

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**SYMPTOMY A TERAPIE ADHD U DĚTÍ  
MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU**  
DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Bc. Michaela Fremrová**  
*Učitelství pro střední školy, obor NJ-Ps*

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

**Plzeň, 2015**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou prací vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 6. dubna 2015

.....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Kateřině Šámalové za odborné vedení a cenné rady v průběhu konzultací, které mi umožnily vypracování této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří mi poskytli potřebné informace související s danou problematikou, a v neposlední řadě bych ráda poděkovala svému partnerovi a rodině za pomoc a psychickou podporu při psaní práce.

# Obsah

ÚVOD .....	8
<b>1 VÝVOJOVÉ HLEDISKO MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU .....</b>	<b>9</b>
1.1 TĚLESNÝ VÝVOJ.....	9
1.2 MOTORICKÝ VÝVOJ .....	10
1.3 HRA A KRESBA.....	10
1.4 VÝVOJ POZNÁVACÍCH PROCESŮ.....	11
1.4.1 Vnímání .....	11
1.4.2 Myšlení.....	12
1.4.3 Paměť .....	12
1.4.4 Pozornost.....	13
1.4.5 Řeč.....	13
1.4.6 Učení .....	14
1.5 EMOČNÍ VÝVOJ .....	14
1.6 SOCIALIZACE .....	14
<b>2 ADHD.....</b>	<b>16</b>
2.1 VÝVOJ UŽÍVANÉ TERMINOLOGIE.....	16
2.2 VYMEZENÍ POJMU ADHD .....	18
2.3 ETIOLOGIE VZNIKU ADHD .....	19
2.3.1 Příčiny vnější .....	19
2.3.2 Příčiny vnitřní.....	19
2.4 ZÁKLADNÍ SYMPTOMY ADHD.....	20
2.4.1 Porucha pozornosti .....	20
2.4.2 Hyperaktivita .....	21
2.4.3 Impulzivita.....	22
2.4.4 Přidružené poruchy.....	23
2.5 SPECIFICKÉ PROJEVY ADHD V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU .....	28
2.6 DIAGNOSTIKA ADHD.....	29
2.7 LEGISLATIVA A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S ADHD. INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN. ....	33
2.8 ZÁKLADNÍ TERAPIE ADHD .....	36
2.8.1 Výchovné vedení v rodině a ve škole .....	37
2.8.2 Psychoterapie.....	40
2.8.3 Farmakoterapie .....	53
<b>3 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>59</b>
3.1 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	59
3.2 POPIS POUŽITÝCH METOD.....	59
3.3 PŘÍPADOVÉ STUDIE .....	60
3.3.1 Kazuistika chlapce Š.....	60

3.3.2	Kazuistika dívky L.....	65
3.3.3	Kazuistika chlapce M. ....	71
3.3.4	Kazuistika dívky A. ....	75
3.3.5	Kazuistika dívky K. ....	80
<b>ZÁVĚR.....</b>		<b>86</b>
<b>RESUMÉ.....</b>		<b>88</b>
<b>SUMMARY.....</b>		<b>89</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>		<b>90</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>94</b>

## Úvod

Tato diplomová práce se zabývá problematikou ADHD u dětí mladšího školního věku. S dětmi trpícími poruchou pozornosti provázenou hyperaktivitou se setkáváme stále častěji. Zvládání běžných situací je pro ně mnohem náročnější než pro jejich zdravé vrstevníky. Kvůli špatnému chování a neúspěchům ve škole, které jsou způsobeny jejich neklidem a nepozorností, bývají často negativně hodnoceni. Ostatní je označují za nezvladatelné, nevychované a neukázněné jedince. Tomuto nespravedlivému hodnocení však můžeme předejít dostatečnou informovaností, včasnou diagnostikou a vhodným přístupem okolí.

Téma Symptomy a terapie ADHD u dětí mladšího školního věku jsem si pro svou diplomovou práci zvolila nejen proto, že mě tato problematika velmi zajímá a chtěla jsem se o ní dozvědět víc, ale především proto, že se daná porucha, ač v lehčí formě, vyskytuje v mé rodině. Přestože o dětech s ADHD slýcháme stále častěji, pro podstatnou část veřejnosti je toto téma zcela neznámé. I tento důvod mě přiměl k rozhodnutí dané téma zpracovat. Cílem mé práce je tedy přehledně zmapovat problematiku syndromu ADHD a přispět tak k vyšší informovanosti laické veřejnosti o této poruše.

V teoretické části práce se zabývám terminologií spojenou s ADHD, příčinami vzniku poruchy a především jejími základními symptomy se zdůrazněním specifických projevů v období mladšího školního věku. Dále je zde věnován prostor i diagnostice a legislativnímu rámci vzdělávání jedinců s ADHD. Práce si neklade za cíl postihnout veškeré možnosti terapie, ale podrobněji předkládá tři hlavní pilíře léčby, přičemž farmakoterapeutický pilíř je spíše záležitostí medicíny.

Praktická část se již věnuje konkrétním případům z praxe. Cílem této části je vypracovat pět případových studií u dětí mladšího školního věku, které trpí poruchou ADHD, a odhalit, které možnosti terapie se v praxi aplikují nejvíce. U každé kazuistiky bude také zhodnoceno, zda rodiče a učitelé dodržují doporučení pedagogicko-psychologické poradny, případně lékařů, a zda u daného jedince došlo na základě individuálního přístupu k nějakému zlepšení. Vypracováním teoretické části bude možné porovnat teoretické poznatky s tím, co se u dětí s ADHD skutečně vyskytuje v praxi.

## 1 Vývojové hledisko mladšího školního věku

Vývojová etapa mladšího školního věku začíná vstupem dítěte do školy. Zpravidla je vymežována věkem od 6–7 let do 11–12 let, kdy se objevují první známky pohlavního dospívání. Zdeněk Matějček (1986) upřednostňuje samostatné rozlišení mladšího školního věku, pro který uvádí věk od šesti do osmi let, a dále rozlišuje střední školní věk (9–12 let) a starší školní věk (jež se kryje s pubescencí). (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 117, 119)

Nástup do školy ovlivňuje další rozvoj osobnosti dítěte. Dítě zde získává nové zkušenosti, dochází k rozvoji jeho schopností, dovedností a k volbě budoucí profese, neboť škola předurčuje sociální pozici každého žáka. (Vágnerová, 2000, s. 148)

Při běžném pohledu na tuto životní etapu se může zdát, že je to období poměrně nezajímavé a bez převratných změn na rozdíl od předškolního věku a následujícího období dospívání. Sigmund Freud se svou psychoanalýzou označil toto období za období *latence* – tedy jako etapu, kdy vývoj na chvíli ustává a pudová složka osobnosti skrytě dřímá, než se znovu objeví na začátku pubescence. Samozřejmě ale i v tomto období dochází k určitým, ačkoli ne tak bouřlivým, vývojovým změnám. Vývoj v tomto období bychom tedy mohli označit za plynulý, kdy dítě dosahuje pokroku ve všech vývojových oblastech. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 117, 118)

### 1.1 Tělesný vývoj

Před začátkem a na konci tohoto období lze pozorovat značné změny v tělesném vývoji. Po přechodné disharmonii na začátku období je dítě většinou harmonicky vyvinuté, vývoj tedy probíhá pozvolna, rovnoměrně. Avšak objevují se velké individuální rozdíly. Značné odlišnosti můžeme pozorovat u růstu a hmotnosti dětí. Tělesný růst a přírůstky hmotnosti jsou po vstupu do školy ještě zrychlené a zpomalují se kolem osmého roku. Kromě růstových a hmotnostních změn dochází v tuto dobu také k posílení odolnosti organismu, zvýšení objemu srdce a hmotnosti mozku, zrychlení nervových vzruchů a ke zdokonalení činnosti svalů a kloubů. (Šimíčková-Čížková a kol. 2005, s. 94) Ustaluje se také zakřivení páteře (nejdříve hrudní, poté krční a bederní), což souvisí s vypěstováním správného držení těla. Zlepšuje se činnost vnitřních orgánů, snižuje se tepová a dechová frekvence v klidu, avšak potřeba spánku je stále ještě veliká (v 7–9 letech 10,5 hodiny, v 10–11 letech 10 hodin). (Kouba, 1995, s. 52)

## 1.2 Motorický vývoj

Toto období se vyznačuje spontánní pohybovou aktivitou a zvyšující se pohybovou učenlivostí. Dítě se nové pohyby učí snadno a rychle pomocí demonstrace. Motorický vývoj se začíná postupně zklidňovat, stabilizovat, pohyby jsou účelnější, rychlejší, přesnější, úspornější, zlepšuje se hrubá i jemná motorika a také koordinace pohybů a zraku. Ve věku 6–8 let můžeme u dětí pozorovat výraznou mobilitu, která je dokonce provázena přebytkem pohybů. Pohyb je v mladším školním věku nedílnou součástí každodenní činnosti žáka, proto se zde vyskytuje větší počet dětských úrazů. Velmi se zlepšuje zejména hrubá motorika. Objevuje se zájem o pohybové hry a různé druhy sportu, které rozvíjí rychlostní, obratnostní, vytrvalostní a silové schopnosti dítěte. Díky pohybové koordinaci se zlepšuje navazování jednotlivých pohybů. Jemná motorika se zdokonaluje vlivem osvojování psaní. Kresba zaujímá v tomto věku stále velmi podstatnou úlohu. Zpočátku jsou pohyby při psaní a kreslení soustředěny do ramenního a loketního kloubu, teprve delším tréninkem se pohyby přesouvají do zápěstí a prstů a dochází k jemnější koordinaci pohybů. (Šimíčková-Čížková a kol., 2005, s. 94; Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 120; Kouba, 1995, s. 53)

## 1.3 Hra a kresba

Nejčastější aktivitou mladšího školáka je stále ještě hra, která nejen rozvíjí jeho dovednosti a celou osobnost, ale také určitým způsobem kompenzuje disciplinovanou školní práci, která je pro dítě první formou soustavné práce. U chlapců převažují hry technického zaměření, jakými jsou modelaření, sbírání známek, stavění apod. Dívky dávají přednost hrám se sociálním zaměřením, jedná se o hry z oblasti mezilidských vztahů, jako např. hra na maminku, tatínka, prodavače atd. Jak již bylo zmíněno výše, u mladšího školního žáka se objevuje zájem o pohybové hry, zejména o ty, u kterých dochází k rychlým pohybovým změnám. Jako oblíbené pohybové hry můžeme jmenovat hru *Na schovávanou*, *Rybičky*, *rybičky*, *rybáři jedou*, *Škatulata*, *hejbejte se* či hru *Čáp ztratil čepičku*. (Lisá, Kňourková, 1986, s. 194–195). Hra je příležitostí k uspokojení zvědavosti, představivosti, pohybu, k vyjádření citových projevů a také k rozvíjení pozitivních vztahů k ostatním dětem. (Čačka, 1996, s. 88)

V mladším školním věku zaujímá stále velmi důležité postavení kresba. V předškolním a mladším školním věku hovoříme o tzv. zlatém věku dětské kresby, neboť kresba je pro dítě hlavním způsobem komunikace s okolním světem a způsobem jeho osvojování. Dítě



vyjadřuje kresbou své osobní emocionální prožitky. Ve všech vývojových fázích je výtvarná činnost určitý způsob seberealizace, nástroj k uvolňování napětí a k duševní rovnováze. V šesti letech je kresba dítěte vlivem lepší motorické koordinace vyspělejší, zdokonalují se linie a při kresbě postavy již začínáme identifikovat rozdíly v pohlaví. Stále však do této doby přetrvává tzv. intelektuální realismus (5–7 let) – tj. dítě kreslí to, co ví a zná, nikoliv to, co vidí. Kresbou tedy vyobrazuje to, k čemu má nějaký emoční vztah. Přibližně od sedmi let začíná dítě kreslit to, co skutečně vidí, obrázek je více podobný realitě, zpřesňují se proporce. Jedná se o stádium tzv. vizuálního realismu, který přetrvává zhruba do dvanácti let. V osmém roce se tvary zaoblují a objevují se první pokusy o kresbu postavy z profilu. Snahu zachytit podstatné rysy, detaily a kresbu v pohybu můžeme pozorovat kolem devátého roku. V tomto věku jsou velmi výrazné obsahové rozdíly mezi kresbami chlapců a dívek. V deseti letech můžeme v dětských kresbách vidět pokusy o stínování. Kolem jedenáctého roku se objevuje snaha tvarovat a vytvářet perspektivu, do kresby se také více promítají zájmy a okolí dítěte. Na začátku dospívání, tj. přibližně od dvanácti let, nastává vlivem narůstající kritičnosti a zlepšující se schopnosti verbálního vyjadřování útlum výtvarné činnosti. Zájem o kreslení přetrvává dále jen u talentovaných jedinců. (Čačka a kol., 1999, s. 133–137; Kycltová Bezděková, 2014, s. 90–91)

## **1.4 Vývoj poznávacích procesů**

Také v oblasti poznání dochází u dítěte ke zvýšené aktivitě. Dítě se chce všeho samo účastnit, stává se více pozorné, vytrvalé, zvědavé a soustavné. Jeho poznávací procesy jsou stále úzce spjaty s city. V následujících bodech jsou popsány změny, ke kterým dochází v oblasti poznávacích procesů, a to konkrétně změny ve vnímání, myšlení, paměti, pozornosti, řeči a učení.

### **1.4.1 Vnímání**

Ve všech oblastech vnímání (zejména zrakového a sluchového) lze v mladším školním věku pozorovat výrazné pokroky. Dítě přestává vnímat věci v celku, ale prozkoumává je po částech. Vnímání již není bezděčné, ale postupně se stává cílevědomým aktem. Dítě zaměřuje své vnímání na poznávání vlastností předmětů a jevů, na širší vnímání prostoru a času (tj. dovede posoudit, co bylo dříve a co později), objevuje nové vztahy a souvislosti. Během této vývojové etapy dochází k přechodu od vnímání konkrétního k vnímání všeobecnému. Kolem 10.–11. roku je vnímání u dítěte skoro stejné jako vnímání u dospělého jedince, avšak dítě má méně zkušeností

pro třídění informací a vyvozování souvislostí. (Šimíčková-Čížková a kol., 2005, s. 94; Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 121, 122)

### 1.4.2 Myšlení

Myšlení mladšího školáka je konkrétní a je vázané na reálné zkušenosti. Školák je plně zaměřen na to, jaký je okolní svět doopravdy. Proto Langmeier a Krejčířová (2006) označují mladší školní věk jako období *střízlivého realismu*. V první třídě jsou mezery ve znalostech doplňovány fantastickými domněnkami, po osmém roce mají děti tendenci se ztotožňovat s hotovými názory, od kterých se ale postupně odpoutávají. Na počátku školní docházky se děti opírají hlavně o názorné představy (o skutečné předměty nebo jejich zobrazení), přetrvává tedy názorné (intuitivní) myšlení. Kolem sedmi let si dítě osvojuje schopnost logického myšlení, je schopno logických operací a pravých úsudků. K této proměně uvažování dochází postupně. Po celý první stupeň je ovšem logické usuzování vázáno jen na to, co si lze názorně přestavit. Vlivem zrání a učení se u dítěte postupně rozvíjí myšlenkové operace jako je analýza, srovnávání, syntéza, analogie až po zobecňování. Myšlenkové operace se promítají i do vnímání a chápání pojmů, pojmy začínají tvořit jakýsi vztahový systém, a tím se zkvalitňuje především úroveň zobecňování. Každá formulace myšlenkového obsahu je závislá na rozsahu slovní zásoby a na způsobu vyjádření. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 118, 124; Čačka, 1996, s. 64, 65)

### 1.4.3 Paměť

Nejen vnímání a myšlení, ale také paměť prochází určitým vývojem, krátkodobá i dlouhodobá paměť se stávají stabilnějšími. Na počátku školní docházky převládá neúmyslná paměť, bezprostředně spojená s vnímáním, proto je při vyučování důležitá názornost. Postupně se však paměť zdokonaluje a častěji se uplatňuje záměrné zapamatování, racionalita a logický úsudek. Velmi důležité pro vštěpování a zapamatování informací je učitelovo vedení a motivace žáků, protože čím více si dítě uvědomuje smysl zapamatování, tím efektivnější je jeho paměť. Kolem 6.–7. roku děti začínají používat paměťové strategie, zpočátku hlavně strategii opakování. S přibývajícím věkem jsou to další strategie, jako např. logické uspořádání materiálu, používání mnemotechnických pomůcek atd. (Šimíčková-Čížková a kol., 2005, s. 95; Langmeier, Krejčířová 2006, s. 124) V prvních letech školní docházky se dítě opírá o mechanickou paměť (biflování bez vnitřních souvislostí), v průběhu mladšího školního věku však roste schopnost

zapamatovat si informace na základě vztahů a vazeb, tudíž se uplatňuje paměť logická. (Krejčíková, 1982, s. 72)

#### **1.4.4 Pozornost**

Na počátku školní docházky je pozornost dětí ještě poněkud rozptýlená, je tedy třeba počítat se slabou pozorností. Od sedmi do deseti let je délka koncentrace pozornosti nejvýše 20–30 minut, po jedenáctém roce jsou žáci schopni vykonávat školní činnost až 40 minut. Co se rozsahu pozornosti týče, lze také na prvním stupni pozorovat narůst počtu prvků ze 4–5 na 6–7, které žák dokáže postřehnout v jednom okamžiku. U mnohých žáků převažuje na prvním stupni pozornost bezděčná, záměrná pozornost je pro děti tohoto věku poněkud náročná. Důležitou roli při vývoji záměrné pozornosti hraje učitelovo pojetí výuky. Učitel se snaží upoutat pozornost dětí obsahovou pestrostí látky, její systematickostí, návazností a rozsahovou přiměřeností. Velmi důležitá je samozřejmě názorná demonstrace, motivace a způsob podání látky, tj. intonace, gestikulace, mimika atd. Učitel by měl vést a usměrňovat pozornost žáků, která je nezbytná pro osvojování nových vědomostí, zapamatování a rozvoj myšlení. (Čačka, 1996, s. 18–19; Lisá, Kňourková, 1986, s. 197)

#### **1.4.5 Řeč**

Také řeč se ve školním věku výrazně vyvíjí a ovlivňuje další rozvoj v oblasti chování a prožívání. Řeč je předpokladem úspěšného učení, napomáhá zapamatování a prodlužuje pochopení. V tomto období se výrazně zvětšuje slovní zásoba, věty jsou delší a složitější a gramatická stavba vět je na vyšší úrovni. Děti mladšího školního věku mluví gramaticky správně, jejich znalosti gramatiky jsou ale převážně neuvědomělé. Průměrný počet slov, které dítě aktivně používá nebo jim alespoň pasivně rozumí, je při vstupu do školy cca 2 500–3 000. Do jedenácti let věku však slovní zásoba prudce narůstá (až o trojnásobek), takže v šesté třídě dítě užívá až kolem 9 000 slov. Jedná se ale pouze o hrubý odhad, neboť zachycení slovní zásoby je velmi obtížné na základě rozdílu mezi tím, kolik slov dítě pasivně zná a kolik slov aktivně používá. Názory na velikost slovní zásoby se tedy značně liší. Musíme také počítat s tím, že ve slovní zásobě jsou mezi dětmi obrovské rozdíly. Slovní zásoba nenarůstá jen kvantitativně, ale také kvalitativně, zvyšuje se hloubka porozumění významu slov. Zpočátku děti chápou konkrétní a známé jevy, postupně se objevuje schopnost porozumět stále obecnějším pojmům, která je zpravidla doprovázena vybavováním emočních zkušeností. U mnohých dětí se objevuje i pokrok v artikulaci –

patlavost často během prvního roku školní docházky postupně mizí. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 122, 123; Lisá, Kňourková, 1986, s. 197)

#### **1.4.6 Učení**

Oproti předškolnímu věku, kdy je učení nahodilé, se ve školním věku učení stává plánovitým procesem a mnohem více se opírá o řeč. Dítě dovede dávat pozor současně na více prvků učební látky a osvojuje si i obecnější strategie učení, tj. hledá si svůj systém, co a jak se učit. Díky zlepšování krátkodobé i dlouhodobé paměti dítě dokáže lépe reprodukovat naučenou látku. Nezastupitelný význam má při učení škola a rodina. V prvních letech mladšího školního věku se u dítěte objevuje mechanické učení (tzv. biflování), později se uplatňuje učení pomocí složitějších vztahů a souvislostí, učení logické. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 124)

#### **1.5 Emoční vývoj**

Emoční reakce dítěte jsou do značné míry ovlivněny temperamentově, tj. biologicky a s věkem se mění. Typickými emocemi jsou hněv, strach z trestu, lítost a žárlivost. Kromě těchto citů se u dítěte rozvíjí city estetické a mravní, dítě začíná pocítovat vinu a hodnotit své činy. Mezi sedmým a desátým rokem se emoce postupně stávají modulovanějšími a stabilnějšími. Za příznivých okolností dosáhnou žáci ve 4.–5. ročníku určité citové vyrovnanosti. Oproti předškolnímu věku dokáže dítě již své emoční reakce ovládat vůlí, dokáže jednat záměrně a plánovitě. Je tedy schopné svou vůlí ovlivnit průběh i intenzitu vnitřního prožitku. Výsledkem je narůstající sebeovládání, seberegulace, lepší schopnost sebekontroly. Dítě lépe rozumí vlastním pocitům, své emoce vyjadřuje přiměřeným způsobem, dokáže je kontrolovat a regulovat. Emoční vývoj je také značně ovlivněný konkrétními zkušenostmi dítěte (např. stresová situace). (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 131, 132; Čačka, 1996, s. 67)

#### **1.6 Socializace**

Proces socializace<sup>1</sup> byl už zahájen v předškolním věku, takže dítě si s sebou do školy přináší již zvnitřnělé základní normy sociálního chování a základní hodnoty. Dítě ví, co se smí a nesmí, co je dovoleno a zakázáno, co je dobré a co zlé. Tyto vnitřní normy a hodnoty jsou na začátku školní docházky zpravidla ještě velmi nepevné a teprve během školního

---

<sup>1</sup> Socializace je celoživotní proces začleňování jedince do společnosti osvojováním si sociálních norem, hodnot a rolí pro úspěšné fungování jedince ve společnosti.

věku se začínají stabilizovat. Je tedy nutné tyto sociální normy a hodnoty podporovat zvnějšku. Zpočátku je morálka dítěte závislá na autoritách dospělých (příkazy a zákazy rodičů, učitelů), kolem 7–8 let se však stává autonomní, tj. dítě dokáže uznat jednání za správné či nesprávné samo o sobě. V 11–12 letech dítě chápe hlouběji mravní hodnocení, přihlíží k příčinám chování. Socializační proces zahrnuje také osvojování sociálních rolí. Dítě si vstupem do školy osvojuje novou roli žáka, učí se novým způsobům chování v roli spolužáka a upevňuje si svoji sexuální roli. Školák již předpokládá, že vnější vzhled musí odpovídat jeho pohlaví a blíže poznává význam sexuality, např. pomocí informací, které si děti předávají mezi sebou. Ani v tomto směru není tedy mladší školní věk obdobím *latence*, jak říkal Freud. Tento věk je také obdobím, kdy si dítě lépe uvědomuje samo sebe, rozvíjí se tedy jeho uvědomělé sebepojetí. Školní dítě se při popisu sebe sama nezaměřuje jen na vnější charakteristiky (vzhled), ale stále více popisuje své osobnostní vlastnosti a schopnosti. Po osmém roce je úroveň sebehodnocení poměrně stabilní. Sebehodnocení dítěte ovlivňují především rodiče (zda si ho váží nebo ho podceňují), vrstevníci (spolužáci, kamarádi, sousedi), ale také učitelé (zda žákovo sebevědomí podporují či v něm vyvolávají pocit méněcennosti). (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 132–140)

## 2 ADHD

Tato kapitola bude věnována již samotné poruše ADHD. Pokusíme se v ní popsat vývoj terminologie označující hyperaktivní jedince, vymezení samotného pojmu ADHD a příčiny vzniku tohoto syndromu. Dále se zaměříme na základní symptomy a specifické příznaky této poruchy pro období mladšího školního věku a v neposlední řadě si vymežíme legislativní rámec pro vzdělávání jedinců s ADHD v ČR. Závěrem se budeme zabývat nejúčinnějšími možnostmi terapie dětí trpícími zmíněným syndromem.

### 2.1 Vývoj užívané terminologie

Termínů označujících hyperaktivní jedince je celá řada. Terminologie se měnila podle pojetí dané problematiky a podle získávání nových poznatků z prováděných výzkumů. Již v roce 1902 britský lékař George Frederic Still popsal u dvaceti vyšetřovaných neklidných dětí projevy hyperaktivity, poruchy chování, narušenou pozornost a problémy s učením, přestože jejich výchova byla důsledná. Ze své studie vyvodil, že projevy mají pravděpodobně biologické příčiny.

První údaje o hyperaktivních dětech lze tedy ve světě, ale i u nás pozorovat již v první polovině dvacátého století. Předpoklad biologické příčiny poruchy se odrazil i v terminologii a od roku 1930 se ve světě běžně používal termín *minimal brain dysfunction* (MBD), který se u nás vžil jako *minimální mozková dysfunkce* (MMD). V padesátých letech dvacátého století byl tento termín nahrazen termínem *lehká dětská encefalopatie* (LDE) a v šedesátých letech dvacátého století se začal prosazovat termín *lehká mozková dysfunkce* (LMD). Tento termín byl používán déle než třicet let a stal se běžným nejen pro odborníky, ale i pro laickou veřejnost. Ačkoli někteří naši odborníci termín LMD stále používají, je tento pojem v současnosti zastaralý a z lékařského hlediska chybný, neboť kromě poruch pozornosti zahrnoval například i specifické poruchy učení, poruchy motorických funkcí, poruchy paměti atd. Za příčinu LMD bylo nejčastěji považováno perinatální poškození mozku (tj. organické poškození CNS<sup>2</sup>) a často byla tato porucha chápána jako lehká forma dětské mozkové obrny. Koncept LMD neumožňuje dostatečnou diagnostickou volbu, neboť směšuje široké spektrum poruch, které netvoří společnou jednotku, co se třídění nemocí týče. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 9, Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 15–17)

---

<sup>2</sup> CNS=centrální nervová soustava.

Výše uvedené termíny vycházely především z etiologie poruchy, a proto se od devadesátých let začala ve světě prosazovat nová terminologie, která se zaměřila na popis projevů syndromu. V české literatuře se na konci devadesátých let dvacátého století ujal termín *hyperkinetické poruchy*, platný od roku 1993 (v ČR od roku 1994) a používaný dosud (ÚZIS ČR, ©2015). Tento termín vychází z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10, ICD-10) Světové zdravotnické organizace, který je uveden v 5. kapitole pod označením F90 Hyperkinetické poruchy, které se dále dělí na subtypy F90.0 Porucha aktivity a pozornosti, F90.1 Hyperkinetická porucha chování, F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy a F90.9 Hyperkinetická porucha NS<sup>3</sup>. Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí i základní charakteristiku této skupiny poruch. V české terminologii se můžeme setkat také s označením *hyperkinetický syndrom* nebo *hyperaktivní syndrom*, které pocházejí z lékařské (psychiatrické) terminologie. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 9–10; WHO, 2013) Ve světě se od roku 1994 pro poruchy spojené s hyperaktivitou začal používat termín *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), který vychází ze 4. revize americké klasifikace duševních poruch (DSM-IV)<sup>4</sup> Americké psychiatrické asociace. Tato americká zkratka se v Česku víceméně prosadila teprve po roce 2000 a dnes se ve světě i u nás běžně užívá pro syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou. Název ADHD asi nejvíce odpovídá komplexu symptomů tohoto syndromu. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 10; Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 18)

*„Podle Swierkoszové (2006) je termín ADHD popisnější, poskytuje širší pojetí syndromu a je pro depistáž a následnou terapii a reedukaci užitečnější. Navíc je běžně užívaný v odborné literatuře psychologické a pedagogické jak ve světě, tak již u nás. Začíná se také prosazovat mezi laickou veřejností.“* (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 10)

V literatuře se uplatňuje i termín *Attention Deficit Disorder* (ADD), který vychází z 3. revize DSM (DSM-III). Jedná se o syndrom poruchy pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 10) Někteří autoři (např. Gordon Serfontein<sup>5</sup>) považují termíny ADHD a ADD za synonyma, ačkoli stejný význam nemají. Vztahují se k různým, i když velmi podobným onemocněním, a proto nesmíme tyto pojmy zaměňovat. Jedinci trpící ADHD mají potíže s koncentrací pozornosti, bývají hyperaktivní a impulzivní. ADD je prostá porucha pozornosti, tzn. že se u ní na rozdíl od syndromu

---

<sup>3</sup> NS = nespecifikovaná.

<sup>4</sup> DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Přeložila M. F.

<sup>5</sup> SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: 1999, s. 25.

ADHD neobjevuje hyperaktivita a impulzivita. Vyskytuje se zde tzv. denní snění, pomalost při provádění kognitivních operací, nedostatečné soustředění a obtíže při navazování kontaktů. (Zelinková, 2003, s. 196). Diplomová práce se zaměřuje na jedince s ADHD, proto se dále syndromem ADD ve své práci zabývat nebudu.

## 2.2 Vymezení pojmu ADHD

Nejprve se pokusíme co možná nepřesněji vymezit pojem ADHD. V současné době je tento termín velmi používané označení, ale jednotná a vyčerpávající definice neexistuje. Různí autoři vymezují tento termín z odlišných pohledů. Zkratka ADHD pochází z amerického označení *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, což do češtiny překládáme jako porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou.

Jucovičová a Žáčková ve své publikaci *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině* uvádí, že zkratka ADHD vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace a označuje syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 10) V odborné literatuře nalézáme několik definic termínu ADHD, jako první si uvedeme definici od Kocurové (2002, s. 2):

*„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů.“*

V publikaci Ivo Paclta (2007, s. 13) *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* se uvádí následující: *„Děti trpící ADHD chronicky trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou. Tyto charakteristiky se u nich výrazně projevují již v raných stádiích vývoje, a to zřetelněji, než odpovídá jejich mentálnímu věku.“*

Z těchto definic je patrné, že vzhledem k souboru příznaků, které se u ADHD vyskytují, se jedná o syndrom. Zjednodušené můžeme říci, že základními příznaky ADHD jsou nedostatek pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Podrobnější náhled na symptomy (příznaky) tohoto syndromu jsou k dispozici v samostatné kapitole (2.4).



## 2.3 Etiologie vzniku ADHD

Následující kapitola pojednává o možných příčinách vzniku syndromu ADHD. Na úvod je nutné říci, že odborníci se dosud neshodují na jednotné příčině, tudíž můžeme vyvodit, že etiologie vzniku hyperaktivity není zcela úplně objasněna. Přesto se ale pokusíme popsat základní příčiny vzniku této poruchy. Nejčastěji se jedná o příčinu biologickou, a to jak negenetickou, tak genetickou. Někteří autoři zmiňují také příčinu sociální.

### 2.3.1 Příčiny vnější

Jako nejčastější příčina vzniku hyperaktivity se uvádí drobné difúzní poškození mozku v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy, tj. příčina biologická, negenetická. Toto poškození vzniká z 20–30 % v prenatálním a perinatálním období vývoje a z 10 % v postnatálním období do dvou let, tj. v období těhotenství, v době porodu a v období do dvou let po narození. Jako příčiny tohoto poškození se uvádí rizikové faktory v období gravidity (infekční onemocnění matky, krvácení v těhotenství, konzumace alkoholu, kouření atd.), komplikace při porodu (nedostatek kyslíku, krvácení do mozku, přímé poranění plodu), nedonošenost nebo přenášení dítěte či výskyt infekčních horečnatých onemocnění dítěte prodělaných do dvou let (meningitida, encefalitida, chřipka, spála, zánět středního ucha atd.), úrazy hlavy dítěte, déletrvající stavy bezvědomí apod. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 12; Pokorná, 2001, s. 77) Drtílková a Šerý (2007, s. 42) v knize *Hyperkinetická porucha* uvádí, že i výskyt olova v životním prostředí během vývoje nebo postnatálně může způsobit vznik ADHD. Dále popisují také vliv nepříznivých psychosociálních podmínek na výskyt ADHD, zejména ze strany matky. Tuto skutečnost zmiňuje ve své publikaci *Lehké mozkové dysfunkce* také Kocurová (2002, s. 4), která mezi příčiny vzniku a rozvoje hyperaktivity zahrnuje i sociální vlivy, tj. vliv společenského prostředí, obzvláště výchovy. Především zdůrazňuje narušenou vazbu mezi matkou a dítětem.

### 2.3.2 Příčiny vnitřní

Četné rodinné a genealogické studie potvrzují, že za příčinou vzniku ADHD kromě negenetických a sociálních faktorů stojí z 50–70 % také faktory genetické, tj. dědičnost. Při výzkumu z roku 1990 bylo zjištěno, že nejbližší pokrevní příbuzní dětí s ADHD trpí nebo v dětství trpěli touto poruchou také. Pokud je tedy hyperaktivní některý z rodičů či prarodičů, je velice pravděpodobné, že bude hyperaktivní i jeho potomek. Pokud u jednovaječných dvojčat trpí ADHD jedno dítě, je až 90% předpoklad, že i druhé dítě

bude trpět touto chorobou. U dvojvaječných dvojčat, která mají společnou genetickou výbavu jen částečně, je toto riziko 32 %. Nejnovější výzkumy odhalily skutečnost, že při nebezpečí zdědění ADHD od příbuzného druhého stupně, existuje větší riziko dědičnosti choroby po mužské linii (např. po dědečkovi nebo strýci) než po linii ženské. V praxi však může docházet ke kombinaci obou příčin vzniku ADHD. (Munden, Arcelus, 2006, s. 51, 52)

## **2.4 Základní symptomy ADHD**

Tato podkapitola je věnována popisu příznaků, projevů ADHD. Nejprve zde uvádím základní symptomy, které jsou typické pro většinu věkových kategorií, dále se pokusím o vymezení specifických projevů ADHD v mladším školním věku.

K základním symptomům ADHD patří nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Mimo tyto projevy syndromu ADHD lze u hyperaktivních dětí pozorovat celou řadu přidružených poruch, jakými jsou percepčně motorické poruchy, poruchy paměti, poruchy v oblasti myšlení a řeči, emoční poruchy, poruchy chování nebo i vývojové poruchy učení. Některé tyto projevy bývají u dětí pozorovány již od útlého věku. Už při vstupu do mateřské školy se do jisté míry začnou u dítěte projevovat známky hyperaktivity, impulzivity, emoční poruchy či poruchy chování, které jedinci ztěžují jeho proces socializace. Další projevy ADHD začnou vystupovat do popředí až v obdobích, kdy jsou na jedince kladeny zvýšené nároky, tj. při vstupu do základní školy. Ta na dítě klade největší nároky, co se výkonosti jedince týče. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 22)

### **2.4.1 Porucha pozornosti**

Děti trpící ADHD mají výraznější problémy s udržení pozornosti než „normální“ děti stejného věku a pohlaví. Je pro ně typická roztěkanost, nesoustředěnost, nepozornost. Porucha koncentrace pozornosti vystupuje nejvíce v situacích, kdy je nutné, aby děti udržely pozornost na činnost, která je pro ně nemotivující a nezajímavá. Nejčastěji se jedná o školní práci a domácí přípravu do školy, kdy se dítě nechá vyrušit jakýmkoli podnětem, což vede k přerušování činnosti a často i k nedokončení rozpracovaného úkolu. Oproti tomu se dítě dokáže dobře soustředit na činnosti, které ho zajímají a baví, proto zásadní roli při přístupu k jedincům s ADHD hraje motivace a adekvátní stimulace.

Dalším charakteristickým znakem hyperaktivních dětí je netrpělivost. Činnosti, které vyžadují větší trpělivost, soustředěnost či které trvají delší dobu, nedokážou vůbec vykonat nebo dokončit. Snížená vytrvalost se objevuje hlavně u úkolů, které nepřinášejí dítěti

bezprostřední pozitivní odezvu a jsou pro něj tedy nezajímavé. Takovému dítěti je pro udržení pozornosti a vytrvalosti nezbytné poskytovat pozitivní zpětnou vazbu. Děti s ADHD mají též malý rozsah pozornosti. Jsou schopné přijmout pouze omezené množství informací, což ovlivňuje jejich schopnost se učit a zapamatovat si informace. V důsledku nezralosti a rychlé unavitelnosti centrální nervové soustavy není pro děti jednoduché po delší dobu úmyslně zaměřit svou pozornost. Představuje to pro ně často velké úsilí, což vede k tomu, že se jejich pozornost brzy unaví. Opakem k roztržitosti, roztěkanosti je tzv. ulpívavá pozornost, kdy se dítě těžko odpoutává od nějakého zajímavého podnětu a neustále se k němu vrací, ačkoli již dané téma bylo vyřešeno. Dalším způsobem ulpívavé pozornosti může být to, že dítě řeší zcela odlišný úkol stejným způsobem jako ten předchozí, stereotypně ho opakuje. Pozornost u dětí s ADHD bývá označována také jako nevyběrová. Děti nedokáží dostatečně odlišit podstatné, důležité podněty od těch nepodstatných a vypadá to, jako by „dávaly pozor na všechno“. Dochází tak k tomu, že si dítě zapamatuje jen náhodně uložené informace, které nemusí být důležité, a naopak podstatné informace může vytěsnit. S poruchou pozornosti souvisí také to, že na určité pokyny reagují děti opožděně, což často vyžaduje jejich opakování. Dítě často ví, že mu bylo něco řečeno, ale obsah mu částečně nebo zcela uniká. Okolí se pak domnívá, že dítě nerozumí, co se po něm chce, nebo že je neposlušné. Dochází tedy i k poruše paměti.

Poruchou pozornosti někdy nazývanou deficitem pozornosti tedy nechápeme jen nedostatečnou soustředěnost, ale také menší výběrovost, roztěkanost, ulpívavost, netrpělivost, sníženou vytrvalost, kolísavost koncentrace pozornosti, vyšší unavitelnost či snadnější odklonitelnost intenzity pozornosti. Kvůli poruchám pozornosti dochází k horší adaptaci dítěte na sociální prostředí, ztěžování schopnosti učení a k dlouhodobému prožívání stresových situací, které mají negativní vliv na jeho chování a psychiku. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 27–30)

#### **2.4.2 Hyperaktivita**

Druhým základním rysem ADHD je hyperaktivita, která je definována jako „... *nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity*“. (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 30) U dětí se vyskytují pohyby, které nejsou potřebné (neklid, vrtění), často neodpovídají zadané úloze a v danou chvíli jsou bezúčelné. Základním projevem hyperaktivity je tedy neustálý pohyb dítěte, který bývá označován jako psychomotorický neklid. Dítě nepostojí chvíli v klidu, neustále se vrtí, poskakuje, padá ze židle, hraje si

s rukama, s prsty, neustále na něco sahá, komíhá nohama, pošťuchuje ostatní děti atd. Co se řečové aktivity týče, bývá zaznamenána nepřiměřená upovídanost, překotnost a velká hlasitost řečového projevu. Děti ze sebe chrlí jedno slovo za druhým, zajíkají se či zadýchávají, často si brumljají pro sebe a vydávají podivné zvuky. Jsou také velmi hlasité až ukřičené, aniž by si to uvědomovaly, neboť nedokážou odhadnout intenzitu svého hlasu. Často překřikují ostatní, protože se chtějí prosadit, jsou zkrátka všude slyšet. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 30–32)

### 2.4.3 Impulzivita

Pokud se u dítěte vyskytuje hyperaktivita, obvykle se u něj objevuje také impulzivita. Impulzivita je podle Paclta (2007, s. 14) „... *nedostačivost v útlumu chování reagujícího na situační požadavky*“ neboli nebrzděnost. V publikaci *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině* nalezneme tuto definici impulzivního jednání:

*„Impulzivní jednání bývá popisováno jako okamžitá reakce na podnět, kdy chybí fáze rozmyšlení – dítě jedná podle svého prvotního nápadu, aniž by si rozmyslelo postup a domyslelo důsledky nebo následky svého jednání. Často také reaguje nezvykle prudce, intenzivně.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 33)

Děti s ADHD se tedy drží zásady: nejdříve konat, potom myslet. Jednají bez zábran, zbrkle, spontánně, živelně a neuvážlivě, což je způsobeno nedostatečnou sebekontrolou, tj. sníženými schopnostmi sebeovládání. Proto bývají často označovány jako „velká voda“. Co je v tu chvíli napadne, to bez přemýšlení udělají. Nedovedou domýšlet důsledky svého jednání, s čímž souvisí i zvýšené riziko úrazu a ohrožení jejich okolí. Dovedou například bez rozmyšlení vběhnout do rušné silnice, když na druhé straně uvidí někoho nebo něco, co je upoutá, nebo skočit z výšky, aby dokázaly, že se nebojí apod., čímž riskují své zdraví. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 33)

Profesor Michael Gordon (1995) říká, že zdánlivá neschopnost hyperaktivních jedinců předvídat důsledky pramení z primárního problému, kterým je neschopnost posečkat. *„Kořenem ADHD je relativní neschopnost zdržet se reakcí na cokoli, co je v dané chvíli nejzajímavější nebo nejpřitažlivější.“* (Munden, Arcelus, 2006, s. 22–23)

Významný americký specialista na ADHD profesor Russell Barkley se domnívá, že hlavním problémem jedinců s ADHD je tzv. neschopnost zamezit reakci na impulz, tj. že „... *nedokáží ovládnout své reakce na signály, podněty nebo události nesouvisející nijak s tím, co právě dělají.*“ (Munden, Arcelus, 2006, s. 22)

Impulzivní jedinci nevydrží počkat, až na ně přijde řada, chtějí vše ihned, a pokud to nedostanou, jsou schopni násilí a agrese. Mají problém se zapojovat do činností, které vyžadují určitý řád, při zadávání úkolu často nedoposlechnou pokyny do konce, a tak vykonají jen část úlohy. Pokud jim není věnována dostatečná pozornost, upozorňují na sebe zlobením. S impulzivním jednáním souvisí i potíže při vykonávání činností, které vyžadují delší čas – jedinci je málokdy dokončí. Při práci zmatkují nebo jim během práce začne unikat cíl činnosti. Kvůli nedokončování úkolů bývají často vnímány jako nevýkonné a nespolehlivé.

Impulzivita se ale netýká jen fyzické aktivity, nýbrž také komunikační neukázněnosti. Tyto děti skáčou druhým do řeči či z tématu na téma (začnou náhle mluvit o něčem, co je zrovna napadne), při rozhovoru často vykřikují a komentují, říkají bez rozmyšlení nevhodné věci, vyhrknou odpověď dřív, než byla dopovězena otázka či uvedou několik odpovědí a doufají, že alespoň jedna z nich bude správná. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 33–34; Munden, Arcelus, 2006, s. 18)

Vágnerová (1999) upozorňuje také na to, že impulzivita u těchto dětí znamená vyšší citlivost k vnějším podnětům. Jedinci na běžné podněty reagují neadekvátně, intenzivně, podrážděně až agresivně, což vede k rychlejšímu vyčerpání dítěte a k mrzuté náladě. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 34)

#### **2.4.4 Přidružené poruchy**

Řada autorů při vymežování příznaků ADHD uvádí jen základní projevy, které byly podrobněji popsány v předchozí části práce. Avšak syndrom ADHD je záležitostí multidimenzionální, a proto zde uvádím další projevy, které jsou velmi často u jedinců zaznamenávány a které jim působí obtíže jak při školní práci, tak i v běžném životě. Vždyť právě na ně je zaměřena reedukační a terapeutická činnost. Pro přehlednost jsou tyto další projevy označeny názvem Přidružené poruchy, mezi které patří: percepčně motorické poruchy, poruchy paměti, poruchy myšlení a řeči, emoční poruchy, poruchy chování a specifické vývojové poruchy učení. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 35)

### **a) Percepčně motorické poruchy**

Do této skupiny řadíme dvě podskupiny: poruchy motoriky a senzomotorické koordinace, poruchy percepčních a kognitivních funkcí. První skupina zahrnuje obtíže v jemné i hrubé motorice. Děti jsou neohrabané, neobratné, nešikovné a mají problémy s koordinací svých pohybů, především se souhrou horních a dolních končetin. Jejich pohyby jsou často křečovité a zautomatizování pohybů jim trvá delší čas. V oblasti jemné motoriky se jedná především o potíže v sebeobsluze: zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, jezení příborem, oblékání atp. Již v mateřské škole se mohou objevovat problémy s kreslením, na základní škole potom s psaním. Jejich písmo je neúhledné, nečitelné. Dále se u dětí objevuje artikulační neobratnost, která se projevuje komolením obtížnějších nebo delších slov.

Druhá skupina popisuje poruchy zrakového a sluchového vnímání. Nejedná se ale o poruchu samotného orgánu, nýbrž o poruchu jeho funkce. V oblasti zrakového vnímání se jedná například o špatné rozlišování podobných tvarů (b-d, m-n, ...), obtížné rozlišování pravé a levé strany, poruchy orientace v prostoru a času. Co se sluchového vnímání týče, jde například o horší rozlišování hlásek (kostka – koska). U některých dětí byly zaznamenány také poruchy vnímání vlastního tělesného schématu (potíže v tělesné výchově, ve sportu, tanci, ...) a poruchy kognitivních funkcí (vážně sluchová paměť). (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 35–37)

### **b) Poruchy paměti**

U jedinců s ADHD bývá postižena především paměť krátkodobá neboli pracovní, provozní. Tato paměť slouží ke krátkodobému podržení informací v paměti, které potřebujeme pro vykonání nějaké práce, činnosti. Černá (1999) uvádí, že u jedinců s ADHD je postižen celý paměťový proces: od vštěpování nových informací, přes fixaci neboli uchování až po jejich vybavování. Paměť těchto jedinců popisuje jako nesystematickou a náhodnou, ve které panuje chaos a zmatek. Tyto děti často zapomínají zadané pokyny i své věci, neustále něco hledají a ztrácejí. U hyperaktivních dětí se objevují také poruchy ultrakrátké paměti, která trvá několik sekund. Jejich paměť bývá označována jako průtoková, což dokonale vystihuje rčení „jedním uchem tam, druhým ven“. Dítě si většinou pamatuje jen část informace, nebo vůbec nic, což ovlivňuje jeho běžné činnosti. Z tohoto důvodu ho ostatní často považují za zapomnětlivé, nespolehlivé či

líné. Někdy se u jedinců může objevit i opačný problém, a to, že jejich paměť ulpívá na jedné vzpomínce, od které se dotyčný nemůže odtrhnout. Můžeme říci, že celkově bývá u těchto dětí problém vybavit si konkrétní informaci z paměti, kterou už někdy slyšely. Všechny výše zmíněné projevy negativně ovlivňují proces učení a žákovu školní úspěšnost. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 38–39)

### **c) Poruchy myšlení a řeči**

U jedinců s ADHD je možné pozorovat změněnou dynamiku psychických procesů, zejména tedy překotné, chaotické či naopak ulpívavé až stereotypní myšlení. Narušena je také plynulost a harmoničnost myšlenkových procesů. Myšlení je buď příliš rychlé, nebo naopak pomalé, těžkopádné. Děti mají problém s vnímáním souvislostí a hůře zobecňují, což výrazně ztěžuje výuku. V myšlení hyperaktivních dětí můžeme pozorovat nerovnoměrnost ve zrání, a proto nám jejich myšlení připadá dětské, infantilní. Rozumové schopnosti však nebývají narušeny, neboť tyto jedinci mívají průměrné až nadprůměrné intelektové schopnosti.

Co se poruch řeči týče, objevují se u hyperaktivních jedinců buď problémy s porozuměním, nebo problémy s používáním aktivní slovní zásoby. Děti nechápou význam některých slov či nevcítí signály z tónu hlasu, a tak dochází často k nedorozumění a problémům v komunikaci. Hyperaktivní děti mohou mít také problémy s artikulací a rytmem řeči. Špatná artikulace často způsobuje vadu řeči – dyslalii (patlavost), kdy dítě vyslovuje špatně jednu i více hlásek. Problémy s výslovností negativně ovlivňují žákovu výkonnost při školní práci, a to nejen při mluvení, ale i při čtení a psaní. Řeč bývá nadměrně hlasitá a vlivem touhy říci co nejrychleji co nejvíce informací také překotná, a tudíž hůře srozumitelná. Stejně jako myšlení může být řeč však i ulpívavá, tj. rigidní, kdy jedinci používají stále stejná slova a věty. Řeč hyperaktivních jedinců bývá často opožděná, tedy jednodušší, obsahově chudší. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 40–43)

### **d) Emoční poruchy a poruchy chování**

Mezi přidružené poruchy se dále řadí poruchy v oblasti emocí a chování. Paclt (2007) tyto poruchy označuje pojmem komorbidní poruchy, tedy poruchy, které se současně vyskytují s ADHD. Řada autorů se shoduje, že jedinci trpící ADHD bývají emočně labilní (nestálí), mají časté výkyvy nálad a jejich emoční reakce bývají někdy nevyzpytatelné.

*„Vágnerová (1999) uvádí rychlé přechody od mrzutosti k euforii, citovou nezralost a labilitu až infantilnost, což dává do souvislosti s nízkou frustrační tolerancí – dítě reaguje na podněty neadekvátně, bouřlivě, někdy i jako dítě vývojově mladší. To vede k poruchám sebeovládání, afektivním až agresivním reakcím. Může to být ale i obranný mechanismus v situacích, kdy dítě subjektivně prožívá nadměrnou zátěž.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 44)*

Serfontain (1999) říká, že jedinci s ADHD mají sníženou schopnost vyrovnat se s určitými změnami, a proto na změny reagují neochotou, podrážděností a hněvem. Autor zaznamenává i určitou citovou povrchnost u těchto dětí – dávají méně najevo své city. S výkyvy nálad souvisí i výkyvy ve výkonnosti. Výkon dětí záleží na tom, jakou mají zrovna náladu. Pokud mají náladu dobrou, jejich výkonnost stoupá, pokud však mají náladu špatnou, jsou náchylné k emočním výbuchům a jejich výkonnost klesá.

Jak již bylo uvedeno výše, jedinci s ADHD mají nízkou frustrační toleranci, tj. nízkou odolnost vůči stresu a nadměrné zátěži oproti ostatním jedincům. I nepatrný podnět je vyvede z míry, jejich reakce jsou neadekvátní, přecitlivělé a často velmi prudké. Toto agresivní jednání je způsobeno po delší dobu nashromážděným napětím. Přestože jsou tyto děti velmi citlivé, mají problém se schopností vcítění se do pocitů druhých. Chybí jim takt, nedokážou odhadnout pocity druhých a mají potíže rozlišit, co je vhodné a co nevhodné. Často nevnímají, že udělaly něco nevhodného. Jedinci s ADHD mají problém se sebeovládáním. Velmi často „šaskují“ a snaží se upoutat pozornost ostatních. Nežřídko se objevuje vztahovačnost, přecitlivělost a zvýšená úzkostnost, která může vyústit v neurotické poruchy, jakými jsou tiky, koktavost či somatické potíže. U některých jedinců se může vyskytovat až školní fobie nebo dokonce i sklon k depresi.

S poruchou ADHD také úzce souvisí opoziční chování, negativismus a zvýšená agresivita. Děti jsou často drzé, neposlušné, odmítají, nerespektují dospělé, dále se objevují také výbuchy vzteku, psychická či fyzická agrese, časté praní a nežřídko i sklony k šikaně a krutosti. Agresivita v kombinaci s hyperaktivitou tvoří závažné poruchy chování, jakými jsou disociální chování (neposlušnost, lhaní atd.), asociální chování (záškoláctví, útoky apod.) nebo dokonce i antisociální chování (chování spojené s vážnými přestupky a trestnými činy – agrese vůči ostatním, šikana, krádeže apod.). Zmíněné poruchy chování se častěji vyskytují až v pubescenci nebo adolescenci. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 43–49)



### e) Specifické poruchy učení (SPU)

V souvislosti s poruchami pozornosti a výše zmíněnými poruchami vnímání, paměti a myšlení se po nástupu do školy mohou u dětí vyvinout specifické poruchy učení. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 35–49) V české odborné literatuře se používají pojmy specifické poruchy učení nebo specifické vývojové poruchy učení. Na začátku je nutné vymezit samotný pojem SPU. Existuje více definic specifických vývojových poruch učení, avšak až na pár drobností se od sebe nijak zásadně neliší. Vašutová (2008, s. 27) uvádí pro specifické poruchy učení definici podle Matějčka (1993):

*„Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému.“*

Vašutová (2008, s. 27) dále zmiňuje vymezení specifických poruch učení dle Selikowitzze (2000), který říká že:

*„Specifické poruchy učení mohou být definovány jako neočekávaný a nevysvětlitelný stav, který může postihnout dítě s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí a který je charakterizovaný významným opožděním v jedné nebo více oblastech učení.“*

Z definic tedy vidíme, že se jedná o poruchy, které se projevují zejména při nabývání školních dovedností a které se zřetelně projevují po zahájení povinné školní docházky. Pro eliminování výše zmíněných obtíží při učení je nutná včasná diagnostika, kterou provádí pedagogicko-psychologická poradna, případně speciálně pedagogické centrum. Žák se SPU je zařazen do režimu speciálního vzdělávání a je nutné mu poskytovat speciálně pedagogickou péči.

Specifických poruch učení existuje celá řada, mezi základní patří:

- dyslexie (specifická porucha čtení)
- dysgrafie (specifická porucha psaní)
- dysortografie (specifická porucha postihující pravopis)
- dyskalkulie (specifická porucha počítání)

- dysmúzie (specifická porucha postihující hudební dovednosti)
- dyspraxie (specifická porucha obratnosti, porucha vykonávat složitější úkony)
- dyspinxie (specifická porucha kreslení, neobratnost v jemné motorice)

V praxi se většinou nevyskytuje jedna samotná specifická porucha učení, ale spíše se jedná o jejich vzájemné prolínání. (Vašutová, 2008, s. 28)

## **2.5 Specifické projevy ADHD v mladším školním věku**

Projevy ADHD se v průběhu vývojových etap mění. V této části se budeme věnovat konkrétním projevům syndromu ADHD v mladším školním věku, tj. v období zhruba od šesti do jedenácti až dvanácti let. Vlivem ADHD se u těchto dětí velmi často setkáváme se školní nezralostí a tudíž s odkladem školní docházky. V tomto období jsou základní symptomy ADHD (tj. porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita) často plně rozvinuty, neboť základní škola klade na dítě mnohem vyšší nároky než předškolní zařízení. U dětí přetrvává afektivita a negativismus, myšlení a řeč jsou stále překotné, impulzivní. Vstupem do školy se umocňuje deficit pozornosti a hyperaktivita, s čímž souvisí snížená schopnost koncentrace a nedostatky paměti (zejména krátkodobé). Porucha koncentrace pozornosti se projevuje zejména v situacích, které nejsou pro dítě zajímavé – výuka je monotónní a dlouhotrvající, učivo je pro dítě nudné a nezábavné. Mladší školní žák s ADHD má rovněž problémy podřizovat se autoritě dospělého, podřizovat se pravidlům ve skupině či je pro něj obtížné dokončovat úkoly. Jejich neustálá aktivita a neschopnost se soustředit je ostatními dětmi netolerována. Neklidné děti jsou neoblíbené a jejich vrstevníky odmítané, což problémy dítěte ještě zhoršuje. Často jsou tyto děti ve škole kárány za nekázeň, zapomínání úkolů a vyrušování, doma jsou obvykle trestány a napomínány. To vše se může negativně odrazit v žákově školní úspěšnosti. Nově se tedy v tomto období objevuje neprospěch ve škole. Školní neúspěch může přispět ke vzniku pocitu selhání a ke snížení vlastního sebepojetí, což může vyústit až v neurotické potíže. Oproti předchozím vývojovým fázím se zde jako důsledek ADHD objevují specifické poruchy učení, které se projevují především až při osvojování učiva. Nejčastěji se s ADHD vyskytuje dyslexie a dysgrafie. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 25; Hříchová, Miňhová, Novotná, 2012, s. 41)

Kromě základních projevů se u dětí mladšího věku podle některých autorů mohou objevit i poruchy spánku a poruchy příjmu potravy, které však lze pozorovat již v raných věkových

stádiích. U některých dětí bývá zaznamenána vybíravost v jídle a snížený příjem potravy, což může vést k vyčerpání. U jiných můžeme pozorovat naopak zvýšený příjem potravy, zejména nápojů, vlivem zvýšeného výdeje energie. Co se poruch spánku u hyperaktivních dětí týče, vyskytují se problémy s usínáním, noční buzení, noční děsy, somnambulismus<sup>6</sup> a někdy i noční pomočování. V důsledku nedostatečného nebo nekvalitního spánku jsou tyto děti často unavené, vyčerpané, což negativně ovlivňuje jejich školní výkonnost. Soustředí se ještě hůře než obvykle, jsou podrážděné, mají sklon k afektivním výbuchům a zvyšuje se jejich tendence reagovat impulzivně. Výše zmíněnými poruchami spánku jsou projevy ADHD ještě více umocněny. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 25–27; Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 76)

## 2.6 Diagnostika ADHD

Následující část se zabývá samotnou diagnostikou ADHD, tj. popisem diagnostických kritérií, které potvrzují výskyt tohoto syndromu. Vzhledem k velké variabilitě možných symptomů se ADHD diagnostikuje poměrně obtížně. Neexistují pro ni žádné absolutně správné diagnostické testy, neboť symptomy se mění podle věku, situace a podmínek. Také přítomnost jiných poruch může symptomy ADHD zakrývat. Diagnostická kritéria se neustále aktualizují a zdokonalují a v současnosti se pro diagnostiku ADHD používají dva hlavní klasifikační systémy: 1. Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, tj. ICD-10 (u nás MKN-10) a 2. Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace – Americká klasifikace duševních poruch, 4. revize, tj. DSM-IV. (Munden, Arcelus, 2006, s. 15–16) Oba tyto systémy vycházejí z podobných, i když ne totožných přístupů, a shodují se na tom, že ADHD lze diagnostikovat, pokud se jedná o déletrvající problematiku, tedy pokud příznaky přetrvávají alespoň po dobu šesti měsíců. (Paclt a kol., 2007, s. 15)

Podle MKN-10 je pro diagnózu hyperkinetické poruchy nutná současná přítomnost obou základních symptomů, a to poruchy pozornosti a hyperaktivity, obvykle se vyskytující s impulzivitou. Oproti tomu kritéria DSM-IV jsou širší, neboť diagnóza ADHD podle DSM-IV nevyžaduje současnou přítomnost všech základních projevů, ale stačí, aby se u jedince vyskytoval alespoň jeden ze základních projevů, a to porucha pozornosti nebo kombinace hyperaktivity s impulzivitou. Podle podílu jednotlivých symptomů na klinickém obrazu ADHD rozlišuje DSM-IV tři subtypy poruchy:

---

<sup>6</sup> Somnambulismus = náměsíčnost.

1. **ADHD, Combined Type (kombinovaný typ)** = porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou – nejméně 6 z 9 příznaků nepozornosti a nejméně 6 z 9 příznaků hyperaktivity a impulzivity dohromady.
2. **ADHD, Predominantly Inattentive Type (s převahou poruchy pozornosti)** = porucha pozornosti bez hyperaktivity a impulzivity, tj. prostá porucha pozornosti (dříve označována jako ADD) – nejméně 6 z 9 příznaků nepozornosti, ale nedostatek příznaků hyperaktivity či impulzivity.
3. **ADHD, Predominantly Hyperactive-Impulsive Type (s převahou hyperaktivity a impulzivity)** = hyperaktivita a impulzivitata bez poruchy pozornosti – nejméně 6 z 9 příznaků hyperaktivity a impulzivity dohromady, ale nedostatek příznaků nepozornosti. (Paclt a kol., 2007, s. 15; Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 23–25; Quinn, 2013; Bhandari, 2015)

V **Příloze č. 1** uvádím diagnostická kritéria ADHD podle DSM-IV, neboť americký klasifikační systém je oproti psychiatrické části evropského klasifikačního systému podrobnější. Proto se americká klasifikace často používá jako její rozšíření a doplnění. Diagnostická kritéria této poruchy jsou v evropské klasifikaci užší a děti, které by podle evropských kritérií nesplnily podmínky pro diagnózu hyperkinetické poruchy, a tudíž by se jim nedostalo náležité léčby, by podle amerického diagnostického systému podmínky pro stanovení ADHD splnily. Proto se pro diagnostiku ADHD u nás používají právě americká diagnostická kritéria, podle kterých je vedena i naprostá většina celosvětových výzkumů. ADHD (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 59)

U jedinců s ADHD existují kritéria, podle kterých lze stanovit závažnost této poruchy. Podle závažnosti rozlišujeme tyto typy ADHD:

- **mírný typ ADHD** – jen málo symptomů, újma dítěte ve škole či společnosti je minimální nebo žádná, schopnost koncentrace kolísá, dominující symptomy jsou zvládnutelné individuálním přístupem;
- **střední typ ADHD** – mírné až vážné symptomy, společenská újma mírná, neklid, nesoustředění, překotnost, emocionální nestabilita, snížená sebekontrola, kromě individuálního přístupu je většinou potřeba i speciální péče;

- **vážný typ ADHD** – symptomy se projevují v nadměrné míře, újma dítěte je vše zachvacující, výrazný neklid, rizikové chování, obtíže v soužití s ostatními, velmi nízká či nulová sebekontrola, často výskyt specifických poruch učení, speciální péče je nezbytná. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 16)

Diagnostika ADHD je ve většině případů interdisciplinární záležitostí, neboť se jedná o týmovou spolupráci lékařů, učitelů, psychologů a speciálních pedagogů (v případě nejednoznačné diagnózy). Někdy mohou být děti s podezřením na ADHD podrobeny neurologickému vyšetření, avšak jejich abnormalita nemusí být na EEG zachycena. Diagnostika ADHD se tedy skládá z komplexní pedagogické, psychologické a v případě potřeby speciálně pedagogické diagnostiky, které jsou někdy nutné doplnit diagnostikou lékařskou (např. pediatrickou, psychiatrickou, neurologickou, endokrinologickou aj.).

Pedagogická diagnostika vychází z dlouhodobého pozorování dítěte a z rozborů jeho práce. Učitelé porovnávají žákův výkon v jednotlivých předmětech, pozorují projevy jeho chování, hodnotí spolupráci s rodinou atd. Diagnostiku poskytují učitelé ve formě dotazníku pro učitele či písemně zpracovanou pedagogickou diagnostikou. V **Příloze č. 2** uvádím ukázkou orientačního dotazníku pro učitele při podezření na syndrom ADHD u dítěte.

Při psychologickém vyšetření vycházíme z pedagogické nebo lékařské diagnostiky. Důležité údaje získává psycholog z pozorování chování dítěte a anamnestického rozhovoru s dítětem a rodiči, na jehož základě se vypracovává osobní a rodinná anamnéza a zhodnocuje celková sociální situace jedince. Dále pak získává údaje z osobnostních dotazníků pro dítě i dotazníků pro rodiče, z výkonových testů (např. testy inteligence, testy koncentrace pozornosti atd.) nebo projektivních technik (např. kresba postavy) a posuzovacích škál. Psychologové často v intelektových testech zjišťují nerovnoměrnosti ve výkonech, většinou bývá podstatný rozdíl mezi výkonem ve verbální a neverbální části testu. Některé z psychodiagnostických metod zaměřených na diagnostiku ADHD nejsou standardizovány na současnou populaci, a proto se jejich výsledky používají jen orientačně. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 17–19, Drtílková, Šerý et al., 82–89) Komplexní psychologické vyšetření hraje při stanovení ADHD zásadní roli, neboť poskytuje informace o dosaženém vývojovém stupni dítěte, o jeho oslabených oblastech a umožňuje tak sestavit individuální vzdělávací plán a zajistit hyperaktivnímu dítěti kvalitní

léčbu. Před samotným vyšetřením je nutné seznámit rodiče i dítě s následným postupem a časovou náročností. Psychodiagnostické vyšetření vyžaduje trpělivost a přípravu rodičů, dítěte i psychologa, mělo by být prováděno vždy v dopoledních hodinách a dle většiny autorů by mělo obsahovat dvě základní části:

**1. Klinická část psychologické diagnostiky** – tato část musí vždy předcházet samotnému zadání standardizovaných testových metod, kdy dochází k bližšímu poznání vyšetřovaného dítěte i jeho rodičů a k navázání jejich důvěry k psychologovi. Během této fáze je třeba poznat základní obtíže dítěte a vyzorovat jeho projevy chování. Jako diagnostické metody se zde používají klinický rozhovor s rodiči a dítětem, pozorování dítěte a celkové zhodnocení školního výkonu od mateřské školy až do současnosti. Výše uvedené metody pomáhají psychologovi stanovit optimální testové metody, základní strategie vedení dítěte při vyšetření a základní hypotézy obtíží dítěte.

**2. Testová část psychologické diagnostiky** – tato další část zahrnuje samotné testování jedince. Mezi základní testy, které se využívají k diagnostice ADHD, patří:

- **Wechslerova škála inteligence (WISC-III nebo již WISC-IV)**
- **Testy pozornosti**
  - v ČR:
    - Číselný čtverec
    - Bourdonův test
    - Test koncentrace pozornosti
  - v zahraničí:
    - Continuous Performance Tasks (CPT) – počítačové testy pozornosti
- **Škály nebo dotazníky pro dítě, rodiče a učitele** – nezbytná součást celkového vyšetření
  - v ČR se bez standardizace používají překlady zahraničních dotazníků:
    - dotazníky Connersové – verze pro rodiče a učitele
  - v zahraničí:
    - ADHD Rating Scale IV – Home Version
    - ADHD Rating Scale IV – School Version
    - Child Attention Profile (CAP)
    - Childhood ADHD Symptoms Scale Self-Report

- **Testy speciálních schopností, znalostí a dovedností**
  - Edfeldtův reverzní test (zraková percepce)
  - Zkouška sluchové diferenciacce (sluchová percepce)
  - Stroopův test
  - Rey-Osterriethovy komplexní figury (neverbální paměť)
  - Paměťový test verbálního učení (verbální paměť)

Konkrétní volba testu závisí na předešlém rozhovoru, pozorování a sestavení celkové anamnézy jedince. Diagnostik může dle potřeby využít i jiné testy, například zkoušky zaměřené na sociální, řečové, jazykové a jiné dovednosti. Vždy však musí volbu testů přizpůsobit obrazu konkrétního případu. (Paclt a kol., 2007, s. 59–61)

Diagnostika ADHD představuje velmi rozsáhlou a složitou úlohu. Nevhodně zvolený diagnostický postup může vést k nevalidním výsledkům, které mohou dítě dokonce poškodit. Abychom tedy minimalizovali zkreslení výsledků, je nutné stanovit přesný plán a postup vyšetření. Jedině komplexní a systematické psychologické vyšetření může poskytnout informace pro konkrétní volbu účinné terapie. Opakovaná vyšetření pak ukazují efektivitu celkové terapie. (Paclt a kol., 2007, s. 66)

## **2.7 Legislativa a vzdělávání dětí s ADHD. Individuální vzdělávací plán.**

Vzdělávání dětí s ADHD se řídí několika legislativními opatřeními. Aktuální informace ohledně legislativy jsou k dispozici na oficiální internetové stránce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR<sup>7</sup>. Obecné informace a ustanovení o vzdělávání dítěte s ADHD jsou zakotveny v *zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* ze dne 24. září 2004 v platném znění s účinností od 1. ledna 2005. Tento zákon upravuje výše zmíněné vzdělávání ve školách a školských zařízeních, stanovuje podmínky, zásady a cíle výchovy a vzdělávání a vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání. Z hlediska vzdělávání se jedinec s ADHD řadí mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, neboť během školního vzdělávání vyžaduje speciální přístup. Z hlediska právní terminologie se jedná o žáky se specifickými poruchami chování (SPCH). Ve školském zákoně se vzdělávání těchto žáků týká *§ 16 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami*. Zde uvádím některé důležité body:

<sup>7</sup> Oficiální webové stránky Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR: [www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)

Jedincem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním, které bylo zjištěno na základě vyšetření ve školském poradenském zařízení. Zdravotním postižením je mentální, tělesné, zrakové, sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Zdravotní znevýhodnění zahrnuje zdravotní oslabení, dlouhodobé nemoci nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování. Při přijímání ke vzdělávání a jeho ukončování je nutné stanovit vhodné podmínky, které odpovídají potřebám žáka. Při hodnocení je třeba přihlížet k povaze postižení či znevýhodnění. Cílem hodnocení žáka se specifickou poruchou učení a chování však není nadhodnocování výkonu, ale zjištění jeho skutečných vědomostí, dovedností a lidských kvalit nezkrácených danou poruchou. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 190–191; Zákon č. 561/2004)

*„Děti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, a na vytvoření takových podmínek, které jim toto vzdělávání umožní.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 188)

Podrobněji se touto problematikou zabývá *vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* ze dne 9. února 2005 v platném znění s účinností od 17. února 2005. Na základě této vyhlášky se vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami uskutečňuje následovně: Tyto děti mají nárok na bezplatné používání speciálních didaktických a kompenzačních pomůcek, speciálních metod, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, snížení počtu žáků ve třídě, popřípadě také na zajištění asistenta pedagoga, o jehož zřízení žádá ředitel školy na základě vyjádření školského poradenského zařízení. Zařazení žáka do režimu speciálního vzdělávání se uskutečňuje na základě zjištění speciálních vzdělávacích potřeb při vyšetření ve školském poradenském zařízení, ke kterému poskytl souhlas zákonný zástupce nezletilého dítěte. Zpráva z poradenského vyšetření musí obsahovat závěr ze speciálně pedagogického a psychologického vyšetření a následně konkrétní doporučení rodičům a škole. Mezi formy speciálního vzdělávání patří individuální integrace, skupinová integrace, speciální škola pro žáky se zdravotním postižením nebo kombinovaný typ předchozích forem. Žák je tedy na základě svých vzdělávacích potřeb vzděláván v běžné třídě, speciální třídě či ve speciální mateřské nebo základní škole. U žáka se zdravotním postižením, mezi



kteřé patří i specifické vývojové poruchy chování, se upřednostňuje individuální integrace v běžné škole. (Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.)

Pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka (především u individuálně integrovaných žáků) je na základě speciálně pedagogického nebo psychologického (v případě nutnosti i lékařského) vyšetření písemně doporučeno vypracování individuálního vzdělávacího plánu (IVP). Na základě doporučení mají zákonní zástupci dítěte spolu s tímto doporučením podat škole oficiální žádost o vytvoření IVP, kterou schvaluje (či zamítá) ředitel školy. Aby bylo vytvoření IVP užitečné, je nutné, aby se na jeho tvorbě podíleli všichni učitelé, jejichž předmětu se žákovy obtíže týkají – na prvním stupni především třídní učitel, na druhém stupni učitelé daných předmětů, ve kterých je žák vzděláván formou IVP. Dále by se na vypracování IVP měli podílet také rodiče a v neposlední řadě i dotyčný žák s ADHD (min. od druhého stupně), neboť je nezbytné, aby nejen učitelé, ale i rodiče a samotný žák věděli, jaké povinnosti a práva pro ně z IVP vyplývají. Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu, tvoří se ve spolupráce se školským poradenským zařízením, jeho finální podobu má na starosti výchovný poradce a za jeho zpracování zodpovídá ředitel školy. IVP je součástí dokumentace žáka a obsahuje údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytované péče, dále o volbě pedagogických postupů, cíli vzdělávání, způsobu zadávání a plnění úkolů, způsobu hodnocení žáka a v neposlední řadě také seznam kompenzačních pomůcek a speciálních didaktických materiálů, případně údaje o potřebě dalšího pedagogického pracovníka a další důležité informace. Nezbytnou součástí IVP je závěr z poradenského vyšetření. Dvakrát ročně vyhodnocuje školské poradenské zařízení dodržování IVP ve škole. IVP má platnost na jeden školní rok, v průběhu celého školního roku může být však podle potřeby s podpisem zákonného zástupce žáka upravován. Pro úspěšné naplňování IVP je nezbytná neustálá spolupráce školy a rodičů. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 192–193; Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.)

Problematiku ADHD také ještě upravuje *vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* ze dne 9. února 2005 v platném znění s účinností od 17. února 2005. Standardní poradenské služby poskytují školská poradenská zařízení a školy bezplatně žákům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Podmínkou poskytnutí poradenské služby zletilému žákovi je jeho písemný souhlas, v případě

nezletilého žáka je to písemný souhlas jeho zákonného zástupce. Pro žáky se specifickými poruchami chování (ADHD) je v této vyhlášce důležité následující:

Poradenské služby přispívají k vytváření vhodných podmínek pro zdravý vývoj žáků před zahájením vzdělávání a v jeho průběhu, k naplňování jejich vzdělávacích potřeb, k řešení výukových a výchovných obtíží, dále k vytváření vhodných podmínek pro integraci žáků se zdravotním postižením a ke zmírňování důsledků zdravotního postižení. Mezi školská poradenská zařízení patří pedagogicko-psychologická poradna (PPP) a speciálně pedagogické centrum (SPC). Tato zařízení poskytují psychologické a speciálně pedagogické služby při výchově a vzdělávání žáků. Poradenské služby v základních, středních a vyšších odborných školách poskytuje výchovný poradce, školní metodik prevence, školní psycholog nebo školní speciální pedagog. (Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb.)

Dalším závazným dokumentem upravujícím vzdělávání dětí s ADHD je Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání<sup>8</sup> – část D, která vymezuje vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

## 2.8 Základní terapie ADHD

Jak už sám název napovídá, v této části diplomové práce se budeme zabývat možnostmi terapeutických přístupů k jedincům s projevy ADHD. Je proto vhodné, abychom si na úvod definovali samotný pojem terapie, terapeutický přístup.

*„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, v chování, ve fyzickém výkonu).“ (Müller a kol., 2014, s. 18)*

Stejně jako diagnostika tohoto syndromu, ani léčba ADHD není úkolem pro jednoho člověka. Jelikož onemocnění zasahuje do mnoho oblastí života jedince, je nutné, aby se na léčbě podíleli všichni, kteří jsou nějakým způsobem angažováni do jeho výchovy, tj. nejen odborníci (psychologové či lékaři), ale i učitelé, rodinní příslušníci a další osoby. Úkolem je vytvořit jakousi terapeutickou skupinu lidí, která bude spolupracovat na komplexní léčbě

---

<sup>8</sup> Úplné znění upraveného RVP ZV s účinností od 1. 9. 2013 je dostupné na: [http://www.nuv.cz/file/319\\_1\\_1/download/](http://www.nuv.cz/file/319_1_1/download/)

této poruchy. Mezi terapeutické přístupy řadíme režimová a výchovná opatření ve školním a rodinném prostředí, psychoterapii a farmakoterapii, které dohromady tvoří komplexní léčbu ADHD a které mají společně největší naději na úspěch. Cílem léčby je pomoci jedinci zvládat denní režim, zlepšit jeho vztahy k ostatním, jeho zařazení do kolektivu a využít jeho inteligenci ve škole. Zaměřujeme se ale také na prevenci či terapii přidružených poruch. Výše zmíněnými přístupy se snažíme zmírnit projevy ADHD, což by mělo mít pozitivní vliv na další vývoj daného dítěte. Většina metod terapie ADHD je zaměřena především na mladší děti, tj. na předškolní a mladší školní věk, lze je ale samozřejmě přizpůsobit i jedincům dospívajícím nebo dospělým (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 81–81). Konkrétním terapeutickým přístupům se věnuji v následujících podkapitolách.

### **2.8.1 Výchovné vedení v rodině a ve škole**

Tato část pojednává o přístupu k hyperaktivním jedincům na základě výchovného vedení, tj. nejen z hlediska rodinného působení, ale také působení pedagogického. Nejedná se o terapii v pravém slova smyslu, ale ve většině případů přináší výchovné působení na jedince s ADHD pozitivní výsledky. Správné výchovné postupy by měly být tedy aplikovány jak v domácím, tak i ve školním prostředí a měly bychom je vnímat jako tzv. primární krok před samotnou terapií. Jucovičová a Žáčková uvádí obecné zásady, které by měly být dodržovány při výchovném vedení dětí s ADHD. Je tedy nutné:

1. Vytvořit klidné, citově proteplené rodinné prostředí – dát dítěti najevo lásku a oporu, pocít sounáležitosti, přijímat dítě takové, jaké je, důležitý je klid, trpělivost, laskavost.
2. Stanovit řád, vytyčit hranice ve výchově a v chování dítěte – jasně a konkrétně vymezit pravidla ve výchově, stanovit dítěti pravidelný denní režim (spánek, strava apod.).
3. Být důsledný – důsledně, tj. pravidelně a často kontrolovat stanovená pravidla, kontrola musí být efektivní, je nutno poskytovat dítěti okamžitou zpětnou vazbu, dítě vedeme k vyvození důsledků jeho chování, v případě potřeby volíme kompromis.
4. Sjednotit výchovné přístupy – sjednotit výchovu v rodině (mezi rodiči a ostatními členy rodiny), dohodnout se na přesných pravidlech, sjednotit výchovu rodiny a školy, sjednotit výchovu ve škole (mezi učiteli, vychovateli).

5. Soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte – zaměřit se oblast, ve které je dítě úspěšné, umožnit mu prožívat úspěchy (pochvala), chválit i za malé pokroky, oceňovat snahu, spíše pracovat s odměnami (přidělování, odnímání) než s tresty.
6. Usměrnovat aktivitu dítěte a dodávat mu přiměřené podněty – aktivitu dítěte nepotlačovat, ale nechat ji vybit, dát dítěti možnost volného pohybu, umožnit mu dostatečný přísun přiměřených podnětů. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 55–59)

Práce s dítětem s ADHD ve školním prostředí je velice náročná, pozitivní a systematický pedagogický přístup však může chování jedince výrazně ovlivnit. Základní pedagogické postupy pro práci s dítětem s ADHD vycházejí z „... *podněcování nových a žádoucích způsobů chování a nikoliv z trestání nežádoucích vzorců chování*“. (Paclt a kol., 2007, s. 120) Tyto postupy shrnul Paclt do následujících bodů:

- pozitivní posilování spolu s mírnými tresty
- častá zpětná vazba
- stručné, jasné a splnitelné instrukce a pokyny
- respektování stylu učení dítěte
- nácvik metakognitivních strategií (učení se o vlastním stylu učení)
- sebekontrola a sebehodnocení dítěte

Výše uvedené postupy lze aplikovat především na děti předškolního a mladšího školního věku. Kromě těchto základních bodů pedagogického působení je také velmi důležitá osobnost učitele, konkrétně pedagogický optimismus a vyšší frustrační tolerance. Pozitivní přístup pedagoga k hyperaktivnímu dítěti napomáhá nápravě nežádoucího chování, což může vést k jeho vyšší školní, ale i sociální úspěšnosti. (Paclt a kol., 2007, s. 120)

Riefová (2010, s. 31) uvádí základní doporučení pro pedagogické pracovníky, která pomáhají zvládat nežádoucí vzorce chování u jedinců s ADHD. Za nejdůležitější faktory prevence problémového chování u dětí s ADHD považuje:

- jasně sdělené požadavky na chování a práci žáků
- dostatek času na vysvětlení třídních pravidel
- jasná struktura vyučování
- předvídatelnost a důslednost jednání učitele
- nácvik žádoucího chování

- jasně a spravedlivě stanovené důsledky nežádoucího chování
- trvání na dovedení práce do konce
- porozumění, pružnost, trpělivost učitele
- učitelova pomoc na individuální úrovni

Přítomnost dítěte s ADHD ve třídě vyžaduje úpravu režimu výuky, která zvyšuje šanci na úspěšné vyučování. K dobrému zvládnutí práce ve škole je nutné vytvořit přehledné a strukturované studijní prostředí. Pro děti s ADHD je vhodné tradiční uspořádání lavic (čelem k tabuli) a uzavřené třídy, které neposkytují tolik podnětů pro rozptýlení pozornosti jako třídy otevřené. Dále by jedinci s ADHD měli sedět v předních lavicích, a to nejen kvůli menšímu rozptylování ostatními spolužáky, ale i z důvodu jednoduššího sledování jedince a poskytování zpětné vazby. Dalším specifickým krokem při výuce dítěte s ADHD je změna stylu výuky v závislosti na udržení jeho pozornosti a zájmu. V případě poklesu zájmu či pasivity je vhodné změnit tempo výuky. Úkoly vyžadující aktivní přístup při výuce mohou dětem s ADHD pomoci zmírnit jejich neklidné chování. Zadané úkoly by měly být zaměřeny hlavně na krátkodobou paměť. Velkou pomocí při výuce je střídání samotného vyučování a chvilkových tělesných cvičení, která snižují únavu a jednotvárnost výuky. Protože pozornost dětí s ADHD během dne klesá, je vhodné zadávat těžší studijní úkoly v dopoledních hodinách a odpoledne se věnovat úkolům aktivnějším, studijně méně náročným. (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 134–135) Mezi úpravy režimu výuky patří také již zmíněný individuální vzdělávací plán, podle kterého se pedagogové při výuce řídí a poskytují tak danému jedinci individuální péči na základě doporučení odborníků ze školského poradenského zařízení. Individuální vzdělávací plán je pro jedince s ADHD vhodné sestavit již pro předškolní vzdělávání.

Problematika dětí s ADHD ve školním prostředí je velmi významným jevem, vždyť škola představuje pro dítě zásadní mezník v jeho životním vývoji. Proto by se měla věnovat maximální pozornost úspěšnému začlenění daného jedince do školního i širšího sociálního prostředí. (Paclt a kol., 2007, s. 120–121) Cílem rodičů i učitelů by při výchově dítěte s ADHD mělo být nalezení takového způsobu soužití, aby se dosáhlo stavu přijatelného pro obě strany, neboť správné a dlouhodobé výchovné působení ze strany rodiny a školy může významně zmírnit projevy této poruchy i výchovné problémy z ní plynoucí. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 64, 109)

## 2.8.2 Psychoterapie

V této části práce se budeme zabývat neúčinnějšími formami psychoterapie u dětí s ADHD. Provedenými studiemi bylo prokázáno, že tyto formy mají při léčbě syndromu ADHD prokazatelně pozitivní vliv na jedince. Ačkoli psychoterapie patří mezi hlavní pilíře celkové léčby a má v ní tedy klíčové postavení, mnoho autorů se tímto způsobem terapie však nezabývá. Nejedná se tedy o konečně zpracovanou problematiku, a proto si zde uvedeme nejběžněji používané psychologické postupy pro terapii dětí s ADHD. Psychoterapie znamená doslova léčba duše, nejde však o léčbu farmaky. Existuje mnoho definic pojmu psychoterapie, na úvod si uvedeme hned tři.

*„Psychoterapii lze vymezit v souladu s J. O. Prochaskou, J. C. Norcrossem (1999) jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků, použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem“.* (Müller a kol., 2014, s. 26)

Šebek (1990, s. 100) popisuje psychoterapii jako léčbu psychologickými prostředky, mezi které počítá „... různé formy učení a nácviků, působení slovem, gestem, mimikou, sugescí, hypnózou, léčebné využití vztahu mezi terapeutem a pacientem nebo mezi pacienty ...“.

V publikaci *Terapie ve speciální pedagogice* můžeme nalézt i tuto definici: „(...) Umění psychoterapie spočívá v ujednocení terapeuta a klientky tak, aby klientka dokázala pozměnit své myšlení, citění, přesvědčení anebo své chování v jakémkoli směru, který je pro ni žádoucí.“ (Goulding, In: Müller a kol., 2014, s. 27)

Projevy ADHD mohou u dětí vybudovat negativní způsoby myšlení a chování. Abychom mohli dítěti pomoci zlepšit jeho život, je třeba se vžít do jeho situace. Musíme si představit, jaké to je být dítětem s diagnózou ADHD, jaké to je lišit se v něčem od ostatních, snažit se o něco, ale většinou pohořet, být odmítán apod. Volba psychoterapeutických technik musí odpovídat potřebám dítěte a jeho konkrétní životní situaci. Proto je před zahájením psychoterapeutických a psychosociálních opatření nutné provést komplexní diagnostiku jedince, která odborníkovi pomůže zhodnotit projevy dané poruchy u dítěte. (Paclt a kol., 2007, s. 111) Účinná terapie vyžaduje pevnou vůli, dobrou komunikaci a především úsilí všech zúčastněných. ADHD však nezpůsobuje potíže jen samotnému jedinci, ale také jeho rodičům, ostatním členům rodiny a jeho okolí. Je tedy důležité snažit se pochopit myšlenky, pocity a jednání všech zúčastněných, tj. poskytnout

odbornou pomoc také rodičům a učitelům ke zvládnání nežádoucího chování dítěte a obnovit tak funkční a vzájemně podporující vztahy. (Munden, Arcelus, 2006, s. 88–90; Goetz, Uhlíková, 2009, s. 94)

Psychoterapie zahrnuje řadu psychologických směrů a technik, které vyžadují přítomnost odborného dohledu, a proto ji mohou poskytovat pouze patřičně vyškolení a zkušení odborníci. Především se jedná o pracovníky pedagogicko-psychologických poraden, speciálně pedagogických center a středisek výchovné péče. Dále jsou to také státní i nestátní zdravotnická zařízení, různá občanská sdružení, kluby hyperaktivních dětí a jejich rodičů či speciálně zaměřené letní tábory pro děti a jejich rodiče. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 184–186)

Následující část práce bude věnována popisu jednotlivých psychoterapeutických metod používaných jako součást celkové terapie ADHD. Jako nejvíce účinná forma psychoterapie se u ADHD ukazují techniky vycházející z kognitivně behaviorální terapie (KBT, CBT). Kromě tohoto druhu psychoterapie bývá u hyperaktivních dětí velmi často doporučováno využití nejrůznějších relaxačních technik. Především u předškolních a mladších školních dětí vyžaduje psychoterapie daného jedince nezbytnou účast rodiny a školy. (Paclt a kol., 2007, s. 111–112)

### **A. Kognitivně behaviorální terapie**

Tato terapie vznikla v sedmdesátých letech dvacátého století spojením behaviorální terapie a kognitivní terapie. Praško (2007) říká, že: „*Kognitivně behaviorální terapie se snaží analyzovat maladaptivní vzorce myšlení a chování, vysvětlit, jak tyto vzorce vznikly a co je udržuje, a v průběhu terapie pomáhá pacientovi změnit je na vhodnější, konstruktivnější a účinnější strategie, které zmírní či odstraní jeho negativní emoční prožívání.*“ (Müller a kol., 2014, s. 30) Jedná se tedy o terapii, jejíž podstatou je analyzování nežádoucího a posilování žádoucího myšlení a chování a vedení klienta k nalezení vhodnějších a efektivnějších způsobů prožívání. Pro lepší představu si uvedeme základní schéma kognitivně behaviorální terapie. V první fázi je nutné popsat nežádoucí chování a zjistit, které „spouštěče“ ho způsobily. Dále musíme zjistit, jaké následky toto chování má, např. zda nevyvolávají nějaké negativní pocity či sebehodnocení. V druhé fázi by měl terapeut vést jedince ke změně jeho nežádoucího chování na vhodnější.

V rámci kognitivně behaviorální terapie se doporučuje kombinace individuální terapie dítěte s terapeutickým výcvikem samotných rodičů. Jako velmi prospěšné se jeví také zavedení terapie rodinné, jejímž cílem je zlepšit rodinnou komunikaci a porozumění mezi jednotlivými členy. Obzvláště u dětských pacientů se nelze spoléhat pouze na individuální terapii, ale je nutné pracovat i s rodiči a následně i s učiteli. Rodiče se v rámci výcviku naučí porozumět projevům jejich hyperaktivního dítěte a přijímat ho takové, jaké je. Učí se správným postupům výchovného vedení pro zvládnání často náročných situací a efektivním metodám kontaktu s dítětem, což přispívá k optimalizaci vztahu rodič-dítě. Terapeutická sezení slouží rodičům jako zpětná vazba, podpora od odborníků a zároveň jako trénink adekvátních reakcí na negativní chování dítěte. Kognitivně behaviorální výcvik rodičů má význam i z hlediska ovlivnění syndromu vyhoření, který často rodiče hyperaktivních dětí postihuje. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 184–186; Paclt a kol., 2007, s. 113–114) Během terapeutického vedení rodičů a učitelů se při sezeních s terapeutem objasní, co je potřeba změnit na chování dítěte, ale i na jejich vlastním chování. Společně s terapeutem se snaží hledat možnosti vzájemných reakcí (tj. reakce rodič-dítě, učitel-dítě). Je tedy nutné nalézt vhodnější a konstruktivnější vzorce chování u všech zúčastněných. (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 94–95) Psychoterapeutická péče probíhá nejčastěji formou individuální činnosti s dítětem a jeho rodiči, může být však prováděna i skupinovou formou (např. dětská skupina zaměřená na rozvoj sociálních dovedností, rodičovská skupina zaměřená na porozumění projevům jejich dětí). (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 185)

Pro doplnění si ještě uvedeme základní rysy kognitivně behaviorální terapie:

- časová omezenost
- strukturovanost
- intenzivní spolupráce terapeuta a klienta
- konkrétnost a ohraničenost sledovaných jevů
- edukativnost
- terapeutické postupy nejsou cílem samy o sobě, ale jen prostředkem pro dosažení konkrétního cíle, na němž se klient s terapeutem předem dohodli
- zaměření na konkrétní změny v životě
- konečným cílem je samostatnost klienta (Müller a kol., 2014, s. 30)

Kognitivně behaviorální terapie je zaměřena nejen na děti a dospívající s ADHD, jejich rodiče a učitele, ale její modifikace je aplikována také na dospělé jedince a jejich partnery.



Pacient se pomocí různých technik kognitivně behaviorální terapie učí řídit své chování, a rodiče, učitelé či partneři hyperaktivních jedinců se dozvídají, jak k jedinci přistupovat, jak reagovat na jeho negativní chování či jak mu pomáhat v běžných denních situacích. (Müller a kol., 2014, s. 30; Paclt a kol., 2007, s. 112) Kognitivně behaviorální terapie má tedy několik forem, jejichž přehled uvádí například Paclt (2007, s. 112):

- kognitivně-behaviorální intervence se zaměřením na dětského pacienta s ADHD
- klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele
- přímý management jednotlivých případů ADHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“
- komplexní intenzivní behaviorální léčba (letní terapeutický program pro děti a rodiče)
- kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba

Kognitivně behaviorální terapie zahrnuje nejrůznější techniky, mezi které patří například: expozice tvořivou kresbou, expozice četbou, hraní rolí, nácvik sociálních dovedností, nácvik řešení problémů, nácvik zvládnání hněvu apod. (Müller a kol., 2014, s. 31–35)

## **B. Relaxační techniky**

Odborníci kromě již zmíněné kognitivně behaviorální terapie velmi často u hyperaktivních dětí doporučují aplikovat relaxační techniky. Tyto metody mohou ztlumit projevy hyperaktivity a impulzivity a celkově děti zklidnit. Relaxační techniky mají oproti předchozímu způsobu psychoterapie výhodu v tom, že je lze provádět také doma a ve škole, tudíž je mohou využívat i rodiče a učitelé. Vyznačují se poměrně snadnou aplikací a univerzálností, lze je tedy aplikovat i u jiných poruch, onemocnění či u jedinců bez jakýchkoli obtíží. Protože hyperaktivní děti potřebují dostatek pohybu a kvůli zvýšené unavitelnosti také dostatečné psychické uvolnění a pohodu, mohou být relaxační techniky velmi dobrým přínosem. Jejich působením dochází k fyzickému uvolnění – uvolnění svalového napětí, které snižuje napětí psychické, čímž se zvyšuje odolnost vůči zátěži a neurotizaci. Dochází k regeneraci duševních sil, a tedy i ke zvýšení výkonnosti. Psychika pak zpětně pozitivně působí na fyzický stav jedince. Proto jsou relaxační techniky obecně nazývány technikami psychofyzickými.

Relaxačních technik existuje celá řada a obecně mohou přispět ke zlepšení koncentrace pozornosti, úrovně myšlení a paměti, celkové obratnosti a motorické koordinace a v neposlední řadě také pozitivně ovlivňují poruchy řeči, což přispívá k lepším komunikačním schopnostem těchto dětí. Jedinci s ADHD mohou prováděním těchto cvičení ventilovat svoji nahromaděnou aktivitu, afektivitu a agresivitu. Bývá uváděn také pozitivní vliv na úzkostné a depresivní stavy či na problémy s usínáním. Můžeme tedy říci, že relaxační techniky u dětí s ADHD přispívají k jejich celkovému zklidnění, a tím ke zlepšení výkonnosti, sebeovládání, sebekontroly a schopnosti zvládat náročné situace. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 132–136)

Je nutné si uvědomit, že relaxační techniky představují u jedinců s ADHD záležitost náročnou, pravidelnou a především dlouhodobou. Techniky samy o sobě nevyřeší problémy hyperaktivních dětí, ale jsou jakousi pomocí při práci s těmito dětmi. Předpokladem používání relaxačních technik je znalost problematiky ADHD a systematické ovlivňování chování hyperaktivního jedince. Před samotnou aplikací relaxačních technik je nutné se seznámit s obecnými pravidly pro jejich nácvik. Jejich dodržováním se prohlubuje a zvyšuje celkový účinek jednotlivých cvičení.

### **Obecné zásady pro nácvik relaxačních technik:**

1. Relaxační techniky musíme sami ovládat, umět je prožívat a věřit jim.
2. Předem jedince seznámíme s účinky a cílem relaxačních cvičení.
3. Relaxaci by měl předcházet pohyb.
4. Děti s ADHD potřebují hranice.
5. Imaginace zaměřujeme na to, co děti baví a zajímá.
6. Délku relaxace přizpůsobíme věku dětí.
7. Při nácviku relaxačních technik není nic špatně.
8. Nesmíme být zklamaní, když děti nereagují tak, jak předpokládáme.
9. Relaxační techniky doplníme na závěr krátkým rozhovorem.
10. Vždy je nutné znát zdravotní stav dětí.
11. Naučíme děti cvičit relaxační techniky pravidelně.
12. K relaxačnímu cvičení nikdy nepatří násilí.
13. Čím dříve se dítě naučí uvolňovat, tím větší bude mít cvičení účinek.
14. Velmi záleží na osobnosti cvičitele. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 139–143)

Kromě výše zmíněných zásad je nutné pro relaxační cvičení zvolit vhodnou dobu, místo, oblečení i polohu pro danou techniku. Nejlépe je cvičení zařazovat tehdy, když na dětech pozorujeme únavu, nebo naopak roztěkanost, roz dováděnost. Ráno je vhodné aplikovat techniky aktivizující, které dětem umožní načerpat síly a zajistí jim tak dobrý start do nového dne. Po příchodu ze školy a večer zařazujeme techniky uklidňující, pro lepší usínání. Ve škole můžeme relaxovat na začátku vyučovacích hodin pro uvolnění nebo v jejím průběhu po nějaké zátěžové činnosti či na konci výuky pro odpočinek. Důležité ovšem je, aby děti nerelaxovaly s plným žaludkem. Co se místa relaxace týče, ideální by byla speciální relaxační místnost. Takovou možnost však většina zařízení a domácností nemá, proto je možno cvičení provádět ve školní třídě a doma v pokoji. Ke správné relaxaci je nutné vytvořit příjemnou atmosféru a dodržovat základní hygienická a bezpečnostní pravidla (často větrat, čisté a klidné prostředí, optimální teplota, ne v blízkosti prosklených ploch a ostrých předmětů). Cvičení by mělo mít jistý řád, tj. cvičit v pravidelnou dobu a na stejném místě, a to hned ze dvou důvodů. Stanovená pravidla vedou k upevnění návyku a zároveň hyperaktivního jedince zklidňují, vždyť právě pevně stanovený řád je jednou z důležitých zásad práce s hyperaktivními dětmi. Oblečení by mělo být pohodlné a volné. Nejvhodnější polohou pro počáteční nácvik relaxačních technik je poloha v lehu na zádech s rukama volně podél těla. Pro rychlou relaxaci nejčastěji uplatňujeme pozici v sedu na židli či ve stoje. Pro delší cvičení volíme většinou leh, sed na zemi nebo klek. Je dobré nechat děti vyzkoušet všechny relaxační polohy a na základě toho si ony samy vyberou pro ně nejpříjemnější pozici. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 143–145)

Relaxační techniky u dětí s ADHD jsou záležitostí náročnou a dlouhodobou. Vyžadují pozornost a soustředění, což je právě u těchto dětí narušeno, a proto se jedná o nesnadný úkol. Je tedy nutné postupovat po krocích a malých úsecích, tj. od jednodušších a kratších cvičení, které postupně prodlužujeme. Relaxace je velmi často propojena s imaginací, kterou musíme volit s ohledem na individualitu dětí. Je žádoucí vědět, zda dítě netrpí nějakými fobiemi, aby se později nestaly předmětem imaginace (např. pro dítě s klaustrofobií bude představa jeskyně, ačkoli útulné, stresující). První pokusy o nácvik relaxačních technik se většinou setkávají s neúspěchem, je však důležité nenechat se těmito nezdary odradit a neztrácet důvěru v účinnost relaxací. Je tedy jasné, že nácvik relaxací vyžaduje trpělivost a píli. Ve škole se relaxační techniky provádí ve skupině s ostatními dětmi. Pokud se však prvotní nácvik nedaří, můžeme vyzkoušet relaxace individuální či

naučit rodiče metodickému postupu při nácviku těchto technik, který pak mohou s dítětem provádět doma. Po individuálním cvičení se snažíme dítě co nejrychleji zařadit do skupiny ostatních spolužáků, aby nebylo ochuzeno o společné prožívání ve skupině. Další možností je účast hyperaktivního dítěte v kurzu zaměřeném na nácvik psychorelaxačních technik. Cílem těchto technik je naučit jedince trpící ADHD rychle se uvolnit v každé životní situaci a znovu se rychle zaktivizovat. Při nácviku však nesmíme zapomínat děti chválit za každý, ačkoli třeba jen malý, úspěch. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 137–139)

Jak už bylo zmíněno výše, existuje mnoho druhů relaxačních cvičení. V této části se seznámíme s některými relaxačními technikami, které se u jedinců s ADHD osvědčily. Před samotnou charakteristikou jednotlivých relaxačních technik si uvedeme jejich základní přehled z publikace *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině* (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 136–137):

- a) svalové uvolnění
- b) imaginace
- c) dechová cvičení
- d) jógová cvičení
- e) hudební relaxace

#### **a) Svalové uvolnění**

- **Jacobsonova progresivní svalová relaxace**

Jedná se o nejvhodnější metodu relaxace pro děti s ADHD, protože nejnázorněji ukazuje rozdíl mezi pocitem napětí a uvolnění. Pracuje na principu napínání a uvolňování svalů, při kterých jedinec prožívá rozdílné pocity. Děti s ADHD se nesnadno uvolňují, proto je pro ně tato fyziologická technika velmi vhodná. Většinou cvičení probíhá od dolních končetin, které postupně po jedné napneme a následně uvolníme a prožíváme pocit uvolnění a odpočinku. Pak následují hýžděové svaly, břicho, zádové svaly, horní končetiny, krční svaly a nakonec svaly v obličeji, které bývají nejobtížnější. Někdy je popisován i obrácený postup od hlavy, avšak partie v obličeji se uvolňují opravdu nesnadno, proto u dětí raději používáme postup od dolních končetin. Tuto techniku můžeme aplikovat jak u dětí předškolního a mladšího školního věku, tak u jedinců dospívajících či dospělých. Menším dětem lze základní postup ještě více zjednodušit, pro starší děti a dospělé ho můžeme naopak učinit složitějším. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 155–157)

- **Relaxační spirála**

Na rozdíl od předchozí techniky se zde jedná o druh psychofyzické relaxace. Jedná se o techniku navozující pocity tepla, klidu a tělesného uvolnění. Základem je leh na zádech, kdy si snažíme vytvořit představu malé hliněné, příjemně teplé kuličky v našem pupíku, která zprvu krouží okolo pupeční jamky a zanechává za sebou pocity tepla a klidu. Postupně se však kružnice zvětšuje na celé tělo a všechny oblasti těla, kterými prošla, jsou klidné, uvolněné a příjemně proteplené. Formulaci k navození klidu a tepla je nutné zopakovat po každém zvětšení kruhu. Kruh, který kulička opisuje, se rozšíří až za naše tělo a vytvoří jakýsi uzavřený kruh, kde je teplo a klid, a který nás chrání před jakýmkoli vyrušením. Po prožití těchto pocitů se kruhy začínají pomalu zmenšovat, avšak příjemný pocit tepla a klidu vytvořený kuličkou v nás zůstává dál. Postupujeme až do okamžiku, kdy se kulička vrátí zpět do jamky pupíku. Jucovičová a Žáčková (2010, s. 157) uvádějí k této technice následující: „*Tato relaxace je velmi příjemná a má, mimo výrazně zklidňující účinky, pozitivní vliv i na vnitřní orgány, protože začíná netradičně v oblasti břicha, které uvolňuje a protepluje.*“ Pro mladší jedince je možné tuto techniku upravit na kratší variantu, kdy kulička putuje rychleji a formulace se opakují méně často. Na tuto techniku má velký vliv náš stupeň imaginace. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 157)

- **Krátké typy relaxací**

Tento název označuje soubor různých rychlých technik, které je vhodné používat vždy, když je dítě unavené. Nejvíce se tyto relaxace osvědčily ve školním prostředí. Jedná se o krátké relaxace trvající zhruba 3–5 minut, jejichž výhodou je nenáročnost na čas, prostor i pomůcky. Jsou jednoduché na provedení, proto se je děti mohou naučit používat také individuálně, pokud potřebují relaxovat samostatně. Tyto techniky představují bleskový odpočinek v průběhu činností, které u dítěte vyvolávají únavu. Mezi tyto techniky patří například sed či leh doprovázený imaginací navozující klidové představy a uvolnění těla, imaginace sugerující prázdnou mysl a bezstarostnost, které lze pro usnadnění doprovázet relaxační hudbou, či relaxace spojené s pohybem, kdy protahujeme nějakou část těla, kterou následně uvolníme, a prožíváme příjemný pocit odpočinku (aktivní relaxace). Po odpočinku, který je třeba si pěkně užít, musí následovat nějaká aktivizující imaginace či aktivizující protažení, pohyb, které pomohou dětem sugerovat svěžest, dodat energii a dostatek síly do další činnosti. U menších dětí může těmto krátkým relaxacím jako

odreagování předcházet společné zazpívání písničky či přeřikání říkanky. Vždy volíme ty, které jsou dětem známé. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 158–159)

- **Pasivní relaxace**

Tento druh relaxace se provádí ve dvojicích, tj. ve škole mezi žáky navzájem a doma ve dvojici rodič-dítě. Jedná se o relaxační masáže, kdy si dítě s ADHD nechává masírovat druhou osobou jednotlivé svalové skupiny, což mu navozuje pocity uvolnění a klidu. Především u menších dětí je vhodné tyto masáže doplňovat imaginacemi (dítě si představuje, že je loutka, kterou někdo vodí na provázcích, strom v mírném vánku apod.) či dokonce hudbou. Pasivní relaxace jsou vlastně cvičením důvěry, kdy do druhého člověka vkládáme svoji důvěru a rozvíjíme tak vzájemnou komunikaci. Tím, že se rodič hyperaktivnímu dítěti pravidelně věnuje, dochází ke vzájemnému sblížení. Celkově se podporuje důvěra a cit mezi rodičem a dítětem, což má pozitivní vliv na jejich vztah. Ve škole pomáhá tato technika rozvíjet vzájemnou komunikaci a vztahy mezi žáky. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 161)

- b) Imaginace**

Většina relaxačních technik je spojena s nějakou imaginací (sugerovanou představou), jejíž jazyk a délku je vždy nutno přizpůsobit věku dětí. Pro menší děti používáme hlavně představu odpočívajících hraček a pohádkových bytostí či jim vyprávíme nějaký uklidňující pohádkový příběh. Větším dětem vyhovují imaginace z přírody – les, paseka, sluníčko, šumící stromy, zpěv ptáků, vůně květin, třpytící se sníh na slunci či pláž u moře, kdy cítíme svěží mořský vzduch. Oblíbené jsou také představy odpočívajících zvířat, podmořských nebo fantazijních světů, případně cizích planet. Imaginace nesmí být nikdy nepříjemná, proto je nutné vždy předem dětem oznámit, že mají zvláštní moc, kterou mohou nepříjemnou představu kdykoli zrušit nebo změnit. Jedná se například o zaklínadlo, kouzelnou hůlku či prsten, který vše změní, nebo o kouzelný plášť a létající koberec, který dítě přenesení na bezpečné místo. K podpoření imaginace lze využít i doprovod v podobě zvuků, které by měly navozovat pocity klidu a uvolnění, jako je například cinkání zvonků, zpěv ptáků, předení kočky apod. Můžeme také použít relaxační hudbu, ta však nesmí být dynamická s ostrými, vysokými tóny. Tento typ techniky lze využít u všech věkových kategorií, vždy jen stačí danou imaginaci upravit podle věku jedince. Můžeme ji tedy využít jak u dětských a dospívajících jedinců s ADHD, tak u dospělých. U dětských jedinců

si můžeme pomoci názornou ukázkou odpočívající hračky, loutky či hadrového panáčka. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 159–161)

### c) Dechová cvičení

Pro tato cvičení je nutné vybrat vhodnou polohu, možné je zvolit prakticky jakoukoli, kromě polohy, kdy jsou hrudník a břicho stlačeny (např. lež na břiše či poloha „zajíce“ – sedíme na patách schouleni do klubička). Dechová cvičení mají několik variant. Zpočátku je dobré začít s tzv. **statickými dechovými cvičeními**, kdy dítě jen pozoruje vlastní dech při hlubokém nádechu a výdechu. Patří sem například cvičení *dechová pauza* zahrnující tři hlubší nádechy a výdechy. Postupně se soustředíme na nacvičení tzv. *plného dechu*, který se skládá z nácviku břišního, hrudního a podklíčkového dechu, jež se snažíme postupně spojit v jeden dech. Plný dech je nejlépe provádět v lehu na zádech. Další variantou jsou dechová cvičení pracující se *zadržováním dechu a prodlužováním výdechu*. Nejprve děti učíme prodlužovat výdech tím, že se na dvě doby nadechnou, na čtyři vydechnou, poté na tři doby nádech a na šest výdech a takto pokračujeme dále. Toto cvičení dokáže velmi rychle navodit zklidnění při trémě nebo po zadýchání a pozitivně ovlivňuje kapacitu plic. Dále učíme děti pracovat se *zadržováním dechu*. Využijeme k tomu tzv. dýchání do čtverce – na dvě doby nádech, na další dvě zadržování dechu, na dvě doby výdech a opět na dvě doby zadržování dechu. Můžeme aplikovat také interval 4-4-4-4, u dětí je ovšem lepší zadržování dechu nepřehánět. Lze využít také dýchání do obdélníku – na čtyři doby nádech, na dvě zadržování dechu, na čtyři doby výdech a opět na dvě zadržování dechu. U dětí s ADHD je však při nácviku zadržování dechu lepší provádět tzv. dýchání do čtverce, které není tak obtížné a nevyžaduje tak velké soustředění jako dýchání do obdélníku. Cvičení na zadržování dechu je vhodné k uvolnění emočního napětí, hodí se také jako zklidnění před usnutím. Další variantou dechových cvičení je *střídání nádechu a výdechu nosem a ústy* či *pravou a levou nosní dírkou*. Statická dechová cvičení pomáhají zklidnit mysl, nemyslet na problémy a lépe usnout. Proto jsou velmi vhodná pro jedince s ADHD, u kterých je našim cílem dítě zklidnit. Některá dechová cvičení lze spojit i s pohybovou aktivitou, jedná se o tzv. **dynamická dechová cvičení**. V tomto ohledu je vhodné využívat určité techniky z jógy. Jógové pozice účinek dechových cvičení ještě více umocní. Můžeme jmenovat například *pozici lva*, která uvolňuje napětí a odstraňuje zlost, *pozici kočky* či *polovičního velblouda*. Dechová cvičení lze spojit například také s napodobováním **nějaké pracovní činnosti** v pomalém tempu (dřevorubec, lukostřelec, sekání kosou apod.) nebo

i s **dechovou imaginací** (představa výšlapu na kopec, běžeckého závodu, namáhavé práce atd.). Dechová cvičení jsou vhodná jak pro děti předškolního a školního věku, tak i pro dospělé, u kterých mají velký význam jako prevence stresu. Řízené dýchání uvolňuje psychické a tím i tělesné napětí, zmírňuje stres, nervozitu a afektivitu a pomáhá jedinci na chvíli se zastavit a soustředit se na řeč vlastního těla. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 164–170; Tomášková, 2014, s. 70)

#### **d) Jógová cvičení**

Další formou relaxačních technik je jóga, která je u dětí s ADHD velmi doporučována. Tato forma cvičení v sobě zahrnuje již zmíněná dechová cvičení, u menších jedinců i imaginaci. Doplněna může být i hudební relaxací. Jógová cvičení jsou přínosem pro hyperaktivní děti především díky zklidňujícím a harmonizujícím účinkům a pozitivnímu působení na soustředění dětí. Jóga však není doporučována jen jedincům s ADHD, přínosná je také pro děti s jakkoli narušenou koordinací pohybů, například pro děti neobratné. Jednotlivé cviky se samozřejmě přizpůsobují věku daného jedince, proto nemají jógová cvičení žádné věkové omezení a lze je tedy aplikovat jak u dětí a dospívajících, tak u dospělých. Během jógy se doporučují dodržovat určité psychohygienické zásady, jakými jsou ztlumené osvětlení, dostatek čerstvého vzduchu a klidná atmosféra. U dětí musíme volit takové cviky, které jsou vhodné z hlediska jejich svalového a kosterního vývoje. Dále je dobré kombinovat cvičení statická se cvičeními dynamickými. Jednotlivé cviky by měly být prováděny zajímavou a zábavnou formou. Aby se děti dostaly do jednotlivých pozic, je vhodné tyto polohy přirovnat například k hadrovému panákoví, svíčke, kobře, žábě, motýlovi, hoře, volavce apod. Každý cvik je nutné vykonávat pomalu a klidně. Pro lepší přiblížení je dobré dětem danou pozici popsat. Zadání může být následující: Představte si, že jste pevná, vysoká hora, která se hrdě vypíná do výše a ani se nepohne. Představte si, že šplháte po žebříku. Představte si, že plavete ve vzduchu. Představte si, že jste vlnou apod. U dospívajících jedinců lze volit pozice složitější. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 171–175; Riefová, 2010, s. 130–131)

Jucovičová a Žáčková (2010, s. 171–175) v publikaci *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině* popisují konkrétní jógové pozice. Blíže si přiblížíme ty, které slouží k nácviku soustředění a koncentrace pozornosti, což je u jedinců s ADHD žádoucí. Jedná se o pozice, které vyžadují udržení rovnováhy. Pokud se dobře soustředíme a naše mysl je klidná, udržení rovnováhy je snazší. Nejjednodušší je *pozice hory*, která spočívá ve



správném a vzpřímeném postoji. Ze stoje vychází i *pozice kohouta*, kdy zdviháme ruce do vzpažení a postupně si stoupáme na špičky, poté se vracíme zpět. U velmi malých dětí lze výpon vynechat. Další pozicí podporující soustředění je *pozice volavky*, při které děti stojí na jedné noze a druhou mají mírně pokrčenou a zdviženou. Ruce jsou buď pokrčeny v lokti obě, nebo jen ruka na opačné straně než je noha. Další pozice vychází ze sedu na patách, kdy jsou kolena od sebe. Jedná se o *pozici žáby*. Obdobný cvik představuje *pozice motýla*, při kterém dítě sedí na podložce s pokrčenýma nohama, chodidla má spojené k sobě a drží je rukama. Nohy nám vytvoří motýlí křídla, kterými můžeme i komíhat. Důležité je sedět vzpřímeně. U malých dětí připojujeme imaginaci pomalého letu motýla po jarní louce. Při provádění jógových cvičení je nutné se nevzdávat při prvním neúspěchu, ale zachovat klid a neztrácet důvěru v jejich účinnost. Cvičitel by se neměl soustředit na dokonalost provedení jednotlivých pozic, ale na to, aby bylo cvičení pro dítě příjemné a především prospěšné.

#### e) **Hudební relaxace**

Hudební relaxace slouží buď jako samostatná technika, nebo ji lze využít jako doprovod u výše zmíněných relaxačních technik. Samostatný poslech relaxační hudby se provádí v různých typech relaxačních poloh – sed na židli, sed v křesle, sed na zemi, leh na zádech, leh na břiše atd. Poslech hudby odstraňuje únavu, prohlubuje relaxaci a zkvalitňuje odpočinek. U dětí je důležité zvolit kratší interval poslechu, aby se nezačaly nudit. Z tohoto důvodu je u dětí hudba využívána spíše jako hudební kulisa k provádění jednotlivých relaxačních technik (dechových, jógových, imaginačních atd.). Při poslechu hudby se jedinec snáze uvolní, dokáže se lépe koncentrovat a reagovat na zadané pokyny. Hudební relaxace může být prováděna pomocí nahrávek relaxační hudby nebo relaxačních zvuků, kterými jsou především zvuky z přírody, jako například zpěv ptáků, zvuk cvrčků, šumění stromů, zurčení potoka, mořský příboj atd. Nemusíme však nutně spoléhat jen na hudbu nahranou, lze využít i hraní na hudební nástroj (klavír, kytara ...) či zpívat (zpívat mohou i samy děti). (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 176–177)

Riefová (2010, s. 135–137) ve své knize *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole* uvádí seznam skladeb vhodných pro jednotlivé účely hudby při výuce. Rozděluje hudební ukázky podle toho, zda slouží ke zklidnění, vizualizaci, jako pokyn k pohybu či jako signál pro přechod k jiné činnosti. Pro lepší představu si uvedeme některé příklady.

### **Hudba pro zklidnění**

Ukázky lze využít například po přestávce, tělocviku, náročnější části výuky nebo i doma po rušnější části dne.

- Ludwig van Beethoven – Pro Elišku
- Claude Debussy – Svit Luny
- Georges Bizet – Ukolébavka

### **Hudba pro vizualizaci**

- Modest Mussorgsky – Vůz

### **Hudba pro přesuny**

Následující ukázky se hodí pro nácvik správného a ukázněného přesunu z místa na místo, například při přesunu z kroužku do lavic nebo při odchodu ze třídy na přestávku.

- Petr Iljič Čajkovskij – Tanec píšťal
- Frédéric Chopin – Polonéza A dur
- Giuseppe Verdi – Velký pochod

### **Hudba pro změnu činnosti**

Tyto hudební ukázky používáme jako pokyn pro změnu činnosti. Jedná se například o pokyn ke konci hodiny a přechodu na přestávku či k odchodu na oběd.

- Richard Strauss – Tak pravil Zarathustra
- Johann Sebastian Bach – Vzduch
- Antonio Vivaldi – Koncert d moll pro dvě mandolíny (andante)

Většina hudebních nahrávek je z klasické hudby, avšak ani na současnou hudbu by se nemělo zanevřít. Můžeme jmenovat například skladby od zpěvačky Enyi, které jsou vhodné ke zklidnění a odpočinku. Pro děti s ADHD se při samostatné práci ve škole a při vypracovávání domácích úkolů jako terapeuticky účinná jeví rocková hudba, která snižuje stupeň hyperaktivity. Můžeme však vyzkoušet různé hudební styly, především se zaměříme na instrumentální ukázky beze zpěvu. Je třeba vycházet z individuální potřeby dítěte a pozorovat, jaký vliv má hudba na jeho podání výkonu. Je velmi důležité, aby se

žák při poslechu hudby soustředil na zadanou práci, nikoli na hudbu. Pokud hudba jedince stimuluje k lepšímu výkonu, lze mu poslech hudby při práci či učení povolit. Některé jedince však může hudba při práci rozptylovat a působit jako rušivý element. Je tedy žádoucí, aby rodiče i učitelé vycházeli z individuálních potřeb hyperaktivního dítěte a použití hudby u něj dobře zvážili. (Riefová, 2010, s. 139)

Závěrem lze říci, že výše zmíněné relaxační techniky lze prakticky aplikovat v každém věkovém stádiu jedince. Je však nutné volit individuální přístup a jednotlivé techniky modifikovat podle příslušného věku. Relaxační techniky jsou pouze jednou z forem terapie hyperaktivních jedinců a jejich prvotní nácvik nemusí být vždy úspěšný. Vždyť u jedinců vyžadují značné soustředění a pozornost, což je právě oblast, která je u syndromu ADHD narušena. Je tedy nutné postupovat po malých krocích, což vyžaduje velkou trpělivost a péli. Relaxační techniky představují úkol dlouhodobý a nelehký.

### **2.8.3 Farmakoterapie**

Jednou ze tří základních metod komplexní terapie ADHD je farmakologický přístup. To, že je u jedince potvrzena diagnóza ADHD však ještě automaticky neznamená, že dotyčný bude léčen farmaky. V následující části práce se budeme snažit popsat základní přehled farmak užívaných v terapii ADHD. Nejedná se tedy o podrobné vymezení této problematiky, ale pouze o nástin sloužící pro úplnost daného tématu. Musíme však podotknout, že farmakoterapie je jen částí terapeutické intervence u dětí, dospívajících i dospělých s ADHD, proto je nutné zaměřit úsilí také k psychoterapii a celkovému výchovnému vedení jedinců.

Názory na farmakoterapii hyperaktivních dětí se u různých autorů liší. Psychiatřička Viktorová (2008) například uvádí, že hyperaktivní děti patří do rukou dětského psychiatra a že včasná medikamentózní léčba pomáhá dítěti lépe zvládat školu a zabraňuje riziku problémových aktivit. Medikamentózní léčbu tedy považuje za účinnou. Oproti tomu psychiatr Pöthe (2008) zdůrazňuje, že medikace může pomoci rodičům a pedagogům, avšak že se nejedná o dlouhodobou záležitost. Uvádí, že není nutné každé dítě s ADHD medikovat, a za ideální považuje nelékové terapie, jako je EEG biofeedback. Podobný názor jako Pöthe zastává také Serfontain (1999), který vnímá farmakoterapii u hyperaktivních dětí jako záležitost krátkodobou, která umocňuje účinek nelékových terapií. Riefová (1999) dokonce uvádí, že u 20–30 % jedinců farmakoterapie nezabírá vůbec. Někteří autoři farmakoterapii u jedinců s ADHD zcela odmítají, jako například

Braven (2004). Ten zastává názor, že dlouhodobá medikamentózní léčba negativně ovlivňuje emoční stránku dítěte, což může mít negativní vliv na jeho chování nejen v dětství a dospívání, ale i v dospělosti. Jiní autoři tento názor zcela odmítají. Z výše uvedených názorů vyplývá, že každé dítě s ADHD je nutné posuzovat individuálně, podle individuálních projevů poruchy. Na základě těchto projevů je společně všemi zainteresovanými stranami nalezen optimální způsob terapie pro hyperaktivní dítě. Volba určité farmakoterapie vždy závisí na komplexních informacích o dítěti, které musí mít lékař k dispozici od všech zainteresovaných stran (rodina, škola, další odborníci). (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 178, 179, 183)

V Česku se názory na nutnost farmakoterapie hyperaktivních dětí také různí, většinou podle toho, zda je daný odborník lékař, psycholog či speciální pedagog. Hyperaktivita byla u nás dlouhou dobu vnímána jako porucha s možností ovlivnění nelékovou terapií a farmakologie byla pojmána jen jako krátkodobé opatření, aby bylo s dítětem možno pracovat formou nelékové terapie. Kromě toho byly většinou užívány léky, které často způsobovaly kontraproduktivní účinky. Z těchto důvodů si část naší odborné i laické veřejnosti stále udržuje určitý odstup. Dnes však již existují nové trendy ve farmakoterapii ADHD, které ve své publikaci *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* popisuje Ivo Paclt (2007).

O volbě medikace rozhoduje lékař (dětský psychiatr či neurolog) na základě komplexního posouzení individuálních projevů této poruchy, tj. dle jejich závažnosti, síly, dopadu na výkon, chování a prožívání dítěte. Někdy je léčba medikamenty nezbytnou součástí účinné terapie, zejména u jedinců se závažnou formou ADHD. Předtím, než lékař předepíše dítěti lék, musí mít k dispozici komplexní informace o dítěti od všech subjektů, které o dítě pečují – tj. nejen od rodiny, kde může dojít ke zkreslení, ale i od učitelů, psychologů, speciálních pedagogů a dalších lékařů (v případě, že je v jejich péči). Tyto informace umožní lékaři poznat specifika dítěte z různých pohledů a zabránit tak možné kontraindikaci<sup>9</sup> při užívání daného léku. Aby byla medikamentózní léčba úspěšná, je třeba splnit některé další podmínky. Zásadní roli u farmakoterapie hraje postoj rodičů k farmakologické léčbě. Je nutné, aby farmakologickou léčbu dítěte akceptovali všichni, kdo se o dítě často starají (nejen rodiče, ale např. i prarodiče). V opačném případě může

---

<sup>9</sup> Kontraindikace = okolnost či stav pacienta vylučující některé léčebné postupy či užívání některých léků.

dojít k tomu, že léčba nebude pravidelná, a tím i hodnocení její účinnosti nebude objektivní. (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 83–84; Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 60, 183)

Odborníci se shodují, že samotná farmakoterapie u jedinců s ADHD nestačí. Největší naději na úspěšnou léčbu ADHD představuje komplexní léčebný přístup skládající se z farmakoterapie, psychoterapie a výchovných a režimových opatření. Kombinace všech tří léčebných metod má největší šanci na zmírnění či úplné vymizení projevů ADHD. Jednotlivé přístupy se vzájemně podporují a doplňují, a proto by se nemělo vycházet pouze z jednoho. Někteří rodiče dítěte spoléhají na léky jako na zázrak a jsou přesvědčeni, že se jimi vyřeší všechny problémy. Farmakoterapie však nesnímá z rodičů odpovědnost za výchovu jejich dítěte, ale pouze zmírňuje jednotlivé projevy ADHD. (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 85)

*„Léky používané k léčbě ADHD mohou zmírnit obtíže dítěte a tím změnit jeho chování. Nemohou však změnit jeho osobnost, jejíž struktura je dána geneticky; lze pouze posílit nebo potlačit některé jednotlivé vlastnosti.“* (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 84)

Farmakoterapie je nezbytnou součástí léčebných postupů především u dětí se středně těžkou až těžkou formou poruchy, kdy užívání léků může znamenat pozitivní změnu v chování, myšlení, schopnosti učit se či ve vztazích k druhým lidem. V některých případech je léčba medikamenty jedinou možností, jak zajistit dobré podmínky pro práci s dítětem při ostatních (nelékových) léčebných opatřeních. (Munden, Arcelus, 2006, s. 75)

Farmakoterapii lze aplikovat již u dětí předškolního věku. Správně zvolená medikace pozitivně ovlivňuje pozornost dítěte a mírní projevy hyperaktivity a impulzivity, případně dalších obtíží, čímž se upraví podmínky pro práci s dítětem. Tyto podmínky se postupně učí využívat nejen okolí dítěte, ale i samotné dítě. Společně s farmakoterapií je třeba učit dítě zodpovědnosti za své chování, sebeovládání, chápání mezilidských vztahů, zvyšovat jeho schopnost empatie, organizovat si své věci, chovat se v určitých situacích apod. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 184)

K léčbě ADHD se používají léky, které ovlivňují v mozku systém neurotransmiterů, a to dopaminu a noradrenalinu. V současnosti existují pro léčbu ADHD dvě skupiny farmak. První skupinou jsou léky nazývané *stimulancia*, která ovlivňují dopaminový systém, tedy stimulují centrální nervovou soustavu, druhou skupinou jsou *preparáty nestimulační*, které působí na metabolismus noradrenalinu. Spousta rodičů se obává tlumivého účinku

léků. Tato obava je ale mylná a přetrvává z dřívějších let, kdy se k léčbě ADHD používali léky, které měly často příliš silné tlumivé účinky. Dnes se k léčbě ADHD užívají preparáty, které nevedou k útlumu, ale pouze snižují hyperaktivitu a impulzivitu a zvyšují koncentraci pozornosti, a tím také zlepšují školní prospěch a adaptaci dětí. (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 82)

Lékem první volby ADHD jsou stimulantia. V ČR se používají především stimulantia s krátkým poločasem vylučování, ze kterých máme k dispozici pouze lék *Ritalin* (účinná látka *methyلفenidát*). Ritalin účinkuje velmi rychle, ale bohužel jen 3–4 hodiny. Je ho tedy nutné brát pravidelně zhruba každé čtyři hodiny, tedy i během vyučování, což vyžaduje spolupráci školy. Po odeznění účinku léku může dojít na krátkou dobu ke zhoršení příznaků ADHD. V zahraničí se používají převážně stimulantia s prodlouženým vylučováním, jejichž výhodou je podávání pouze 1x denně a bez výkyvů hladiny léku v krvi, a tím i lepší spolupráce s jedincem během celého dne. V ČR je z této skupiny léčiv od roku 2009 dostupný pouze lék *Concerta* (účinná látka *methyلفenidát*), na který je možné přejít z léku s krátkodobým uvolňováním methyلفenidátu. Léky s prodloužením účinkem pravděpodobně v budoucnu částečně nahradí dosud užívaná stimulantia s krátkým uvolňováním. U stimulantii byly nejčastěji zaznamenány tyto nežádoucí účinky: snížená chuť k jídlu, nespavost, bolesti břicha, nevolnost, bolesti hlavy, které lze eliminovat úpravou dávkování. Stimulantia mají účinnost u 70–80 % pacientů s ADHD.

V případě malé účinnosti stimulantii, eventuálně při výskytu nežádoucích účinků je u jedince indikována terapie bez použití stimulantii. Ze skupiny nestimulačních látek je v současné době ve světě i v ČR za lék první volby považován lék *Strattera* (účinná látka *atomoxetin*), který se vyznačuje výbornou snášenlivostí, nevyskytují se kardiovaskulární obtíže, nežádoucí účinky jsou méně výrazné než u stimulantii a na rozdíl od Ritalinu působí po celý den a dokonce zlepšuje usínání. Účinek atomoxetinu byl testován v řadě klinických studií a dnes jsou s ním již velké klinické zkušenosti. Výhodou je, že nepůsobí psychostimulačně, nepodporuje vznik závislosti a nezhoršuje úzkost ani tiky. Je možné ho použít při komorbiditě poruch. Ritalin a atomoxetin se používají k léčbě ADHD nejen u dětí a dospívajících, ale i u dospělých. (Goetz, Uhlíková, 2013, s. 89–92; Paclt a kol., 2007, s. 89–100)

Přehled nejčastěji užívaných léčiv v terapii ADHD v České republice je uveden v *Tabulce č. 1*<sup>10</sup>:

**Tabulka č. 1: Nejčastěji užívaná léčiva v ČR k léčbě ADHD**

účinná látka	název léčivého přípravku*	dávková cí forma	typická úvodní dávka	obvyklá maximální dávka	poznámka
methyfenidát	Ritalin	10 mg	5 mg/den	60 mg/den	- účinek zjistíme již v prvním týdnu - bývá nutná dávka během vyučování
	Concerta	18, 36, 54 mg	18 mg/den	72 mg/den	- účinek trvá až 12 hodin - zlepšuje spolupráci - event. snížení chuti k jídlu přetrvává celý den
atomoxetin	Strattera	10, 18, 25, 40, 60 mg	děti a adolescenti s 70kg: 0,5 mg/kg/den 4 dny, pak 1,2 mg/kg/den	1,2–1,4 mg/kg/den	- nevyžaduje opiátový recept - účinek poznáme až po několika týdnech - výhodný při komorbiditě poruch, tiků, závislostí - zlepšuje ranní a pozdně večerní chování, dobrý efekt na spánek - monitorovat event. výskyt suicidálních myšlenek
* uvedeny přípravky aktuálně dostupné k 7. 7. 2009; zdroj AISLP verze 2009.2 – 1. 4. 2009 a Phoenix lékárenský velkoobchod					

V případě selhání léků první volby mohou být k léčbě ADHD použita antidepresiva s noradrenergním a dopaminergním účinkem. Jejich účinek však není tak spolehlivě prokázán jako u stimulantů a atomoxetinu. Nejčastěji jsou užívána *tricyklická antidepresiva*, zvláště u dětí trpícími ADHD s úzkostí nebo depresí. Tato medikace nejen zmírňuje příznaky úzkosti i deprese, ale upravuje i projevy hyperaktivity, ačkoliv ne tak efektivně jako stimulantia. Navíc je tato léčba zatížena vyšší mírou nežádoucích účinků, jakými jsou například sucho v ústech, zácpa, zvýšený krevní tlak či změny srdečního rytmu. Z tohoto důvodu je důležité monitorování EKG před zahájením i v průběhu léčby. V případě komorbidity ADHD a závažnější poruchy chování bývá použit také *risperidon*. (Munden, Arcelus, 2006, s. 82; Goetz, 2009)

<sup>10</sup> Goetz, Michal. Současný pohled na léčbu ADHD. *Remedia* [online]. 2009, roč. 45, č. 3 [cit. 27. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2009/3-2009/Soucasny-pohled-na-lecibu-ADHD/e-a7-aa-F9.magarticle.aspx>

Zde uvádím základní přehled používaných léků k léčbě ADHD u nás i ve světě:

### 1. Stimulancia

- Adderall (účinná látka amfetamin) – Z<sup>11</sup>
- Dexedrine (účinná látka dexamfetamin) – Z
- Ritalin (účinná látka methylfenidát) – Z i ČR
- Concerta (účinná látka methylfenidát) – Z i ČR
- Metadate CD – Z

### 2. Nestimulační preparáty

- Strattera (účinná látka atomoxetin) – Z i ČR
- lékové skupiny:
  - Tricyklická antidepresiva (imipramin, nortriptylin) – Z i ČR
  - Nová antidepresiva (bupropion) – v ČR výjimečně
  - Alfa 2 agonisté (clonidin – antihypertenzivum) – v ČR výjimečně (Paclt a kol., 2007, s. 89–94)

Hallowell a Ratey (2007, s. 238) ve své publikaci *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti* upozorňuje na to, že by se stimulancia měly alespoň jednou za půl roku na týden zcela vysadit. Při vysazení léku můžeme zjistit, jak se jedinec cítí, jaký udělal pokrok a zda léky nadále potřebuje, a porovnat jeho chování a prožívání vůči období užívání léku.

V případě přetrvávání příznaků ADHD ve větší či menší míře do dospělosti (u 40–45 % pacientů), je farmakoterapie jednou (avšak ne jedinou) z hlavních metod léčby. K nejčastěji používaným lékům k léčbě ADHD v dospělosti patří *stimulancia* (Ritalin, Dexedrine), *atomoxetin*, *tricyklická antidepresiva* (imipramin, desipramin), *ostatní antidepresiva* (bupropion), *anxiolytika* (buspiron) a jiná léčiva. Farmakoterapie stimulancii a atomoxetinem je v dospělosti dobře ověřena.

Perspektivní studie ukázaly, že léčba stimulancii nezvyšuje, ale naopak snižuje riziko drogové závislosti. Pacienti léčení stimulancii (i dlouhodobě) nemají po jejich vysazení abstinční příznaky a nestoupá u nich riziko závislosti na stimulanciích, naopak klesá. (Paclt a kol., 2007, s. 107–108, 123–131)

---

<sup>11</sup> Z = k dispozici pouze v zahraničí.



### 3 Praktická část

Tato kapitola je věnována konkrétním případům z praxe. Cílem praktické části je vypracování pěti případových studií u dětí mladšího školního věku, které trpí poruchou ADHD, a odhalení, které zmíněné možnosti terapie se v praxi aplikují nejvíce. Dále bude zhodnoceno, zda rodiče a učitelé dodržují doporučení poradny, případně lékařů, a zda u daného jedince došlo k nějakému zlepšení. Na základě praktické části pak bude možno porovnat, zda se teoretická východiska skutečně uplatňují v praxi.

#### 3.1 Popis výzkumného vzorku

Pro výzkumnou část práce bylo vybráno pět jedinců ve věku 6–12 let, kterým byl pedagogicko-psychologickou poradnou diagnostikován syndrom ADHD. Záměrně byli žáci zvoleni na různém stupni základní školy z daného věkového rozmezí, aby bylo možno pozorovat odlišnosti v projevech dětí. Do případových studií bylo zahrnuto jak ženské, tak mužské pohlaví. Konkrétně se jedná o tři dívky (druhá, čtvrtá a šestá třída) a dva chlapce (první a třetí třída). Dostupné informace byly získány na dvou základních školách v Plzni.

#### 3.2 Popis použitých metod

Data pro případovou studii mohou poskytovat rozhovory, pozorování, analýza dokumentů či rozbor výsledků činnosti jedince. Své případové studie jsem zpracovala na základě rozboru lékařských zpráv, zpráv z pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogického centra. Poměrně velké množství informací jsem získala pomocí analýzy zápisek učitelů. Metoda pozorování byla aplikována pouze u jednoho jedince. V tomto případě se jednalo o pozorování dlouhodobé a přirozené, nedocházelo tedy k umělému navozování situací. Rozhovory byly vedeny zprostředkovaně, tj. neprobíhaly se samotnými zkoumanými jedinci, nýbrž s jejich učiteli a rodiči. *„Psychologický rozhovor patří mezi metody zjišťování, během kterých dochází k bezprostřední přímé sociální interakci mezi zkoumanou osobou a psychologem. Údaje, které lze z bezprostředního osobního kontaktu získat, jsou často nesmírně cenné a ničím nenahraditelné.“* (Holeček, Miňhová, Prunner, 2003, s. 22) Jednalo se o rozhovory polostrukturované, kdy byla předem připravená osnova rozhovoru, ale jednotlivé otázky byly kladeny podle okolností. Získané informace byly roztříděny a následně co nejsrozumitelněji interpretovány.

### 3.3 Případové studie

*„V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.“ (Hendl, 2005, s. 104)*

V následující části práce je popsáno pět konkrétních případů z praxe. Nedílnou součástí každé kazuistiky je rodinná a osobní anamnéza. *„Anamnéza je zjišťování podstatných faktů o vývoji zkoumané osoby a o podmínkách tohoto vývoje.“ (Holeček, Miňhová, Prunner, 2003, s. 23)* Jednotlivé případové studie obsahují informace o osobních údajích jedince, jeho školním vývoji, dále výsledky a doporučení z poradenského (případně lékařského) vyšetření a v neposlední řadě i údaje o současném stavu dítěte a jeho budoucím vývoji. Každou studii jsem navíc doplnila o svůj vlastní názor a případné doporučení rodičům či učitelům.

#### 3.3.1 Kazuistika chlapce Š.

##### Osobní údaje

Š. je sedmiletý chlapec, který žije v Plzni. Je žákem první třídy plzeňské základní školy. Na základě vyšetření ve speciálně pedagogickém centru a pedagogicko-psychologické poradně byly u hoča diagnostikovány behaviorální potíže, a to známky hyperaktivity.

##### Rodinná anamnéza

Matka chlapce se narodila v roce 1979 a vystudovala střední odbornou školu. Otec se narodil roku 1978 a je vyučen. Chlapec žije v bytě s oběma rodiči, nemá žádné sourozence. V rodině se nevyskytují žádné závažné nemoci.

##### Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované, porod proběhl bez komplikací. Chlapec prodělal běžné dětské nemoci, nikdy vážněji nestonal. Noční spaní bylo u Š. poměrně neklidné, chlapec se často budil a špatně usínal. Už jako malý byl velmi impulzivní, dělalo mu problémy poslouchat, často byl vzdorovitý. Podle slov matky se Š. v kontaktu s cizími lidmi již od útlého dětství choval velmi otevřeně a spontánně, nedělalo mu problém se od matky odpoutat. Při hře vyžadoval pozornost dospělých, kontakt s vrstevníky spíše nevyhledával, více se orientoval

na přítomnost dospělých. V prostředí dětského kolektivu často docházelo k agresivnímu chování. V mateřské škole se mu nijak zvlášť nelíbilo, mluvil o ní negativně. Také se zde zvýšil výskyt chlapcova afektivního chování, neboť se nerad dělil s jinými dětmi o hračky. Pokud mu jiné dítě hračku vzalo či mu nějakým způsobem zasáhlo do hry, začal Š. křičet, případně plakat a za každou cenu chtěl věc zpět. Dokonce byl schopný druhé dítě i uhodit. Proto si ve školce hrál raději sám nebo vyhledal přítomnost paní učitelky. Pokud přece jen Š. přistoupil na hru s ostatními dětmi, chtěl být středem pozornosti. Při nácviu říkanek společně s ostatními dětmi spíše nespolupracoval, poté ji však bez problémů sdělil paní učitelce stranou. V mateřské škole mu dělalo také problém to, že musel ve zvýšené míře poslouchat. Velkým problémem bylo pro chlapce to, když mělo dojít k nějaké změně. Pokud se Š. věnoval nějaké činnosti, bylo velmi obtížné ho od ní odklonit. Chlapec se začal vztekat, křičet a byl vzdorovitý. Od činnosti se dokázal odpoutat jen v případě, že pro něj byla daná změna dostatečně zajímavá. Maminka navíc uvádí, že na něj platil příslib toho, že se k původní činnosti může zase vrátit. Už jako malý se jevil jako extravert, rád byl středem pozornosti, ve styku s ostatními měl tendenci být vůdčí osobností. Pro hru vyhledával dospělou osobu (matka, otec, učitel), neuměl si hrát sám, což mu zůstalo až do současnosti. Zajímá se o konstrukční hry – staví nejrůznější stavebnice a kreslí jejich plány, dál však hra se stavebnicí již nepokračuje, jejím postavením zájem chlapce opadá. Š. má rád také historii, zajímá se o hrady, zámky a historické osobnosti.

Kvůli jeho zvláštnostem v chování (požadavek určitého řádu, negativní reakce na změny, agresivita, vztek) bylo chlapcovo pediatričkou doporučeno provést psychologické vyšetření za účelem posouzení možné poruchy autistického spektra (PAS). Chlapec byl tedy před dosažením šestého roku vyšetřen dětským psychologem, který uvedl následující: V kontaktu se jeví velmi spontánně až bez zábran, v sociální situaci má tendenci být dominantní. Jeho verbální projev je velmi bohatý – vysoce nadprůměrná slovní zásoba, úroveň myšlení je v pásmu nadprůměru. U dítěte lze pozorovat impulzivitu a zvýrazněný opoziční vzdor. Jedná se o výrazně extravertně laděnou osobnost s vůdčími rysy. Podezření na pervazivní vývojovou poruchu bylo však vyvráceno. Vzhledem k charakteru chování dítěte nebyl výskyt poruchy autistického charakteru považován za pravděpodobný. V té době docházelo dítě s matkou do speciálně pedagogického centra, kde na žádost matky proběhla konzultace ohledně možného výskytu autistické poruchy a vyšetření chlapce. Při vyšetření byla použita Posuzovací škála autismu v dětství (CARS). Na základě vyhodnocení této škály, zprávy z psychologického vyšetření, práce s chlapcem,

pozorování jeho projevů a pohovoru s matkou byl autismus u Š. vyloučen. Matka se vyslovila, že by pro chlapce byl vhodný odklad školní docházky. Po speciálně pedagogickém vyšetření, psychologickém vyšetření a konzultaci s matkou byl chlapci doporučen odklad školní docházky. IVP však v předškolním vzdělávání nebyl realizován. Do první třídy nastoupil Š. v sedmi letech, krátce poté byl chlapec zejména kvůli výchovným obtížím vyšetřen v pedagogicko-psychologické poradně.

### **Výsledky poradenského vyšetření a návrh intervence**

Při vstupu do poradenské místnosti navazuje Š. kontakt ihned, na vyzvání si sedá, spolupracuje. Zpočátku vykává, poté přechází k tykání. Vyšetřením v pedagogicko-psychologické poradně byly chlapci diagnostikovány symptomy ADHD (hyperaktivita, impulzivita, dekoncentrace pozornosti). Dále byla zaznamenána zvýšená citlivost, horší adaptace, zhoršená vizuomotorická koordinace a zkřížená lateralita. Chlapec má obtíže s uvolňováním ruky při psaní či kreslení. V jeho písmu či kresbě je možno pozorovat určité známky tenze. Psací náčiní drží správně a v pravé ruce, avšak jeho vedoucí oko je levé. Zkřížená lateralita mu činí obtíže nejen při psaní, ale i při přepisování, překreslování, počítání a hrubé motorice. Spolupráce oka a ruky je pomalejší, kreslení a psaní je ovlivněno chlapcovo neklidem a nepozorností, jeho grafomotorické výkony celkově odpovídají nižší věkové úrovni. Hůře se jeví také v oblasti hrubé motoriky, s obtížemi chytne a odhodí míč, má problém s imitací některých pohybů – na kole a koloběžce dokázal jezdit až poté, co mu byl vysvětlen princip fungování. Obtížně napodobuje jednoduché pohyby rukou. K motorickým zvláštnostem matka uvádí jen to, že pokud je Š. unavený, běhá občas dokola ve velkých kolech. Sluchová percepce se vyznačuje zvýšenou citlivostí vůči intenzivním sluchovým podnětům. Vadí mu například zvuk vysavače, zvonku, hlasitá hudba v divadle či zvuk ohňostroje. Obecně raději preferuje klidné prostředí. Co se vnímání bolesti u chlapce týče, uvádí matka snížený práh bolesti, který se prý již objevoval od raného věku. Pokud se Š. někdy uhodí nebo například upadne, jen velmi zřídka začne plakat. Š. má poněkud sníženou sociální adaptaci, změny nevnímá dobře, reaguje na ně vztekem. Dle slov matky vyžaduje pravidelný denní režim. Ve škole mu dělá problém uposlechnout příkazy učitelky, v domácím prostředí však poslouchá, případný trest přijímá oproti nižšímu věku v klidu. Chlapci nevdává fyzický kontakt (dokonce i s cizí osobou), nechá se pohlady i sám pohladí druhého, nedělá mu problém shluk více lidí. Dokáže navázat oční kontakt, při ukládání instrukcí jej ale neudrží. Chlapec má vysoce rozvinuté jazykové schopnosti a bohatou slovní zásobu, vymýšlí si příběhy,

pohádky a dokáže improvizovat. Jeho všeobecný přehled a abstraktní myšlení dosahují nadprůměrných hodnot. Celková úroveň intelektu převyšuje úroveň očekávanou u daného věku dítěte.

Na základě poradenského vyšetření byl chlapci doporučen a sestaven individuální vzdělávací plán pro všechny vyučované předměty, tj. pro český a anglický jazyk, matematiku, prvouku, tělesnou, hudební a výtvarnou výchovu. V českém a anglickém jazyce je nutné chlapci poskytovat dostatek časového prostoru na vypracování písemných úkolů. Učitelka by měla k chlapci přistupovat s laskavostí a klidem, avšak důležité je důsledné vedení při výuce. Protože chlapcova pozornost často kolísá, je vhodné práci rozdělit na kratší časové úseky, střídat jednotlivé činnosti a zařazovat do výuky relaxační techniky (například protahující cviky) jako obranu před nadměrnou zátěží. Jako velmi účinné se jeví srozumitelné, stručné a jasné pokyny, kdy učitel chlapci krok po kroku připomene, co má dělat teď, co poté, a bude tak kontrolovat, zda Š. pokračuje v činnosti správně. Chlapec tak bude vědět, jak přesně má postupovat, což pomůže jeho výkonu při vyučování. Žádoucí je zajistit chlapci klidné prostředí, tolerovat jeho pomalejší pracovní tempo a poskytovat mu častou zpětnou vazbu. Je nutné, aby byl chlapec oceňován i za sebemenší pokrok, v případě sníženého výkonu ho pochválíme za jeho snahu. Při hodnocení žáka je doporučeno upřednostňovat slovní vyjádření. Rodičům bylo doporučeno vymezit chlapci jasná pravidla a zajistit mu pravidelný denní režim. Na případné změny je chlapce nutné připravit s dostatečným časovým odstupem. Vzhledem k napětí v ruce při psaní či kreslení by rodiče měli s chlapcem aplikovat cviky na uvolňování grafomotoriky jako například krouživé pohyby ramene, loktu, zápěstí, obtahovat velké tvary jedním tahem volnou rukou, vyvěšovat ruku při psaní či mačkat míček v dlaní. Protože má Š. také problémy s pravolevou orientací, je dobré jednu stranu zafixovat. Můžeme například pravou ruku označit náramkem, aby si chlapec uvědomil, kde je pravá a levá strana. Rodiče by se měli také soustředit na rozvoj jeho vizuomotorické koordinace – dávat chlapci dokreslit neúplný obrázek nebo překreslit obrázek dle předlohy do čtvercové sítě. Stejně jako při školní práci, je i při činnostech doma nutné kontrolovat, zda Š. postupuje správně, a zadané pokyny několikrát opakovat klidným, ale rázným hlasem. Domácí přípravu do školy realizovat po menších částech, do denního režimu zařazovat relaxaci (například pohybem) a sportovní aktivity. Při nežádoucím chování reagovat v klidu, uvést příklad správného chování a zodpovědnost jeho projevů přenést na něj.

## **Současný stav dítěte**

V současnosti nevyžaduje chlapcovo chování psychiatrické vyšetření. Z rozhovoru s učitelkou víme, že se u chlapce při výuce osvědčují několikrát zopakované stručné a srozumitelné pokyny a častá kontrola, zda Š. pokračuje při vypracovávání úloh správně. Na dítě je třeba mluvit klidným, avšak rázným hlasem. Na práci v hodině dává učitelka chlapci dostatek času, ví, že má pomalejší pracovní tempo. Poskytuje jedinci prostor pro zažití úspěchu a chválí jeho snahu. Ve výuce je tolerováno chlapcovo kolísání pozornosti, pokud však dojde k horšímu soustředění, pomůže mu prý například pohlazení či chycení za ruku. Jeho sníženou koncentraci lze také zvýšit střídáním činností a dostatečnou relaxací. K uvolnění a odpočinku prý učitelka využívá protahovací cviky a poslech známé písničky. S vyučujícím spolupracuje dobře, občas však ani nechce odpovědět na zadanou otázku. Při práci se spolužáky se nerad podřizuje a úkoly si plní po svém. U chlapce jsou vidět znaky dominance a extravertze. Má tendenci vynikat, být dominantní osobou a mít kolem sebe publikum. Párkrát prý vznikly s ostatními dětmi konflikty. Učitelka udává, že je chlapec poměrně upovídaný, často věci komentuje a ve skupině chce mít hlavní slovo. Ve škole ho baví výtvarná výchova, český jazyk nemá rád. Rodiče uvádí, že na chlapce platí pravidelný denní řád a klidné pracovní prostředí. Cviky na zlepšení grafomotoriky rodiče procvičují pravidelně každý den. Při domácí přípravě je nutné dohlížet, zda Š. postupuje správně, jeho postup rodiče zvědomují tím, že mu říkají, jak má postupovat. Neznamena to ale, že rodiče za něj danou činnost udělají, jen mu s ní pomáhají. Příprava do školy trvá obvykle do 15 minut, poté se už chlapec nedokáže soustředit. Ke zklidnění prý rodiče používají poslech pohádky či sami vypráví příběh, také aplikují některé protahovací cviky z jógy. Nejčastější činností je u Š. stále hra, pořad však přetrvává požadavek přítomnosti dospělých, především rodičů. U hry nevydrží chlapec dlouho, jeho zájem po chvíli opadá. Doma se Š. chová poměrně klidně, pokud nenastane nějaká změna, která nebyla původně v plánu. Vlivem impulzivitu chlapec obtížně snáší, když mu není ihned splněno, co si přeje. V případě, že něco chce a nedostane to hned, začne se vztekat. Často si také vynucuje svoji pozornost zlobením. Rodiče se mu pokouší vysvětlit, že takové chování není správné, někdy se však nechají vyprovokovat a vybuchnou. Vzhledem k zvýšené aktivitě jedince se rodiče snaží poskytovat chlapci dostatek sportovního vyžití, jezdí s ním na kole, chodí plavat a bruslit, v zimě lyžují. Oba rodiče se snaží být pro chlapce dobrým vzorem v chování, povzbuzují ho, motivují k aktivnímu přístupu k učení a podporují v jeho zájmech – podnikají s ním výlety na nejrůznější hrady a zámky, umožňují mu sledovat historické filmy. Kromě historie chlapec také rád kreslí, čte, hraje hry na počítači, chodí do

skauta a do plaveckého kroužku. Rodiče se snaží s chlapcem mluvit o tom, co zažil ve škole nebo v kroužku, večer mu čtou pohádky.

### **Vlastní názor a prognóza dalšího vývoje**

Dle vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně se v průběhu vývoje u chlapce předpokládá postupné zmírňování obtíží. Vzhledem k tomu, že byly u chlapce symptomy ADHD, potíže s adaptací a vzdorovité chování diagnostikovány poměrně brzy, je možnost nápravy obtíží vcelku vysoká. Sami rodiče v poradně uvedli, že se chlapcovo chování aktuálně zlepšilo. Nejdůležitější je dodržovat stanovená výchovná a pedagogická opatření a domluvit pravidelná setkávání učitele a rodičů. Učitelé by měli s rodiči konzultovat chlapcovu domácí přípravu a informovat rodiče o projevech dítěte ve škole. I sami rodiče by měli učitelé podávat pravidelné zprávy o chlapcově chování mimo školní prostředí, zda došlo k nějakým změnám apod. Při práci s chlapcem považují za žádoucí volit klidný a laskavý přístup, dát mu najevo naši náklonnost. Nutná je však důslednost a dodržování stanovených pravidel. Ve výuce by mělo být kontrolováno, zda chlapec správně porozuměl zadání a zda se soustředí. K práci ho vracet citlivým způsobem, dát mu najevo svoji oporu pomocí osobního kontaktu. Úpravu písma a výkony ve výtvarné činnosti je třeba hodnotit tolerantně. K hodnocení chlapcových výkonů používáme převážně slovní vyjádření. Vzhledem k poruše pozornosti je žádoucí dělat při přípravě do školy přestávky, dítě nepřetěžovat. Rodiče i učitelé by se měli snažit méně upozorňovat na nevhodné chování a více se zaměřit na posilování žádoucího chování, tj. naučit chlapce sebeuvědomění a zodpovědnosti za své chování. V případě afektu, nechat dítě nejdříve vyvztekat, a poté si s ním o dané situaci v klidu promluvit. Křik a nepřiměřené tresty nejsou řešením. Ke zklidnění bych po afektivním chování jedince aplikovala dechová cvičení. Vzhledem k obtížím v jemné a hrubé motorice považují za správné aplikovat uvolňovací cviky celé ruky, trénovat psaní, kreslení geometrických tvarů a podporovat pohybové aktivity chlapce jako je plavání či jízda na kole. Závěrem je nutné poznamenat, že pokud se rodiče a učitelé budou chlapci věnovat a poskytovat mu individuální péči, je velmi pravděpodobné, že se v budoucnu chlapcovy obtíže zmírní.

### **3.3.2 Kazuistika dívky L.**

#### **Osobní údaje**

L. je sedmiletá dívka, která žije v Plzni, kde také navštěvuje druhou třídu základní školy. Vyšetřením v pedagogicko-psychologické poradně byla u dívenky zjištěna porucha

aktivity a koncentrace pozornosti a specifické poruchy učení – dyslexie, dysortografie a dyskalkulie.

### **Rodinná anamnéza**

Matka dívky se narodila roku 1978 a vystudovala střední odbornou školu. Nyní pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná. Otec se narodil v roce 1978, má středoškolské vzdělání s maturitou a jeho současné povolání je ředitel jedné nejmenované firmy. Dívka žije v rodinném domku s oběma rodiči, má pětiletého bratra. V rodině se nevyskytují žádné závažné nemoci.

### **Osobní anamnéza**

Dívka se narodila v plzeňské porodnici, podrobnější informace o těhotenství a porodu však nebyly k dispozici. Na základě rozhovoru s třídní učitelkou se dozvídáme, že dívka nenavštěvovala mateřskou školu, byla s matkou a mladším bratrem doma. O žádných závažných chorobách a úrazech prý učitelka neví. Uvádí, že začlenění dívky do kolektivu bylo poměrně obtížné, prý jí dělalo problém odloučení od rodičů a plnění školních povinností. Ve škole jí prý jde výtvarná činnost, objevují se u ní umělecké sklony, také ji baví hudební výchova. Ve volném čase je jejím koníčkem malování nebo zpívání, ráda poslouchá hudbu.

L. neměla odklad školní docházky, v šesti letech tedy normálně nastoupila do první třídy. Ačkoli se u dívky již při zahájení školní docházky objevila částečná pracovní a socioemoční nezralost, rodiče zažádali o vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně až ve druhé třídě. Hlavním důvodem byly výukové obtíže dívky.

### **Výsledky poradenského vyšetření a návrh intervence**

Vyšetřením v pedagogicko-psychologické poradně byly potvrzeny dívčiny výukové obtíže. L. byly diagnostikovány symptomy ADHD, specifické obtíže ve čtení, pravopisu a matematických schopnostech při průměrných intelektových schopnostech. Dále se u dívky objevují příznaky částečné socioemoční nezralosti. Zpočátku vyšetření je u dívky vidět ostych a strach, po chvíli se již projevuje příjemně, při klidném vedení spolupracuje dobře. U dívky bylo zaznamenáno značně pomalé pracovní tempo, lehký psychomotorický neklid a porucha s koncentrací pozornosti. Při práci je L. snáze unavitelná, potřebuje relaxační přestávky. V jejím písmu jsou vidět známky napětí a neklidu, často dojde k vynechání diakritických znamének a záměně podobných písmen.



Má problém se správným držením psací potřeby. Lateralita se dosud jednoznačně nevyhranila. Spolupráce oka a ruky je pomalejší. Vztahy k rodině i kamarádům jsou pozitivní, ke škole převládá negativní postoj, protože ji vnímá jako zvýšeně zatěžující. Matka při rozhovoru uvedla, že se dívka do školy moc nechtěla a že nesla špatně, když se musela každé ráno odloučit od maminky a tatínka. Představovalo to pro ni určitý stres, na který buď reagovala pláčem, nebo vzdorovitostí. Psycholožka uvádí, že L. je senzitivní osoba se sníženým stupněm frustrační tolerance a sklony k nejistotě, ale i přátelská s příjemným projevem.

Vyšetřením v pedagogicko-psychologické poradně bylo shledáno, že se jedná o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Dívce byl doporučen a sestaven individuální vzdělávací plán pro český jazyk a matematiku, přičemž v ostatních předmětech je nutné brát zřetel na to, že se jedná o jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. V českém jazyce je nutné tolerovat pomalé tempo při psaní, musíme tedy dívce poskytovat dostatek času na písemný projev a jeho kontrolu. Dále je potřeba omezit psaní delších celků, proto psaní diktátů zkracujeme nebo je zadáváme formou doplňovacích cvičení. V matematice je vhodné používat předtištěné příklady a dívence připevnit na lavici papírový metr pro názornost. Psycholog také doporučuje omezit nebo úplně vynechat pamětní počítání, které je časově limitováno. U slovní úlohy necháme žákyni dostatečný časový prostor na její přečtení a vypracování. Vhodné je, aby měla dívka při počítání k dispozici papír na pomocné výpočty. Ve všech předmětech je nutné respektovat poruchu pozornosti, lehký neklid a pomalé pracovní tempo. Při opisování poznámek a čtení je dobré vzhledem k dívčině roztěkanosti využít záložku, pro upevnění správného držení psací potřeby umožňujeme používat trojbokou násadku. Při výuce je důležité dívku nijak nepřetěžovat, nové učivo procvičovat delší dobu a vzhledem k zvýšené úzkostnosti a emoční nezralosti dívence často povzbuzovat pochvalou. Učitelka by měla rodiče průběžně informovat o výkonech a chování dívky ve škole a konzultovat s nimi její domácí přípravu. Také pro rodiče plynou z poradenského vyšetření určitá doporučení v přístupu k dívence. Vzhledem k částečné pracovní nezralosti a sklonem k nedokončování úkolů musí rodiče s dcerou pracovat zásadně v krátkých pracovních celcích a postupovat od náročnějších úkolů k jednodušším. Mezi jednotlivé pracovní činnosti je žádoucí zařazovat protažení a pohybové uvolnění, které vede ke zklidnění a lepšímu soustředění. Protože se u dívence vyskytují obtíže při čteném projevu, měli by rodiče s dívence pravidelně procvičovat čtení kratších úryvků textu a následně po ni chtít převyprávět obsah přečteného. Dívka si

tak bude procvičovat schopnost reprodukovat texty. Tenzi v grafomotorice je nutné odstraňovat psaním na velkou plochu s uvolněným pohybem celé ruky (např. na dětskou tabuli), vyvěšování ruky či uvolňování jednotlivých svalů na ruce pomocí masážních míčků. Koordinaci ruky a oka upevňujeme dokreslováním obrázků do čtvercové sítě podle předlohy, řešením osmisměrek a bludišť a stavěním nejrůznějších stavebnic podle vzoru. Zrakové rozlišování by měli rodiče u dívky trénovat pomocí zrcadlově obrácených tvarů, tj. nechat dívku dokreslovat obrázky podle osově souměrnosti. Problémy v pravopisu eliminovat procvičováním gramatických pravidel formou doplňovaček nebo komentovaných diktátů. L. dělá problémy sčítání a odčítání, plete se jí. Proto je při domácí přípravě žádoucí barevně odlišovat jednotlivé číselné operace. Vzhledem k poruše pozornosti a mírné hyperaktivitě je nutné dodržovat pravidelný denní režim s vymezeným systémem odměn a trestů. Rodiče by neměli dívku v žádném ohledu přetěžovat a vystavovat ji i sebemenší stresové situaci. K dívce je nutné přistupovat s klidem a laskavostí a její nejistotu a úzkostnost odbourávat častým povzbuzováním a oceňováním i třeba jen malých pokroků. Volnočasové aktivity je dobré zaměřit jak na tvořivou činnost vzhledem k dívčině uměleckému nadání, tak i na činnost pohybovou. Rodičům byla v poradně dokonce nabídnuta možnost průběžného vedení v rámci tréninku vážnoucích oblastí dítěte či možnost metodického vedení.

### **Současný stav dítěte**

Jelikož bylo poradenské vyšetření dívky provedeno poměrně nedávno, nemůžeme u dívky po zavedení určitých výchovných a výukových opatření očekávat nějaké razantní zlepšení. Z poznámek třídní učitelky je patrné, že je L. velmi roztěkaná, kolikrát po chvíli přestane dávat pozor úplně. Její nesoustředěnost a sklon k hravosti způsobuje to, že zadané úkoly často nedokončí. Dále uvádí, že při školní práci potřebuje A. stálý dohled a dostatek času na přečtení a vypracování úloh, její pracovní tempo je velmi pomalé. U dívky je při práci vidět nejistota a snížené sebevědomí, proto se jí učitelka snaží chválit a oceňovat její individuální pokroky. Ke zlepšení došlo v oblasti fixace na rodiče, L. už prý tolik nevyvádí, když se musí odloučit od maminky nebo tatínka. Postupně se s pomocí učitelky začlenila do třídního kolektivu, kde je ostatními žáky přijímána. Vědomí, že na ni ve třídě čekají kamarádi, jí pomáhá s odloučením od rodičů. Výrazné zlepšení lze pozorovat v matematice, konkrétně v mechanickém počítání. Je vidět, že doporučené barevné odlišování probraných číselných operací v domácí přípravě přineslo ovoce. Logické řešení úloh však stále pokulhává. Dívce prý při jejich řešení pomáhá, když jí učitelka předvede

nějakou názornou ukázkou. Z oblasti gramatiky se dívka dokázala přesně naučit vyjmenovaná slova, používat je ale ještě pořádně neumí. Důvod je prý v domácí přípravě, kdy otec používá své postupy, které jsou podle něj lepší. V písemném projevu přetrvává vynechávání diakritiky a záměna písmen. Při čtení a opisování dívce pomáhá záložka – její používání si žákyně hlídá sama, není ho tedy třeba kontrolovat. Z terapie je u dívky aplikován především výchovný pilíř, ve škole potom také nejrůznější protahovací cviky či zpěv známé písně doprovázený názornými pohyby. Podle slov třídní učitelky rodiče používají k lepší koncentraci a uvolnění cviky na protažení a uvolnění svalů nebo prý dívce pouští nějaké oblíbené písničky a ona při nich kreslí, co slyší. Relaxační techniky má doma v režii matka dívky. V první třídě chtěl do výuky dcery hodně zasahovat její otec, dokonce nechtěl, aby byla dívka na konci školního roku fotografována. Nyní do výuky dcery již tolik nezasahuje, avšak problémem zůstává domácí příprava. Otec při ní aplikuje své metody, které před třídní učitelkou prezentuje jako daleko lepší. Učitelka se tak snaží otci vysvětlit, že i při přípravě do školy je nutné dodržovat doporučené postupy, pokud má u dívky dojít k nějakému zlepšení. Otec se prý při komunikaci s učitelkou chová vstřícně a je vidět, že se oba rodiče snaží dívce pomoci. Nabídnutou metodickou pomoc s vedením dítěte rodiče zatím nevyužili.

### **Vlastní názor a prognóza dalšího vývoje**

Vzhledem k tomu, že byla individuální péče u L. zahájena poměrně včas, lze předpokládat částečnou nápravu obtíží. Jelikož se jedná o senzitivní osobnost s nižší frustrační tolerancí a zvýšenou hladinou úzkostnosti, je žádoucí dívku dostatečně chválit a oceňovat. Především při vykonávání nějakých úkolů dívce ujišťujeme v jejích schopnostech a dodáváme jí odvalu, abychom zvýšili její sebedůvěru. Nejen učitelka, ale i rodiče by měli být trpěliví a chápaví k jejímu pomalejšímu pracovnímu tempu. Vzhledem k zvýšené citlivosti nesmí být dívka v žádném ohledu vystavována nadměrné zátěži, tj. při výuce se snažíme vyvarovat časově limitovaným úkolům, hlasitému potrestání před třídou či hlasitému čtení. U dívky je nutné nové učivo procvičovat delší dobu, tolerovat její úpravu písma, specifické chyby v písmu nezahrnovat do hodnocení a především hodnotit jen to, co L. stačí napsat. Učitelka by měla kontrolovat, zda dívka chápe zadání nějakého úkolu a poté dohlížet na to, jestli pokračuje v úkolu správně. V případě nesoustředěnosti by se měla učitelka snažit dívku vracet k práci citlivým způsobem, vhodný je například dotek či uklidňující slova. Je dobré, že učitelka při výuce dodržuje pravidelné přestávky na relaxační cvičení. Ty u dívky zmírňují její neustálé napětí při školní práci a pomohou jí

lépe se soustředit na další činnost. Učitelce bych doporučila, aby do výuky dívky zařadila ještě cvičení na uvolnění grafomotoriky. Jak ve školním, tak i v domácím prostředí je žádoucí dodržovat klidné, ale spravedlivé vedení – po úspěchu pochválíme, po nepřijatelném chování zvolíme přiměřený trest a dívce vysvětlíme, jak by se měla chovat správně. Rodiče by se měli s dívkou pravidelně připravovat na její vyučování, denně s ní ve dvojici číst a poté si o přečteném vyprávět. Vhodné je vybírat knížky, které budou dívku bavit. Dívka si tak bude procvičovat čtení, schopnost vyjadřovat se a reagovat na otázky k textu. Při přípravě do školy je žádoucí, aby rodiče (především otec) dodržovali zásady práce s dítětem s ADHD a specifickými poruchami učení. Otec by si měl uvědomit, že pokud chce své dceři skutečně pomoci a usnadnit její budoucí vývoj, bude nutné, aby skutečně dodržoval to, co mu bylo doporučeno, a aby pravidelně domácí přípravu dívky konzultoval s její třídní učitelkou. Nejen ve školním, ale i v domácím prostředí je důležité, aby činnosti vyžadující větší soustředění dívky netrvaly příliš dlouho a aby byly prokládány uklidňujícími aktivitami. Tím dívce zajistíme co největší míru pozornosti a zároveň dostatek odreagování. V neposlední řadě by se měli snažit o to, aby dívka neměla ke škole negativní postoj a neobávala se školního neúspěchu. Proto při nějakém školním nezdaru oceňujeme dívčinu snahu a pozitivně ji motivujeme k dalšímu výkonu. Vzhledem k uměleckým sklonům dívky bych rodičům doporučila, aby dceru přihlásili do nějakého výtvarného či pěveckého kroužku, kde bude moci rozvíjet své nadání a zažívat tak úspěch. Za vhodné považuji umožňovat dívce trávit dostatek času s kamarády a lehký neklid kompenzovat pohybovými aktivitami (např. pohybové hry, pomoc při domácích pracích atd.) a dostatečným sportovním vyžitím. Proto bych rodičům doporučila, aby ve volném čase s dívkou podnikali nejrůznější výlety, o kterých by si pak celá rodina povídala, mohou také například chodit do bazénu, jezdit na kole apod. Jako rodič bych se snažila dívku více zapojovat do rodinného dění a zvýšeně s ní komunikovat o jejích prožitcích, ať už se týkají školy, kamarádů, koníčků či přání, aby měla pocit, že ji rodiče rozumí. V případě problémů s vedením dítěte mají rodiče i učitelé možnost využít metodickou pomoc ve školském poradenském zařízení. Rodiče také mohou dceru z vlastního zájmu přihlásit k psychoterapeutickým sezením s využitím kognitivně behaviorální terapie. Závěrem bych ráda dodala, že pokud bude dívce poskytováno podpůrné a laskavé prostředí, je pravděpodobnost zmírnění jejích obtíží poměrně vysoká.

### **3.3.3 Kazuistika chlapce M.**

#### **Osobní údaje**

M. je osmiletý hoch, který se narodil a žije v Plzni, kde také navštěvuje základní školu. Nyní chodí do třetí třídy. Pedagogicko-psychologickou poradnou byla u chlapce zjištěna porucha pozornosti a aktivity a specifická porucha učení – dysgrafie a dysortografie.

#### **Rodinná anamnéza**

Chlapcova matka se narodila v roce 1977 a vyučila se jako kuchařka, což je v současné době také její povolání. Otec se narodil ve stejném roce jako matka, vystudoval střední odbornou školu a nyní se živí jako podnikatel. M. má jednoho mladšího sourozence. O tom, že by se v rodině vyskytovaly nějaké závažné dědičné nemoci, nemáme informace.

#### **Osobní anamnéza**

Chlapec se narodil v Plzni, avšak podrobnější informace o těhotenství a porodu nemáme k dispozici. Z poznámek třídního učitele víme, že chlapec neměl žádné závažné choroby, jen si prý vloni na jaře zlomil nohu, když běžel ze schodů. Ve škole podává dobré výkony při hodinách hudební výchovy, také mu jde velmi dobře kreslení a malování. Ve volném čase se věnuje zpěvu a vystupuje v divadle.

M. neměl odklad školní docházky, v šesti letech tedy normálně nastoupil do první třídy. Již po zahájení povinné školní docházky se u chlapce objevily specifické obtíže v písemném projevu, jeho písmo bylo deformované a neupravené. U chlapce se také projeví známky hyperaktivity a neschopnost se soustředit při vypracovávání zadaných úkolů. Rodiče se na doporučení třídního učitele rozhodli v první třídě pro vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně.

#### **Výsledky poradenského vyšetření a návrh intervence**

Vyšetřením v pedagogicko-psychologické poradně byly potvrzeny chlapcovy výukové obtíže. Závěr z poradenského vyšetření zněl následovně: Specifické obtíže v psaní, specifická porucha pravopisu, porucha koncentrace pozornosti a aktivity při celkově průměrné úrovni rozumových předpokladů. U chlapce byly navíc zaznamenány i sklony k úzkosti a nejistotě. Při prvotním kontaktu s psycholožkou jsou u chlapce vidět známky nejistoty a ostychu, po nějaké době jeho strach opadá a spolupráce s ním je dobrá. Při klidném vedení plní ochotně zadané požadavky. Lateralita je dosud neurčitá, u chlapce si snadno všimneme jeho pomalého tempa ruky. V písmu se objevují specifické chyby –

vynechávání diakritických znamének ve slovech a větách, záměna tvarově podobných písmen. Chlapcovo písmo je neurovnané, vidíme v něm známky tenze, velikost a sklon písma nejsou zachovány. M. má také potíže s rozlišováním zrcadlově obrácených tvarů. Při práci se projevuje nerovnoměrné pracovní tempo se sklony k unavitelnosti, zbrklosti a hravosti. Obtíže v oblasti koncentrace pozornosti, hyperaktivita i impulzivita se projevují jak ve školním, tak rodinném prostředí. Při vypracovávání úkolu postupuje chlapec s určitou nejistotou, po chvíli se přestává soustředit a má tendenci si hrát. Vztahy k rodině i kamarádům jsou pozitivní, k některým spolužákům si udržuje odstup. M. se jeví spíše jako introvertní osobnost s přátelskou, někdy až živou povahou. Matka při poradenském rozhovoru uvedla, že chlapec občas trpí nočními děsy. Začne prý křičet, nesrozumitelně něco mumlat, pláče, kope nohama a je úplně zpotený. Když se ho matka ptá, zda má špatný sen, neodpoví, stále je ve fázi spánku. Snaží se ho utiшит, hladit, ale nejde ho prý uklidnit. Až po několika minutách se probudí, zpočátku je zmatený, ale pak většinou usne a spí celou noc. Když se ho ráno zeptá, zda se mu nezdálo něco ošklivého, nepamatuje si, že v noci plakal. Po nočním děsu je prý ráno chlapec unavený.

Pro výše zmíněné obtíže bylo shledáno, že se jedná o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Chlapci byl doporučen a sestaven individuální vzdělávací plán pro český jazyk a částečně i pro ostatní předměty. Celkově je nutno k chlapci přistupovat jako k dítěti se specifickou poruchou chování a učení. V českém jazyce je nutné kombinovat diktáty s doplňovacími cvičeními či je zkracovat. Obecně nesmíme dítě zatěžovat psaním či přepisováním delších celků, na psaní a jeho kontrolu poskytujeme chlapci dostatek času. Stejně tak na přečtení jakéhokoliv zadání musí mít M. dostatečný časový prostor. Uvolňovací cvičení ruky aplikujeme nejen během psaní, ale i před ním. Při držení psací potřeby bylo chlapci doporučeno používat trojbokou násadku. Důležité také je, aby se chlapec naučil kontrolovat svůj napsaný text. Vyučující by neměl do celkového hodnocení zahrnovat specifické chyby jedince. Při čtení a opisu je vhodné, aby M. používal záložku. Vzhledem k chlapcově poruše pozornosti a známkám hyperaktivity je nutné do výuky zařazovat časté pauzy k protažení a uvolnění. Při práci s chlapcem volíme klidný a laskavý přístup, dáváme mu najevo naši náklonnost, snažíme se ho povzbuzovat a chválit. Rodiče by se měli chlapci věnovat pravidelně a domácí přípravu realizovat v krátkých úsecích od náročných úkolů k jednodušším, nejlépe zábavnou formou, které je nutno prokládat relaxačními technikami. Tenzi v ruce je možno uvolňovat například masážními míčky, vyvěšováním ruky během psaní či táhlými, uvolněnými pohyby celé ruky na velkou plochu

(balicí papír, dětská tabule). Z důvodu zachování velikosti a sklonu písma je vhodné rýsovat do sešitů pomocné linky nebo používat podložku s předtištěnými linkami. Problémy v pravopisu se snažíme eliminovat doplňováním diakritických znamének do slov a vět formou doplňovacích cvičení nebo komentovaných diktátů. Záměnu tvarově podobných písmen je dobré odstraňovat pomocí jejich barevného odlišení. Pro lepší zapamatování tvarů písmen bylo rodičům předáno písmenkové pexeso. Fixaci jednotlivých písmenek také podpoří hraní kris kros. Rodiče by měli doma s chlapcem pravidelně hlasitě číst kratší celky a následně po dítěti vyžadovat převyprávění daného obsahu. Spolupráci oka a ruky lze cvičit dokreslováním obrázků podle vzoru do čtvercové sítě, řešením bludišť, osmismerek a sudoku, stavěním nejrůznějších stavebnic podle předlohy apod. Vzhledem k nočním děsům a chlapcovo úzkostným stavům je žádoucí, aby rodiče písemně zaznamenávali jejich průběh a četnost, které mohou konzultovat s pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny. V případě potřeby mohou rodiče navštívit nějaké příhodné odborné pracoviště. Velmi nutné je u chlapce dodržovat pravidelný denní režim, dbát na dostatek pohybové a vzhledem k jeho uměleckým sklonům i tvořivé činnosti. Rodičům byla také nabídnuta možnost dlouhodobé spolupráce s poradnou v rámci relaxace a metodiky domácího vedení dítěte. Kontrolní vyšetření chlapce bylo jako obvykle doporučeno za dva roky.

### **Současný stav dítěte**

Chlapec je nyní ve třetí třídě, a jelikož bude kontrolní poradenské vyšetření provedeno až za dva měsíce, máme o současném stavu chlapce informace pouze od jeho třídního učitele. V současné době je u chlapce spoléháno na výchovné vedení rodičů a učitelů. Z terapeutických přístupů je u chlapce realizován pouze psychoterapeutický pilíř, a to konkrétně relaxační techniky. Léky chlapec žádné nebere. Z poskytnutých poznámek třídního učitele je patrné, že chlapec dokáže pracovat samostatně, avšak stále se soustředí poměrně krátce, často kouká z okna nebo je zamyšlený. Je tedy jasné, že při práci potřebuje občasný dohled a citlivým, ale zřetelným hlasem navracet zpět k původní činnosti. Ačkoli je jeho pracovní tempo stále velmi pomalé, je u něj vidět snaha zadanou práci plnit. Určité zlepšení lze vidět v emocionální oblasti. Chlapec byl zpočátku poměrně hodně úzkostný a citlivý, při samostatné práci na něm byla vidět nejistota, při práci s ostatními dětmi stál raději stranou, nezapojoval se. V současné době se při skupinové práci zapojuje, dokáže se podřídit a ochotně plní příkazy. Někdy má ve skupině dokonce vedoucí úlohu. V probraném učivu dělá často chyby, proto je nutné, aby nové učivo bylo

v domácím prostředí procvičováno delší dobu. Úprava písma se poměrně zlepšila, také záměna tvarově podobných písmen už není tak častá. I přesto mu pravopis dělá stále problém. Navíc se objevily potíže v matematice, a to v násobilce. Na přečtení a vypracování úkolu je stále třeba více času oproti ostatním spolužákům. Z relaxačních technik jsou při výuce používány cviky na protažení svalů, někdy také pohybové hry. Učitelka prý občas hodinu prokládá zpěvem známé písničky či vyprávěním zážitků dětí. Snaží se tak žáky odreagovat od učení a zvýšit jejich koncentraci pozornosti. K ostatním spolužákům se M. chová přátelsky, ačkoli k některým dětem má nejistý až bojácný vztah. Od třídního učitele víme, že se rodiče chlapci pravidelně věnují a bez problémů spolupracují se školou. Snaží se ho pozitivně motivovat ke školní práci, dodržovat doporučení z poradny a zajistit mu dostatečné pohybové a tvořivé aktivity. Domácí příprava je prý občas náročná kvůli chlapcově roztěkanosti, pomáhají mu však odpočinkové chvílky jako například společné zazpívání nějaké známé písničky, protažení na gymnastickém míči či krátká procházka se psem. Z vyprávění žáka se učitel dozvěděl, že rodiče dochází s chlapcem na hodiny zpěvu a navštěvují jeho divadelní vystoupení. Často podnikají výlety, ať už pěší či cyklistické, v létě jezdí k moři. Při sdělování zážitků pak chlapec s nadšením vypráví, jak hrál v divadle, kde se na něj byli podívat rodiče i s babičkou a dědečkem. Je tedy vidět, že rodina se snaží chlapce v jeho zájmech co nejvíce podporovat. O výskytu nočních děsů se učitel nezmínil, ale vzhledem k tomu, že chlapec v současné době nenavštěvuje neurologickou ambulanci ani jiné odborné pracoviště zabývající se tímto problémem, můžeme předpokládat, že došlo alespoň k částečnému ústupu těchto stavů.

### **Vlastní názor a prognóza dalšího vývoje**

Podle poradenského vyšetření je chlapcova prognóza do budoucna vcelku optimistická, v průběhu chlapcova vývoje se vlivem individuální péče předpokládá částečná náprava obtíží. Už nyní lze u chlapce pozorovat určité zlepšení (úzkostné stavy, kvalita písma, zapojování se do dění třídy) a vzhledem k pozitivnímu přístupu rodičů a jejich pravidelnému setkávání s třídní učitelem má chlapec opravdu dobré vyhlídky na budoucí život. Učitelé musí tolerovat chlapcovo pomalé pracovní tempo a specifické chyby při školních výkonech. Protože je hoch velmi často roztěkaný, je potřeba při výuce častěji kontrolovat, zda se soustředí a zda pokračuje v činnosti správně. Není však vhodné chlapce za nepozornost hlasitě kárat, ale k uklidnění a návratu pozornosti využijeme klidný hlas a dotek, kterými mu dáme najevo naši oporu. Učitelka se snaží dodržovat pravidelné



přestávky na relaxační cvičení. Ty slouží k odreagování od školní činnosti a pomáhají dětem lépe se soustředit na další činnost. Nejen učitelé, ale i rodiče by měli vůči chlapci volit klidný a tolerantní přístup a snažit se ho chválit i za sebemenší pokroky. Velmi důležitá je racionální výchova s jasně stanovenými pravidly, přiměřeným systémem odměn a trestů a dostatečným prostorem pro odpočinek a uvolnění. Pro domácí přípravu je nutné, aby byly využívány klidné chvíle, kdy je koncentrace pozornosti větší. V žádném případě na chlapce nechvátáme, nestresujeme ho, aby nedošlo k zbytečnému přetěžování dítěte a následnému prožívání úzkosti. Naopak ho při práci povzbuzujeme a dodáváme mu odvalu, obzvláště v situacích vyžadujících samostatnost. Vzhledem k chybám v probraném učivu bych se novou látku snažila vysvětlit tak, aby si ji chlapec co nejsnáze zapamatoval, tj. zábavnou formou. Nutné je však nové učivo procvičovat delší dobu. Rodiče správně chlapcovu školní přípravu prokládají technikami na zklidnění a uvolnění. Mezi používané relaxační techniky by mohli ještě například zařadit poslech písničky s pohybovým nebo výtvarným doprovodem, předčítání pohádky či poslech oblíbené pohádky doprovázený dramaturgií dítěte. Velmi oceňuji rodičovskou podporu chlapcových zájmů i dostatečné pohybové vyžití. Je vidět, že chlapce jeho koníčky baví a s radostí o nich vypráví ostatním při vyučování. Pokud u dítěte stále přetrvává výše zmíněná porucha spánku, zaměřila bych se na její postupné odbourávání. Důležité je, aby rodiče u chlapce dodržovali zásady spánkové hygieny, tj. dbáme na to, aby dítě nešlo spát extrémně unavené, ale ani plné energie, alespoň hodinu před spaním se věnujeme klidné činnosti, dítě uspáváme pokud možno v pravidelném čase a dodržujeme určitý uspávací rituál (např. přečtení či poslech pohádky, masáž). Dítě nevystavujeme nadměrnému stresu a během dne mu poskytujeme dostatek kladné citové vazby a přiměřenou pohybovou aktivitu, aby se zdravě unavilo (cvičení, pobyt venku apod.). Místnost by měla být dostatečně vyvětraná, tichá a před spaním dítěte by měla doma panovat harmonická atmosféra – neschyluje se k žádnému konfliktu, nikdo se na dítě nezlobí. V případě potřeby se mohou rodiče obrátit na pomoc neurologa. Vývoj chlapcových obtíží bude odborně posouzen při kontrolním vyšetření, které by mělo proběhnout v pedagogicko-psychologické poradně za několik měsíců.

### **3.3.4 Kazuistika dívky A.**

#### **Osobní údaje**

A. je devítiletá dívka, která se narodila v Plzni. Nyní navštěvuje čtvrtou třídu základní školy. Dívce byla v pedagogicko-psychologické poradně diagnostikována porucha

pozornosti a aktivity, neurotické potíže a specifická porucha učení – dyslexie a dysortografie.

### **Rodinná anamnéza**

Matka dívky se narodila v roce 1977 a vystudovala management na VŠE v Praze a nyní pracuje jako obchodní manažerka v zahraniční firmě. Otec se narodil roku 1980 a vystudoval střední odbornou školu. Jeho současné povolání není známo, rodiče se roku 2009 rozvedli a dále se nestýkají. Otec nejeví o dívku zájem. A. nemá žádné sourozence. V rodině se nevyskytují žádné závažné nemoci.

### **Osobní anamnéza**

Dívka se narodila v termínu císařským řezem. Těhotenství prý nebylo plánované. Po narození lékaři zjistili, že má dívenka obráceně uložené orgány v těle. Zdravotní obtíže však kvůli tomu neměla, dle matky probíhal vývoj v mezích příslušné věkové normy. Přesto je pro svoji tělesnou abnormalitu pravidelně sledována. Dívka nikdy vážněji nestonala, prodělala běžné dětské nemoci. Od mala byla A. fixována na matku, dělalo jí problém se od ní na delší dobu odpoutat. Už od raného věku se jevila jako introvert, ve školce si raději hrála sama. Doma často ke hře vyžadovala přítomnost matky. Na otce si podle slov matky prý moc nepamatuje. Již jako malá se zajímala o přírodu, ráda chodila na procházky nebo do zoologické zahrady. Také si velmi ráda hrála s míčem, což jí vydrželo až do současnosti – hraje velmi dobře házenou.

Odklad školní docházky dívka neměla. Ačkoli měla dívka problémy pravděpodobně už dříve, k vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně došlo až ve třetí třídě. Hlavním důvodem bylo časté stěhování kvůli matčinu zaměstnání. Dívka během prvních dvou let povinné školní docházky několikrát změnila školu. Matka byla na výukové potíže své dcery upozorněna, avšak kvůli zmíněnému stěhování a pracovnímu vytížení tomu nevěnovala dostatečnou pozornost. V polovině druhé třídy se s dcerou vrátila do Plzně a teprve během třetího ročníku se na doporučení učitele rozhodla pro vyšetření dívenky v pedagogicko-psychologické poradně.

### **Výsledky poradenského vyšetření a návrh intervence**

Poradenským vyšetřením se u dívky dospělo k následujícímu závěru: Vysoký průměr celkových rozumových předpokladů s bohatou symptomatologií poruchy aktivity a pozornosti, neurotické projevy, pomalé pracovní tempo, počínající školní fobie, specifická

porucha čtení a pravopisu. A. se v hodině soustředí velice těžce, i sebemenší podnět ji hned vyruší. Školní výkony jsou většinou podprůměrné, často se objevují chyby z nepozornosti a sklon k hravosti. Dívka má problémy v českém jazyce – přečte začátek slova a zbytek si domyslí, často slova slabikuje. Problém jí dělají slova, která obsahují více souhlásek za sebou – nejprve si musí slovo přerušit potichu, teprve poté ho řekne nahlas. Při psaní dělá A. specifické chyby, v psaném projevu jsou vidět známky tenze, píše velmi pomalu. Sama uvádí, že největší problémy má při psaní diktátů – nestíhá zápis a následnou kontrolu. Celkově je její pracovní tempo pomalé. Lateralita se vyhranila pravostranně. U dívky byly zpozorovány problémy s pravolevou orientací. A. se jeví jako labilní osobnost se sklonem k úzkosti, strachu a zvýšenému psychickému napětí. V kontaktu se projevuje jako introvert, spíše stojí stranou, preferuje samotu.

Na základě poradenského vyšetření bylo shledáno, že se jedná o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Dívce byl doporučen a sestaven individuální vzdělávací plán pro český jazyk a matematiku, v ostatních předmětech je ale také nutné k dívce přistupovat jako k žákyni se specifickými poruchami učení. V českém jazyce je doporučeno realizovat diktáty doplňovací formou či psát každou druhou větu, písemný projev zkracovat a omezit přepisování textu. V matematice je třeba se zaměřit na správné pochopení slovní úlohy. Celkově je nutné poskytovat dívce dostatek času na přečtení jakéhokoliv zadání, vypracování úlohy a na její kontrolu. Kvůli obtížím ve čteném projevu a zvýšené úzkostnosti nevyžadujeme po dívce hlasité čtení před třídou. Pokud si má dívka přečíst zadání samostatně, je nutné použít záložku. Časově limitované úkoly je třeba omezit, aby se dívka zbytečně nedostávala do stresové situace a nejednala zbrkle. Vzhledem k poruše pozornosti je žádoucí pracovat v krátkých úsecích proložených častějším protažením těla a uvolněním ruky po psaní. Při hodnocení preferujeme slovní projev a hodnotíme pouze to, co stačila napsat, specifické chyby do celkového hodnocení nezahrnujeme. Při práci s dívkou volíme klidný a laskavý přístup, dáváme jí najevo naši náklonnost. Z důvodu zvýšené citlivosti dívky a počínající školní fobii nešetříme chválou a povzbuzováním. Snažíme se dívku více zapojit do třídního kolektivu. Matce bylo vzhledem k počátečnímu přehlížení problémů doporučeno dodržovat důslednou výchovu s pravidelným denním režimem a zavedeným systémem odměn a sankcí, poskytovat dívce pomoc se školními přípravami a průběžně procvičovat probrané učivo. Vzhledem k diagnostikované dysortografií je nutné s dívkou procvičovat gramatická pravidla, například formou doplňovaček (doplňování diakritických znamének do slov, vět), komentovaných diktátů či

na počítači. Při čtení se snažíme barevně odlišit tvarově i zvukově podobná písmena a umožňujeme dívce používat záložku. Při řešení matematických slovních úloh pomáháme dívce názorností a barevným podtržením důležitých informací. Zmíněné problémy s pravolevou orientací by měla matka u dívky mírnit například skládáním puzzlů, mozaiky, hraním křížků apod. Dívka by měla také nacvičovat orientaci v textu pomocí matčiných úkolů, jakými jsou například: „V první větě najdi druhé slovo. Vyhledej a přečti všechna slova začínající na písmeno ...“ atd. Kvůli úzkostným projevům a zvýšeným obavám dítěte však nesmíme dívku vystavovat zátěžovým situacím. Proto pracujeme v krátkých časových celcích a postupujeme od náročnějšího k jednoduššímu. Celková psychická labilita dívky vyžaduje pozitivní motivaci, podporu sebevědomí a její větší zapojení do vrstevnické skupiny. Důležité je, aby matka dívenku povzbuzovala a chválila ji i za malé pokroky. Matce bylo doporučeno nechat dceru vyšetřit na neurologii a v případě zhoršování jejích úzkostných stavů navštívit pedopsychiatra. Vzhledem k občasné záměně významů slov a horšímu porozumění zadání je vhodné s dívkou pro kontrolu absolvovat foniatrické vyšetření.

### **Současný stav dítěte**

V současné době je dívka v péči alergologa a neurologa, kterého již navštěvovala před poradenským vyšetřením. Z terapeutických přístupů je u dívky aplikován především výchovný pilíř v rodině a ve škole a dále dechové, hudební a pohybové relaxační techniky. Léky dívka nebere žádné. Od učitelky víme, že při školní práci potřebuje A. stálý dohled a dostatek času na přečtení a vypracování úloh. Při hodině je neustále velmi roztěkaná, někdy přestává dávat pozor úplně. Proto učitelka do výuky pravidelně vpravuje dechová cvičení, hudební relaxaci (zpěv nebo poslech písní), pohybové a dramatické hry, vyprávění příběhů a vtipů či zadávání hádanek. U dívky je vidět nejistota, strach a sklon k napětí. S učitelkou pracuje poměrně ochotně, občas se však zasekne a nechce nic říct. Ve čtení prý učitelka pozoruje postupné zlepšení, ačkoli je bez intonace, v psaní však přetrvává vynechávání diakritiky a častá záměna tvarově i zvukově podobných písmen. Její tempo při psaní je stále velmi pomalé. Při čtení a opisování jí hodně pomáhá, když má zbylý text zakrytý záložkou. V matematických příkladech se objevuje množství chyb, dokonce si několikrát výsledky vymýšlí (napíše například všude číslo 1). V prvouce jí chybí základní vědomosti, učitelka proto důrazně doporučuje, aby se jí matka náležitě věnovala a probrané učivo s ní průběžně procvičovala. Při práci s dívkou je třeba velké trpělivosti, její tempo je velice rozvláčné, pracovní morálka někdy žádná – nechce se jí pracovat, v tom případě

odevzdá sešit s nevypracovaným cvičením. V poměrně novém kolektivu se zapojila zatím jen pasivně, kamarádů ve třídě moc nemá, fixuje se především na jednu spolužačku. K některým spolužákům má až bojácný vztah. Ve škole ji baví tělesná a výtvarná výchova, jednou by se chtěla stát profesionální hráčkou házené. Z pohledu učitelky je spolupráce matky se školou nepravdělná, občas se prý i stalo, že matka na domluvenou schůzku nepřišla a omlouvala se tím, že jí do toho něco přišlo. Z rozhovoru učitelky s matkou se dozvídáme, že se matka s dívkou snaží procvičovat učivo a pomáhá jí s přípravou do školy. Uvádí však, že domácí příprava je vzhledem k nesoustředěnosti dívky a jejímu pomalému pracovnímu tempu velmi náročná. Často má dívenka až odpor ke škole a sklony k afektivnímu chování. Někdy však lze pozorovat i naprostou rezignaci na školní přípravu. S dívkou prý každý den procvičuje hlasité čtení a orientaci v textu. Problémy v pravopisu se snaží eliminovat cvičeními v počítači, která jsou zaměřena na gramatické jevy. Při písemném zadání nějakého úkolu dívce pomáhá, když jí ho matka vysvětlí praktickým příkladem. K uvolnění a odpočinku dívky používá poslech písničky nebo pohádky, zpívá s ní či spolu skládají puzzle. Občas si prý s dívkou zacvičí na gymnastickém míči. Vzhledem k dívčině zálibě ve sportu spolu ve volném čase navštěvují bazén, jezdí na kole nebo i podnikají túry do přírody. Matka je ráda, že dcera hraje házenou, protože se tím prý už na ni tolik nefixuje, dokonce si tam našla i nějaké kamarádky. Jinak je A. spíše osamělá a s bývalými kamarádkami z její první základní školy se moc nevidá.

### **Vlastní názor a prognóza dalšího vývoje**

Časté stěhování a opakovaná změna třídního kolektivu neměly na introvertně laděnou osobnost dobrý vliv. Dívka se nestačila v novém kolektivu adaptovat, a pokud si našla nějakou kamarádku, musela se opět stěhovat dál. Postupně začala mít obavy z nových spolužáků a z nového prostředí a prožívala úzkostné stavy. Dosavadní kamarády, které měla ze svého původního bydliště, přestala vidat a cítila se osaměle. Kvůli výukovým obtížím začala mít problémy se školním prospěchem. Vzhledem k potížím při psaní, čtení, řešení matematických úloh a horšímu reprodukování textu se dívka zřejmě obávala kritiky a ponížení ve výuce a začaly u ní vznikat pocity napětí a úzkosti, což v kombinaci s její senzitivitou a matčiny nedostatečným věnováním pozornosti vedlo k počínající školní fobii. Dívka byla přijata do poradenské péče až ve třetí třídě, ačkoli se symptomy ADHD a specifické poruchy učení objevovaly již dříve. Výchovná a pedagogická opatření mohla být tedy nastolena již od počínajících problémů. Myslím si, že kdyby matka navštívila pedagogicko-psychologickou poradnu ihned po upozornění učitelů, nemusela by se

u dívky její zvýšená citlivost vystupňovat až k fobii a mohla být možnost nápravy výše zmíněných obtíží daleko vyšší a snazší. Za nejdůležitější považují dodržovat doporučení školského poradenského zařízení a zachovávat k dívce pozitivní přístup. Jelikož se jedná o dítě emocionálně zranitelné a obtížně sociálně adaptovatelné, je nutné přistupovat k dívce s klidem a vřídností. Učitelce bych doporučila, aby dívku více zapojovala do třídního kolektivu a ostatním žákům vysvětlila, že je A. jedna z nich a že také potřebuje kamarády. Vzhledem k poruše pozornosti je žádoucí při jakékoli pracovní aktivitě dodržovat pravidelné přestávky a uplatňovat krátké pracovní úseky. K soustředění vracíme dívku klidným avšak zřetelným hlasem, případně fyzickým kontaktem. Nutností je pravidelná konzultace domácí přípravy s učitelkou. K odstranění tenze v grafomotorice by měly být doma pravidelně procvičovány uvolňovací cviky ruky. V denním režimu dívky musí být pravidelné odpočinkové činnosti, které vedou k uklidnění a lepšímu soustředění (tělesná protažení, dechová cvičení, hudební relaxace). Dívka potřebuje časté povzbuzení, dodání odvahy a pozitivní motivaci ke škole. Matka by se měla snažit být pro dceru vzorem nejen v chování, ale i v pracovním přístupu a řešení obtíží. Měla by s dcerou zvýšeně komunikovat o tom, co dívka prožívá a posilovat její sebevědomí. Na závěr bych chtěla dodat, že je opravdu nutné se dívce věnovat, pokud chceme dosáhnout částečné nápravy jejích obtíží a ulehčit jí budoucí vývoj. V případě zájmu může matka využít nabídnuté psychoterapeutické vedení dívky v pedagogicko-psychologické poradně. Při zhoršování dívčiny úzkosti a fobie je nutné zahájit spolupráci s dětským psychiatrem.

### **3.3.5 Kazuistika dívky K.**

#### **Osobní údaje**

K. je jedenáctiletá dívka, která se narodila a žije v Plzni. V současné době je žákyní šesté třídy základní školy v Plzni. Na základě pedagogicko-psychologického vyšetření byla dívce před dovršením osmého roku diagnostikována porucha ADHD.

#### **Rodinná anamnéza**

Matka se narodila roku 1978, vystudovala Fakultu pedagogickou v Plzni a nyní pracuje jako učitelka základní školy. Otec se narodil roku 1972 a vystudoval střední odbornou školu s maturitou. Dříve pracoval v oboru IT, v současnosti však neznáme jeho povolání, neboť se rodiče roku 2008 rozvedli. Dívka má jednu mladší sestru. Po rozvodu se otec přibližně jeden rok s dětmi vídal, poté však přestal o děti jevit zájem a začal mít nějaké osobní problémy. Dívky byly velmi malé, a tak usoudily, že otec zemřel. Otec jim nechybí,

nemluví o něm. Můžeme říct, že druhého rodiče nahradila babička, která s nimi sdílí domácnost a finančně ji podporuje. Z rozhovoru s babičkou se dozvídáme, že matka dívky byla v dětství pravděpodobně také hyperaktivní, avšak v té době se poruše nepřikládal takový význam, proto u ní hyperaktivita nebyla diagnostikována.

### **Osobní anamnéza**

Na základě rozhovoru s matkou zjišťujeme, že těhotenství bylo plánované. Ve třetím měsíci došlo ke krvácení, proto bylo matce nařízeno rizikové těhotenství. Dívka se narodila předčasně (v 35. týdnu), porod byl velmi zdlouhavý, trval 26 hodin. Po narození měla K. nízkou porodní váhu (cca 2 500 g) a vysoké hodnoty novorozenecké žloutenky. Při propouštění z nemocnice se váha dívky ještě snížila, a to na 2 000 g. Dívka prodělala běžné dětské nemoci, nikdy neměla žádnou závažnou nemoc či úraz. Matka uvádí, že dívka měla jako malé dítě problémy se spaním, velmi často plakala a nedala se utiшит. I spaní po obědě v mateřské škole bylo poměrně náročné a neklidné. Jako zajímavost můžeme uvést to, že si K. nehrála s panenkami, raději si například stavěla ze stavebnice. Už jako malá se začala projevovat jako introvert, ke hraní nevyžadovala přítomnost druhých, dokázala si hrát sama. K. měla od mala zájem o zvířata a přírodu. Velmi často pěstuje nějaké rostliny a věnuje se jízdě na koni, ráda kreslí nebo něco vyrábí. Baví ji ruční práce jako například keramika, korálkování, vytváření náramků z gumiček či přívěšků na klíče z tkaniček, jednu dobu také háčkovala. Její zájem o zvířata se ale projevil v problémech s jídlem. Kolem sedmého roku začala odmítat králíčí maso, neboť si na chalupě hrála s králíky. Dle jejích slov je důvod takový: „Přece nebudu jíst kamarády.“ Přes snahu rodiny však přestala jíst maso úplně, je tedy vegetariánka.

K. neměla odklad školní docházky. U dívky se začaly objevovat výukové obtíže v českém jazyce. Dívka měla problémy s psaným projevem, její písmo bylo neurovnané. Také se objevily obtíže v koncentraci pozornosti při vypracovávání úkolů. Pro výše zmíněné výukové obtíže byla K. na žádost matky a školy kontrolně vyšetřena na základní škole, kterou navštěvuje. Na doporučení školy zažádala matka ve druhé třídě o vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně.

### **Výsledky poradenského vyšetření a návrh intervence**

Ve druhé třídě byla dívce psychologickým a speciálně pedagogickým vyšetřením diagnostikována porucha pozornosti s impulzivitou a hyperaktivitou a specifická porucha učení – dysortografie. Psychologickým vyšetřením byly zaznamenány obtíže v oblasti

koncentrace pozornosti a zvýšená unavitelnost CNS projevující se jak ve školním, tak v rodinném prostředí. Školní výkony jsou většinou průměrné, často však dochází ke kolísání vlivem chyb z nepozornosti. Při práci má dívka sklony k unavitelnosti a hravosti, v případě časového stresu jedná zbrkle a nepozorně. K. se jeví jako senzitivní osobnost s mírnou introverzí, objevuje se u ní nejistota, plachost a samotářství. Na druhou stranu je velmi přátelská a živá, někdy až impulzivní. Dívka má nadprůměrné rozumové schopnosti. Obtíže v psaném projevu byly potvrzeny speciálním pedagogem. Při psaní dělá K. specifické chyby, má problém držet správně psací potřebu a její písmo je neurovnané. Lateralita se dosud nevyhranila. U dívky byly zpozorovány problémy s pravolevou orientací.

Na základě poradenského vyšetření byl dívce doporučen a sestaven individuální vzdělávací plán pro český jazyk a částečně i pro ostatní předměty. V českém jazyce by měl učitel preferovat ústní zkoušení před písemným, diktáty aplikovat formou doplňování či psaním ob větu a na psaní poskytnout dostatek času, aby se dívka nedostala do stresové situace. Obecně je důležité zajistit klidné pracovní prostředí, při zbrklém jednání dívku uklidnit slovem či dotekem. Dívku podporovat a chválit i za malý pokrok. Žádoucí a pozorné chování je třeba odměňovat. V případě nežádoucí chování je vhodné zvolit přiměřený trest a zdůraznit, jak by se měla chovat. Protože se jedná o citlivého a introvertního jedince, neměli bychom dívku vystavovat nadměrné zátěži jako například nepřiměřený časový limit či potrestání před celou třídou. Vzhledem k dívčině nejistotě a plachosti, je žádoucí volit laskavé avšak důsledné vedení, snažit se dívku pozitivně motivovat a zvyšovat její sebedůvěru. Matce bylo doporučeno dodržovat spravedlivou a důslednou výchovu s jasně vymezenými pravidly, poskytovat dítěti klidné rodinné prostředí a vzhledem k nejistotě a emoční labilitě dívky se zaměřit především na pozitivní motivaci a podporu sebevědomí. Nevystavovat dívku zátěžovým situacím, žádoucí chování posilovat odměnami, při nevhodném chování poskytnout okamžitou zpětnou vazbu a uvést, jak by se měla správně chovat. Vzhledem k poruše pozornosti je žádoucí při přípravě do školy dělat přestávky, dítě nepřetěžovat. Ke zklidnění a zlepšení koncentrace je vhodné využívat nejrůznější relaxační techniky (dechová cvičení, jóga, poslech hudby, malování apod.). Kvůli obtížím v pravopisu, špatnému držení psací potřeby a neurovnanému písmu dívky byla matce navržena pomoc v podobě reedukace specifických poruch učení. Dívka s matkou 1x týdně docházely na základní školu ke speciálnímu pedagogovi na konzultaci. V období mezi jednotlivými konzultacemi matka s dívkou doma pracovala podle doporučených metod na



nápravě výše zmíněných obtíží v rozsahu 10–15 minut denně. Cílem této péče bylo zkvalitnit dívčin písemný projev, grafomotoriku a zlepšit pravolevou orientaci. K dosažení cíle byly použity grafomotorické cviky, doplňovací cvičení na diakritická znaménka, puzzle, hlavolamy a pracovní listy Zelinkové a Pokorné. Matka by měla podporovat zájmy dívky a umožnit ji seberealizaci v činnostech, které ji baví. Hyperaktivitu je nutné kompenzovat sportovními aktivitami, celkově je však potřebné nastolit pravidelný režim s dostatečným odpočinkem, aby nedocházelo k nadměrné zátěži dívky.

Ve čtvrté třídě následovalo další vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně. Psycholog uvádí, že u dívky stále přetrvávají specifické obtíže v koncentraci pozornosti a motorický neklid, avšak jedná se již o mírnou formu. Stále je u K. v některých situacích vidět nejistota a dále nerozhodnost, úzkost, sklon k uzavřenosti a preference klidu. V kresbě můžeme pozorovat určitou neobratnost a napětí, oproti tomu v písemném projevu došlo k částečnému zlepšení, neboť písmo už není tak neurovnané a objevuje se v něm jen malé množství specifických chyb. Při čtení podává K. dobrý výkon, dokáže číst plynule s porozuměním. Co se lateralit týče, jednoznačně se vyhranila levostranně. Zlepšení bylo zaznamenáno také u pravolevé orientace. Můžeme tedy konstatovat, že doporučené grafomotorické cviky a pravidelný trénink pravolevé orientace v rámci reedukace specifických poruch učení částečně kompenzoval přetrvávající obtíže. Vzhledem k mírným problémům v oblasti pozornosti a aktivity a zlepšující se grafomotorice bylo posledním vyšetřením shledáno, že se již nejedná o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Přestože nebyl dívce doporučen individuální vzdělávací plán, stále je třeba dodržovat určité zásady v přístupu k dítěti s poruchou pozornosti a aktivity. Nejdůležitější je přístup rodičů a učitelů, tj. důsledné výchovné vedení s častými pochvalami a povzbuzováním, nevystavovat dívku nadměrné zátěži, zajímat se o ni a podporovat ji v jejích zájmech, ve škole tolerovat její individuální tempo a často s matkou konzultovat její domácí přípravu a chování ve škole. Matka by měla s dívkou často komunikovat, informovat ji o dění v rodině, pravidelně ji pomáhat s přípravami do školy a dále procvičovat dívčin písemný projev. Matce bylo pedagogicko-psychologickou poradnou nabídnuto psychoterapeutické vedení dívky.

### **Současný stav dítěte**

V současné době není dívka v péči psychologa ani speciálního pedagoga. Je tedy spoléháno především na výchovný a pedagogický pilíř terapie. Z rozhovoru s matkou

víme, že učitelé ponechávají dívce na vypracování úkolů a psaní diktátů dostatek času, snaží se tolerovat její individuální tempo. Relaxační techniky (tělesné protažení s poslechem hudby) byly aplikovány jen ve druhé a třetí třídě, nyní již nejsou využívány. Stále je prý u dívky vidět zbrkllost, nejistota a introverze. Při výuce však ochotně spolupracuje, snaží se, v přípravě do školy je svědomitá a pečlivá. Občas prý dojde k zapomenutí školních pomůcek, což většinou příkládají dívčině lehké rozptýlenosti a nepozornosti. S ostatními spolužáky vychází dobře, konfliktní situace nevznikají. Ve škole ji baví matematika a přírodopis, ráda se účastní přírodopisných olympiád, jednou by se chtěla stát zvěrolékařkou. Dějepis jí činí problémy, matka jí pomáhá látku vysvětlit, poté ji přezkouší. Nabídnuté psychoterapeutické vedení matka nevyužila, spoléhá na své schopnosti ve výchově a na pedagogické působení. Matka se snaží dívku povzbuzovat a chválit, podporuje ji v jejích koníčcích. Dívka navštěvuje turistický oddíl, vypomáhá na ranči, chodí na kurzy keramiky, doma neustále něco vyrábí či pěstuje. Dokonce se matka smířila s tím, že je K. vegetariánka, kupuje jí vegetariánské výrobky. Matka s nadsázkou uvádí, že je K. tak trochu jiná, má svůj vlastní svět a že by ji nepřekvapilo, kdyby jednou žila někde v chatrči a její dítě by se jmenovalo Půlnoční bouře. Doporučená dechová a jógová cvičení nebyla doma nikdy aplikována, jako uklidňující činnosti však můžeme uvést malování, modelování z hlíny, četbu, pravidelný kontakt se zvířaty či časté procházky přírodou. Matka poskytuje dívce dostatečné podněcující aktivity i časté rodinné sportovní a kulturní vyžití. Jezdí s dívkou na kole, chodí s ní plavat, pravidelně navštěvují divadelní představení, v zimě lyžují a v létě jezdí na vodu. Z vlastního pozorování mohu uvést, že dívka nemá o mimoškolní aktivity nouzi. Je laskavá, čestná a upřímná. Při kontaktu s ostatními působí zpočátku rozpačitě, je spíše tichá, nemá potřebu být středem pozornosti. Přetrvávající lehký neklid se projevuje roztržitostí a zbrklostí. Často něco vylije, nebo jí něco upadne, co se obratnosti týče, je někdy trochu pomalejší, potřebuje více času. Doma ji za to poměrně často odsuzují a reagují zvýšeným hlasem, případně vztekem. Na nespravedlnost a křik reaguje nejistotou a uzavřeností.

### **Vlastní názor a prognóza dalšího vývoje**

Podle mého názoru by měli doma dívku častěji oceňovat a chválit i třeba jen za snahu. Dívka potřebuje pozitivní přijetí, aby se zvýšila její sebedůvěra a celkově se zlepšilo její sebepojetí. Jedná se o senzitivní osobnost, proto by se k ní mělo přistupovat s klidem a citlivostí. Při nevhodném chování neposkytovat zpětnou vazbu křikem či výbušností, ale snažit se o klidné řešení problému a uvést, jak by se měla správně chovat. Prognóza do

budoucná se jeví jako optimistická, došlo k částečné nápravě obtíží v oblasti jemné motoriky (kresba a písmo jsou na dobré úrovni, tenze je minimální), také v hrubé motorice můžeme zaznamenat určitý vývoj, což je možno přisuzovat sportovním aktivitám, jízdě na koni a turistické činnosti. V budoucnosti bych se zaměřila na odbourávání obav a nejistoty a snažila bych se dívce dodávat více odvahy, obzvláště v situacích, které vyžadují samostatnost. Vzhledem k tomu, že se u dívky pořád objevují projevy hyperaktivity, ačkoli jen v lehké formě, zařadila bych do denního režimu více odpočinku, abychom se vyvarovali nadměrné zátěži a únavě. Můžeme zmínit například relaxační masáže či poslech nějakého poutavého příběhu doplněný imaginací. Zařadila bych je na konec dne, kdy si s dívkou promluvíme o tom, jaký měla den a co všechno zažila. Na závěr můžeme říci, že u dívky došlo ke zmírnění základních obtíží spojených s poruchou ADHD, důležité je však, aby se rodina dívky i nadále věnovala a rozvíjela její osobnost. Stále je potřeba klást velký důraz na přístup rodiny a na jejich spolupráci se školou.

V praktické části jsme si ukázali, jak se jednotliví respondenti projevují a jak k nim jejich rodiče a učitelé přistupují. U některých rodičů byla vidět jejich obrovská snaha dítěti pomoci ihned po objevení se prvotních příznaků ADHD, někteří však problémy svého dítěte neřešili ihned, což se také podepsalo na jeho projevech. Proto je nutné prvotní symptomy ADHD neignorovat a zajistit dítěti včasnou diagnostiku a příhodné prostředí pro jejich rozvoj. Můžeme tedy konstatovat, že největší roli v životě dětí s ADHD hrají dospělí. V **Příloze č. 3** je uvedena ukázka zprávy z vyšetření dítěte v pedagogicko-psychologické poradně a vypracovaný individuální vzdělávací plán pro integrované žáky.

## Závěr

Práce přináší řadu informací o problematice ADHD. Tato porucha je v dnešní době diagnostikována u stále většího počtu dětí, a proto je žádoucí, aby nejen odborníci, ale i laici byli o poruše pozornosti doprovázené hyperaktivitou dostatečně informováni. Vždyť pracovat s takovými dětmi je velmi náročné, neboť je potřeba značná dávka trpělivosti a pozitivní přístup. Tato práce přináší spoustu teoretických i praktických poznatků, které učitelům i rodičům pomohou lépe porozumět dětem s ADHD a hledat tak vhodné postupy pro práci s nimi.

V teoretické části práce jsem se snažila přehledně zpracovat základních údaje o syndromu ADHD s pomocí odborné literatury, které by měly přispět k lepší informovanosti laické veřejnosti. V praktické části jsem se zaměřila na popis jednotlivých dětí mladšího školního věku trpících touto poruchou, který vychází z rodinné a osobní anamnézy, zpráv z poradenského vyšetření a mého vlastního názoru. Spolupráce s učiteli a rodiči byla výborná, ochotně mi poskytli řadu cenných informací.

V úvodu práce jsme si stanovili hned několik cílů, které se vztahovaly především k praktické části. Na základě sběru a utřídění informací bylo vypracováno pět případových studií u dětí mladšího školního věku, kterým byl pedagogicko-psychologickou poradnou diagnostikován syndrom ADHD. Z těchto kazuistik jasně vyplynulo, že z hlavních terapeutických pilířů se u zkoumaných dětí nejčastěji aplikovalo výchovné působení učitelů a rodičů. Je tedy vidět, že v mladším školním věku je nejvíce uplatňováno pedagogické a rodinné působení. Dále byl u respondentů k léčbě ADHD využit psychoterapeutický pilíř, a to konkrétně relaxační techniky. Ty byly u dětí aplikovány jak doma, tak ve škole. Nejčastěji se jednalo o protahovací cviky a hudební relaxaci spojenou s nějakou tvořivou činností. Dechová cvičení se vyskytovala pouze u dívky ze čtvrté třídy, a to jen ve školním prostředí. Kognitivně behaviorální a farmakologický způsob léčby nebyl zaveden u žádného dítěte. Zapojení všech tří pilířů terapie tedy nebylo nalezeno ani u jednoho z respondentů. Z vypracovaných případových studií je patrné, že v terapeutických přístupech jsou mezi teoretickými poznatky a praktickým přístupem určité rozdíly.

Z výše uvedených kazuistik můžeme vyvodit, že užívání cíleného a soustavného výchovného působení učitelů a rodičů se zapojením relaxačních technik má kladný vliv na

obtíže uvedených dětí. U respondentů bylo individuálním přístupem dosaženo jistých, ač třeba malých, pokroků a zlepšení. Většinou se jednalo o zmírnění obtíží v oblasti školních dovedností, stále však můžeme u všech jedinců pozorovat znaky poruchy pozornosti, ačkoli u některých z nich je roztěkanost mírnější. Je nutné mít na paměti, že k dosažení určitého pokroku u dítěte nestačí jen systematický přístup pedagoga, ale především je třeba každodenní úsilí rodičů vyžadující dávku trpělivosti a optimismu. Někteří rodiče zkoumaných jedinců se dítěti věnují pravidelně, někteří však k dítěti nepřistupují zcela tak, jak by dle pedagogicko-psychologické poradny měli a spoléhají spíše na práci učitelů. Tím se pak bohužel snižuje možnost nápravy jedincova obtíží. Pro vyšší míru objektivitu provedeného výzkumu by však bylo vhodné do zkoumaného vzorku daného vývojového období zahrnout větší počet dětí s ADHD.

Vypracováním této práce jsem si uvědomila, jak důležitou roli hraje v životě dítěte s ADHD včasná diagnostika této poruchy a vhodný přístup jeho okolí. Výchova a vzdělávání takových jedinců představuje nesnadnou úlohu, která vyžaduje dostatečnou trpělivost, každodenní úsilí a pozitivní přístup. Proto rodičům a učitelům těchto dětí přeji pevné nervy, chladnou hlavu a dostatek energie pro zvládnání každodenních situací. Svou diplomovou prací bych chtěla alespoň malou částí přispět k lepšímu povědomí o syndromu ADHD, abychom tak zabránili špatnému přístupu k dětem s touto poruchou.

## Resumé

Tato diplomová práce s názvem *Symptomy a terapie ADHD u dětí mladšího školního věku* se zabývá problematikou ADHD u dětí na prvním stupni základní školy. Celá práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a praktickou. V teoretické části práce se nejdříve věnujeme vymezení samotného období mladšího školního věku z pohledu vývojové psychologie. Další kapitoly popisují vývoj užívané terminologie, definici pojmu ADHD a příčiny vzniku této poruchy. Práce vymezuje nejprve základní symptomy ADHD, které jsou u těchto jedinců typické pro většinu vývojových období, poté jsou však doplněny o specifické projevy poruchy v období mladšího školního věku. V práci není opomenut ani pohled na diagnostiku tohoto syndromu a na legislativní opatření při vzdělávání jedinců s ADHD. Teoretickou část uzavírají základní terapeutické přístupy, kterými lze projevy ADHD mírnit. Jsou rozděleny do tří hlavních pilířů – rodinné a pedagogické vedení, psychoterapie a farmakoterapie. Praktická část práce se skládá z pěti případových studií, ve kterých můžeme sledovat jedincův vývoj a individuální rozdíly v projevech jednotlivých dětí. Kazuistiky se zaměřují na způsob práce s hyperaktivními dětmi, dodržování zásad přístupu k těmto dětem a také na to, zda u dítěte vlivem zvolené terapie došlo k nějakému zlepšení.

## Summary

This thesis titled *Symptoms and Therapy of ADHD in Children of Primary School Age* deals with the ADHD problems of children at the first grade of primary school. The work is divided into two main parts, namely the theoretical and the practical part. The theoretical part describes the primary school age from the evolutionary psychological perspective. The following chapters describe terminology used in this area, definition of ADHD and its causes. At first, the general symptoms of ADHD are described, then we focus on the specific symptoms for the period of the primary school age. The work also describes the diagnostics of the ADHD syndrome and the legislative measures in the education of children with this syndrome. The theoretical part is concluded with the basic therapeutic approaches for reducing manifestations of ADHD which are divided into three main groups – family and pedagogical guidance, psychotherapy and pharmacotherapy. The practical part consists of five case studies in which we can observe the evolution and the individual differences in manifestations of each child. Case studies are oriented on the work with hyperactive children, the principles of access to these children and whether the chosen therapy brought any improvement.

## Seznam literatury

### Monografie:

ANTAL, Martin. *To dítě je nepozorné. Jak žít s hyperaktivním dítětem*. Praha: Mladá fronta, 2013. 296 s. ISBN 978-80-204-2898-1.

BEZDĚKOVÁ, Jana. *Učíme naše dítě mluvit*. 2. vyd. Praha: Arista Books, s.r.o., 2014. 224 s. ISBN 978-80-87867-10-5.

ČAČKA, Otto. *Psychologie dítěte*. 2. vyd. Brno: Sursum, 1996. 112 s. ISBN 80- 85799-03-0.

ČAČKA, Otto a kol. *Psychologie imaginativní výchovy a vzdělávání s příklady aplikace*. Brno: Doplněk, 1999. 368 s. ISBN 80-7239-034-1.

DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Omar et al. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-807-2624-195.

GOETZ, Michal, UHLÍKOVÁ, Petra. *ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědně učitele*. Praha: Galén, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7262-630-4.

HALLOWELL, Edward M., RATEY, John J. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Praha: Návrat domů, 2007. 306 s. ISBN 978-80-7255-154-5.

HOLEČEK, Václav, MIŇHOVÁ, Jana, PRUNNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. Dobrá Voda: Aleš Čeněk, 2003. 311 s. ISBN 80-86473-50-3.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2697-7.

KOCUROVÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. Plzeň: Pedagogické centrum, 2002. ISBN 80-7020-099-5.

KOUBA, Václav. *Motorika dítěte*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1995. 100 s. ISBN 80-7040-137-0.



KREJČÍKOVÁ, Eliška. *Kapitoly z dětské psychologie pro učitele*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982. 113 s.

KYCLTOVÁ BEZDĚKOVÁ, Jana. *Učíme naše dítě mluvit*. 2. vyd. Praha: Arista Books, 2014. 224 s. ISBN 978-80-87867-10-5.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LISÁ, Lidka, KŇOURKOVÁ, Marie. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. Praha: Avicenum, 1986. 274 s. ISBN 08-084-86.

MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3674-304.

MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.

NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. 84 s. ISBN 978-80-261-0115-4.

PACLT, Ivo, PTÁČEK, Radek, FLORIÁN, Jakub. *Hyperaktivita*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-71-7.

PACLT, Ivo a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.

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

RIEFOVÁ, Sandra F. *Nesoustředěné dítě ve škole*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7367-728-2.

SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál, 1999. 149 s. ISBN 80-7178-315-3.

ŠEBEK, Michael. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. ISBN 80-04-23643-X

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-0629-2.

TOMÁŠKOVÁ, Martina. *Terapeutické přístupy k ADHD v jednotlivých vývojových stádiích*. Plzeň, 2014. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Kateřina Šámalová.

VAŠUTOVÁ, Maria. *Děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a násilí ve školním prostředí*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 278 s. ISBN 978-80-7368-525-6.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. 10. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

#### **Elektronické zdroje:**

BHANDARI, Smitha. *Types of ADHD: Making the Diagnosis* [online]. 2015. [Cit. 8. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/add-adhd/types-of-adhd>

GOETZ, Michal. Současný pohled na léčbu ADHD. *Remedia* [online]. 2009, roč. 2009, č. 3 [cit. 27. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2009/3-2009/Soucasny-pohled-na-lecbu-ADHD/e-a7-aa-F9.magarticle.aspx>

QUINN, Patricia. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Symptoms of ADHD* [online]. 2013. [Cit. 8. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/add-adhd/guide/adhd-symptoms>

ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Základní informace* [online]. [Cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních [online]. In: *Sbírka zákonů*. 9. 2. 2005. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [http://www.msmt.cz/file/7876\\_1\\_1/download/](http://www.msmt.cz/file/7876_1_1/download/)

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]. In: *Sbírka zákonů*. 9. 2. 2005. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [http://www.msmt.cz/file/7876\\_1\\_1/download](http://www.msmt.cz/file/7876_1_1/download)

WHO. *MKN – 10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize* [online]. 2013. [Cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast\\_1-4-2014.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf)

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) [online]. In: *Sbírka zákonů*. 24. 9. 2004. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4494>

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1: Diagnostická kritéria ADHD podle DSM-IV**

**Příloha č. 2: Orientační dotazník pro učitele k ADHD**

**Příloha č. 3: Ukázka zprávy z poradenského vyšetření a individuální vzdělávací plán pro integrované žáky**

## Přílohy

### Příloha č. 1

#### Diagnostická kritéria ADHD podle DSM-IV

##### A. Buď A 1., nebo A 2.:

**A 1.** Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:

##### Nepozornost<sup>12</sup>

- a) často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;
- b) často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;
- c) často se zdá, že neposlouchá, když se na něj přímo hovoří;
- d) často nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavěl do opozice nebo nepochopil zadání);
- e) často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti;
- f) často se vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se například dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (například školní nebo domácí úkoly);
- g) často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje);
- h) často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
- i) často zapomíná na každodenní povinnosti.

**A 2.** Šest nebo více následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:

---

<sup>12</sup> Drtílková a Šerý (2007) v knize *Hyperkinetická porucha* nebo Paclt, Ptáček, Florián (2006) v brožuře *Hyperaktivita* uvádějí v kritériích ADHD dle DSM-IV místo termínu nepozornost pojem porucha pozornosti.

## **Hyperaktivita**

- a) často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
- b) často při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
- c) často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu);
- d) často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat;
- e) bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jako by „jelo na motor“;
- f) často bývá nepřiměřeně upovídané.

## **Impulzivita**

- a) často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
- b) mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada;
- c) často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře).

**B.** Některé příznaky hyperaktivity, impulzivity nebo nepozornosti či narušení funkčnosti byly přítomny již před 7. rokem věku.

**C.** Některé zhoršení funkce vyplývající z příznaků se projevuje ve dvou nebo více oblastech života (např. škola / zaměstnání – doma).

**D.** Musí být jasně patrné zhoršení v oblasti společenské, vzdělávací nebo v zaměstnání.

**E.** Příznaky nelze přičíst zároveň přítomné pervazivní vývojové poruše<sup>13</sup>, schizofrenii či poruše nálady nebo je není možné lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (poruchou nálady, úzkostnou poruchou, disociativní poruchou, poruchou osobnosti). (Munden, Arcelus 2006, s. 16–18; Goetz, Uhlíková 2009, s. 60–61)

---

<sup>13</sup> Pervazivní vývojová porucha = všezasahující vývojová porucha – např. Aspergerův syndrom, dětský autismus apod.

## **Příloha č. 2**

### **Orientační dotazník pro učitele k ADHD**

Označte pouze to, co je pro dítě typické a přetrvává dlouhodobě:

- je hlučné
- unikají mu detaily, dělá „zbytečné“ chyby
- je skoro pořád neklidné
- obtížně dokončuje delší činnosti
- požaduje okamžité splnění svého požadavku, přání (těžko snáší odklad)
- často něco ztrácí, zapomíná
- jedná nesystematicky, chaoticky
- snadno se nechá vyrušit
- často a hodně mluví
- neustále vyžaduje pozornost
- chová se, jako by neslyšelo
- vykřikuje, často nedoposlechne pokyny
- často vyrušuje
- je náladové
- je stále v akci
- má obtíže v soužití s vrstevníky
- ve svých citech je snadno zranitelné
- nevydrží čekat, než na ně přijde řada

Pokud jste označili většinu bodů, je pravděpodobné, že se u dítěte jedná o ADHD.  
(Jucovičová, Žáčková 2010, s. 232)

### Příloha č. 3

## Ukázka zprávy z poradenského vyšetření a individuální vzdělávací plán pro integrované žáky

č. j. *SM*.....

Pedagogicko-psychologická poradna v Plzni

**D ů v ě r n ě**

<b>Zpráva z poradenského vyšetření</b>		<b>Určeno:</b>  matce
<b>konaného dne</b>		
<b>jméno:</b>	K	<b>nar. :</b>
<b>škola :</b>	ZŠ	<b>tř. : 2.</b>
<b>bytem:</b>	Plzeň	

Dívka byla vyšetřena na ZŠ na žádost rodičů a školy pro výukové obtíže v českém jazyce projevující se v psaném projevu. Také se objevuje sklon k nejistotě, lehký neklid, výkyvy ve výkonnosti a pozornosti. Dívka neměla odklad školní docházky.

Psychologickým vyšetřením zjišťujeme rozumové předpoklady v pásmu nadprůměru, složka verbální a názorová vyrovnané s kolísavým výkonem. Shledáváme vyspělý všeobecný přehled, dlouhodobou paměť, schopnost abstrakce, početní úsudek, krátkodobou paměť, konkrétní neverbální úsudek, prostorová představivost a schopnost analýzy a syntézy. Jazykové schopnosti, aktivní slovní zásoba, schopnost porozumět realitě a adekvátně na ní reagovat, asociační učení a neverbální sociální úsudek se vyvíjejí přiměřeně věkové normě. Při testování se projevuje přiměřená výkonová motivace a nerovnoměrné pracovní tempo se sklony k unavitelnosti, zbrklivosti a hravosti. Koordinaci oko – ruka shledáváme jako průměrnou vzhledem k věkové normě. Zaznamenali jsme specifické obtíže v oblasti koncentrace pozornosti v rámci testových úkolů, i impulzivitu, zvýšenou unavitelnost a hyperaktivitu, projevující se také ve školním a rodinném prostředí (susp. ADHD). Při opakování stejného úkolu postupuje dívka s patrnou nadměrnou námahou, podává většinou průměrné výkony, s postupným mírným zhoršováním výkonu a výrazným kolísáním. Shledáváme pracovní nezralost, přetrvávající sklony k hravosti. V kontaktu se projevuje příjemně, při klidném vedení dobře spolupracuje. Osobnost s mírnými sklony k introverzi (plachost, samotářství, potřeba řádu a vnější struktury, ale i přátelská, živá, až impulzivní) a labilitě (citlivost, silné emoční reakce bez kontroly).

Speciálně pedagogickým vyšetřením zjišťujeme dobře průměrnou úroveň čtenářského výkonu. Reprodukují s dopomocnými otázkami. V písemném projevu se vyskytují specifické chyby. Písmo je neurované. Držení psací potřeby je nekorektní (hrstička). Lateralita je neurčitá A/A s nevyhraněnou dominancí ruky i oka. Vážně pravolevá orientace (na druhé osobě). Zraková a sluchová percepce je v normě.

**Závěr: Nadprůměrné rozumové schopnosti. Senzitivní osobnost. Porucha pozornosti, impulzivita, hyperaktivita (susp. ADHD), dysortografie. Nezralost a zvýšená unavitelnost CNS.**

#### **Doporučení rodičům:**

Výsledky vyšetření jsme konzultovali s matkou. Vzhledem k impulzivitě, obtížím v koncentraci pozornosti dodržovat zásady výchovy dětí s ADHD (podklady předány, doporučeno dohledat další informace v odborné literatuře), zajistit klidné, laskavé a kladně přijímající rodinné prostředí. Naučit dívku sebeuvědomění, zachycení první chvíle impulzivity nebo afektu, použití



zklidňujících technik (např. dechové cvičení, „oddechový čas“) a poskytnout jí pozitivní příklad. Podporovat sebevědomí častou pochvalou za sebemenší úspěch, vyzdvihovat kladné stránky, umožňovat zažít úspěch. Při přípravě do školy dodržovat zásady práce s dětmi s ADHD – střídání činností, krátké úkoly, odměňování, zdůraznění a umožnění úspěchu atd. Využívat zásady efektivního učení (informace předány). Podporovat zájmy pomocí četby, encyklopedií, naučných programů, kulturně-vzdělávacích akcí a diskusí o nich. Častěji nahlas komentovat běžné situace; proč, co a jak děláme; jak by se dítě mělo zachovat; při nevhodném chování/názoru poskytnout zpětnou vazbu a pozitivní příklad. Rozvíjet jemnou motoriku hrami, tvořivými činnostmi (kreslení, malování, modelování, ruční práce, vytváření dekorací apod.) a jinými aktivitami. Procvičovat pravolevou orientaci, komentované psaní, doplňování znamének do textu, dbát na správné držení psací potřeby (trojboký program). Celkově podporovat další intelektový rozvoj především hravou formou (stolní hry, hlavolamy, rébusy, šifry, hádanky apod.) Vzhledem k susp. ADHD a lehce zvýšené citlivosti přispívat k jistotě dívky – časový harmonogram, průběžná informovanost o rodinném dění, jasně komunikovat, předcházet zátěžovým situacím (zejména časovému stresu, změnám). Výchova racionální, spravedlivá s jasnými pravidly, hranicemi a přiměřeným systémem odměn a trestů. Jako vhodné se nám jeví zařazení relaxačních, uklidňujících činností (např. poslech hudby, jóga, kontakt se zvířaty, tvořivé činnosti – kreslení, malování, modelování, herectví apod.). Pravidelné sportovní vyžití, samostatné i rodinné. Vyvážený denní režim s dostatkem odpočinku a podněcujících aktivit. Předcházet únavě a nadměrné zátěži. Doporučena konzultace s dalším odborníkem. Byl nabídnut program KUPOZ pro rozvoj pozornosti.

#### **Doporučení škole:**

Vzhledem k susp. ADHD (dříve označení LMD) doporučujeme dodržovat zásady práce s dětmi s těmito obtížemi. Zajistit pozornost v průběhu vyučování (klidným pracovním prostředím, přesazením, střídáním činností, zařazením relaxace apod.). Předcházet únavě. Při zbrklém, nepozorném jednání dívku uklidnit (oslovením, dotek, ujištění) a dohlédnout, že pokračuje v zadaném úkolu správně. Podporovat další intelektový rozvoj, posilovat vhodnou formou slabší funkce. Postupně učit dívku lepší koncentraci na jednu činnost. Zachovávat spravedlivé vedení – po úspěchu pochválit, po nepřijatelném chování přiměřeně potrestat. Vymežit systém pravidel a hranic spolu s přiměřeným systémem odměn a trestů (respektovat únosnou míru impulzivity, zároveň poskytovat zpětnou vazbu a pozitivní příklad). Vzhledem k lehce zvýšené citlivosti a introverzi nedoporučujeme vystavovat nadměrné zátěži (hlasité potrestání před třídou, nepřiměřený časový limit apod.). Naučit dívku rozpoznávat situace, ve kterých se chová nevhodně či které zhoršují její výkon, a zdůraznit, jak by se chovat měla. Zvyšovat její sebedůvěru pochvalou za úspěch, chválit a odměňovat žáducí a pozorné chování. Oceňovat individuální pokroky. Respektovat introvertní osobnostní ladění a podporovat sociální zařazení ve třídě. Preferovat výsledky ústní formy zkoušení, na psaní poskytnout dostatek času, diktáty kombinovat s doplňováním.

V případě zájmu rodičů je možná další konzultace po předchozím telefonickém objednání.

Jedná se o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami ve smyslu § 16 zákona 561/2004.

Vyšetřila: Mgr. \_\_\_\_\_, psycholog  
Mgr. \_\_\_\_\_, speciální pedagog

*Matojková v z.*  
PhDr. B. Veselá  
ředitelka PPP

Pedagogicko-psychologická poradna  
Plzeň-město  
Částkova 78, Plzeň 326 00  
Tel.: 377 468 111 kl.124

Pedagogicko-psychologická poradna Plzeň-město, Částkova 78, Plzeň, 326 00  
telefon: 377 468 124 nebo 377468111, fax: 377 468 126

## Integrace dítěte – příloha ke zprávě o poradenském vyšetření

ze dne:.....

Jméno dítěte:..... Nar.:.....

Vzhledem k výsledkům odborného vyšetření (zpráva přiložena) Vám sdělujeme, že:

- a) se jedná o dítě, žáka, studenta se speciálními vzdělávacími potřebami ve smyslu § 16 zákona 561/2004
- b) platnost tohoto vyjádření je do:.....
- c) prognóza vývoje obtíží:
- regresivní
  - předpokládáme přetrvávání obtíží i při zařazení do speciálního školství
  - předpokládáme částečnou nápravu
  - předpokládáme úplnou nápravu
- d) pracovníce PPP s nimiž lze průběžně spolupracovat a konzultovat individuální výchovně vzdělávací program:.....
- e) **DOPORUCENÍ:**
- individuální speciálně pedagogickou práci v rozsahu ?.... hodin týdně
  - účast dalšího odborníka
  - speciální učební pomůcky:

- Kurs integrace dětí se specifickými potřebami (příručka UNESCO pro vzdělávání učitelů)
- Jucovičová, Žáčková: Metody hodnocení a tolerance dětí s SPU
  - Jucovičová, Žáčková, Sovová: SPU na 2.stupni ZŠ, D+H
  - Zelinková, O.: Poruchy učení, Portál
  - Michalová, Z.: Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních, Tobiáš
  - Pokorná, V.: Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování, Portál
  - Čtenářské tabulky, Tobiáš
  - Jucovičová, Žáčková: Dyslexie
  - Tymichová, H.: Nauč mě správně číst, Praha
  - Michalová, Z.: Základy čtení 1,2,, Tobiáš
  - Treuová, H.: Čítanka pro dyslektiky I (2.-3.tř.), Tobiáš
  - Michalová, Z.: Čítanka pro dyslektiky II, III, IV, Tobiáš
  - Emmerlingová, S.: Když dětem nejde čtení 1,2, Portál
  - Šup, R.: Učíme se číst s porozuměním (2.-5.tř.)
  - Zelinková, O.: Čtení mě baví 1,2, DYS
  - Svoboda, P.: Zábavná cvičení pro rozvoj čtení, Portál
  - Tymichová, H.: Nauč mě správně psát, Praha
  - Bednářová, J.: Psaní s hraním, PPP Brno
  - Zelinková, O.: Psaní mě baví, DYS
  - Michalová, Z.: Barevná pravidla, Beroun 2003
  - Emmerlingová, S.: tabulka pro nácvik pravopisu
  - Treuová, H.: Prac. sešit pro nápravu vývojových poruch učení v ČJI (2.-3. tř.) a II (4.-5. tř.), nakladatelství Tobiáš
  - Pokorná, V.: Cvičení pro děti s SPU, Portál
  - Zelinková, O.: Cvičení pro dyslektiky, I.-VI. díl, PPP Praha
  - Krejbičová, D.: Náprava dyslexie, dysgrafie a dysortografie, Plzeň
  - Kubická: Metody práce při úpravě poruch učení u dětí 2. tř. ZŠ
  - Pokorná, V.: Rozvoj vnímání a poznávání 1,2 (prac. listy pro děti s SPU), Portál
  - Michalová, Z.: Shody a rozdíly, Tobiáš
  - Chroboková: Angličtina I, Tobiáš
  - Vaňková: Němčina I, Tobiáš

*Žáčková, Jucovičová: Metody práce s dítětem (A8D)*

Pedagogicko-psychologická poradna  
Plzeň-město  
Částkova 78, Plzeň 326 00  
Tel.: 377 468 111 kl.124

*Muskoňková 1/2*





# ZÁKLADNÍ ŠKOLA PLZEŇ,

příspěvková organizace

## Individuální vzdělávací plán pro integrované žáky

### Jméno dítěte:

Nar:

Bydliště: Plzeň

Třída: 2.

Třídní učitelka: Mgr.

**Diagnóza:** nadprůměrné rozumové schopnosti. Senzitivní osobnost. Porucha pozornosti, impulzivita, hyperaktivita (susp. ADHD), dysortografie. Nezralost a zvýšená unavitelnost CNS.

Vyšetření dne:

Platnost do:

Vyučovací předmět: český jazyk, částečně i ostatní předměty (ADHD)

**Učební dokumenty:** 12035/97-20, Obecná škola s metodologií programu Začít spolu

**Hodnocení žáka:** slovně

**Způsob poskytování speciálně pedagogické péče:** hodina RPU 1x týdně

Cíl individuální péče:

- zlepšení pravolevé orientace
- grafomotorika
- zkvalitnění písemného projevu

Nápravné metody:

- grafomotorické cviky
- doplňování diakritických znamének
- komentované psaní
- doplňovačky, puzzle, osmisměrky

Kompenzační a učební pomůcky:

- pracovní listy Zelinkové, Pokorné
- puzzle
- programy na PC
- hlavolamy, rébusy

**Způsob poskytování individuální péče:**

Při výuce ve třídě (možnosti tolerance): klidné pracovní prostředí, střídání činností, zařazení relaxace, podpora, pochvala a povzbuzení, spravedlivé, ale důsledné vedení výkonu, ocenění pokroku.

Preference ústního zkoušení před písemným, na psaní poskytnout dostatek času, poznámky kopírovat nebo zkracovat, diktáty kombinované (doplňování textů nebo zkrácené verze).

**Způsob spolupráce s rodinou:** Tř. aktivity, konzultač. hod., osobní pohovory v případě potřeby

Další důležité informace: poradnou nabídnut program KUPOZ pro rozvoj osobnosti

**Předpoklad navýšení finančních prostředků:** ano

**Účast dalšího pedagogického pracovníka a rozsah jeho činnosti:** výuka RPU

**Pracovníci PPP se kterými spolupracujeme:** Mgr. , Mgr.

Na vypracování IVP se podíleli: Mgr .  
Mgr.

Školní rok:

.....  
Podpis učitele (Čj,Cz,j M)

.....  
Podpis třídního učitele

.....  
Podpis výchovného poradce

.....  
Podpis zákonného zástupce

.....  
Podpis ředitele školy

.....  
Podpis pracovníka PPP