojové poruchy nebo vady výslovnosti.“

(Krahulcová, 2003, s. 7)

„Dyslalie tedy v nejširším slova smyslu spočívá v neschopnosti anebo poruše používání zvukových vzorců řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka.“

(Lechta, 2005, s. 169)

Dyslalie patří mezi nejčastěji se vyskytující poruchy řeči v dětském věku. Je zapotřebí odlišovat **nesprávnou výslovnost** od **vadné výslovnosti – dyslalie**. Projevem nesprávné výslovnosti je neustálený mechanismus tvorby hlásky nebo nepřesnost její diferenciaci. Zatímco vadná výslovnost je přetrvávající odchylkou výslovnosti jedné nebo více hlásek.

Nejvíce se dyslalie objevuje v předškolním věku. Posléze výskyt dyslalie klesá. Častěji jsou dyslalii postiženi chlapci oproti dívkám.

Dyslalie se vyskytuje samostatně, ale i v kombinaci s dalšími poruchami řečové komunikace, především s narušeným vývojem řeči, koktavostí, breptavostí, mutismem, huhňavostí, palatolalií, hlasovými poruchami apod. (Krahulcová, 2013)

2.1.1 Etiologie

Za nejčastější příčinu dyslalie je považována **dědičnost**, převážně v oblastech nízkého rodového nadání na řeč, opožděného vývoje řeči a sluchu, ale nejvíce ve formě nespecifické dědičnosti – dyspraxie, dysgnozie nebo motorické retardace.

Dále můžeme za příčinu této poruchy označit **vrozené dispozice**, myšleno tím postižení centrálního nervového systému, smyslová postižení (především zraku a sluchu), porodní poškození apod.

I samotné **prostředí**, ve kterém se dítě pohybuje, má vliv na vznik této poruchy. Dítě se může ztotožňovat s nesprávným mluvním vzorem, nedostává se mu dostatek citových prožitků či posmívání se dítěti z důvodu jeho vadné výslovnosti.

Při výslovnosti hlásek jsou důležité **mluvní orgány**, které by měly fungovat bez jakékoliv patologie. Právě možnými příčinami dyslalie mohou být: špatná pohyblivost rtů, dolní čelisti, jazyka, podjazykové uzdičky, tvrdého a měkkého patra, čípku, patrohltanového uzávěru či rezonance dutin.

Dalšími příčinami dyslalie mohou být **vady sluchu, narušení sluchového a zrakového vnímání, celková motorická neobratnost a nesprávný postoj okolí k výslovnosti a řečovému projevu dítěte** (Peutelschmiedová, 2005, s. 165; Krahulcová, 2013, s. 129-130).

Salomonová (2007) za možnou příčinu považuje **poškození dostředivých a odstředivých drah**, kdy na základě výzkumů uvádí souvislost mezi motorickým vývojem dítěte a výslovností, která právě vyžaduje přesnou koordinaci pohybu mluvidel.

K výše zmíněným příčinám lze dle Klenkové (2006) doplnit **neuromotorické poruchy, kognitivně - lingvistické postoje** či **poruchy řečového neuroefektoru**, kde důležitou roli hrají kompenzační mechanismy. Například pokud si dítě dlouhou dobu cucá palec, tak to může být příčinou vzniku špatného skusu a následného sigmatizmu.

2.1.2 *Symptomy a klasifikace*

Tato vada řeči je charakterizována poruchou výslovnosti jedné nebo více hlásek. Může se to projevovat tak, že dítě hlásku opakovaně vynechává. Tento jev se pak označuje jako mogilalie té dané hlásky. Naopak paralalie je jev, kdy dítě neumí hlásku ještě vyslovit a nahrazuje ji jinou hláskou.

Dyslalie je natolik rozšířená řečová vada, že ji lze dělit podle různých hledisek. Můžeme se setkat s velmi početnou řadou hledisek, tudíž se níže pokusím popsat, podle mého, ty nejdůležitější.

Nejvíce využívaná klasifikace je podle stupně, rozsahu vady, kdy se dělí na dyslalii **levis** (simplex), dyslalii **gravis** (multiplex) a dyslalii **univerzalis**. Dyslalie levis je vada výslovnosti pouze několika málo hlásek a srozumitelnost řeči nebývá tolik narušena. Dyslalie gravis je již těžší vada výslovnosti a dítě má problém v artikulaci u většího počtu hlásek. Na rozdíl od dyslalie levis je narušena

srozumitelnost řeči. U dyslalie univerzalis je řeč už zcela nesrozumitelná, z důvodu narušení téměř všech hlásek.

Klasifikace podle etiologie rozděluje dyslalii na **orgánovou** a **funkční**. Dyslalie orgánová neboli organická vzniká důsledkem poruchy sluchu nebo zraku či při anatomických odchylkách mluvidel. Hlavním důsledkem ale je narušení odstředivých a dostředivých nervových drah. Zatímco funkční, také zvaná funkcionální dyslalie, vzniká bez jakéhokoliv patologického nálezu a spíše u dětí s nedostatečnou senzoricou nebo motorickou schopností.

V neposlední řadě dělení dyslalie podle kontextuálního hlediska na dyslalii **hláskovou, slabikovou a slovní** (Salomonová, 2007, s. 334-335; Krahulcová, 2013, s. 139-141).

2.1.3 Diagnostika

Na začátku diagnostiky dyslalie je důležité orientačně zjistit dosažené stadium vývoje řeči, které lze posoudit z anamnestických údajů a rozhovoru s rodičem dítěte. Důležité je i zjištění psychomotorického vývoje, schopnosti pro rytmus, laterality, orientační vyšetření sluchu či provést testy na jemnou motoriku a motoriku mluvidel. Následuje vyšetření výslovnosti na základě pojmenování obrázků či předmětů. Slova se volí cíleně, aby obsahovala problematickou hlásku, ať už na začátku, uprostřed nebo na konci slova. Výslovnost se také musí hodnotit při volném rozhovoru či pomalém/rychlém tempu mluvy. Pro lepší srovnání výsledků z diagnostických testů je dobré si pořídit digitální záznam.

Na základě celkového sběru informací a vyšetření se u dítěte stanoví diagnóza, prognóza a postup pro úpravu vadné výslovnosti (Salomonová, 2007; Krahulcová, 2013).

2.1.4 Terapie

Jak uvádí většina odborných literatur píšících o terapii dyslalie, je potřeba dodržovat určité zásady pro vyvozování a korekci hlásek, které shrnul a vypracoval Seeman. Níže některé z nich zmíním.

- **Zásada krátkodobého cvičení.** Podle odborníků se doporučuje logopedická cvičení provádět maximálně 10 minut a střídat je s relaxačními prvky. Je to z důvodu velké unavitelnosti dětí či neschopnosti udržet pozornost.

- **Zásada časného cvičení**, kdy se doporučuje provádět cvičení několikrát denně. Provádět je krátkodobě, ale častěji.
- **Zásada minimální akce**, což znamená nepřetěžování dítěte a zároveň zapojení relaxačních prvků při terapii. Nácvič nové hlásky se provádí zpočátku tiše a lehce.
- **Zásada užívání substitute**, kdy při vyvozování nové hlásky využíváme pomocné hlásky. Tato metoda vede dítě k následnému správnému tvoření hlásky.
- **Zásada užívání sluchové kontroly**, tedy cvičení na zlepšení fonemického sluchu. Dítě si chybnou artikulaci začne samo uvědomovat. Může se provádět za pomoci zvukových her.
- **Zásada motivace**, aneb pokus o motivované povzbuzení zájmu dítěte. Je důležité, aby se využívané podněty při terapii obměňovaly.
- **Zásada pozitivního přístupu** a nikoliv zdůrazňování jakýchkoliv nedostatků nebo neschopnosti dítěte.
- **Zásada individuálního přístupu** ke každému dítěti, kdy záleží na dosaženém stupni rozvoje schopností i osobnostních zvláštností (Seeman, 1955).

Průběh odstraňování dyslalie se může rozdělovat do 5 fází - na **přípravná cvičení**, kdy je úkolem rozvoj kognitivních, motorických a senzorických schopností dítěte. Dále samotné **rozpoznání hlásky**, následné **vyvození hlásky**, **upevnění nového mluvního stereotypu** a **automatizaci správné výslovnosti** při spontánní řeči. Pro tyto děje se mohou využívat různé metody. Nepřímé, pomocí nichž se vyvozují hlásky ze zvuků. Metody přímé, které spočívají v napodobování na základě zrakového, sluchového a proprioceptivního vnímání. I hmatové vnímání se může uplatnit a to tehdy, když si dítě rukou odhmatává vibrace nebo výdechový proud vzduchu na hrtanu u sebe a logopeda. Substituční metody se používají v případě existujícího patologického mechanismu artikulace hlásky a využívá se zvukově vzdálená, ale artikulačně podobná pomocná hláska. Příkladem může být hláska R, kdy její pomocnou hláskou je hláska D. Novou hlásku poté nacvičujeme v šepotu a lehce. Lze uplatnit i řadu pomůcek a přístrojů (Krahulcová, 2013, s. 148-149).

Velice důležitou a potřebnou pomůckou pro nápravu hlásky je logopedické zrcadlo, ve kterém dítě může pozorovat postavení mluvidel u dané hlásky. Pokud je potřeba usměrňovat artikulační postavení jazyka, využívají se sondy a špátle. Jestliže nelze u dítěte vyvodit vibraci potřebnou k hlásce R, může se použít rotavibrátor. V současnosti jsou i hojně využívány počítačové logopedické programy (Salomonová, 2007).

2.2 Opožděný vývoj řeči

Klenková (2006) uvádí, že pokud dítě ve svých třech letech nemluví či mluví méně než jeho vrstevníci, můžeme uvažovat o opožděném vývoji řeči.

Seeman (1955, s. 96) za opožděný vývoj řeči pokládá „*stav, kdy dítě kolem třetího roku věku má malou slovní zásobu a těžkou patlavost i přesto, že podrobné celkové vyšetření neprokázalo žádný patologický ani neurologický nález, nemá poruchu jemné motoriky ani motoriky jazyka, má normální sluch a nemá snížený intelekt.*“

2.2.1 Etiologie

Mezi nejčastější příčiny opožděného vývoje řeči se řadí nepodnětné, nestimulující prostředí, kdy rodiče nevěnují pozornost řečovému vývoji svého dítěte. Dále to může být citová deprivace dítěte, genetické předpoklady, předčasné narození, nedonošenost dítěte či lehká mozková dysfunkce. Při vhodně zvolené péči, která je zaměřená na celkový rozvoj, se může opoždění řeči u dítěte zcela vyrovnat, kdy jeho komunikační schopnost bude odpovídat věku (Klenková, 2006).

Sovák (1978) uváděl za možné příčiny opožděného vývoje řeči faktory biologické a sociální. Do biologických faktorů řadil dědičnost, individuální schopnosti, různá lehká prenatální a perinatální neložisková poškození CNS. Zatímco za sociální faktor považoval patologii výchovného prostředí.

Podle novějších klinických zkušeností se do etiologie může řadit i možné poškození CNS již v nitroděložním vývoji a dědičné predispozice (Dlouhá, 2001).

2.2.2 Symptomatologie

Opožděný vývoj řeči je součástí klinického obrazu mentální retardace, dětské mozkové obrny, vad a poruch sluchu či zraku. Může být tedy symptomem jiného postižení. Symptomy jsou velice proměnlivé a záleží na příčinách.

Za hlavní příznak je považováno opoždění v oblasti řečového projevu, které se může projevit ve všech jazykových rovinách či v některé z nich. Není to však poškození trvalé, pokud je vhodně zvolená terapie a příznivé vnější podmínky, a je možnost, že se řeč rozvine na odpovídající úroveň.

Nejčastěji bývá narušena obsahová stránka řeči, tedy dítě má malou slovní zásobu a v řečovém projevu se objevují dysgramatismy. Zároveň může být narušena i formální stránka, kdy u dítěte dlouho přetrvává chybovost ve výslovnosti některých hlásek (Škodová, 2007).

2.2.3 Diagnostika

V rámci diagnostiky by se vyšetření mělo zaměřovat nejen na rozvoj vlastní mluvné produkce, ale i na stav intelektu, jemné a hrubé motoriky, sluchu, zraku.

Vyšetření intelektu provádí zejména klinický psycholog, který má k dispozici řadu standardizovaných testů, na rozdíl od terapeuta, který by byl schopen orientačně odhadnout úroveň intelektu. Obvyklým neverbálním úkolem tohoto vyšetření je kresba.

U vyšetření motoriky se klinický logoped zaměřuje na pohybovou koordinaci celého těla, jemné motoriky ruky a především na motoriku mluvidel.

Pro vyšetření sluchu logopedovi postačí provést orientační sluchovou zkoušku a vyšetření úrovně vývoje fonemického sluchu. Při orientační sluchové zkoušce by mělo být využito zvukových podnětů na vyšetření výkonnosti sluchového analyzátoru neboli na slyšení čistých tónů a zvukových podnětů vázaných na vyšší nervovou činnost, tj. zvuky významové a obsahové. U vyšetření fonemického sluchu se využívá jednoduchý standardní obrázkový test (Škodová, 2007).

Podobně jako u zjišťování úrovně intelektu se u vyšetření zraku provádí řada testových metod, především kresba.

Při vyšetření řeči je potřeba zaměřit se na diagnostiku rozumění řeči pomocí konkrétních denních situací, předmětů denní potřeby, ale nejčastějším způsobem jsou to obrázky. Pro vyšetření vlastní řečové produkce se využívá popis obrázků, rozhovor, reprodukce vyprávění. Na základě těchto metod se kontroluje foneticko-fonologická, morfoloogicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a pragmatická jazyková rovina (Škodová, 2007).

2.2.4 Terapie

U terapie opožděného vývoje řeči je vhodné rozvíjet slovní zásobu, obsahovou a formální stránku řeči. Nejvhodnější je začít od nejjednodušších zvuků, které se dají lehce napodobit. Prvotně je potřeba upevnit obsahovou stránku řeči, posléze se může začít s rozvojem formální stránky řeči. Vždy je vhodné začínat u jednoslabičných slov. Dále lze pokračovat podle tohoto řetězce: dvouslabičná slova – jednoduché věty – víceslabičná slova – popis děje na obrázku – jednoduché vyprávění – řeč, kde se již může začít s úpravou výslovnosti.

Klíčový význam při nácviu řeči má opakování. Dále je vhodné u dítěte rozvíjet sluchovou a zrakovou percepci, rozvíjení motoriky. Pokusit se podněcovat dítě ke komunikaci nenásilným způsobem. A nejdůležitější je poskytovat dobrý mluvní vzor. Lze využít nejrůznějších pomůcek, obrazových materiálů, audiovizuálních technik a speciálních počítačových programů (Klenková, 2006; Škodová, 2007).

2.3 Vývojová dysfázie

„Vývojová dysfázie, neboli specificky narušený vývoj řeči, je narušená komunikační schopnost, kterou řadíme k vývojovým poruchám. Je to centrální porucha řeči.“

(Klenková, 2006, s. 67)

„Vývojová dysfázie jako specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“

(Škodová, Jedlička, 2007, s. 110)

Obecně můžeme vývojovou dysfázii označovat za dětskou vývojovou nemluvnost, která je považována za fyziologický jev od doby, kdy dítě začíná mluvit. Pokud se vývoj řeči u dítěte zpozdí do konce tří let, ve výjimečných případech i déle, jedná se stále pouze o opoždění vývoje řeči. Pokud ale dítě do svých čtyř let nezačne mluvit nebo mluví méně než jeho vrstevníci, můžeme uvažovat o začínajících příznacích vývojové dysfázie.

Termín **dysfázie** byl poprvé zaveden v roce 1978 Milošem Sovákem, kdy za hlavní příznak je považována vývojová nemluvnost. Později v roce 1981

se začal používat termín „**vývojová dysfázie**“, který se užívá i dnes. Dle MKN-10 se vývojová dysfázie řadí pod diagnózu F80 – Specifické poruchy vývoje řeči a jazyka a zároveň se dělí na *dysfázii motorickou a dysfázii senzorickou*. U motorické dysfázie převažují obtíže ve schopnosti mluvního vyjadřování, dysnomie či nesprávného pojmenování, v sémantické a morfologické oblasti. Dítě má aktivní slovní zásobu na nižší úrovni a spíše se dorozumívá neverbálními způsoby komunikace. U dysfázie senzorické můžeme sledovat obtíže spojené s pochopením významu pokynů. Na základě toho dítě může reprodukovat slova, aniž by jim rozumělo. Časté jsou též neadekvátní odpovědi dotazovanému. Dále obtíže s memorováním, opakováním slov v sekvencích (Krahulcová, 2013, s. 96-99).

2.3.1 Etiologie

Většina současných odborníků se přiklání k názoru, že vývojová dysfázie vzniká v důsledku poruchy centrálního zpracování řečového signálu na základě neurologického postižení. Hlavní příčinou vzniku vývojové dysfázie je tedy **difúzní**, nikoliv ložiskové **postižení centrální nervové soustavy**, zasahující v podstatě celou centrální korovou oblast.

Další uvažovanou příčinou může být **postižení vývoje kognitivních funkcí** vlivem prenatálního, perinatálního a postnatálního poškození. S tím souvisí i možnost případného **vlivu dědičnosti** (Dlouhá, 1999).

Určení příčin syndromu vývojové dysfázie není vůbec jednoduché. Existuje řada důvodů, která tomu brání, jako nedostatečné uvědomování si rodičů okolnosti raného vývoje jejich dítěte, nižší informovanost o možných genetických souvislostech poruchy, složitý vztah mezi osvojováním jazyka, mozkovými mechanismy a sociokulturními vlivy prostředí apod. Předpokládá se poškození mozku či mozková dysfunkce, jež pravděpodobně postihuje tzv. řečové zóny levé hemisféry (Mikulajová, 2003).

2.3.2 Symptomatologie

Symptomy vývojové dysfázie můžeme nalézt v oblastech řečových i neřečových, ale nejvíce ji charakterizuje nerovnoměrný osobnostní vývoj. Značným symptomem je narušený vývoj řeči, jehož opoždění je na nižší úrovni než samotný intelekt a neverbální schopnosti dítěte.

Řečové potíže zasahují jak hloubkovou, tak povrchovou strukturu řeči. U dětí můžeme pozorovat výraznější „patlavost“, nesrozumitelnost či úplnou nemluvnost. Ale základem je vždy opožděný vývoj řeči.

V hloubkové struktuře řeči postihuje oblast sémantickou, syntaktickou nebo gramatickou. Pro příklad mohu uvést chybné užívání koncovek, přehazování slovosledu, vynechávání slov, redukování vět, výrazné omezení slovní zásoby apod. Oproti tomu v povrchové struktuře řeči jsou zásadní poruchy fonologického systému v oblasti diferenciaci znělosti/neznělosti, závěrovosti/nezávěrovosti nebo kompaktnosti/difuznosti. Dalšími symptomy v neřečových oblastech může být nesoulad mezi verbálními a neverbálními schopnostmi, kdy řeč je výrazně opožděna a může docházet i ke zhoršování rozumových schopností dítěte. Menší obtíže se mohou vyskytnout při narušení zrakového vnímání projevující se v kresbě. Dále narušení sluchového vnímání, kdy není dítě sluchem schopno rozlišit jednotlivé prvky řeči. Téměř u každého se vyskytuje porušení motorických funkcí – jemné motoriky, hrubé motoriky, poruchy motoriky mluvidel či deficity v prostorovém uspořádání pohybů. S narušením motorických funkcí souvisí i často se vyskytující nevhodné typy laterality (Škodová, Jedlička, 2007).

U dětí s vývojovou dysfázií je řeč agramatická, často až nesrozumitelná. Nejsou schopny pochopit smysl výpovědi, tudíž v některých případech nejsou schopny odpovědět. Nedokážou rozeznat klíčová slova či neudrží dějovou linii a neustále během svého vyprávění přeskakují. Může se objevovat porucha krátkodobé paměti, malá aktivní slovní zásoba či specifické poruchy učení, jako dyslexie a dyspraxie (Klenková, 2006).

2.3.3 Diagnostika

Na stanovování diagnózy se podílí řada odborníků – foniatr, neurolog, psycholog, speciální pedagog a logoped.

Foniatr se při vyšetření zaměřuje na všechny složky řeči a zároveň vyšetřuje i sluch. Využívá testů na fonemický sluch, jemnou motoriku, slovní zásobu, audiometrické testy, které doplňuje o slovní audiometrii.

Prací psychologa je zjistit úroveň intelektových schopností a to se zaměřením na paměť, pozornost, poruchy využívání energie atd. Dále může využívat kresbu lidské postavy a zkoušku obkreslování.

Speciální pedagog nebo logoped se věnuje vyšetření motorických funkcí, laterality, prostorové orientace, zrakové a sluchové percepce, vnímání a porozumění řeči, řečové produkce, grafomotoriky, paměti, aktivity a koncentrace pozornosti (Klenková, 2006, s. 71-73; Škodová, Jedlička, 2007).

2.3.4 *Terapie*

Dříve se terapie zaměřovala pouze na rozvoj a úpravu výslovnosti, byly ale zanedbány ostatní dovednosti potřebné k dosažení školní zralosti. Z tohoto důvodu se v dnešní době terapie zacílila na celkovou osobnost dítěte. Zahrnuje tedy rozvoj zrakového, sluchového vnímání, motoriky, myšlení, paměti a pozornosti, schopnosti orientace, grafomotoriky i řeči, která ale není zdůrazňována.

Dle Škodové a Jedličky je pro rozvoj zrakového vnímání nejvíce využíván **Vývojový test zrakového vnímání M. Frostigové**. Tento test se orientuje nejen na vnímání jednotlivých barev a tvarů, ale i na motorickou koordinaci ruky.

U dětí s vývojovou dysfázií je výrazně narušena stránka sluchového vnímání a to v oblasti časového zpracování akustického signálu, krátkodobé paměti, poruchy rytmu a tempa řeči atd. Jako základ zlepšení sluchového vnímání se využívá nácviku jednoduchých zvukových vzorů (Škodová, Jedlička, 2007, s. 121-122).

Pokud se při terapii upřednostňuje formální stránka řeči, tedy úprava výslovnosti, před obsahovou stránkou řeči, pak se mohou zhoršovat i rozumové schopnosti (Kaprál, 1982).

Celková neobratnost a obtíže v oblasti jemné a hrubé motoriky se u dětí s vývojovou dysfázií vyskytují nejčastěji. Proto je potřeba rozvíjet tyto složky. K tomu se ale řadí i rozvíjení motoriky mluvidel. Jelikož v tom mívají dysfatické děti velké obtíže, je vždy zapotřebí zvolit alespoň jedno cvičení, ve kterém bude dítě úspěšné.

Problematické je i chápání prostorové či pravolevé orientace. V praxi se nejčastěji využívá kresba obrázku obsahující 2-4 prvky a její následné zobrazení v prostoru za pomoci špejlí, provázků, kamínků apod. Podobně jako při rozvíjení prostorové orientace, se při nácviku grafomotoriky využívá kresba.

Při individuální logopedické péči je vhodné začínat s nácvikem od nejjednodušších prvků řeči a psychomotorických dovedností ke složitějším. Logoped se zaměřuje na procvičování rozumění řeči, motoriky, nových prvků řeči,

sluchovou a zrakovou percepci, grafomotoriku. Zajišťuje nejrůznější pomůcky (především audiovizuální), počítačové programy apod.

Neveklovský vypracoval k rozvoji řeči fonomimicko-grafickou metodu, která spočívá v principu skládání kartiček s jednotlivými úkoly. Po vypracování úkolu se na druhé straně kartičky objeví jednoduchý obrázek, pokud pracovalo dítě správně.

Skupinová logopedická terapie si vede za cíl v rámci pohybových cvičení rozvíjet jemnou, hrubou motoriku, zlepšení koordinace a harmonie pohybu, orientace v prostoru, rozvoj zrakového a sluchového vnímání. Zároveň využívat i verbální komunikaci a sociální dovednosti. Důležité je prokládat činnosti i krátkou relaxací. Umožňuje to dětem fyzické i psychické uvolnění (Škodová, Jedlička, 2007).

2.4 Poruchy plynulosti

Do skupiny poruch plynulosti řeči řadíme koktavost neboli balbuties a breptavost neboli tumultus sermonis.

2.4.1 Koktavost

Koktavost patří k nejtěžším poruchám narušené komunikační schopnosti a problematika této poruchy je velice rozsáhlá, tudíž ji nelze zcela jednoduše definovat. Záleží na autorově pojetí a jeho stanovisku k etiologii koktavosti. Pro příklad mohu uvést několik možných pojetí koktavosti (Klenková, 2006).

„Koktavost jako neuróza řeči vznikající většinou v dětském věku.“

(Seeman, 1955, s. 154)

Sovák (1978, s. 154) představuje koktavost jako *„neurózu řeči především dětského věku, která vzniká na podkladě funkcionálních, nebo také orgánových poruch, popřípadě obojích zároveň.“*

Kondáš (1983, s. 154) zastává zcela jiný názor a řadí koktavost mezi čistě funkční poruchy řeči.

„Koktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení.“

(Lechta, 1990, s. 282)

2.4.1.1 Etiologie

Škodová a Jedlička (2007, s. 262) uvádí několik možných teorií příčin. **Psychologická teorie** upřednostňuje názor, že koktavost vzniká na základě reakce na určitou situaci – strach z mluvení či reakce na nepříjemné zážitky apod. Do této teorie se řadí i vrozené predispozice. **Dynamická teorie** vysvětluje koktavost jako „stav koordinační rozlady, který se projeví křečí hlasivek a ataxií mluvidel, a to vlivem postižení CNS a vrozené dispozice.“ Koktavost dle **somatické teorie** doprovází somatická onemocnění, tj. endokrinní či metabolické poruchy.

Za nejčastější příčinu je považována právě dědičnost. Výzkumy uvádí, že u balbutiků je až trojnásobně větší pravděpodobnost výskytu koktavosti mezi příbuznými než u plynule mluvících osob. Nejen samotná osoba, ale i negativní vlivy okolního prostředí představují možný etiologický faktor koktavosti. Zejména v případě, že je dítě traumatizované v domácím, školním prostředí či mezi vrstevníky. V současné době se začalo uvažovat o orgánových odchylkách, jako další možné příčině. Odborníci vyvíjejí různé teorie jako například dyskoordinace mozkových hemisfér, porucha centrálního řízení periferně-motorických pochodů či lehká mozková dysfunkce. Conture (2001) uvádí, že 10-20% dětí s koktavostí vykazuje ADD/ADHD.

Peutelschmiedová (1994) udává několik názorů na vznik koktavosti. Možnými příčinami je porušení vztahu matky a dítěte. Nebo na základě psychotraumat, šoku, úleku či negativního zážitku.

2.4.1.2 Symptomatologie

Je celá řada projevů koktavosti, které jsou ale ovlivněny určitou situací, aktuálním zdravotním stavem, mírou únavy. Příznaky koktavosti se projevují v oblasti řeči, chování či jako tělesné projevy. U balbutiků je dýchání přerývané, nepravidelné a objevují se dýchací potíže. Tyto poruchy dýchacích pohybů jsou na první pohled viditelné. V oblasti fonace může docházet k tvrdým hlasovým počátkům, které mohou vést až k poškození hlasivek. Artikulace je narušena křečemi obvykle na začátku slov a vět. Křeče jsou způsobené mimovolnými nepotlačitelnými pohyby svalstva mluvidel.

Dále se u balbutiků může objevovat narušení prozodických faktorů řeči. Častým projevem je tzv. parafrázie, kdy balbutik volí různé varianty a synonyma slov, které obsahují pro něj těžko vyslovitelnou hlásku. Velice nebezpečným jevem

je logofobie, která může vyústit až k odmítání společenského prostředí či úplné izolaci. Balbutik se vyhýbá situacím, při kterých ví, že mu činí problém. Tento jev se vyvíjí převážně později v důsledku konfliktních situací v dětském kolektivu.

Dalším možným projevem je narušení koverbálního chování v podobě různých grimas, kývání, mrkání, přešlapování, vyplazování jazyka, špulení rtů, křečovitého zavírání očí, celkového motorického neklidu. Tyto příznaky mohou působit pro okolí rušivě. Příznaky koktavosti se mohou vyskytovat i v písemném projevu, v oblasti jemné motoriky a z tělesných projevů to může být změněná frekvence pulsu, zvýšený krevní tlak, poruchy metabolismu, nespavost a zvýšená unavitelnost (Lašťovka, 1999; Klenková, 2006).

Škodová a Jedlička (2007) rozděluje příznaky koktavosti na vnější a vnitřní. Mezi vnější příznaky řadí poruchy fonačních, artikulačních a dýchacích pohybů. Podle jednotlivých příznaků v řeči se koktavost dělí na tonickou, klonickou a tonoklonickou formu. Za vnitřní příznaky považují duševní stavy rozvíjené jako reakce na nějakou situaci či konkrétní osoby.

2.4.1.3 Diagnostika

V mnohé odborné literatuře je uvedeno, že je důležité hledat etiologické faktory vzniku koktavosti. V současnosti se výzkumy spíše zaměřují na symptomatologii z důvodu komplikovaného určování primární příčiny. V rámci diagnostiky je zapotřebí projít řadou vyšetření – logopedické, foniatrické, psychologické, neurologické, psychiatrické a další.

Při diagnostice není důležité jen vyhodnocení řečového projevu, ale i spolupráce s nejbližším okolím, které by se mělo spolupodílet na diagnostickém procesu (Lechta, 2004).

V rámci výše zmíněných vyšetření je třeba odlišit neplynulou řeč na podkladě organického poškození centrálního nervového systému, balbuties od breptavosti, fyziologickou neplynulost od incipientní koktavosti.

Pro vyhodnocení stupně koktavosti se sestavuje tzv. balbutiogram, který se skládá z vyšetření automatizmů, reprodukce vět, čtení vět, spontánní řeči, simultánní řeči, šeptané řeči, dokončování neúplných vět, písniček a básniček (Klenková, 2006, s. 161-162).

Podle Lechty (1995) se k základní analýze využívá:

- spontánní řečový projev, který lze získat pomocí rozhovoru - užití přímých i nepřímých otázek;
- čtení standardního textu;
- popis situačních obrázků, vhodný pro vyšetřování dětí předškolního věku.

Pro zjišťování míry koktavosti lze použít tzv. **index neplynulosti**, což je podíl počtu slov s poruchou na 100 slov (Škodová, Jedlička, 2007, s. 265-266).

2.4.1.4 Terapie

I přesto, že nám většinou není známa příčina, je možné na základě klinického obrazu zvolit vhodné terapeutické postupy. Klinický obraz koktavosti spočívá v propojení tří skupin symptomů: dysfluence, nadměrná námaha a psychická tenze. A na základě toho lze rozlišovat tři druhy koktavosti: incipientní, chronická a fixovaná, které jsou charakteristické pro různé věkové období.

Existuje řada metod vhodných pro terapii narušené komunikační schopnosti. Vhodnými metodami pro terapii koktavosti jsou ty korigující, jejichž úkolem je korekce dysfluence směrem k normě, korekce narušeného koverbálního chování apod. Zároveň lze využívat i metody stimulační, které se uplatňují převážně u dětí. Nesmí se ale také zapomenout na využití technik, které představují již určitý pracovní postup. U koktavosti se využívá především redukce rychlosti řeči, rytmizace, opožděná sluchová zpětná vazba, techniky založené na čtení atd. (Lechta, 2004).

Hlavními cíli u terapie incipientní koktavosti je eliminace dysfluence, potlačení nadměrné námahy, vyvarování se vzniku psychické tenze za pomoci fonograforitmiky (terapie tvoření plynulosti), behaviorálních technik a preventivní terapie. Při eliminaci psychické tenze je zapotřebí zajistit u dítěte pocit ochrany, klást mu méně otázek, nenutit ho do mluvení, nepřerušovat ho apod. U odstraňování nadměrné námahy se využívá výše zmíněné behaviorální techniky, například prostřednictvím videozáznamu, kde dítě může pozorovat projevy svého narušeného koverbálního chování. Mohou se ale též využívat relaxační cviky pro uvolnění, jako je jóga či pantomima. U fixované koktavosti se aplikují především tyto děje:

- fyziologické úpravy,
- manipulace rychlosti řeči,

- operační podmiňování,
- manipulace délky a složitosti projevu,
- změna postoje,
- sebemonitorování a kontrola,
- generalizace a fixace (Lechta, 2005, s. 255-267).

Všechny tyto zmíněné děje jsou součástí programu PROLAM GM, který má organizovat různé techniky, jež se dají v kombinacích aplikovat u balbutiků. Má to zajistit individuální komplexní terapeutický přístup.

Mezi nejčastěji používané terapeutické techniky se řadí zpomalení tempa řeči, lehký hlasový počátek a hladké přechody (Lechta, 2005).

2.4.2 Breptavost

„Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.“

(Weissová, 1964, s. 283)

Podle Sováka (1981, s. 170) je breptavost vysvětlována jako *„vývojový nedostatek plynulosti mluvy, projevuje se jako vyhraněná nozologická jednotka typickým a nápadným zrychlováním tempa řeči.“*

Podle Peutelschmiedové (2005, s. 170) je tumultus sermonis charakterizován jako *„narušení komunikační schopnosti řazené do okruhu poruch plynulosti řeči, charakterizované narušením dynamiky řeči ... Jedná se o překotnou řeč spojenou s přerýkáváním, s polykáním celých slabik při enormně zrychleném tempu řeči.“*

Podle Klenkové (2006, s. 170) je breptavost považována za *„nespecifickou různorodou poruchu, která se projevuje od raného dětství a přetrvává do období dospívání a dokonce i déle.“*

2.4.2.1 Etiologie

Stejně jako u většiny poruch nejsou příčiny zcela objasněny. Ale je možné uvažovat o dědičnosti, organickém podkladě či neurotickém nebo polyfaktoriálním charakteru.

V současnosti se též uvádí, že klinický obraz breptavosti se podobá symptomům lehké mozkové dysfunkce (Klenková, 2006; Škodová, 2007).

Podle Tarkowského (2003) je příčinou breptavosti sémantická neplynulost, která přechází do gramatické a později do fonetické. Většinou si breptající není svého problému vědom. Tím se též breptavost odlišuje od koktavosti.

2.4.2.2 Symptomatologie

Převážně se breptavost projevuje příznaky na řeči, kdy mluva může být narušena v důsledku častého vdechování nebo když dítě mluví i při nadechování. Ve většině případů děti nedořeknou koncovky slov či celá slova. Mluva je většinou monotónní a výslovnost je mnohdy nepřesná. Vlivem rychlého tempa řeči dítě vytváří zkomoleniny, které ale nemají ustálenou podobu.

Neprojevuje se to jen na řeči, ale i v chování dětí, kdy se mohou vyznačovat impulzivitou, překotným a nevypočitatelným temperamentem. U těchto dětí můžeme též objevit neklidný spánek. Není tomu ale tak u všech. Podle studií breptavé děti vykazují horší výsledky ve vnímání, pravolevé orientaci, senzomotorické orientaci, motorice či ve čtení a psaní (Kutálková, 2005; Peutelschmiedová, 2005).

2.4.2.3 Diagnostika

Musíme mít na paměti, že diagnostika breptavosti by měla být komplexní. Vykonávat ji může řada odborníků jako foniatr, neurolog, psycholog, logoped, popřípadě další. Nejčastější metodou může být rozhovor, při kterém se zjišťují projevy, vývoj řeči, intenzita, sémantická, syntaktická a fonetická neplynulost. Dále se využívají testová vyšetření zaměřující se na vyhodnocení úrovně mentálního vývoje, jazykových schopností apod. Je ale nutné odlišovat breptavost od koktavosti. Toho se může dosáhnout například pomocí tzv. Lee-efektu, kdy se využívá efekt zpětné zpožděné sluchové vazby. Diagnostikovanému je do sluchátek zpětně přehráván jejich čtený projev s přesným zpožděním (Peutelschmiedová, 2005; Klenková, 2006).

Jak uvádí Lechta v publikaci od Škodové a Jedličky (2007, s. 295) k diagnostice lze využít následující metody:

- volný rozhovor,
- hlasité čtení,
- psaní,
- reprodukce vět,

- zpěv a recitace básniček,
- vyšetření motoriky,
- vyšetření hudebních vloh.

2.4.2.4 Terapie

Důležitým předpokladem pro terapii je vytvořit či obnovit akustickou a motorickou zpětnou vazbu. Je zapotřebí, aby se breptající slyšel a svůj problém si mohl uvědomit. Prací logopeda je též naučit breptajícího správně dýchat, jasně artikulovat, upravovat tempo a rytmus či rychlost mluvy. Může se využívat rytmizované mluvení nebo čtení, opakování předříkávaných slov, podupávání či použití metronomu (Peutelschmiedová, 2005; Klenková, 2006).

V publikaci Terapie narušené komunikační schopnosti od Viktora Lechty (2005, s. 336-339) by se podle Tarkowského měla tradiční terapie breptavosti soustřeďovat na strukturu vnější výpovědi s hlavními cíli jako je:

- stabilizace správného tempa řeči, které můžeme ustálit porovnáním magnetofonových záznamů řeči osoby s breptavostí a správným mluvním vzorem. Dále slabikováním, jakožto pomalém vyslovováním jednotlivých slabik nebo společným čtením textu;
- odstraňování obtíží při čtení s využívanými technikami jako je čtení textu cloněním, zpětné čtení či současné psaní a čtení;
- rozvoj hudebních schopností;
- rozvoj vyjadřovacích schopností pomocí popisu obrázku nebo události, tvoření vlastních textů, recitování atd.;
- zlepšení koncentrace pozornosti.

3 Stimulační program pro děti

V této kapitole budu popisovat pojmy jako je jemná motorika, grafomotorika, sluchová a zraková paměť. Kapitulu jsem zvolila cíleně, neboť při realizaci stimulačního programu v rámci praktické části této práce jsem využívala cvičení právě na tyto níže zvolené principy.

3.1 Jemná motorika

Všechny pohybové činnosti prováděné drobnými svalovými skupinami (především rukou, ale i úst či nohou) můžeme shrnout do jednoho termínu a to jemná motorika. Tento pojem lze definovat takto: „*Jemná (obratná, obratnostní, šikovnostní, dovedností atd.) motorika je definována jako schopnost obratně kontrolovaně manipulovat malými předměty v malém prostoru*“ (Berger, Krul, Daanen, 2009, s. 145-147).

K jemné motorice se může dále řadit grafomotorika, logomotorika, oromotorika, mimika a vizuomotorika. Grafomotorice je věnována následující podkapitola, tudíž rovnou přejdu k vysvětlení výše uvedených pojmů.

Termín **logomotorika** se dá definovat jako „*pohybová aktivita mluvních orgánů při artikulované řeči a je součástí verbální sdělovací motoriky.*“ Pro tyto činnosti jsou důležité svaly v oblasti úst a též jazyk, jehož poloha a přítlak rozhoduje o srozumitelnosti hlásek (Vyskotová, Macháčková, 2013, s. 14). Podobný význam jako logomotorika má i **oromotorika**, která zahrnuje pohyby mluvních orgánů za pomoci svalů orofaciální oblasti. Realizuje se především při žvýkací a polykací funkci, sání, špulení rtů apod. **Vizuomotorika** propojuje oční pohyby s pohyby těla, uplatňuje se součinnost pohybů ruky a očí. Právě vizuomotorické schopnosti jsou předpokladem pro grafomotoriku. Dítě totiž musí nejdříve písmena zachytit pomocí pohybů očí a spojit to s pohyby ruky a prstů. A v neposlední řadě **mimika**, která je úzce spjatá s očním kontaktem a můžeme ji řadit k vizuálně-motorickým komunikačním systémům. Lze ji popsat jako „*záměrnou pohybovou aktivitu svalů obličeje s cílem vyjádřit se výrazem tváře (jako nonverbální vyjádření myšlenek, záměrů, pocitů atd.) či jako podvědomá pohybová aktivita k vyjádření emocí*“ (Vyskotová, Macháčková, 2013, s. 17-18). Defektologický slovník (2000, s. 191) uvádí vysvětlení pojmu mimika takto: „*výsledek činnosti obličejových (mimických) svalů, měnlivý výraz obličeje.*“

3.1.1 Cvičení rozvíjející jemnou motoriku

Před začátkem nácviiku jemné motoriky je důležité zpevnit svalstvo ruky, které je pro tato cvičení potřebné. Dále uvolnit nežádoucí svalové napětí a pokusit se zdokonalit pohybové dovednosti a zároveň i sladit s ostatními smysly. Níže uvedu některé vhodné činnosti či cviky pro rozvoj jemné motoriky, které jsou často i součástí každodenního života.

- V rámci výchovy dítěti stanovit různé drobné ruční práce jako manipulace s nářadím, práce v domácnosti, na zahradě apod.
- Holky bude bavit pletení copánků, navlékání korálků či jiných materiálů, skládání papíru, malování na fólii, tvarování těsta, různé skládanky, vyšívání, pletení, háčkování a spoustu dalších činností.
- Zatímco kluky více zaujme pletení pomlázky, vytváření obrazů pomocí prstových barev, vázání uzlů, stříhání, stavebnice apod. (Jucovičová, Žáčková, 2008).

Ve škole je vhodné provádět před psaním i v jeho průběhu cvičení na rozpohybování prstů jako dotýkání prstů obou rukou, mávání prstů, kroužení. Dále sestavy z dlaní – dotýkat se špičkami prstů o sebe, vytvořit hnízdo z dlaní, dotyk palce a ukazováčku. A nejlepší je napodobovat cviky předvedené učitelem (Zelinková, 2003).

3.2 Grafomotorika

Grafomotorika má velký význam pro samotné psaní, jelikož tvoří jednu z jeho částí – grafickou složku. Pro snazší vysvětlení lze tento termín rozdělit na dvě slova - grafo a motorika. Defektologický slovník (2000, s. 194) uvádí vysvětlení termínu motorika takto: „*souhrn všech pohybů lidského těla, celková pohybová schopnost (hybnost) organismu neboli souhrn veškerých pohybů živého organismu, pohybů reflexních, mimovolních i řízených (volních), ať již probíhají jako jednotlivé pohybové dovednosti nebo automatické pohybové návyky.*“ Pojem motorika je přejat z latinského slova motus, čili pohyb. Oproti tomu termín grafo je převzat z řečtiny a jeho překlad je píši. Dle Logopedického slovníku (2001, s. 74) je grafomotorika popisována jako „*specifická motorika, koordinovaná pohybová aktivita při grafických projevech (kreslení, psaní apod.)*“ A jako poslední zmíním vysvětlení grafomotoriky podle Vyskotové a Macháčkové (2013, s. 15), kterou definují jako

„soubor psychomotorických činností, které jedinec vykonává při grafické činnosti (psaní, kreslení, rýsování, obkreslování, malování atd.)“

3.2.1 Grafomotorická cvičení

Dříve než dítě začne psát, měla by u něj být zvládnuta grafomotorická stránka psaní. Pro správné zvládnutí grafomotorických cvičení je u dítěte vhodné rozvíjet jemné pohyby prstů. V následující kapitole uvedu několik možných grafomotorických cvičení.

Pro rozvoj jemných pohybů ruky Klenková (2000) uvádí tyto cviky:

- Postupné dotýkání se prstů pravé ruky s prsty druhé ruky.
- Válení míčku dlaněmi po stole.
- Roztahování a stahování prstů ruky v pomalejším tempu.
- Postupné dotýkání se palcem pravé ruky ostatních prstů, možno provádět i u levé ruky.
- Přiložení dlaní k sobě a široké roztažení prstů.

Nejenom cviky, ale i různé činnosti se spolupodílejí na lepší obratnosti ruky. Například modelování, navlékání korálků, hraní si se stavebnicí, mačkání papíru. Nemusí to ale být jen činnosti spojené s hraním, i když ty budou děti bavit nejvíce. Mohou to být i sebeobslužné činnosti jako zavazování tkaniček, zapínání knoflíků apod. Při grafomotorickém nácviku je dobré začínat pohybem vycházejícím z ramenního kloubu. Za vhodné uvolňovací cviky jsou považovány pohybové imaginace s využitím různých předmětů, kroužení ruky oběma směry, kreslení ležatých osmiček do vzduchu, plácání celou rukou – připomínající driblování, tleskání nataženýma rukama, napodobování dirigování či plavání atd. Pokud má dítě i nadále problém s grafomotorikou, tak možnou příčinou může být špatné držení psacího náčiní. Na úchopu by se měly podílet všechny prsty. Bříško palce by se mělo dotýkat psacího náčiní a mělo by ležet proti bříšku ukazováčku nebo trochu výše či níže. Ukazováček by měl být lehce ohnutý, stejně jako palec, a měl by být asi tak 2 až 3 cm od hrotu pera. Prostředníček je považován za jakousi „opěrku“ psacího náčiní. Prsteníček a malíček by měly být mírně ohnuté směrem k dlani a malíková strana by se měla lehce dotýkat podložky. Důležité je ale i správné sezení při psaní. Deska stolu by měla být ve výšce žaludku dítěte. Při sezení by dítě mělo mít nohy položené na podlaze a ne ve vzduchu. Hrudník by se neměl opírat o desku stolu,

na rozdíl od předloktí. A vzdálenost očí od podložky by měla být 25 až 30 cm (Jucovičová, Žáčková, 2008; Mlčáková, 2009).

Uvolňovací cviky předcházejí nácviku psaní. Začíná se na svislé ploše, poté na šikmé a pokračuje se na vodorovné podložce. Pro nácvik se využívají taková psací náčiní, která snadno zanechávají stopu, aby pak dítě nemělo problém s přílišným tlačáním na tužku. Vhodné jsou tedy křídly, voskovky, uhel, tužky s měkkou tuhou. Vždy je dobré začít s velkým formátem a postupně ho zmenšovat (Zelinková, 2003).

Výše uvedené cviky a mnoho dalších lze s dítětem procvičovat v pracovních sešitech. Jedním z takovýchto sešitů může být „Čáry, máry“ od Zdeny Michalové, který je určen dětem předškolního věku pro procvičování grafomotorických dovedností. Zde uvedená průpravná cvičení pomáhají dětem naučit se zacházet s psacím náčiním, koordinací ruky a oka, posilovat jemné svalstvo prstů. V současnosti existuje spousta dalších pracovních sešitů. Lze ale také využívat vhodných reedukačních pomůcek jako třeba nástavce na pero, prstové barvy, houbičky, kouli na kreslení apod. (Šauerová, 2012).

3.3 Sluchové vnímání

Již od prenatálního vývoje se rozvíjí sluchové vnímání, kdy plod vnímá podněty jak z vnějšího, tak i z vnitřního prostředí a až později reaguje na zvuky diferencovaným pohybem. Po narození se reakce na podněty mění z diferencovaného pohybu na pohyb nediferencovaný. Ovšem u dětí se specifickými poruchami učení může docházet k opoždování vývoje sluchového vnímání. Odráží se to pak v problémech dítěte se spojováním hlásek do slabik a slov, rozlišování hlásek ve shluku apod. Právě narušení sluchového vnímání výrazně komplikuje učení. Například pokud je výklad předáván pouze formou ústní, tak může mít dítě se zapamatováním si pokynů problém. Z tohoto důvodu je potřebná jeho reedukace (Zelinková, 2003; Jucovičová, Žáčková, 2008).

3.3.1 Nácvik sluchové diference

Ve většině případů se při nácviku sluchového rozlišování začíná s neřečovými zvuky. Doporučuje se začít s napodobováním zvuků, které charakterizují určité činnosti – stříhání, trhání, cinkot mincí, tekoucí voda apod. Dalším možným způsobem je naplnění pytlíčků různými předměty a poznávání zvuků, které při zatřesení vydávají. Vhodné je i využití hudebních nástrojů. Postupem času

se přechází k řečovým zvukům, rozlišování měkkých a tvrdých slabik, přičemž lze využít tzv. měkkých a tvrdých kostek, kdy dítě musí uplatňovat více smyslů. Zároveň se může využít i míče, kdy při rozumění měkké slabiky dítě vyhodí míč do vrchu, aniž by spadl na zem, zatímco u tvrdé slabiky míčem o zem udeří. Někdy je obtížné i sluchové rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek. Pro tuto diferenciaci se využívá tzv. bzučáku. Bývá vybaven akustickým i vizuálním signálem. Jeho úkolem je zvýšení efektivity kontroly, kdy dítě porovnává zvukovou podobu slova s psanou podobou. Dále použití bzučáku zpomaluje tempo dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2008; Šauerová, 2012).

3.3.2 Nácvik sluchové analýzy/syntézy a paměti

První činností tohoto nácviku je rozkládání a skládání vět, slabik, slov na jednotlivé hlásky. Zpočátku se volí jednodušší slova a až později delší slova či slova se souhláskovými shluky. Děti si mohou při rozkládání pomoci vytleskáváním nebo hlasitým odříkáváním. Vhodnými hrami může být slovní fotbal, cvičení zaměřená na určování pozice dané hlásky, reagování na určité hlásky, vymýšlení co nejvíce slov na danou hlásku apod. Podobně jako u nácviku zrakové paměti se zprvu využívají neřečové zvuky jako ťukání tužkou do stolu. Později lze přejít ke zvukům řečovým. Tuto paměť můžeme cvičit i za pomoci osvojování říkadel, básní či různých příběhů, kdy na základě poslechu dítě odpovídá na otázky, opravuje chyby či vytváří vlastní dokončení (Jucovičová, Žáčková, 2008).

3.4 Zrakové vnímání

Podle odborných publikací je zrak pro lidský život velice důležitý. Samotné vnímání je zdrojem informací z okolního světa. Zrakové vnímání se oproti sluchovému vyvíjí až od narození dítěte. Zpočátku dítě vnímá světlo a tmu, později obrysy.

Při narušeném zrakovém vnímání může dítě vnímat zkresleně například tvary písmen, číslic, rozdílů na obrázcích apod. Problémy mu může též dělat orientace v prostoru či pravolevá orientace. Je vhodné, co nejdříve rozvíjet zrakové vnímání z důvodu přípravy na výuku čtení a psaní (Zelinková, 2003; Šikl, 2012).

3.4.1 Nácvik zrakové diferenciaci

Pro začátek lze využít pro tento nácvik trojrozměrných předmětů, u nichž se zapojují i další smysly. Při rozlišování barev se využívá základních barev s postupným přidáváním složitějších barevných kombinací. Pokud se dítěti daří, přidá

se i rozlišení sytosti a jasů barvy. Zároveň je důležité dítě vést k mluvení. Mohou se využívat i běžné hry, které děti více zaujmou. Dále lze přejít k obrázkům. Zpočátku je vhodné využívat dvojice zdánlivě shodných obrázků lišící se pouze barvou a postupem času rozšiřovat počet i obtížnost. I vybarvování omalováněk je vhodnou činností pro nácvik zrakové diferenciacē. Děti je mohou vybarvovat podle své fantazie či na základě předlohy nebo pokynu.

Podobný postup jako u rozlišování barev se využívá i u třídění podle velikosti a podle tvaru. Pracuje se zpočátku s názorným materiálem (prvky ze stavebnic, magnetky, knoflíky či korálky různých velikostí apod.). Poté se přechází k obrázkům, kdy dítě má za úkol vyhledávat malé a velké prvky v dějových obrázcích. Pro třídění prvků podle tvaru je vhodná magnetická tabulka s geometrickými tvary či jakýmikoliv předměty, které lze různě třídít, seřazovat či z nich skládat obrázky. U dětí mladšího věku lze využít i hry, při nichž se zasunují příslušné prvky podle tvaru do odpovídajícího výřezu. Náročnějším úkolem jsou tzv. stínové obrázky, kdy dítě poznává předmět podle jeho stínu.

Pro budoucí nácvik čtení je důležité rozlišovat podstatné neboli figuru od nepodstatného neboli pozadí. Většinou se využívají cvičení na rozlišování několik navzájem se překrývajících prvků či tzv. skryté obrázky, kdy děti v členitém obrázku vyhledávají ukrytý prvek.

Rozlišování podobných a stranově obrácených tvarů je pro děti jedna z nejnáročnějších forem zrakového vnímání. Děti, které mají v této oblasti potíže, většinou zaměňují tvarově podobná písmena nebo číslice. Při nácviku postupujeme podobně, jako to bylo uvedeno výše (Jucovičová, Žáčková, 2008).

3.4.2 Nácvik zrakové analýzy/syntézy a paměti

Je možné využít například skládání předmětů rozdělených na dvě nebo více souměrných částí, skládání různých druhů stavebnic, puzzle, rozstříhané obrázky. Schopnost skládat slovo lze i pomocí osmisměrek, křížovek, her zaměřených na vytváření slov z písmen jako Scrabble.

Při nácviku zrakové paměti, která je důležitá pro čtení z hlediska schopnosti vnímat znak, udržet ho po určité době v paměti a posléze si ho vybavit, je principem krátká expozice předmětu či obrázku. Zpočátku dítě může kreslit obrázek podle předlohy, později již může modelovat, vkládat kuličky do mozaiky, tisknout razítka aj. Hojně se využívají i hry zaměřené na rozvoj paměti. Například

hry, kdy dětem předkládáme skupinku různých předmětů, kterou zakryjeme, a děti pojmenovávají, které předměty viděly (Jucovičová, Žáčková, 2008).

Šauerová (2012) uvádí, že při hře se kromě zrakového vnímání rozvíjí také paměť, systematicnost, koncentrace pozornosti a trpělivost. Proto vhodnou pomůckou, která tyto schopnosti postihuje, je obyčejná dětská hra pexeso. Další, dosti používanou pomůckou pro nácvik zrakové percepce, je speciální čtecí okénko. Nejčastěji je vytvořeno z neprůhledné fólie, na níž je několik různě umístěných výřezů. Význam metody čtení s okénkem spočívá v odstraňování dvojitého čtení, nácvik správných očních pohybů po řádku zleva doprava, zvyšování plynulosti a tempa čtení, podpora koncentrace pozornosti.

4 Vzdělávání dětí s vývojovými deficity v programu ZŠ

4.1 Stanovení cíle výzkumu

Cílem výzkumného šetření bakalářské práce je přiblížení podmínek úspěšné školní docházky u dětí se syndromem ADHD a vývojovými odchylkami artikulace na běžné základní škole. Součástí práce je i vyhodnocení řečových schopností těchto dětí.

Při realizaci výzkumu bylo využito metod kvalitativního charakteru – pozorování, strukturovaný rozhovor s rodinou, pedagogem základní školy a školním psychologem.

4.2 Charakteristika výzkumu

Pro výzkum jsem zvolila tyto metody: pozorování a strukturovaný rozhovor. Rozhovor jsem vedla s rodičem, pedagogem a školním psychologem. Na základě odpovědí rodičů jsem získala podklady pro vypracování kazuistických studií. Z důvodu ochrany osobních údajů nebudu uvádět celá jména chlapců.

Rozhovor s pedagogem a školním psychologem sloužil pro srovnání názorů týkajících se podmínek úspěšné školní docházky. Poté jsem i několikrát navštívila vyučování ve třídách s těmito chlapci, abych je mohla pozorovat při práci.

Po určitou dobu jsem docházela za dětmi z důvodu realizace stimulačního programu. Cvičení jsem zaměřovala na jemnou motoriku, grafomotoriku, sluchovou a zrakovou paměť.

4.3 Kritéria k přiblížení podmínek úspěšné školní docházky

1. Prostředí třídy by mělo být uzpůsobeno potřebám dítěte s ADHD.
 - žák by měl sedět v lavici co nejbliže k učiteli, nikoliv u okna
 - v okolí žáka by neměl být nadbytek zrakových podnětů
 - žák by měl sedět mezi pozornými a dobře soustředěnými dětmi (Pokorná, 2001; Riefová, 2010)
2. Posilování sebevědomí dítěte.
 - žák by měl být oceněn za každý i menší úspěch
 - pozitivní hodnocení by mělo být konkrétní (Pokorná, 2001; Riefová, 2010)
3. Vytvoření určitého řádu a zajištění pravidelného režimu.
4. Zavedení relaxačních prvků do každé vyučovací hodiny, zvláště na 1. stupni základní školy.

5. Důsledné požadování plnění zadaných úkolů, vedené v příjemné atmosféře.

- přidělování úkolů v menším rozsahu, adekvátně přiměřené věku

4.4 Vlastní výzkum

4.4.1 Kazuistické studie

Kazuistika č. 1 - chlapec V. (3. třída)

Diagnóza: dyslalie multiplex a porucha aktivity a pozornosti (F 90.0) s emoční a sociální nezralostí, hyperaktivitou

Rodinná anamnéza:

Chlapec vyrůstá v úplné rodině se starším sourozencem. Matka narozena 1978, SŠ. Otec narozen 1969, SŠ. Starší bratr narozen 1997, původně nedonošený, bez obtíží, studentem střední školy. Spolupráce s rodinou velice dobrá, o chlapcovu práci ve škole mají zájem a plní s ním veškeré školní povinnosti.

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil v říjnu 2004 jako druhé dítě. Porod proběhl ve 30. týdnu, 4 dny po odtoku plodové vody, klasickou cestou. Poporodní adaptace probíhala bez komplikací, dobře prokrvený, bez dechových obtíží. Čtyři dny u chlapce prováděna fototerapie z důvodu novorozenecké žloutenky. Od začátku prosince 2004 hospitalizován v nemocnici na Dětském oddělení v Pardubicích kvůli anémii. Koncem prosince 2004 propuštěn, ale ještě téhož večera znovu přijat z důvodu dávení po jídle. Po přijetí přeložen na JIP, kde byl prodýchán ambuvakem. Opakovaně měl apnoické pauzy a pozorovány záškuby obou horních končetin. Večer převezen na JIP Dětské kliniky v Hradci Králové. Po ventilační stránce jeho stav velice náročný, proto převezen na specializované pracoviště v Praze.

Od roku 2006 chlapec začal navštěvovat mateřskou školu. Již od počátku špatná spolupráce s paní učitelkou. Chlapec nechce docházet do školky, proto často zůstává s maminkou doma.

V předškolním věku chlapci diagnostikována *dyslalie multiplex a porucha aktivity a pozornosti (F 90.0) s emoční a sociální nezralostí, hyperaktivitou.*

Před nástupem do školy začal chlapec pravidelně navštěvovat logopedickou ambulanci.

Z důvodu špatné srozumitelnosti chlapci doporučen odklad školní docházky o jeden rok. Chlapec nastoupil do první třídy běžné základní školy v roce 2012. Od druhé třídy chlapci přidělen asistent.

Psychologické vyšetření z listopadu 2010:

Chlapec je na pohled živý, hyperaktivní, milý, pozitivně laděný. Spolupracuje ochotně, komentuje svou práci, má tendenci překračovat hranice. Řeč značně dyslalická, obtížně srozumitelná. Vadný úchop tužky, přirozeně bere tužku do levé ruky. Pozornost rozptýlená.

Jeho úroveň vědomostí, znalostí a dlouhodobé paměti ve Zkoušce znalostí předškolních dětí v pásmu podprůměru. Úroveň jemné motoriky na hranici podprůměru pro daný věk. Sluchová diference nerozvinutá, zraková diference dosud labilní.

Podpůrná opatření:

Zajistit individuální tempo při řešení úloh, ponechání dostatku času na práci. Uplatňovat metodu prodlouženého procvičování. Umožnit chlapci častější střídání činností, podporovat jeho sebevědomí, pozitivní sebehodnocení a motivaci ke školní práci. Včleňovat chlapce do kolektivu. Ve výchově nutná laskavá důslednost. Nutná je podpora mimoškolních aktivit chlapce.

Pedopsychiatrické vyšetření z roku 2012:

Chlapec je hravý, emočně nezralý, nestabilní, s výrazně sníženou tolerancí emoční zátěže. Chlapec je v jednání impulzivní, hlučný v projevu. Lateralita není jednoznačně jednostranně vyhraněná, nezralost CNS. V popředí také dominuje porucha artikulace řeči.

Doporučení: chlapec vyžaduje individuální a specifický výchovný i vzdělávací přístup, ve škole dle Školského zákona č. 561/2004 Sb. zákona o předškolním, základním aj. vzdělávání ve znění 342/2006 a 165/2006, § 16. Se souhlasem matky ordinován metyphenidat Ritalin tablety. Na víkendy a prázdniny ve školním roce možno Ritalin zcela vysadit.

Psychologické vyšetření z května 2013:

Vyšetření provedeno na žádost školy z důvodu obtíží v písemném projevu, nesoustředěnosti, výrazné vadě řeči a s tím související obtíže ve výuce i komunikaci.

Použité diagnostické metody:

Řízený rozhovor, pozorování, Reyova figura, Zkouška čtení, Zkouška psaní, Diagnostika specifických poruch učení II., WISC-III.

Kontakt navazuje chlapec ihned a bez obtíží, je upovídaný, pozitivně laděný. Po celou dobu vyšetřování výrazně psychomotoricky neklidný, netrpělivý, u práce nestálý. Chlapec stále komentuje svoji práci, rychle mění témata, zabývá se nepodstatnými detaily. Je mu velmi špatně rozumět, často ani není možné správně ohodnotit jeho odpověď.

Aktuální intelektová výkonnost je situovaná do pásma spodního průměru. V rozložení rozumových schopností převažují verbální složky nad složkami názorovými. Výrazně oslabená je oblast, která měří vizuomotorické dovednosti, asociační neverbální učení a neverbální krátkodobou paměť. Nízká je i úroveň krátkodobé zrakové paměti a plošná představivost. Naopak nejlepší výkony podal chlapec v oblasti slovně logického myšlení. Na dobré úrovni je i schopnost neverbálního myšlení a sociálního úsudku, schopnost numerického úsudku, porozumění praktickým situacím.

Při zkoušce čtení chlapec četl s ukazováním, hbitě slabikoval, komentoval konce vět („...tečka“, „otazník“...). I při čtení psychomotorický neklid chlapce, zajímá se o věci kolem. Vzhledem k obtížné srozumitelnosti řeči nelze přesně stanovit chybovost čtení. Při reprodukci čteného chlapec postihne jen některé části děje bez přesného postihnutí dějové zápletky.

Při zkoušce psaní si chlapec obtížně vybavuje tvary písmen, některá písmena jsou nečitelná. Diktát slov není schopen napsat samostatně, objevují se zkomoleniny. Patrná je velká nechut' chlapce k psaní.

Diagnostický závěr:

Výraznější forma vývojové dysgrafie se symptomy dysortografie i v důsledku vady řeči. Porucha aktivity a pozornosti s hyperaktivitou, emoční a sociální nezralost. Výrazná vada řeči – dyslalia multiplex, dysgramamatismy.

Doporučená opatření:

Vzdělávat chlapce ve spolupráci s pedagogickým asistentem. Obsah speciálně pedagogické péče je třeba zaměřit na zdokonalení v oslabených oblastech. Doporučuje se sladit zrakové vjemy s pohybem, skládat a rozkládat slova z paměti, nácvik správného rozlišování tvrdých a měkkých slabik s hmatovým ověřením na tvrdých a měkkých kostkách ještě před jejich zápisem, verbalizace hmatových vjemů.

Řeč a artikulace

Chlapec nemá obavy z verbálního projevu, komunikuje ve větách. Jeho slovní zásoba je na dobré úrovni. Zpočátku byly u chlapce zřetelné pouze samohlásky. Často hovořil zrychleným tempem řeči. Pokud si dává pozor a není zbrklý či není pod vlivem emoce (kladné nebo záporné), dokáže zopakovat slova bez výrazného problému. Přetrvává problém ve znělosti a neznělosti hlásek, nejvíce u hlásek CH a H. Nadále nemá zcela upevněné sykavky a stále přetrvává problém se slabikami DI, TI, NI a DY, TY, NY. Velice často chlapec chybuje v psaní kvůli špatné výslovnosti.

Kazuistika č. 2 – chlapec D. (3. třída)

Diagnóza: porucha aktivity a pozornosti (F90.0) s hyperaktivitou a dyslalie multiplex

Rodinná anamnéza:

Chlapec vyrůstá v úplné rodině s mladším sourozencem. Matka narozena 1982, vyučena jako dělnice. Otec narozen 1984, vyučen dělníkem. Mladší sestra narozena 2011, porod proběhl bez komplikací, zdravá. Spolupráce s rodinou velice dobrá. O chlapcovo vzdělávání ve škole se zajímají a snaží se s ním plnit veškeré povinnosti

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil v únoru 2005 jako první dítě. V průběhu těhotenství se nevyskytly žádné komplikace. Porod proběhl v termínu, byl velice obtížný – klešťový. Stav

dítěte po porodu byl bez komplikací. V 5,5 měsících chlapec začal sedět. V 6. měsíci začal lézt a v 10 měsících začal chodit.

Chlapci byla diagnostikována tupozrakost a byly mu přiděleny brýle.

Ve svých 2,5 letech začal navštěvovat mateřskou školu. První dny byl velice plačtivý a velice těžko si zvykal. Ve školce si hrál převážně sám, vyhýbal se kolektivním hrám.

Ve 3 letech byla chlapci diagnostikována *porucha aktivity a pozornosti (F90.0) s hyperaktivitou a dyslalie multiplex*.

V předškolním věku chlapec začal navštěvovat logopedickou ambulanci jednou za čtrnáct dní.

V roce 2012 nastoupil do první třídy běžné základní školy po ročním odkladu z důvodu emoční nevyzrálosti. Chlapci nebyl přidělen asistent, ani není vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu.

Chlapec je v péči psychiatra a logopeda. Jeho laterálita je nevyhraněná, střídá obě ruce. Kresbě se od malička vyhýbá.

Psychologické vyšetření z října 2008:

Na žádost rodičů provedena konzultace a pozorování chlapce ve třídním kolektivu MŠ z důvodu pokračujících výchovných potíží, nerespektování autority a nezvladatelnosti.

Dle paní učitelky má chlapec velké výkyvy v chování, někdy je hodný, občas vztekly a vzpurný. Nerespektuje paní učitelku. Mnohdy jde až do afektových výbuchů, pak je ale hodně unavený. Baví ho sportování, pohyb, nemá moc rád zpívání, básničky. Nesnáší prohru, ta v něm vyvolává afekt.

Závěr:

Porucha pozornosti a aktivity se značnou emoční labilitou, s výrazně sníženou frustrační tolerancí a tolerancí zátěže, s impulzivitou v jednání, zvýšeně unavitelný, dráždivý, jednání pod vlivem aktuálního afektu. Řeč dyslalická.

Doporučení:

V MŠ se snažit o trpělivý, citlivý, individuální přístup k chlapci, vyvarovat se příkazů. Orientovat se na pozitivní motivaci namísto trestu. V případě probíhajícího afektu na chvíli nechat chlapce v klidu, nereagovat na něho (eventuálně zabránit poranění jeho samotného či jiných lidí). Dát mu najevo pochopení. Pokusit

se upoutat jeho pozornost jiným směrem. Chválit i za projevenou snahu. Povzbuzovat chlapce.

Doma je i nadále nutná důslednost ve výchově, vyžadovat dodržování norem a hranic, avšak laskavým způsobem, vydatně chválit. Sjednotit výchovně přístupy ze strany rodičů, přistupovat k chlapci v klidu, dávat mu pozitivní příklad chování.

Pedapsychiatrické vyšetření z roku 2011:

Chlapec je lucidní, orientován přiměřeně věku. Při vyšetření navazoval oční kontakt, zpočátku problémy ve výslovnosti. Emotivita je bez patické nálady, méně zralá, méně stabilní, se sníženou tolerancí emoční zátěže. Při emoční zátěži dochází ke kumulaci fyziologických afektů kumulovaných emoční bouří, produkcí vulgarismů, heteroagresivitou, proklamací o nežití. Myšlení je dětsky egocentrické. Volní vlastnosti jsou oslabeny v rámci nestabilní emotivity. Chlapec je hodně impulzivní. Lateralita není jednoznačně jednostranně vyhraněna. Centrální nervový systém je méně zralý vzhledem k věku. Chlapec se při vyšetření jevil zcela klidně.

Doporučení:

Chlapec vyžaduje individuální a specifický výchovný i vzdělávací přístup, ve škole dle Školského zákona č. 561/2004 Sb. ve znění 342/2006 a 165/2006, § 16. U chlapce je třeba diferencovat v přístupu, imponuje konstitucí i rozumem jako starší, emočně je však mladší a neunesse emočně zátěž, která je na něho kladena. Po emoční stránce je třeba s ním zacházet jako s dítětem mladším. Se souhlasem matky nasazena medikace – Atarax.

Psychologické vyšetření z října 2014:

Použité metody: Rozhovor, WISC-III^{UK}

Na vyšetření přichází chlapec v doprovodu své matky. Chová se zpočátku nejistě, postupně neklidně, nelibě nese konverzaci o jeho problémech. Odmítá komunikovat, nakonec pláče a vykřikuje. Chlapec neunáší nezdary a prohry, učení je pro něj stále větším problémem.

Z terapeutických postupů je nejvhodnější skupinová terapie, kde by se učil zvládat sociální vztahy a své postavení ve skupině. Dalším vhodným řešením je rodinná terapie.

U chlapce se projevuje nepřilíš obratná jemná motorika. Řeč dyslalická (hlásky R a Ř,...). Aktuální úroveň rozumových schopností se nachází v pásmu

mírného nadprůměru, přičemž není patrný rozdíl mezi složkou verbální a složkou názorovou. Výsledky v jednotlivých oblastech mírně nevyrovnané. Nejlepšího výsledku dosáhl v praktických počítařských dovednostech. Ostatní schopnosti jsou v pásmu lepšího průměru.

Po posouzení aktuálního psychického stavu a s ohledem na rostoucí problémy se doporučuje zvážit medikace. Ve výchově se doporučuje pokud možno zachovat klid i v emočně vypjatých situacích. Je třeba držet pevné hranice, opakovaně vyžadovat totéž, aby si chlapec zvykl na to, co má dělat, co se od něj očekává. Chlapec nemá rád změny, obtížně se přizpůsobuje, proto jsou vhodné stereotypy, pravidelné rituály a dodržování režimu.

Řeč a artikulace

U chlapce jsem zpočátku pozorovala nespěšnost, v některých situacích se mi jevil přecitlivěle. Komunikuje ve větách. Má průměrnou slovní zásobu, občas si plete základní slova, jako jsou barvy, zvířata apod. U chlapce lze stále pozorovat problém s vyslovováním hlásek R a Ř. U hlásky L již došlo k fixaci, ale nikoliv automatizaci. Pokud ho práce baví, snaží se soustředit i na řeč, spíše ale převažuje roztěkanost a nesoustředěnost a to ji výrazně narušuje.

Kazuistika č. 3 – chlapec F. (2. třída)

Diagnóza: porucha pozornosti s hyperaktivitou a vývojová dysfázie

Rodinná anamnéza:

Chlapec žije v úplné rodině se starším sourozencem. Matka se narodila roku 1980, SŠ. Otec narozen roku 1977, SŠ. Bratr, narozený roku 2000, má též diagnostikovaný syndrom ADHD a vývojovou vadu řeči. Rodina se o chlapcův prospěch zajímá, ale nemají tolik času na plnění veškerých školních povinností.

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil v lednu 2007. Těhotenství probíhalo bez komplikací. Byl přenášen a porod proběhl ve 42. týdnu. Při porodu se vyskytly komplikace: přiškrcený a zkalená voda, ale i přesto se chlapec narodil běžným způsobem.

Po porodu se u chlapce neprojevovaly žádné obtíže. V 6. měsíci začal lézt i sedět a chodit začal v 10. měsíci.

Ve svých 3 letech začal navštěvovat mateřskou školu blízko svého bydliště. Chlapec si v novém prostředí několik dnů zvykal, ale neplakal. Ve školce měl velké problémy s chováním. K dětem se choval agresivně a spíše si hrál sám. S navazováním kontaktu neměl problém. Již po nástupu do mateřské školy začal chlapec navštěvovat logopedickou ambulanci jednou týdně.

V 5 letech mu byla diagnostikována *porucha pozornosti s hyperaktivitou a vývojová dysfázie*.

V roce 2013 začal navštěvovat běžnou základní školu. Chlapcovi byl zajištěn individuální vzdělávací plán.

Chlapec je v péči neurologa, psychiatra, logopeda a foniatra. Upřednostňuje pravou ruku. Kresbě se převážně vyhýbá.

Psychologické vyšetření ze září 2014:

Psychologické vyšetření proběhlo na základě žádosti rodičů a doporučení školy z důvodu podezření na SVPU.

Kontakt chlapec navazuje bez problému, reaguje vstříčně a spontánně. Pracuje v pomalejším tempu, se snahou a zájmem. Má radost z úspěchu. Po celou dobu vyšetření je patrný psychomotorický neklid, který v zátěži zesiluje. Pozornost kolísá, zejména při déletrvajících činnostech.

Osobnost chlapce se syndromem ADHD je stále hodně dětská, s menší sociální i emoční zralostí, citlivá. V reakcích je mnohdy velmi impulzivní a výbušný, což se negativně promítá do jeho výkonů.

Figurální kresba neodpovídá intelektu chlapce, chybějí mu tam podstatné detaily a objevují se znaky zcela nepodstatné. Tlak na tužku přetrvává, chybné je i jeho držení.

Chlapcův intelekt lze celkově situovat do pásma lepšího průměru. Není výrazný rozdíl mezi verbálními a názorovými složkami intelektu. Průměrný je všeobecný rozhled chlapce. Mírně nadprůměrné jsou: slovní zásoba i porozumění sociálním situacím. Početní dovednosti jsou aktuálně podprůměrné. Velmi dobrá je však úroveň logického myšlení. Vše signalizuje problémy v oblasti fonemického sluchu. Názorové složky intelektu jsou celkově lépe průměrné. Má problémy

v oblasti vizuomotorické koordinace, s odrazem na rychlost psaní. Psychomotorické tempo je podprůměrné.

Čtení je stále pomalejší. Kvůli řečové vadě mnohdy chybuje, hlavně u víceslabičných slov. Na základě menších nápověd dokáže reprodukovat obsah čteného textu. Částečně zkompenzovaná dyslexie. V písemném projevu pozorujeme znaky dysortografie.

Expresivní řeč je narušena. S obtížnými slovy je potřeba chlapci pomoci. Artikulačně je neobratný u mnohoslabičných slov. Slovní zásoba je v normě. Impresivní řeč se vyvíjí nerovnoměrně.

Závěr

Částečně zkompenzovaná dyslexie a dysortografie u chlapce s intelektovými schopnostmi celkově v pásmu lepšího průměru na bázi syndromu ADHD s poruchou řeči - vývojová dysfázie.

Doporučení

1. Zvýšený individuální přístup – časová tolerance, kratší diktáty a cvičení, práce s tabulkami, počítačem, diktafonem, ...
2. Nápravná péče – úzká spolupráce s rodiči a postupné metodické kroky ke kompenzaci výše uvedených obtíží, hlavně pracovat na zlepšování auditivní a zrakové percepce, motoriky, porozumění textu aj.
3. Zařadit mezi žáky integrované. Nutno pracovat dle IVP. Nutná součinnost rodiny, školy a poradenského zařízení.

Řeč a artikulace

Chlapec je velmi komunikativní, i přesto, že mu není vždy zcela rozumět. V některých oblastech je jeho slovní zásoba velice chudá. Naopak při hovorech o oblíbených věcech mi připadalo, že je jeho slovní zásoba nadprůměrná. Často zaměňuje slabiky nebo vynechává části slov. Většinou tvoří jednoduché věty. Mohla jsem také pozorovat obtíže při vybavování slov. Problémové pro něj jsou měkké a tvrdé hlásky, sykavky a rozlišování znělosti/neznělosti.

4.4.2 *Zacílené studie*

Pro začátek jsem si stanovila kritéria pro přiblížení podmínek úspěšné školní docházky a na základě rozhovoru s maminkou, třídní učitelkou, školní psycholožkou a vlastním pozorováním jsem tyto kritéria zhodnotila. Při rozhovorech jsem pokládala stejné otázky, jak rodičům, tak pedagogům i školní psycholožce, a to z důvodu porovnání jejich názorů.

Chlapec V.

1. Prostředí třídy by mělo být uzpůsobeno potřebám dítěte s ADHD.

Chlapec V. sedí v první lavici řady u dveří s kamarádkou, premiantkou třídy. Tato dvojice byla paní učitelkou zvolena cíleně. Spolužačka má na chlapce velmi dobrý vliv, pomáhá mu s motivací.

Vzhledem k jeho krátkodobé paměti má na lavici připevněné pomůcky k aktuálnímu učivu, které mu pomáhají k lepší orientaci a pevnějšímu zažití učiva.

Veškeré didaktické hry, nástěnné obrazy, třídní soutěže jsou umístěny na nástěnkách vzadu za lavicemi v odpočinkové zóně.

Podle mého názoru jsou veškeré tyto podmínky správně splněny.

2. Posilování sebevědomí dítěte.

Většina dětí s ADHD má problém zařadit se do třídního kolektivu. Chlapec do první třídy nastoupil s dětmi, které ho znaly už v mateřské škole a jeho emočně nevyrovnané chování a řečová vada je nepřekvapovala. Na základě této skutečnosti nemá vážnější problémy se spolužáky ve třídě.

Paní učitelka se snaží u chlapce vyzdvihnout úspěchy, využívá jeho slušné slovní zásoby a přírodovědných vědomostí. Často k němu přijde, a pokud vidí, že se mu práce daří, odmění ho slovní pochvalou a povzbudí ho do další práce. K rukám má na některé hodiny také pedagogického asistenta, který chlapci pomáhá zorientovat se v zadání samostatné práce a v případě potřeby tlumí domluvenými postupy emoční vypětí.

V rámci motivace byl v první třídě hodnocen slovně a až od druhé třídy byl klasifikován známkami.

I přesto, že chlapec má dny, když se záporně porovnává s ostatními dětmi, připadá mi, že jeho sebevědomí je posilováno dostatečně.

3. Vytvoření určitého řádu a zajištění pravidelného režimu.

Některé studie uvádí, že dítě s ADHD může mít i sklon k autistickému chování. Toto jsem u chlapce pozorovala. Opravdu ke svému školnímu životu potřebuje pevný řád a systém. Jakékoliv vybočení ho rozruší, například změna rozvrhu hodin, umístění penálu na lavici, změna učitele apod.

Paní učitelka se snaží změny minimalizovat, pokud to jde, snaží se s ním individuálně pohovořit o předem dané výjimečnosti. Jednotlivé formy práce se snaží do výuky zařazovat s danou pravidelností.

Pravidelný řád chlapci vyhovuje a pomáhá mu zvládnout výuku.

4. Zavedení relaxačních prvků do každé vyučovací hodiny, zvláště na 1. stupni základní školy.

Ve třídě, kterou chlapec navštěvuje, jsou děti od první třídy zvyklé na dechová a artikulační cvičení, také na relaxační chvílky vedené na koberci v odpočinkové zóně. Díky potřebám chlapce V. jsou i nyní, ve třetí třídě, zařazovány do každé vyučovací hodiny.

Myslím si, že je dobré zařazovat tyto aktivity před samostatnou prací. U chlapce bylo znát částečné uvolnění energie a zklidnění.

5. Důsledné požadování plnění zadaných úkolů, vedené v příjemné atmosféře.

Chlapec vyniká velkou netrpělivostí. Má problémy s grafomotorikou, psaní ho nebaví, některá písmena nemá dosud zafixována. Písemné úkoly zvládá s obtížemi, zlobí se u nich a pedagog či pedagogický asistent se domluvili, že nebudou chlapci ustupovat a budou trvat na dokončení práce. Chlapec má úlevy, píše vždy jen zkrácenou část.

Vzhledem k tomu, že v těchto vypjatých chvílích jeho chování hraničilo se sebepoškozováním – bouchal se do hlavy, kousal se do ruky, tloukl do lavice atd., byl mu zakoupen antistresový míček, který se osvědčil a vede k rychlejšímu uklidnění a možnosti vrátit se k práci.

Strukturovaný rozhovor s rodičem chlapce V.

Rozhovor jsem vedla s maminkou a na základě jejích odpovědí jsem mohla vypracovat kazuistickou studii. Při položení prvních otázek mi maminka odpověděla, že příznaky syndromu ADHD u svého syna začala pozorovat ve věku 4 let,

ale diagnostikován mu byl před nástupem do školy, zhruba kolem 7. roku. Podle dotazované se syndrom ADHD u chlapce projevuje zbrklostí, náladovostí, nerad se smiřuje s prohrou, stačí mu méně spánku, bývá někdy plačtivý a má tendence se sebepoškozovat. Sama maminka uznala, že rodinný program museli v některých situacích přizpůsobovat, ale jen tak lehce: „*Snažíme se, aby měl pravidelnější režim, i když je víkend, tak aby brzo vstal a brzo si šel lehnout. Vše právě souvisí s tím, že potřebuje méně spánku. A když ho nechám déle spát, tak pak je problém, že nemůže usnout.*“ O odborné logopedické péči začali uvažovat ve věku 4 let, možná i dříve na základě doporučení od obvodní lékařky. Do logopedické ambulance docházeli jednou za 14 dní. Dotazovaná si myslí, že nápravu řeči zhoršuje syndrom ADHD, v chlapcově případě hlavně tedy zbrklost. Při srovnání pobytu ve školce a škole mi maminka odpověděla: „*V. do školky nerad chodil, narazili jsme totiž na paní vychovatelku, která V. neměla moc ráda a když jsem nešla do práce, tak se mu do školky nechtělo, takže jsem ho nechávala doma.*“

Strukturovaný rozhovor s paní učitelkou

Otázky pro tento rozhovor jsem volila cíleně. V první řadě jsem se zaměřila na prostředí třídy, a zda je nutné ho přizpůsobovat. Podle paní učitelky by mělo být uzpůsobeno. Zároveň je též důležité vést třídu, aby rušivé projevy chlapce ignorovala, jak odpověděla paní učitelka: „*S dětmi máme dohodu, že nebudou reagovat na některé projevy V. (hlavně vtípkování). Vědí, že když nebudou reagovat, tak se V. rychleji uklidní.*“

Dalším bodem bylo posilování sebevědomí, které je podle pedagoga velice důležité. Paní učitelka se chlapce většinou snaží chválit i za malé pokroky. V. si tak více věří a motivuje ho to ke snaze. Jak paní učitelka ale sama uznala, tak má někdy tendenci být k chlapci shovívavější. Pokud u něj nastanou některé negativní projevy chování, tak je paní učitelka ignoruje „*...jeho předvádění se a snahu být vtípný za každou cenu.*“

Pravidelný režim je velice potřebný. U chlapce je nezbytný daný řád a normy, aby se lépe orientoval ve školním životě. Zároveň ho jakékoliv vybočení rozruší.

Jelikož má chlapec sklony k vymlouvání se a od práce, která ho nebaví, rád utíká, tak pedagog považuje dodržování důslednosti za nutné.

Na otázku, zda si myslí, že muzikoterapie může napomáhat ke zklidnění chlapce, mi odpověděla takto: „*Ano, ale na takovou práci nám chybí prostor.*“

Podle odborných publikací by dítě s ADHD mělo dodržovat pitný režim. Sám chlapec má větší potřebu pít. Jak ale paní učitelka mohla vypozerovat, tak u chlapce sladké pití zvyšuje jeho hyperaktivitu.

Strukturovaný rozhovor se školní psycholožkou

Na první otázku týkající se prostředí třídy a jeho přizpůsobení mi paní psycholožka odpověděla: „*U V. tento bod považuji za potřebný, jelikož je velice roztržitý. Vše upoutává jeho pozornost, proto je důležité vhodné místo k sezení a pokusit se odstranit jakékoliv rozptylující předměty z jeho dohledu.*“

Stejný názor jako paní učitelka zastává i školní psycholožka a to v bodě o posilování sebevědomí. Chlapec je aktivní, soutěživý, rád se předvádí, ale občas má dny, kdy je velice plačtivý. V tyto dny je dobré V. více chválit, i za menší pokroky. Chlapec si pochval velice cení a motivují ho k další práci.

Na otázku, zda se k chlapci snaží být shovívavější oproti ostatním dětem, mi odpověděla takto: „*Nevím, zda shovívavější. Spíše o jeho chování více uvažuji, více o něm přemýšlím.*“

Jak mi sdělila paní učitelka i paní psycholožka, tak chlapec je na pravidelnosti celkem závislý. Pokud se nějakým způsobem změní režim například rozvrh hodin, je celkově neklidný a špatně se mu to vysvětluje.

Při položení otázky směřující na relaxační prvky při výuce jsem získala tuto odpověď: „*Myslím si, že je to potřebné i u ostatních dětí, nejen u tohoto chlapce. Mohou se využívat různé techniky relaxace zaměřené na tělo. U V. se nejvíce osvědčila relaxace s hudbou.*“

Při otázkách týkajících se důslednosti paní psycholožka zastává názor, že je to velice potřebné, ale jak sama uvedla: „*V chlapcově případě by důslednost měla být přítomna, ale mně se to bohužel ne vždy daří. Někdy si pokládám otázku, zda to bylo přínosné a připadá mi, že projevit emoce v některých případech nemusí být na škodu.*“

Názor paní psycholožky na dodržování pitného režimu u dětí s ADHD je tento: „*Celkově myslím, že je u těchto dětí důležité dbát na jídelníček. Aby nejedly příliš barviv, aby nepily příliš limonád a aby byly vedeny k pravidelnému jídlu i pití.*“

Tabulka 1 - Souhrn kritérií u chlapce V.

	RODIČ	PEDAGOG	ŠKOLNÍ PSYCHOLOG
Prostředí třídy	Považuje za důležité.	Prostředí by mělo být uzpůsobeno.	Je zapotřebí.
Posilování sebevědomí	Ano, i z důvodu uklidnění.	Mělo by být přítomno. Chlapec o sobě často mluví jako o hlupákovi.	Mělo by být přítomno.
Pravidelný režim	Musí být přítomno.	Potřebné, pro lepší orientaci.	Považuje za potřebné.
Relaxační prvky	Domnívá se, že je to přínosem.	Přítomno – dechová cvičení, krátké tělovýchovné chvílky, artikulační cvičení.	Rozhodně ano.
Důslednost	Považuje za potřebné.	Ano.	Nutné, ale problémové ze strany psycholožky.

Chlapec D.

1. Prostředí třídy by mělo být uzpůsobeno potřebám dítěte s ADHD.

Chlapec D. sedí v první lavici naproti katedře paní učitelky se svým kamarádem. Podle mého názoru není vhodně zvolen spolusedící. Několikrát jsem mohla pozorovat vyrušování chlapce právě z důvodu povídání si se svým sousedem. U tohoto žáka by bylo vhodnější zvolit samostatné místo.

Veškeré zrakové a didaktické pomůcky jsou umístěny na nástěnkách po stěnách třídy. Zároveň jsou ale dostatečně daleko od chlapce.

Podle mého názoru jsou některé podmínky nevhodně zvoleny.

2. Posilování sebevědomí dítěte.

Podle toho, co jsem mohla pozorovat, tak žák nemá výrazné problémy se začleněním se do kolektivu. Je komunikativní, přátelský a o přestávkách jsem ho mohla pozorovat v hloučku svých spolužáků, nejen jako pozorovatele.

I přesto, že je chlapec často plačtivý, tak se mu děti neposmívají, ale naopak se mu snaží co nejvíce pomoci. Myslím si, že významnou měrou k tomu přispěla paní učitelka, která mi pověděla, že v první třídě dětem vše důkladně vysvětlila a poprosila je, aby se k chlapci chovali přátelsky.

I když má chlapec v některých předmětech problémy, tak jsem se při svých návštěvách třídy nesetkala se situací, kdy by paní učitelky nějakým způsobem

shazovaly chlapcovo sebevědomí, spíše naopak. Pokud se chlapci něco povedlo, byl odměněn pochvalou. Právě díky tomu jsem u chlapce mohla pozorovat větší chuť a motivaci k práci.

3. Vytvoření určitého řádu a zajištění pravidelného režimu.

Ve třídě se paní učitelka snaží o zajištění pravidelného režimu a určitého řádu. Při hodinách se chlapec snaží tyto podmínky dodržovat, i když má občas své slabé chvíle. Ovšem o přestávkách je chlapec velice roztěkaný, roztržitý. Jak uvedla i paní učitelka, tak ho občas přistihne běhat po místnosti. Chlapec již do třídy dochází třetím rokem a za tuto dobu se paní učitelce povedlo chlapce naučit řádnosti. Jak sama ale řekla, byla to velice dlouhá cesta. Zpočátku ji totiž nebral jako autoritu.

Co jsem mohla vyhodnotit z rozhovorů se školní psychologkou a třídní učitelkou, tak u chlapce doma nejsou nastavena žádná pravidla a ani zajištění určitého režimu. Chlapci není doma věnována dostatečná pozornost.

Jak jsem tedy mohla pozorovat, tak u těchto dětí se syndromem ADHD je nutné zvolit určitý řád a zabezpečit pravidelný režim.

4. Zavedení relaxačních prvků do každé vyučovací hodiny, zvláště na 1. stupni základní školy.

Během vyučování se paní učitelka snaží o zpříjemnění hodin pomocí odpočinku. Děti se přemístí do přední části třídy na koberec, kde hrají hry spojené s probíraným učivem a relaxací. Paní učitelka též individuálně vytváří pro chlapce krátká logopedická cvičení.

Hlavně u chlapce D. je tato relaxace velice důležitá. Chlapec se dostává do stavu zklidnění a následně lépe pracuje. Zároveň jsem na něm mohla pozorovat, jak ho tyto odpočinkové a uvolňovací hry baví.

5. Důsledné požadování plnění zadaných úkolů, vedené v příjemné atmosféře.

U chlapce se střídají dny, kdy je celkem v klidu s dny, kdy bývá výbušný. Při hodinách je na chlapci vidět snaha. Pokud se mu ale nedaří, začne být nervózní, zbrklý a nechce v práci pokračovat. V tomto případě se nejdříve paní učitelka snaží o chlapcovo zklidnění, ale zároveň setrvává na požadavku dokončení práce. Chlapec paní učitelku považuje za autoritu, proto se ve většině případů uklidní a práci

dokončí. Jak jsem sama mohla pozorovat, je velmi důležité, aby ve třídě panovala příjemná atmosféra.

Strukturovaný rozhovor s rodičem chlapce D.

Na základě rozhovoru s maminkou jsem se o chlapci dozvěděla několik informací potřebných pro kazuistickou studii. Po dotázání, kdy začala pozorovat příznaky syndromu ADHD u chlapce, mi bylo odpovězeno: „*Od 2 let, ale diagnostikováno mi to bylo až ve 3 letech.*“ Podle výpovědi maminky se chlapec projevuje roztěkaně, nesoustředěně, běhá nekontrolovaně po místnosti. Podle mého názoru je u těchto dětí vhodné zajistit pravidelný režim, ale jak mi odpověděla maminka, tak k žádnému přizpůsobení v rodinném programu u nich nedochází. Poté jsem měla několik málo otázek k oblasti logopedické péče a nápravě řeči. Na otázku - Jakou formu odborné logopedické péče zvolili a zda si myslí, že syndrom ADHD zhoršuje nápravu řeči, mi bylo odpovězeno takto: „*Do logopedické ambulance jsme docházeli jednou za 14 dní a domácím úkolem pro nás bylo vytleskávat s ním slova.... Ano, myslím si, že ADHD zhoršuje nápravu řeči.*“ Dále jsem se doptávala na otázky týkající se školního prostředí a učení. Podle maminky je chlapec ve škole spokojenější, oproti pobytu v mateřské škole. Dotazovaná mi též sdělila, že chlapci pomáhá s přípravou do školy a to tak, že se dvacet minut společně učí a poté si dají krátkou přestávku. Na závěr jsem se ptala, zda využívají i nějakou jinou terapii (např. kineziologii, aromaterapii apod.) a to mi bylo řečeno, že nic jiného nevyužívají.

Strukturovaný rozhovor s paní učitelkou

Při položení první otázky týkající se prostředí třídy, jsem byla celkem překvapena, jelikož jsem se setkala s rozdílným názorem a to, že přizpůsobovat chlapci prostředí není zapotřebí. A ani třídu není zapotřebí vést, aby projevy chlapcova chování ignorovala.

Podle paní učitelky je u chlapce velice nutné pomáhat mu s posílením sebevědomí, chválit ho i za menší úspěchy a pokroky. Chlapec si těchto pochval velice cení a rozhodně jsou pro něj potřebné.

Jak sama paní učitelka uznala, tak má někdy problém, že je k tomuto chlapci shovívavější než k ostatním dětem. Pokud ale nastane situace, kdy se chlapec špatně chová, tak jak řekla: „*Nekárám ho, ale občas zvýším hlas, a pokud to jsou jen drobné negativní projevy, tak se je snažím ignorovat.*“

Pravidelný školní režim je podle paní učitelky prospěšný a tudíž by měl být přítomen. Chlapec je pak klidnější.

Při otázce, zda se jí daří zůstat v klidu při afektivním chování chlapce, mi odpověděla: „*Snažím se. Někdy ale různé chování chlapce uklidní rychleji.*“

Další otázka se týkala zařazování relaxačních chviliek do vyučovacích hodin. Paní učitelka s tímto naprosto souhlasila a sama využívá protahovací cviky, hudbu, čtené slovo. Jelikož využívá i hudbu, tak rozhodně souhlasí s tím, že muzikoterapie napomáhá ke zklidnění chlapce.

Na poslední otázku ohledně pitného režimu mi paní učitelka odpověděla, že s tím nemá žádné zkušenosti.

Strukturovaný rozhovor se školní psycholožkou

Podobně jako paní učitelka, tak ani školní psycholožka nepokládá přizpůsobování prostředí třídy za potřebné. Podle paní psycholožky se chlapec v poslední době hodně zlepšil a snaží se co nejdéle udržet pozornost.

Zatímco posilovat sebevědomí u chlapce je podle ní považováno za nutné. Chlapec totiž sám sebe v mnoha situacích shazuje. Jak mi odpověděla paní psycholožka: „*Snažím se u chlapce posilovat žádoucí chování a nežádoucím projevům nevěnuji pozornost. Sebedůvěru se mu snažím zvýšit tím, že jsem si zjistila všechny činnosti, které má rád a nechávám ho v nich tedy záměrně vyniknout.*“

Při otázce týkající se chválení i malých pokroků mi pověděla, že by tento čin měl být samozřejmostí. „*Nejen tento chlapec, ale každé dítě si pochval cení.*“

Podle paní psycholožky je pravidelný režim a řád u chlapce prospěšný, tudíž by se o něj mělo nadále usilovat ve škole i doma.

Pokud se jedná o shovívavost, tak jak pravila školní psycholožka: „*I když je práce s tímto chlapcem mnohdy náročná, tak ve většině případů bývám. Snažím se docílit toho, aby v sobě našel oporu, aby věděl, že ho přijímáme takového, jaký je, i s jeho problémy.*“

Paní psycholožka je přesvědčená, že celkově u všech dětí s ADHD by se měly stanovovat hranice jejich chování. Jak sama říká, tak to souvisí se systémem pravidel, které jsou nastoleny a musí se dodržovat. Ulehčí mu to orientaci a fungování ve světě.

Co se týká relaxačních chviliek zařazující do výuky, tak i přesto, že s tím paní psychologka nemá žádné zkušenosti (co se týče výuky), myslí si, že by to mohlo být součástí, ale záleží na klimatu ve třídě, dni, dané hodině, počasí apod.

Na poslední otázku týkající se pitného režimu jsem získala tuto odpověď: „Nevím, jestli existují ověřené studie na to, že pitný režim ovlivňuje chování dětí s ADHD, ale já jsem zastáncem dodržování u všech dětí bez výjimky.“

Tabulka 2 - Souhrn kritérií u chlapce D.

	RODIČ	PEDAGOG	ŠKOLNÍ PSYCHOLOG
Prostředí třídy	Mělo by být zajištěno.	Není zapotřebí.	Nepokládá za potřebné.
Posilování sebevědomí	Mělo by být přítomno.	Velice nutné.	Je to zapotřebí.
Pravidelný režim	Není potřeba.	Ano.	Důležité.
Relaxační prvky	Nepřikládá tomu přílišnou váhu.	Považuje za vhodné.	Nejspíš ano, ale co se týče výuky, tak s tím nemá žádné zkušenosti.
Důslednost	Považuje za důležité.	Je to velice zapotřebí.	Mělo by být přítomno, ale záleží na situaci.

Chlapec F.

1. Prostředí třídy by mělo být uzpůsobeno potřebám dítěte s ADHD.

Chlapec F. sedí v první lavici u dveří. Jak mi bylo paní učitelkou vysvětleno, tak na začátku roku seděl v lavici se svým kamarádem, ale protože F. je v některých situacích dosti výbušný a mnohdy spolužáka ohrožoval, musela ho paní učitelka posadit samotného. Po tomto kroku se situace při hodinách výrazně zlepšila.

Podobně jako tomu bylo u chlapce V., tak i F. má na lavici připevněné pomůcky k probíranému a pro něj obtížnému učivu.

Veškeré předměty, které by ho mohly rozptylovat, jsou umístěny v dostatečném odstupu.

Myslím si, že veškeré podmínky u tohoto chlapce byly řádně splněny.

2. Posilování sebevědomí dítěte.

Na základě mého pozorování a rozhovoru s paní učitelkou mohu konstatovat, že chlapec je velmi sebevědomý. Tudíž u něj není potřeba sebevědomí posilovat.

Ale zároveň je velice závislý na pochvalách. Setkala jsem se i se situací, kdy si tu pochvalu vyloženě vynutil. I přesto, že nemá pravdu, stále si stojí za svým a mnohdy se to vystupňuje až do chlapcova afektivního chování, kdy ubližuje spolužákům. Z těchto důvodů je zapotřebí některé projevy ignorovat, a o to se paní učitelka snaží.

3. Vytvoření určitého řádu a zajištění pravidelného režimu.

Zajistit u chlapce pravidelný režim a řád se podle mých domněnek pokouší pouze ve škole. Již od nástupu do školy se paní učitelka snaží u chlapce docílit slušného chování, ale jak mi sama vysvětlila, tak se jí to doposud nepodařilo. Podle mého názoru to ale je zapříčiněno špatnou rodinnou výchovou, kdy si doma nenastavili žádný řád a chlapec si tedy může dělat cokoli, co se mu zlíbí. Sama jsem ve škole byla svědkem, kdy napadl svého spolužáka.

Pokud je ale zaukolován činností, která ho baví, je schopen se jí věnovat bez jakýchkoliv připomínek a známek neposlušnosti. Proto, kdyby mu byl zajištěn takový režim, který by byl doplněn i o jeho oblíbené činnosti, třeba by se lépe ovládal.

V jeho případě by bylo velice vhodné zajistit pravidelný režim a řád nejen ve škole, ale i doma.

4. Zavedení relaxačních prvků do každé vyučovací hodiny, zvláště na 1. stupni základní školy.

Relaxační chvílky jsou pro tohoto chlapce velice důležité. Jelikož je to většinou jediný způsob pro jeho zklidnění. Paní učitelka se proto snaží vkomponovávat co nejvíce odpočinkových aktivit do výuky. Někdy využívá relaxace na koberci ve formě dechových cvičení, jindy zase hry rozvíjející vědomosti na právě probírané učivo.

Myslím si, že tento prvek je u chlapce vhodně realizován a určitě bych ho nadále ponechala.

5. Důsledné požadování plnění zadaných úkolů, vedené v příjemné atmosféře.

U chlapce převažují dny, kdy je velice roztěkaný, nesoustředěný a často i agresivní. Při takovýchto dnech je velice složité dbát u chlapce na dokončení práce. Je vzteklý, pere se a velice těžko se uklidňuje. V tomto případě dochází k narušení celé hodiny,

proto již paní učitelka v některých situacích rezignovala. Chlapec tedy zadané úkoly dokončovat nemusí.

Podle mého názoru to je u chlapce nastavené velice špatně, nemá žádnou disciplínu, tudíž si může dělat, co chce a ví, že mu to často projde. Bylo by tedy potřeba, aby paní učitelka důsledně požadovala dokončení práce. Zároveň by se o to měli pokusit ale také v kruhu rodinném.

Strukturovaný rozhovor s rodičem chlapce F.

Stejně jako u všech ostatních chlapců, i tento rozhovor jsem vedla s maminkou a získala jsem mnoho potřebných informací. Podle dotazované se syndrom ADHD u jejího syna projevuje neposedností a zbrklostí. Jako u chlapce D. se v rodinném programu nemuseli nějak zvlášť přizpůsobovat, i přesto, že má bratra, kterému byl též diagnostikován syndrom ADHD. Při otázce na odbornou logopedickou péči mi maminka odpověděla takto: „*Měl ji v jeslích a potom i ve školce.*“ Stejně jako maminka chlapce V. a chlapce D. si dotazovaná myslí, že syndrom ADHD zhoršuje nápravu řeči. Co se týká přípravy do školy, tak se rodina snaží, jak jen to jde. Od pobytu ve školce k pobytu ve škole došlo v chlapcově chování k mírnému zlepšení. Ani tento chlapec nevyužívá žádné jiné terapie.

Strukturovaný rozhovor s paní učitelkou

Podle paní učitelky je nutné přizpůsobovat prostředí třídy. Důležitým předpokladem u chlapce bylo dobře zvolené místo k sezení.

Jak jsem dále mohla zjistit, tak chlapec s posilováním sebevědomí pomoci nepotřebuje. Ale naopak co potřebuje, je chválení i za malé pokroky. Chlapec si těchto pochval velice cení a jsou pro něj podle paní učitelky velmi důležité.

Při otázce, zda má sklony být k chlapci shovívavější mi paní učitelka odpověděla, že někdy bohužel musí. Pokud nastane situace, kdy se chlapec neovládá ve svém chování, je prý lepší tyto projevy raději ignorovat, chlapec se poté rychleji uklidní. Bylo ale potřeba, aby i třída k tomu byla vedena. Proto si paní učitelka s žáky promluvila a ti se snaží tyto projevy tolerovat a ignorovat. Zároveň je ale potřeba, aby chlapec měl nastavené určité hranice chování.

Jak mi bylo řečeno, tak pravidelný režim chlapci tolik nevyhovuje, nebývá díky němu klidnější.

Při pokládání otázek ohledně důslednosti jsem se setkala spíše se zápornou odezvou, kdy mi paní učitelka sdělila, že u chlapce tolik netrvá na dokončení každé práce. A bohužel nedokáže vždy zůstat zcela v klidu.

Na otázku týkající se relaxačních chvilek mi paní učitelka odpověděla takto: *„Rozhodně to považuji za důležité a já osobně využívám různých cviků a hudebně pohybových her.“* S tím souvisela i další otázka a to, zda muzikoterapie může napomáhat ke zklidnění chlapce. Podle zkušeností paní učitelky muzikoterapie u chlapce uklidnění přináší.

Jak jsem sama mohla v odborných publikacích vyčíst, tak je vhodné u těchto dětí dodržovat pitný režim. Podle paní učitelky: *„Ano, chlapec to také dodržuje, je tak poučen rodiči.“*

Strukturovaný rozhovor se školní psycholožkou

Prostředí třídy by podle paní psycholožky mělo být přizpůsobené potřebám chlapce, aby se zbytečně nerozptyloval okolními podněty. Vytěsnit vše, co je pro něj rušivé.

Chlapcovo sebevědomí nepotřebuje posilovat, ale přesto je podle paní psycholožky dobré, aby chlapec ve třídě převzal nějakou malou zodpovědnost. Aby pocítil, že jeho přítomnost pro třídu je důležitá. Za samozřejmost také považuje pochvaly za dílčí pokroky, a jak mi sama sdělila, tak pedagogům doporučuje, aby si každý týden našli chvíli čas a vybrali něco, čeho je dítě schopno dosáhnout a poté ho odměnili pochvalou.

Ohledně shovívavosti mi paní psycholožka odpověděla: *„Nevím, jestli je to o slovíčku shovívavost, ale já se snažím, aby chlapec cítil, že se o něj upřímně zajímám. Příkladem může být to, že se společně bavíme i o věcech, které má rád nebo o mimoškolních aktivitách apod.“*

U chlapce často nastává, že ve svém chování překročí normu, proto jak říká paní psycholožka: *„Vše by se mělo na konci týdne důsledně, jasně zdůvodnit a poté vyhodnotit. Já osobně se snažím kárat co nejméně, ale je pravdou, že zrovna u tohoto chlapce je to někdy potřebné.“*

Při otázkách o důslednosti paní psycholožka zastává názor, že hlavně u tohoto chlapce je to velice potřebné. Ale není to jen o důslednosti, měla by být zachována i společná domluva a nejen to, že rozhodne jedna strana.

Relaxační chvílky by mohly být součástí výuky, ale u chlapce stačí jen pár minut. Mohou to být nějaká cvičení na autogenní trénink, uvolnění, protažení

a co chlapce nejvíce baví a díky čemu se stává na nějakou dobu klidnějším, je využití muzikoterapie.

Podle paní psycholožky pitný režim souvisí s fungováním základních životních funkcí a měl by ho tedy dodržovat každý.

Tabulka 3 - Souhrn kritérií u chlapce F.

	RODIČ	PEDAGOG	ŠKOLNÍ PSYCHOLOG
Prostředí třídy	Nepřikládá tomu velkou váhu.	Potřebné a přináší to výsledky.	Považuje za důležité.
Posilování sebevědomí	Souhlasí.	Nemusí být přítomno.	Není zapotřebí.
Pravidelný režim	Není zapotřebí.	Snaží se o to, ale u chlapce to nepřináší dobré výsledky.	Spíše ano.
Relaxační prvky	Nepovažuje to za důležité.	Rozhodně by měly být součástí výuky.	Může být součástí, ale v kratším intervalu.
Důslednost	Mělo by být přítomno.	Je to zapotřebí. Ale ne vždy se to daří.	Souhlasí s pedagogem.

4.4.2.1 Shrnutí rozhovorů

Na základě všech obdržených informací mi z rozhovorů vyplynulo následující:

1. Prostředí třídy by mělo být uzpůsobeno potřebám dítěte s ADHD.

Ve většině případů všichni dotazovaní považují uzpůsobení třídy za potřebné, hlavně v případě chlapce V. a chlapce F. U chlapce D., podle slov paní učitelky a paní psycholožky, nejsou tyto změny potřeba. Podle mého názoru je to nejspíše z důvodu chlapcova výrazného zlepšení v oblasti soustředění.

2. Posilování sebevědomí dítěte.

Téměř všichni se shodli, že posilování sebevědomí u těchto dětí by mělo být přítomno v jejich životě. Pouze u chlapce F. podle školských pracovníků není toto kritérium potřebné. S jejich názorem ale zcela nesouhlasí chlapcova maminka. Ovšem, jak jsem sama mohla pozorovat, tak maminka chlapci nevěnuje tolik pozornosti a veškerou práci s chlapcem přenechává pouze pedagogům.

3. Vytvoření určitého řádu a zajištění pravidelného režimu.

Na základě rozhovorů lze obecně říci, že dítě se syndromem ADHD potřebuje pravidelný režim a řád. I přesto, že se o to paní učitelky snaží, tak zrovna v případě chlapce F. to nepřináší kladné výsledky. Podle mého názoru je to spíše z důvodu, že chlapec nemá doma nastavené žádné hranice, což lze usuzovat i z odpovědi maminky, která si myslí, že pravidelný režim a řád není zapotřebí.

4. Zavedení relaxačních prvků do každé vyučovací hodiny, zvláště na 1. stupni základní školy.

U tohoto kritéria jsem se setkala s rozporuplnými názory. Maminka chlapce F. a maminka chlapce D. nepovažují za potřebné zapojování relaxačních prvků do výuky. Na rozdíl od pedagogů, kteří se jednohlasně shodli na tom, že jsou velkým přínosem. Podobný názor zastávají i psychologky. Ty se většinou vyjádřily tak, že by se relaxační prvky do vyučovacích hodin zařazovat měly, stačí v omezeném rozsahu. Relaxační chvíle dle mého pomáhají i ostatním dětem.

5. Důsledné požadování plnění zadaných úkolů, vedené v příjemné atmosféře.

Důslednost je podle všech respondentů velice důležitá a měla by být při práci s dětmi se syndromem ADHD přítomna. V tomto ohledu se všichni dotazovaní o splnění tohoto kritéria snaží. Avšak u chlapce F. a chlapce V. nastává v některých situacích selhání a ustoupení od důslednosti při dokončení práce ze strany pedagoga či školní psychologky.

4.4.3 Stimulační program

V rámci stimulačního programu jsem využívala jak činnosti zaměřené na paměť, tak i hry odpočinkové. Pro rozvoj zrakového vnímání jsem používala různé typy obrázků – stínové, skryté, nesmyslné, s hledáním rozdílů. Tyto úkoly jsem přejímala z metodicko-didaktické pomůcky Logico piccolo.

U sluchového vnímání jsem využila reprodukování jednoduché věty, opakování a rozlišování měkkých a tvrdých slabik prostřednictvím pěnové a dřevěné kostky, kterou po mnou zadávaných slovech měli za úkol zvednout, podle toho, jakou slabiku slyšeli.

Pro nácvik grafomotoriky jsem čerpala ze cvičení na obtahování předkresleného obrázku a dokreslování dle předloh z cvičebnice „Říkadla a omalovánky“ od Heleny Kolbábkové.

Jako činnosti provázející jemnou motoriku byly využity puzzle, skládání z papíru, navlékání korálek na bavlnku a hra motanice, která spočívá v přiřazování obrázků podle zadání pomocí provázku.

Za chlapci jsem docházela do školní družiny jednou týdně po dobu 3 měsíců. Pracovala jsem s nimi individuálně. S paní vychovatelkou jsem měla vždy domluvenou volnou třídu, abychom nebyli ničím rušeni a mohli v poklidu pracovat.

Tabulka 4 - Rozvoj jemné motoriky

Činnosti	chlapec V.	chlapec D.	chlapec F.
<i>motanice</i>	bezproblémové	bezproblémové	bezproblémové
<i>puzzle</i>	výrazné zlepšení	mírné zlepšení	výrazné zlepšení
<i>skládačky z papíru</i>	mírné zlepšení	mírné zlepšení	výrazné zlepšení
<i>navlékání korálek</i>	bezproblémové	bezproblémové	bezproblémové

Tabulka 5 - Grafomotorický nácvik

Činnosti	chlapec V.	chlapec D.	chlapec F.
<i>obtahování předkresleného</i>	mírné zlepšení	mírné zlepšení	mírné zlepšení
<i>dokreslování dle předloh</i>	mírné zlepšení	výrazné zlepšení	mírné zlepšení

Tabulka 6 - Rozvoj zrakového vnímání

Činnosti	chlapec V.	chlapec D.	chlapec F.
<i>nesmyslné obrázky</i>	bezproblémové	mírné zlepšení	výrazné zlepšení
<i>skryté obrázky</i>	výrazné zlepšení	mírné zlepšení	výrazné zlepšení
<i>stínové obrázky</i>	bezproblémové	problémové	výrazné zlepšení
<i>hledání rozdílů</i>	bezproblémové	výrazné zlepšení	bezproblémové

Tabulka 7 - Rozvoj sluchového vnímání

Činnosti	chlapec V.	chlapec D.	chlapec F.
<i>reprodukce jednoduchých vět</i>	výrazné zlepšení	výrazné zlepšení	mírné zlepšení
<i>opakování vět</i>	výrazné zlepšení	výrazné zlepšení	mírné zlepšení
<i>rozlišování měkkých/tvrдых slabik</i>	problémové	bezproblémové	problémové

4.4.3.1 Shrnutí stimulačního programu

V rámci cvičení na jemnou motoriku se chlapcům nejvíce dařilo navlékání korálků a hra motanice. Při opakovaných pokusech skládání puzzlí či vytváření jednoduchých origami, jsem mohla pozorovat výrazné zlepšení pouze u chlapce F. Chlapec D. a V. by měli i nadále na rozvíjení jemné motoriky pracovat.

Při cvičeních na nácvik grafomotoriky jsem se ani u jednoho z chlapců nesečkala se zřetelným zlepšením. Měli problém s udržením linie, jejich grafomotorický projev byl neúhledný. Často to ale bylo způsobeno i tím, že je tyto činnosti nebavily a snažili se je zvládnout co nejrychleji. Chlapci doposud nemají zažitý správný úchop tužky.

Vypracovávání úkolů na rozvoj zrakového vnímání přinesla u chlapců odlišné výsledky. Chlapec V. neměl s těmito cvičeními již od počátku výrazný problém. Chlapec D. se výrazně zlepšil pouze u vyhledávání rozdílů. Předpokládám, že by bylo potřeba pokračovat u něj v práci na posílení zrakového vnímání. U chlapce F. jsem i za relativně krátkou dobu mé působnosti mohla zaznamenat výrazné zlepšení těchto činností.

Jak jsem výše zmiňovala, chlapec D. měl značné problémy u cvičení na zrakové vnímání, u aktivit pro rozvoj sluchového vnímání se však výrazně zlepšoval. Zatímco u chlapců F. i V. lze pozorovat přesný opak. Jejich zrakové vnímání je na slušné úrovni, ale při cvičeních na sluchové vnímání nadále přetrvávaly problémy. Oba chlapci špatně rozlišují slabiky di, ti, ni a dy, ty, ny – neumějí měkčení správně vyslovit, sluchově tyto slabiky neumí pořádně rozlišit.

Při veškeré práci s chlapci jsem se snažila pozorovat úroveň jejich komunikačních dovedností a rozvíjet jejich slovní zásobu. Chlapec V. má i přes

výrazné potíže s mluvou slovní zásobu velmi bohatou, komunikuje rád, umí vysvětlit význam mnoha slov bez problémů. Chlapec D. potřebuje ke komunikaci známé prostředí, v nových situacích se jeví jako ostýchavý, jeho slovní zásoba je slabší než u chlapců V. a F. Význam některých slov jsme si museli vysvětlit. Chlapec F. má slovní zásobu na dobré úrovni, mnoho slov neumí pořádně vyslovit, i přesto se mluvit nestydí.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou vývojových odchylek artikulace a syndromu ADHD u dětí školního věku.

Při plnění náslechových praxí jsem měla možnost se seznámit s dětmi, které mají diagnostikováno ADHD a zároveň vadu řeči. To se mi stalo stimulem k přemýšlení, zda takovéto děti jsou schopny úspěšně zvládat vzdělávání v běžné základní škole.

U dětí s diagnostikovaným syndromem ADHD se setkáváme s poruchami chování, emoční nevyrovnaností, poruchami pozornosti, motoriky, paměti, vnímání. Často se přidává také opožděný vývoj řeči a jiné vady řeči. Všechno výše uvedené dle mého názoru může způsobovat to, že se takové děti nedokážou vyrovnat s nároky školní docházky, podřídit se autoritám a úspěšně žít ve školním kolektivu.

Na základě prostudování tohoto problému v odborné literatuře jsem si sestavila pět základních kritérií k přiblížení podmínek úspěšné školní docházky a zkoumala, jaký na ně mají názor rodiče, pedagogové a psychologové u tří vybraných chlapců druhých a třetích tříd základní školy. Také jsem sledovala, zda nastavení kritérií chlapcům prospívá. Co se týče uzpůsobení prostředí třídy, většina dotazovaných souhlasila s potřebností. Podle mého názoru by opravdu u těchto dětí mělo být zajištěno vstřícné prostředí, klidné jednání a omezení rušivých vjemů. Takové dítě má problémy se soustředěním a může se nechat rozptýlit sebemenším podnětem z okolí. Názor všech dotázaných na kritérium posilování sebevědomí dítěte se různil, a to v souvislosti s charakterem chlapců a jejich schopnosti emoční stálosti. Osobně se přikláním k důležitosti chválení i za malé úspěchy a vyzdvižení veškeré snahy při školní práci. Určitě je také chvályhodné, když má pedagog zájem seznámit se se zájmy dítěte a zdary i v této oblasti oceňuje. U dotazů ke kritériu o vytvoření určitého řádu a zajištění pravidelného režimu mě překvapil názor dvou maminek, že toto jejich děti nepotřebují. Naopak názor pedagogů a psychologů byl jednoznačně pro zavedení daného řádu a režimu. K takové odpovědi se přikláním i já. Už při náslechových praxích jsem si všimla, že dětem s diagnostikovaným ADHD vadí vybočení z rytmu, jsou spíše neschopny se vypořádat se zásadními změnami a mnohdy mají své „rituály“, jichž se nechtějí vzdát. Podle mého názoru jim zavedený řád a daný režim přináší i pocit bezpečí. Zavedení relaxačních prvků do každé vyučovací hodiny, zvláště na 1. stupni základní

školy by dle mého mělo být ve školách samozřejmostí. Odpovědi na mé otázky ze strany pedagogů a psychologů ukázaly, že se takovéto relaxační prvky do vyučování zařazují a počítá se s nimi i nadále. Myslím si, že je škoda, že se o relaxaci nezajímají více rodiče chlapců. Domnívám se, že v dnešní uspěchané době by mnohým rodinám pomohlo – mimo jiných společných aktivit – umění dohromady relaxovat. Na potřebnosti kritéria, týkajícího se důsledného požadování plnění zadaných úkolů, se vzácně shodli všichni dotázaní. Bez důslednosti by žádné dítě nepracovalo tak, aby bylo úspěšné. Podle mého názoru, pokud je pedagog ve škole s příslušnou dávkou trpělivosti důsledný i k práci dětí s diagnostikovaným ADHD a vadou řeči, může takto velkou měrou přispět k jejich úspěšnému zvládnutí vzdělávání.

Na prvním stupni základních škol je velkou výhodou větší prostor k individuální práci s dětmi. Mám obavu, aby chlapci dobře zvládli budoucí přestup na stupeň druhý. Zde se již nároky na školní práci zvyšují a učitelé, vzhledem k tomu, že učí v mnoha třídách a nemají jen tu svou jednu, se svými žáky už tolik individuálně nepracují. Myslím si, že pak velice záleží na spolupráci rodiny a školy, na práci výchovných poradců a je potřebné zachovat dosavadní činnost psychologů ve školách.

V rámci stimulačního programu jsem chtěla své studie zacílit na vývoj řečových schopností u vybraných chlapců. Zjistila jsem, že za tak krátkou dobu mé činnosti s chlapci nemohu jejich schopnosti v řečové komunikaci vyhodnotit či posoudit jejich zlepšení. V kapitole kazuistických studií jsem se alespoň pokusila shrnout současnou úroveň jejich řeči.

Z vlastního pozorování a informací, které jsem získala z rozhovorů, se domnívám, že symptomy syndromu ADHD se odrážejí do práce při nápravě řeči. Proto si myslím, že by o této diagnóze měl být vždy seznámen logoped, který s takovýmto dítětem pracuje.

Podle mého názoru mají děti s diagnostikovaným ADHD a společně s vadou řeči šanci úspěšně zvládnout školní vzdělávání. Napomoci tomu mohou zcela jistě zavedení základních kritérií pro práci s dětmi s těmito deficity, spolupráce rodičů a pedagogických i výchovných pracovníků a v neposlední řadě trpělivé vedení dětí v rodině.

Seznam použité literatury

BARKLEY, Russel, A., 1990. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. In: ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

BERGER, M. A., KRUL, A. J., DAANEN, H. A., 2009. *Task specificity of Finger dexterity tests. Applied Ergonomics*. In: VYSKOTOVÁ, Jana a MACHÁČKOVÁ, Kateřina. *Jemná motorika. Vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. 1. vyd. Praha: Grada, Publishing a.s., 2013. 176 s. ISBN 978-80-247-4698-2.

CONTURE, E. G., 2001. *Stuttering – its nature, diagnosis and treatment*. In: LECHTA, Viktor. *Koktavost*. Praha: Portál, 2004. 232 s. ISBN 80-7178-867-8.

DEINER, P. L., 2010. *Inclusive Early Childhood Education 5th ed.* In: MICHALOVÁ, Zdeňka a PEŠATOVÁ, Ilona. *Hyperkinetické poruchy a jejich dopad na školní úspěšnost*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2012. 88 s. ISBN 978-80-7372-933-2.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.

DLOUHÁ, O., 1999. *Diagnostický přínos vyšetření sluchových evokovaných potenciálů u vývojových poruch řeči*. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

DLOUHÁ, O., NOVÁK, A. a VOKŘÁL, J. *Poruchy centrálního zpracování řečového signálu – speciální slovní testy*. In: *Sborník přednášek XII. celostátních foniatrických dnů E. Sedláčkové*, UP, Olomouc 2001.

DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. Praha: Gasset, 2006. 56 s. ISBN 80-903682-6-3.

DVOŘÁK, Josef. *Slovní patlavost: verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. 124 s. ISBN 80-902536-0-1.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. upravené a rozšířené vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.

EDELSBERGER, Ludvík. *Defektologický slovník*. 3. upravené vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a ŽÁČKOVÁ, Hana. *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. Praha: Portál, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7367-474-8.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a ŽÁČKOVÁ, Hana. *Metody práce s dětmi s ADHD především pro učitele a vychovatele*. 3. vyd. Praha: nakladatelství D+H, 2013. 147 s. ISBN 978-80-87295-11-3.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a ŽÁČKOVÁ, Hana. *Metody práce s dětmi s ADHD především pro rodiče a vychovatele*. Praha: nakladatelství D+H, 2014. 87 s. ISBN 978-80-87295-16-8.

KAPRÁL, I., 1982. *Psychologický obraz dysfatických dětí*. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I. 2.* přepracované vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, Publishing a.s., 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.

KOLBÁBKOVÁ, Helena. *Říkadla a omalovánky*. Centrum celoživotního vzdělávání – zařízení po další vzdělávání pedagogických pracovníků Pardubického kraje.

KONDÁŠ, O., 1983. *Zajakavost'*. In: KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, Publishing a.s., 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.

KRAHL, Anja. *Logico piccolo – připraven ke startu: Dívej se a přemýšlej!* Praha: Mutabene, spol. s.r.o., 2012. ISBN 80-902983-7-0.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. 195 s. ISBN 80-7041-413-8.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie/Patlavost. Vady a poruchy výslovnosti*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: BEAKRA, 2013. 296 s. ISBN 978-80-903863-1-0.

KREČMER, Jan. *Logico piccolo – prostorové vnímání, pravolevá orientace*. Praha: Mutabene, spol. s.r.o., 2013. ISBN 978-80-86745-87-9.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. 4. vyd. Praha: Portál, 2005. 213 s. ISBN 80-7367-056-9.

LAŠŤOVKA, Milan. *Poruchy plynulosti řeči*. Dolní Břežany: Scriptorium, 1999. 137 s. ISBN 80-86197-13-1.

LECHTA, Viktor a kol., 1990. *Logopedické repetitorium*. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika zajakovosti*. In: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta, 1995. s. 236-250. ISBN 80-88824-18-4.

LECHTA, Viktor. *Koktavost*. Praha: Portál, 2004. 232 s. ISBN 80-7178-867-8.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. 392 s. ISBN 80-7178961-5.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). 2. aktualizované vyd. Praha: BOMTON agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIKULAJOVÁ, Marína. Diagnostika narušeného vývoje řeči. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. s. 60-65. ISBN 80-7178-961-5.

MLČÁKOVÁ, Renata. *Grafomotorika a počáteční psaní*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2630-4.

MUNDEN, Alison a ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-430-4.

National Institute of Mental Health. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder.(ADHD)*. [online]. [cit. 2015-01-12] Dostupné z: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml>

NĚMEČKOVÁ, Iveta. *Logico piccolo – český jazyk – rozvíjení jazykového citu*. Praha: Mutabene, spol. s.r.o., 2010. ISBN 80-86745-09-0.

NEVEKLOVSKÝ, L. *Metoda kontroly obrázkem ve výuce řeči*. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

PACLT, Ivo a kolektiv. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, Publishing, a.s., 2007. 240 s. ISBN 978-80247-1426-4.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta, 1994. *Čtení o koktavosti*. In: KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, Publishing a.s., 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.

POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. rozšířené vydání Praha: Portál, 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9.

RIEFOVÁ, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 4.vyd. Praha: Portál, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7367-728-2.

SALOMONOVÁ, A. Dyslalie. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. s. 332-359. ISBN 978-80-7367-340-6.

SEEMAN, Miloslav, 1955. *Poruchy dětské řeči*. In: KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, Publishing a.s., 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.

SEEMAN, Miloslav, 1955. *Poruchy dětské řeči*. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

- SOVÁK, Miloš, 1978. *Uvedení do logopedie*. In: KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, Publishing a.s., 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.
- SOVÁK, Miloš, 1981. *Logopedie*. In: KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, Publishing a.s., 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.
- ŠAUEROVÁ, Markéta, ŠPAČKOVÁ, Klára a NECHLEBOVÁ, Eva. *Speciální pedagogika v praxi. Komplexní péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1.
- ŠIKL, Radovan. *Zrakové vnímání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 312 s. ISBN 978-80-247-3029-5.
- ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
- TARKOWSKI, Zbigniew. Diagnostika breptavosti. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. s. 280-287. ISBN 80-7178-961-5.
- TARKOWSKI, Zbigniew. Terapie breptavosti. In: LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. 392 s. ISBN 80-7178961-5.
- VITÁSKOVÁ, Kateřina a PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 182 s. ISBN 80-244-1088-5.
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005.
- Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011.
- VYSKOTOVÁ, Jana a MACHÁČKOVÁ, Kateřina. *Jemná motorika. Vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada, Publishing a.s., 2013. 176 s. ISBN 978-80-247-4698-2.
- WEISS, D. A., 1964. *Cluttering*. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-961-5.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004. Dostupný také z: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>
- ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Praha: Portál, 2003. 264 s. ISBN 80-7178-800-7.

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Souhrn kritérií u chlapce V.	60
Tabulka 2 - Souhrn kritérií u chlapce D.	64
Tabulka 3 - Souhrn kritérií u chlapce F.	68
Tabulka 4 - Rozvoj jemné motoriky	70
Tabulka 5 - Grafomotorický nácvik.....	70
Tabulka 6 - Rozvoj zrakového vnímání.....	70
Tabulka 7 - Rozvoj sluchového vnímání	71

Seznam příloh

Příloha A – Otázky pro rozhovor s rodiči

Příloha B – Otázky pro rozhovor s rodičem, pedagogem a školním psychologem

Příloha C – Ukázka cvičení na zrakové vnímání (destička Logico)

Příloha D – Ukázka cvičení na vytleskávání (destička Logico)

Příloha E – Ukázka cvičení na hledání rozdílů

Příloha F – Ukázka cvičení na skryté obrázky

Příloha G – Ukázka cvičení na stínové obrázky

Příloha H – Ukázka cvičení na grafomotoriku

Přílohy

Příloha A

1. Kdy jste začal/a pozorovat příznaky syndromu ADHD u svého dítěte?
2. Kdy byl Vašemu dítěti diagnostikován syndrom ADHD?
3. Jaké jste měl/a pocity po diagnostice syndromu ADHD?
4. Byla Vám doporučena nějaká farmakoterapie na syndrom ADHD?
5. Jak se konkrétně projevuje syndrom ADHD u Vašeho dítěte?
6. Museli jste se hodně přizpůsobovat v rodinném programu a zajistit specifický denní režim?
7. Má Vaše dítě sourozence? Pokud ano, jak sourozenec reaguje na bratra či sestru s ADHD?
8. Kdy jste začali uvažovat o odborné logopedické péči?
9. Jakou formu odborné logopedické péče jste zvolili a jak často jste docházeli?
10. Myslíte si, že syndrom ADHD zhoršuje nápravu řeči?
11. Jak se Vaše dítě adaptovalo ve školním prostředí?
12. Jakým způsobem pomáháte Vašemu dítěti s přípravou do školy?
13. Jak hodnotíte spolupráci se základní školou, kterou Vaše dítě navštěvuje?
14. Má Vaše dítě individuální vzdělávací plán nebo jiný podpůrný program?
15. Kdybyste měl/a srovnat pobyt Vašeho dítěte v mateřské škole a základní škole, pozorujete nějaký významný rozdíl v jeho chování?
16. Využíváte i nějakou jinou terapii (např. kineziologii, aromaterapii apod.)?

Příloha B

1. Bylo podle Vašeho názoru nutné přizpůsobit chlapci prostředí třídy?
2. Potřebuje pomoci s posílením sebevědomí?
3. Snažíte se chlapce chválit i za malé, dílčí pokroky?
4. Myslíte si, že si chlapec těchto pochval cení a potřebuje je?
5. Máte sklony být k chlapci shovívavější než k dětem bez diagnózy ADHD?
6. Vyplácí se Vám některé negativní projevy chování spíše ignorovat, nebo káráte pokaždé, když chlapec překročí normu?
7. Bylo potřeba vést třídu k tomu, aby rušivé projevy chlapce ignorovala?
8. Potřebuje mít chlapec nastavené hranice, „mantinely“ chování?

9. Máte pocit, že pravidelný školní režim chlapci více vyhovuje a je díky němu klidnější?
10. Trváte důsledně u chlapce na dokončení každé práce?
11. Daří se Vám zůstat nad věcí a být v klidu i při afektivním chováním chlapce?
12. Zařazujete do vyučovacích hodin relaxační chvílky? Pokud ano, jaké?
13. Myslíte si, že muzikoterapie může napomáhat ke zklidnění chlapce?
14. Odborné publikace doporučují u dětí s ADHD dodržovat pitný režim, souhlasili byste s tímto názorem?





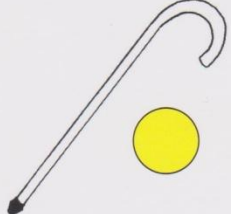

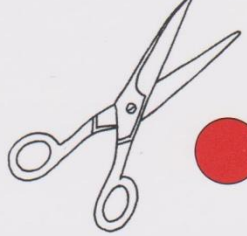


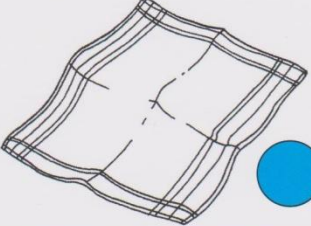

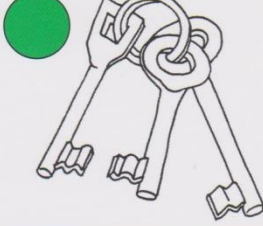


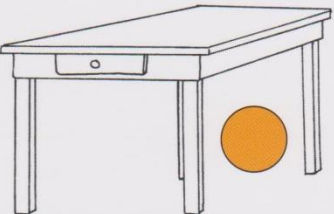




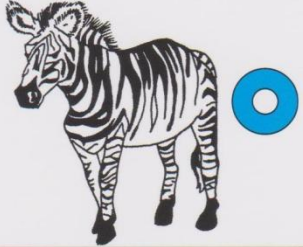

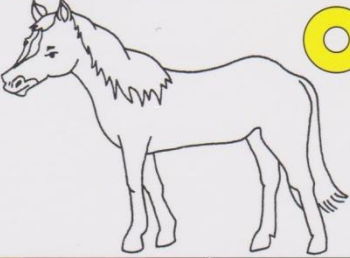


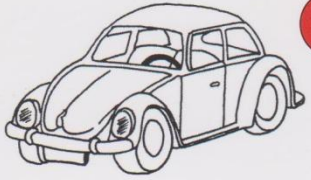






Příloha C

Najdi stejný vzor!

3

LOGICO PICCOLO © Mutabene
Připraven ke startu · Dívej se a přemýšlej!

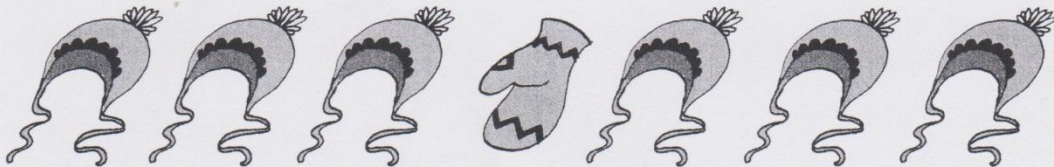
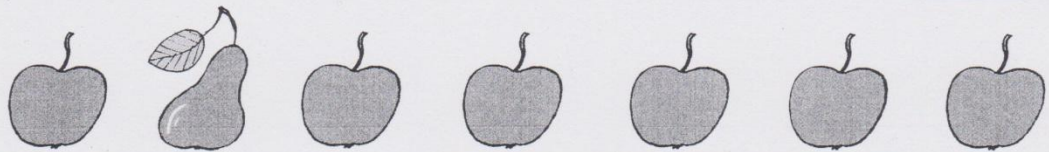
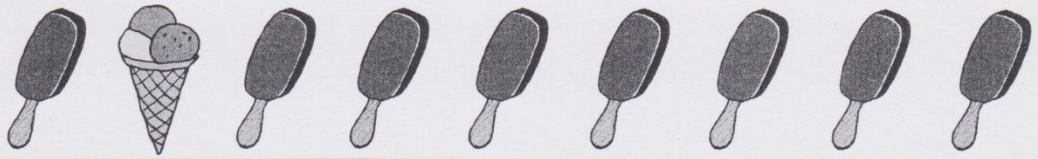
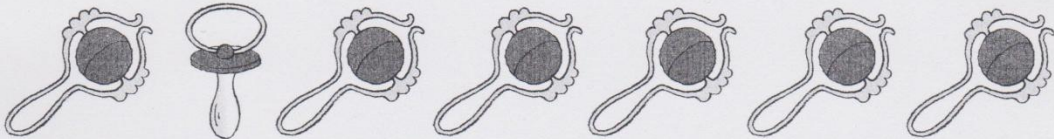
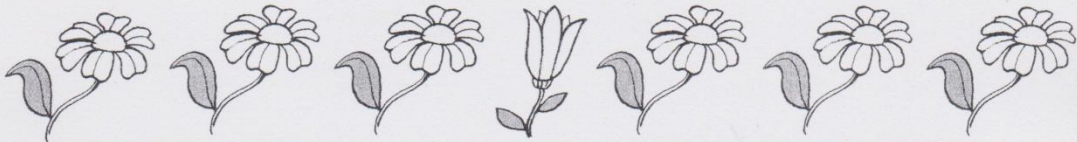
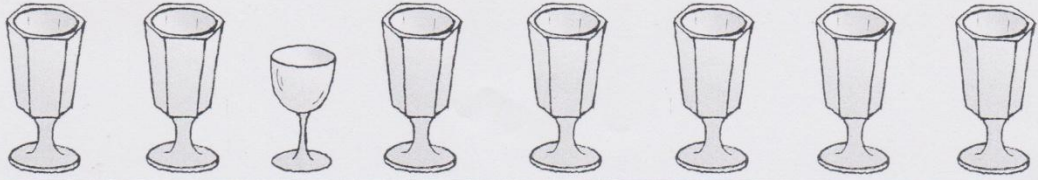
Příloha D

 ja-ho-da  . Zatleskej a přiřaď.   1		
 	 	
 	 	
 	 	
 	 	
 	 	
		
		

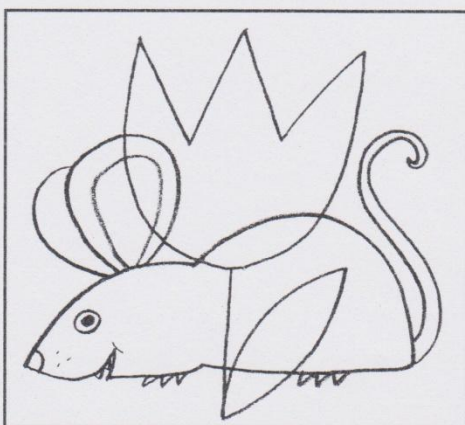
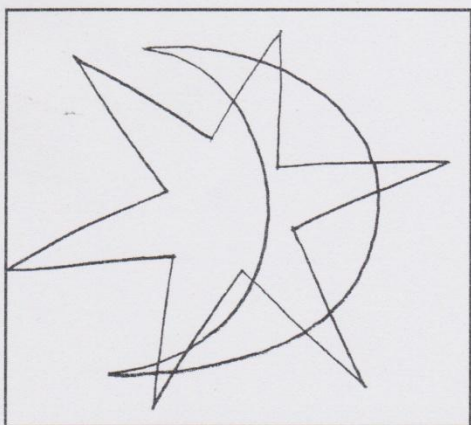
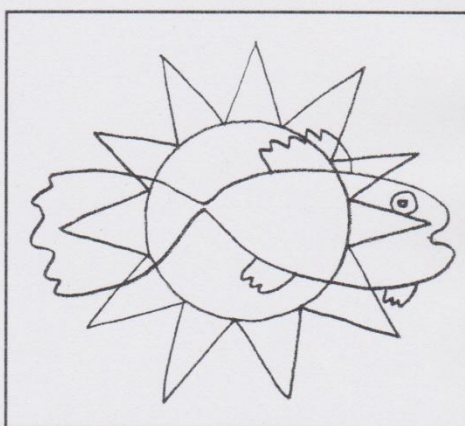
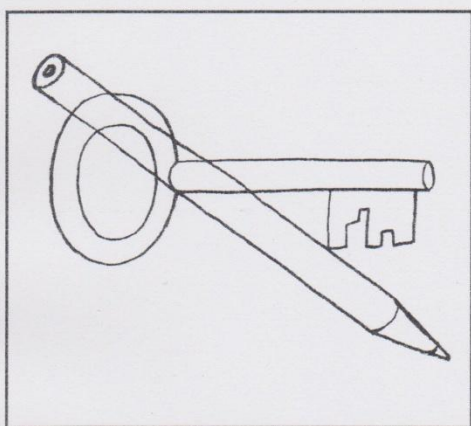
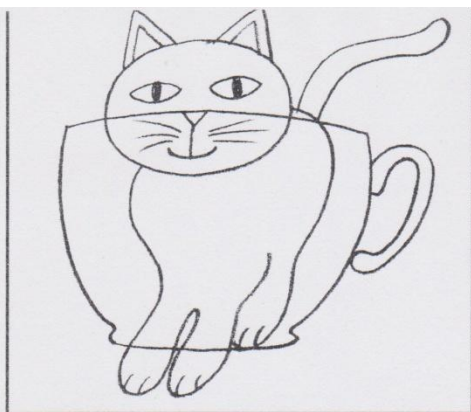
Příloha E



Příloha Z12: Odliší výrazněji jiný obrázek v řadě



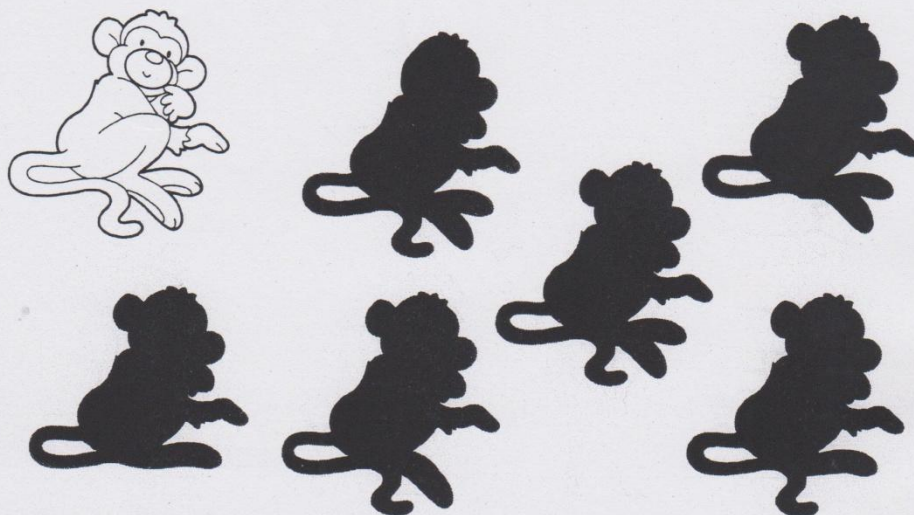
Příloha F



Odlíšit dva překrývající se obrázky.

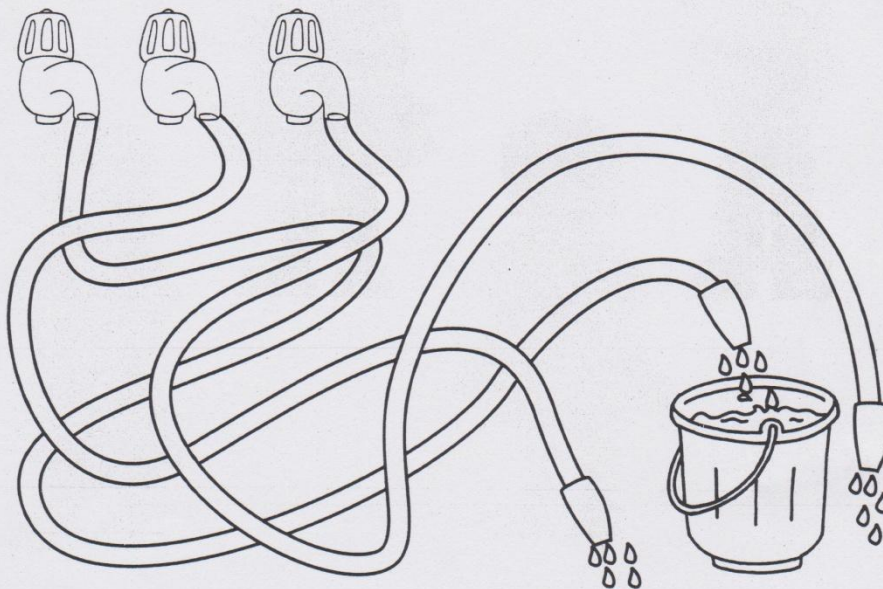
HRA SE STÍNÝ

Najdi pro opičku ten správný stín.

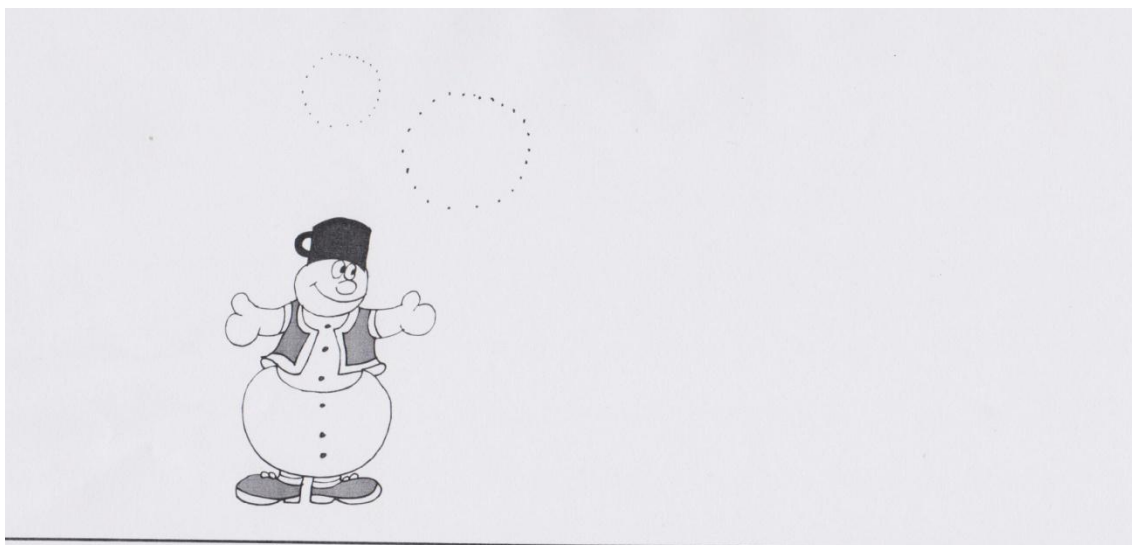


HADICE

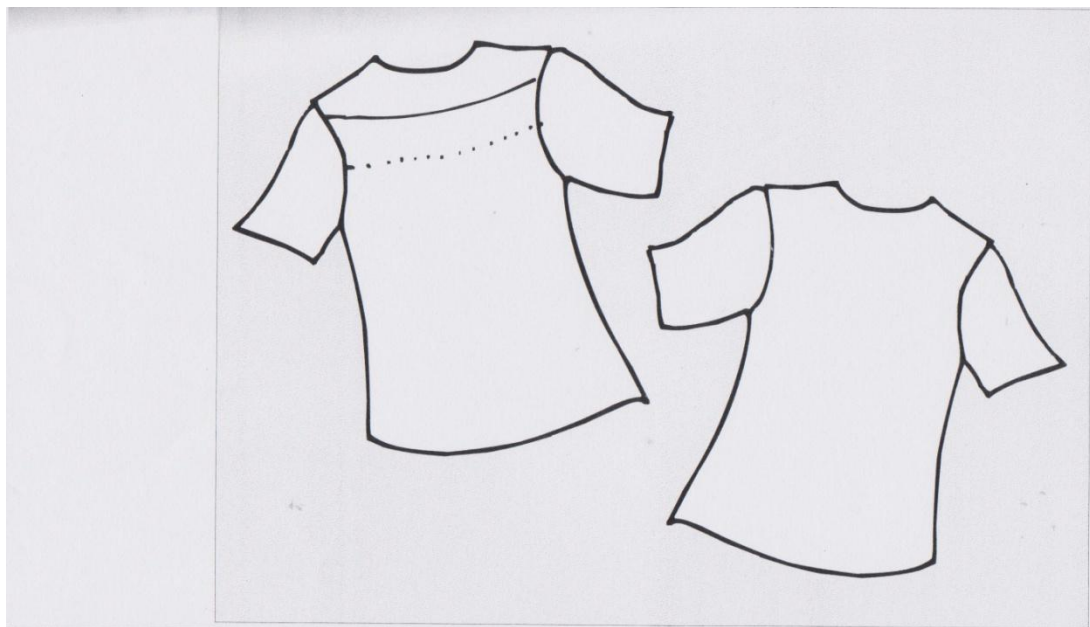
Zakroužkuj kohoutek, z kterého voda poteče hadicí do kýblu.



Příloha H



Grafomotorika:
Dělám koule, dělej taky, postavíme sněhuláky.



Grafomotorika:
Místo čárek, puntíků, maluj proužky na triku.