

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ



Gabriela VAŇKOVÁ

III. ročník – kombinované studium

Obor: Speciální pedagogika pro výchovné pracovníky

**Možnosti speciálně pedagogické intervence u specifických
poruch chování na základní škole praktické**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D

Olomouc 2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Veškeré literární a ostatní prameny, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně Univerzity Palackého v Olomouci.

V Nedašově Lhotě 30.5. 2012

.....

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za jeho cenné rady, trpělivost, ochotu, vstřícný a vlídný přístup. Dále bych chtěla poděkovat Univerzitě Palackého v Olomouci za poskytnuté vzdělání, kterého si velmi vážím.

Obsah

ÚVOD	6
1 PSYCHOLOGICKÝ VÝVOJ	8
1.1 Předmět vývojové psychologie	8
1.2 Charakteristika jednotlivých období lidského života.....	9
1.2.1 Prenatální období	9
1.2.2 Vývoj dítěte s mentálním postižením v prenatálním období	10
1.2.3 Novorozenecké období.....	10
1.2.4 Novorozenecké období dítěte s lehkým mentálním postižením	11
1.2.5 Kojenecké období.....	11
1.2.6 Kojenecké období dítěte s lehkým mentálním postižením	12
1.2.7 Batolecí věk.....	13
1.2.8 Období batolete s lehkým mentálním postižením.....	14
1.2.9 Předškolní věk.....	14
1.2.10 Předškolní období dítěte s lehkým mentálním postižením	15
1.2.11 Školní věk	16
1.2.12 Školní věk dítěte s lehkým mentálním postižením	17
1.2.13 Dospívání	18
1.2.14 Dospívání osob s lehkým mentálním postižením	19
2 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ	20
2.1 Charakteristika specifické poruchy chování	20
2.2 Charakteristika lehké mentální retardace	21
2.3 Výskyt osob se SPCH	22
2.4 Výskyt osob s mentálním postižením a s lehkým mentálním postižením .	23
2.5 Základní příčiny SPCH	24
2.6 Příčiny mentálního postižení.....	25
2.7 Etiologické faktory vzniku poruchy chování.....	26
2.8 Porucha pozornosti ADD	29
2.9 Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou ADHD	31

2.9.1	Kognitivní procesy u dětí s mentální retardací	35
2.9.2	Přidružené poruchy (současný výskyt ADHD).....	36
2.9.3	Poruchy chování u osob s lehkou mentální retardací.....	41
2.9.4	Symptomatický obraz ADHD podle věku	43
3	INTERVENCE	45
3.1	Intervence jako podpora	45
3.2	Pravidla intervence.....	45
3.3	Intervence ve škole.....	46
4	VÝZKUMNÝ PROJEKT	49
4.1	Cíl, metody šetření	49
4.2	Průběh výzkumu a metodologie.....	49
4.3	Charakteristika školského zařízení.....	50
4.4	Kazuistiky sledovaných dětí	51
4.4.1	Sběr a zpracování dat	68
4.5	Hlavní výzkumná zjištění.....	70
4.5.1	Intervence u žáků s lehkým mentálním postižením, specifickými poruchami chování a poruchami chování	70
4.5.2	Závěr šetření.....	73
4.6	Diskuze a vyhodnocení výzkumu	74
	ZÁVĚR.....	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
	ANOTACE	

ÚVOD

*„ Jiné je tvé dítě.
Jiné ve svém duševním bohatství,
jiné v rozvoji svých schopností,
jiné ve vztazích ke světu,
jiné ve svém jednání i počínání,
jiné v běžných reakcích.
Je jiné, ale není horší.“*

Heinrich Behr

Vychovatelé, a rodiče dětí, které vytrvale „zlobí“ nebo se chovají nezvykle, často předpokládají, že chyba je někde ve způsobu výchovy. Vůbec neuvažují o možnosti, že by důvodem problémového chování dítěte mohla být duševní porucha.

Často slýcháváme z úst našich známých, či už náhodně dnes a denně potkávajících lidí, že to či ono dítě je, neukázněné, neslušné, nezdvořilé, hlučné, ve škole vykřikuje, vyrušuje! Nebo naopak, je zasněné, zamyšlené, pomalé, nedává pozor, zkrátka a dobře, „neumí se chovat“! Ale už málo koho dnes napadne, že u toho či onoho dítěte, u kterého se projevují prvky chování, vymykající se běžné společenské normě chování, může předcházet určitá duševní porucha chování.

Pracuji jako asistent pedagoga v Základní škole Praktické a Speciální při Dětském domově. S žáky se zdravotním postižením různého typu a tedy i specifickými poruchami chování a s poruchami chování, jsem každý den v přímém kontaktu ve škole a taky doma s dětmi svých příbuzných, takže se mě problematika tohoto druhu postižení citelně dotýká, jak pracovní, tak osobně i v rámci srovnání obou skupin. Proto jsem si vybrala výše uvedené téma mé bakalářské práce, abych mohla více porozumět dané problematice a taky vnést pozitivní pohled na tuto práci. Kdy každý den mám možnost pozorovat a být svědkem, mnoha pozitivních změn žáků, se kterými pracuji.

Cílem bakalářské práce a výzkumného projektu je specifikovat vzdělávací potřeby těchto žáků, konkrétně v praktické třídě, analyzovat možnosti jejich výchovy a vzdělávání v současném školském systému a zpracovat případové studie vybraných žáků s lehkým mentálním postižením, se specifickými poruchami chování, nebo poruchami chování. Cílem rovněž je poukázat na možnosti intervence, které pomáhají takto postiženým žákům v jejich výchově a dalším vzdělávání.

Bakalářská práce je členěna do čtyř kapitol. V první kapitole se jedná o psychologický vývoj, je zde zmíněno, co je předmětem vývojové psychologie. Dále je tu uvedena stručná charakteristika jednotlivých vývojových období lidského života.

Druhá kapitola je zaměřena na samostatnou charakteristiku specifických poruch chování, charakteristika LMP, výskyt osob s touto poruchou a výskyt osob s LMP a její základní příčiny a etiologické faktory vzniku poruchy chování. Dále následuje v této kapitole charakteristika poruchy pozornosti ADD, porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou ADHD. Výskyt jiných symptomů a jejich klasifikace při ADHD, symptomatický obraz podle věku dítěte. Kognitivní procesy u osob s LMP a poruchy chování u těchto osob. A na závěr této kapitoly přidružené poruchy chování současně vyskytlé s ADHD.

Třetí kapitola obsahuje možné intervence, co je intervence – podpora, pravidla intervence a jaké máme možnosti intervence ve škole.

Ve čtvrté kapitole je zpracován výzkumný projekt bakalářské práce, uveden cíl a metodologie. Charakteristika vybraného zařízení a zpracovány kazuistiky vybraných žáků. Sběr a zpracování dat, hlavní výzkumná zjištění, intervence žáků s LMP a diskuze a vyhodnocení výzkumu.

Ke zpracování bakalářské práce a výzkumného projektu byly použity tyto metody a techniky: analýza odborné literatury, obsahová analýza vybrané dokumentace, polostrukturovaný rozhovor s pedagogickými pracovníky, třídními učiteli, školním metodikem prevence, výchovným poradcem a dlouhodobé pozorování a analýza výsledků činnosti zkoumaných žáků.

1 PSYCHOLOGICKÝ VÝVOJ

„Vývojová psychologie se zabývá psychickým vývojem jedince, proměnou způsobu prožívání, uvažování i chování typického pro jednotlivé vývojové fáze, od prenatálního období do ukončení dospívání, tj. do dosažení 20 roku. Psychický vývoj je analyzován z různých hledisek, se zaměřením na osobnost jedince, dle jednotlivých psychických funkcí, ale i vzhledem k jeho sociálnímu postavení v rámci nejvýznamnějších sociálních skupin“ (Vágnerová, 2008, s. 9)

1.1 Předmět vývojové psychologie

Studium změn chování a prožívání v časovém sledu je nejobecnějším předmětem široce chápané vývojové psychologie. Dnes bývá většinou psychologie definována jako věda o prožívání a chování. Podle Schmidta (1978) můžeme rozlišovat čtyři předmětné okruhy vývojové psychologie:

1. Studium **fylogeneze** psychiky – pozorování a srovnávání chování různých druhů živočichů.
2. Studium **antropogeneze** psychiky – vývoj duševna u lidí v různých civilizačních okruzích a historických etapách.
3. Studium **ontogeneze** psychiky – od početí člověka až do jeho smrti (v nejširším pojetí).
4. Studium **„aktuální geneze“** – vývoj psychických procesů, např. průběh učení, vnímání, osvojení speciálních dovedností.

Největší význam má studium ontogeneze psychiky (Langmeier, 1983).

„Předmětem jejího zkoumání je dynamika psychického vývoje člověka, ontogeneze psychických procesů a psychických vlastností osobnosti vyvíjejícího se člověka“ (Petrovskij, 1977, s. 13).

Psychologie vývoje se zaměřuje na zkoumání souvislostí a pravidel vývojových změn v jednotlivých oblastech lidské psychiky i celé osobnosti a na porozumění jejich mechanismů. Psychický vývoj je proces vzniku, rozvoje a zákonitých proměn psychických procesů a vlastností (Vágnerová, 2008).

1.2 Charakteristika jednotlivých období lidského života

Věk, neboli vývojové stadium? Abychom dostali odpověď na tuto otázku, bude záviset na celkovém přístupu k pojmání podstaty psychického vývoje člověka. Jedno hledisko zaujímá tvrzení, že věková stadia jsou neměnná, absolutní. Tedy představa o věku je spojena s pojmáním psychického vývoje jako přirozený biologický pochod. Opačné hledisko je negace pojmu věk a tedy vývoj je považován za pouhé hromadění vědomostí a návyků (Petrovskij, 1977).

„O psychickém vývoji člověka – zejména v dětství a v období dospívání – se již nahromadilo takové množství dílčích poznatků, že je velmi nesnadné je přijatelně vybrat, utřídit, a zhodnotit“ (Langmeier, 1983, s. 16).

1.2.1 Prenatální období

V prenatálním období se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný život jedince. Lidský mozek, jehož funkce je základním předpokladem duševního vývoje, se rozvíjí během celého prenatálního období. Chování plodu je v tomto období typické, přetrvávají charakteristické znaky i po narození. Většinou jde o projev temperamentu (např. intenzita, množství a frekvence pohybových reakcí), (Vágnerová, 2008).

Dnes dobře víme, že podmínkou veškeré účelné činnosti lidí je jejich nervová soustava a že sídlem vyšší nervové činnosti jedince, která se všeobecně značí jako činnost duševní, je šedá kůra mozková. Než se ovšem projeví u dítěte duševní činnost, musí mozek a celkový nervový systém projít ještě dlouhou cestou vývoje (Teyschl, Brunecký, 1959).

„Psychologie dítěte studuje duševní růst nebo, jinak řečeno, vývoj jednání (tzn. chování i vědomí), a to až po fázi dospívání, která představuje vstup jedince do společnosti dospělých. Duševní růst probíhající až asi do 16. roku je neoddělitelný od tělesného růstu, zvláště od zrání nervové a endokrinní soustavy. Chceme-li porozumět tomuto duševnímu růstu, nestačí zabývat se jedincem až od narození“ (Piaget, Inhelderová, 1970, s. 13).

1.2.2 Vývoj dítěte s mentálním postižením v prenatálním období

V tomto období dochází k vývojovým vadám, které vedou k mentálnímu postižení, jedná se o poruchu genetického aparátu nejrůznějšího charakteru a zahrnuje tak všechny možné typy dědičnosti. „*Polygenní dědičnost charakterizuje lehčí poruchy inteligence, tito jedinci netrpí žádným onemocněním, jsou jen krajní variantou normálního rozložení.*“ Mentální retardace může být ještě způsobena chromozomálními odchylkami, tzn. genotyp jedince je abnormální v počtu chromozomů nebo v jeho odlišné struktuře.

Mentální postižení nemusí být jenom dědičné, ale vzniká negativním působením exogenních faktorů (Pipeková, 2006).

„Mentální postižení, obvykle lehčího stupně, dost často vzniká na základě polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti či přímo zanedbanosti. Jde obvykle o děti podobně postižených rodičů, jejichž vzdělanostní i intelektová úroveň je nízká. Podnětnost rodinného prostředí bývá nedostatečná. Tito rodiče své děti nepříznivě ovlivňují dvojím způsobem: 1) předávají jim horší genetické předpoklady k rozvoji rozumových schopností a 2) nejsou jim schopni poskytnout přiměřenou výchovu, protože na ni sami intelektově nestačí“ (Vágnerová, 2008, s. 306).

1.2.3 Novorozenecké období

Novorozenecké období trvá zhruba jeden měsíc, je to adaptace na nové prostředí, které se liší od podmínek života v těle matky. Vrozené způsoby chování, jako např. vnímat své okolí, reagovat křikem apod. nejsou na rozdíl od reflexů zcela vázány na specifické podněty. Rozvoj novorozence závisí na vývojově i individuálně přiměřeném přísunu podnětů a ty jsou předpokladem vzniku potřebných zkušeností. Učení novorozence je aktivizováno hlavně v rámci sociální interakce (Vágnerová, 2008).

Přechod dítěte z chráněného života v těle matky do světa plného nových silných podnětů bezpochyby znamená zátěž pro takto nezralý organismus po všech stránkách, i po stránce psychické. I když nutno podotknout, že ani před narozením, jak jistě všichni víme, nežije dítě vždy v tzv. blažené nirváně a je pro další život už postupně připravováno. Všechny hlavní znaky, které již ukazovaly psychický vývoj dítěte v prenatálním období, se uplatňují na kvalitní nové úrovni hned po narození.

Zvyšuje se schopnost novorozence vyrovnávat se s požadavky vnějšího a vnitřního prostředí, zvyrazňuje se jeho aktivní ovládní prostředí i jeho sociální interakce. Lze rovněž ukázat, že mezi novorozenými dětmi můžeme zjistit individuální rozdíly v chování. Pravděpodobná nehotovost ve vrozené výbavě novorozence je současně nespornou předností, protože je tím dána možnost osvojit si mnohem větší repertoár chování, než jaký mají novorozenci, u nichž jsou specifické způsoby chování při narození hotové a neměnné (Langmeier, 1983).

„Dítě se rodí bezmocnější než mláďata převážné většiny zvířat. Je vybaveno poměrně omezeným fondem nepodmíněně reflexních forem chování, adaptací na vnější prostředí. Patří k nim reflexy, které regulují průběh různých fyziologických funkcí: sací reflex, obranné a orientační reflexy a několik zvláštních motorických reflexů, úchopový a opěrný reflex, reflexy přešlapovací aj“ (Petrovskij, 1977, s. 41).

1.2.4 Novorozenecké období dítěte s lehkým mentálním postižením

Schopnost vývoje jedince je omezena v závislosti na stupni postižení. Vývojové odchylky u novorozence jsou většinou pokračováním patologických jevů z prenatálního období nebo z období porodu. Vznikem nedostatku kyslíku, dušení (asfyxie) při porodu, může poškodit mozek dítěte tak, že vzniká následně mentální retardace. Již v tomto období je možné diagnostikovat různé odchylky, které pak vedou k odlišnému vývoji jedince (hydrocefalus, mikrocefalus, chromozomální aberace), (Pipeková, 2006).

1.2.5 Kojenecké období

Správná výchova v kojeneckém věku má navodit kladný emocionální tonus, to znamená spokojenou a veselou náladu dítěte. Malé dítě vychováváme tím, že ho správně ošetřujeme a každý ošetřovatelský zásah je rovněž zásahem vychovatelským. Tedy již v tomto věku dítě potřebuje k správnému duševnímu vývoji projevy lásky a náklonnosti. Jestliže se mu těchto kladných projevů nedostává, opožďuje se nejen ve svém duševním vývoji, ale také neprospívá tělesně, leží nečinně, nepřibývá na váze a je méně odolné při různých nemocích (Teyschl, Brunecký, 1959).

„Kojenecké období je označováno jako fáze receptivity. Jeho základním úkolem je získávání důvěry ve vztahu ke světu. V tomto směru má značný význam potřeba stimulace a s tím související učení. První fáze rozvoje poznávacích procesů je označována jako období senzomotorické inteligence. Poznávání a učení probíhá na úrovni kontaktu s okolním světem v časově limitovaném úseku přítomnosti. Pro rozvoj poznávacích procesů je důležité vnímání, především zrakové a motorika. Dítě má vrozenou schopnost emočně reagovat, pro malé dítě jsou emoční projevy důležitým prostředkem komunikace“ (Vágnerová, 2008, s. 98, 99).

Dítě, které je při narození vybaveno vhodnými prostředky k psychologické interakci s předmětným prostředím i lidským prostředím, značně rozvine v prvním roce svého života vrozené dispozice, a získává nové pojetí světa v pochopení stálosti předmětů i ustavení relativně stálého vztahu k osobám, které o něj pečují. Hlavně zde musí být osoba, která zajišťuje láskyplnou péči a ochranu. A to je zárukou pocitu bezpečí, jehož vývoj v prvním roce života, je předpokladem zdravého duševního vývoje i v dalších letech. Vývoj dítěte je v tomto případě optimální. Nebezpečí hrozí v častém střídání sociálního prostředí nebo v odlučování od rodiny a v péči mnoha neznámých osob (Langmeier, 1983).

„Jen díky působení sociálního prostředí a speciální výuky se z dítěte tvoří osobnost schopná cítění a myšlení. Dospělý je přitom prostředníkem mezi dítětem a lidskou společností jako celkem“ (Petrovskij, 1977, s. 43).

1.2.6 Kojenecké období dítěte s lehkým mentálním postižením

Toto období se značí výrazným růstem a tělesným vývojem. Mentální retardace se projevuje opožděním psychického a tělesného vývoje na všech úrovních v závislosti na stupni postižení. Čím víc je postižení závažnější, tím dřív se ve vývoji dítěte projeví. *„Děti s lehčím postižením jsou obecně méně aktivní, spavé a klidné, poskytují méně odezvy na sociální interakci“ (Pipeková, 2006, s. 289).*

Mentálně postižené děti mají zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí, protože jejich možnosti jsou omezeny a orientace v prostředí ztížena, neboť nedovedou tyto podněty přiměřeným způsobem zpracovat. Dítě je vystaveno většímu riziku strádání v oblasti podnětové nebo citové (Vágnerová, 2008).

1.2.7 Batolecí věk

Dítě v batolecím věku stále silně zůstává závislé na matce nebo na několika jiných dospělých členech rodiny. Třeba krátkodobé odloučení vyvolá často prudké separační reakce, podobné jako už ke konci prvního roku, ale často ještě nápadnější, protože dítě už disponuje větším rozsahem výrazových prostředků. Podle Robertsona a Bowlbyho (1952, 1957) jsou popsány tyto separační reakce dětí starých 18 až 24 měsíců, které byly ve svém životě prvně odloučeny od svých matek či nejbližších a umístěny třeba v nemocnici. Byly zjištěny tři typické fáze:

1. **Fáze protestu** – kdy dítě křičí a volá matku a na základě své předchozí zkušenosti čeká, že ona přijde, když ji bude neustále volat.
2. **Fáze zoufalství** – kdy dítě ztrácí postupně naději na přivolání matky, méně křičí a začíná se odvracet od svého okolí ve stavu hluboké stísněnosti, stále odmítá navázat kontakt s jinými lidmi, kteří mu chtějí pomoci.
3. **Fáze odpoutání od matky** – kdy dítě postupně potlačuje své city k matce a je schopné se připoutat i k druhému dospělému, pokud najde někoho, kdo mu mateřskou péči nahradí a jestli nenajde, ztrácí svůj vztah k lidem a upoutává se spíše na různé věci.

Tyto jednotlivé fáze trvají u jednotlivých dětí různě časově jinak, několik hodin, dnů i týdnů a nejsou vždy pravidelné a zřetelné (Langmeier, 1983).

„V průběhu batolecího věku narůstá schopnost reagovat emočně diferencovaně, objevují se sebehodnotící emoce, pocity hrdosti, zahanbení a studu, typická je separační úzkost, rozvíjí se schopnost empatie“ (Vágnerová, 2008, s. 145).

Třileté dítě je schopné se samo obsloužit, vstupuje do vzájemných vztahů s okolními lidmi. Je poměrně aktivní, chápavé, samostatné. Pokroky ve vývoji mění veškeré chování batolete kvalitativně, ale úloha dospělého nadále zůstává vedoucí úlohou. Dítě se snaží jednat bez pomoci dospělého, samostatně uspokojuje své potřeby, staví se na odpor dřívějším vztahům. Zlobí, dělá vše opačně, ukazuje svůj negativní postoj k dospělým, ale jenom těm, kteří omezují jeho svobodu (Petrovskij, 1977).

„V každém případě tedy dítě mezi prvním a třetím rokem získalo značně na své samostatnosti a současně se mnohem více zapojilo do lidského společenství. Poznává, že se může pohybovat, kam chce a vzít si co chce, ale že tato jeho touha po pohybu a vlastnictví může být překážena zásahy mocnějších. Poznání vede

k občasným reakcím násilného vymáhání nebo odmítání. Celé období bývá proto označováno jako fáze vzdoru nebo fáze negativismu“ (Langmeier, 1983, s. 60).

1.2.8 Období batolete s lehkým mentálním postižením

Toto období zahrnuje druhý a třetí rok života. Mění se kvalitativně psychické projevy v oblasti chování a prožívání. S psychickým vývojem souvisí i fyzický rozvoj. Opoždění celkového vývoje u dítěte s mentálním postižením je v závislosti na poškození centrální nervové soustavy. Dítě v pásmu **lehké mentální retardace** vykazuje opoždění celkového vývoje asi o rok až o rok a půl (Pipeková, 2006).

„Postižené batole se stává sociálně nápadným, v této době si začnou i cizí lidé uvědomovat, že se nevyvíjí obvyklým způsobem. Je to doba, kdy se rodiče musí vyrovnávat s různými reakcemi okolí. Dítě je označeno jako postižené nejenom medicínsky, ale i sociálně. Opožděný kojeneček tak nápadný nebyl a většina lidí si ani nevšimla, že něco není v pořádku. V batolecím věku rovněž často dochází k definitivnímu potvrzení diagnózy, event. ke zpřesnění pravděpodobné míry postižení“ (Vágnerová, 2008, s. 173).

1.2.9 Předškolní věk

Předškolní věk – **věk hry**, jak bývá nazýván, je charakteristický stabilizací vlastní pozice ve světě, rozlišením vztahu ke světu. V poznání světa dítěti pomáhá představivost, je to fáze fantazijního zpracování informací, které ještě není regulováno logikou. Předškolní věk je také označován jako období iniciativy ze strany dítěte, které má potřebu něco zvládnout, vytvořit a potvrdit tak svoje kvality. Děti bývají velmi činorodé, předvádějí se, protože potřebují být chváleny, obdivovány, uznávány.

Morální uvažování dětí předškolního věku má své charakteristické rysy, které souvisí s celkovou vývojovou úrovní (Říčan, 1990; Vasta a kol., 1995; Heidbrink, 1997; Siegler a kol., 2003):

- Pro předškolní věk je typická **vazba na konkrétní situaci**. Norma bývá považována za platnou v těch situacích, s kterými má dítě potřebnou zkušenost nebo o nich dospělí mluvili, ale za jiných okolností nemusí být respektována.

- Předškolní dítě **chápe normy zcela stereotypně a rigidně**, ještě zdaleka nedozrálo k pochopení relativity různých činů.
- Předškolní dítě **chápe normy egocentricky**, hlavně ve vztahu k sobě. Dítě aplikuje normy, jak mu to zrovna vyhovuje a podle toho se i chová (Vágnerová, 2008).

„Základní druhy činnosti předškolního dítěte. V předškolním věku je vedoucím druhem činnosti hra. Hra vyvolává kvalitativní změny v psychice dítěte: ve hře se kladou základy pro učební činnost, která se stává vedoucí v školních letech. Ve hře se dítěti poprvé odkrývají vztahy objektivně existující mezi lidmi, dítě si začíná uvědomovat, že účast v každé činnosti od člověka vyžaduje, aby splnil určité povinnosti, a dává mu řadu práv“ (Petrovskij, 1977, s. 50, 51).

Hra je význačným rysem dětského duševního života, u které se vytváří a projevuje osobnost dítěte. Útlé dětství je věkem hry, ve školním věku dítě žije střídavě v oblasti práce a hry a v dospělosti jde hra do pozadí a předchází jí práce. Hra jako vrozená činnost dětského věku, která je určována podmínkami společnosti, vede k rozvoji schopností dítěte a připravuje je pro práci. Hra malých dětí rozvíjí poznání venkovního světa, vztahy k věcem a k ostatním lidem a později taky tvůrčí fantazii. Větší dítě ve hře se učí vyvíjet duševní a fyzické úsilí a utváří se přijímáním řádu a pravidel v dětském kolektivu, v kterém může rozvíjet svou iniciativu, odpovědnost a organizační schopnosti (Teyschl, Brunecký, 1959).

1.2.10 Předškolní období dítěte s lehkým mentálním postižením

Předškolní období u dítěte s mentálním postižením se prodlužuje o čtyři až pět let. Zde je potřeba vytvořit výchozí podmínky a dlouhodobou diferenciatní diagnostikou stanovit prognózu pro další rozvoj dítěte s postižením. Tady se doporučuje, aby dítě bylo v péči odborných pracovníků, psychologů, speciálních pedagogů, kteří svým odborným vedením pomáhají podporovat velmi důležitou péči rodiny. Na konci tohoto období je důležité stanovit prognózu vývoje dítěte a navrhnout rodičům typy školských zařízení, která vyhovují jejich dítěti pro plnění povinné školní docházky (Pipeková, 2006).

1.2.11 Školní věk

Vstup do školy je důležitým sociálním mezníkem. Dítě získává novou roli, stává se školákem. Je to období základní školy, které lze rozdělit na tři dílčí fáze:

1. **Raný školní věk** – trvá od nástupu do školy, přibližně od 6-7 let, až do 8-9 let. Charakteristické pro tento věk je změna sociálního postavení, různé vývojové proměny a ty se projevují hlavně ve vztahu ke škole.
2. **Střední školní věk** – trvá od 8-9 let do 11-12 let, do doby, kdy dítě přechází na 2. stupeň základní školy a začíná postupně dospívat.
3. **Starší školní věk** – nebo také období 2. stupně základní školy, probíhá až do ukončení povinné školní docházky, přibližně do 15 let. Toto období je první fáze dospívání, z biologického hlediska jde o období pubescence.

Školní věk můžeme chápat jako období oficiálního vstupu do společnosti, kterou představuje instituce školy. Podle Matějčka (1994) jde o dobu vyrovnané konsolidace. Podle Eriksona (1963) jde o fázi citové vyrovnanosti, podle Freuda (1991) jako o fázi latence, tj. klidového stavu (Vágnerová, 2008).

„Dítě se duševně vyvíjí a vychovává jednak na základě vrozených vlastností nervové soustavy, jednak na základě vlivů prostředí. Nevychovávají je tedy pouze rodiče nebo vychovatelé z povolání, nýbrž nevědomky všichni lidé, kteří se s dítětem setkávají, a to každým svým skutkem, hlavně svým dobrým nebo špatným příkladem. Chceme-li tedy mít naše děti dobře vychované, musí se jejich výchova stát zájmem, ba povinností všech příslušníků našeho národa“ (Teyschl, Brunecký, 1959, s. 203).

Charakteristickým rysem tohoto období je to, že předškolní dítě se stává žákem. V tomto přechodném období se dítěti spojují rysy předškolního dětství se zvláštnostmi žáka. V mladším školním věku se kultivují základy mnohých psychických vlastností osobnosti. Procesy nervového vzruchu a útlumu jsou vyrovnanější a to je důležité pro počátek školního života, který je počátkem zvláštní učební činnosti, vyžadující od dítěte značné rozumové vypětí a velkou fyzickou odolnost. Každé období psychického vývoje je charakterizováno základním, vedoucím druhem činnosti. Vedoucí činností mladšího žáka se stává **učení, práce**, mění se výrazně motiv jeho chování a odkrývají se nové zdroje rozvíjení jeho poznávacích i mravních sil (Petrovskij, 1977).

Začlenění dítěte do společnosti lidí postupuje výrazně vstupem do školy. Důležitými osobami, podle nichž se učí modelovat své vlastní způsoby chování, nejsou už jenom rodiče, ale stávají se jimi i učitelé, vychovatelé a spolužáci. Reakce dítěte na druhé děti má jinou dynamiku než reakce na dospělé. Dítě je dítěti bližší svými vlastnostmi, svými zájmy, svým postavením mezi ostatními lidmi. Právě proto se může ve skupině učit sociálními reakcím, např. pomoc slabším, spolupráce, ale i soutěživost a soupeřivost.

Nejdůležitější činností pro poznávání světa věcí i začlenění do společnosti byla v předškolním věku hra a nyní ve školním věku, je vedle ní skutečná **práce**. Dítě dokáže stále delší dobu konat činnosti, které nejsou požadavkem jeho vlastního přání, ale spíše vnějším požadavkem, a tak vrůstá do světa práce (Langmeier, 1983).

„V závislosti na CNS se zvyšuje emoční stabilita, školáci dovedou své pocity více ovládat, rozvíjí se emoční inteligence. Ve školním věku se viditelně rozvíjí i sebekontrola a další autoregulační mechanismy volního charakteru“ (Vágnerová, 2008, s. 266).

1.2.12 Školní věk dítěte s lehkým mentálním postižením

Období školního věku je u intaktní populace v rozmezí šesti až patnácti let, u dětí s mentálním postižením se tento věk prodlužuje. Plnění povinné školní docházky je devítileté, podle školského zákona i u dětí **s lehkým mentálním postižením**. Nesmírně důležité je zvládnutí sociálních dovedností pro další období života. Tato oblast bývá někdy v edukaci žáků s mentálním postižením podceňována, ale je velmi důležitá. Dítě s mentálním postižením i nadále zůstává závislé na rodičích, na rozdíl od zdravých jedinců, kteří se odpoutávají v tomto věku pomalu od rodičů. Fyzické zraní je v rozporu s mentálním deficitem a sociální nezralostí. Dítě není schopné si osvojovat nové sociální role z důvodu snížených intelektových schopností a ve velké míře i izolací od běžného sociálního prostředí. Vztahy k vrstevníkům zůstávají infantilní a nejsou diferencované (Pipeková, 2006).

„Děti, jejichž úroveň inteligence je snižena, budou ve všech uvedených složkách méně úspěšné než jejich vrstevníci s lepšími předpoklady. Ve škole se nakonec něco naučí i méně nadané děti, ale v těch situacích, kdy jim nebude stačit jen mechanické memorování, začnou mít potíže. Složitějšímu učivu je třeba porozumět, a proto je nutné přemýšlet. Dosažení potřebné úrovně výkonu, ale i přiměřené chování, jsou

určitou formou adaptace na školu, plní takovým způsobem její požadavky. Dítě s podprůměrnými předpoklady může mít potíže jak s pochopením smyslu těchto nároků, tak s jejich realizací. V oblasti komplexní adaptace na školu bývají podprůměrní žáci handicapováni“ (Vágnerová, 1998, s. 19).

Nástup do školy je v životě mentálně postiženého dítěte velmi důležitým mezníkem. Někdy se mluví až o první krizi identity, protože si dítě v této době potvrzuje stálost a neměnnost svého znevýhodnění. Požadavky školy dítěti s mentálním postižením připomenou, že jeho možnosti jsou omezené. Zařazení do určitého typu školy funguje jako potvrzení míry normality dítěte. Přijetí do školy znamená, že dítě s mentálním postižením dosáhlo přijatelné vývojové úrovně, a proto lze věřit, že jeho postižení nebude tak závažné. Samozřejmě záleží, o jakou školu jde, děti s **lehkým mentálním postižením** nejvíce navštěvují **základní školu praktickou**. Nabízí se i integrace do běžné školy, což představuje určité riziko, které spočívá v nezvládnutí situace učitelem i spolužáky nebo v přílišné náročnosti jejich požadavků pro mentálně postižené dítě. Integrace představuje zátěžovou situaci, kterou nemusí každé takto postižené dítě zvládnout (Vágnerová, 2008).

1.2.13 Dospívání

Přechod z dětství do dospělosti tvoří základní obsah a specifickou odlišnost veškerých vývojových stránek v tomto období, ať už se jedná o tělesný, rozumový, mravní a sociální vývoj. Ve všech směrech se objevují základní prvky dospělosti, způsobené přestavbou organismu, také se mění sebeuvědomování, dále typ vztahů k dospělým a kamarádům, způsobů sociální interakce s nimi, zájmů, poznávací a učební činnosti, obsahové stránky morálně etických řízení, které zprostředkovávají chování, činnost a postoje (Petrovskij, 1977).

V období dospívání dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech somatické, psychické i sociální. Mnohé změny jsou především podmíněny **biologicky**, ale vždy je významně ovlivňují **psychické a sociální faktory**, s kterými jsou ve vzájemné interakci. Dospívání je z pohledu různých teorií interpretováno rozdílným způsobem a jednotlivé teorie jsou specificky zaměřeny na určitou oblast:

- **Psychoanalýza** – zdůrazňuje význam pohlavního dozrávání a nastupující sexuální aktivity. Např. Freud označil toto období dospívání jako genitální fázi.

- **Psychosociální teorie** – posuzují dospívání z hlediska vztahu mezi psychickým vztahem, tedy vyrovnáváním se s proměnami daným dozríváním a sociálními podmínkami, které je mohou negativně i pozitivně ovlivnit.
- **Teorie sociálního učení** – je kladen důraz na využití možnosti rozvíjet určité schopnosti a dovednosti, které jsou důležité v tomto období.

Období dospívání má dvě fáze:

- **Raná adolescence** – zahrnuje prvních pět let dospívání, přibližně mezi 11-15 rokem s určitou individuální variabilitou.
- **Pozdní adolescence** – zahrnuje dalších pět let života, a to přibližně od 15-20 let s individuální variabilitou v oblasti psychické a sociální (Vágnerová, 2008).

„Jinak řečeno: přechod z dětství do dospělosti je tu bezprostřední, jedinec dosud závislý je v určité době přijímán hned do společenství dospělých jako plně rovnoprávný člen“ (Langmeier, 1983, s. 112).

1.2.14 Dospívání osob s lehkým mentálním postižením

Toto období charakterizujeme jako dosažení plného rozvoje duševních a tělesných schopností. Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny se za určitých podmínek vyučit na odborném učilišti, získat výuční list pro některou manuální činnost a zařadit se tak na trh práce, dále založit rodinu a vychovávat děti. Je snaha o normalizaci života osob s mentálním postižením tak, aby se co nejvíce podobal životu běžné populace. Někdy zvýšené nároky na zvládnutí různých sociálních situací v tomto období a hlavně na jeho konci mohou vést ke zhoršení adaptačních schopností jedince a vyvolat poruchy chování, které se mohou v tomto období vyhraňovat (Pipeková, 2006).

2 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ

„Každé psychické poruše je třeba rozumět v kontextu celého života.“

Dörner a Plog

2.1 Charakteristika specifické poruchy chování

Specifické poruchy chování zastřešují poruchy chování, které vznikají působením různých endogenních nebo exogenních faktorů na základě podkladu existujícího a dokazatelného oslabení a změn v centrálním nervovém systému ve smyslu neurologického postižení.

Na vymezení specifických poruch chování se používají různé označení, a to v závislosti od diagnostických kritérií užívaného klasifikačního systému:

- Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace – Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 revize používá označení **hyperkinetická porucha**
- Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace – Diagnostický a statistický manuál – 4. revize používá označení porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (**ADHD**) a porucha pozornosti (**ADD**), (Michalová, 2004).

„Nezanedbatelný podíl jedinců, kteří ve škole propadají a kteří po jejím absolvování prožívají potíže v zaměstnání a krize v mezilidských vztazích, těch, kdo se dostanou do vězení, nebo dokonce spáchají sebevraždu, představují lidé, kteří v dětství trpěli touto poruchou, neměli to štěstí, že by u nich okolí tuto poruchu rozpoznalo a dokázalo pro ně zajistit odpovídající přístup a vhodnou odbornou péči. Mnoho adolescentů a dospělých se syndromem ADD/ADHD nerado vzpomíná na dětství, zvláště pak na bolestné zážitky a trvalou frustraci ve škole. Mnozí zažili léta neúspěchů a těžké deprese“ (Michalová, 2007, s. 51).

Specifické poruchy chování jsou podmíněné narušením částečných funkcí, které jsou zodpovědné za řízení, regulaci a integraci různých projevů chování jednotlivých dětí, žáků, kterých inteligence není snížena. Jde o těžkosti, jejichž příčinou je hyperaktivita, neschopnost sebekontroly a sebeovládání, nebo také závažné narušení pozornosti. Tito jednotlivci s uvedeným typem poruch chování reagují nežádoucím

způsobem, ovšem podstatou chování není negace běžných norem chování, ale je to neschopnost ovládat svoje chování, nebo vnímat co se od něho v určité situaci očekává (Vágnerová, 2008).

„Zkratka ADD znamená attention deficit disorder, poruchu pozornosti. ADHD znamená attention deficit hyperaktivity disorder, poruchu pozornosti provázenou hyperaktivitou, a je dnes nejpoužívanějším pojmem. Dítě se syndromem ADD ovšem hyperaktivní často není. Takoví žáci ve třídě většinou nevyrušují, nezlobí ani jinak na sebe neupoutávají učitelovu pozornost. Pro učitele proto nejsou tak nápadní. Pro dítě však může ADD představovat vážný problém, protože značně zhoršuje prospěch a je příčinou malé sebeúcty“ (Riefová, 2007, s. 17).

2.2 Charakteristika lehké mentální retardace

„Mentální postižení není svou povahou absolutní, nýbrž relativní vůči očekávaní hodnot a výkonu u skupiny, resp. společnosti, ke které člověk přísluší.“

Dörner a Plog

Lehce mentálně retardovaní jedinci většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, zvládnou konverzaci a podrobí se i klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči – jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky a v praktických dovednostech, i když je vývoj proti normě o mnoho pomalejší. Hlavní potíže u nich nastávají většinou při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Těmto dětem prospívá velmi výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků (Švarcová, 2006).

Lehká mentální retardace – neuropsychický vývoj je omezený, opožděný, somatická postižení ojedinělá, opoždění motorického vývoje. Snížená aktivita psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti. Opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči, schopnost komunikovat je většinou vytvořena. Časté poruchy citů a vůle, impulzivnost, úzkostnost, afektivní labilita. Tyto děti mají možnost se

vzdělávat na základě speciálního vzdělávacího programu (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

2.3 Výskyt osob se SPCH

Odhadovaný výskyt této poruchy u školních dětí se pohybuje kolem 3-5% některé prameny uvádějí výskyt až 19%. Tuto poruchu je obtížné zjistit dříve než kolem čtvrtého nebo pátého věku, protože u mladších dětí většinou nemůžeme rozlišit její příznaky, děti málokdy dokážou u nějaké činnosti vydržet. Ovšem mladší děti s ADHD nejsou např. schopné sedět klidně ani u pohádky nebo u jídla a rodiče je popisují jako celkově nezvladatelné. Problémy se obvykle ukážou, když dítě začne navštěvovat školu, kde se mu nedaří, protože je nesoustředěné nebo kde se kvůli své hyperaktivitě a impulzivitě nedokáže přizpůsobit určitým pravidlům ve třídě. Ačkoliv se porucha vyskytuje častěji u chlapců, můžeme ji pozorovat také u dívek.

Lze se domnívat, že tato porucha je dědičná. Řada dětí trpících touto poruchou má otce, kteří ji v dětství také trpěli, z nich menší počet jsou matky, u nichž byly v dětství popsány příznaky této poruchy. I ostatní příbuzní dítěte s touto poruchou mívají častěji než jiní lidé problémy s poruchami chování a emocí, se specifickými poruchami učení, s drogovou závislostí nebo poruchami sociálních vztahů (Train, 2001).

Odhadovaný výskyt ADHD se velmi mění podle toho, jaké studie čtete a jaké jsou použité přístupy. Někteří odborníci odhadují, že je takto postiženo 3 až 10% dětí školního věku, přitom v odborné literatuře se nejčastěji uvádí hodnoty 3 až 5%. Velmi pravděpodobně se jedná o podcenění výskytu vzhledem ke skutečnosti, že se u dívek ADD často nerozpozná. ADHD se mnohem více objevuje u chlapců. Například ve Spojených státech se u nejméně 2 milionů dětí objevuje ADHD. V České republice se jedná o několik desítek tisíc dětí školního věku. U děvčat se více objevuje porucha pozornosti bez hyperaktivity (Riefová, 2007).

V celé populaci se nachází asi 3 až 10% jednotlivců bez ohledu na věk s rostoucím trendem. Podle věku, z celé populace se SPCH, jich připadá na:

- Období školního věku – 6 až 11 let – 8%
- Období dospívání – 11 až 22 let – 2%
- Období dospělosti – 22 – 65 let – 70% (přetrvávají příznaky od dětství)

- Podle pohlaví – muži : ženy – 6:2 (Hejdiš, 2009).

Děti, které trpí poruchou ADHD (LDE MMD) mají největší potíže s tím, aby udržely pozornost, nebo vytrvaly v úsilí zaměřeném na daný úkol. Termíny lehká dětská encefalopatie – LDE, nebo minimální mozková dysfunkce – MMD, vycházejí z etiopatogenetických představ o syndromu, ovšem zatím termín „*hyperkinetický syndrom*“ vychází důrazně ze symptomatického popisu poruchy. Hyperkinetický syndrom se vyskytuje asi u 6% dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1. Tyto děti trpící hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti (ADHD) jsou nepozorné, nadměrně aktivní a impulzivní.

Asi u 40-45% jednotlivců s ADHD přetrvává výrazná porucha z dětství a adolescence do dospělosti. V dospělosti je dominující porucha pozornosti. Hyperkinetický syndrom je definován jako porucha pozornosti, aktivity (hyperaktivita) a kontroly vnitřních impulzů (impulzivita), (Paclt a kol., 2007).

V České republice v posledních letech údaje o výskytu ADHD rostou zhruba na 15% populace. Přesně řečeno, přibývá osob (dětí i dospělých) diagnostikovaných pro některou z dysfunkcí, protože má na to vliv řada činitelů, např. rostoucí nároky na výkony jedince, rostoucí uznání problémů osob trpících některou z dysfunkcí, podrobnější diagnostické postupy i vzrůstající nabídka léčebných metod (Michalová, 2007).

Na výskyt syndromu hyperaktivity nemá inteligence zásadní vliv, a to znamená, že mohou být postiženy děti v celém rozsahu intelektového spektra. Ve škole ovšem neodpovídá výkon těchto dětí jejich úrovni intelektu. Úspěšnější bývají více v úkolech verbálních než v úkolech neverbálních. Podle některých pramenů syndrom hyperaktivity postihuje až 10% dětí. A pokud se jedná o vztah mezi ADHD a pohlavím, častěji postihuje syndrom hyperaktivity chlapce než děvčata (Renotiérová, Ludíková, 2003).

2.4 Výskyt osob s mentálním postižením a s lehkým mentálním postižením

Mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. A navíc je známo, že počet těchto osob s mentálním postižením stoupá jak u nás, tak ve světě. V současné době se uvádí, že mentální retardací je postižena asi 3% občanů,

z nichž největší počet asi **2,6% připadá na postižené lehkou mentální retardací**. Osob s těžkou a hlubokou mentální retardací je zhruba 0,1-0,2% v populaci. Na základě kvalifikovaných odhadů se předpokládá, že v naší republice žije asi 300 tisíc osob s mentálním postižením.

V jednotlivém ontogenetickém období se nejvíce mentálně retardovaných vykazuje ve školním věku, protože ten klade specifické požadavky na intelekt. V předškolním věku ještě nejsou zcela rozpoznány a evidovány všechny děti s lehkou mentální retardací. V adolescenci a dospělosti už zase dochází ke splývání s lehčí mentální retardací s ostatní populací a ti mentálně opoždění, kteří se úspěšně zařadili do sociálních vztahů, už za mentálně retardované většinou nebývají považováni (Švarcová, 2006).

*„V populaci se vyskytují přibližně 3% mentálně postižených lidí. Jejich četnost se liší v závislosti na míře defektu, nejčastěji jde o **lehký stupeň mentální retardace, kterou trpí 70% všech takto postižených lidí**“ (Vágnerová, 2008, s. 290).*

2.5 Základní příčiny SPCH

„Při lehké mozkové dysfunkci vzniká působením organických vlivů minimální poškození mozku. Tyto vlivy se uplatňují v těhotenství nebo v době kolem porodu, ale také v raných vývojových obdobích, novorozeneckém a kojeneckém, kdy je citlivost mozku k zevním škodlivým vlivům stále vysoká. V prenatálním období se uplatňují infekční a toxické vlivy, včetně alkoholu, záření, všechny poruchy průběhu těhotenství (gestózy), vlivy výživy a poruchy zásobování plodu kyslíkem (hypoxie). V období kolem porodu působí důsledky nedonošení nebo přenášení, porodní traumata a dušení (asfyxie), v poporodním období dušení a dýchací poruchy, výraznější formy novorozenecké žloutenky, infekce a úrazy“ (Lesný, Špitz, 1989, s. 177).

Biologické teorie popisují specifické poruchy chování na základě abnormalit ve vlastnostech a množství neurotransmiterů (chemické abnormality). Dále zdůrazňují neurovývojové opoždění (symptomy se během vývoje mění), přitom předpokládají významný vliv dědičnosti (genetických dispozic), prenatálních a perinatálních faktorů, radioaktivity z prostředí, infekcí, toxinů na změny v struktuře a fungování

mozku. Vznikají na podkladě změn a oslabení v CN systému ve smyslu neurologického postižení. Jde o narušení částečných funkcí, které zodpovídají za řízení, regulaci a integraci různých projevů chování jednotlivců, jejichž inteligence není snížena.

Psychologické teorie zdůrazňují hlavně podíl způsobu výchovy (konfliktní vztah mezi rodiči a dětmi, rodinná disharmonie), na posilování negativního chování, intenzitě a frekvenci nežádoucích projevů chování. Dále předpokládají současné spojení dispozic k tomuto chování a způsobu výchovy, kdy se nevhodné způsoby chování u jednotlivců v důsledku nevhodného přístupu rodičů stabilizují a tak jedinec není schopný plnit požadavky užšího nebo širšího sociálního prostředí (Hejdiš, 2009).

2.6 Příčiny mentálního postižení

Příčiny mentálního opožďování mohou být jak endogenní (vnitřní), tak exogenní (vnější). Vnitřní příčiny jsou genetické a jsou již zakódovány v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Vnější příčiny mohou způsobit mentální retardaci a ty působí od početí, v průběhu celého těhotenství, porodu, poporodním obdobím i v raném dětství. Exogenní faktory se dělí podle období působení na prenatální, perinatální a postnatální. Mentální postižení často vzniká na základě kombinace polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti, nebo také zanedbanosti. Obvykle jde o děti stejně postižených rodičů, jejichž intelekt a vzdělání je na nízké úrovni. Tito rodiče své děti nepříznivě ovlivňují dvojitým způsobem, buď jim předávají horší genetické předpoklady k rozvoji rozumových schopností, nebo nejsou schopni jim poskytnout přiměřenou výchovu, protože sami na ni svým nízkým intelektem nestačí.

Výzkum příčin mentální retardace zdaleka ještě není ukončen, někteří autoři uvádí, že všechny dosud známé příčiny vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80% případů převážně pásma **lehké mentální retardace**, má neznámý nebo neurčený původ (Švarcová, 2006).

Mentální retardace může být geneticky podmíněna, např. vzniklá na bázi onemocnění způsobeného genovou poruchou. Dále polygenně podmíněné omezení

intelektového vývoje, jde spíše o krajní variantu normy, podobně bývají postižení i rodiče, sourozenci.

Teratogenní faktory mohou negativně ovlivnit prenatální vývoj jedince a mohou být příčinou vzniku mentální retardace, obvykle také jiných postižení a poruch. Mohou to být faktory:

- Faktory fyzikální – např. nedostatek kyslíku, ionizující záření
- Faktory chemické – některé léky, alkohol, drogy
- Faktory biologické – virové a mikrobiální, typický je virus zarděnek (Vágnerová, 2008).

„U příčin lehké MR nacházíme negenetické poškození plodu asi v 10% případů, vlivů sociální a kulturní způsobují defekt asi v 30%, určitou polygenní dědičností je dáno 60% případů“ (Hort, Hrdličková, Kocourková, Malá a kol., 2000, s. 119).

2.7 Etiologické faktory vzniku poruchy chování

„Genetika, biologie, rodina, škola a společnost, jsou vesměs faktory, spolupůsobící ve vzájemné interakci, ať se to týká adaptace či maladaptace (Mash a kol., 1996). Jednotlivé výzkumné modely ADHD se mohou překrývat, přesto však bývají nejčastěji uváděny následující: kognitivní, neurobiologický, genetický a biochemický. Kognitivní model vyzdvihuje chybný informační proces, neurobiologický zdůrazňuje vzájemné funkční souvislosti CNS. Dále jsou významné modely genetické a biochemické (transmitterové poruchy)“ (Paclt a kol., 2007, s. 13).

Příčiny ADHD nejsou v současné době zcela známé. Další odborníci a lékaři shromažďují stále více znalostí, jak vlastně funguje mozek a co tedy ovlivňuje pozornost a učení. Stejně jako u jiných poruch nelze ani u této pokaždé určit jednoznačně příčinu.

K možným příčinám ADD/ADHD patří:

- **Genetické příčiny** – v některých rodinách se ADHD vyskytuje opakovaně, u dítěte s ADD je v rodině často rodič, sourozenec, prarodič nebo jiný člen, který měl v dětství ve škole s chováním obdobné potíže.
- **Biologické/fyziologické příčiny** – z lékařského hlediska se jedná o neurologickou poruchu postihující tu oblast mozku, která řídí zpracování

impulzů a podílí se na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace. Může být spojena s nerovnováhou nebo nedostatečným množstvím dopaminu, chemické látky, která přenáší nervové signály. To znamená, že při soustředění náš mozek uvolňuje více přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmitterů), což nám umožňuje soustředit se na jednu věc a blokovat ostatní podněty.

- Určité komplikace nebo poranění v těhotenství či při porodu.
- Znečištění životního prostředí, vedlejší účinky, např. otrava olovem.
- Strava – časté spojování příznaků ADHD s určitým složením stravy a také s alergiemi na jídlo neustále vyvolává v lékařských kruzích spory. Podle nedávného výzkumu není jasně prokázané příčinné spojení tohoto syndromu se způsobem stravování.
- Užívání alkoholu a drog v těhotenství – v mnoha případech u dětí matek, které užívají v prenatálním období tyto látky, zjišťujeme neurologické poškození a objevují se u nich nejrůznější projevy typické i pro děti s poruchami chování. Avšak u mnoha dětí s ADD, které byly vystaveny drogám, se vyskytují neurologické nedostatky a příznaky (Riefová, 2007).

Příčina specifických poruch chování je dosud nejasná. Hypotéz existuje několik, v průběhu desetiletí svým vývojem prošly i názory na zastoupení jednotlivých etiologických faktorů podílejících se na vzniku této poruchy. Nejčastěji jsou příčiny SPCH (ADHD/ADD, dříve LMD) rozděleny na známé rizikové faktory:

- **prenatální** – příčiny genetické, infekční, psychické, endokrinní a nutriční,
- **perinatální** - nedonošenost, přenošenost, protahovaný porod, překotný porod abnormality polohy plodu, při kterém dochází k anoxii
- **postnatální** – infekce, úrazy, látky, jedy, toxiny, metabolické nebo cévní poruchy.

Většina autorů se shoduje v názoru, že hlavní příčina vzniku ADHD/ADD je odchylka vzniklá v těhotenství a za porodu. Významnou příčinou rozvoje SPCH je organické poškození mozku a opožděné zrání CNS (Michalová, 2007).

„V současnosti se ADD/ADHD obvykle připisuje dědičnosti nebo jiným biologickým faktorům. Pokud mají rodiče dítě s určitými problémy (ať už se jedná o potíže

zdravotní, tělesné, psychické nebo sociální), cítí se většinou vinni a vyčítají si to. Domnívali se, že udělali něco, co mohlo způsobit, že jejich dítě má problémy, Těchto pocitů viny a výčitek by se však měli zbavit. Jestliže má dítě syndrom ADD/ADHD, není to ničí chyba“ (Riefová, 2007, s. 20).

ADHD může mít různé příčiny. Nejčastěji se jedná o odchylku funkce CNS. Malé a různorodé poruchy v elektrické aktivitě mozku jsou u dětí s tímto syndromem nacházeny častěji než u intaktní populace. Hyperaktivní chování může být též podmíněno prenatálním nebo perinatálním poškozením mozku, ale významnou roli zde hraje i genetika. Sociální prostředí má též vliv na chování jedince, ale nebude vyvolávajícím činitelem, ale má svůj zásadní význam při zvládnání potíží dítěte. Hyperaktivní děti mohou přecitlivěle vnímat projevy rodičů, prožívat chování rodičů jako zápornější a přísnější, než ve skutečnosti je (Renotiérová, Ludíková, 2003).

Dědičné faktory:

- Jsou rozhodující u 50 % jedinců se specifickou poruchou chování
- Častější bývá dědičnost z mužské strany (otec, strýc, prarodič), při čem se nejčastěji vyskytuje i v rodinách rodičů trpících alkoholem, tabákem a antisociálním chováním
- Bývá zaznamenáný častý výskyt specifických poruch chování u obou jednovaječných dvojčat

Vrozené (prenatální a perinatální)

- Objevují se u 25-30% jedinců se specifickou poruchou chování
- Prenatální příčiny – infekce, psychické, endokrinní, nutriční faktory, radioaktivita nebo nevhodná životospráva matky (např. alkohol, kouření), to vše působí na vznik specifických poruch chování
- Perinatální příčiny – v době porodu komplikace a úrazy (předčasný porod, nedonošenost, nízká porodní hmotnost, přenášení, abnormality polohy plodu, novorozenecká žloutenka, poporodní hypoxie, účinek medikace s následnou anoxií

Získané (postnatální)

- Objevují se u 25-30% jedinců se specifickou poruchou chování
- Tyto faktory působí na jedince po narození v podobě infekcí s horečkou a podrážděním CN systému, otřesů, úrazů a pohmožděním, toxinů,

metabolických a cévních poruch, nebo také v podobě encefalitidy, meningitidy, otravy olovem (Hejdiš, 2009).

Chceme-li uvést pořadí příčin hyperaktivity dětí, můžeme to provést v následujícím pořadí tak, jak uvádí Bachman (1976) s Comingsem (1997), (In: Paclt, 2001):

- a) Hereditární (genetická) dispozice
- b) Prenatální a perinatální příčiny
- c) Poruchy chování
- d) Chronický anxiózní stav při neurotickém vývoji
- e) Časné poruchy afektivního vývoje
- f) Poruchy osobnosti

„Je tak důležité si uvědomit, že někdy je příčina vzniku SPCH neznámá, není možné zjistit, proč jí jedinec trpí tak, jak vyplývá již z poznatků S. Clementse (In: Říčan, Krejčířová, 1995, s. 123), který říká „...tyto odchylky mohou vznikat z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných poškození, prodělaných v průběhu let, jež jsou kritické pro rozvoj a zrání CNS, anebo z příčin neznámých“ (Michalová, 2007, s. 42).

2.8 Porucha pozornosti ADD

„Jakmile pochopíte, co všechno porucha pozornosti obnáší, najednou si uvědomíte, že ji vidíte všude, takřka na každém kroku. Spoustu lidí pak uvidíte jinak. O někom jste si mysleli, že je věčný popleta, nenechavec nebo nezdolný tvůrce, byť dosti nepředvídatelný. O jiném si, říkáte, že by toho mohl hodně dokázat, kdyby se dal trochu dohromady“ (Hallowell, Ratey, 2007, s. 9).

ADD - anglicky Attention Deficit Disorder – deficitní porucha pozornosti, (u nás se pro tento syndrom nadále v praxi užívá označení – lehká mozková dysfunkce), v MKN-10 – diagnóza F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti, porucha pozornosti, která přetrvává do dospělosti je označována jako ADD-RT (Residual Type), jde o komplex poruch, které se týkají asi 3-6 % populace, chlapci s ADD mají tendenci převyšovat děvčata v poměru 3:1, přesto ADD u dívek není vždy identifikována (Dvořák, 2007).

Porucha pozornosti ADD (Attention Deficit Disorder – ADD)

Je charakteristická hlavně tím, že:

- **Je to opoždění nebo narušení vývoje všech jejích složek, ale s běžnou úrovní aktivizace**, (bez přítomnosti známek hyperaktivity). Problémy a těžkosti se vyskytují především v zaměření pozornosti na informační proces
- Příznaky se objevují před dosažením sedmi let života a to současně na dvou místech (škola, domácí prostředí)
- Výrazně a silně se projevuje **nepozornost** s neschopností soustředit pozornost na něco nebo někoho, oslabená pozornost i na detaily nebo také zvýšená unavitelnost, při které jedinec není schopný dlouhého a kvalitnějšího soustředění. Často nevnímá, co mu druhý vypráví a dělá chyby z nepozornosti

Pro pozornost jedince je tedy typické:

- **Slabá koncentrace pozornosti** – lehce narušitelná působením různých podnětů (vnitřních a vnějších), jedinec působí, jakoby nevnímal okolní informace
- **Délka pozornosti je příliš krátká** – nedokáže udržet pozornost po určitou dobu, občas přebíhá od jedné nedokončené činnosti k druhé bez příčiny
- **Rozsah pozornosti je příliš malý** – vnímá jen malé množství informací, nedokáže se soustředit na obsáhlejší situace, uvědomuje si často jenom náhodné podněty nebo detaily
- **Pružnost pozornosti není dostatečná** – nezvládá pružně reagovat a přizpůsobit se změněné situaci
- **Nevyběrová pozornost** – nezvládá zaměřit momentálně podstatné podněty, ale je současně upoutaný různými podněty, které smysly zachytí (Hejdiš, 2009).

„Lehká mozková dysfunkce (LMD) je označení pro řadu projevů dítěte na bázi strukturálních změn CNS, jež se odchyľují od běžné normy. Jeví se tak jako nezvyklé, nápadné a zvláštní (nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadnosti a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita nebo hypoaktivita, nesoustředěnost, malá vytrvalost, impulzivita, překotnost, výkyvy nálad

a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy vnímání apod.)“ (Slowík, 2007, s. 131).

Charakteristické projevy chování dětí s poruchou pozornosti (ADD) bez hyperaktivity:

- Snadná rozptýlitelnost vnějšími podněty
 - Problémy s nasloucháním a s plněním pokynů
 - Potíže se zaměřením a udržením pozornosti
 - Potíže se soustředěním se na úkol a jeho dokončením
 - Nevyrovnaný výkon v práci a ve škole (jeho výkon se neustále mění, někdy je schopen daný úkol dokončit, jindy zase ne)
 - „vypínání“ pozornosti, což někdy vypadá jako „zasněnost“
 - Nepořádnost (žák často ztrácí svoje věci, neustále nemůže něco najít např. tužky, sešity, knihy, mívá nepořádek ve svém pokoji nebo na pracovním stolku
 - Nedostatečné studijní dovednosti
 - Potíže se samostatnou prací
- (Riefová, 2007).

2.9 Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou ADHD

„Co to tedy ADHD je? Z definice plyne, že ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivitu. Často se projevuje v raném dětství. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony“ (Michalová, 2007, s. 29).

„ADHD – angl. Attention Deficit Hyper(aktivita) Disorder, diagnóza ADD je podle DSM-4 (1994) nahrazována označením AD/HD s bližší specifikací pro tři subtypy: ADHD-IN- (Inattentive Type) převážně nepozornostní typ, ADHD-Hi- (Hyperactive Type) převážně hyperaktivní typ, ADHD-Combo- kombinovaný typ“ (Dvořák, 2007, s. 13).

Často také bývá specifikovaná jako:

- ADHD s převažujícím deficitem pozornosti,
- ADHD s převažujícím deficitem impulzivity a hyperaktivity,
- ADHD jako kombinovaný typ,

je poruchou aktivační úrovně jedince kombinovanou s poruchami pozornosti. A jako vývojová porucha, která je charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity s projevujícími znaky v raném dětství. Problémy jsou chronické a spojují se s neschopností dodržovat určité pravidla a delší dobu opakovaně realizovat určité pracovní úkoly. Tyto problémy nelze vysvětlit na základě neurologického, sensorického, motorického, mentálního postižení nebo emočních problémů.

Symptomy se projevují ještě před dosažením sedmého roku života a to současně na dvou místech (škola, domácí prostředí). Jedinec s identifikovanou poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou se vyznačuje:

- **Hyperaktivitou** – nadměrným nutkáním k pohybu, k aktivitě, která je neúčelná a nesmyslná. Jedinec je bezbranný vůči vedlejším rušivým podnětům, své pudy k aktivitě nedokáže ovládat. Mezi projevy hyperaktivity jedince můžeme zařadit:
 - Mimovolné pohyby rukou, nohou, neustálé otáčení
 - Neschopnost setrvat na jednom místě, pokud je to nutné
 - Neschopnost relaxovat
 - Reaguje nadměrnou, nepřiměřenou a zbytečnou komunikací
 - Tendence být v neustálém pohybu, i když je to zrovna nevhodné
 - Nedokáže se věnovat v tichosti práci nebo volnočasovým aktivitám
- **Impulzivitou** – jedinec není schopný ovládat a přizpůsobit své chování konkrétní situaci a má tendenci konat a mluvit bez přemýšlení, skáče ostatním do řeči a má potřebu reagovat ihned na všechno. Často nedokončí činnost a pustí se do další, tzv. přeskakuje z jedné činnosti na druhou. Impulzivita je často vázaná na aktuální podněty a neschopnost korigovat vlastní reakce na tyto podněty.

Hlavními příznaky jsou:

- Odpověď přichází dřív, než byla dokončena otázka
- Neschopnost čekat, než na něho dojde řada (skupinové hry)
- Nevhodné přerušování a zasahování do komunikace druhých (skákání do řeči)
- Nadměrná komunikace bez ohledu na společenské zvyklosti

(Hejdiš, 2009).

„Dítě s touto poruchou vykazuje příznaky nesoustředěnosti anebo hyperaktivity“
(Train, 2001, s.60).

Typické projevy chování hyperaktivních dětí s poruchou pozornosti (ADHD)

Vysoká míra aktivity:

- Vypadá, že je neustále v pohybu
- Vrtí se na židli, padá z ní, ruce a nohy nenechá v klidu
- Předměty, které má při ruce vkládá do úst, nebo si s nimi hraje
- Nedokáže setrvat na místě, když je ve škole, prochází se po třídě

Impulzivita a malé sebeovládání:

- Často něco vyhrkne, jakoby bezmyšlenkovitě
- Je nedočkavý až na něho dojde řada
- Skáče do řeči ostatním, ruší je
- Mluví víc, než je zapotřebí
- Nedokáže si předem promyslet věci, nejdříve reaguje, pak až přemýšlí
- Často se zapojuje do nebezpečných činností (např. vjíždí na kole na silnici bez rozhlédnutí, skáče z velké výšky), opět bezmyšlenkovitě, aniž by zvážil případné následky

Potíže s přechodem k jiné činnosti

Agresivní chování, nepřiměřeně silně reaguje i třeba na drobné předměty

Sociálně nevyzrálý

Nízká sebeúcta a značná frustrací (Riefová, 2007).

Dále můžeme říct, že existují tři podskupiny ADHD:

- A) Kombinovaná – u dítěte se projevují jak příznaky nesoustředěnosti, tak také příznaky hyperaktivity/impulzivity
- B) S převahou nepozornosti – u dítěte se projevuje více příznaků, které souvisejí s nepozorností než s hyperaktivitou a impulzivitou
- C) S převahou hyperaktivity/impulzivity – naopak více příznaků má hyperaktivita a impulzivita než nepozornost

(Train, 2001)

Výskyt jiných symptomů a jejich klasifikace při ADHD

Můžeme zde zařadit problémy např.

Řeč – hlavně její opožděný vývoj, jednodušší a chudší řeč, časté poruchy a chyby výslovnosti (dyslalie), artikulační neobratnost, shluky souhlásek, překrucování cizích slov

Motorika – motorická neobratnost, problémy v jemné a hrubé motorice, jako nešikovnost, pohyby nejsou koordinované, nepřesné, neúhledné písmo

Vnímání – poruchy sluchového a zrakového vnímání jako funkční porucha, navenek to vypadá, že dítě špatně slyší nebo vidí, porucha orientace v čase a prostoru, porucha vizuomotorické koordinace a porucha pravolevé orientace

Myšlení – nepružnost myšlení, tendence setrvat na jedné myšlence a neschopnost se od ní odpoutat, složitější vnímání souvislostí, občas chybí smysl pro postupnost, neschopnost analýzy a syntézy informací (Hejdiš, 2009).

„Příznaky SPCH lze též členit na primární poruchy a sekundární následky. Mezi primární pak zařazujeme poruchy dynamiky, psychiky, narušující především tempo dítěte, plynulost jeho psychického vývoje včetně aktuálních psychických procesů a reakcí na rozličné podněty, ale také trvání těchto procesů v rámci základní adaptace na běžné prostředí. Z dalších poruch pak uvádíme poruchy sociality, motoriky a senzomotorické koordinace, vnímání, řeči, učení, biorytmu a vegetativních funkcí“
(Michalová, 2007, s. 46).

2.9.1 Kognitivní procesy u dětí s mentální retardací

Myšlení – u jedinců s **lehkou mentální retardací** dosáhne úrovně konkrétních logických operací. Jejich uvažování bude vždycky vázáno na realitu, nebo někdy pouze na její konkrétní aktuální variantu. Jejich myšlení je charakteristické stereotypností, rigiditou a ulpíváním na stejném způsobu řešení (Vágnerová, 2008).

Myšlení – jedince s mentálním postižením je zatíženo přílišnou konkrétností, je neschopné vyšší abstrakce, generalizace, nepřesností a chybami v analýze a syntéze. Myšlení je nedůsledné a vyznačuje se slabou řídicí funkcí a nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné (Valenta, Müller, 2007).

Řeč – osoba s **lehkým mentálním postižením** je schopná zvládnout běžné konkrétní pojmy a základní slovní obraty. Jinak je pro ni obtížné někdy porozumět běžnému verbálnímu sdělení, protože mají omezenější slovní zásobu a větší potíže v pochopení celkového kontextu (Vágnerová, 2008).

„U lehké mentální retardace je začátek řeči opožděn o 1-2 roky v porovnání s normou. Řeč dětí dospívá až ke schopnosti zobecňování a abstrahování. Abstraktní myšlení však nedosáhne úrovně dětí duševně zdravých, vážne zvláště schopnost usuzování. Jejich řeč nemusí být nápadná, ale verbálně mohou selhat v nepředvídatelných komunikačních situacích, kde nemohou použít zafixované řečové stereotypy (Lechta, 1994). Může se u nich správně vyvinout artikulace, avšak porozumění obsahu řeči, které je přímo závislé na inteligenci, je narušené“ (Klenková, 2006, s. 199).

Vnímání (smyslová percepce) – obsahem vnímání jsou počitky, vjemy nebo představy. Bezprostřední vnímání je vždy výběrové, vizuální percepce nemá podobu fotografie, akustické vnímání není obdobou magnetofonového záznamu. U dětí s mentálním postižením je proces utváření zkušeností pomalý a probíhá s určitými odchylkami (Valenta, Müller, 2007).

Vnímání – výraznou zvláštností vnímání mentálně retardovaných dětí je **inaktivita** psychického procesu. Toto dítě, když se dívá na nějaký obraz nebo předmět, tak se nesnaží si ho prohlédnout zcela detailně. Spokojí se s povrchním poznáním předmětu a nezajímá se o jeho podstatu a funkci. Nedokonalé počitky a vjemy jsou základními příčinami, které u těchto mentálně postižených dětí zpomalují rozvoj vyšších psychických procesů, zvláště myšlení (Švarcová, 2006).

Paměť – vykazuje určitá specifika u osob mentálně postižených, ti si vše nové osvojují pomalu až po mnohačetném opakování, u dětí s lehkým mentálním postižením je problém utváření paměťových stop, problémem je paměť logická, je potřeba často opakovat (Valenta, Müller, 2007).

*„Předpokladem zapamatování učiva je dovednost pochopit osvojovanou látku, vybrat z ní základní prvky, zjistit souvislost mezi nimi a zařadit je do určité soustavy vědomostí nebo představ. Je to činnost velmi komplikovaná i pro **děti s lehkým mentálním postižením** a značně obtížná pro děti se závažnějším poškozením intelektu“* (Švarcová, 2006, s. 49).

Pozornost – z hlediska vyučovacího procesu je nejdůležitější záměrná pozornost, ovšem jedinec s mentální retardací je schopný udržet záměrnou pozornost mnohem kratší dobu. Po soustředění je nutná relaxace. Schopnost udržení pozornosti se různí dle postižení, např. dítě s ADHD zvládne se soustředit jen krátkou dobu (Valenta, Müller, 2007).

2.9.2 Přidružené poruchy (současný výskyt ADHD)

„Porucha aktivity a pozornosti se často vyskytuje v kombinaci s dalšími psychickými poruchami (např. s poruchou motorické funkce, s poruchami školních dovedností, s poruchami chování, s emočními poruchami aj.)“ (Nývltová, 2008, s. 126).

Mezi přidružené poruchy je možné zařadit:

- **Poruchy opozičního vzoru** – tyto poruchy mají tendenci se projevit v širším i užším sociálním prostředí:
- dítě není schopné se ovládat, časté výbuchy
- nadměrné hádání s dospělými
- aktivně se brání a neustále odmítá vyhovět požadavkům a pravidlům dospělých
- úmyslně obtěžuje jiné
- z vlastních chyb a vlastního chování obviňuje jiné
- často je urážlivý, slabá sebekontroly
- rychle a často se rozčílí, je zlomyslný, pomstychtivý, a škodlivý

- **Poruchy chování** – už v raném dětství se projevují prvky agrese vůči ostatním, destruktivní chování, lhaní a krádeže, vážné a dlouhodobé porušování pravidel, toto chování má tendenci přecházet do dospělosti
- **Emoční problémy** – zvýšená emoční dráždivost se sklonem k výkyvům v emočním ladění a snížená tolerance k zátěži, u některých jedinců časté extrémní kolísání citových reakcí, špatná nálada, pocit neštěstí, negativní pohled na život, poruchy spánku a chuti k jídlu, problémy s myšlením a koncentrací, podrážděnost, úzkost, myšlenky na sebevraždu a odmítání čehokoliv i v podobě agresivních reakcí
- **Úzkostné poruchy** – příznakem je strach a vyhýbání se určitým situacím nebo setkáním, které mají podobu úzkosti, a nebo fobie, často bývají přítomné somatické symptomy jako bolest břicha, hlavy, zvracení a obsedantní chování
- **Agresivita spolu s ADHD** – příznakem je nesnášenlivost, hádavost, nedostatek sebeovládání, časté antisociální chování (krádeže, rvačky), jednotlivci se ve skupině předvádí, chtějí pocítit převahu, hledají senzaci, tyto děti většinou vyrůstají v dysfunkčním rodinném prostředí
- **Specifické vývojové poruchy učení** – objevují se asi u 20-40% případů, z toho poruchy čtení má asi 20% takto postižených a poruchy psaní 60% (Hejdiš, 2009)

„S termínem poruchy chování se v literatuře setkáváme přibližně od konce 60 let. V té době se užíval především v lékařském prostředí. Zahrnuje a odráží veškeré problémy jedince v jeho reakcích, v jeho projevech, ale i v jeho sociálních vztazích. Lze tedy říci, že označuje sociálně neakceptované chování, v jehož rámci má jedinec celkově oslabené nebo zcela závadné mechanismy regulace svého chování, které neodpovídají podmínkám daným sociálním prostředím, v němž se jedinec nachází (Sabatino In: Reynolds, Fletcher 2000), Vojtová (2005) se přiklání nahradit termín porucha chování a jeho užití překladem termínu emotional and behavioral disorders, tedy děti a mládež s poruchami emocí a chování“ (Michalová, 2007, s. 13)

Porucha opozičního vzdorů

Dítě s touto poruchou je odmítavé, neposlušné a nepřátelské vůči nadřízeným osobám. Charakteristické rysy chování u dítěte se dají většinou pozorovat už před osmým rokem života, ne však později než na počátku adolescence. Tato porucha se vyskytuje u 2-16% dětí, před pubertou bývá častější u chlapců, mezi dospívající mládeží je její výskyt rovnoměrný jak u děvčat, tak u chlapců. U mnoha dětí s touto poruchou najdeme rovněž diagnózu ADHD. Děti s poruchou opozičního vzdorů budou často:

- ztrácet trpělivost a rozčilovat se
- hádat se s dospělými
- aktivně odporovat dospělým nebo odmítat splnit jejich požadavky a podřídit se pravidlům
- úmyslně dělat věci, které někoho rozčilují
- vinit ze svého chování ostatní
- vztahovačné
- zlostné a rozmrzelé
- zlomyslné nebo mstivé

(Train, 2001)

Poruchy chování

Označujeme takové chování, při němž dochází k porušování sociálních (etických a právních) norem a to ve věku, kdy už by dítě mělo být schopno tyto normy dodržovat a chápat je. Nežádoucí chování se u dítěte vyskytuje minimálně šest měsíců. Poruchy mohou začínat již před desátým rokem života. Poruchy chování se mohou vyskytovat samostatně nebo se mohou kombinovat s jinými psychickými poruchami. Pokud dítě žije v dysfunkční rodině, tak porucha chování se objevila již v raném věku, nevhodné vzorce chování se stále opakují i téměř ve všech jiných prostředích. Poruchy chování zahrnují tyto rysy:

- **agresivita vůči lidem a zvířatům** – časté rvačky a napadání druhých lidí, šikana a tyranizování slabších, agresivní verbální i neverbální chování vůči lidem, krutost vůči zvířatům, loupežná přepadení, vydírání
- **destrukce majetku** – záměrné a účelové ničení majetku nebo soukromých osob

- **krádeže a podvody** – účelem krádeže je získání prospěchu, lhaní, podvádění různého druhu, loupež bytů, aut, budov, vyhýbání se povinnostem a závazkům
- **vážné porušování pravidel a zákonem stanovených povinností** – záškoláctví, útoky z domova nebo výchovného zařízení, zdržování se v noci mimo domov i přes zákazy rodičů a vychovatelů

K poruchám chování dále patří - porucha chování ve vztahu k rodině, socializovaná porucha chování, nesocializovaná porucha chování.

Děti s ADHD se kvůli svým projevům dostávají často do konfliktních situací, jsou náchylnější k nápodobě, proto se u nich vyskytují poruchy chování. Kombinace ADHD a poruch chování se označuje pojmem hyperkinetická porucha chování (Nývtová, 2008).

Emoční problémy

„Citové prožitky člověku usnadňují základní hodnocení situace. Tato dimenze emocí v sobě nese určitou regulační potenci: směřování k příjemnému prožitku a únik od pocitů nepříjemných.

Odchylky v emotivní oblasti lze hodnotit jako poruchy prožívání. Emoční poruchy mohou u školního dítěte nepříznivě ovlivňovat:

- a) sociální vztahy*
- b) výkon dítěte ve škole a tím i jeho prospěch*

Záporné emoce signalizují něco nepříznivého, eventuálně ohrožujícího, vyjadřují nespokojenost se stávající, eventuálně budoucí situací“ (Vágnerová, 1997, s. 119).

Emoční poruchy tvoří:

- 1) důsledky citové deprivace někdy i subdeprivace, dítě není uspokojováno svými nejbližšími v oblasti základních potřeb, jistota, bezpečí, v dostatečné míře a dlouhou dobu
- 2) důsledky závažné, komplexní zátěžové situace např. týrání dítěte, což poškozuje jeho celkový vývoj osobnosti
- 3) subjektivně nadměrné nároky a nepřiměřené působení hlavně sociálního prostředí mohou vyvolávat u disponovaných dětí neurotické potíže

Celkové emoční ladění u dětí s ADHD bývá mnohdy změněno, tj. že mohou být mrzuté nebo naopak zdánlivě euforické. Typickým znakem jejich emocionálních odchylek jsou výrazné výkyvy nálad. Tyto děti bývají nezralé, co se týče citových reakcí, citově labilní se sklonem k výbuchům a střídáním nápadnou skleslostí. Dále nízká frustrační tolerance, z níž vyplývá porucha sebeovládání, někdy afektivní až agresivní reakce (Vágnerová, 1997).

Úzkostné poruchy

„Úzkost je daň, kterou člověk platí za dar rozumu, za dar citu, ba i za dar lidského společenství, neboť nakonec se nejvíce bojíme ani ne tak sami o sebe, jako o ty naše nejbližší bližní“ (Matějček, 1994, s. 102).

Úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevat až vyhrcovanými akutními stavy, nebo nezdravým a vystupňovaným strachem. Úzkost je nepříjemný citový stav, v němž převažují pocity napětí a obav z určité nastávající situace.

Strach lze chápat jako konkretizaci úzkosti, jako prožitek obav z něčeho konkrétního. Úzkostnou poruchou trpí v určitém období svého života přibližně 10% populace. U této poruchy můžeme vyčlenit několik typů:

- Generalizovaná úzkostná porucha
- Fobická úzkostná porucha –
 - **Separáční úzkost** – nadměrný strach od z odloučení od matky, rodičů
 - **Školní fobie** – nepřiměřený strach ze školy, dítě má strach z výkonového selhání, nebo se bojí učitele, či spolužáků
 - **Sociální fobie** – strach z lidí, hlavně z cizích, dítě má strach při zkoušení ve škole, z vystupování na veřejnosti, ze selhání, kritiky a odmítání
- Panická úzkostná porucha
- Obsedantně-kompulzivní porucha

(Vágnerová, 2003)

Agresivita spolu s ADHD

„Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty. Může jít o reálný či symbolický útok, o různý způsob ubližování, např. bitím, nadávkami, omezováním, ničením. Termín

agresivita označuje tendenci, pohotovost k násilnému způsobu reagování. Pojem agrese charakterizuje reálný projev takového chování, který má charakter násilí“ (Vágnerová, 2003, s. 757).

Antisociální chování zahrnuje veškeré protispolečenské jednání bez ohledu na věk, původ nebo intenzitu činu. Svými důsledky poškozuje společnost i jedince i nejvyšší hodnoty spolu s lidským životem. Velmi často navazuje na asociální chování. Mezi formy antisociálního chování či jednání patří veškerá trestná činnost, krádeže, loupeže, vandalství, zabití, vraždy, vystupňované násilí a agresivita, terorismus, organizovaný zločin a toxikomanie (Pipeková a kol., 1998).

Specifické vývojové poruchy učení

Dítě s poruchou školních dovedností (nazýváme také poruchami učení) má vývojové obtíže, které se projevují zejména v oblasti vzdělávacího procesu. Zájem o tuto skupinu poruch se rozšířil hlavně v posledních třiceti letech a je spojen s koncepty „*lehké dětské encefalopatie*“ či „*minimální mozkové dysfunkce*“. Tato skupina poruch představuje významný rizikový faktor pro rozvoj dalších psychiatrických poruch u dětí (emoční poruchy, poruchy chování). Jde o specifické poruchy, u nichž je postiženo normální osvojování školních dovedností v oblasti **čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie), počítání (dyskalkulie)**. Výkon dítěte je podstatně nižší, než odpovídá věku, inteligenci a vzdělávacím možnostem dítěte (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000).

„Řada dětí, které mají problémy se čtením, má rovněž poruchy komunikace, poruchy chování, poruchu opozičního vzoru, ADHD, dyspraxii nebo depresivní poruchu“ (Train, 2001, s. 87).

2.9.3 Poruchy chování u osob s lehkou mentální retardací

„U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuální různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení“ (Švarcová, 2006, s. 34).

„Podmínkou hodnocení určitého chování jako poruchového je schopnost porozumět obecně platným hodnotám a normám, pochopit jejich podstatu. Tato podmínka není u mentálně postižených vždy splněna. Lidé s lehčím stupněm postižení sice obvykle vědí, jak by se měli v běžných situacích chovat, ale nelze od nich pokaždé očekávat

standardní reakce. Důvodem je odlišné zpracování informací a sklon k jinému způsobu reagování“ (Vágnerová, 2008, s. 297).

Hyperkinetické poruchy se objevují do pátého roku života dítěte a vyznačují se hyperaktivitou, narušenou schopností vytrvat při jakékoliv činnosti, zvláště při učení, dále se přidružuje porucha pozornosti ADHD/ADD syndrom, dříve název LMD. Vlivem reakce na tuto poruchu se může objevit asociální chování v adolescenci nebo i v dospělosti.

Poruchy chování se vyznačují dlouhodobými a opakujícími se projevy vzdorovitého a agresivního chování – lži, záškoláctví, týrání spolužáků i zvířat, neposlušnost, neefektivita. Dále rozlišujeme *poruchu chování ve vztahu k rodině* – často k nevlastnímu rodiči, *nesocializovaná porucha chování* – dítě je samotářské agresivní, chování je narušené ve vztahu ke spolužákům, *socializovaná porucha chování* – k vrstevníkům se chová bezproblémově, ale s dospělými má problémy, *poruchy opozičního vzdoru* – vzdorovité a provokativní chování bez agrese, vyskytuje se ve věku 9-10 let.

Emoční poruchy někdy mohou přecházet v neurotickou poruchu v dospělosti. Do těchto poruch řadíme *separační úzkostnou poruchu v dětství* – strach z odloučení od blízkých osob (ve škole, při usínání ve vlastním pokoji), strach z toho, že se jim přihodí něco zlého. *Fobická úzkostná porucha* – nepřiměřeně silná reakce strachu a úzkosti na nějakou situaci.

Do smíšených poruch chování a emocí také řadíme depresivní poruchu chování – kombinace poruchy chování s trvalou depresivní náladou.

Poruchy sociálních vztahů a k nim patří *reaktivní porucha příchyllosti* - děti s emocionální deprivací např. děti z dětských domovů, děti s CAN syndromem, které jsou bázlivé a mají omezenou interakci se sociálním prostředím a *desinhibovaná porucha příchyllosti* - dítě je naopak příchylné a nekriticky přátelské ke každému, ovšem tyto navazující vztahy jsou povrchní a přelétavé.

Tourettův syndrom je provázen motorickými a vokálními tiky, které se projevují chrochtáním, pokašláváním, vykřikováním často vulgárních slov, což také může být spojeno s neovladatelnou vulgární gestikulací, parodováním cizího chování, hyperaktivitou a zvýšenou potřebou dotyků (Valenta, Müller, 2007).

2.9.4 Symptomatický obraz ADHD podle věku

V každém věkovém období mohou být projevy poruch různé:

- **Kojenecké období** – dítě je často nepokojné, pláče, špatně spí a v důsledku toho je matka unavená, neschopná uspokojovat potřeby dítěte a tím může docházet k narušení vztahu mezi ní a dítětem
- **Období batolecí a předškolního věku** – dítě je pohyblivější, trpí často různými úrazy, bývá neobratné, afektivní výbuchy jako reakce na vlastní neúspěchy, opožděný vývoj řeči, celkově opožděný nebo nerovnoměrný vývoj
- **Období školního věku** – kognitivní dysfunkce, porucha řeči, motoriky, vnímání, emoční poruchy, poruchy chování, poruchy pozornosti a paměti
- **Období adolescence** – přetrvávají příznaky už od dětství s těmito symptomy:
 - Přetrvávající motorická hyperaktivita
 - Nedostatečné soustředění
 - Citová labilita jako náhlá změna nálady
 - Neschopnost dokončit úkoly
 - Problémy se sebeovládáním
 - Impulzivita
 - Špatná snášenlivost stresu
 - Charakteristická porucha chování
 - Problémy v mezilidských vztazích
 - Typická školní neúspěšnost

(Hejdiš, 2007)

- **Období dospělosti** – příznaky ADHD se z dětství do dospělosti přenášejí v trochu pozměněné podobě. Vedle hyperaktivity, zvýšené emocionální lability, dráždivosti, impulzivity a poruchy pozornosti, které se hlavně projeví ve školním prostředí nepozorností, neklidem, neposlušáním učitele, problémy s učením a kázní také doma, výrazně přetrvává z dětství do dospělosti **emoční nezralost, emoční labilita, impulzivita** a relativně časté

bývá **zkratkovité jednání**. Obvykle ubývá impulzivity a hyperaktivity a přetrvávají nevýrazné poruchy pozornosti. Ovšem se mohou objevit v podobě zvýšeného rizika užívání alkoholu a drog nebo impulzivního či asociálního chování s tím, že možná komorbidní deprese, úzkostná porucha nebo OCD velmi často zakrývá původní symptomatiku ADHD (Paclt a kol., 2007).

3 INTERVENCE

3.1 Intervence jako podpora

„Intervence představují mocné a efektivní nástroje ke zvládnutí problémového chování a učení žáků novým dovednostem. Použití vědecky ověřených technik, povědomí o proměnných, které mají vliv na efektivitu intervence a dilematech intervencí jsou nezbytnými předpoklady pro nejlepší zavedení intervence v praxi“ (Bartošová, 2008, s. 30).

Intervence je vlastně systematický zásah do určitého problému s cílem jej řešit, nebo také přerušení či úprava probíhajícího procesu. Jde o pedagogická opatření, která zasahují do přirozených sociálních životních situací jedince ve škole nebo v běžném prostředí. Důležitým mezníkem pro rozhodování o formě a strategii **speciálně pedagogické intervence** je vnitřní předpoklad jedince ke změně hodnotové orientace. V odůvodněných případech je intervence realizována institucionálně. Ve fázi intervence je možné aplikovat i terapii (srov. Hillenbrandt, 1999, Průcha, Walterová, Mareš, 2001, in Vojtová, 2008).

Cílem intervence je **dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti jedince s mentálním či jiným duševním postižením** a jeho integrace nebo inkluze do společnosti (Pipeková, 2006).

3.2 Pravidla intervence

„Respekt k životní situaci a jejímu kontextu (rodina, škola) patří k základním pravidlům intervence. Podstatou je, co nejméně omezovat sociální vztahy jedince, na kterého je intervence zaměřena“ (Vojtová, 2008, s. 118).

Pro úspěšné směřování intervence platí dodržovat tři pravidla:

- Co není rozbité, nespravovat
- Když se pozná, co funguje, má se to používat častěji
- Když něco nefunguje, mají se hledat jiné postupy

(Elliot, Place, 2002, s. 24)

Pravidla intervence pro děti s mentálním postižením:

1. Důležité je vědět, že mentální defekt jako takový nelze léčit, nelze ho kompenzovat a tedy ani počítat s jeho výraznější úpravou (to ovšem neznamená, že mentálně postiženého jedince není třeba vychovávat a vzdělávat)
2. Především je potřeba udělat vše proto, aby se u dítěte rozvinulo, co se rozvinout dá, a aby se co nejvíc využila jeho kapacita, kterou přece jen disponuje. Důležité je mít na zřeteli hlavně praktické cíle výchovy a vyučování, které vedou k samostatnosti mentálně postiženého dítěte v dospělosti
3. Adekvátní péče musí být zaměřena i na rodinu mentálně postiženého dítěte, která může i bývá často postižením svého dítěte sama handicapována
4. Z tohoto důvodu jsou zřízené školy pro mentálně postižené praktické nebo speciální, kde je věnována potřebná péče k rozvoji dítěte s mentálním postižením
5. Každé mentálně postižené dítě je odlišné a každé potřebuje individuální péči
6. V zásadě musí rodiče vědět, že jakmile mají podezření na mentální postižení u svého dítěte, je třeba se obrátit na příslušné poradenství

(Košč, 1982).

3.3 Intervence ve škole

„Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami vyplývajícími z lehké mentální retardace, případně jiné úrovně snížení rozumových schopností se vzdělávají v základní škole praktické. Posláním základní školy praktické (původně zvláštní školy) je speciálními výchovnými a vzdělávacími prostředky a metodami umožnit žákům dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a osobnostních kvalit při respektování jejich individuálních zvláštností a možností. Konečným cílem výchovné a vzdělávací práce je příprava žáků na zapojení, v optimálním případě na úplnou integraci do běžného života“ (Švarcová, 200, s. 73).

Intervence ve školním prostředí je zabezpečována pedagogickými pracovníky školy, zejména speciálním pedagogem, metodikem prevence sociálně patologických jevů,

výchovným poradcem, třídním učitelem (speciální pedagog na základní škole praktické) společně s vedením školy a ve spolupráci se speciálně pedagogickým centrem, sociálními pracovníky a dalšími odborníky ze státních i nestátních institucí (srov. Školský zákon č.561/2004 Sb., Vyhláška č. 72/2005Sb., Zákon č. 359/1999Sb.).

Školní metodik prevence se v základní škole praktické podílí na koordinaci aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů u žáků. Vytvářejí tak strategii školy v oblasti prevence zneužívání návykových látek (minimální preventivní program školy), koordinují zavádění tohoto programu, podílí se na jeho realizaci a sleduje jeho úspěšnost.

Speciální pedagog zastává v základní škole praktické funkci učitele nebo třídního učitele. Účastní se vytváření programů na podporu rozvoje osobnosti mentálně postižených žáků a na prevenci negativních jevů jejich vývoje. Dále sleduje psychologické aspekty vzdělávacího procesu a psychohygienických a sociálních podmínek života a rozvoje osobnosti mentálně postiženého žáka (Pipeková, 2006).

„Poradenská práce třídního učitele se vztahuje na žáka bezproblémového, na žáka problémového i na žáka se speciálními vzdělávacími potřebami“ (Vojtová, 2008, s. 94).

Výchovný poradce bývá vybírán z řad pedagogů školy a je do své funkce ustanoven ředitelem školy. Intervenční aktivity výchovného poradce směřují k žákům, k jejich rodičům, popřípadě zákonným zástupcům i k ostatním pedagogům školy.

Úkoly výchovného poradce ve škole:

- Koordinuje poradenské aktivity a nabídky
- Zajišťuje kontakt školy s vnějšími poradenskými zařízeními a institucemi
- Je konzultantem pro hledání konkrétních intervenčních opatření ve vztahu k učitelům i k vedení školy

Výchovný poradce by měl být pedagogem, za kterým by žáci chodili s důvěrou.

Školská poradenská zařízení pro děti a žáky s mentálním postižením

Tvoří **speciálně pedagogická centra**, která se specializují na komplexní péči o děti a mládež s jedním určitým druhem postižením např. pro **mentálně postižené děti** a mládež, jak již název napovídá. Základním úkolem SPC je pravidelná a dlouhodobá

práce s postiženým dítětem od nejranějšího věku až do ukončení školní docházky a s jeho rodiči, která se provádí buď ambulantně v centru, nebo ve školách a školských zařízeních. SPC pro mentálně postižené jsou speciální školská zařízení, která zřizuje MŠMT, zpravidla jako součást speciálních mateřských nebo základních škol. Poskytují poradenské služby školám a školským zařízením pro mentálně postižené, rodičům těchto dětí, orgánům státní správy ve školství i dalším resortům zabezpečujícím péči o mentálně postižené (Švarcová, 2006).

„Při školní intervenci je stěžejní především pozitivní posilování, upevňování správných a žádoucích strategií, postupů a způsobů ve školní práci i v chování“ (Lane, Gresham, O’Shaugnessy, 2002, Vojtová, 2003a in Vojtová, 2008, s. 95).

4 VÝZKUMNÝ PROJEKT

4.1 Cíl, metody šetření

Cílem výzkumné části bakalářské práce je analyzovat informace o edukaci a vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, se specifickými poruchami chování a poruchami chování na Základní škole praktické, ukázat možnosti speciálně pedagogické intervence u žáků s lehkým mentálním postižením za účelem jejich maximálního rozvoje a postupné eliminace nežádoucích prvků chování, zhodnotit v čem spočívá význam intervence u těchto žáků.

Pro výzkumné šetření bakalářské práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, který tvoří případové studie, při jejichž zpracování jsem potřebné informace získávala z pedagogické dokumentace žáků, především ze zpráv z psychologického a speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě z psychiatrického vyšetření. Dále rozhovorem s pedagogickými pracovníky, třídními učiteli, školním metodikem prevence a výchovným poradcem a hlavně vlastním pozorováním žáků, kteří se vzdělávají na Základní škole praktické ve Smolině podle školního vzdělávacího programu „Škola pro život“.

4.2 Průběh výzkumu a metodologie

„Jednou z velkých výhod metody zakotvené teorie je její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávaná odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat (interview, existující dokumenty, pozorování, kvalifikovaný odhad apod.), ale současně využívat různých přístupů v samotné analýze“ (Miovský, 2006, s. 226).

Hlavním cílem výzkumu bylo pomocí kvalitativní metodologie zjistit možnosti intervence vybraných žáků s lehkým mentálním postižením, se specifickými poruchami chování a poruchami chování, na Základní škole praktické ve Smolině.

Mezi vedlejší cíle výzkumu patřilo zjistit:

- jakou roli přikládají pedagogové diagnostice chování žáka s lehkým mentálním postižením

- jaké strategie využívají pedagogové k podpoře a intervenci u žáků s lehkým mentálním postižením a s problémy v chování

4.3 Charakteristika školského zařízení

Jako místo šetření jsem si vybrala Základní školu praktickou ve Smolině, která se nachází nedaleko mého bydliště a je součástí Dětského domova, Základní školy a Praktické školy Valašské Klobouky.

Dětský domov, Základní škola a Praktická škola Valašské Klobouky se sídlem ve Smolině se nachází ve Zlínském kraji. Dětský domov s menšími úpravami funguje již od roku 1922, kdy zde byla založena okresní péče o mládež s působností pro tehdejší valašskokloboucký okres. V roce 1932 byl slavnostně otevřen Okresní dětský domov a po dostavění nové budovy byl v roce 1957 zahájen provoz dětského domova a národní školy pod jedním ředitelstvím. Po zrušení národní školy v roce 1985 a po dokončení výstavby vlastního internátu zde byl zřízen internát pro učně Odborného učiliště Valašské Klobouky. V roce 1991 se prostory školy opět uvolnily, a proto se Školský úřad ve Zlíně rozhodl do prostorů Dětského domova ve Smolině přestěhovat Zvláštní školu z Vlachovy Lhoty a Zvláštní školu internátní v Návojně, která byla tímto zrušena.

V dětském domově se v současné době nachází náhradní domov pro třicet dva dětí, většinou s mentálním postižením, pro které byla zřízena v roce 1991 při dětském domově základní škola praktická a základní škola speciální, a to vše pod jedním ředitelstvím. V souvislosti s novým zákonem č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních byla úspěšně dokončena rekonstrukce celého zařízení, které se stalo zařízením rodinného typu. Kolaudace proběhla 23. 11. 2004 a 9. 12. 2004 byl domov znovu otevřen.

Součástí školy, ve které je pět tříd základní školy praktické, tři speciální třídy a jedna třída praktické školy, je i detašované pracoviště v obci Návojná. O celkem 47 dětí se stará 8 učitelů – speciálních pedagogů a dva asistenti pedagoga. Všichni žáci školy mají možnost pokračovat ve vzdělávání na některém z mnoha odborných učilišť. Drtivá většina žáků této možnosti využívá a dnes má škola již celou řadu spokojených absolventů – kuchařů, pekařů, zedníků, švadlen, cukrářek, truhlářů, opravářů, automechaniků, malířů, kteří se dobře zařadili do života.

Základní škola praktická ve Smolině se nachází v krásném a příjemném malebném prostředí Valašska, obklopeném lesy. A jak už výše bylo uvedeno, součástí jedné budovy je i dětský domov. Většina dětí navštěvujících místní školu žije v dětském domově, ostatní děti dojíždějí do školy z blízkého okolí. Součástí školy je cvičná kuchyňka a jídelna, tělocvična, školní družina, počítačová učebna, společenská místnost. Venku se nachází hřiště a bazén, to vše zajišťuje dětem zájmovou činnost, odpočinek a relaxaci v době vyučování a volnočasové aktivity v rámci školní družiny. Žáci zde mají možnost využití her, sportu, knih, hraček a v letním období využití venkovního bazénu. Ve škole je zřízen počítačový kroužek. Celkem o 26 dětí (7 děvčat a 19 chlapců) se zde stará pět speciálních pedagogů a jeden asistent pedagoga. Pro tyto žáky je zajištěna spolupráce s SPC Duha ve Zlíně, jehož pracovníci svou činnost provádí ambulantně přímo v budově školy. Dále spolupráce s dětským psychiatrem ve Zlíně, jehož žáci navštěvují ambulantně.

4.4 Kazuistiky sledovaných dětí

Při sledování a psaní případových studií žáků základní školy praktické jsem se zaměřila na jejich osobní a rodinou anamnézu, analýzu zpráv z psychologických a speciálně pedagogických vyšetření, rozbor školních sešitů, rozhovor s učiteli a především na vlastní pozorování žáků ve výuce a při volnočasových aktivitách v rámci školy. Pro tyto kazuistiky jsem si vybrala 5 žáků s lehkým mentálním postižením, 4 chlapce a jednu dívku ze ZŠ praktické. K těmto žákům, ačkoliv je spojuje stejný stupeň mentálního postižení, se musí přistupovat individuálně a to nejen kvůli různorodým přidruženým nemocem a poruchám, ale i kvůli odlišnému vývoji rozumového nadání a také z jakého prostředí tyto žáci pocházejí a s jakou genetickou výbavou.

Kazuistika č. 1

Lubomír

Věk: 15 let

Žák 9. ročníku ZŠ praktické

Diagnóza: lehké mentální postižení

Rodinná anamnéza

Žák se narodil v úplné rodině jako třetí ze čtyř dětí. Po narození v ústavní péči, od roku 2001 v péči otce, rodinné zázemí komplikované, matka psychicky nemocná. Chlapec výchovně náročný, pohybově neklidný, nesoustředěný. Od roku 2002 opět v ústavní péči, v které je dodnes.

Osobní anamnéza

Žák ve věku 15 let, matka odmítala těhotenství i narození dítěte. Již v mateřské škole byl výchovně těžko zvladatelný, zlostný, vývojově opožděný, pomočoval se. Narušoval hry ostatních dětí, zařazen do speciálního předškolního programu. Rodiče pro něj žádali odklad školní docházky.

Dle vyšetření posouzení školní zralosti ve věku 6 let, u chlapce rozumové schopnosti v jednotlivých složkách intelektu výrazně nerovnoměrně rozvinuté, jako celek v dolním pásmu průměru, vyjadřovací prostředky chudé, mnohočetná dyslalie, dysgramatismy. Lateralita ruky a oka zkřížená, u ruky převaha levostranných tendencí, grafomotorika opožděná, ve figurální kresbě projekce agresivity. Na základě tohoto vyšetření mu byl doporučen odklad školní docházky a byl přijat do speciální mateřské školy na týdenní pobyt vzhledem k tíživé rodinné situaci.

O rok později, ve školním roce 2003/2004, na základě doporučení PPP a na základě výsledků v oblasti rozumové, výchovné, pro zdárný další vývoj, byl zařazen do 1. třídy ZŠ praktické ve Smolině, kterou navštěvuje dodnes.

Žák je v péči privátního dětského psychiatra z důvodu jeho častého agresivního a impulzivního chování k ostatním spolužákům a dospělým. A proto mu byla předepsaná medikace na zmírnění, popřípadě odstranění nežádoucích prvků chování. Několikrát byl také hospitalizován v DPL. Ve školním roce 2011/2012 mu byla medikace zrušena pro jeho zlepšený celkový zdravotní stav.

Psychologické a speciálně pedagogické vyšetření

Chlapec ve věku 6 let kontakt navazuje dobře, pozitivně emočně vyladěn, vstřícný, spontánní. Nezralá psychická práce schopnost, v úkolové situaci spíše hravý, přesto aktivní, koncentrace pozornosti kolísá podle druhu činnosti, netrpělivý.

V testu rozumových schopností podal celkový výkon v pásmu mírného podprůměru, výkon v názorovém testu (B-Raven) v normě. Výsledky v jednotlivých oblastech

značně nerovnoměrné, podobně i s úrovní některých dovedností. Další výsledek v testu rozumových schopností (WISC 3) potvrzuje nerovnoměrnost jednotlivých oblastí, zatímco celkový výkon a perforační škála v pásmu podprůměru, škála verbální téměř výrazně podprůměrná. Výrazné nedostatky ve zkouškách zrakového a sluchového rozlišování, ve sluchové analýze a syntéze. Dosud neurčí správně všechny základní barvy. Kreslí levou rukou, způsob úchopu během práce mění, přetrvává křečovitě držení tužky. V prostředí MŠ údajně agresivní, sklon k impulzivnímu chování.

Závěr: Tmavovlasý chlapec ve věku 6 let. Komplikovanější anamnéza, původní rodina dysfunkční, nyní v ústavní výchově. Deprivační syndrom, výchovné problémy, pomočování. Vzhledem k závažným životním okolnostem je nutné brát výsledky v testech rozumových schopností s rezervou, současně však nemůžeme podceňovat celou řadu nepříznivě spolupůsobících faktorů.

Vlastní šetření

Ve čtení spíše pomalý, malinko zadržává, má problémy s výslovností. V podstatě čte nerad, uvědomuje si svůj handicap v této oblasti. Čtenému projevu rozumí, dokáže povyprávět, i když jeho mluvený projev je často namáhavý a zdlouhavý. I při běžné komunikaci bývá jeho řeč někdy nesrozumitelná a namáhavá, osoba na druhé straně komunikace musí vyjádřit trpělivost, aby nedošlo k pocitu nepochopení na straně chlapce. Písmo mívá často nečitelné a kostrbaté i na tabuli až těžkopádné. Gramatický projev v celku dobrý. V matematice je pracovní tempo pomalé, nesoustředěné a zdlouhavé, jediný ve třídě si neustále ukazuje počítání na prstech. Ve výsledné práci je průměrný. Ostatní předměty jako je fyzika, chemie, přírodopis a zeměpis ho baví, učivu rozumí, zajímá se o něj, rád se zapojuje a plní zadané úkoly. V těchto předmětech ve výsledku je hodnocen jako lepší průměr. V hodině pracovní výchovy je velmi šikovný, obratný, pracuje rád, zvláště v dílně, kde dokáže dlouho a trpělivě tvořit. Už několikrát se stal vítězem školních soutěží ve tvorbě různých výrobků, např. v soutěži o nejlepšího Mikuláše nebo čerta, o nejlepší velikonoční výrobek atd. Mezi jeho oblíbené předměty patří hudební výchova a úplně nejradši má tělesnou výchovu. Rád cvičí, snaží se, s velkým nadšením hraje fotbal, ovšem někdy při nezdaru dokáže být kritický vůči druhým, sám si chybu nepřizná, je urážlivý, vulgární a to občas i k dospělým. Rád a zaujatě kreslí, sbírá různé obrázky a nálepky. Ve volném čase rád sleduje televizi, zvláště dokumentární pořady. V chování ve škole

se často s návalem emocí projevují výbuchy vzteku, které zase rychle mizí. Někdy vulgární, komentuje druhé, má zpomalené tempo, je nepořádný a nekritický k sobě. Jeho celkový prospěch je průměrný.

Celkové hodnocení intervence u žáka

Žák je dnes dobře adaptovaný na školní prostředí i spolužáky a dospělé. Snaží se i přes jeho pomalejší tempo aktivně zapojovat do učení, při zadání úkolů pracuje samostatně a trpělivě. O přestávkách mile a rád komunikuje se spolužáky i s dospělými, je vděčný, když mu druhý naslouchá. I přes jeho občasné výbuchy vzteku, které se projevují při nezdaru, dokáže korigovat své chování, o čemž také svědčí i fakt, že chlapec je dnes bez dřívější potřebné medikace. Nutno podotknout, že jeho chování souvisí s pubertou. Jako ostatní chlapci ve třídě nejraději hraje hry na počítači.

Kazuistika č. 2

Jan

Věk: 16 let

Žák 9. ročníku ZŠ praktické

Diagnóza: lehké mentální postižení, syndrom ADHD

Rodinná anamnéza

Žák pochází z rozvedeného manželství, má dva sourozence, jedna sestra bydlí u matky, druhá u otce. Chlapec žil s matkou a jeho sestrou v jedné domácnosti. Matka péči o něho nezvládala, proto mu byla soudem nařízena od roku 2010 ústavní výchova.

Osobní anamnéza

Žák ve věku 16 let je z prvního těhotenství matky. Do 4. třídy žil v úplné rodině, pak se rodiče rozvedli, otec se od nich odstěhoval. S otcem se vídá dodnes, jezdí k němu na prázdniny i k babičce a dědovi, vztah je mezi nimi dobrý. Ovšem doma u chlapce nastaly problémy, matka sama na výchovu nestačila, chlapec začal chodit za školu, útěky, toulání, drobné krádeže. Navštěvoval běžnou ZŠ, ale učení mu moc nešlo i

kvůli spolužákům, kteří ho slovně napadali, ve škole jednou propadl. Pro neustálé problémy se záškoláctvím byl hospitalizován v DPL, absolvoval preventivně výchovný program ve Středisku výchovné péče. Od roku 2006 je v péči dětského psychiatra. Při léčebných pobytech byl chlapec hodnocen jako bezproblémový, zapojený po všech stránkách. Podle sdělení školy je nevýrazný typ, tichý, chová se normálně, matka mu nedokáže doma stanovit pevný režim, proto utíká z domu, stýká se s partou kluků, vyskakuje z okna apod. Z výše uvedených důvodů byl přijat na diagnostický pobyt a následně na to mu byla nařízena ústavní výchova od roku 2010 a v témže roce byl přeřazen do ZŠ praktické, s ohledem na potřebu individuálního přístupu, jak ve složce výukové, tak citové, kde se očekává zlepšení sebevědomí, zvýšení motivace a následkem toho i snahy.

Psychologické vyšetření

Chlapec, u kterého bylo vyšetření provedeno ve věku 12 let, vstupuje do kontaktu s mírnou neochotou, je nejistý. Odpovídá tichým hlasem. Na úkolech většinou spolupracuje, rychle se vzdává, nad odpovědí se příliš nezamýšlí. Pochvala a povzbuzení má pouze dočasný účinek. Dle jeho slov ho škola nebaví, nechce tam chodit, je často nemocný a hodně zameškal.

Aktuální rozumové předpoklady jsou situovány do dolního pásma podprůměru. Jan dosáhl výsledků odpovídajících věku pouze v oblasti všeobecné informovanosti a názorně logického úsudku. Výrazněji podprůměrné je vizuální odlišování podstatného a nepodstatného, rozvoj verbálně logického myšlení, opora mechanické vstřípivosti paměti, výraznější potíže při práci v nuceném tempu. Méně sociálně jistý. Rezervy v oblasti početních dovedností.

Závěr: Chlapec s výraznými projevy stagnace vývoje intelektových funkcí – aktuálně sníženy do pásma lehké mentální retardace, což celkově odpovídá IQ = 68. Vážnou u něj analyticko-syntetické schopnosti, není mnohdy schopen zobecnění a pochopení podstatného. Vážnutí abstrakce i poruchy pozornosti mají negativní vliv na výkony v matematice. V důsledku nevypracovaných volných schopností, využívá velmi obtížně paměť, obtížně si vštěpuje nové znalosti, naučené následně zapomíná a v důsledku toho ztrácí o akademické vzdělání zájem.

Důležité je namotivování chlapce ke školní práci. Využívat pozitivní stimulace výkonů a to i tehdy, když zlepšení jsou jen dílčí či nahodilá, ocenit i snahu a zájem.

Předejde se tak projevům rezignace dítěte před každým těžším úkolem. Zaměřit se a posilovat chlapce v oblastech, ve kterých je úspěšný a baví ho. Upevňovat základy učiva, zejména v hlavních vyučovacích předmětech a využívat názorných pomůcek k pochopení učiva.

Vlastní šetření

Jan čte pěkně a plynule, má rád literaturu, zajímá se o ni. Písmo má čitelné, úhledné, sešity si vede vzorně a upraveně. V matematice počítá dobře, učivu rozumí. Občas mívá ve vyučovací hodině výkyvy nálad, nechce se mu pracovat, vyrušuje hlavně verbálně. To se projevuje především, když se vrací z návštěvy od své rodiny. V předmětech jako je přírodopis, zeměpis, fyzika a chemie se o učivo velmi zajímá, baví ho to, je aktivní. Jeho celkový prospěch ve výukových předmětech je bez výrazných problémů. V hodinách pracovní výchovy je hodnocen velmi dobře. Chápe rychle, co se po něm vyžaduje. Zvláště v pracovní dílně se jeví jako manuálně velmi zručný, šikovný a rychlý, sám dopředu vymýšlí, navrhuje, je kreativní. Při těžší fyzické práci je méně obratný, vzhledem k jeho slabší tělesné konstrukci. V hudební výchově se zapojuje, i když nepatří mezi jeho nejoblíbenější předměty. Také mezi jeho méně oblíbené předměty patří tělesná výchova, zde se málo aktivně zapojuje, nebaví ho to, je líný, těžko se přizpůsobuje. Jan je slabší tělesné konstrukce a snad i proto se vyhýbá konfliktům. Chování ve škole dobré, někdy trochu náladový, občas rád a cíleně provokuje dospělé (dělá mu to dobře). Ve volném čase chodí rád na vycházky, rád si povídá, hlavně s dospělými, poslouchá hudbu. Při osobním pohovoru jsem zjistila u Jana zkušenost s lehkými drogami, naštěstí vzhledem k jeho nařízené ústavní výchově a intervenci v praktické škole, je možnost se dostat k těmto omamným látkám značně omezena.

Celkové hodnocení intervence u žáka

Žák, po přerazení z běžné základní školy do praktické, se postupně adaptoval na nový kolektiv i školu jako takovou. Našel si kamarády, mají společné zájmy a koníčky. Ve škole, i přes jeho občasnou náladovost a někdy i lenost, rád a svědomitě pracuje. Několikrát prospěl s vyznamenáním, což zvedlo a posílilo jeho sebevědomí a to bylo hlavním cílem jeho intervence v této škole. Letos byl vyšetřován kriminálkou pro krádež, stalo se to v době, kdy byl na návštěvě u své rodiny. Byly

provedeny kázeňské postupy a prostředky, poté nastalo celkové zlepšení a jeho chování je opět v normě.

Kazuistika č. 3

Radek

Věk: 13 let

Žák: 7. ročníku ZŠ praktické

Diagnóza: lehké mentální postižení, syndrom ADHD, nesocializovaná porucha chování

Rodinná anamnéza

Žák pochází z nepodnětného, patologického, násilnického prostředí. Rodiče neměli podmínky pro jeho výchovu a neměli zájem je upravit, proto byl hned po narození umístěn v kojeneckém ústavu. Jednou byl neúspěšně umístěn do pěstounské péče. V ústavní péči žije dodnes, s rodiči odmítá kontakt.

Osobní anamnéza

Žák je dnes ve věku 13 let. Od narození je umístěn v ústavní výchově, nemá sourozence. Dříve, ještě před příchodem na naši školu, byl několikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně pro jeho nekázeň, snížený intelekt, emoční labilitu, sociální nezralost. Byl objektem šikany, provokování, ponižování. Na tyto rušivé vlivy reagoval pláčem, ale i hrubostí. Je-li v klidu, respektuje vnitřní řád zařízení. Lépe respektuje mužskou autoritu. Významnou motivační hodnotu má pro něj pochvala.

V roce 2009 byl umístěn v dětském domově se školou, důvodem byly jeho výchovné problémy: neposlušnost, agresivita, vulgární slova. Předtím v DD, předtím půl roku v pěstounské rodině, od narození v KÚ. Dlouhodobě je v péči pedopsychiatra a neurologa – disharmonický vývoj osobnosti, hyperkinetická porucha, poruchy pozornosti, afektivní dráždivost, hyperaktivita, socioemoční deprivace. Vyhovuje mu práce v kratších časových celcích, střídání činností a častá pochvala. V kolektivu vrstevníků stojí na okraji, může se stát terčem útoku silnějších jedinců. Preferuje

klidnější činnosti: sledování TV, PC hry, kreslení, rybaření. Nemá rád sportovní aktivity a fyzickou námahu.

Žák je od roku 2010 zařazen do ZŠ praktické ve Smolině. Ve škole je u něho nutnost individuálního vedení, má nečitelné písmo, zpomalené pracovní tempo. Je nepořádný, ztrácí psací potřeby a rýsovací pomůcky. Má neustále problémy se spolužáky, velmi těžce snáší kritiku. Nerad píše úkoly, zapírá, že žádné nemá, snadno vybuchne, je labilní a náladový, stěžuje si na chování ostatních. Má nekoordinované pohyby jak při jídle, tak při pohybu, psaní, úklidu věcí, u činnosti dlouho nevydrží.

Psychologické vyšetření

Chlapec, u kterého bylo vyšetření provedeno ve věku 11 let, dovede navázat sociální kontakt, ale neudrží požadovanou kvalitu a odstup. Komunikace nejvíce vázne na ztížené srozumitelnosti jeho projevu-velmi nepřesná artikulace- a na neschopnosti udržet pozornost. Intelektově v pásmu LMR. Čtení pomalé a nepřesné, grafomotorika nevyspělá. Vysoká afektivní dráždivost.

Osobnost chlapce je velmi nevyrovnaná, Radek je zatížen výraznou a dlouhodobou citovou deprivací. Také jsou výrazné hyperaktivní projevy a nezakotvenost ve vztazích. Má velké problémy se zařazením do skupiny starších dětí.

Pro jeho další vývoj vzhledem k infantilním projevům jeho osobnosti by bylo schůdné zařadit jej do méně početné skupiny vrstevníků a podporovat jeho stále velmi dětské zájmy-kreslení, vyplňování dětských rébusů, hádanky a krátké hry spojené s rozvojem jeho tělesné aktivity. Tato je velmi slabá, chlapec odmítá procházky a cvičení se slovy, že je to pro něj velmi obtížné. Z tohoto důvodu absolvoval také nejružnější lékařská vyšetření, hlavně z oblasti neurologie, kde dle informací, které máme v současné době k dispozici nebyla prokázána výraznější patologie, která by tyto nepřiliš náročné aktivity nedovolovala.

Závěr: Využitelnost intelektových schopností je na hranici lehké a střední mentální retardace, IQ=50. Na vyšší úrovni je přirozená inteligence, na horší inteligence krystalická, závislá na akademickém vzdělání. Přestože čte vcelku plynule. O čem čte, ale neví, nedovede čtené reprodukovat. Mechanicky má zvládnout násobilkou. Horší je to se sčítáním a odčítáním, které si plete, počítá s názorem. Využitelnost intelektu snížena komplikacemi v chování, syndrom ADHD, disharmonický vývoj

osobnosti, hyperkinetická porucha, poruchy pozornosti, afektivní dráždivost, hyperaktivita, socioemoční deprivace.

Vlastní šetření

Chlapec čte průměrně, rád si přečte to, co ho baví a dokáže o tom povyprávět. Ústní vyjadřování dobré. Písmo má kostrbaté, nečitelné, špatná gramatika. Nedodrжуje odstavce, celková úprava nevzhledná. Podle jeho slov ho psaní nebaví. Je to způsobeno spíše poruchou jemné motoriky a celkovou neobratností. V matematice je průměrný, učivo chápe, občas chybuje. V ostatních předmětech jako je zeměpis a přírodopis je dobrý, o učení se zajímá, nespokojí se jenom s teorií, má rád názorné ukázky daného učiva. V pracovní výchově se velmi snaží, dokáže být trpělivý, zvláště, když ho určitá činnost zaujme. V hudební výchově zpívá rád, nejraději svůj zpěv i ostatních doprovází hrou na některý z Orffových hudebních nástrojů. Naopak vzdálená je mu velmi, k vzhledem k jeho nekoordinovaným pohybům, tělesná výchova, zde se projevuje jeho nervozita a dokáže být i hrubý vůči spolužákům i učitelům, někdy až vulgární. Důležitá je vhodná motivace a nezatěžovat chlapce. Naopak, když má dobrou náladu, rád si zahraje se svými spolužáky kopanou. V celkovém chování se projevují občas výkyvy nálad, vynucuje si pozornost, účelové chování tzv. „hraje“. Jindy spolupracuje, je ochotný pomáhat dospělým. Ve volném čase rád sleduje TV, hraje počítačové hry, rád kreslí. Mezi jeho nejoblíbenější koníček patří rybaření, sbírá všechno, co se k tomu vztahuje. Na ozdravném pobytu u moře dokázal dlouho se zaujetím pozorovat rybáře i sám si připravoval všechny rybářské pomůcky. Celkový prospěch Radka je průměrný, na posledním vysvědčení měl tři trojky, jeho prospěch se od předešlých let zlepšil.

Celkové hodnocení intervence u žáka

Chlapec se na zdejší školu dobře adaptoval, o tom svědčí i zlepšení jeho celkového prospěchu. Ve výuce dosahuje poměrně dobrých výsledků. Hlavně píše nečitelně, ale když chce, napíše krásně. Má dobré znalosti v zeměpisu, přírodopisu a fyzice. Často má kolem sebe nepořádek, někdy zapomíná přinést do školy věci nebo úkol. Proto je nutný neustálý dohled a individuální přístup a motivace žáka. Chlapec si rád hraje s mladšími spolužáky, pomáhá jim.

Kazuistika č. 4

Jitka

Věk: 12 let

Žák: 5. ročník ZŠ praktické

Diagnóza: lehké mentální postižení, syndrom ADHD

Rodinná anamnéza

Dívka pochází z úplné rodiny, ve které nyní žije. Matka je vyučená zahradnicí, většinou bez práce, občas nějaká brigáda. Otec již staršího věku, absolvent maturitního oboru, nyní v invalidním důchodu. Jitka má ještě starší sestru, která chodí do stejné školy. Rodina žije v menším bytě.

Osobní anamnéza

Žákyně ve věku 12 let, narozena z druhé gravidity v termínu, průběh normální, odešla domů zdravá. V 18 měsících zjištěna srdeční vada, v sedmi letech operována. Do té doby byla hodně nemocná, kolektiv byl omezován pro eliminaci infekce. Proto tedy do školky nechodila. V šesti letech proveden odklad školní docházky – pro perspektivu operace srdce, artikulační neobratnost, opožděnou vizuomotorickou a grafomotorickou koordinaci. Po odkladu na základě psychologického vyšetření se dítě jevílo jako hraniční mezi ZŠ a ZŠP. Rodiče se raději rozhodli pro lehčí školu s ohledem na operaci srdce.

Využitelnost intelektových schopností se jeví v pásmu lehkého mentálního postižení. Projevy SPU. Zvládá počítání do 10. Snadno podlehne rušivým stimulům – což je v malotřídce problém. Mnohdy roztržitá, zapomene si zapsat domácí úkoly. Čtení a psaní jí jde hůře. Kreslí velmi tvořivě, v kresebných projevech patrna veliká úzkost. Těžce nese, když se jí děti posmívají, reaguje impulzivně a podrážděně.

Nyní je dívenka v 5. třídě ZŠ praktické ve Smolině. Od první třídy měla většinou samé jedničky a jednu trojku z ČJ.

Psychologické vyšetření

Dívka, u níž bylo provedeno vyšetření ve věku 8 let, je somaticky drobná, kontakt navazuje bez větších obtíží. Krátkodobá koncentrace pozornosti, pomalé pracovní tempo, motorický neklid. Výslovnost neupravena, slovní zásoba přiměřená.

Rozumové předpoklady nerovnoměrně rozloženy, s lépe rozvinutou verbální složkou, celkově však spadají do pásma mentálního postižení. Jitka se přiměřeně samostatně orientuje v sociálních situacích a vazbách. Oslabení je patrné v oblasti percepčně-motorických funkcí – především logické utváření prostorových představ, auditivní vstřípivosti paměti. Ještě výrazněji pak postřehování drobných detailů, vizuomotorické koordinace a v oblasti chápání vztahu příčina následek (orientace ve složitějším názorovém poli. Figurální kresba nese známky organicity.

Speciálně-pedagogické vyšetření

V řeči ještě nedostatky ve výslovnosti, objevují se potíže s porozuměním slovní instrukci (pokyny je třeba opakovat víckrát, přesto některým dostatečně nerozumí, což do určité míry může být ovlivněno krátkou dobou pozornosti). Vážně sluchové rozlišování, částečně i zraková percepce. Oslabeny jsou jemné motorické funkce, vadný je úchop tužky, ruka neuvolněná. Zkouška laterality zjištěna dominantní pravá ruka, oko střídá, kreslí pravou rukou.

Závěr: Dívka je po realizovaném odkladu školní docházky, s nerovnoměrným rozložením rozumových předpokladů, celkově v pásmu lehkého mentálního postižení, nerozvinutou grafomotorikou a neurčitou lateralitou. Výsledky naznačují nerovnoměrné dozrávání a susp. Poruchu pozornosti na bázi ADHD, která, se projevuje nejen kolísáním výkonů, ale také výraznějším percepčním oslabením, což do jisté míry může souviset s dlouhodobými zdravotními problémy. Perspektiva zvládání učiva na ZŠ běžného typu je proto nanejvýš problematická. Vzhledem k uvedeným skutečnostem je indikováno zařazení dívky do režimu speciálního vzdělávání.

Doporučení: jemnou motoriku rozvíjet modelováním, stříháním, skládáním, vytrháváním, lepením, činnostmi s drobným materiálem – kostky, korálky, stavebnice, oblékat a svlékat panenku. Zaměřit se na uvolnění ruky a na vytvoření a upevnění správného úchopu, vhodné by bylo používat měkký trojhránek. V oblasti sluchové vést k rozlišování stejných i různých zvuků, později určovat první a

poslední hlásku ve slově, určované hlásky zejména zpočátku vhodné poněkud zdůraznit. Vhodný je zpěv písniček, říkanek (s rytmizací-rytmus, vytleskávat, vyťukávat nebo provádět jakýkoliv rytmický pohyb).

- Rozvíjet a zdokonalovat slovní projev přiměřeně různým situacím – souvisle odpovídat několika slovy na otázku, vyprávět nějaký zážitek, příběh nebo děj pohádky, popsat předmět nebo obrázek, zkoušet vyjádřit jednu věc několika různými způsoby.
- Rozvíjet analyticko-syntetickou vizuální činnost – skládání puzzle, rozstříhané pohlednice nebo geometrických tvarů
- Rozvíjet prostorovou představivost rozlišováním a uspořádáním předmětů podle velikosti, naučit dítě orientovat se v prostoru
- Rozvíjet orientaci v číselné řadě do deseti
- Rozvíjet základní pracovní-sociální návyky, vyčkat se svým přáním, dokončit zadaný úkol
- Rozvíjet koncentraci pozornosti – pravidla po udržení koncentrace: krátké časové úseky, časté přestávky pro uvolnění napětí

Vlastní šetření

Ve čtení je slabší, občas zaměňuje písmena. Přesto čte ráda, velmi má ráda poezii, je to její koníček. Písmo má nevzhledné, neupravené, časté pravopisné chyby. Dívka zvládá učivo mechanicky, ovšem pak nastává problém použít naučené v praxi. Nemá logické myšlení. Ústní projev je u ní výrazně lepší než písemný. V matematice se stává problémem naopak mechanické naučení, např. zapamatování násobilky. Slovní úlohy zvládá výborně, zde se velmi dobře jeví logické myšlení. V geometrii je rýsování na nízké úrovni. V přírodovědě a vlastivědě si vede dobře, učivo ji zajímá. V pracovní výchově je poměrně zručná, ráda stříhá, lepí, kreslí a tvoří nápadité výrobky. Při sezonních pracích venku patří mezi nejpracovitější žáky. V tělesné výchově cvičí omezeně vzhledem k její srdeční vadě, ale jinak je snaživá, soutěživá, má ráda kolektivní hry. V hudební výchově zpívá dobře, nejraději, ale poslouchá hudbu a to klasiku. Ta patří mezi její oblíbené koníčky. Mezi další její zájmy patří psi a hlavně oblíbená rasa dalmatin. Sbírá a má ráda vše, co se k této rase vztahuje.

Když byla Jitka v mladším školním věku, tak jsme si u ní mohli všimnout i několik druhů oblečení s motivem psa dalmatina. Tento její typický výrazový projev se s přibývajícím věkem již vytratil. V chování je dívka dominantní, často náladová, výbušná, při hádce se spolužáky musí mít vždy poslední slovo. V afektu je velmi vulgární vůči dětem i dospělým. V takovém stavu dokáže na spolužáky i fyzicky zaútočit a je mnohdy těžké ji zklidnit. Mezi spolužáky není oblíbená. Celkový prospěch Jitky je průměrný, na poslední vysvědčení měla dvě trojky z matematiky a českého jazyka. Ve volném čase ráda chodí do přírody, sbírá všechno ohledně psů. Podívá se někdy ráda na televizi, hlavně pak na pohádky.

Celkové hodnocení intervence u žákyně

Dívka ze začátku s menšími problémy zapojení do třídního kolektivu, dnes vcelku úspěšně a to hlavně díky její starší sestře, v které má Jitka oporu a kterou dokáže uposlechnout, má na ni velmi pozitivní vliv. Chodí do stejné třídy. Ve školním prostředí se pohybuje velmi jistě až suverénně. V učení dělá pokroky, snaží se. Když má dobrou náladu, je vstřícná ke spolužákům i dospělým. Pokud se u ní objeví vznětlivé, někdy až hysterické chování, následuje ze strany dospělých rozebrání situace či problému a domluva. S přibývajícím věkem se u dívky toto občasné afektivní chování snižuje. Jitka ráda pracuje na PC, proto také navštěvuje školní kroužek.

Kazuistika č. 5

Igor

Věk: 7 let

Žák: 1. ročníku ZŠ praktické

Diagnóza: lehké mentální postižení, psychická deprivace

Rodinná anamnéza

Chlapec dříve žil s rodiči a se třemi sourozenci. Ale rodiče péči a výchovu zanedbávali, měli dluhy, prodali dům, rozvedli se a matka se i s dětmi ocitla v azylovém domě. Matce nebyl další pobyt prodloužen s ohledem na její chování a

nedostatečnou péči o děti. Proto byla chlapci i jeho sourozencům nařízena ústavní výchova. Od roku 2010 žije v dětském domově spolu se sestrou a bratrem.

Osobní anamnéza

Žák je dnes ve věku 7 let. Před příchodem do dětského domova byl pod dohledem OSPOD, docházel krátce do MŠ speciální. Matka se k zápisu nedostavila do žádné školy. Nyní navštěvuje první třídu ZŠ praktické ve Smolině.

Igor po příchodu do dětského domova byl zanedbaný po všech stránkách. Jeho řeč byla naprosto nesrozumitelná. Se svojí starší sestrou Sárrou měl vytvořený zvláštní dorozumívací jazyk, kterému rozuměl jen nejstarší bratr David. Přestože základům mluvené řeči rozuměl, odmítal mluvit. Byla u něj zahájena intenzivní logopedická terapie, která trvá dosud. V projevech patrná psychická deprivace (apatie, pasivita, negativismus v kontaktu se sociálním prostředím). Byl vyšetřen pro posouzení školní zralosti a možnosti zaškolení. Vývoj intelektu směřuje k lehkému mentálnímu postižení. Jeho využitelnost je v důsledku syndromu CAN výrazně snížena. Patrné je značné psychomotorické opoždění, zejména v oblasti expresivní složky řeči a rozumových schopností podává výkony na úrovni maximálně 3 let. Používá jednoduché věty s agramatismy. Kresba odpovídá věku 4 let. Osobnostně je instabilní, s projevy syndromu ADHD. Igor je vzděláván dle ŠVP vycházejícího z RVP ZV – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením.

Igor učivo 1. ročníku plně neobsáhl, potřebuje prodloužený výklad, více času na zvládnutí nových dovedností a osvojení si stanovených vědomostí. Velký podíl na této skutečnosti mají dřívější nepodnětné a narušené rodinné poměry, pozvolná adaptace na nové prostředí, absence předškolního zařízení. A proto z těchto důvodů a na základě speciálně pedagogického vyšetření a následně jeho doporučení opakuje chlapec 1. ročník ZŠ praktické ve Smolině.

Psychologické vyšetření

Igor, u kterého bylo vyšetření provedeno ve věku 6 let, je somaticky vyspělý. V prvním kontaktu nejistý, mlčenlivý, apatický. Zpočátku na předkládaných manipulačních úkolech spolupracuje, respektuje pokyny, verbálně reaguje na otázky. Pracovní tempo je pomalé. Vyžaduje podrobnější zpětnou vazbu, ujištění o správnosti řešení. Při prvním vnímaném neúspěchu však na úkoly rezignuje, je negativistický, ani přes výraznou motivaci se nenechá přimět k činnosti. Vyšetření

proto bylo předčasně přerušeno. Verbální část testu pak byla administrována nestandardně na chodbě v přítomnosti vychovatelky.

Vzhledem k náročnější spolupráci u některých činností nelze jednoznačně určit, zda odmítá spolupracovat nebo je pro něj daný úkol příliš náročný. Nelze tudíž vyloučit při zohlednění nízké úrovně spolupráce a nepodnětnosti dosavadní výchovné péče podcenění kognitivní kapacity, a proto považujeme toto vyšetření za orientační. Aktuálně plní úkoly na úrovni cca 3 let. Výkony kolísají na hranici lehkého a středně těžkého mentálního postižení.

Vkládá (pokusem/omylem) zvířátka do ozvučené zasouvačky, správně je nazve, napodobí jejich zvuky. Pojmenuje jednoduché předkládané obrázky, odpoví na otázku, ukáže na jednotlivé části postavy. Reaguje jedním slovem, řeč výrazně dyslalická, hůře srozumitelná. Zná své jméno, bydliště, nikoli věk, poděkuje za bonbón. Orientuje se v množství víc/méně, početní řada mechanicky neupevněna, pojem čísla vytvořen do čtyř, pojetí počtu zatím schází. Skládá obrázky ze tří částí (puzzle), třídí předměty do dvou kategorií, obtížněji skládá mozaiku dle předlohy. Kresebné činnosti odmítá. V oblasti sebeobslužných činností je soběstačný, pouze nezávládne zavázat tkaničku.

Závěr a doporučení: Chlapec ve věku 6 let nyní krátce žije v dětském domově, v projevech patrná deprivace. Při vyšetření spolupracoval s velkými výkyvy, hodnocení kognitivních schopností proto považujeme, i se zohledněním nepodnětnosti dosavadní výchovné péče, pouze za orientační a bude nutné ho časem ověřit. Vývoj intelektu směřuje k lehkému mentálnímu postižení IQ 65. Patrné je značné psychomotorické opoždění, zejména v oblasti expresivní složky řeči a rozumových schopností podává Igor výkony na úrovni maximálně 3 let. Obtíže nelze hodnotit jako školní nezralost, proto se přikláníme k zaškolení chlapce již v následujícím školním roce.

Na základě výše uvedeného doporučujeme ve školním roce 2010/2011 zařadit Igora do 1. třídy ZŠ praktické ve Smolině a vzdělávat podle ŠVP vycházejícího z RVP ZV – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením.

Nezbytně nutné je zahájení intenzivní logopedické péče na klinickém pracovišti.

Speciálně pedagogické vyšetření

Vyšetření bylo provedeno ve věku 7 let žáka, z důvodu na žádost školy se souhlasem zákonného zástupce, nezvládnutí učiva 1. ročníku ZŠ.

Igor si učivo 1. ročníku osvojuje velmi pomalu, pracuje pouze s pomocí, často je zarputilý, odmítá pracovat, a to zejména při zadání nových úkolů. Činnosti, které již zvládá, vykonává rád. S pomocí pracuje i pečlivě. Je velmi deprivovaný, často plačtivý. Potřebuje prodloužený výklad učiva a být neustále motivován k práci.

Pravidelně dochází ke klinickému logopedovi.

Z vyšetření: Vyšetření realizováno v prostorách ZŠ praktické. Do místnosti přichází v doprovodu třídní učitelky. V prvotním kontaktu nejistý, těká očima, mlčenlivý, patrný obavy z cizího člověka a neznámé situace. Po odchodu pedagoga postupně navazuje oční kontakt, začíná se verbálně projevovat a plnit zadané úkoly. Na pokládané otázky odpovídá jednoslovně, při veškerých činnostech nutné vedení, motivace a ujištění, že pracuje správně. Vyjadřovací schopnosti jsou na velmi nízké úrovni, pasivní slovní zásoba převyšuje aktivní. Igor uvádí, že jej ve škole nejvíce baví čtení.

Specifické zkoušky: sluchová percepce výrazně oslabená, diferenciací nespolehlivá, nezvládá syntézu a analýzu slov, nepozná ani první hlásku ve slově. Audiomotorická koordinace, zrakové rozlišování navzájem inverzních figur narušeny, pravolevá, časoprostorová orientace osvojena. V řeči artikulační neobratnost, specifické asimilace, spodoby slabik ny x ni, nesprávná výslovnost několika hlásek.

Aktuální čtenářský výkon: čtení krátkých vět se slovy s otevřenými slabikami ukončených obrázky. První slabiku slova vždy nejprve přehláskuje, pak ji přečte celou a hláskuje další slabiku. Na otázky k přečtenému dokáže správně odpovědět.

Písemný projev: grafický pravák, úchop pera hrstičkou s posunem ukazováku i prostředníku nahoru. Grafomotorika neuvolněná, nápadný je silný přítlak na podložku. Písmo zvětšené, kostrbaté, bez pomocných linek mění velikost. Zvládá opis, přepis grafémů, slabik, krátkých slov s otevřenými slabikami, diktát písmen, slabik s chybami.

Matematické schopnosti: počítá v oboru do 5. Číslo k počtu prvků a naopak přiřazuje spolehlivě, sčítání s oporou prstů bezchybné. Při odčítání potřebuje vedení. Dočítání

nezvládá, stejně tak jednoduché slovní úlohy. Rozklad čísla, doplňování správných znamének do příkladů s nápovědou a pomocí. Základní rovinné útvary prozatím adekvátně nedokáže nepojmenovat.

Z dalších zkoušek: kresba postavy nese známky výrazného opoždění. Prozatím se ještě spolehlivě neorientuje v barvách, dny v týdnu vyjmenovává s pomocí, zná několik bylin a zvířat. V čase se neorientuje, dokáže poskládat jednoduché puzzle. O základních sociálních vztazích má povědomí.

Závěr a doporučení: Chlapec ve věku 7 let, s vývojem intelektu směřujícím k lehkému mentálnímu postižení. Patrné značné psychomotorické opoždění, zejména v expresivní složce řeči a v rozumových schopnostech. V projevech psychická deprivace.

Igor učivo prvního ročníku ZŠ plně neobsáhl, potřebuje prodloužený výklad, více času na zvládnutí nových dovedností a osvojení si stanovených vědomostí. Velký podíl na této skutečnosti mají dřívější nepodnětné a narušené rodinné poměry, pozvolná adaptace na nové prostředí, absence předškolního zařízení. Z těchto důvodů ve školním roce 2011/2012 doporučujeme opakování 1. ročníku ZŠ. Na vysvědčení navrhuje buď slovní hodnocení z hlavních předmětů, nebo motivační známky (musí být k práci neustále podněcován a chválen).

Vlastní šetření

Chlapec čte dobře, vazebnost slov chápe. Čte jednoduché věty s obrázky. Nutno podotknout, že chlapec trpí vadou řeči – dyslalie. Časté a potřebné opakování výslovností. Mluvený projev je slabší z důvodu již zmiňované vady řeči a také z důvodu psychické deprivace. Píše úhledně, je pravák, tvary písmen některé bývají hůře. Má problém s fixací složitějších tvarů, vazebnost tvarů bývá chybná, ale pokud se naučí, již nechybje. Opis krátkých vět nezvládá, pouze jednotlivá slova. Úchop psacích náčiní je křečovitý. V matematice počítá v oboru do 10 (má do 5), mechanicky do 50, chybuje málo. Zvládá doplňování před a za. Slovní úlohy pouze s pomocí, také určování geometrických tvarů zatím s pomocí. Čísla k počtu prvků a naopak přiřazuje dobře. V prvouce dosahuje velmi dobrých výsledků. Učivu rozumí a na otázky správně odpovídá. Zná několik druhů rostlin a zvířat. Ve výtvarné výchově grafomotorika oslabená, přesto kreslí rád, nejraději vybarvuje omalovánky a to velmi pěkně. V pracovní výchově se nejvíce projevují problémy s jemnou

motorikou, hlavně při střihání. Při neúspěchu bývá plačtivý, nechce se mu dál pracovat. Někdy bývá líný pracovat, nutná motivace a povzbuzení. V tělesné výchově se velmi snaží, zapojuje se, nejraději má soutěže, kde zvládá poskoky snožmo i o jedné noze, přeskoky přes překážky, umí udržet rovnováhu. Hraje míčové hry, nejraději kopanou se spolužáky. V hudební výchově je aktivní. I přes výraznou artikulační neobratnost slov se snaží zpívat, nebojí se vystoupit před ostatními. Rád tancuje, tleská, oblíbená u něho je i hra na některý z Orffových nástrojů. Ve volném čase rád jezdí na koloběžce, hraje míčové hry. Chování ve škole bez konfliktů a problémů, občas při nezdaru a nezvládnutí nových úkolů rezignuje, přetrvávají emoční výkyvy.

Celkové hodnocení intervence u žáka

Ze začátku byla u chlapce adaptace na školní prostředí velmi náročná. Odmítal spolupracovat, často plakal, neposlouchal. Na nezdařené úkoly rezignoval, nechtěl dále pokračovat. Z důvodu psychické deprivace, sociální zanedbanosti a absenci předškolního zařízení nezvládl osnovy ZŠ praktické, a proto na základě psychologického vyšetření opakuje první třídu. Nyní Igor učivo zvládá bez vážných potíží. V rozumovém vývoji značně pokročil a dozrál. Díky logopedické péči je i řeč srozumitelnější. Již je méně plačtivý při neúspěchu nebo plnění nových úkolů. V kolektivu třídy nemá problémy a chování má pěkné a bezproblémové. K učitelce je milý a hodný. Ostatním spolužákům rád pomáhá.

4.4.1 Sběr a zpracování dat

Pomocí polostrukturovaných rozhovorů jsem shromažďovala údaje k zodpovězení výzkumných otázek. Povaha zvolené techniky rozhovoru mně umožňovala se ptát na předem promyšlené otázky, ale také pedagogům dovolovala během rozhovoru spontánně reagovat na pootevřená témata. Nejen technika sběru dat, ale i samotné výzkumné otázky by měly zohledňovat „*otevřený charakter kvalitativního výzkumu*“ (Hendl, 2008, s. 157).

Hlavní výzkumná otázka:

Jakým způsobem probíhá na zkoumané základní škole praktické intervence u žáků s lehkým mentálním postižením, se specifickými poruchami chování a poruchami chování?

První podotázka:

Jakou roli přikládají pedagogové zkoumané základní školy praktické diagnostice žáka s lehkým mentálním postižením?

Druhá podotázka:

Jaké strategie intervence využívají pedagogové u žáků s lehkým mentálním postižením a s problémy v chování na zkoumané základní škole?

V období březen-duben 2012 jsem realizovala rozhovory na základní škole praktické.

Rozhovor poskytly:

- Výchovný poradce
- Školní metodik prevence
- Třídní učitel 9. ročníku
- Třídní učitelka 5. a 7. ročníku
- Třídní učitelka 1. ročníku

Při rozhovoru s nimi jsem si psala poznámky do záznamového archu. „*Záznamový arch je obvykle založen na metodě tužka-papír*“ (Miovský, 2006, s. 199). Rozhovory byly rozloženy na několik setkání, každé zhruba po půl hodině. Někdy byly pedagogové velmi vstřícní a rozhovor trval i hodinu.

Rozhovory v psané podobě jsem analyzovala **technikou otevřeného kódování**. „*Kódování je procesem analýzy údajů (dat) a jeho výsledkem jsou záznamy kódování. Po provedení identifikace a roztrídění významových jednotek můžeme zahájit tzv. otevřené kódování*“ (Miovský, 2006, s. 228).

4.5 Hlavní výzkumná zjištění

Při analýze dat technikou otevřeného kódování jsem identifikovala jednu obecnou kategorii, v rámci které rozlišuji další tři dílčí kategorie zahrnující konkrétní koncepty.

Obecná kategorie:

Intervence u žáků s lehkým mentálním postižením, specifickými poruchami chování a poruchami chování

- a) Intervence a podpora žáků v rámci školy
- b) Vnější poradenství, intervence a spolupráce s organizacemi a institucemi
- c) Diagnostika

4.5.1 Intervence u žáků s lehkým mentálním postižením, specifickými poruchami chování a poruchami chování

Při rozhovorech byla témata týkající se intervence nejčastěji směřována podporujícím procesům a intervenčním strategiím v rámci školy, k využívání vnějších institucí a organizací při poradenství, intervenci a spolupráci při řešení problémů v chování žáků s lehkým mentálním postižením a k diagnostice chování těchto žáků.

a) Intervence a podpora žáků v rámci školy

Všichni pedagogové, kteří byli zapojeni do výzkumu, při intervenci považují za nejdůležitější osobu u žáků třídního učitele. Pokud nastanou problémy v chování u žáků, tak by podle pedagogů měl řešit jako první třídní učitel.

Výchovný poradce říká: „*Žák vás neposlechne, pokud k vám nemá vztah. Bez vztahu to nejde, zvláště žáci s LMP a se syndromem ADHD.*“ Třídní učitelé a školní metodik prevence zdůrazňují, že pro úspěšnost intervence je nezbytný pozitivní vztah mezi žákem a třídním učitelem. Důležité podle nich je, aby byl učitel spravedlivý, důsledný a měl k žákům pozitivní vztah. Žákům pak velmi záleží na tom, aby si pozitivní vztah s učitelem udrželi.

Třídní učitel 9. ročníku má zkušenost s některými žáky, kteří přijdou na ZŠ praktickou z jiné běžné základní školy: „*Protože žáci přicházejí v pozici ponižovaných, odmítaných a vysmívaných dětí, je pro ně velmi důležité přijetí dospělými a přijetí třídním kolektivem.*“. Zde se opět ukazuje jak je důležitý vztah pro práci s žáky s LMP. Všichni pedagogové hovořili obecně o důležitosti vytvoření sounáležitosti žáků se školou. Zejména se zaměřují na práci s třídním kolektivem. Výchovný poradce uvádí: „*Jelikož naši školu navštěvují většinou žáci, kteří mají nařízenou ústavní výchovu, stává se, že během školního roku od nás žáci odcházejí nebo naopak přicházejí noví. A proto je třeba kolektiv neustále utužovat, musíte se o něj starat.*“

Třídní učitelé kladou důraz na aktivní relaxaci a nutnost odpočinku o přestávkách. Žáci si tak mohou zvláště o velké přestávce zahrát např. ping pong, společenskou hru „člověče, nezlob se“, pexeso, posezení na pohovce, prohlížení časopisů, apod. To vše mají možnost využít v prostorách velké školní chodby. Na zmíněné škole u zkoumaných žáků se osvědčilo aktivní trávení přestávek jako prevence a zmírnění problémů v chování.

Na této škole se každý rok organizuje škola v přírodě. Všichni pedagogové, školní metodik prevence a výchovný poradce považují výjezd na školu v přírodě za příležitost k efektivní intervenci a podpoře žáků s LMP, specifickými poruchami chování a poruchami chování. Např. metodik prevence říká: „*Na škole v přírodě máte hodně prostoru a času k tomu, abyste se jim věnovali a pracovali s nimi dál...*“ Třídní učitelé současně konstatují, že se vyjíždí začátkem školního roku, jakoby na adaptační a seznamovací pobyt na škole v přírodě, protože poté může třídní učitel navázat ve škole na intervenční a preventivní práci u žáků s LMP. Metodik prevence klade důraz na zapojování žáků do aktivit, které je zajímají, a které dělají žáci rádi: „*Když je nezávazné a neoficiální prostředí, tak se žáci uvolní a otevřou. Naopak jakmile se po nich něco chce, tak se jakoby zaseknou a těžko se s nimi pohne.*“

Na škole mají žáci možnost zapojení do různých školních aktivit a soutěží, ve kterých má každý šanci na úspěch, pořádání různých školních aktivit. Každé dva roky pořádá zmiňovaná škola „Zájmovou uměleckou činnost.“ Zde si žáci připravují různá vystoupení, tanec, gymnastika, zpěv, divadlo, recitace apod. Třídní učitelka 5. a 7. ročníku říká: „*Tato činnost je velmi důležitá pro žáky s LMP, SPCH a poruchami chování, protože tito žáci mají snížené sebevědomí, nemají objektivní*

náhled na své výkony a chování. A proto zde mají možnost se projevit navenek, předvést co umí...“

Školní metodik prevence připravuje během školního roku různé besedy na různá témata pro tyto žáky a většinou se setká s kladným ohlasem. Naposled to byla beseda na téma „Pohoda, klídek a tabáček.“ A jak říká metodik prevence: *„Žáci si to užili, měli spoustu dotazů, zajímalo je to. Je dobré slyšet, co jim učitelé kladou ve vyučovacích hodinách na srdce, slyšet to z úst jiného člověka odborníka, vezmou to jinak.“*

Na základní škole praktické kladou důraz na zapojení rodičů do intervence, ale i na jejich podporu. Jak už jsem výše zmiňovala, zkoumaní žáci této školy, ale i většina žáků mají nařízenou ústavní výchovu, žáci jsou tedy umístěni v dětském domově a zde je nutná spolupráce a podpora intervence ze stran vychovatelek. Proto několikrát i vícekrát, než bývá zvykem, se v školním roce konají třídní schůzky, a když je to zapotřebí, tak si třídní učitelé zvou do škol rodiče nebo vychovatelky na konzultace, kde rozebírají aktuální radosti i starosti provázející výchovou a vzděláváním žáků s LMP, syndromem ADHD. Výchovný poradce říká: *„Ti rodiče a vychovatelky jsou sem jakoby vtahováni, aby věděli o těch dětech co nejvíc...“*

Třídní učitelé i ostatní pedagogové zkoumaných žáků základní školy praktické shodně upozorňují, že při intervenci a podpoře žáků hraje důležitou roli formativní hodnocení. Kladou velký důraz na zpětnou vazbu, kterou by žák měl dostávat každý den. Třídní učitelka 1. ročníku uvádí: *„Žáci s LMP, syndromem ADHD si často neuvědomují, co dělají dobře nebo špatně, proto je velmi nezbytné a důležité jim dávat zpětnou vazbu na jejich chování.“* Všichni pedagogové se shodují na tom, že: *„Bez poskytování zpětné vazby by byla naše práce zbytečná.“*

b) Vnější poradenství, intervence a spolupráce s organizacemi a institucemi

Pedagogové na základní škole praktické spolupracují často s pedagogicko psychologickou poradnou Duha. Jedná se o spolupráci zaměřenou na diagnostiku zkoumaných žáků, na zjišťování celkové úrovně a adaptace žáka na prostředí školy. Spolupráce a pomoc pedagogickým pracovníkům školy při řešení výchovných a vzdělávacích problémů u žáků. Třídní učitelé vypovídají shodně: *„Pokud máme výchovný problém, řešíme nejprve s výchovným poradcem, metodikem prevence a*

posléze je-li to nevyhnutné, kontaktujeme PPP a obracíme se tak na pomoc odborníků, protože potom máme argument.“

Spolupráce s OSPOD ve škole probíhá v rámci návštěv žáků, kteří mají nařízenou ústavní výchovu. Výchovný poradce říká: *„Jen občas mají zájem sociální pracovníce komunikovat s třídními učiteli ohledně prospěchu žáka, spíš je zajímá, jak se jim žije v dětském domově.“* Takže se spíš nejedná o nějakou zvlášť spolupráci.

V základní škole praktické proběhla i spolupráce s probační a mediační službou. Jak bylo řečeno výchovným poradcem: *„Jednalo se o nějakou drobnou krádež jednoho zkoumaného žáka. Vše se kladně vyřešilo a i ostatní pedagogové si tuto spolupráci pochvalovali.“*

c) Diagnostika

Diagnostiku považují všichni pedagogové, se kterými jsem dělala rozhovor za zcela a bezesporu nejdůležitější součást své práce při řešení výchovných a vzdělávacích problémů žáků. Současně se pedagogové shodují, že zmiňovaní a zkoumaní žáci s LMP, SPCH a poruchami chování, s podpůrnými a intervenčními opatřeními a ve spolupráci s ostatními poradenskými organizacemi a institucemi a za pomoci všech pedagogů školy, dokážou své nežádoucí projevy chování tlumit.

Výchovný poradce, metodik prevence, třídní učitelé zmiňují využívání externích odborníků při diagnostice (např. PPP, SPC). Výchovný poradce dále zmiňuje: *„Někdy bylo potřeba využít i odborné pomoci dětského psychiatra.“* Pedagogové dále využívají při diagnostice spolupráci rodičů či vychovatelů a některých spolužáků. Metodik prevence a třídní učitel říká: *„Pokud mám podezření, že se nějaký problém vyskytl, tak mám vytipované žáky, které dokážou mi danou situaci popsat. Může se např. jednat o nějakou skrytou formu šikany apod.“*

4.5.2 Závěr šetření

Cílem výzkumného projektu bakalářské práce bylo analyzovat informace o výchově a vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, specifickými poruchami chování a poruchami chování v základní škole praktické, ukázat možnosti intervence, možnosti speciálně pedagogického přístupu k žákům s lehkou mentální retardací, za

účelem jejich maximálního rozvoje, a zhodnotit význam edukace žáků s tímto druhem postižení.

Případové studie bakalářské práce se věnují vzdělávání 5 žáků s lehkým mentálním postižením, specifickými poruchami chování a poruchami chování, 4 chlapci a 1 dívka v základní škole praktické. Tito žáci se liší svým věkem, pohlavím, rodinným prostředím, diagnostikou i svými vlastnostmi a dovednostmi.

Vzhledem k přístupu pedagogů, jejich podpůrných a intervenčních opatření ve spolupráci s poradenskými zařízeními a jinými organizacemi a institucemi, k žákům s lehkým mentálním postižením, je pro tyto žáky zajištěno vysoce podnětné prostředí pro získání potřebných znalostí a dovedností pro jejich samostatný život.

Z uvedených kazuistik a rozhovorů se zmiňovanými pedagogy školy, výchovným poradcem a metodikem prevence vyplývá, že pro pozitivní vývoj dítěte je důležité dobré a vhodné zázemí, spolupráce odborníků, spolupráce rodiny, zákonného zástupce a školy a individuální přístup pedagoga. Díky těmto faktorům mají žáci s lehkým mentálním postižením možnost získat co největší množství znalostí, vědomostí a dovedností a dokážou se tak úspěšně začlenit do společnosti.

Každé ze sledovaných žáků je individuum a jako k individuu se k němu musí přistupovat. Tento požadavek intervence v základní škole praktické zcela splňuje a je tedy nejvhodnější formou vzdělávání pro žáky s lehkým mentálním postižením. I když tyto děti spojuje stejný stupeň postižení, nelze je „škatulkovat“, neboť jsou rozdílní nejen ve vývoji rozumového nadání, ale i ve svých potřebách a možnostech, a také rozdílní v možnostech a potřebách přístupu k těmto jednotlivým žákům.

4.6 Diskuze a vyhodnocení výzkumu

V rámci mého výzkumu v Základní škole praktické ve Smolině jsem srovnávala své výsledky šetření s podobnými výzkumy (v internetové podobě) a došla jsem k těmto odpovědím a vyhodnocením.

Na zkoumané Základní škole praktické probíhá intervence u žáků s LMP, SPCH a poruchami chování průběžně v každém ročníku. Pedagogové se zaměřují především na udržení kolektivu, na pozitivní vztah mezi žákem a učitelem a mezi spolužáky.

Na ostatních ZŠ praktických je to obdobné. Pedagogové se zaměřují hlavně na řešení aktuálních situací vzniklých v důsledku afektů spojených se symptomy žáka se syndromem ADHD a LMP. U žáků s LMP a s poruchami chování považují pedagogové za důležité zmírňovat tyto nežádoucí projevy chování, a to i za pomoci jiných odborníků z pomáhajících profesí.

Na zkoumané ZŠ praktické i ostatních ZŠ praktických považují diagnostiku žáka všichni pedagogové, školní metodici prevence a výchovní poradci za nejdůležitější součást své práce ve výchovných a vzdělávacích problémech žáků. Při řešení různých krizových situací vždy vycházejí z diagnózy každého jednotlivého žáka.

Nejdůležitější intervenční strategie u žáků s LMP na ZŠ praktické je práce třídního učitele. Třídní učitel má za úkol vybudovat mezi sebou a žákem pozitivní vztah, který je základem pro úspěšnou intervenci. Intervence probíhá nejčastěji ve vyučování s třídním učitelem. Při intervenci kladou pedagogové důraz na práci se sebehodnocením a na využívání formativního hodnocení. Neméně důležitá je zpětná vazba mezi žákem a učitelem. Pro efektivitu intervence je nutná vzájemná spolupráce mezi všemi pedagogy školy a pedagogy a rodiči nebo vychovateli.

Na ostatních ZŠ praktických, u kterých jsem srovnávala intervenci, je taktéž považována nejdůležitější práce třídního učitele. Třídní učitel buduje třídní kolektiv, vytváří pozitivní vztah mezi ním a žákem a ostatními spolužáky navzájem. Jako první řeší problémy, ať už výchovné nebo vzdělávací, ve své třídě. Při zvlášť závažných problémech je povinný zavolat na pomoc výchovného poradce, školního metodika prevence a popřípadě ostatní odborníky z pomáhajících profesí, nejčastěji z PPP.

Pro podporu žáků s LMP, SPCH a PCH je zvlášť důležité vytvořit u nich sounáležitost se školou, navázání vztahů, zapojení do aktivit, aktivní relaxace apod.

Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala tématem možnosti intervence u žáků s lehkým mentálním postižením a jejich přidruženými poruchami, nejčastěji specifickou poruchou chování. Cílem bakalářské práce a výzkumného šetření bylo poukázat a zhodnotit možnosti intervence a vzdělávání těchto žáků v základní škole praktické, analyzovat možnosti jejich výchovy a vzdělávání v současném školském systému a zpracovat případové studie vybraných žáků s lehkým mentálním postižením, specifickými poruchami chování a poruchami chování.

V teoretické části, která je rozdělena do tří kapitol, jsem se zaměřila především na teoretická východiska daného problému, a to na vymezení nejdříve vývojové psychologie všeobecně, charakteristika jednotlivých vývojových období, pak psychologický vývoj osob s lehkým mentálním postižením, dále specifické poruchy chování, jejich charakteristika, terminologie, etiologie, klasifikace, symptomy, přidružené poruchy. A v neposlední řadě možnosti intervence, jejich podpora, pravidla intervence a intervence ve škole.

V praktické části jsem již pracovala s konkrétními žáky na předem vybrané základní škole praktické. Při zpracování této části bakalářské práce jsem použila metodu kvalitativního výzkumu, jehož hlavní technikou bylo pozorování žáků ve výchovně vzdělávacím procesu a rozhovor s pedagogy školy těchto žáků.

Sledovaní žáci se navzdory stejnému stupni mentálního postižení liší vývojem rozumového nadání, věkem, rodinným prostředím, svými vlastnostmi a dovednostmi, přidruženými poruchami. Ale také jsou rozdílní ve svých potřebách a možnostech a v přístupu k nim samotným.

Osoby s lehkým mentálním postižením ovlivňuje řada faktorů, které mají vliv na jejich vzdělávání. Mezi tyto faktory patří genetické zatížení, výchova v rodině či v náhradní rodinné péči, jako je např. ústavní výchova, přidružené nemoci a poruchy a také pedagogický přístup k žákům s lehkým mentálním postižením. Pro maximální rozvoj žáků s lehkým mentálním postižením je nezbytná spolupráce rodiny nebo zákonného zástupce a školy, dále spolupráce jednotlivých odborníků – speciálních pedagogů, logopedů, lékařů, sociálních pracovníků i pracovníků speciálně pedagogických center. Dále je důležité zajištění vhodných kompenzačních a didaktických učebních pomůcek, postupů práce a v případě potřeby vytvoření

individuálního vzdělávacího plánu v předmětech, kde se postižení dítěte projevuje nejvíce. Pro žáky s lehkým mentálním postižením je také možné zřídit funkci asistenta pedagoga, který pomáhá žákům přizpůsobit se školnímu prostředí a pedagogickým pracovníkům napomáhá při výchově a vzdělávací činnosti žáků.

Vzdělávání žáků na základní škole praktické má řadu výhod, mezi které patří především snížený počet žáků ve třídě, a tak zajištěný individuální přístup k dítěti v co největší míře. A pokud je intervence vykonána úspěšně, přináší to pozitivní vliv na žáky samotné i na jejich postupné začlenění do společnosti.

Seznam použité literatury

1. BARTOŠOVÁ, VOJTOVÁ: *Školní intervence pro žáky s problémovým chováním*, diplomová práce, 2008, MU Brno
2. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 3. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. 248s. ISBN 978-80-902536-6-7
3. ELLIOT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 206s. ISBN 80-247-0182
4. HALLOWEL, E., RATEY, J. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2007. 306s. ISBN 978-80-7255-154-5
5. HEJDIŠ, M. *Pedagogika psychosociálně postižených*. Trenčín: SpoSolnte, 2009. 167s. ISBN 978-80-970121-4-4
6. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408s. ISBN 978-80-7367-485-4
7. HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Portál: Praha, 2000. 492s. ISBN 80-7178-472-9
8. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 224s. ISBN 80-247-1110-9
9. KOŠČ, L. *Psychologie postiženého dítěte a jeho výchova*. 1. vyd. Praha: SPN, 1982. 95s. bez ISBN
10. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 223s. bez ISBN
11. LESNÝ, I., ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: SPN, 1989. 229s. ISBN 80-04-22922-0
12. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál, 1994. 108s. ISBN 80-7178-006-5
13. MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. 207s. ISBN 80-7311-075
14. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332s. ISBN 80-247-1362-4

15. NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2008. 228s. ISBN 978-80-86723-48-8
16. PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 234s. ISBN 978-80-247-1426-4
17. PETROVSKIJ, A. a kol. *Vývojová a pedagogická psychologie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1977. 250s. bez ISBN
18. PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B. *Psychologie dítěte*. 1. vyd. Praha: SNP, 1970. 143s. bez ISBN
19. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404s. ISBN 80-7315-120-0
20. RIEFOVÁ, S. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. 251s. ISBN 978-80-7367-257-7
21. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: UPOL, 2006. 313s. ISBN 80-244-1475-9
22. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 398s. ISBN 80-7169-168-2
23. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 159s. ISBN 978-80-247-1733-3
24. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 198s. ISBN 80-7367-060-7
25. TEYSCHL, O., BRUNECKÝ, Z. *Duševní vývoj a výchova dítěte*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1959. 221s. bez ISBN
26. TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 198s. ISBN 80-7178-503-2
27. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 386s. ISBN 978-80-7320-099-2
28. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 170s. ISBN 80-7184-488-8
29. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870s. ISBN 978-80-7367-414-4

30. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 467s. ISBN 978-80-246-0956-0
31. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 543s. ISBN 7178-696-9
32. VOJTOVÁ, V. *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 2. vyd. Brno: MU, 2008. 127s. ISBN 978-80-210-4573-6
33. VOJTOVÁ, V. *Úvod do etopedie*. Brno: Paido, 2008. 127s. ISBN 978-80-7315-166-9

Anotace

Jméno a příjmení:	Gabriela Vaňková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název:	Možnosti speciálně pedagogické intervence u specifických poruch chování na základní škole praktické
Title in English:	Have special educational interventions for specific behavioral disorders in primary school praktice
Anotace práce:	Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na psychologický vývoj dítěte všeobecně a psychologický vývoj dítěte s LMP. Celková charakteristika specifických poruch chování, jejich vznik, výskyt, příčiny, symptomy, etiologické faktory. A na závěr této části intervence v ZŠ praktické. V praktické části jsou zdokumentovány kazuistiky vybraných žáků s lehkým mentálním postižením, se SPCH a poruchami chování, na ZŠ praktické. Rozhovor s pedagogy o možných intervencích na této škole, závěr šetření a diskuze v rámci srovnání výsledků výzkumu s jinými podobnými výzkumy.
Klíčová slova:	Psychologický vývoj dítěte, LMP, SPCH, syndrom ADHD, ADD, výskyt, příčiny, symptomy, intervence ve škole, kazuistika, rozhovor, diskuze
Key words in English:	Psychological development of the child, mild mental retardation, specific behavior disorder, attention deficit hyperactivity disorder, attention deficit disorder, occurrence, causes, symptoms, intervention at school, case history, interview, discussion.

English summary:	<p>The theoretical part of the thesis refers to general psychological development of the child and the attention is also devoted to psychological development of the child with mild mental retardation. There are described specific behavior disorders, their formation, occurrence, causes, symptoms and etiology. Last but not least, the thesis deals in its theoretical part with intervention at practical elementary school. In the practical part are documented case histories of chosen pupils with mild mental disability and pupils with specific behavior disorders at practical elementary school. In the practical part is also made a research among specialists (interviews with teachers). The object of our interest is the intervention and its possibilities at school. In the end of thesis there are mentioned the results of the research and discussion according to comparison with other similar researches.</p>
Rozsah práce:	80 Stran
Jazyk práce:	Česky