

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**KATEDRA PSYCHOLOGIE**

**SYMPTOMY ADHD V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Helena Daníčková**

*Učitelství pro 1. stupeň ZŠ*

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

**Plzeň 2015**

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

V Plzni 30. června 2015

.....  
vlastnoruční podpis

**PODĚKOVÁNÍ:**

Děkuji Mgr. Kateřině Šámalové za vedení, inspiraci, náměty a cenné rady mé diplomové práce.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINAL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

**OBSAH**

1	SEZNAM ZKRATEK .....	3
2	ÚVOD .....	4
3	METODOLOGIE.....	5
3.1	KVANTITATIVNĚ ORIENTOVANÝ PEDAGOGICKÝ VÝZKUM .....	5
3.2	KVALITATIVNĚ ORIENTOVANÉ VÝZKUMY .....	8
4	MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK .....	10
4.1	ČASOVÉ VYMEZENÍ.....	10
4.2	FYZICKÝ VÝVOJ.....	11
4.3	PSYCHICKÝ VÝVOJ.....	12
4.4	PROCES SOCIALIZACE VE ŠKOLE A RODINĚ .....	15
4.5	ŠKOLA.....	17
4.6	RODINA.....	18
5	SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ.....	20
6	SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ .....	22
7	ADHD .....	23
7.1	PROBLEMATIKA UŽITÍ POJMŮ ADHD A LMD .....	25
7.2	PŘÍČINY.....	27
7.3	DIAGNOSTIKA ADHD .....	29
7.4	SYMPTOMY.....	31
7.4.1	Pozornost.....	33
7.4.2	Impulzivita .....	35
7.4.3	Hyperaktivita .....	36
7.5	PERCEPČNĚ MOTORICKÉ PORUCHY .....	38
7.6	SEBEPOJETÍ DÍTĚTE S HYPERAKTIVITOU A INTERAKCE S JEHO OKOLÍM .....	38
7.7	NADÁNÍ VERSUS ADHD .....	41
8	TERAPIE .....	43
8.1	KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE .....	44
8.2	ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ .....	45
8.3	RODINNÉ PROSTŘEDÍ .....	49
9	LEGISLATIVA.....	53
10	PŘÍPADOVÁ STUDIE .....	56
11	CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	57
12	SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI .....	58
13	POUŽITÉ METODY VÝZKUMU .....	59
14	KAZUISTIKA Č. 1 .....	60
15	KAZUISTIKA Č. 2 .....	62
16	KAZUISTIKA Č. 3 .....	64
17	KAZUISTIKA Č. 4 .....	66
18	KAZUISTIKA Č. 5 .....	68
19	KAZUISTIKA Č. 6 .....	69
20	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU .....	70
21	ZÁVĚR.....	80
22	RESUMÉ.....	81
23	SUMMARY.....	81
24	SEZNAM LITERATURY .....	82
25	ELEKTRONICKÉ ZDROJE.....	85

26 PŘÍLOHY.....	I
26.1 PŘÍLOHA Č. 1 .....	I
26.2 PŘÍLOHA Č. 2 .....	II
26.3 PŘÍLOHA Č. 3 .....	III

## **1 SEZNAM ZKRATEK**

ADD – attention deficit disorder (porucha pozornosti)

ADHD – attention deficit hyperaktivity disorder (porucha pozornosti provázená hyperaktivitou)

CNS – centrální nervový systém

LDE – dětská encefalopatie

LMD – lehké mozkové dysfunkce

SPCH – specifické poruchy chování

SPU – specifické poruchy učení

## 2 ÚVOD

Tématem diplomové práce je problematika poruchy ADHD a její vymezení v období, kdy žáci vstupují do školního prostředí.

Cílem teoretické části bylo vymezení pojmu ADHD, příčiny vzniku a diagnostika. Součástí jsou rozpracované symptomy, které provází poruchu a další SPU a chování. Zpracována byla následná terapie ve školním a rodinném prostředí.

V praktické části bylo cílem posouzení poruchy ADHD ze strany učitelů a samotných dětí, zpracovaných do kazuistik. Bylo vycházeno z teoretické části.



### 3 METODOLOGIE

„Vědecký výzkum je systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy.“ V této práci se zabýváme pedagogickým výzkumem, který lze vymezit jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy<sup>1</sup>.

#### 3.1 KVANTITATIVNĚ ORIENTOVANÝ PEDAGOGICKÝ VÝZKUM

Fáze pedagogického výzkumu jsou tyto: stanovení problému, formulace hypotézy, testování (verifikace, ověřování) hypotézy, vyvození závěrů a jejich prezentace.

**1) Stanovení problému** – tato fáze zpravidla začíná tzv. předběžnou teoretickou analýzou. Základ tvoří získání co největšího množství informací z oblasti, kterou zkoumáme. Dále jde o seznámení se současným stavem poznání v této oblasti. Nejdůležitějšími zdroji jsou příslušné odborné literatury v tištěné podobě, internet, rozhovory s odborníky, pozorování pedagogické reality.

**2) Hypotézy** – tvoří jádro klasických (kvantitativně orientovaných) výzkumů. Pro verifikaci hypotéz se využívá metody falzifikace (Popper, 1995). Falzifikací je chápáno hledání empirických faktů, které hovoří proti ověřované hypotéze. Správně formulovaná hypotéza musí být falzifikovatelná, tzn. musí skýtat možnost empirického ověřování (falzifikace). Při formulaci hypotézy je třeba dodržovat tři základní požadavky („zlatá pravidla hypotézy“). Dle Gavory (2000) jsou to tato pravidla:

- *„Hypotéza je tvrzení, které je vyjádřeno oznamovací větou (výzkumný problém je naopak vhodné vyjádřit větou tázací.“*
- *Hypotéza musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými. Proto musí být hypotéza vždy formulována jako tvrzení o rozdílech, vztazích nebo následcích.*

---

<sup>1</sup> CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Pedagogika (Grada). S. 12.

- *Hypotézu musí být možno empiricky ověřovat. Proměnné, které v hypotéze vystupují, musí být měřitelné.*<sup>2</sup>

Hypotéza tvrdí, že nastane-li jev A, pak také nastane i jev B (jev B je předpovídán na základě existence jevu A). Nejčastějšími chybami při formulaci hypotéz je, že nevyjadřují vztah mezi proměnnými, tzn., že nevyovídají o rozdílech, vztazích nebo následcích (například: Žáci na prvním stupni základní školy mají rádi matematiku.). Další chybou může být, že hypotéza není oznamovací větou. Také se často vyskytují nejasné formulace („jev A někdy vyvolává jev B“). Hypotézy výzkumu jsou vždy věcnými hypotézami (ne statistickými).

**3) Testování hypotéz** – u testování hypotéz jde o rozhodování, zda lze vyslovenou hypotézu přijmout nebo ne (zda není v rozporu s empirickými fakty). Toto rozhodnutí následuje pouze na základě rozsáhlého shromažďování dat, jejich tříděním, zpracováním a vyhodnocováním. Data získáváme empirickými metodami (například pedagogické pozorování, dotazník, škály, rozhovor, různé typy testů, sociometrie, Q-metodologie, sémantický diferenciál aj.). Významné místo zde zaujímá matematická statistika (zabývá sběrem, zpracováním a vyhodnocováním hromadných dat). Na základě výsledků ověřování hypotéz vyslovíme závěr, ke kterému výzkum dospěl. „Konstatujeme přijetí či odmítnutí hypotéz, interpretujeme dosažené výsledky, srovnáváme je s dosavadními výsledky vědy, zdůvodňujeme další podmíněné výroky o vztazích mezi proměnnými.“

Při **výběru prvků** do výzkumných vzorků dbáme na to, aby vybraný vzorek byl pokud možno stejný jako vlastnosti celé skupiny (lidí nebo situací), kterou zkoumáme. Je požadováno, aby vzorek vybraných jedinců (situací) byl co nejvíce reprezentativní. Výběr může být například náhodný, skupinový, stratifikovaný, záměrný.

- **NÁHODNÝ** – je zaručena objektivita.
- **SKUPINOVÝ** – základní soubor (všechny prvky – osoby, situace – patřící do skupiny, kterou zkoumáme) je uspořádán do určitých skupin. Například základní soubor

<sup>2</sup> CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Pedagogika (Grada). S. 12-18.

žáků 1. ročníku základní školy v určitém kraji tvoří jistý počet tříd. Tento výběr je v pedagogických výzkumech často užívaný.

- STRATIFIKOVANÝ – provádí se u těch základních souborů, které jsou složeny z několika charakteristických podskupin.
- ZÁMĚRNÝ – jde o výběr jistého prvku, o jehož výběru rozhoduje buď úsudek výzkumníka, nebo úsudek zkoumané osoby. Záměrný výběr může vzniknout třemi způsoby: anketní výběr, výběr „průměrných jednotek“ (výběr například školy, třídy, žáků), kvótní výběr<sup>3</sup>.

Úrovněmi pedagogického výzkumu jsou pilotáž, předvýzkum a vlastní výzkum.

- 1) Pilotáž – cílem je získání předběžných informací k dané problematice. Může jít o volný rozhovor či pozorování. Údajů získaných pilotáží se zpravidla neužívá při vlastním výzkumu.
- 2) Předvýzkum – by měl být zmenšeným modelem vlastního výzkumu. Provádí se většinou na malém vzorku osob, proto získané výsledky neumožňují vyvozovat obecnější závěry. Předvýzkum musí proběhnout ve všech třech fázích výzkumu<sup>4</sup>.

V klasických kvantitativně orientovaných výzkumech získáváme velké množství číselných údajů. Abychom mohli z naměřených dat vyvozovat potřebné informace, je nutné je nejdříve zpracovat. Při zpracování výsledků pedagogických výzkumů se realizují tyto kroky: uspořádání dat a sestavení tabulek četností; grafické znázornění naměřených dat; výpočet charakteristik polohy; výpočet charakteristik rozptýlení<sup>5</sup>.

Mezi výhody kvantitativně orientovaného výzkumu patří přehlednost, stručnost a syntetičnost výsledku. Tomuto druhu výzkumu jde o hlubší poznání skutečnosti v její racionální obecnosti<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Pedagogika (Grada). S. 18-23.

<sup>4</sup> Tamtéž, s. 26-27.

<sup>5</sup> Tamtéž, s. 39-40.

<sup>6</sup> CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. S. 45.

### 3.2 KVALITATIVNĚ ORIENTOVANÉ VÝZKUMY

Mezi kvalitativně a kvantitativně orientovanými výzkumy existují některé důležité rozdíly. Kvalitativně orientovaný výzkum uznává existenci více realit, cílem výzkumu je porozumění smyslu. Charakterizují ho: slovo, význam, malé skupiny osob, jedinečnost, vcítění se. Oproti tomu kvantitativně orientovaný výzkum uznává existenci pouze jedné reality, cílem výzkumu je vysvětlení jevu a je charakterizován slovy: číslo, velké skupiny osob, zobecnění, odstup<sup>7</sup>.

Kvalitativní přístup zkoumá jevy a problémy v autentickém prostředí. Jeho cílem je získání komplexního obrazu těchto jevů, který je založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka je za pomoci řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu. Tento typ výzkumu je vhodný pro získávání nových poznatků, vnímání jevů aktéry situace, poznání reálného stavu, zkoumání obtížně přístupné populace<sup>8</sup>.

V naší práci zvolíme kvantitativní pedagogický výzkum. V první fázi (dle Chrásky – „Stanovení problému“) se soustředíme na sběr relevantních informací k tématu. Využito bude jak tištěných zdrojů, tak internetu. V druhé fázi stanovíme hypotézy, které budeme testovat, a následně je potvrdíme nebo vyloučíme. V poslední fázi pak vyvodíme závěry výzkumu.

Cílem teoretické části je představení problematiky poruchy ADHD, jenž bude tvořit informační základnu pro část analytickou. V úvodu charakterizujeme období mladšího školního věku po stránce fyzické i psychické. Dále se zaměříme na vymezení pojmů „specifické poruchy učení“ a „specifické poruchy chování“, neboť porucha ADHD je s nimi často spojena. V kapitole „ADHD“ narazíme na problematiku užívání pojmů „lehké mozkové dysfunkce“ a „ADHD“. Zvláštní podkapitola jí byla vyhrazena z důvodu, že různí autoři v různých letech užívají buď LMD nebo ADHD. V této práci pracujeme především se zdroji, které se zabývají konkrétní poruchou ADHD, ne LMD. Jak je z podkapitoly 4.1 „Vymezení pojmů LMD a ADHD“ patrné, LMD je termín starší, spíše obecnější, jeho

<sup>7</sup> CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Pedagogika (Grada). S. 32-33.

<sup>8</sup> ŠEĐOVÁ, Klára, ŠVAŘÍČEK, Roman. *Workshop kvalitativního výzkumu* [online]. Ústav pedagogických věd FF MU Brno. © 2012 - 2013 UJEP [cit. 2015-6-8]. Dostupné z: <[http://neflt.ujep.cz/sites/default/files/workshop\\_kvalitativnfho\\_vzkumu\\_0.pdf](http://neflt.ujep.cz/sites/default/files/workshop_kvalitativnfho_vzkumu_0.pdf)>.

specifikace nejsou zaměřeny jen na ADHD, ale také na jiné poruchy. Proto se pokusíme o výběr dat, týkajících se skutečně jen poruchy ADHD. Poslední podkapitolou, jíž se zde dostane pozornosti, je „Školní prostředí“ v rámci kapitoly „Terapie“. Čtenář – pedagog (budoucí nebo stávající) zde nalezne rady, jak vést žáka s ADHD k úspěchu (řečeno slovy Sheedyové-Kurcinkové).

## 4 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

Škola je institucí, která se jeví dítěti jako velmi mocná, protože její rozhodnutí musí respektovat i rodiče. Ve škole se dítě socializuje, získává nové zkušenosti, často rozdílné od těch, jež získalo v rodině. Dochází zde k rozvoji jeho schopností a dovedností, do jisté míry také k předurčení jeho budoucí sociální pozici, protože úspěšnost ve škole tvoří základ pozdější profesní volby. Škola mnohdy ovlivňuje dětské sebehodnocení. Neúspěch ve škole může mít vliv na další směřování jedince. S nástupem do školy dochází k odpoutání se ze závislosti na rodině, jejíž vliv je postupně nahrazován vlivem jiných sociálních skupin<sup>9</sup>.

Aby dítě mohlo zahájit školní docházku, musí být pro školu zralé. Školní zralost bývá nejčastěji hodnocena z hlediska jeho tělesné, kognitivní, emoční a sociální vyspělosti<sup>10</sup>. Jde tedy o posouzení stupně vývoje, aby bylo dítě schopno účastnit se vyučovacího procesu<sup>11</sup>.

### 4.1 ČASOVÉ VYMEZENÍ

Vágnerová dělí školní věk (období základní školy) na tři fáze:

- 1) raný školní věk – trvá od nástupu do školy, tedy od 6-7 let do 8-9 let. Dochází ke změně životní situace a vývojovým změnám, které se projevují především ve vztahu ke škole.
- 2) Střední školní věk – trvá od 8-9 let do 11-12 let (přechod na 2. stupeň základní školy). Toto období lze považovat za přípravu na dobu dospívání, dochází ke změnám, které jsou podmíněny sociálně a biologicky.
- 3) Starší školní věk – navazuje na střední školní věk. Trvá do ukončení základní školy, tedy asi do 15 let. Toto období bývá označováno jako pubescence<sup>12</sup>.

Začátek období mladšího školního věku vidí Novotná v nástupu do školy, tedy na 6-7 let věku dítěte. Toto období považuje autorka za klidné, bez afektů a bouřlivých projevů. S.

<sup>9</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 148.

<sup>10</sup> HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. S. 37.

<sup>11</sup> BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: vymezení současné problematiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. S. 31.

<sup>12</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 148.

Freud nazývá věk od 6 do 11 let obdobím latence<sup>13</sup>. Hort uvádí dobu trvání tohoto období také asi do 11 až 12 let. Staví před dítě vývojový úkol: internalizace sociálních norem a pravidel<sup>14</sup>.

Naše zkoumání se soustřeďuje na děti mladšího školního věku. Zde stanovme pevné rozmezí, pro které jsme se na základě výše uvedených poznatků rozhodli, a to od 6-7 let do 11-12 let. Všechny informace dále uvedené se vztahují právě na tuto věkovou kategorii.

## 4.2 FYZICKÝ VÝVOJ

Mozek roste až do 10. roku dítěte. Opouzdřují se nervová vlákna, poté se růst CNS zpomaluje. Dochází ke zdokonalení senzomotorické koordinace a motorické výkonnosti (vytrvalost, pohyblivost a obratnost). Doposud se rozvíjela hlavně hrubá motorika, v mladším školním věku se ale zlepšuje i jemná motorika (psaní, kreslení, ...). Děti mívají silnou potřebu pohybové aktivity, jež by neměla být omezována<sup>15</sup>.

V tomto věku se dětem zvětšuje síla svalů, jsou obratnější, zručnější a lépe koordinují oči a ruce. Díky tomu jim jde lépe jízda na kole, plavání, kopání do míče aj. Prodlužuje se doba, po kterou je dítě schopno udržet pozornost. Děti rostou pomalu, ale vyrovnaně, za rok povyroستou o 5 až 7,5 centimetrů. Také váhové přírůstky bývají menší – průměrně děti přibírají asi 2,7 kg za rok. Postoj dětí je vzpřímenější, paže a nohy se dále prodlužují a proto se děti jeví jako hubené a vytáhlé. Mění se tvar i velikost oční bulvy, často tmavnou vlasy, vypadávají mléčné zuby a druhé, trvalé, rostou místo nich. Těla osmiletých dětí připomínají více dospělého člověka. Některým děvčatům začínají růst prsa a sekundární ochlupení. Výzkumy dokládají, že některé dívky v osmi nebo devíti letech již prodělávají hormonální změny spojené s pubertou<sup>16</sup>.

Belšan (1984) vidí rozdíly mezi dívkami a chlapci nejen ve výšce či váze, ale také mezi jejich tělesnými a výkonnostními předpoklady. Dívky využívají svou sílu ekonomičtěji a jsou odolnější po psychické stránce. Chlapci jsou lepší po stránce vytrvalostních výkonů.

<sup>13</sup> NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HRÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. S. 50-51.

<sup>14</sup> HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. S. 37.

<sup>15</sup> NOVOTNÁ, Lenka, HRÍCHOVÁ, Miloslava a MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. S. 50.

<sup>16</sup> ALLEN, K. Eileen, MAROTZ, Lyn, R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. S. 129-150.

V oblasti rychlostních schopností jsou chlapci a dívky vyrovnání. Ve věku 8 až 10 let pokračuje osifikace. Kosti dětí jsou stále ještě měkké a pružné. Důsledkem toho můžou být různé deformace těla, je tedy třeba dbát například na správné držení těla. Svůj vývoj ještě nedokončily dýchací svaly, proto děti ještě nedokáží hluboce dýchat. Toto pak vede k předčasné únavě<sup>17</sup>.

Děti v tomto věku špatně snášejí změnu, která se nese s nástupem do školy. Ve školních lavicích pociťují nedostatek pohybu, což může mít za následek nízkou míru tělesné zdatnosti, vývojové poruchy, nedostatečnou pozornost aj. Nováček (2001) doporučuje zařazování tělovýchovných chviliek do výuky. Právě nevyvážené střídání práce a odpočinku je největším zdrojem únavy<sup>18</sup>.

### 4.3 PSYCHICKÝ VÝVOJ

V této podkapitole se budeme zabývat rozvojem poznávacích procesů. Hlavní činností v mladším školním věku je učení. To ovlivňuje všechny psychické funkce, které se zdokonalují. Dochází k intelektualizaci poznávacích procesů, formuje se záměrná paměť a pozornost, city jsou uvědoměleji prožívány<sup>19</sup>. Nedostatečný rozvoj kognitivních schopností dítěte může být příčinou specifických poruch učení<sup>20</sup>.

V myšlení dětí raného školního věku se objevují některé vývojově podmíněné změny. Ty jim umožní zvládnout učivo. Škola rozvíjí jejich rozumové schopnosti. J. Piaget (2006) nazývá způsob myšlení, který je typický pro mladší školní věk, jako fázi konkrétních logických operací. Toto myšlení je charakteristické respektem vůči základním zákonům logiky a respektováním konkrétní reality. Jejich myšlení operuje se skutečností a představami nebo symboly, které mají jednoznačný, konkrétní obsah. Děti přitom čerpají ze své vlastní zkušenosti s danou činností. Školní děti upřednostňují takový způsob poznávání, kdy se mohou samy přesvědčit o pravdivosti verbálně podaných informací. Proto je vhodné užití názorných pomůcek a ověřování si výkladu na konkrétním případě. Děti začínají uvažovat logicky a ve většině případů respektují objektivní skutečnost.

---

<sup>17</sup> RATKOVÁ, Pavlína, MATUŠ, Jiří, KRÁTKÝ, Karel. *Mladší školní věk* [online]. 27. 4. 2011 [cit. 2015-6-7]. Dostupné z: <<http://www.vemeste.cz/2011/04/mladsi-skolni-vek/>>.

<sup>18</sup> Tamtéž.

<sup>19</sup> NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava a MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. S. 50.

<sup>20</sup> POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. S. 62.



Steinberg a Belsky (1991) nazývají tuto vývojovou proměnu jako „kognitivní revoluci“. Dětské poznávání nabývá větší míry objektivity a přesnosti, než tomu bylo v předškolním věku. Tento pokrok je významně ovlivněn učením<sup>21</sup>.

Vágnerová shrnuje **změny v uvažování** do těchto bodů: decentrace, konzervace, a reverzibilita.

DECENTRACE – znamená odpoutání se z vázanosti na zjevné nápadnosti a osobně atraktivní vlastnosti reality. Školní děti nejsou tolik omezovány subjektivním pohledem na poznávanou skutečnost. Dovedou posuzovat skutečnost podle více hledisek, přemýšlet nad jejich vzájemnými vztahy. Kritéria, jež děti respektují při provádění logických operací, jsou:

- 1) klasifikace a třídění. Děti berou v úvahu více hledisek – například děti vědí, že tatínek je nejen tatínek, ale i pan Novák. Děti ve věku 7 až 8 let dokáží roztřídit kostky podle dvou znaků – například podle barvy a tvaru.
- 2) Zahrnutí neboli inkluze. Jde o schopnost vřazení prvku do určité třídy – například odlišení barvy jako prvku a bonbon jako nadřazenou třídu. Děti se učí rozlišovat nadřazenou třídu, do které patří více různých skupin nižšího řádu.
- 3) Řazení objektů podle kritéria (kritérií), pravidla. Základem je pochopení pravidla, podle něhož se řazení řídí.

KONZERVACE – vyjadřuje schopnost pochopení trvalosti podstaty určitého objektu či množiny objektů, přestože se jejich vnější vzhled mění. Například cukr, který se sice rozpustil, ale nezmizel, čaj je sladký). Dítě ví, že táž skutečnost může mít víc různých podob. Postupně se učí posuzovat počet, výšku, šířku i ostatní fyzikální dimenze.

REVERZIBILITA – neboli vratnost různých proměn. Školní dítě chápe, že když něčeho ubereme, že se situace změní. Ví zároveň, že když totéž vrátíme, bude toho stejně jako předtím<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 148-149.

<sup>22</sup> Tamtéž, s. 149-152.

Děti v tomto věku jsou soběstačnější, jsou schopné plnit stále náročnější a složitější úkoly. Je na ně spolehnutí, odpovědně zvládají jednoduché úkoly a přiměřené povinnosti, které mají doma i ve škole<sup>23</sup>.

Nejsložitějším percepčním úkolem novopečeného školáka je čtení. K tomu je třeba, aby vizuálně rozlišoval symbolické znaky a spojoval je s jejich zvukovou podobou. Ač jde o náročný úkol, schopnost číst se pokládá u osmiletých dětí za samozřejmost<sup>24</sup>. Rozvoj logických operací se projevuje změnou způsobu manipulace se **znaky a symboly**. Dítě dokáže chápat vztah mezi písmeny a zvukovou podobou jednotlivých hlásek; členit slovo na hlásky a slabiky; klasifikovat hlásky i slabiky. Rozvíjí se také schopnost manipulovat s číselnými pojmy<sup>25</sup>.

Vzrůstá rozsah **pozornosti**. Její kvalita určuje i úroveň ostatních kognitivních procesů. Stabilita pozornosti narůstá, úzce souvisí s motivací dítěte. Vzrůstá rozsah **paměti**, stále více se uplatňuje logická paměť. Nejčastěji si žák pamatuje věci, které ho zaujaly, nebo k nim má nějaký citový vztah<sup>26</sup>.

V tomto období se mění také uvažování o jiných lidech. Děti vědí, že každý člověk má více **rolí** ve společnosti. Předškolák by všem nabízel to, co by sám považoval za dobré, ale dítě mladšího školního věku se snaží již nevnucovat ostatním něco, co ono samo považuje za nejlepší<sup>27</sup>.

V tomto věku dochází ke ztotožňování se s pohádkovými postavami, hrdiny dobrodružných příběhů. V dětství přetrvává dobrá nálada a harmonická vyrovnanost, avšak setkáváme se také se vzdorovitým chováním<sup>28</sup>.

S rozvojem myšlení souvisí schopnost **komunikovat**, která vyplývá ze sociální zkušenosti. Dle celkového vývoje a sociální zkušenosti je vyhraňován specifický způsob komunikace dětské skupiny. Převažuje zde slang, citoslovce, jednoduchý projev, hlučnost a neverbální

<sup>23</sup> ALLEN, K. Eileen, MAROTZ, Lyn, R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. S. 127.

<sup>24</sup> Tamtéž, s. 127.

<sup>25</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 152-153.

<sup>26</sup> BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: vymezení současné problematiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. S. 34.

<sup>27</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 153-154.

<sup>28</sup> BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: vymezení současné problematiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. S. 34.

komunikační prvky. Dítě si uvědomuje, že tímto způsobem může komunikovat pouze s vrstevníky. Naproti tomu komunikace ve vztahu k učiteli má přesně stanovená pravidla. Ty určují formální podobu komunikace (kdy dítě smí a kdy nesmí mluvit) i její obsah (co se smí říkat a co ne)<sup>29</sup>.

Langmeier (1991) označuje mladší školní věk jako období „**střízlivého realismu**“. Dítě dokáže přemýšlet o konkrétní situaci, avšak jiné varianty si nedovede představit, protože se s nimi dosud nesešlo. Dítě akceptuje skutečnost jako danost. Jestliže se mu však jeví jako natolik nepříznivá, že to přesáhne hranici únosnosti, dítě znejistí. Reakce může být dvojitá: buď je skutečnost přijata, nebo odmítnuta, popřípadě může být zkreslena do té míry, aby se alespoň přijatelnou jevila<sup>30</sup>. Novotná uvádí, že období do 8. roku je možno nazvat jako období naivního realismu<sup>31</sup>. Od 9. roku, kdy se rozvíjí kritické myšlení, jde pak o období kritického realismu<sup>32</sup>.

Seifert a Hoffnung píšou o „**osobním kognitivním stylu**“, v němž rozlišujeme tempo a přesnost řešení na reflektivní (pomalejší, přesnější) a impulzivní styl (rychlejší, méně přesný). Impulzivita je obecným znakem nezralosti hlavně u mladších školáků. Do 10 let se děti naučí uvažovat pomaleji a přesněji. Snaží se pracovat pečlivěji, protože zbrklost by je dovedla jen ke špatnému výsledku<sup>33</sup>.

Významnou činností je stále ještě **hra**. S přibývajícím věkem je ale složitější, reálnější, dochází k soutěživosti. Oblíbě se těší hry pohybové, konstruktivní a skupinové. V poslední době jsou však upřednostňovány počítačové hry<sup>34</sup>.

#### 4.4 PROCES SOCIALIZACE VE ŠKOLE A RODINĚ

Dítě od svého narození patří k nějaké sociální skupině. V průběhu dětství je ovlivňováno dalšími různými sociálními skupinami, se kterými běžně přichází do kontaktu. Působení každé z nich přispívá k rozvoji odlišných kompetencí. Na významu nabývají socializační

<sup>29</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 161.

<sup>30</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 155-156.

<sup>31</sup> Langmeier a jeho označení mladšího školního věku jako „střízlivý realismus“ není věkově blíže vymezen, možná právě proto nenalzáme shodu s tvrzením Novotné, která nazývá období od 8. roku věku dítěte jako naivní realismus.

<sup>32</sup> NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava a MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. S. 50.

<sup>33</sup> Tamtéž, s. 158.

<sup>34</sup> Tamtéž, s. 51.

požadavky školy, rozvíjejí se vlastnosti a dovednosti, které dítěti v tomto směru pomáhají. Vliv začíná mít také vrstevnická skupina, i když prozatím mají ještě větší význam dospělí<sup>35</sup>. Ve vrstevnické skupině jsou preferovány děti stejného pohlaví<sup>36</sup>.

Dítě získává nástupem do školy automaticky roli **školáka**. Tato role má jasná pravidla a dítě k ní zaujímá určitý postoj, který je dán mírou identifikace s touto rolí (pokud mu přináší pouze negativní zážitky, nemůže se s ní ztotožnit) a mírou sociální prestiže, kterou mu role přináší.

Role školáka zahrnuje další dvě dílčí role:

- 1) podřízená role žáka. Obsah této role je vymezen školním řádem a je vždy podřízenou rolí. Jde o komplex žádoucích vlastností, které jsou pro tuto roli reprezentativní. Společnost vyžaduje od dítěte respektování této normy, za což je odměňováno. V opačném případě je negativně hodnoceno a odmítáno.
- 2) Souřadná role spolužáka (vrstevníka, kamaráda). Způsob zvládnutí této role má velký význam pro prožití školního věku, pro budoucí strategii chování a neformální sociální vztahy. Jde o schopnost získat určitou pozici a být přijímán různými lidmi na stejné úrovni (například v partnerských vztazích). Velkého významu nabývá zkušenost z dětské skupiny. Dítě se zde učí spolupráci, solidaritě, sebeovládání aj. Zkušenost z dětské skupiny má velký socializační přínos. Dítě zde má volnost volby, může získat vysoce ceněnou, nadřazenou roli<sup>37</sup>.

Dítě si musí osvojit **pravidla**, která určují jeho chování ve škole. Ta obsahují mnohá omezení, která je ale třeba striktně dodržovat. Chování dětí je ovlivněno potřebou být pozitivně hodnocen a akceptován. Mladší školák se řídí „morálkou hodného dítěte“, protože je spokojené, když autority ocení jeho žádoucí chování. Děti se zralejším způsobem uvažování si dokáží uvědomit, že situaci jde napravit, odčinit, tedy navrátit ji do původního stavu (aby s ním byli všichni opět spokojeni). V tomto věku je kladen důraz na rovnost požadavků. Děti vyžadují spravedlnost (například v sourozeneckém vztahu). Toto rovnostářství je typickým vývojovým projevem.

<sup>35</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 159.

<sup>36</sup> HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. S. 37.

<sup>37</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0. S. 159-160.

Dětská skupina si vytváří svoje vlastní normy, které jsou pro děti velmi důležité. Prozatím nemají důležitost jako pravidla, která jsou určována dospělými, ale ve skupině jsou respektována. Pokud by se dítě nechovalo žádoucím způsobem, kamarádi ho nepřijmou. Tato hrozba je tak silná, že se všichni raději podřídí. Hodnocení ve vrstevnické skupině se začínají řídit podle vlastních pravidel a dosahuje stejného významu jako hodnocení dospělých<sup>38</sup>.

#### 4.5 ŠKOLA

Role žáka přináší různé zátěžové situace. Docházka do školy je povinná. Děti ve škole tráví značnou část svého života, nemohou z ní utéct, kdyby se z nějakého důvodu stala subjektivně neuspokojující. Dítě nemá ve škole stejný pocit jistoty a bezpečí jako má doma, kde má výlučné postavení, je středem pozornosti, je odměňováno, kritizováno a trestáno. Nástup do školy znamená osamostatnění, přijetí zodpovědnosti za vlastní jednání a jeho následky. Dítě se zde musí vzdát egocentrismu, stává se jedním z mnoha dětí. Zátěží může být i požadavek na podřízení se autoritě učitele, kterého dítě zpočátku nezná, nemá pro něho takový osobní význam jako rodiče. Učitel akceptuje žáka ve vztahu k plnění nějakých požadavků a norem. Malý školák si potřebuje k učiteli vybudovat vztah, který bude mít i citovou dimenzi. *„Vazba na učitele posiluje pocit jistoty a bezpečí. Na počátku školní docházky má učitel pro dítě větší subjektivní význam než kdykoliv později.“* Dítě očekává od učitele obdobnou podporu, jakou mělo v rodině. Očekávání malých školáků bývají naivní, myslí si, že budou všude posuzováni stejným způsobem jako doma<sup>39</sup>. Vazba na učitele je dle Bartoňové velmi emocionální. Dítě mu chce udělat radost, a co učitel řekne, je pro něho závažnější, než rozhodnutí spolužáků. Učitel je pro děti mladšího školního věku autoritou<sup>40</sup>.

Společnost často podceňuje význam socializace a přeceňuje výkon a **výkonnost**. Výkon dítěte získává charakter úspěchu teprve při možnosti srovnání s výkony jiných dětí. Důležité je dosažení společenského uznání, akceptace a ocenění druhých. Děti ve školním věku si chtějí ověřovat svoje schopnosti a možnosti. Pozitivní zkušenosti posilují jejich sebedůvěru. Když se dětem nedaří, zvyšuje se jejich pocit nejistoty a klesá jejich

<sup>38</sup> Tamtéž, s. 161-162.

<sup>39</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0. S. 163-165.

<sup>40</sup> BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: vymezení současné problematiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. S. 35.

sebedůvěra<sup>41</sup>. Stejným způsobem zdůrazňuje kladné hodnocení a jeho vliv na sebehodnocení také Novotná. Pokud není uspokojována potřeba kladného hodnocení, může se dítě dostat až do stavu frustrace a stresu<sup>42</sup>. Pokorná varuje před narušením osobnostního vývoje nedostačujícím pozitivním hodnocením. Pokud jde o dítě s poruchou učení, může situaci komplikovat školsky úspěšný sourozenec. V neúspěšném dítěti pak rodiče hledají příčiny selhávání. Takové dítě se stává v očích lidí, kteří ho obklopují, méně inteligentním, pomalejším než jeho sourozenec. Někdy může být takové dítě dokonce označováno jako líné, s nedostatečnou vůlí, zájmem a chutí pracovat. Dochází k negativnímu posouzení nejen výkonu, ale i jeho charakterových a povahových vlastností. Dítě se zpravidla ztotožní s hodnocením rodičů a vytváří si předpoklady pro pozdější pocity méněcennosti nebo se brání nápadným chováním<sup>43</sup>.

**Třída** představuje referenční skupinu, která slouží ke srovnávání výkonu i ostatních dětských projevů. Děti se ještě nedokáží přiměřeně ohodnotit, vnímají pouze rámeček dimenze „dobrý – špatný“. Děti se prezentují zpočátku svým zevnějškem. Velkou roli hraje oblečení, které má značný sociální význam. Preferován je stereotyp, přílišné odlišnosti (nápadný spolužák) vzbuzují v dětech nejistotu. Dětské postoje bývají ovlivněny rodičovskými názory, mnohdy jde jen o jejich reprodukci.

#### 4.6 RODINA

Součástí identity školáka je jeho příslušnost k rodině. Rodina uspokojuje většinu potřeb, proto je pro dítě školního věku důležitá. Školák začíná rozumět rodičovským postojům, jejich motivaci. V úvahu bere zkušenosti, které s rodiči má. Otec i matka jsou samozřejmou součástí každé rodiny. Nejdůležitější podmínkou funkčního vztahu mezi rodiči a dítětem školního věku je sdílení života a trvalá přítomnost rodičů, kteří mají o dítě zájem a jsou mu k dispozici, když to potřebuje. Rodiče slouží jako model určité role, vzor určitého způsobu chování. Jsou zdrojem jistoty a bezpečí, mohou uspokojit potřebu seberealizace prostřednictvím svých požadavků na dítě (výběrem aktivit, které považují za důležité, svým hodnocením). V tomto školním věku se posiluje identifikace s rodičem

<sup>41</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 165-166.

<sup>42</sup> NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava a MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. S. 51.

<sup>43</sup> POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. S. 24-25.

stejného pohlaví. Rodiče také představují určitý model pro budoucnost, i když se mladší školák o tak dalekou budoucnost ještě příliš nezajímá.

Rodičovská autorita je prozatím ještě přijímána bez výhrad. Dítě se chová tak, jako kdyby současná konstelace měla být trvalá. Jeho roli v rodině však může změnit nástup do školy. Záleží na tom, jak je jeho nová role – role školáka – významná pro rodiče a jak ji dítě z jejich hlediska plní<sup>44</sup>.

Ve školním věku se začínají stabilizovat sourozenecké vztahy. Vazba k sourozenci je dána a nelze ji změnit. Se sourozencem sdílí dítě své zkušenosti a zůstávají si celoživotně blízkými. Dítě, které vyrůstá se sourozenci, si lépe osvojuje různé sociální dovednosti, které později uplatní ve vztazích s vrstevníky. Se sourozencem děti často soupeří, ale učí se také spolupracovat a dohodnout se na kompromisním řešení problému. Takto se rozvíjejí kompetence, které budou dítěti potřebné k budoucímu soužití s lidmi v různých symetrických vztazích<sup>45</sup>.

Zde zakončíme první kapitolu, která podává spíše obecné poznatky. Dále se již budeme zabývat poruchami, které bývají diagnostikovány v dětství, a jsou často spojeny s poruchou ADHD.

---

<sup>44</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 167-172.

<sup>45</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. S. 177-178.

## 5 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ

Specifické poruchy učení (dále jen SPU) bývají v české odborné literatuře nazývány též jako: vývojové poruchy učení, specifické vývojové poruchy. Ty jsou nadřazené termínům pro specializovanější pojmy, jako je dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie. Termíny jako dysmúzie, dyspinxie a dyspraxie se v zahraniční literatuře většinou neobjevují, i když mají své oprávnění v celkové diagnostice<sup>46</sup>.

Poruchy učení se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Výkon těchto dovedností zpravidla neodpovídá věku, inteligenci a vzdělávacím možnostem dítěte. Obtíže s jejich osvojováním jsou individuálního charakteru a vznikají na základě dysfunkcí centrální nervové soustavy. SPU se mohou objevovat souběžně s jinými handicap – například senzorká postižení, mentální retardace, poruchy chování, ale také i například vlivem kulturní odlišnosti. Tyto poruchy se neprojevují pouze v oblasti, kde je defekt nejvýraznější, naopak mají řadu společných projevů. Ve větší míře se objevují poruchy řeči, obtíže s koncentrací, poruchy pravolevé prostorové orientace aj.<sup>47</sup>

Významný vztah k tématu SPU mají intelektové výkony dítěte, tedy jeho inteligence. Wenzel (1934) chápe inteligenci jako „*schopnost pochopit a vytvářet významy, vztahy a souvislosti podle smyslu.*“ Pokorná zmiňuje Langmeiera (1983), který upozorňuje na to, že inteligence se nedá přímo pozorovat, bezprostředně měřit. Může se na ni usuzovat nepřímou a to z výsledků řešení různě komplikovaných verbálních a neverbálních úkolů. Běžným inteligenčním testům chybí možnost poskytnutí obrazu o tvořivém myšlení, které přináší nové a rozmanité způsoby řešení namísto jediného správného, jak je v inteligenčních testech požadováno.

Graichen, psycholog na dětské psychiatrii, tvrdí, že SPU vystupují u dětí téměř nezávisle na úrovni globální inteligence. Pokorná tak dochází k závěru, že SPU jsou podmíněny mimointelektovými příčinami. Výzkumy ukázaly, že schopnost naučit se číst je nezávislá na inteligenci. Číst se totiž naučí i děti s výrazně nižšími mentálními schopnostmi. Intelektová hranice, která se nachází pod IQ 90, pouze udává, zda se dítě bude učit snáze

<sup>46</sup> POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. S. 59.

<sup>47</sup> ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. S. 9-10.



nebo obtížněji. Čím nižší je naměřená hodnota inteligence, tím více záleží na motivaci, koncentraci pozornosti a houževnatosti dítěte. Toto však neplatí u dětí s dyslexií. Děti se SPU vyžadují specifické metody nácviku<sup>48</sup>.

Černá rozlišuje poruchy učení, které jsou způsobeny nedostatkem inteligence či nedostatkem příležitosti k učení nebo užitím nevhodných metod ve vzdělávacím procesu, a poruchy „specifické“, které řadí k lehkým dysfunkcím centrálního nervového systému. SPU jsou projevem primárnějších dysfunkcí, tak jak se jeví ve školních souvislostech<sup>49</sup>.

Tyto poruchy se vyskytují u 2-20 % školních dětí. Některé studie opakovaně upozorňují na rostoucí prevalenci poruchy u chlapců, u nichž je výskyt vyšší oproti dívkám (3:1 až 5:1)<sup>50</sup>. Existují názory, že je tato převaha dána tím, že poruchy učení u chlapců bývají spojené s poruchami chování. V kognitivních charakteristikách nebyly mezi dívkami a chlapci vyzorovány žádné signifikantní rozdíly<sup>51</sup>.

Děti s touto diagnózou navštěvovaly speciální třídy na prvním stupni základní školy. Byla jim zajištěna odpovídající psychoterapeutická péče a měly upravený výukový režim – kratší vyučovací hodiny, dopoledne bylo rozděleno do dvou cyklů aj. Pro rodiče byly organizovány besedy k osvojení si výchovné péče o své dítě s LMD. Postupem času byly ale do diagnózy LMD zahrnovány například i děti s výchovnými poruchami. Bylo zapotřebí syndrom LMD vnitřně diferenciovat. Byly stanoveny ústřední příznaky – porucha pozornosti a hyperaktivit – ty však musely být zjevné jak ve škole, tak v rodině a v zájmových skupinách. Jmenované dva symptomy k sobě vážou i další přidružené potíže, jako je porucha učení (může být podmíněna vývojovou dyslexií, dysgrafií aj.), pohybová neobratnost, narušené chování<sup>52</sup>.

Velký důraz je kladen na včasnou diagnostiku a zajištění reedukační péče a podpory. Důvodem je možný negativní vliv na další vzdělávání a pozdější volbu profese<sup>53</sup>.

---

<sup>48</sup> POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. S. 61-65.

<sup>49</sup> ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. S. 18.

<sup>50</sup> Serfontein (s. 16) uvádí, že se SPU vyskytují u 5-20 % chlapecké populace.

<sup>51</sup> HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. S. 130.

<sup>52</sup> KULIŠTÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. S. 97.

<sup>53</sup> BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: vymezení současné problematiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. S. 6.

## 6 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ

Specifické poruchy chování (SPCH) bývají někdy označovány jako pseudoporuchy chování. Lze je diagnostikovat u dětí, jejichž inteligence není závažným způsobem snížena. U těchto dětí jsou narušeny dílčí funkce, které zodpovídají za řízení, regulaci a integraci různých projevů chování. Příčinou poruch je hyperaktivita, neschopnost sebekontroly a sebeovládání, resp. závažné narušení pozornosti. Děti s těmito poruchami nejsou schopné ovládat svoje chování, nevnímají, co je od nich za dané situace vyžadováno. Děti jsou častěji kritizovány a odmítány. SPCH bývají diagnostikovány již v raném dětství, nejpozději do sedmi let. Na počátku školní docházky nabývají symptomy své definitivní podoby. Těmito potížemi trpí asi 3-5 % dětí, více chlapci<sup>54</sup>.

O poruchy chování se začali v posledních desetiletích zajímat učitelé v souvislosti s poruchami učení. Je zřejmé, že poruchy učení a chování nelze řešit odděleně<sup>55</sup>.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) řadí SPCH do kategorie hyperkinetických poruch, které rozděluje takto:

- 1) syndrom ADHD – projevuje se hyperaktivitou, poruchami pozornosti.
- 2) Syndrom ADD – porucha pozornosti.
- 3) Hyperkinetická porucha chování – pro diagnostiku této poruchy musí být splněna kritéria jak pro hyperkinetickou poruchu, tak pro poruchu chování<sup>56</sup>.

Pokorná vysvětluje terminologii ADHD a SPCH. Oba termíny pojímá synonymně. Původ termínu ADHD vidí v anglicky psané literatuře. Sama upřednostňuje termín SPCH, protože je laické veřejnosti srozumitelnější. Pokorná také hájí užívání termínu „hyperkinetické poruchy“, protože jasně vymezují, že jde o poruchu aktivity a pozornosti a o hyperkinetickou poruchu chování (oproti LMD, která se vyhraňuje pouze somaticky)<sup>57</sup>.

<sup>54</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 665.

<sup>55</sup> POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. S. 127.

<sup>56</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 665-666.

<sup>57</sup> POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. S. 129-130.

## 7 ADHD

Termín ADHD je termínem užívaným v posledních dvaceti letech. Avšak již v roce 1890 referoval W. James o symptomech poruch pozornosti a chování. Britský pediatr F. Still v roce 1902 popsal „**abnormální psychický stav**“ u dětí a zavedl pojem „**deficit morální sebekontroly**“. Popisoval syndrom, který se vyznačoval nedostatečnou schopností udržet pozornost, neurologickou abnormalitou, lehkými vrozenými anomáliemi, neklidností, těkavostí, agresí aj. Ve 30. letech 20. století zveřejnili němečtí badatelé H. Werner a E. W. Strauss pojem „**mozkové poškození**“. V roce 1930 byl poprvé použit později ve světě běžně užívaný termín „**minimální mozková dysfunkce**“. Od tohoto termínu byl odvozován český termín „**malá mozková dysfunkce**“. V 50. letech minulého století se začal používat název „**lehké poškození CNS**“. Jedno desetiletí na to pak byl tento název vystřídán novým – „**lehká dětská encefalopatie**“ (autorem byl O. Kučera). V 60.-70. letech se postupně přecházelo k užívání dalšího názvu – „**lehká mozková dysfunkce**“. V roce 1980 se pak v americkém diagnostickém materiálu duševních poruch DSM-III objevuje diagnóza **ADD**. Sedm let poté se v DSM-IV setkáváme se současným názvem – **ADHD**<sup>58</sup>.

Syndrom ADHD (attention deficit hyperaktivity disorder) je poruchou pozornosti, která je doprovázena hyperaktivitou. Podobnou poruchou je syndrom ADD, který je jen poruchou pozornosti (bez přítomnosti hyperaktivity).

Barkley (1990) definuje ADHD takto: „*ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické.*“ Poruchy se mohou mírnit v návaznosti na dozrávání centrální nervové soustavy, avšak přetrvávají. Jde o potíže s dodržováním pravidel chování a s opakovaným prováděním nějakého pracovního výkonu po delší dobu. Tyto biologické poruchy ovlivňují jedince v interakci s rodinou, školou a společností<sup>59,60</sup>.

<sup>58</sup> MICHALOVÁ, Zdeňka, PEŠATOVÁ, Ilona. *Hyperkinetické poruchy a jejich dopad na školní úspěšnost*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2012. S. 7-9.

<sup>59</sup> ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. S. 196.

<sup>60</sup> Stejným způsobem charakterizuje syndrom například Paclt (2006, s. 6).

Drtílková v úvodu své knihy vysvětluje rozpor mezi terminologií Americké psychiatrické asociace – manuál DSM-IV<sup>61</sup> a terminologií užívanou dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Hlavní rozdíl spočívá v rozdělení subtypů. Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) z roku 1996 zahrnuje hyperkinetická porucha subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou a subtyp hyperkinetické poruchy chování. Pro stanovení diagnózy je nutná přítomnost všech základních příznaků poruchy (poruchy pozornosti a hyperaktivita, případně také impulzivita považovaná za přidružený příznak, jenž ale pomáhá poruchu potvrdit)<sup>62</sup>. U dětí s diagnózou „hyperkinetická porucha chování“ se k narušené pozornosti, hyperaktivitě a impulzivitě přidává ještě porucha chování. V takovém případě se může u dítěte objevit agresivita, opoziční, asociální či predeliktivní chování. Michalová tvrdí, že ADHD je v porovnání s hyperkinetickou poruchou mírnější. Poruchou ADHD může trpět i dítě, které má pozornost pouze narušenou, je bez hyperaktivity a impulzivity. Diagnóza ADHD nezahrnuje hyperkinetické poruchy chování<sup>63</sup>.

Americký diagnostický manuál DSM-IV rozděluje ADHD do tří typů:

- 1) ADHD, inattentive type – s převládající poruchou pozornosti<sup>64</sup>,
- 2) ADHD, hyperactivity/impulsivity type – s převládající hyperaktivitou a impulzivitou),
- 3) ADHD, combined type – smíšený typ<sup>65</sup>.

Z výkladu Drtílkové můžeme vyvodit, že ADHD a hyperkinetická porucha jsou chápány téměř synonymně. Sama Drtílková se nepřiklání k užívání jednoho či druhého termínu. Pouze vyjadřuje přání, aby v příští revizi MKN-11 došlo ke sjednocení názvů a kompatibilitě obou klasifikačních systémů.

Dle klinických odhadů je nejběžnější smíšený typ. Symptomy se často navzájem překrývají, ale i přesto bývají pozorovány rozdíly mezi jmenovanými podtypy. Například u některých dětí může být hlavním problémem porucha pozornosti, neschopnost soustředění –

<sup>61</sup> Jde o Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch z roku 2000. Michalová (s. 11) hodnotí tuto klasifikaci oproti MKN-10 jako podrobnější a konkrétnější.

<sup>62</sup> DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Otmar. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 22.

<sup>63</sup> MICHALOVÁ, Zdeňka, PEŠATOVÁ, Ilona. *Hyperkinetické poruchy a jejich dopad na školní úspěšnost*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2012. S. 13.

<sup>64</sup> Taylor (s. 23) uvádí, že se tomuto typu někdy říká ADD.

<sup>65</sup> DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Otmar. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 22.

s absencí hyperaktivity. Hyperkinetickými poruchami trpí přibližně 5-8 % dětí<sup>66</sup>. Výskyt je častější u chlapců než u dívek (četnost dle různých zdrojů od 10:1 do 2,5:1). Nejvíce diagnostikovaných dětí je ve věku 6-9 let. Podtyp s převažující hyperaktivitou a impulzivitou bývá zjišťován o 3-4 roky dříve než ostatní podtypy<sup>67</sup>.

V následující podkapitole se budeme zabývat pojmy „lehká mozková dysfunkce“ (LMD) a ADHD, které bývají v odborné literatuře pojímány nejednotným způsobem. Může tak vzniknout nejednoznačnost v termínech, protože jedni autoři užívají termín „lehká mozková dysfunkce“, jiní „ADHD“ nebo „specifické poruchy učení“<sup>68</sup>.

## 7.1 PROBLEMATIKA UŽITÍ POJMŮ ADHD A LMD

LDE, LMD a ADHD znamenají téměř totéž, jak tvrdí Kavale-Pazlarová. Rozdíl spočívá jen v datu, kdy došlo či dochází k jejich užívání. Kavale-Pazlarová dále uvádí, že pojmu LDE již odzvonilo, LMD je právě užíváno a ADHD čeká na své „zvonění“.<sup>69</sup> Vývoj pojmů lze charakterizovat jako vývoj od neurologických k popisným diagnostickým jednotkám. LDE popisuje poruchu jako lehkou encefalopatii (objevuje se v dětství). LMD upozorňuje na to, že dítě s takovými projevy má lehkou mozkovou dysfunkci, která je patrná jen v projevech dítěte. Projevů však bylo mnoho a tak bylo vždy nutné specifikovat, čeho se LMD týká. Nejčastějším spojením jsou poruchy soustředění s hyperaktivitou – začal se tedy užívat termín ADHD<sup>70</sup>.

LMD a ADHD bývají někdy mylně zaměňovány, tvrdí Zelinková. Obé mají některé znaky společné, jde však o rozdílné kategorie. Autorka radí, že bychom měli zvažovat jednotlivé kroky a doporučení známé z práce s jedinci s LMD, protože je zřejmé, že všechny postupy nejsou obecně platné. Například různé projevy poruch koncentrace pozornosti si žádají

<sup>66</sup> Wedge uvádí ve svém článku, že v USA trpí poruchou ADHD minimálně 9 % dětí školního věku. Zdroj: WEDGE, Marilyn. *Why French kids Don't have ADHD* [online]. Published on March 8, 2012 [cit. 2015-6-9]. Dostupné z: <<https://www.psychologytoday.com/blog/suffer-the-children/201203/why-french-kids-dont-have-adhd>>.

<sup>67</sup> DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Otmar. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 25-30.

<sup>68</sup> ŠKVOROVÁ, Jaroslava a ŠKVOR, David. *Proč zlobím?: lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2003. S. 11.

<sup>69</sup> Dovolme si tvrdit, že dnes, 17 let po vydání sborníku, již i LMD (ve smyslu obecného pojmu, který zahrnoval i ADHD) odzvonilo. ADHD je samostatným syndromem. O celosvětovém upřednostnění pojmu ADHD (nebo ADD) píše Pilařová a Kavale-Pazlarová (1999).

<sup>70</sup> KAVALE-PAZLAROVÁ, Markéta. Malá úvaha o tom, zda-li nám pojmy LDE, LMD, ADHD skutečně pomáhají. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1997-98*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. S. 43-45.

odlišné přístupy<sup>71</sup>. Škvorová užívá obou pojmů v synonymním vztahu. Vysvětluje, že LMD je dřívějším označením pro ADD a ADHD. Avšak LMD ještě nerozlišuje, jedná-li se o poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou či nikoliv. Označení LMD neodpovídá systému Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) ani klasifikačnímu systému vydanému Americkou asociací psychiatrů (DSM-IV)<sup>72</sup>.

Třesořlavá uvádí k historii užívání pojmu LMD, že jeho užívání bylo schváleno Mezinárodní konferencí v roce 1962. V roce 1963 potom byla S. Clementsem vypracována definice pro LMD:

*„Jsou to děti vyšší, průměrné nebo podprůměrné inteligence, s různými poruchami chování a učení. Různé formy onemocnění, od mírných až po závažné, jsou spojeny s odchylkami funkcí CNS. Tyto deviace se mohou manifestovat v různých poruchách percepce, tvoření pojmů, paměti, řeči, pozornosti, impulzivnosti nebo motorických funkcí.“*<sup>73</sup> Jak vidíme, jde o definici, která do sebe pojímá příliš mnoho odchylek chování a učení. Porovnáme-li tuto definici s definicí ADHD od Zelinkové (viz výše), vidíme, že definice poruchy ADHD je konkrétně zaměřená, zacílená. Jde již jen o určitá specifika problémového chování nebo potíží s učením.

Michalová uvádí, že v roce 1987 se od užívání termínu LMD ustoupilo. Tento termín, který se zabývá spíše etiologií, byl zamítnut z důvodu stigmatizace, kdy bylo o dětech s touto poruchou smýšleno jako o dětech s poškozeným mozkiem a retardací. Bylo rozhodnuto o užívání termínů ADHD a ADD, aby tak byl brán zřetel na dílčí symptomy, kterými se jedinci navenek projevují. Koncept ADHD vychází ze symptomatologického hlediska, zatímco LMD z etiologického. Koncept LMD odkazuje na drobné mozkové poškození<sup>74</sup>. Drtílková se podivuje nad skutečností, že 13 let<sup>75</sup> po zavedení klasifikačních kritérií MKN-10 pro hyperkinetické poruchy stále ještě používají termín LMD. K terminologii dále dodává, že

<sup>71</sup> ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. S. 13.

<sup>72</sup> ŠKVOROVÁ, Jaroslava a ŠKVOR, David. *Proč zlobím?: lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2003. S. 11.

<sup>73</sup> TŘESOHLAVÁ, Zdeňka a kolektiv. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum, 1986. S. 13.

<sup>74</sup> MICHALOVÁ, Zdeňka. *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. S. 34-35.

<sup>75</sup> Kniha „*Hyperkinetická porucha ADHD*“ byla napsána v r. 2007. Jak víme od Svobody (2001, s. 665), byla klasifikace MKN-10 zabývající se hyperkinetickými poruchami zveřejněna v roce 1992, Drtílková uvádí (s. 21) rok 1993. Zde bychom mohli vytknout Černé („*Lehké mozkové dysfunkce*“, 1999), že ještě nepojednává o poruše ADHD, ale o druhu LMD, který má příznaky hyperaktivity, impulzivnosti a poruchou pozornosti.

se v „hovorové psychiatrii“ objevuje tendence k preferování zkratky ADHD oproti dlouhému a zmatečnému termínu „hyperkinetická porucha“<sup>76</sup>.

## 7.2 PŘÍČINY

Syndrom ADHD je příkladem bio-psycho-sociální poruchy. Existuje řada důkazů o tom, že ADHD je dědičnou poruchou. Tím je tedy vyloučeno, že příčinou symptomů by mohla být výchova či prostředí, ve kterém dítě vyrůstá<sup>77</sup>. Train se také domnívá, že porucha ADHD je dědičná, protože řada dětí s touto poruchou má otce, který jí v dětství také trpěl. Matek, které měly v dětství ADHD, je méně<sup>78</sup>.

Neuroanatomie vidí problém v tom, že pravostranné nucleus caudatus (ocasovité jádro mozku) je u dětí s ADHD větší než levé a menší než nucleus caudatus u normálních dětí. Toto jádro mozku je zodpovědné za uvědomělé pohyby a je tvořeno několika svazky nervových vláken. Jednomu z nich se říká striatum – to je důležité při inhibici chování a udržení pozornosti. Tyto abnormality se častěji vyskytují u chlapců<sup>79</sup>.

Z pohledu neurofyzologie jde o redukováný průtok krve v některých oblastech mozku. Neurofyzologie využívá EEG (elektroencefalografie) – připojení mnoha elektrod na povrchu hlavy, ty zachycují nepatrné elektrické impulzy.

Neurochemie zkoumá souvislost chemických látek „dopamin“ a „noradrenalin“ s ADHD. Tyto látky přenášejí při duševní činnosti zprávy mezi mozkovými buňkami. Léky, které mění aktivitu obou látek, obecně zlepšují symptomy ADHD.

Příznaky hyperaktivity a poruchy pozornosti také často vykazují děti, které se těžce otrávil olovem, a uzdravily se. Otrava olovem je již velmi vzácná, vzhledem k tomu, že olovo již není součástí barev (nejohroženější skupinou bývaly děti mezi 12-36 měsíci). Naproti tomu ale cigaretový kouř nebo alkohol, zvláště před narozením, může způsobit poškození mozku, jehož důsledkem mohou být projevy podobné příznakům ADHD. O tomto sice neexistuje žádný jednoznačný důkaz, avšak výzkumy na zvířatech ukázaly, že nikotin a alkohol mohou způsobit abnormální vývoj některých mozkových struktur.

<sup>76</sup> DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Otmar. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 17.

<sup>77</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 51.

<sup>78</sup> TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 61.

<sup>79</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 52-53.

Úrazy, encefalitida či porodní trauma můžou také mít za následek vznik ADHD. Munden se domnívá, že mozkové struktury zapojené do vývoje ADHD vykazují zvláštní citlivost na hypoxické poškození během porodu (jde o poškození z nedostatečného zásobování některých částí mozku kyslíkem během zpomalení krevního oběhu)<sup>80</sup>.

Při pátrání po příčinách hyperkinetických poruch Pokorná uvádí, že mezi odborníky neexistuje shoda v tom, která neurologická nebo biochemická skutečnost je vyvolává. Někteří autoři tvrdí, že až u poloviny případů jsou zjištěny genetické vlivy. Malá (2000) předpokládá, že vliv negenetických faktorů představuje asi 20-30 %. Další odborníci jmenují tyto vlivy, které ještě nebyly zmíněny:

- 1) „*opožděné neurologické zrání,*
- 2) *prenatální a postnatální poškození,*
- 3) *zvýšený spad těžkých kovů a vliv radioaktivity,*
- 4) *vliv některých léků,*
- 5) *vliv prostředí, především charakteristické rysy interakce mezi dítětem a rodiči.“<sup>81</sup>*

Velmi zajímavý článek k příčinám ADHD u dětí napsala dětská terapeutka Wedge: „*Why French Kids Don't Have ADHD*“. Popisuje v něm francouzský přístup k ADHD. Při pátrání po příčinách tvrdí, že záleží na tom, zda se ptáme ve Francii nebo v USA. Dětská psychiatrie v USA vnímají ADHD jako poruchu s biologickými příčinami a upřednostňují léčbu medikamenty, jako jsou Ritalin nebo Adderall. Naproti tomu francouzští dětská psychiatrie vnímají ADHD jako poruchu, která má příčiny psycho-sociální a situační. Příčiny zkoumají v sociálním kontextu dítěte. Ve Francii je uznávána dietní intervence, protože dle zkušeností se často zhoršuje stav dětí po požití alergenů, potravin s barvivy a konzervačními přísadami. Wedge tvrdí, že francouzské děti s ADHD jsou lépe vychované než americké. Francouzští rodiče zavádí již od narození pevný řád. Jídlo je naplánováno na přesný čas, děti na něho dokáží trpělivě čekat. Francouzští rodiče nechávají svá miminka vyplakat (ne déle než po dobu několika minut). Dětem jsou dávány jasné limity, které, dle

<sup>80</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 54-57.

<sup>81</sup> POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. S. 131-132.



zkušenosti Wedge, činí děti šťastnějšími, pociťují bezpečí. Wedge, coby dětský terapeut, je přesvědčena, že nepoužívání léků u francouzských dětí s ADHD vede k jejich učení se sebekontrolo<sup>82,83</sup>.

### 7.3 DIAGNOSTIKA ADHD

K diagnostikování syndromu ADHD dochází na základě pečlivého posouzení symptomů a zdravotní, psychiatrické, psychologické, studijní, osobní i rodinné anamnézy. Tyto informace jsou získávány z rozhovorů, z klinických pozorování a vyšetření. Neexistuje žádný jediný správný diagnostický test na ADHD<sup>84</sup>.

Prvním krokem k diagnostice je prozkoumání zdravotních záznamů dítěte. Úplný psychologickovzdělávací profil se získá testem IQ a vyhodnocením výsledků v základních učebních dovednostech jako je čtení, psaní, počítání a schopnost vyjadřovat se psanou i mluvenou formou. Další součástí diagnostiky ADHD je EEG vyšetření (zkoumání elektrických vln v mozku)<sup>85</sup>.

Aby mohl být diagnostikován syndrom ADHD, musí níže jmenovaných příznaků nepozornosti přetrvávat šest nebo více po dobu alespoň šesti měsíců, a to v takové míře, že mají za následek nepřízpůsobivost dítěte. Zjištěný stav dítěte neodpovídá jeho vývojovému stádiu<sup>86</sup>. Dítě s ADHD často:

- 1) nedovede pozorně soustředit na podrobnosti,
- 2) mívá problémy s udržením pozornosti při plnění úkolů nebo hraní,
- 3) působí, jako když neposlouchá, i když se na něho přímo mluví,
- 4) nepostupuje podle pokynů a nedaří se mu dokončit nejen školní práci,
- 5) mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti,
- 6) nedělá rádo úkoly, vyhýbá se jim,

---

<sup>82</sup> WEDGE, Marilyn. *Why French kids Don't have ADHD* [online]. Published on March 8, 2012 [cit. 2015-6-9]. Dostupné z: <<https://www.psychologytoday.com/blog/suffer-the-children/201203/why-french-kids-dont-have-adhd>>.

<sup>83</sup> Je třeba zamyslet se nad tím, že tento řád je zřejmě zaváděn u všech dětí, ne jen u dětí s ADHD. V případě diagnostiky ADHD se pak umocní jeho význam a dle zkušeností lze zvládnout denní rutinu i bez léků.

<sup>84</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 60-61.

<sup>85</sup> SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. S. 84-85.

<sup>86</sup> Drtílková (s. 23) jmenuje ještě jeden požadavek – porucha musí začínat před 7. rokem věku dítěte.

- 7) ztrácí věci, které potřebuje pro vykonávání úkolu,
- 8) se dá lehce vyrušit vnějšími podněty,
- 9) zapomíná na povinnosti běžného dne.

Následujících šest nebo více příznaků hyperaktivity či impulzivity musí přetrvávat též po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepříznivost dítěte. Zjištěný stav dítěte neodpovídá jeho vývojovému stádiu. Dítě s ADHD často:

- 1) bezděčně pohybuje rukama nebo nohama a vrtí se na židli,
- 2) vstává ze židle v situacích, kdy by mělo zůstat sedět,
- 3) pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné,
- 4) mívá potíže tiše si hrát nebo dělat něco jiného v klidu,
- 5) bývá na pochodu, chová se, jako by „jelo na motor“,
- 6) bývá nepřiměřeně upovídané<sup>87</sup>.

Pilařová, Kavale-Pazlarová upozorňují na důležitost stanovení diferenciálně diagnostického původu obtíží. Symptomy úzkosti, deprese, opozičního vzdoru, neklidu aj. mohou, ale také nemusí být symptomy ADHD. Podobné příznaky můžeme sledovat u posttraumatických stresových poruch (sexuální zneužívání, ztráta blízké osoby aj.). Je velmi důležité zamýšlet se nad každým dítětem individuálně. Většinu autorů spojuje požadavek na multimodální léčbu, kdy je nutné zachovat širokou škálu terapií, ne věřit v nadřazenost jediné terapie.

Taylor (1996) rozděluje děti s ADHD do tří skupin:

- 1) děti s výrazným hyperaktivním chováním, které se objevilo v raném vývoji dítěte a které bývá doprovázeno určitým vývojovým opožďováním,
- 2) děti s pozdějším nástupem hyperaktivity s diagnostikovanou poruchou ADHD až po nástupu do školy. Tyto děti mívají různé formy poruch učení.

---

<sup>87</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 16-17.

- 3) Děti s přidruženými emočními poruchami (především úzkost a deprese). Největší vliv mají na tyto děti stresové faktory, které pocházejí ze sociálního prostředí dítěte<sup>88</sup>.

Kent (1997) uvádí, že ADD a ADHD mohou být diagnostikovány u dětí již ve věku dvou let. Jednotlivé symptomy mohou být určeny v prvních měsících života dítěte. Avšak jen málo dětí je diagnostikováno před vstupem do školy. Kent si myslí, že výzkumníci i praktičtí lékaři věnují této poruše malou pozornost.

Kewley (1995) uvádí, že asi v 60 % případů přetrvává ADHD do adolescence a dospělosti a má příčinnou souvislost s psychiatrickými obtížemi (depresí, závislostí na alkoholu, vztahovými problémy a nestabilitou v zaměstnání). Wodrich (1994) tvrdí, že asi u 25 % dětí s ADHD se objevuje v dospělosti antisociální chování a asi v 50-65 % případů přetrvávají některé ze symptomů ADHD<sup>89</sup>. Existují faktory, které snižují riziko problémů v adolescenci – vysoký intelekt, vysoký sociální status rodiny, dobré vztahy s vrstevníky aj.<sup>90</sup>

#### 7.4 SYMPTOMY

V období školní docházky se převládajícím příznakem stává porucha v kognitivní oblasti, která bývá doprovázena typickými behaviorálními problémy. Obvyklé je mimointelektové selhávání v prospěchu, děti bývají napomínány pro nekázeň, zapomínají úkoly, jsou nedbalé a vyrušují. K častějšímu napomínání a trestání dochází doma. U dětí s poruchou ADHD se může rozvinout pocit neúspěchu a selhání, což může být příčinou sekundárního vzniku různých neurotických potíží nebo poruch chování<sup>91</sup>.

V době školní docházky jsou kladeny vyšší nároky na koncentraci pozornosti, tlumení impulzivity a projevů hyperaktivity. Dítě má problémy s podřizováním se pravidlům práce v kolektivu, s dokončováním úkolů, často také i s podřízením se autoritě dospělého<sup>92</sup>.

<sup>88</sup> PILAŘOVÁ, Martina, KAVALE-PAZLAROVÁ, Markéta. ADHD a ADD – reflexe z odborné literatury 90. let. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. S. 18-29.

<sup>89</sup> Odhady Kewleyho a Wodricha se téměř shodují. Tzn., že ADHD přetrvává do dospělosti ve více než polovině případů.

<sup>90</sup> PILAŘOVÁ, Martina, KAVALE-PAZLAROVÁ, Markéta. ADHD a ADD – reflexe z odborné literatury 90. let. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. S. 18-29.

<sup>91</sup> DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Otmar. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. S. 76.

<sup>92</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 25.

Mezi tři základní příznaky ADHD patří porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Tyto příznaky se objevují buď izolovaně, nebo souhrnně, což často vede k dalším obtížím, které jsou v mnoha případech závažnější než příznaky původní<sup>93</sup>.

Riefová jmenuje tyto typické projevy chování dětí s poruchou ADHD: **vysoká míra aktivity, impulzivita a malé sebevládní, potíže s přechodem k jiné činnosti, agresivní chování, sociální nevyzrállost, malá sebeúcta a frustrovanost**<sup>94</sup>. Bartoňová řadí mezi tři nejčastěji uváděné symptomy poruchu pozornosti, infantilní chování (má souvislost s nerovnoměrným vývojem dětí) a zvýšenou vzrušivost (výrazné reakce například na nepříjemné zvuky)<sup>95</sup>. Posledními autorkami, které zde pro srovnání zmíníme, jsou Jucovičová a Žáčková. Shodně také jmenují poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Mezi další projevy ale také patří poruchy percepčně motorických funkcí (motorická neobratnost, poruchy sluchového i zrakového vnímání<sup>96</sup> aj.), poruchy paměti (poruchy vštípení, krátkodobé paměti aj.) a poruchy myšlení a řeči (opožděný vývoj řeči, poruchy komunikace aj.)<sup>97</sup>.

Serfontein si všímá, kromě jiného, nesprávného držení tužky dětí s ADHD při nástupu do školy. Od dítěte se očekává, že bude klidně sedět v lavici a bude se účastnit dění ve třídě. S tím však mají problémy právě hyperaktivní děti. Ty pak vyrušují ostatní žáky a stávají se třídními klauny. Jejich sociální nezralost má za následek to, že si většinou hrají samy opodál, stran kolektivu<sup>98</sup>.

Jmenované klíčové symptomy a vzorce chování zůstávají mnohdy i po dobu let nezměněné, i když asi u poloviny dětí s ADHD symptomy při dosažení dospělosti

---

<sup>93</sup> ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. S. 197.

<sup>94</sup> RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. S. 18.

<sup>95</sup> BARTOŇOVÁ, Miroslava, VÍTKOVÁ, Marie. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2007. S. 167.

<sup>96</sup> Viz také s. 33-34 této diplomové práce.

<sup>97</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 50-51.

<sup>98</sup> SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. S. 84.

do značné míry vymizí<sup>99</sup>. Symptomy se musí vyskytovat u jedince v rozsahu, který překračuje meze normální pro jedince daného věku a vývojového stádia<sup>100</sup>.

Hyperaktivita se projevuje u dětí již během prvních let života. Motorický vývoj jde velmi rychle kupředu, a jakmile je to možné, začne se dítě pohybovat po bytě jako blesk. K tomu se dítě začíná vřhat všemi směry bez ohledu na nebezpečí (impulzivita)<sup>101</sup>.

Hyperkinetické poruchy jsou diagnostikovány ve všech věkových kategoriích (od dětství do dospělosti). Jedna porucha má různé symptomy podle věku. Její projevy sledujeme již v kojeneckém období, kdy jsou narušeny základní biorytmy. Dále pak v batolecím a předškolním věku, kdy se poruchy projevují dezinhibicí. Ve školním věku se projevuje kognitivní dysfunkcí a v adolescenci poruchami chování. V pozdní adolescenci a časně dospělosti se projevují hyperkinetické poruchy sociální maladaptací, často spojenou s kriminalitou. Okamžitým diagnostikem těchto poruch se stává učitel<sup>102</sup>.

Hyperkinetická porucha se může projevit již v kojeneckém věku, a to poruchou základních biorytmů jako například poruchou spánku a stravovacími obtížemi<sup>103</sup>.

#### 7.4.1 POZORNOST

Syndrom ADHD je poruchou pozornosti, ta je doprovázena hyperaktivitou. Úkolem pozornosti je výběr těch podnětů, které jsou z hlediska organismu důležité. „Pozornost působí dvojím směrem:

- 1) zvyšuje vnímavost organismu vůči podnětům podstatným, zaostřuje a orientuje na ně duševní aktivitu.
- 2) Zacloňuje, přitlumuje, překrývá útlumem ty podněty, které jsou z hlediska subjektu vedlejší.“<sup>104</sup>

Kulišťák tvrdí, že funkce pozornosti je velmi podstatná, protože její porucha bývá častou příčinou neúspěchu v rehabilitaci ostatních kognitivních funkcí<sup>105</sup>.

<sup>99</sup> Serfontein (s. 36) uvádí, že kolem dvanáctého roku věku dítěte dochází ke zmírnění příznaků nadměrné aktivity.

<sup>100</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 21.

<sup>101</sup> SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. S. 35.

<sup>102</sup> HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. S. 308.

<sup>103</sup> POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. S. 130

<sup>104</sup> ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. S. 57.

Pozornost chrání jedince před nadměrným množstvím podnětů, které by rušily účelnou činnost a vyčerpávaly by ho. U zdravých jedinců je pozornost při větší únavě „vypínána“. Únava pozornosti, potažmo únava centrální nervové soustavy, je problémem LMD. U dětí s LMD při zaměřené činnosti únava rychle stoupá, děti jsou tak dříve unavené a jejich pozornost upadá. Nejen tyto potíže jsou problémem nezralosti CNS, který nelze překonávat doučováním nebo delším zaměstnáváním<sup>106</sup>.

Poruchu schopnosti koncentrace pozornosti lze sledovat již u předškolních dětí, které si nevydrží déle hrát s jednou hračkou, nevydrží u déle trvající hry, stále vyžadují nové podněty, nedokončují práci. Nejvíce však porucha vystoupí v době školní docházky. Velkou roli hraje motivace a adekvátní stimulace<sup>107</sup>.

Děti s poruchou pozornosti mají problémy v organizování své aktivity, nedokáží regulovat a koordinovat svou činnost. Ulpívají tak na méně efektivních strategiích učení, jejichž následkem bývá špatný výkon.

Porucha pozornosti ovlivňuje ve značné míře také paměť a učení. Děti s tímto postižením si méně pamatují, hůře si vybavují a často zapomínají. Nacházíme u nich projevy jako časté ztrácení věcí, zapomínání různých pomůcek i plnění povinností.

Děti se syndromem ADHD dokáží svou pozornost koncentrovat jen slabě. Jakýkoliv podnět (vnější nebo vnitřní) ji ihned naruší. Také délka soustředění je narušena, je krátká. Svoboda ji nazývá „tenacita“. Děti neudrží pozornost žádoucím směrem po určitou dobu, přebíhají od jedné nedokončené činnosti ke druhé<sup>108</sup>.

Mezi potíže s pozorností patří také její omezený, příliš malý rozsah. Do centrální nervové soustavy se dostane najednou jen menší množství informací. Dítě má ve vědomí v dané chvíli tedy pouze část materiálu potřebného k řešení úkolu a jeho řešení se stávají jen

---

<sup>105</sup> KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. S. 103.

<sup>106</sup> ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. S. 57-58.

<sup>107</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 27-28.

<sup>108</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 667-669.

částečnými nebo dílčími<sup>109</sup>. Svoboda nazývá tuto dílčí poruchu pozornosti jako „distribuci“<sup>110</sup>.

Jádrem poruch pozornosti u dětí s LMD je jejich neschopnost zaměřit pozornost na podstatné podněty. Tyto děti nedokáží nevnímat okolní, v danou chvíli nedůležité podněty. Nejde tedy o nepozornost v běžném slova smyslu, ale o nadměrnou, excesivní, generalizovanou pozornost ke všem podnětům bez rozdílu. Jde o jakousi hyperaktivitu, roztržitost, nesoustředěnost z nadbytku soustředění. Děti s touto poruchou jsou vydány na pospas všem podnětům, jsou vůči nim bezbranné. Psychologové uvádějí pojem typické „vázanosti na podněty“. Podněty mohou být vnější nebo vnitřní. U vnějších podnětů dítě reaguje často právě na ty nepodstatné a zcela vedlejší (zatímco druzí čtou, dítě si prohlíží černou tečku na okraji stránky). Neschopnost, vybrat si jen to podstatné, má souvislost také s vnímáním – dítě není například schopné rozlišit hlavní „figuru“ a vedlejší „pozadí“. Pokud je dítě citlivější k podnětům z vlastního nitra, může se to navenek projevat někdy neadekvátním způsobem (například vykřikne uprostřed práce a zeptá se na něco, co vůbec nesouvisí s konkrétní činností). Takové dítě se může zdát jakoby „duchem nepřítomné“<sup>111</sup>. Tuto dílčí poruchu pozornosti nazývá Svoboda jako „selektivitu“<sup>112</sup>.

Cena za neschopnost koncentrace může být značná nejen ve smyslu školních úspěchů, ale také co do schopnosti vést normální šťastný rodinný život<sup>113</sup>.

#### 7.4.2 IMPULZIVITA

*„Impulzivitu lze chápat jako neschopnost selektivní regulace způsobu reagování, aby odpovídal požadavkům dané situace.“* Děti s touto poruchou nedokáží brzdit aktuální impulzy a ovládat své chování. Setkáváme se tak se zbrklými, často neadekvátními reakcemi, přerušováním ostatních lidí, skákáním do řeči, vykřikováním při vyučování, neschopností počkat, až na ně přijde řada. Tyto děti nejsou schopné dodržovat pravidla hry, i když se na nich s ostatními dohodly. Často reagují dříve, než vyslechnou celou otázku či instrukci. Jde tedy o neschopnost korigovat vlastní reakce na aktuální podněty a

<sup>109</sup> ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. S. 58.

<sup>110</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 667.

<sup>111</sup> ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999. S. 58-59.

<sup>112</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 668.

<sup>113</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 24.

také o neschopnost odhadnout následky svého jednání. Děti si tak dost často neuvědomují ani nebezpečí, které může z fyzicky nebezpečných činností plynout. S impulzivitou je spojena vyšší míra úrazů a různých nehod (dítě například vběhne na silnici bez rozhlédnutí)<sup>114</sup>.

V popsaném jednání lze vidět, že děti jednají jako děti vývojově mladší. Chovají se hlučně, spontánně, živelně zbrkle, a proto bývají označovány jako „velká voda“. Tyto děti málokdy dokončí nějakou činnost, která trvá déle. Hůře snášejí okamžité nesplnění svého přání, neumějí počkat, až na ně přijde řada.

Impulzivita (či jednání bez přemýšlení o tom, co by mohlo následovat) působí mnohé potíže dětem s ADHD i jejich rodinám. Rodiče musí být ostražití, protože když například uvidí někoho nebo něco, co je upoutá, mohou opustit chodník a vběhnout do rušné vozovky, a to bez rozhlédnutí. Impulzivita může přinést problémy i v sociálních situacích – může ztížit navázání a udržení přátelství. Svým chováním (skákání do řeči a jiné projevy jmenované výše) může způsobit odmítání svých kamarádů. Avšak děti s ADHD často mívají dobré a nevinné záměry. Přesto budí dojem, že si libují ve schválnostech a jiných nežádoucích projevech<sup>115</sup>.

### 7.4.3 HYPERAKTIVITA

Hyperaktivita představuje nadměrnou nebo vývojově nepřiměřenou úroveň motorické či hlasové aktivity jedince<sup>116</sup>.

Hyperaktivita je symptomem, který odlišuje syndrom ADD a ADHD. Hyperaktivní dítě má nadměrné nutkání k pohybu, k aktivitě, jež je neúčelná, někdy až nesmyslná, dítě ji však nedokáže nijak tlumit a ovládat. Děti se tak často vrtí, neposedí v klidu, pohrávají si s rukama, pohybují nohama, vstávají z místa, i když vědí, že mají sedět. Často běhají, nejsou schopné dělat cokoli v klidu. Bývají nadměrně povídavé, mluví rychle, překotně a nejsou schopné přestat. Z. Matějček (1991) tvrdí, že tyto děti nejsou schopny koordinovat a ovládat energetický výdej. Hyperaktivita tím souvisí se zvýšenou

<sup>114</sup> SVOBODA, Mojmír, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 669.

<sup>115</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 23.

<sup>116</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 30.



unavitelností a s tím související podrážděností. To, že děti často přebíhají od jedné činnosti druhé, není ovlivňováno jen upoutáváním pozornosti téměř čímkoliv, ale i jistou vnitřní snahou střídat činnost, když se dítě zabývá nějakou činností již příliš dlouho<sup>117</sup>.

Hyperaktivní děti působí jako neunavitelné, avšak jejich nervová soustava je přetížená a ony proto nedokáží zaznamenat signál únavy a včas si odpočinout. Některé děti mívají potíže s usínáním, dlouho se převalují v posteli. Často usínají pozdě a spánek se pak snaží dohnat dopoledne<sup>118</sup>.

Je normální, že se nám malé děti mohou zdát hyperaktivní, protože úroveň pohybové aktivity roste do tří let jejich věku. Munden tvrdí, že existují záznamy o neobyčejné aktivitě dětí s ADHD již v děloze matky. Některé děti hodně pláčou a špatně spí, některé zase nemají rády tělesný kontakt, jiné je těžké rozveselit. Problémy těchto dětí se jeví patrné mnohdy až s nástupem do školy, kdy by měly zůstat sedět na židli a věnovat se výuce. Tyto děti často ruší své spolužáky. Takové chování popuzuje učitele<sup>119</sup>.

Pokud se s hyperaktivitou spojí ještě nesoustředěnost, zvyšuje se riziko školního neúspěchu. Tyto děti nejsou schopné ovládat svou aktivitu, což je často interpretováno jako porucha chování. Děti se projevují nepřiměřeně věku a dospělí je pak shledávají jako neochotné, s nedostatečným respektem k běžným normám a autoritě. Ve větší míře jsou patrné i závažnější poruchy chování – agresivita, sklony k opozici a reakcím vzdoru – takové poruchy pak nazýváme opoziční a vzdorovité (Oppositional Deficit Disorder – ODD). Jmenovaná porucha se vyskytuje u 40 % dětí a 65 % adolescentů s ADHD<sup>120</sup>.

K dalším symptomům patří porucha emocí a afektů (emoční a afektivní labilita, iritabilita, explozivita) a sociální maladaptace (familiárnost nepřiměřeně věku, frustrace ze sociální neúspěšnosti – viz v další podkapitole)<sup>121</sup>.

---

<sup>117</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 669-670.

<sup>118</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 32.

<sup>119</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 21-22.

<sup>120</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 670.

<sup>121</sup> HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. S. 309-311.

Děti trpící generalizovaným syndromem poruchy pozornosti – ADD – nemívají hyperaktivitu, ale lze u nich pozorovat tzv. hypoaktivitu. Hypoaktivní děti jsou pomalé, těžkopádné, utlumené až apatické, nemotorné, neohrabané, ve škole nestíhají vypracovat včas zadané úkoly. Bohužel se v současné době setkáváme s tím, že hyperaktivita znamená zlobení a hypoaktivita nedostatek nadání, lenost<sup>122</sup>.

Jucovičová, Žáčková popisují ještě další dvě poruchy, které dle nich odpovídají příznakům ADHD co do obrazu chování, jednání a prožívání.

## 7.5 PERCEPČNĚ MOTORICKÉ PORUCHY

- 1) Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace – děti s těmito poruchami mají obtíže s jemnou a hrubou motorikou. Jsou neohrabané, neobratné, nešikovné, jejich pohyby jsou málo koordinované, nepřesné. Tyto děti mívají problémy se zavazováním tkaniček, zapínáním knoflíků, při jídlu (jezení příborem) aj. Zaznamenány jsou i časté problémy s písmem, které se zdá být pomalé, neúhledné, nečitelné. Dochází i k obtížím se čtením (porucha mikromotoriky očních pohybů). Často se u dětí s těmito poruchami vyvíjejí specifické vývojové poruchy učení (SPU)<sup>123</sup>.
- 2) Poruchy percepčních a kognitivních funkcí – tyto poruchy sluchového a zrakového vnímání bývají dávány do souvislosti s dysgnózií (lehčí porucha nebo opoždění vývoje v oblasti vnímání). Jde o poruchu funkce, ne orgánu. Navenek se zdá, jako by dítě špatně slyšelo nebo vidělo. Může tak jít například o špatné rozlišování podobných tvarů (písmenka b-d, a-o-e, m-n, ...) <sup>124</sup>.

## 7.6 SEBEPOJETÍ DÍTĚTE S HYPERAKTIVITOU A INTERAKCE S JEHO OKOLÍM

Na sebezpojetí hyperaktivního dítěte má významný vliv hodnocení jeho okolí, které většinou reaguje negativně na jeho změny v osobnostním vývoji a jeho odchylky v chování. Hyperaktivní děti se často setkávají s negativní akceptací, lidé je odmítají

<sup>122</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 32-33.

<sup>123</sup> Serfontein (1999, s. 43-45), podobně jako Jucovičová, Žáčková, řadí k příznakům ADHD neobratnost a nešikovnost, jimž věnuje samostatnou kapitolu.

<sup>124</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 35-37.

nebo je přijímají ambivalentně. Zažívají více kritiky, jsou často hodnoceny jako neúspěšné a neschopné. Toto nepříznivé hodnocení zvyšuje riziko, že děti budou sebe samy také negativně hodnotit. K obraně dochází formou vytvoření nereálného, idealizovaného obrazu sebe sama. Eventuálně může dojít ke kompenzaci způsobem, který je jim dostupný (například šaškují, upoutávají pozornost, bájevě lžou). Může však dojít i k agresivitě. Chování, kterým se hyperaktivní dítě brání, může působit jako problematické a neadekvátní. Jeho důsledkem bývá zhoršení všech potíží<sup>125</sup>.

U dětí s hyperaktivitou dochází k opožděnosti v oblasti **socializace**. Tyto děti nejsou schopné adekvátního sociálního porozumění, jejich sociální dovednosti jsou na nižší úrovni, nedokáží se orientovat v různých společenských situacích. Nejsou tedy schopné se chovat takovým způsobem, který je u dětí určitého věku obvyklý a běžně očekáván. Nedokáží adekvátním způsobem komunikovat. Bývají méně sociálně citlivé, a proto se někdy projevují nepřiměřeně, často příliš familiárně a dotěrně. Jejich chování narušuje vztahy s jinými lidmi. Lidé mívají tendenci záměrně se hyperaktivnímu dítěti vyhnout.

**Rodiče** hyperaktivních dětí bývají nespokojeni a zklamáni. Na jedné straně je mají rádi a na druhé straně k nim cítí nechuť. Děti jsou pro ně nezvládnutelné, a tak rodiče hledají příčiny, proč jsou takové. U rodičů se může po dlouhodobé zátěži s výchovou takového dítěte objevit „syndrom rodičovského vyčerpání“. Nepříjemné chování hyperaktivních dětí může rodiče zatížit natolik, že je zvyšováno riziko méně adekvátních reakcí, například fyzické trestání, eventuálně až nadměrné bití a týrání. Hyperaktivní dítě bývá zdrojem trvalého stresu. Náročnost jeho výchovy může narušit vztahy v rodině<sup>126</sup>. Rodiny často uvádějí, že mají vážné manželské problémy zčásti způsobené projevem ADHD jejich dítěte. Zároveň mívají často pocit, že jsou vyčleňováni ze společnosti, protože se jich jiné rodiny a přátelé straní<sup>127</sup>.

Obvykle narůstají problémy hyperaktivního dítěte v období **nástupu do školy**. Děti se nechovají požadovaným způsobem a jejich výkony nemají očekávanou úroveň. I ve škole bývají tyto děti dost často posuzovány jako viníci, kteří se nechtějí lépe chovat (učitelé

<sup>125</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 673.

<sup>126</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 673-675.

<sup>127</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 26.

bývají ovlivněni svým přesvědčením, že školák by měl být schopen svoje jednání ovládat a respektovat základní povinnosti). Tímto způsobem bývá nahlížena také porucha pozornosti. Rodiče a učitele bývají popuzeni z výkyvů ve výkonu a chyb z nepozornosti, protože jsou považovány za zbytečné. Neúspěch bývá dost často přisuzován nízké motivaci dětí. Dítě nereaguje na výtky učitele standardním způsobem a chová se stále stejně. To zvyšuje napětí a učitelé vidí nepřizpůsobivost těchto dětí jako ignoraci autorit. Hyperaktivní děti bývají labilní a dráždivé, jejich reakce jsou citlivější. Zpravidla si veřejnost myslí, že takové děti jsou náladové, rozmazlené, nechťejí se přizpůsobit, a tudíž si za své problémy mohou samy.

Děti s diagnostikovanou hyperaktivitou nebývají oblíbené ve **vrstevnické skupině**. Jejich typické projevy vedou často ke konfliktům, odmítání, izolaci, a dokonce i k šikaně. Jejich pozice ve třídě bývá tak špatná, že se jich nikdo nezastává. Jejich nevýhodou je neschopnost brát ohled na ostatní, nedokáží spolupracovat. Bývají egocentrické a nejsou schopné se podřídit nějakým pravidlům, což bývá přítěží při hře, kterou kazí a jejich spoluhráči tak o ně ztrácí zájem. Jejich chování bývá nepředvídatelné, jsou dráždivější, náladovější. Střídání nálad je pro ostatní děti nepříjemné a nepochopitelné<sup>128</sup>. Dětem s ADHD můžeme pomoci tím, že jim budeme věnovat zvláštní péči. Munden uvádí tento konkrétní návodný pokyn k pomoci:

*„Nejdříve půjdeš a zůstaneš stát u hloučku dětí. Budeš stát tiše a chvíli poslouchat, velmi pozorně. Až budeš jistě vědět, o čem si povídají, a rozmyslíš si, co k tomu můžeš říci, počkáš na vhodnou chvíli a řekneš, že souhlasíš s tím, co bylo řečeno, protože ... nebo že s tím máš taky takovou zkušenost...“<sup>129</sup>*

Děti s ADHD mívají i jiné psychické potíže: porucha opozičního vzdoru (například hádavost s dospělými); porucha chování (například chronická agrese vůči ostatním, lhaní, krádeže); asociální nebo delikventní chování; deprese (například špatná nálada, plačtivost, nechutenství, ztráta zájmů); úzkostné poruchy (například vyhýbání se určitým situacím nebo setkáním, bolení břicha, zvracení, strach z odloučení od rodičů); emoční problémy.

<sup>128</sup> SVOBODA, Mojmir, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 674-676.

<sup>129</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 24.

Přibývají informace, dle kterých mívají děti s ADHD větší sklon k užívání návykových látek (alkohol, nikotin aj.)<sup>130</sup>.

## 7.7 NADÁNÍ VERSUS ADHD

Nadání a talent u dětí s ADHD je zde záměrně začleněno, protože chceme upozornit veřejnost na skutečnost, že ADHD není jen porucha spojená s projevy, které společnost vnímá často jako společensky nepřijatelné. ADHD s sebou může nést i něco pozitivního.

Mít ADHD neznamena, že je člověk hloupý, líný, špatný a nemocný. Znamená to, že mozek dítěte funguje trochu jinak než mozek dítěte, které netrpí poruchou ADHD. Děti s ADHD mají mnoho energie a podnikají spoustu věcí. Rády zkoušejí nové věci. Často se u nich setkáváme s tvůrčími vlohami. V určitých ohledech jsou hodně chytré<sup>131</sup>.

Zmiňme zde dva problémy, které s sebou nesou úvahy nad nadáním dětí s ADHD. Prvním je skutečnost, že mimořádně nadaní jedinci, kterým se nedostane dostatek podpory, mohou vykazovat symptomy připomínající ADHD. Druhý problém je představen křivkou normálního rozložení inteligence u dětí s ADHD, která je částečně zkreslená, což znamená, že existuje poměrně dost velmi nadaných dětí<sup>132</sup>.

Děti s poruchou ADHD mají velice rychlé obrazové a asociativní myšlení. Ve spojení se zvědavostí a vytrvalostí a při vysoké inteligenci má dítě obrovské vědomosti, které mu poskytují nadhled. Tyto děti jsou velice často nadprůměrně inteligentní. Občas se jim jen stane, že nevědí, jak něco udělat<sup>133</sup>.

Odhalit nadání u dětí, které jsou čilé, neposedné a neklidné, je složitější. Klademe si otázku, zda je jejich neklid pouze příznakem ADHD nebo výrazem dlouhodobého nedostatečně podnětného způsobu výuky? K diagnostice „nadaného dítěte“ se využívají testy inteligence. Ty však pro děti s ADHD neexistují. V mnoha testech pak bývají znevýhodněné, protože neumí dobře číst nebo neberou ohled na stanovené časové limity. Vyhodnocení probíhá většinou na základě norem dle věkových kategorií. Problémem dětí s ADHD je, že jejich vývoj kalendářnímu věku neodpovídá. Děti s ADHD mohou být

---

<sup>130</sup> Tamtéž, s. 27-28.

<sup>131</sup> TAYLOR, John F. *Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti: rádce pro děti s ADHD a ADD*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. S. 26.

<sup>132</sup> JENETT, Wolfdieter. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Brno: Edika, 2013. S. 141.

<sup>133</sup> ANTAL, Martin. *To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem: ADHD očima ADHD*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. S. 248,260.

mimořádně nadané například v oblasti sportu, avšak jejich chaotičnost toto nadání mnohdy zakrývá. Pokud není nadání dítěte podporováno, je mu křivděno<sup>134</sup>. Smith, Robinson a Segal také píší, že porucha ADHD/ADD nemá nic společného s inteligencí. Mnoho dětí s touto poruchou je intelektuálně nebo uměleckých nadaných<sup>135</sup>.

---

<sup>134</sup> JENETT, Wolfdieter. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Brno: Edika, 2013. S. 142.

<sup>135</sup> SMITH, Melinda, ROBINSON, Lawrence, SEGAL, Jeanne. *ADD / ADHD in Children* [online]. Last updated: June 2015 [cit. 2015-6-8]. Dostupné z: <<http://www.helpguide.org/articles/add-adhd/attention-deficit-disorder-adhd-in-children.htm>>.

## 8 TERAPIE

Train vidí klíč k úspěchu ve spolupráci rodičů a učitelů. Dále musí rodiče a učitelé také předvídat problémy, které může dítě mít; opakovat pokyny; často děti chválit, zaměřit se na odměňování dítěte; používat okamžité, časté a odpovídající postupy; předvést pravidla; rozdělit úkoly do menších celků; poskytnout únikovou cestu (například klidné místo); udržet přiměřenou hladinu stimulace<sup>136</sup>.

Ideus (1995) píše, že v současném přístupu k ADHD a ADD v anglosaském světě převládá trend medicínské technologie (farmakoterapie) snoubící se s behaviorální terapií, která je používána v různých modifikacích doma nebo ve škole. Toto léčení je doplňováno individuální a rodinnou terapií. Hlavním cílem terapie je dle některých autorů (Taylor, 1996, Prior, 1997) zabránění vzniku a rozvoji poruch chování, protože porucha ADHD doprovázená poruchou chování má horší prognózu<sup>137</sup>.

K otázce **farmakoterapie** uvádí Pokorná, že se donedávna v českém prostředí užívalo medikace u dětí se syndromem hyperaktivity jen sporadicky. Ze zpráv Pelhama a Hinshawa (1992) vyplývá, že v USA bylo léčeno medikamentózně 90 % diagnostikovaných dětí – z toho 6 % navštěvovalo základní školu. Malá (2000) vidí pozitivně užívání přípravku „Ritalin“, který vede k bezprostřednímu zlepšení. Proto se podává dopoledne, aby zlepšil situaci dítěte ve škole, protože dopoledne bývá pod větším tlakem. K tomuto přípravku se negativně vyslovil Holowenko (1999), který varuje před jeho zvyšováním úzkostnosti a způsobováním náladovosti. Dle něho se zlepšují jen ty dovednosti, které jsou bezprostředně závislé na zvýšené pozornosti a sníženém neklidu<sup>138,139</sup>.

Munden zmiňuje i další způsoby pomoci lidem s ADHD – psychoterapie, opatření ve škole a sociální intervence<sup>140</sup>. Z psychoterapií jmenujme například behaviorální a kognitivně

<sup>136</sup> TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. S. 121, 142.

<sup>137</sup> PILAŘOVÁ, Martina, KAVALE-PAZLAROVÁ, Markéta. ADHD a ADD – reflexe z odborné literatury 90. let. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. S. 18-29.

<sup>138</sup> POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. S. 133.

<sup>139</sup> Zelinková (2003, s. 203) uvádí, že kombinace medikamentózní léčby a různých forem terapie způsobuje přibližně v 75 % případů lepší koncentraci pozornosti, cílenost aktivit, zlepšení sociálního chování ve třídě, redukci agresivity a impulzivity.

<sup>140</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 75.

behaviorální techniky, komunitně orientovanou terapii, psychoanalytickou psychoterapii nebo multimediální přístup<sup>141</sup>. My si zde představíme jednu ze jmenovaných:

## 8.1 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Tato terapie představuje soubor strategií, jejichž cílem je kognitivní, emoční a sociální změna a změna chování jedince. Je založena na systematickém programu postupných kroků a zaměřena na příznaky. Tato terapie je nasazována až po podrobném zjišťování následujících dat – v jakých vztazích, situacích, prostředích a projevech se označovaný problém objevuje? „*Terapeut vybírá metodu, která by mohla pozměnit existující myšlenková a emoční schémata, a tím i chování dítěte*“. Zapojeni by měli být i rodiče, čímž je kladen důraz na fakt, že problém dítěte je společným problémem. Neklidné a nesoustředěné děti trpí nedostatky v sebekontrolě, mají slabou přizpůsobivost chování vůči požadavkům okolí. Kognitivně behaviorální terapie spočívá v naprogramovaném učení se určitým dovednostem v sebekontrolě. Terapeutické aktivity se snaží také o změnu myšlení, které je základem neakceptovatelného chování<sup>142</sup>.

V České republice existují tzv. „Dys-centra“ jako Dys-centrum Praha, Brno, Třebíč aj. Jmenovaná centra patří pod Asociaci Dys-center, která byla zaregistrována MV ČR dne 5. 6. 1997<sup>143</sup>.

Kromě Dys-center zajišťují poradenskou činnost také:

- zdravotnická pracoviště (pediatrie, odd. dětské neurologie, psychiatrie aj.),
- pedagogicko-psychologické poradny,
- speciálněpedagogická centra (k využití, pokud se s ADHD vyskytuje ještě jiný typ postižení),
- střediska výchovné péče (v případě, že se nedaří řešit speciální potřeby a problémy dítěte s ADD/ADHD),
- poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy,

<sup>141</sup> PILAŘOVÁ, Martina, KAVALE-PAZLAROVÁ, Markéta. Psychoterapeutické přístupy k dětem s LMD. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. S. 76-84.

<sup>142</sup> PILAŘOVÁ, Martina, KAVALE-PAZLAROVÁ, Markéta. Psychoterapeutické přístupy k dětem s LMD. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. S. 76-84.

<sup>143</sup> AJMOVÁ, Hana. Asociace Dys-center. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. S. 101.



- centra EEG-biofeedback terapie (terapie formou hry na počítači)<sup>144</sup>.

## 8.2 ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ

Symptomy ADHD – hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti mohou vážně ohrozit schopnost dítěte učit se. Dítě má časté problémy s chováním a kromě toho přichází ještě potíže s učením. Dítěti tedy přibývá něco dalšího, čeho se bojí, za co se mu jiné děti posmívají a za co je možná i trestáno. Velká část dětí s ADHD trpí specifickými poruchami učení – nejčastěji mají potíže se čtením a psáním. Tyto dvě dovednosti jsou důležité pro získávání poznatků v jiných předmětech, a tak děti s ADHD často selhávají. Jakmile jednou zůstanou pozadu, velmi těžko to dokážou dohnat. Často jen přeslechnou důležitou informaci nebo pokyn učitele, protože přemýšlejí o něčem jiném, nebo jsou snadno vyrušeni hlukem či nějakým okolním pohybem. U mnohých dětí můžeme vidět neúhledný rukopis (zde narážíme na dyspraxii). Dle výzkumu v USA nedokončí až 30 % dětí s ADHD školní docházku a jen 5 % (z 25 % z celkové populace) dokončí čtyřleté akademické studium na college nebo na univerzitě<sup>145</sup>.

Děti s ADHD mívají tyto problémy:

- 1) „90 % zvládá školní práci podprůměrně,
- 2) 90 % ve škole nestačí,
- 3) 20 % má potíže se čtením,
- 4) 60 % má vážné problémy s rukopisem,
- 5) 30 % dětí v USA ze školy odchází.“<sup>146</sup>

Příčinou problémů ve škole může být nedostatečná motivace a nízké sebevědomí. Následkem toho může být špatná práce rodičů a učitelů s dětmi s ADHD. Mnohé děti s ADHD jsou inteligentní, jsou handicapované pouze klíčovými příznaky poruchy. Munden si stěžuje na častou nevědomost a nedostatečnost odborného vzdělání pedagogů. Další problém vidí ve sklonu vnímat problémové děti jako děti s poruchami učení a chování<sup>147</sup>.

<sup>144</sup> RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. S. 246-247.

<sup>145</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 25.

<sup>146</sup> Tamtéž, s. 97.

<sup>147</sup> Tamtéž, s. 97-98.

Vzdělávání hyperaktivních žáků a žáků s poruchami chování probíhá zpravidla v základních školách, speciálních třídách při základní škole nebo v základních školách praktických. Předpokladem úspěšné speciálněpedagogické intervence je použití speciálněpedagogických metod, forem práce a nižší počet žáků ve třídách. Učitelé by se měli snažit o specifické upravení třídy. Ve třídě by měl být odpočinkový kout, kde by mohl žák relaxovat, případně plnit ty požadavky učitele, které nevyžadují práci v lavici. Důležité je také nadstandardní vybavení pro sport a volný čas<sup>148</sup>.

O individuální vzdělávací plán mohou žádat rodiče dětí se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním.

Hodnocení výsledků vzdělávání žáka s vývojovou poruchou učení může probíhat slovním hodnocením, dá-li k tomu souhlas ředitel. Žádost si musí podat zákonný zástupce žáka<sup>149</sup>.

Existují opatření, která dětem v učení pomohou. Například:

- 1) Posadit dítě do blízkosti pedagoga, který ho může nenápadně sledovat, a rozložit větší úkoly na dílčí kroky.
- 2) Využívat odměny za dobrou práci a pochvaly za udržení pozornosti.
- 3) Ulevovat dítěti alespoň tím, že ho pošleme něco zařídit, když začíná být unavené.

Učitelé mohou pomoci i tím, že rozpoznají, že se jedná o skutečný a léčitelný problém; že budou schopni dát dítěti možnost začít od začátku, když se zjistí příčina jeho problémů; že budou dítě motivovat, podporovat ho a pomáhat mu; že zjistí postupy, které budou dítěti pomáhat s koncentrací a učením; že budou spolupracovat i s rodiči; že pomůžou lékařům stanovit správné dávky léků a intervaly, kdy se mají podávat; že podpoří dítě v aktivitách, které zvednou jeho sebevědomí a zlepší sociální dovednosti; že se budou snažit nacházet alternativy místo přeřazení do speciální školy. Bohužel skutečnost je taková, že učitelé často rezignují na svůj dobrý záměr, protože zjistí, že není možné vyhovět potřebám dítěte bez zvláštní pomoci<sup>150</sup>.

---

<sup>148</sup> Tamtéž, s. 113-114.

<sup>149</sup> Tamtéž, s. 46-48.

<sup>150</sup> MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. S. 97-98.

Bartoňová dává pedagogům dětí s ADHD tyto tipy – rady:

- 1) vyhnout se vytváření skupinek a sezení dětí v lavicích. Lepší je uspořádání lavic do písmene „U“.
- 2) Je třeba komunikovat s domovem dítěte, informovat rodiče o jeho chování a jeho zlepšení.
- 3) Vhodné je barevné označení předmětů denních aktivit a materiálů, které si má dítě zapamatovat.
- 4) Kladný vliv na zlepšení pracovní paměti vykazují hudba, různé fráze, pomůcky, které pomohou s výbavností.
- 5) Dítě by mělo mít možnost pracovat u tabule. Jsou doporučovány jiné kompenzační pomůcky.
- 6) Důležité je naučit dítě dělat si seznamy, aby vědělo, jak si zaznamenat úkoly a jak si označit ty, které jsou dokončené.
- 7) Učitel může dítěti nabídnout předmět, se kterým by zaměstnalo ruce a přitom sedělo a poslouchalo<sup>151</sup>.

Jucovičová, Žáčková uvádí další doporučení pro pedagogy:

- dítě by nemělo být káráno za projevy typické pro ADHD,
- je vhodné na projevy typické pro ADHD nereagovat,
- dítě ocení pohybové uvolnění v průběhu vyučování (například nechat dítě rozdat sešity, smazat tabuli),
- více vyhovující je práce po kratších, častěji se střídajících se úsecích,
- dítě by mělo mít možnost změnit pracovní polohu,
- pedagog by měl dítěti umožnit krátký odpočinek,
- časově limitované práce by neměly být hodnoceny dle kvantity, nýbrž dle kvality,

---

<sup>151</sup> BARTOŇOVÁ, Miroslava, VÍTKOVÁ, Marie. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2007. S. 167.

- děti s ADHD mají porušenou krátkodobou sluchovou paměť, proto je vhodné dát dítěti například předepsané zadání příkladů z matematiky,
- při ústním zkoušení je třeba dát dítěti více času, nežadat si pohotovou odpověď, v případě nezdarů pak dát možnost k opravě,
- lze také využít ústního zkoušení mimo kolektiv (v případě nevhodných reakcí spolužáků),
- v zasedacím pořádku je dítěti lépe na méně rušivém místě, protože se lépe soustředí<sup>152</sup>,
- je třeba dohlédnout na zaznamenání domácího úkolu,
- kladný vliv mají pravidelné a systematické odměňování za vhodné chování, oceňování snahy,
- pedagog by se měl snažit o vytvoření vstřícné atmosféry ve třídě, měl by navozovat situace, ve kterých bude dítě zažívat i kladné emoce<sup>153</sup>.

Zelinková dodává, že je důležitá také časná zpětná vazba (vede k optimalizaci chování). Rovněž pokyny a instrukce by měly být dávány speciálním způsobem (obsahovat pouze několik kroků). Domácí úkoly by měly být jednoduché, srozumitelné a splnitelné. O vhodnosti chování se doporučuje nediskutovat. Je dobré si dopředu stanovit jasné mantinely, které je třeba dodržovat. Spolužáci a kamarádi by se měli přiměřenou formou dozvědět o podstatě obtíží spolužáka či kamaráda s ADHD. Důležitá je také možnost sebekontroly a sebehodnocení. Nesmíme opomenout ani optimismus a pevné nervy dospělých<sup>154</sup>.

---

<sup>152</sup> Také není doporučováno, aby žák seděl přímo u okna, odkud přicházejí další vnější podněty. Je doporučováno, aby seděl v lavici s klidnějším žákem. Důležitý je také řád a pravidelnost, což platí i v případě rodinné terapie. Zdroj: *Co je ADHD? ADHD syndrom* [online]. [cit. 2015-6-9]. Dostupné z: <<http://www.awarelaxcentrum.cz/co-je-adhd>>.

<sup>153</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 188-189.

<sup>154</sup> ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. S. 201-202.

Jak uvádí Jucovičová a Žáčková, cílem odlišných metod práce a hodnocení dítěte se SPU a SPCH není nadhodnocování výkonu, nýbrž zjištění, jaké má skutečné schopnosti a vědomosti (nezkreslené poruchou), a ocenění i jeho lidských kvalit<sup>155</sup>.

Riefová tvrdí, že je nezbytné, aby si učitelé uvědomili, že ADD/ADHD je fyziologického a biologického rázu. Tyto děti nás „neničí“ záměrně a nechtějí nás svým chováním vyvádět z míry. Riefová zdůrazňuje možnost, aby se učitelé účastnili dalšího vzdělávání o syndromu ADD/ADHD<sup>156</sup>.

Pokud není žák v hodině schopen udržet pozornost, neustále se předvádí a ruší, pak je nutné zajistit pro práci ve třídě pomocníka (asistenta). Ten je v České republice zatím vídán spíše u dětí tělesně postižených. Pomoc při vyučování mohou zajistit spolužáci, starší žáci, dobrovolníci z řad rodičů, starší občané (dobrovolníci) aj.<sup>157</sup>

Žáka může ve škole sledovat jeho třídní učitel, výchovný poradce, speciální pedagog/metodik, školní lékař, ředitel školy, školní psycholog, logoped, vyškolený učitel tělesné výchovy/specialista na výuku motorických dovedností, jakákoli jiná vhodná osoba ve škole nebo „školním týmem“ pozvaná<sup>158</sup>.

Na konci této podkapitoly věnujme ještě poznámku speciální základní škole v Šumperku. Tato soukromá základní škola byla otevřena v roce 1992 a je určena pro děti s oslabením psychických funkcí, nutných pro rozvoj čtení, psaní a řeči. Zapsat se ale mohou i děti s jiným typem postižení, které nebylo možné na základě jejich handicapu integrovat do běžné školy. Postupem let se zájem rodičů navyšuje a tak počet žádostí převyšuje kapacitu základní i mateřské školy, jež je též specializována na děti se specifickými potřebami. Součástí školy je také diagnostické a poradenské pracoviště, které organizuje pro žáky, rodiče i učitele odborné besedy, relaxační a reedukační pobyty<sup>159</sup>.

### 8.3 RODINNÉ PROSTŘEDÍ

V této podkapitole přinášíme rodičům dětí s ADHD rady a tipy k jejich výchově.

<sup>155</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 190.

<sup>156</sup> RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. S. 21.

<sup>157</sup> Tamtéž, s. 205.

<sup>158</sup> Tamtéž, s. 219.

<sup>159</sup> DOMBIOVÁ, Jitka. *Soukromá speciální MŠ, ZŠ a SPC J. A. Komenského v Šumperku*. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. S. 102-105.

Rodiče školáků s ADHD bývají naplněni nepříjemnými pocity, frustrací, vyčerpaností. Mnozí rodiče zažívají zklamání z nedostatečného úspěchu dítěte ve škole a navíc také často čelí kritice zvenčí. Každého rodiče se nejvíc dotkne kritika jeho dítěte<sup>160</sup>.

Životní prostor dítěte s ADHD je třeba upravit odpovídajícím způsobem, tzn. například mít záslepky v elektrických zásuvkách, madla na zásuvkách nemít vodorovně ale svisle, aby tak nevznikal pomyslný žebřík ke šplhání. Nejlepší ochranou je předcházet krizovým situacím. Antal upozorňuje, že pestré tapety s dětskými motivy nebo nálepky na nábytku odvádějí pozornost. Hračky by neměly být rozházené všude kolem dítěte<sup>161</sup>.

Kerrová radí, jak sdělit dětem mezi šesti a osmi lety skutečnost, že mají nějakou poruchu. Asi od sedmi let děti začínají chápat, že se věci dějí, protože byly způsobeny jinými věcmi. Začínají odlišovat dobré a zlé. Děti v tomto věku mohou pochopit, že „zlé“ věci (injekce, operace, dieta) přinášejí „dobré“ výsledky. Je doporučováno mluvit jednoduše o tom, co je s dítětem, a proč a jak funguje léčba. Dítěti můžeme dát informační letáky a knihy. Největší trápení je způsobeno odloučením od rodiny, proto jsou velmi vhodné časté návštěvy při hospitalizaci v nemocnici. Rodiče by se měli ujistovat v tom, že sourozenci od sedmi let výše vědí, že problém není jejich vina. Sourozencům by se také mělo vysvětlovat vše jednoduše.

Pro děti mezi osmi a deseti lety začínají být důležitější jejich přátelé a život mimo rodinu. Starší sourozenci mohou být nápomocní a povzbuzující, je však třeba o problémech mluvit co nejotevřeněji a jednat s dítětem jako s rovnocenným partnerem<sup>162</sup>.

Antal doporučuje rodičům, aby se stali starším kamarádem svým dětem s ADHD, aby mu zkoušeli rozumět, užívali si jeho pohádkový svět, osvobodili se od dospěláctví, serióznosti a problémů. Děti s ADHD mívají jednoho rodiče také s poruchou ADHD, proto je těžké hledat v sobě trpělivost, klid a mír. Výbušnost a netrpělivost tohoto rodiče plodí hádky a nedorozumění<sup>163</sup>.

---

<sup>160</sup> KOLČÁRKOVÁ, Irena, LACINOVÁ, Lenka. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. S. 38-39.

<sup>161</sup> ANTAL, Martin. *To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem: ADHD očima ADHD*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. S. 101.

<sup>162</sup> KERR, Susan. *Dítě se speciálními potřebami*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997. S. 21-22.

<sup>163</sup> ANTAL, Martin. *To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem: ADHD očima ADHD*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. S. 104-105.

Kerrová uvádí, že by se rodiče dětí se speciálními potřebami (jimiž děti s ADHD jsou), měli vyvarovat přehnaného ochraňování svého dítěte. Měla by být podporována jeho zvědavost a fyzická aktivita. Dítěti by měla být poskytována svoboda, nezávislost a možnost volby. Rodiče by měli nabízet dětem příležitost k tomu, aby mohlo mít pocit naplnění a užitečnosti. Důležité je také, aby se mluvilo s dětmi o pocitech a skutečnostech souvisejících s jeho postižením. Děti by měli být podporovány v samostatném rozhodování<sup>164</sup>.

Na téma „Rodinný život s problémovým dítětem“<sup>165</sup> píše Sheedyová – Kurcinková o tzv. ČTYŘECH „P“. Pokud se jimi rodiče řídí, mohou předcházet každodenním sporům, výbuchům. Autorka apeluje na rodiče problémových dětí, aby pro ně připravovali cestu k úspěchu. Příprava této cesty je založena na ČTYŘECH „P“:

- 1) předvídejte reakce. Nejde zde o to, aby se dítě slušně chovalo, ale o to, aby dítě bylo úspěšné. Stačí si jen dopředu v duchu projít celý den. Rodiče jmenují nejčastěji tyto krizové momenty v běžném dni: oblékání, příchod domů ze školky, braní léků, odchod z tanečního kroužku, ukládání k spánku.
- 2) Připravujte prostředí. Problémové děti mají rády prostor a pohyb. Z jejich dosahu bychom měli odstranit lákavé předměty, kterých by se nemělo dotýkat. Tabu by pro ně měly být bojové hračky, protože podporují agresivitu.
- 3) Pracujte společně. Cestu k úspěchu nemůžeme dítěti vyšlapat sami, musíme přizvat i samotné problémové dítě.
- 4) Prožívejte radost z úspěchů. Výkony problémových dětí by měly být pochváleny. Rodiče by měli umět ocenit také sama sebe<sup>166</sup>.

Nesmíme zapomenout na sourozence, kterým se často nedostává tolik pozornosti jako dítěti s ADHD. Rodiče by se měli vyvarovat přísnějších trestů v případě chybování a měli by slavit jejich úspěchy stejnou mírou jako ty svého sourozence s ADHD. Sourozenci se mohou stát asistenty svých rodičů.

<sup>164</sup> KERR, Susan. *Dítě se speciálními potřebami*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997. S. 82-83.

<sup>165</sup> Sheedyová-Kurcinková velmi hezky píše o tom, jaké problémové děti vlastně jsou. „Jsou to normální děti, které jsou mimořádně emocionální, vytrvalé, citlivé, vnímavé a neochotné ke změně ve srovnání s druhými dětmi.“ (S. 9)

<sup>166</sup> SHEEDYOVÁ-KURCINKOVÁ, Mary. *Problémové dítě v rodině a ve škole: [dítě mimořádně citlivé, vnímavé, tvrdohlavé, aktivní]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. S. 184-194.

Smith, Robinson a Segal radí rodičům, aby zavedli pravidla, která jsou děti s ADHD schopné pochopit a dodržovat. Tyto děti také velmi pozitivně reagují na systém odměn a následků. Důležité je vysvětlit, co se stane, když bylo pravidlo dodrženo, a co se stane, když dodrženo nebylo. Také tito autoři vyzdvihují význam pochvaly. Úsměv, pozitivní komentář nebo jiná odměna může zlepšit pozornost, koncentraci a impulzivnost. Pozitivní vliv na koncentraci, deprese a úzkosti má sport. Fyzický výdej může vést k zlepšení spánku.

Děti s ADHD jsou velmi kreativní, avšak nedokážou své originální nápady kvůli špatné pracovní disciplíně a sebeorganizaci zrealizovat. Těmto dětem často chybí výdrž a motivace<sup>167</sup>.

---

<sup>167</sup> JENETT, Wolfdieter. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Brno: Edika, 2013. S. 144.



## 9 LEGISLATIVA

Právo všech dětí na vzdělání je zakotveno v Listině práv a svobod, která je svým článkem 33 součástí Ústavy České republiky. *„Základním východiskem je nerozlišování dětí na handicapované a intaktní a změna v zaměření na dítě v celé šíři jeho osobnosti a sociálních vztahů, nikoli se zřetelem pouze na jeho postižení, ať se jedná o handicap zdravotní či sociální.“*<sup>168</sup>

Cíle vzdělávací politiky byly schváleny vládou České republiky v roce 1999. Na jejím základě vznikl Národní program rozvoje v České republice Bílá kniha (2001). Za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou považováni žáci se zdravotním postižením (například tělesným, autismem, SPU a SPCH), žáci se zdravotním znevýhodněním (zdravotně oslabení, dlouhodobě nemocní a s lehčími zdravotními poruchami, které vedou k poruchám učení a chování), žáci se sociálním znevýhodněním (žáci ohrožení sociálně patologickými jevy, z rodinného prostředí s nízkým sociálně-kulturním postavením aj.). Patří sem i okruh žáků nadaných a mimořádně nadaných<sup>169</sup>.

*„Děti, žáci a studenti se speciálními potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možností, na vytvoření nezbytných podmínek, na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení.“*<sup>170</sup>

Vzdělávání v České republice legislativně upravuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném vzdělání ze dne 24. září 2004<sup>171</sup>. Podrobněji se pak problematikou postavení dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole zabývá vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. ze dne 9. 2. 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. V případě silné poruchy může být dítě na základě vyšetření odborníky zařazeno mezi žáky se zdravotním postižením (takové děti mívají individuální vzdělávací plán)<sup>172</sup>.

<sup>168</sup> BARTOŇOVÁ, Miroslava, VÍTKOVÁ, Marie. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2007. S. 44.

<sup>169</sup> Tamtéž, s. 44.

<sup>170</sup> Tamtéž, s. 45.

<sup>171</sup> Tamtéž, s. 49.

<sup>172</sup> JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. S. 187.

Vyhláška zmiňuje například:

- „nárok na tzv. *podpůrná opatření při vzdělávání – speciální metody a postupy, kompenzační učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě;*
- *speciální vzdělávání se poskytuje žákům se speciálními vzdělávacími potřebami na základě speciálně pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření školského poradenského zařízení a jejich rozsah a závažnost je důvodem k zařazení žáka do režimu speciálního vzdělávání, ...*<sup>173</sup>

Výkladem legislativy uzavíráme teoretickou část.

Dovolme si závěrem uvést, co píše Antal. Antal užívá při označování dětí s poruchou ADHD pojmenování „ADHDíkové“. Antal vidí v těchto dětech bytosti, které sice nevládnou tak úžasnými vlastnostmi nebo schopnostmi, ale problémy mají. Antal si myslí, že jsme všichni svým způsobem dokonalí. ADHDíkové přicházejí, abychom se sami stali dokonalejšími, a proto jsou v tomto směru úžasní. Nutí nás vypěstovat si v sobě trpělivost, sebeovládání, obětavost, pokoru (když konečně pochopíme, jak mnoho nám již dali a ještě dají). Tyto děti se nás snaží naučit být lepšími, Antal píše o poslání v tomto smyslu. Učí nás žít, ale my je nechápeme a snažíme se je normalizovat, čímž je ničíme a sebe okrádáme o impuls změny<sup>174</sup>.

---

<sup>173</sup> Tamtéž, s. 192.

<sup>174</sup> ANTAL, Martin. *To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem: ADHD očima ADHD*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 294 s. ISBN 978-80-204-2898-1. S. 244-245.

## PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části jsou uvedeny kazuistické studie, které jsem zpracovala z pozorování ve třídě a rozhovory s třídními učitelkami nebo asistentkami pedagoga.

## 10 PŘÍPADOVÁ STUDIE

Případová studie je jednou z metod [kvalitativního výzkumu](#). Dříve byly tyto studie využívány zejména v medicíně a psychologii.

V pedagogickém výzkumu je zkoumán jednotlivý žák, malá skupinka žáků, jednotlivá třída nebo škola jako celek. Výhodou tohoto výzkumu je možnost hlubšího poznání podstaty.

Předpokladem je, že podrobný výzkum jednoho případu přispěje k lepšímu porozumění a pochopení jiných nebo obdobných případů.

Případová studie zkoumá okolnosti, kontextové faktory, příčiny a vztahy, které ovlivňují problémovost; studie může jít hluboko do dětství, zkoumat vztahy v rodině, vliv vrstevníků a spolužáků, vztahy ve třídě či vrstevnické skupině, postoje učitelů, nenaplněné aspirace daného žáka nebo důvody školního neúspěchu.

Metody výzkumu:

- dotazníky
- rozhovory
- pozorování
- analýzy dokumentů aj.

Fáze případové studie:

- přípravná fáze (zahrnuje teoretickou a metodologickou přípravu, výběr objektu)
- realizační fáze (neformální rozhovory, sbírání potřebných dat)
- fáze zpracování (vyhodnocení výsledků, vypracování kazuistiky)

Kazuistika patří mezi metody často používané v klinické psychologii. Jedná se o způsob práce s jednotlivým případem. Díky metodě případových studií lze postihnout některé souvislosti, které nejsou na první pohled zjevné, a tím nám umožňuje pochopit celý případ do hloubky. Po vypracování kazuistiky může být zvolen adekvátní přístup k žákovi.

## **11 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI**

Cílem praktické části této diplomové práce je zjistit, jak děti, které mají prokázán syndrom ADHD, zvládají školní povinnosti, a jak jsou zadaptované ve školním prostředí. Ve zpracovaných kazuistikách uvedu i specifické poruchy učení, které postižení provázejí (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie).

## 12 SHRNU TÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Tématem této diplomové práce jsou Syndromy ADHD v mladším školním věku. V šesti kazuistikách, 4 chlapci a 2 děvčata, jsem vycházela s diagnostikované poruchy ADHD. Všichni žáci byli vyšetřeni v PPP nebo SPC. Symptom hyperaktivity byl ze specializované poradny uveden u 4 žáků, symptom poruchy pozornosti byl uveden u 2 žáků a symptom impulzivity také u 2 dětí. Na doporučení speciálních pedagogů z PPP nebo SPC měli žáci vypracovaný individuální vzdělávací plán (IVP). Ve většině případů je syndrom ADHD spojen se SPU. U sledovaných žáků byly zjištěny SPU. Nejvíce je zastoupena dyslexie, dále dysgrafie, dyskalkulie a dysortografie.

Z rozhovoru s dětmi vyplynulo, že si svojí poruchu uvědomují, ale nedokážou pracovat tak rychle jako ostatní spolužáci, nedokážou své chování vědomě usměrnit nebo se lépe připravit na vyučování. Z vyučovacích hodin mají ve většině případů nejraději výchovy (výtvarná výchova, hudební výchova, tělesná výchova a pracovní činnost), pouze dívka B. uvedla, že má ráda matematiku. Z nejméně oblíbených předmětů byly uvedeny jazyky (český a anglický jazyk), matematika, vlastivěda, přírodověda. Ve dvou kazuistikách je oblíbený tanec.

Třídní učitelky pracují podle IVP, které vypracovaly podle pokynů speciálních pedagogů z PPP nebo SPC. V hodnocení přihlíží ke specifickým poruchám, což bývá v nižších ročnících problém. Menší děti nechápou rozdílnou klasifikaci u žáků s ADHD. V jednom případě si třídní učitelka postěžovala na chování matky, jinak spolupráci s rodiči nebo zákonnými zástupci uvedly jako dobrou.

Z provedeného výzkumu 6 žáků vyplynula skutečnost, že 3 děti žijí v náhradní rodinné péči (dětský domov, prarodiče, teta z matčiny strany) a 3 děti žijí v neúplných rodinách. Všechny děti měly porodní nebo poporodní problémy, jejich vývoj nebyl standardní.

I přes postižení, které děti mají, byla vidět radost z dobrých školních výsledků. Žáci se symptomy ADHD musí být stále povzbuzováni a chváleni, musí cítit, že jsou ve školním kolektivu potřební. Jsou fixovány na svojí třídní učitelku. Její nepřítomnost dokáže u těchto dětí vyvolat zamlklost, nezájem o dění při vyučování nebo ignoraci suplujícího pedagoga.

### **13 POUŽITÉ METODY VÝZKUMU**

Pro dosažení cíle průzkumu diplomové práce jsem zvolila 2 metody - pozorování ve třídě a rozhovor se žákem s diagnostikovaným syndromem ADHD, třídní učitelkou nebo asistentkou pedagoga. Všechny výstupy z uvedených metod byly pořízeny anonymně, pouze pro výzkum této diplomové práce. Žáci ani třídní učitelky, popř. asistentky, nevěděli o vzájemných odpovědích. Jméno žáka v kazuistice uvedeno není, zvolila jsem pouze symbolické velké písmeno.

## 14 KAZUISTIKA Č. 1

Do první kazuistiky jsem si vybrala chlapce **A.** (4. třída), který navštěvoval v 1. pololetí naší základní školu a od 2. pololetí je žákem základní školy praktické.

**A.** pochází z neúplné rodiny, od 3. Týdne svého života je v dětském domově. Matka je toxikomanka, o chlapce nejeví žádný zájem. Původně byl uveden jako otec muž vietnamské národnosti, ale v současné době má v rodném listě již uvedeného svého biologického otce. Má sestru, která žije u otce a bratra, který je umístěn také v dětském domově. Jeho dětství poznamenalo pohlavní zneužití čtrnáctiletým chovancem z DD. Jeho případ byl vyšetřován Policií České republiky.

Dětský domov a vychovatelka se školou spolupracovaly, dohlížely na pravidelnou přípravu do školy, byly v kontaktu s asistentkou i třídní učitelkou.

**A.** navštěvuje pravidelně dětské psychiatrické odd. v krajském městě a PPP. Zúčastnil se rovněž sociálně rehabilitačního pobytu a v letošním roce byl umístěn do PL v Bohnicích. V první třídě byla **A.** přidělena asistentka, která mu pomáhala až do jeho odchodu na jinou školu. V současné škole asistenta nemá, což se jeví jako velký problém při výuce i o přestávkách. I když je ve třídě poměrně málo žáků, je **A.** problematický a nezvladatelný.

PPP diagnostikovala u **A.** ADHD (hyperaktivní syndrom), SPU (dysgrafie, dyslexie, operační dyskalkulie a obtíže dysortografického charakteru).

Při rozhovoru s **A.** vyplynulo, že ví, jakým problémovým žákem je. Musí mít nad sebou neustálý dohled, jinak dochází ke konfliktům, které velmi často vyvolává. Pokud je chlapec sám s dospělým, snaží se pomáhat. Hledá u nich oporu a blízký kontakt. Je-li v kontaktu s ostatními dětmi, projevují se u něj afektivní záchvaty. V těchto situacích i na dospělé reaguje vulgaritami, křikem, náznaky brachiálního násilí atd. Po zklidnění a promluvě s dospělým se snaží omluvit nebo odčinit své nevhodné chování. Ve většině těchto situací je patrna nejistota a velké množství agresivity, kterou se nebojí projevit. **A.** se musí neustále připomínat, jaká jsou pravidla a hranice, které je nezbytné respektovat. Lépe reaguje na klidné a důsledné pokyny a pozitivní ocenění žádoucího chování, zároveň však potřebuje přátelské, ale pevné vedení.

Ve škole ho nejvíce baví výtvarná výchova, tělesná výchova. Rád tvoří při pracovních činnostech a také rád tancuje. Naopak ho nebaví český jazyk a matematika.



Z rozhovoru s jeho bývalou třídní učitelkou a asistentkou vyplynulo, že **A.** je velmi labilní povahy a musí se s ním pracovat pomalu. Musí být veden systematicky k cíli, který dokáže pochopit a zvládnout. Potom má i radost z vykonaného úkolu. V současné době je žákem základní školy praktické, kam přešel v 2. pololetí, po ukončení léčebného pobytu v PL v Bohnicích. Ve třídě je 8 žáků a **A.** tam svého asistenta nemá. Současná třídní učitelka mi sdělila, že **A.** byl měsíc po přestupu a po pobytu v PL zklidněný, ale v současné době uvažují o asistentovi, který by vedl **A.** v individuálním vzdělávání a při jeho specifických potřebách.

## 15 KAZUISTIKA Č. 2

V druhé kazuistice uvádím dívku **B.** (5. třída), která navštěvuje základní školu v menším městě.

Její rodina je neúplná, dá se říci, že je disfunkční. **B.** žije u svých prarodičů. Její matka žije se svým přítelem v jiném městě. Má tři nevlastní sourozence, dvě sestry a jednoho bratra, se kterými je v kontaktu, stejně jako se svojí matkou, minimálně.

**B.** má diagnostikovanou poruchu ADHD, SPU (dyslexii, dysgrafii a dysortografii). Na onemocnění se přišlo v PPP ve 2. pololetí 3. ročníku, kdy se její výsledky v učení a změna v chování značně zhoršily. Do PPP dochází jedenkrát měsíčně, kde spolupracuje s pracovníky na různých cvičeních. Z mého pozorování vyplynulo, že je **B.** při vyučování velmi neklidná. Pokud ji zaujme učivo, hlásí se. Pokud učitelka vyvolá tři až čtyři žáky před ní, začne vykřikovat nebo občas reaguje po vyvolání zaskočeným výrazem a následně skloní hlavu. Třída **B.** odmítá. To vyplývá z některých projevů a chování **B.**, jelikož bere dětem svačinu, provokuje je a někdy se stane, že i z ničeho nic svému spolužákovi dá bezdůvodně facku nebo do něj alespoň vrazí. Spolužáci na oplátku **B.** shazují věci z lavice, nadávají jí. Po mém pozorování jsem si všimla, že mezi několika chlapci a ní panuje veliká agrese, která už je v řešení s vedením školy. Pokud dojde o přestávce k nějaké šarvátce, ve většině případech je z tohoto činu obviněna **B.**. Někdy je **B.** i obětí.

Do školy chodí **B.** připravená. S domácími úkoly jí pomáhá babička, úkoly jsou vždy podepsané a většinou bez chyby. Podle výpovědi paní učitelky jsem vyvodila, že když něco neudělá podle představ svých prarodičů, tak je tělesně potrestána.

Z pozorování jsem usoudila, že se **B.** bojí lidí – zejména dospělých. V momentě, kdy potřebuje odvahu a přijde za třídní učitelkou, jež se zeptá, co potřebuje, **B.** zavrtí hlavou a nic neřekne (patrně ze strachu, z nějaké obavy). Tvrdí o sobě, že si nic nepamatuje.

Ve škole jí nejvíce baví matematika, hudební výchova a výtvarná výchova.

Mezi její neoblíbené předměty zařadila český jazyk, vlastivědu, anglický jazyk.

Rozhovor, který jsem uskutečnila s **B.** a s její třídní učitelkou, mě velice zaujal. **B.** mi byla ochotná sdělit mnoho informací a dokázala spolupracovat. Sama o sobě ví, že trpí poruchou ADHD, hovoří o tom, že má „poruchu mozku“. S jejími úkoly jí pomáhá její

babička, která je na ní velmi přísná. O pedagogicko – psychologické poradně si myslí, že jí velmi pomáhá a její pracovníci jsou na ni moc hodní. Ve škole by chtěla změnit své spolužáky, přála by si, aby na ní nebyli tolik zlí.

**B.** byla součástí třídy, kterou třídní učitelka převzala od své kolegyně, která odešla do důchodu. Potíže u **B.** zjistila od své kolegyně a od svých kolegů. Prarodiče se školou moc nespolupracují. Většinu příčin poznala sama, jelikož má zaměření, kromě 1. stupně, i na speciální pedagogiku. Na otázku: „ Zda je dítě náročnější než ostatní“ odpověděla ano, když jsem se ptala, alespoň na jeden důvod, odpověděla mi, že **B.** je velmi nesoustředěné dítě a díky své hyperaktivitě ruší své spolužáky svým neustálým procházením po třídě. Pro učitelku je největší problém ten, že za ní chodí rodiče „ šikanovaných“ spolužáků a často si na **B.** stěžují.

## 16 KAZUISTIKA Č. 3

Ve třetí kazuistice uvádím dívku **C.**, která navštěvuje základní školu (1. třída).

**C.** pochází z neúplné rodiny. Žije s matkou a jejím přítelem, kterého považuje za otce. Matka žádala učitelku o zabránění styku s vlastním otcem. Ten měl matku fyzicky týrat a **C.** byla těchto aktů přítomna. Má podle matky noční děsy, které ustupují. Otec dívky má soudní zákaz styku s dítětem. Další sourozence nemá. **C.** trpí syndromem ADHD a SPU (dyslexie).

**C.** navštěvuje dvakrát za rok pedagogicko – psychologickou poradnu a je v péči psychiatra. Školní problémy se začaly objevovat před rokem, kdy se **C.** začala výrazně zhoršovat v 1. třídě, kterou navštěvovala. Špatné výsledky byly tak zřetelné, že byla poslána do PPP a následně bylo doporučeno opakování prvního ročníku. Při hodinách je nesoustředěná, hraje si s předměty, vykřikuje. Bez jakéhokoliv impulzu chodí záměrně ke koši, popř. ke stolku učitelky s banálním dotazem nebo připomínkou. Po napomenutí dokáže chvilku reagovat na dané úkoly, ale její pozornost je minimální.

Matka je se školou v pravidelném kontaktu. Snaží se všechny úkoly doplnit, ale bohužel **C.** tempo třídy nestíhá. V PPP jí bylo doporučen přestup do speciální třídy. Nejprve matka přechod odmítala, ale po konzultaci s učitelkou s přestupem souhlasila. **C.** byla touto zprávou nejdříve zaskočena, ale v současné době se do nové třídy těší.

V českém jazyce během 1. pololetí zvládala **C.** učivo bez problémů. Čerpala z minulé první třídy. Během několika měsíců ale nastalo opětovné zhoršení. Po vyšetření v PPP byl **C.** doporučen asistent pedagoga. Asistentka pomáhá **C.** s přípravou na vyučování, dohlíží na to, aby sledovala text, ukazuje ji kroky při hodině. V matematice je snaživá, numerické operace jí problém nedělají. Obtíže má se slovními úlohami, kterým nedokáže správně porozumět. Při názorném výkladu pochopí, jak postupovat. Ostatní předměty ji baví, ráda manuálně pracuje při pracovních činnostech, ráda zpívá a kreslí.

V kolektivu si oblíbila premiantku třídy, se kterou tráví veškerý volný čas. Jelikož je ve škole již druhým rokem, zná věci, které pro ostatní žáky jsou novinkou a ráda je „zasvětit“ do problému. Odpoledne tráví se svojí kamarádkou ze třídy ve školní družině, kde jejich chování vyhodnotila vychovatelka jako problémové. Dokáže být i panovačná.

Paní učitelka **C.** vhodně zaměstnává např. rozdáváním sešitů, mazáním tabule nebo zamykáním šaten. To dělá s ochotou a radostí.

O svém problému neví, neuvědomuje si ho. Paní učitelku má ráda, vyrábí jí různá přáníčka, maluje obrázky.

## 17 KAZUISTIKA Č. 4

Čtvrtá kazuistika je o dívce **D.**, která navštěvuje taktéž 1. třídu. Pochází z neúplné rodiny, otec není uveden. Ve společné domácnosti žije **D.** s matkou a babičkou, které v nedávné době diagnostikovali Alzheimerovu chorobu a matka **D.** se o ni stará.

**D.** se narodila v 32. týdnu těhotenství. Porod byl problematický, dívka byla přidušena. Vývoj dívky byl zpomalený, ve 4 letech byl u ní diagnostikován nezhoubný nádor na mozku, který je pravidelně sledován na Pediatrické klinice 2. LF UK a FN Motol. Postupem času byly **D.** přidány další diagnózy jako šeroslepost, porucha metabolismu, trpaslictví, obezita a oční vada.

Po dovršení 6 let nastoupila **D.** do přípravné třídy. Během roku byla vyšetřena v SPC, kde ji na základě psychologického vyšetření byla zjištěna úroveň nadání v pásmu lehkého mentálního postižení při výrazně dominantním výkonu ve verbální složce. Profil nadání výrazně kolísal, zjištěn syndrom ADHD. Vzhledem k problematice chování byly matce doporučeny výchovné postupy.

V současné době je **D.** v péči speciálního pedagoga SPC, dochází na individuální pedagogickou péči. Ve škole se vzdělává podle ŠVP zpracovaného podle RVP pro základní vzdělávání upravené pro žáky s lehkým mentálním postižením, má vypracovaný IVP, při vyučování jí pomáhá asistentka pedagoga.

**D.** je ve škole dobře zadaptovaná a orientovaná, do společných činností se aktivně zapojuje, z úspěchů má radost. Pracuje pod stálým vedením a s pomocí asistenta. Slovní instrukce musí být podpořeny názorem. Na školní výkony mají vliv její výkyvy pozornosti, nálada a ochota plnit úkoly aspolupracovat. Při únavě vyrušuje výuku vykřikováním. Někdy používá i vulgární projevy. Učivo podle IVP zvládá bez problémů. Čte slabikováním a pomalým tempem s občasným dvojitým čtením. Zvládá opis slov, v matematice počítá s názorem. Při práci musí být stále motivována a povzbuzována.

Mezi její oblíbené předměty patří výtvarná výchova, pracovní činnosti a hudební výchova. Ráda tancuje.

Matka se **D.** velmi věnuje. Navštěvují různé kroužky a zábavné akce, o kterých ráda všem vypráví. S matkou je spolupráce dobrá, zajišťuje **D.** docvičování a doučování, aby

nemusela být přeřazena do základní školy praktické a mohla setrvat v běžné základní škole co nejdéle.

V kolektivu je oblíbená, děti jsou ochotny ji pomáhat a doprovázet. Protože se její mentální úroveň pohybuje v lehkém pásmu retardace, jsou její projevy odlišné od ostatních dětí.

## 18 KAZUISTIKA Č. 5

Další žák, kterého jsem zařadila do kazuistiky, je chlapec **E.**, který navštěvuje 2. třídu. V osobní anamnéze má zaznamenány rizikové a porodní okolnosti (přenášený, porod komplikovaný, protahovaný).

Z psychologického vyšetření mu byla diagnostikována masivní porucha aktivity a pozornosti ve smyslu ADHD na organické bázi. PPP předpokládá akceleraci poruchy.

**E.** žije s matkou a starším bratrem v bytě pro sociálně slabé. Do školy chodí sice čistě oblečen, ale nedostatečně. Nenosí svačiny a celkově se jeví jako citově strádající chlapec. Při rozhovoru s paní učitelkou jsem zjistila, že sama paní učitelka dala **E.** svačinu, ale toto se nelíbilo matce, která jí sdělila, že si toho nemá všímat.

Jeho práce při vyučování je s komentářem. Je nesamostatný, vyžaduje intenzivní podpůrné vedení, jinak práci nedokončí. Je neklidný, výchovně se hůře usměrňuje. Nedokáže se plně soustředit, jeho koncentrace pozornosti je téměř rozptýlená. Na doporučení PPP byla **E.** přidělena asistentka pedagoga.

Při rozhovoru s paní učitelkou vyplynulo, že ve třídě patří mezi problémové žáky a asistent pedagoga je velmi nutný. **E.** má nižší koncentraci pozornosti, na lavici ho rozptylují úplné maličkosti, při jeho slabších chvílkách reaguje podrážděně. Má pomalé tempo a spíše mu byla doporučena individualizace ve vzdělání. Při vyučování musí mít jednoduché, jasné a důsledné postupy.

Podle asistentky je chování **E.** velmi impulzivní a získat jeho zájem je těžké. Musí sám chtít, jinak jeho aktivita opadá. Někdy odmítá pracovat úplně, schová se pod oblečení a nereaguje na žádné dotazy ani pobídky.

Ze všech sledovaných dětí se mi **E.** jevil jako nejproblematičtější. Odmítal mě, neodpovídal na otázky, byl negativní. Po nějaké době mi začal postupně odpovídat. Mezi jeho oblíbené předměty patří tělesná a hudební výchova. Volný čas tráví se starším bratrem a jeho kamarády, ve třídě kamarády nemá, protože mu, údajně, všichni ubližují. Na otázku, jestli tráví víkendy s maminkou, odpověděl, že je v práci a musí vydělávat peníze.

Ve třídě má oblíbené 2 spolužáky, ostatní nemá rád. Ani on není ke kamarádství vyhledáván.



## 19 KAZUISTIKA Č. 6

Poslední chlapec, kterého jsem zařadila do svých kazuistik, je žák **F.** (5. třída). Na chlapce bylo vydáno předběžné opatření. V současné době je svěřen do péče tety z matčiny strany. V pěti letech měl být chlapec sexuálně obtěžován otcem. Rodiče jsou rozvedeni, matka žije v současné době jinde než chlapec. Teta se musela z finančních důvodů přestěhovat ke kamarádce. Chlapec navštěvuje dětskou psychiatrii a pravidelně je monitorován na dětské kardiologii.

Po zahájení školní docházky byly u **F.** zjištěny problémy s koncentrací pozornosti a byl proto poslán k vyšetření do SPC. Pro zmírnění agresivity a zvýšení pozornosti mu byla doporučena medikace.

Ve škole podává průměrné výsledky, největší problémy má v písemném projevu a matematice. Na návrh SPC bylo škole doporučeno zřízení asistenta pedagoga, který by **F.** pomohl při vyučování a celkové socializaci v třídním kolektivu. Nyní asistentka **F.** vede při organizování a koordinaci pracovní aktivity. Podle paní učitelky **F.** pracuje v krátkých intervalech (10 – 15 minut), jeho práce je prokládána krátkým odpočinkem (pasivním i aktivním). Umožňuje mu dostatek pohybu i během vyučování, může pracovat i v kleče, ve stoje nebo v pohybu. Má vypracovaný IVP.

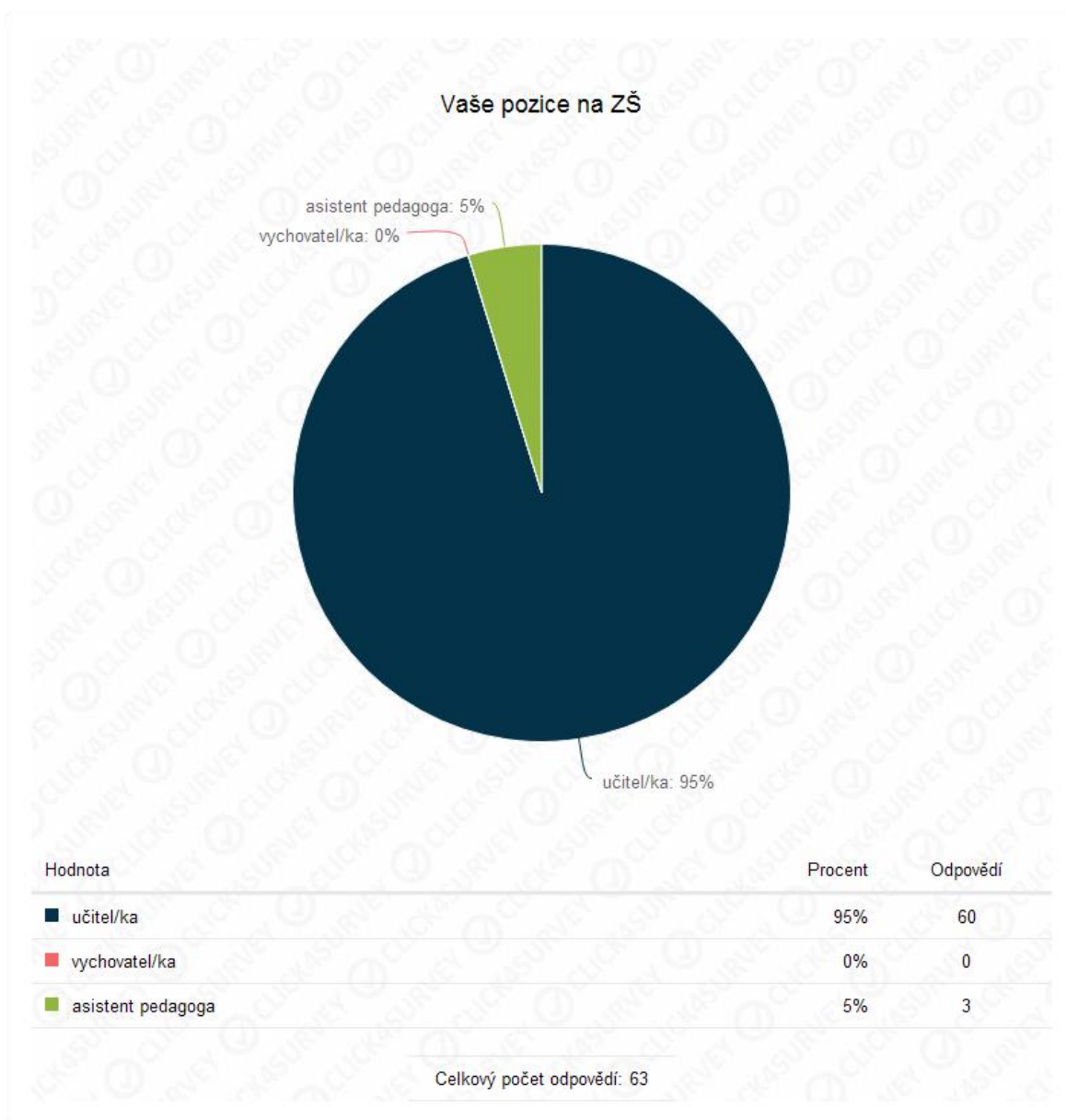
Při rozhovoru byl **F.** neklidný, zrakem stále uhýbal do stran. Byl nejistý, ostražitý a při vyprávění si pomáhal gesty. Říkal, že je rád u své tety. K mamince chodí, ale není tam spokojený, protože je tam velká zima. Svůj volný čas tráví před domem s kamarády ze školy. Rád by chodil na nějaký kroužek, chtěl by závodně plavat. Ve škole se mu líbí, ale nemá rád český a anglický jazyk. Matematiku by měl rád, kdyby byly jednodušší příklady. Nejde mu násobilka a dělení. Má rád pracovní činnosti, výtvarnou a tělesnou výchovu.

Asistentka uvedla, že práce s **F.** je náročná. Snaží se **F.** zaměstnat, využívá jeho manuální zručnost. On tuto činnost vyhledává, má rád práci s modelínou, keramickou hlínou, ale i s různými stavebnicemi. Podle asistentky dochází k jeho zklidnění. O přestávkách je hyperaktivní, někdy až nebezpečný (neúmyslně).

Teta, která má **F.** v pěstounské péči, se školou spolupracuje. Snaží se s ním plnit přípravu do školy a vypracovávat veškeré domácí úkoly. Je ochotná kdykoliv přijít do školy a společně s třídní učitelkou a asistentkou vyřešit vyskytnuté problémy.

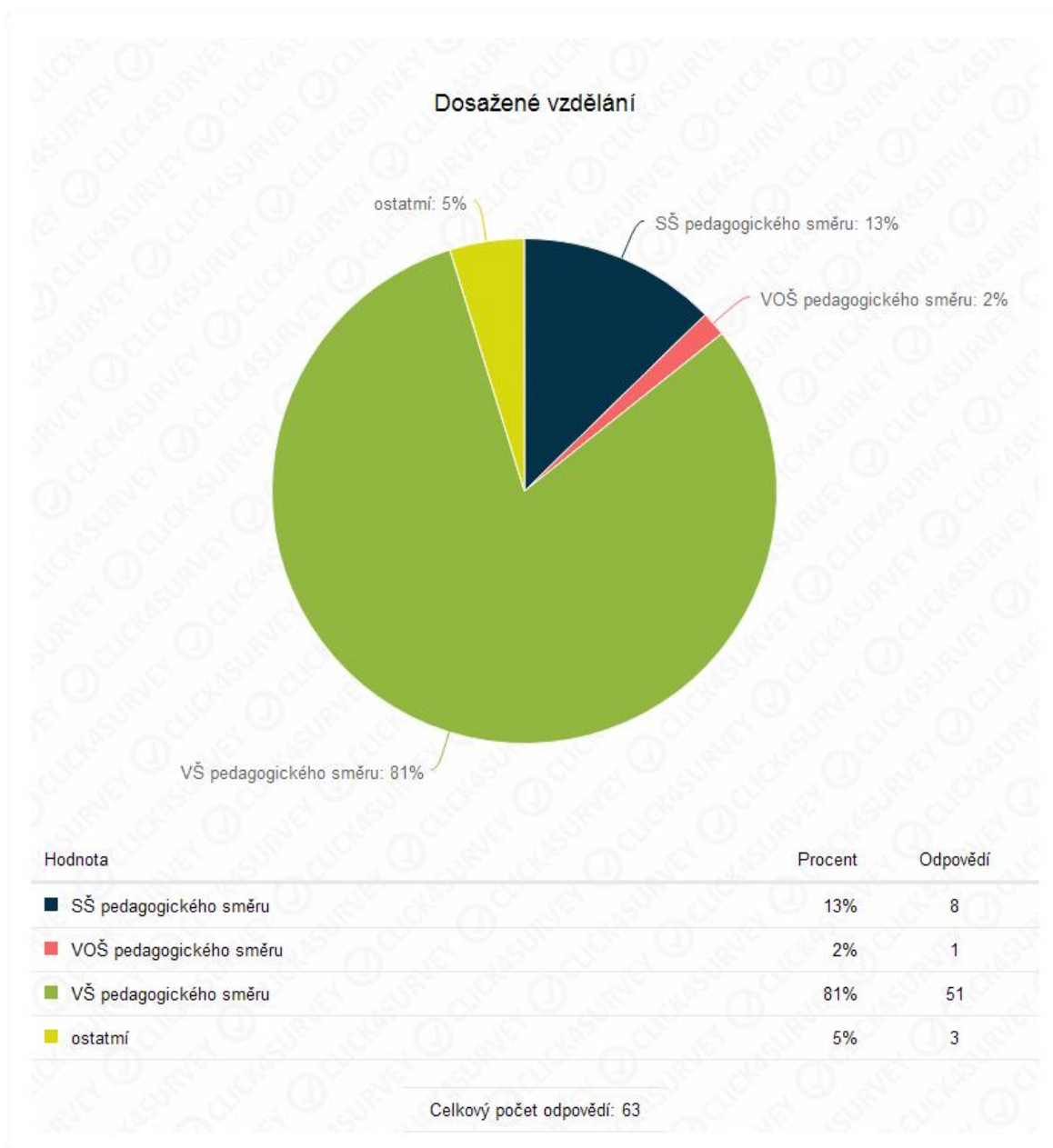
## 20 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

### 1. Jaká je Vaše pozice na základní škole?



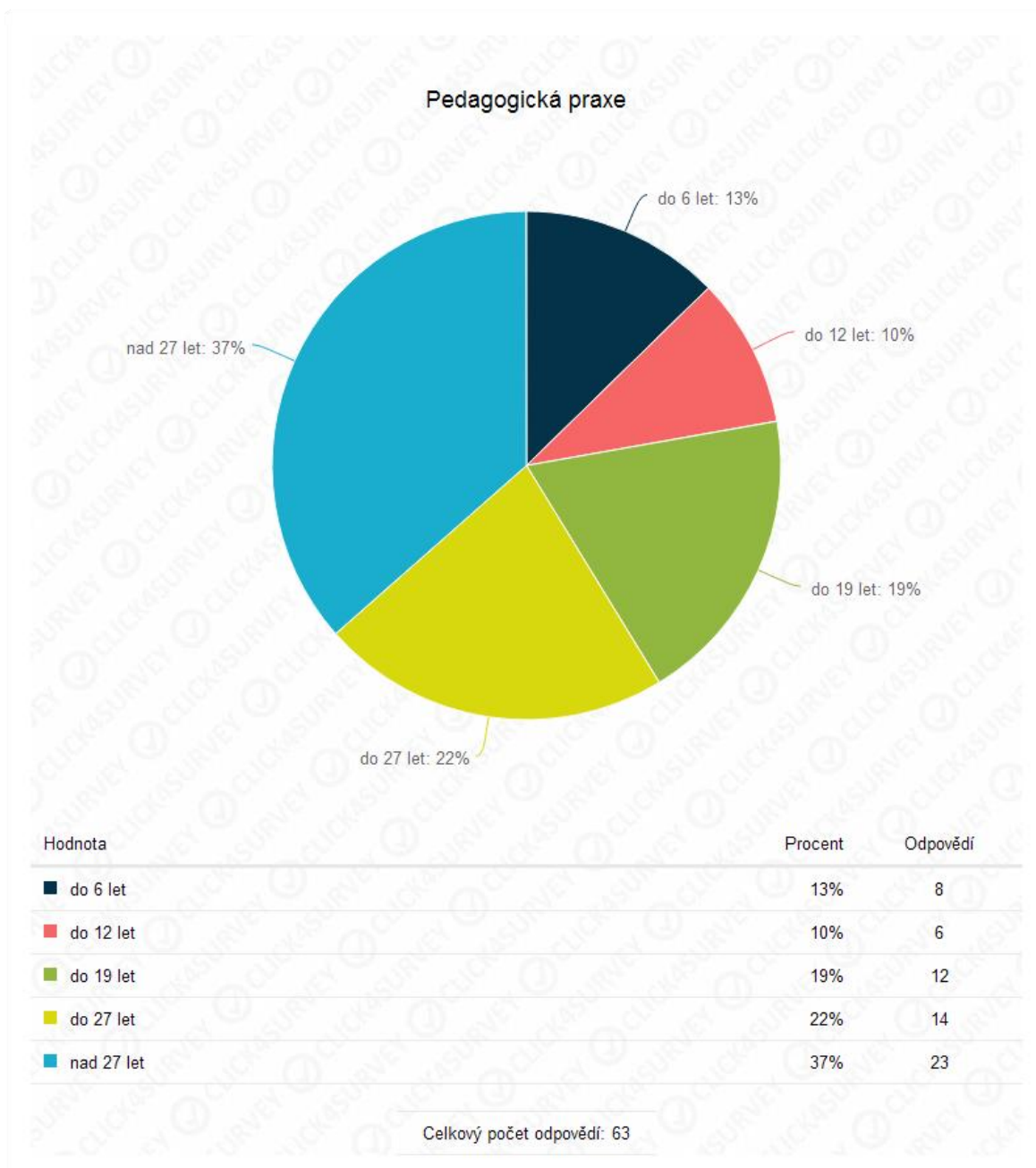
Z dotazovaných bylo 95% učitelek a 5% asistentů pedagoga.

## 2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?



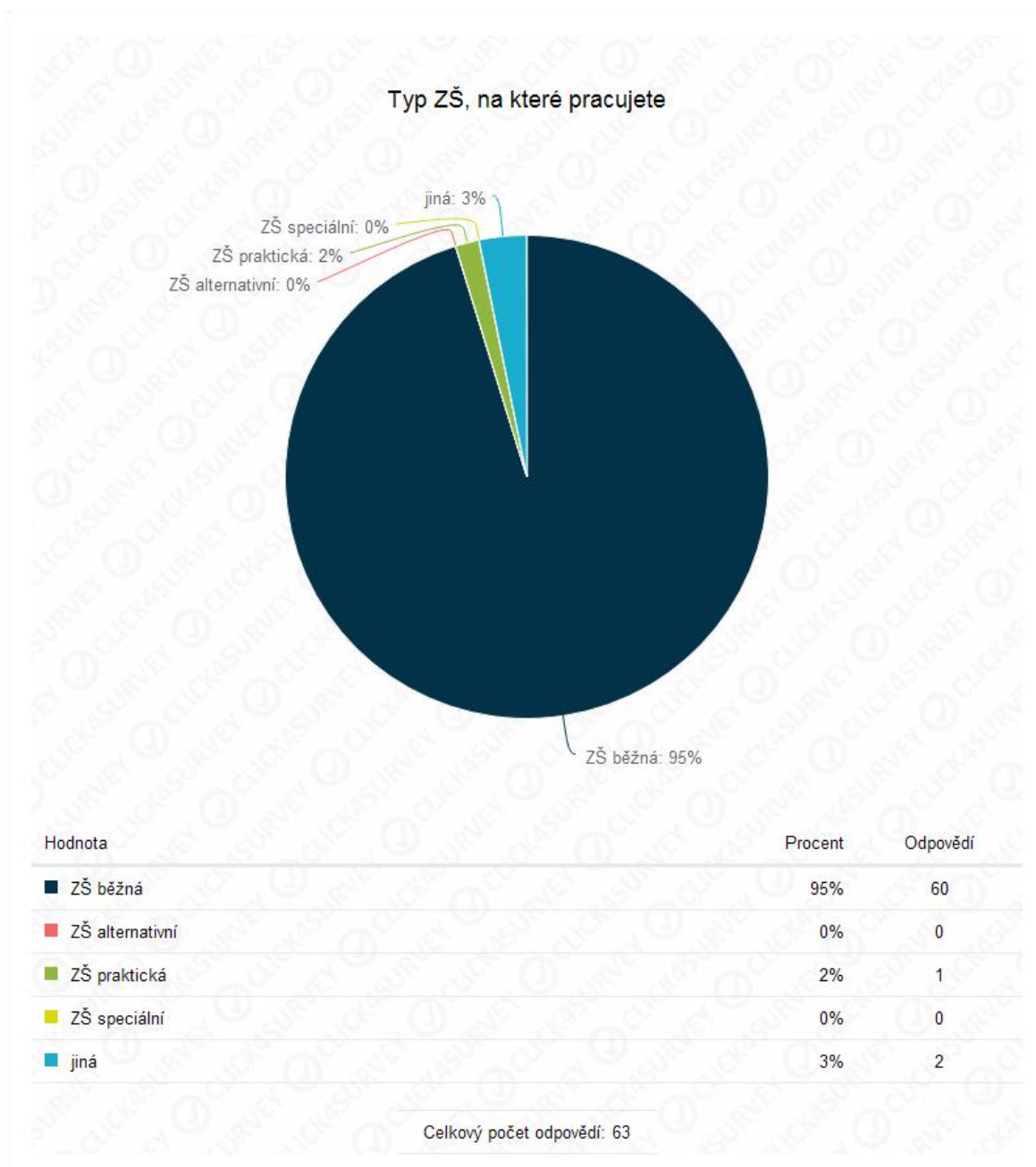
Z dotazovaných mělo 81% VŠ pedagogického směru, 13% SŠ pedagogického směru, 5% nespecifikované vzdělání a 2% VOŠ pedagogického směru.

### 3. Jak dlouhá je Vaše pedagogická praxe?

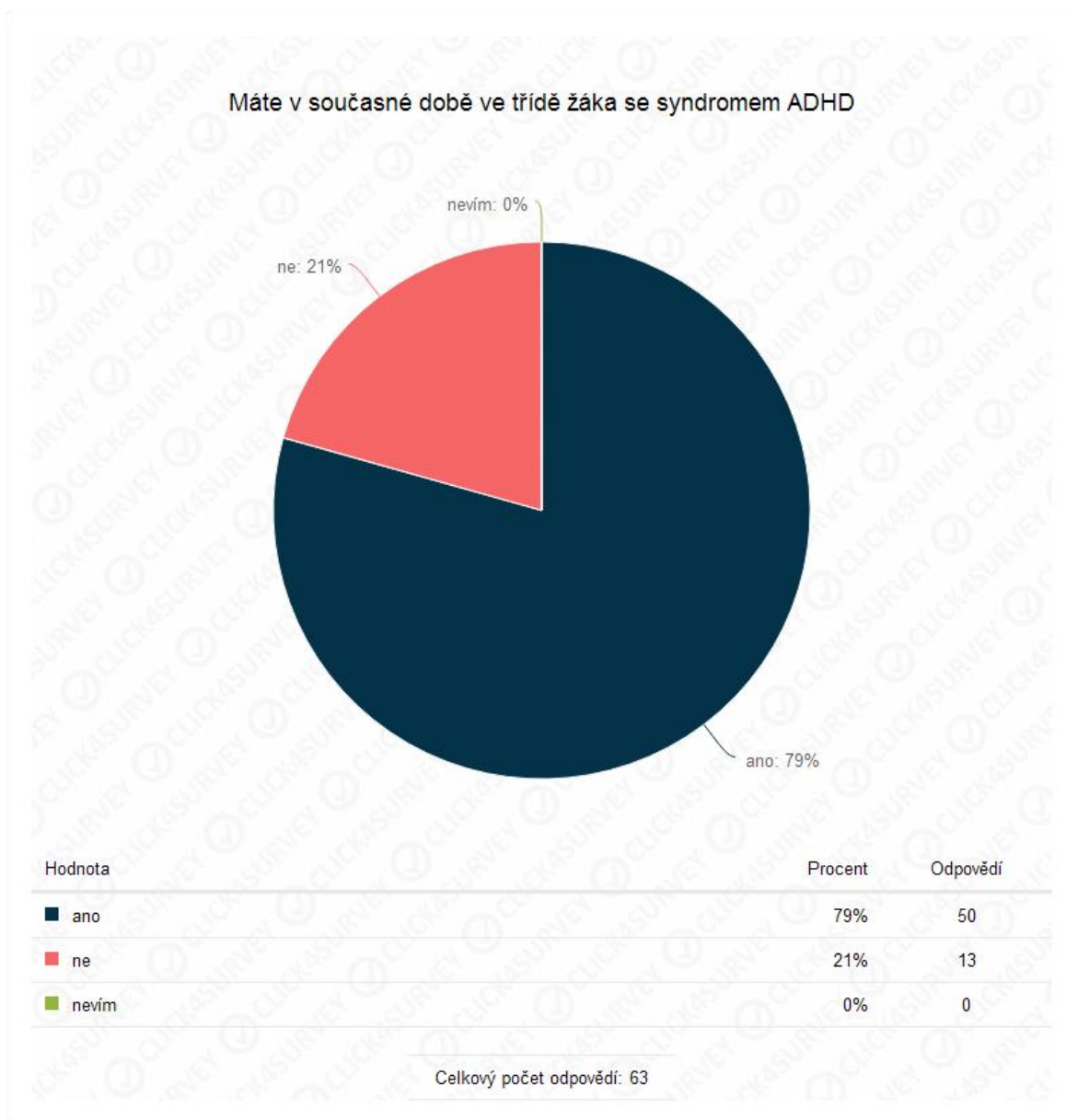


Dotazovaní uvedli pedagogickou praxi v trvání delší než 27 let ve 37%, do 27 let – 22%, do 19 let – 19%, do 6 let – 13% a do 12 let -10%.

#### 4. Jaký je typ školy, na které pracujete?

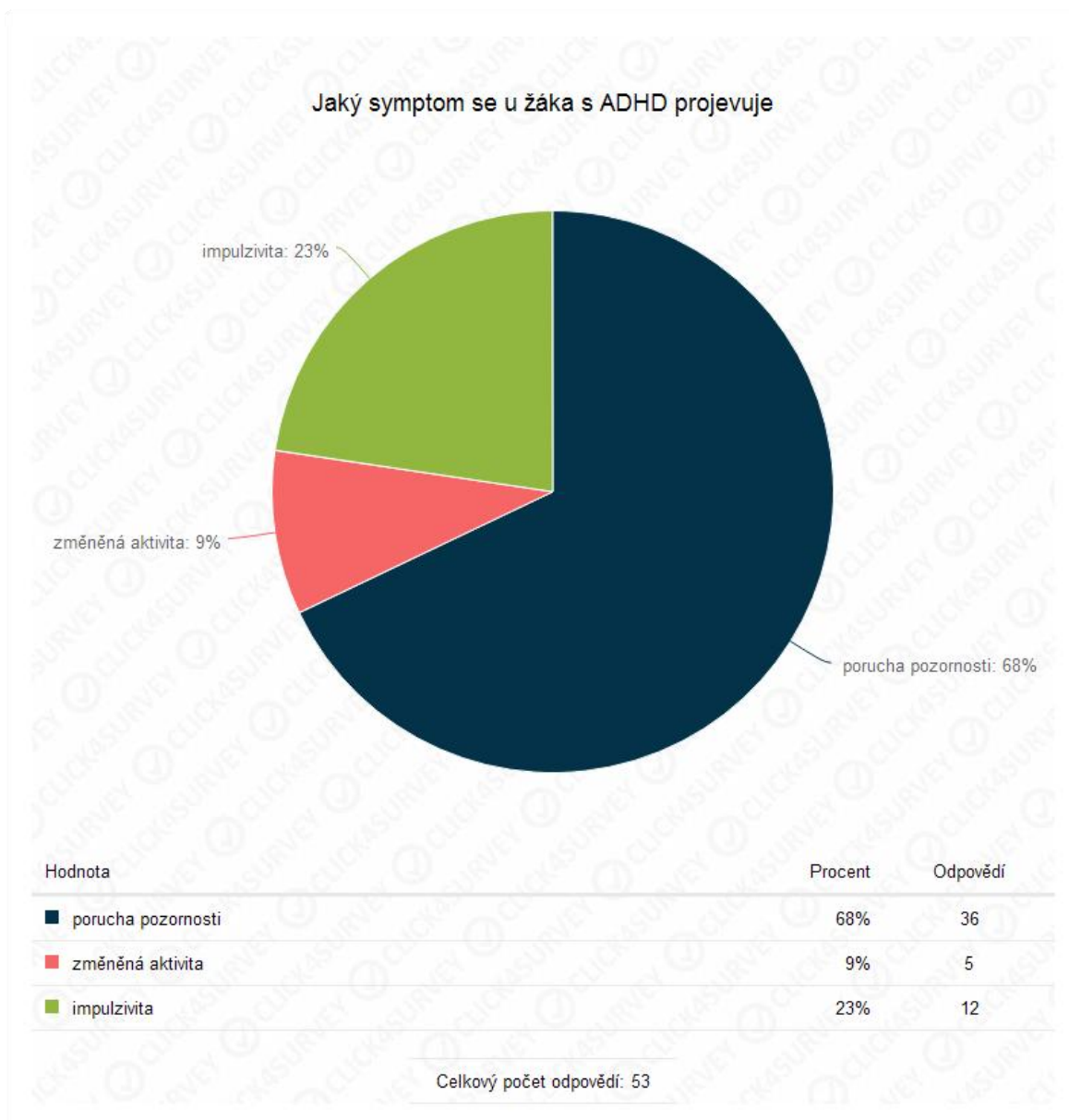


Nejvíce dotazovaných pracovalo na běžné ZŠ 95%, na nespecifikované ZŠ pracovala 3% a na ZŠ praktické to byly 2%.

**5. Máte v současné době ve třídě žáka se syndromem ADHD?**

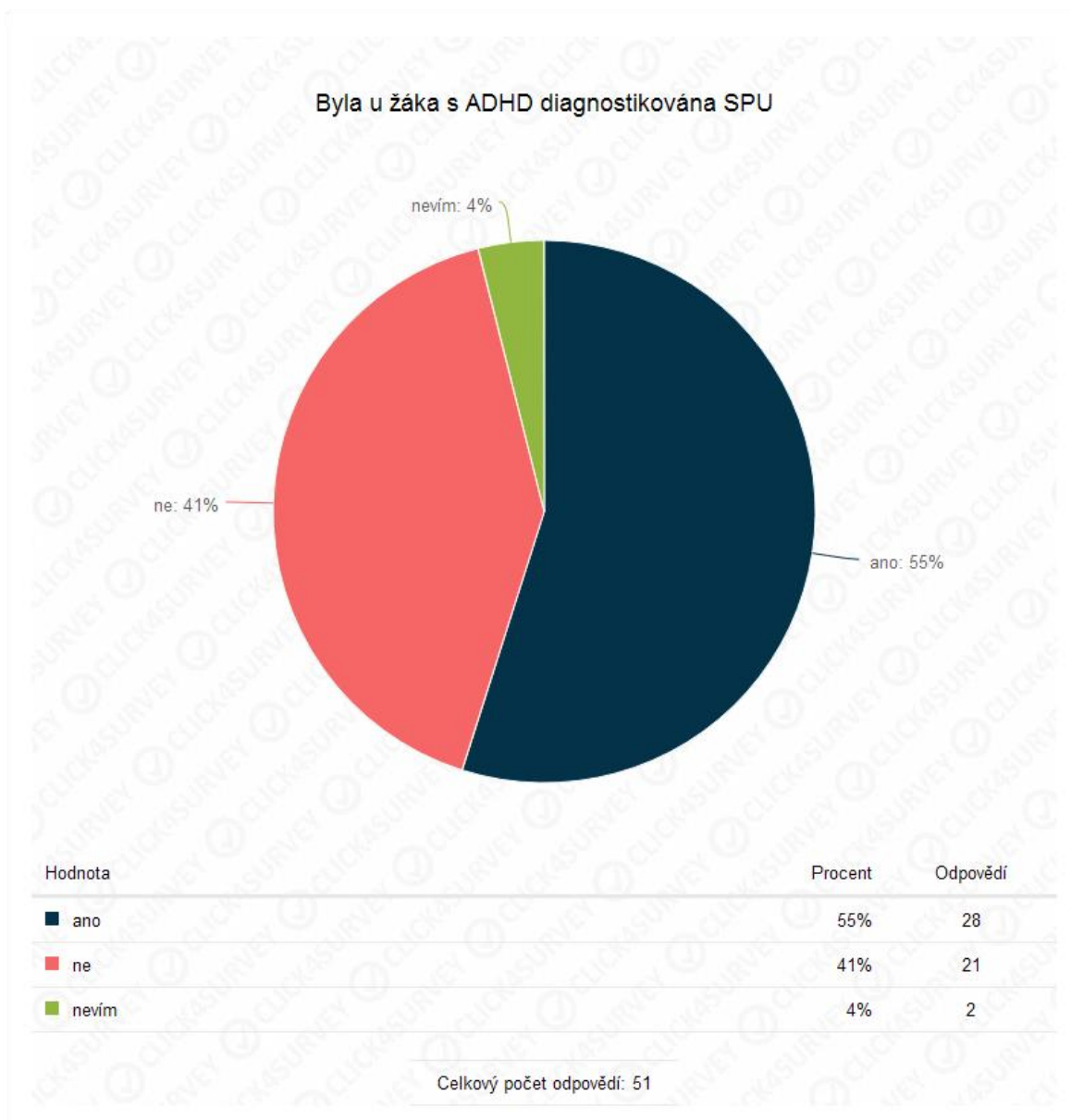
Většina dotázaných (79%) uvedla, že má žáka s ADHD ve třídě, ostatní (21%) nemají.

## 6. Jaký symptom se u žáka s ADHD projevuje?



Z dotazovaných uvedlo v 68% poruchu pozornosti, ve 23% impulzivitu a 9% má změněnou aktivitu.

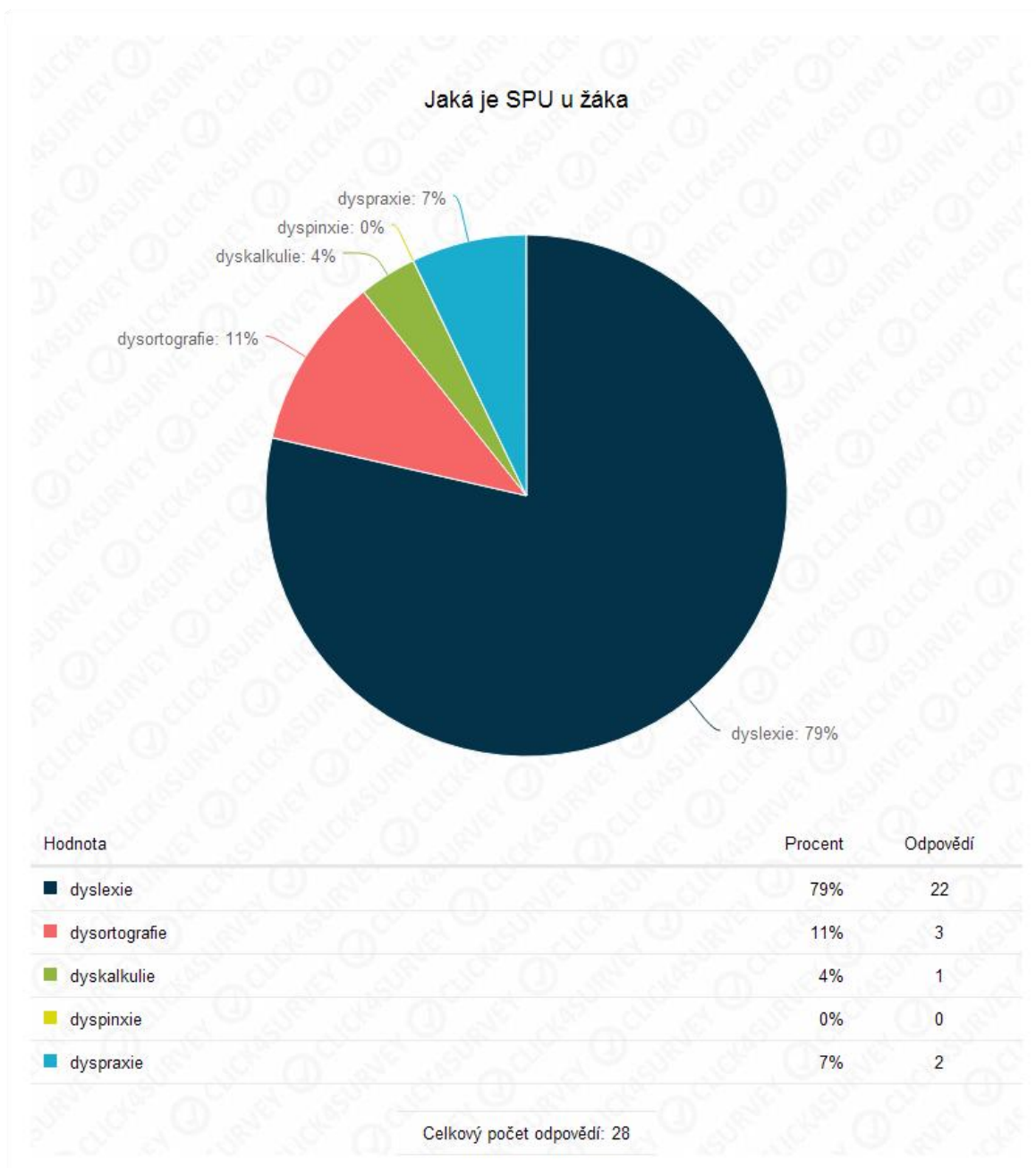
## 7. Byla u žáka s ADHD diagnostikována SPU?



Téměř u poloviny byla diagnostikována SPU (55%), 41% dotázaných nebyla a 4% nevěděla.

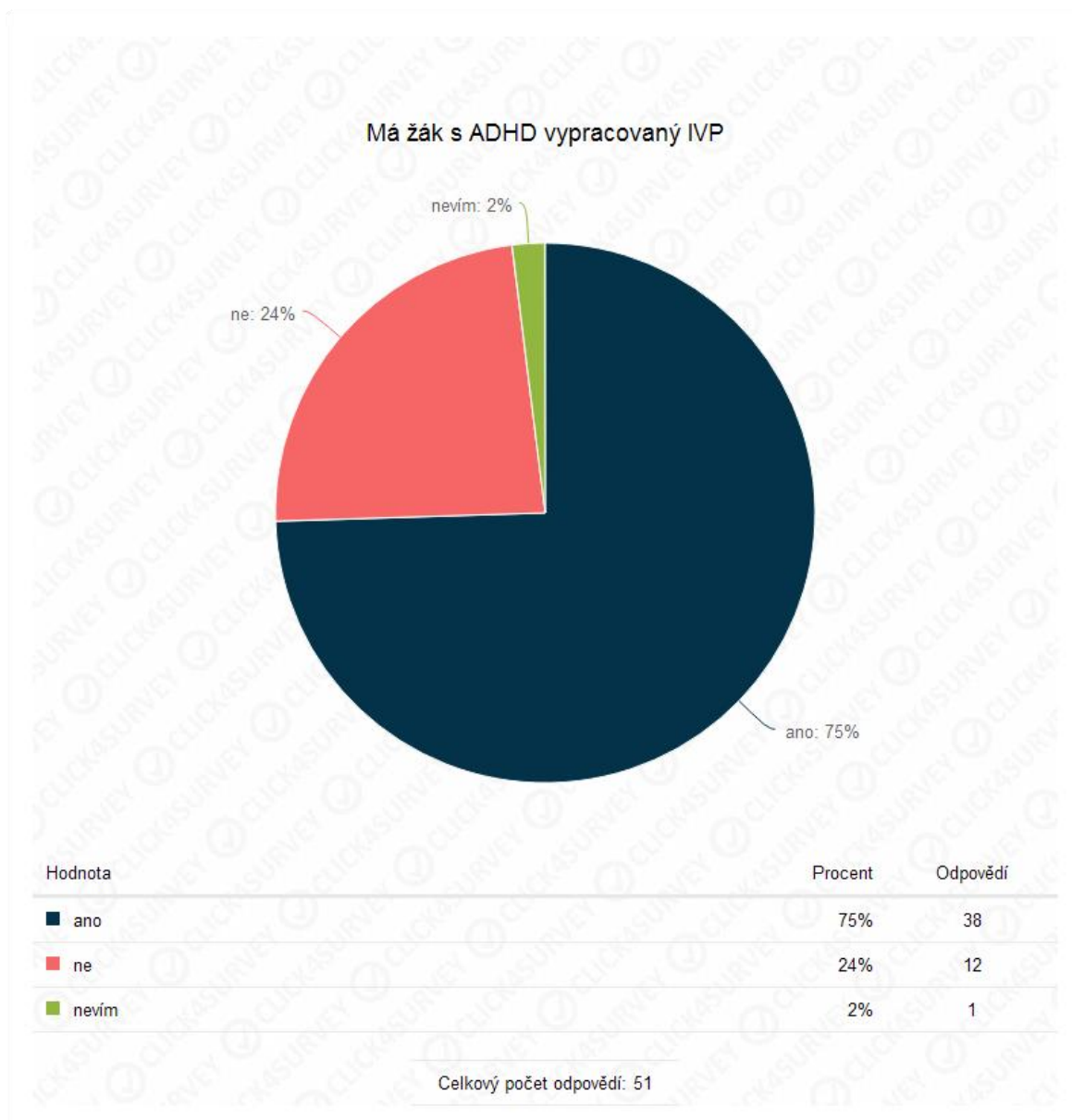


## 8. Jaká je SPU u žáka?

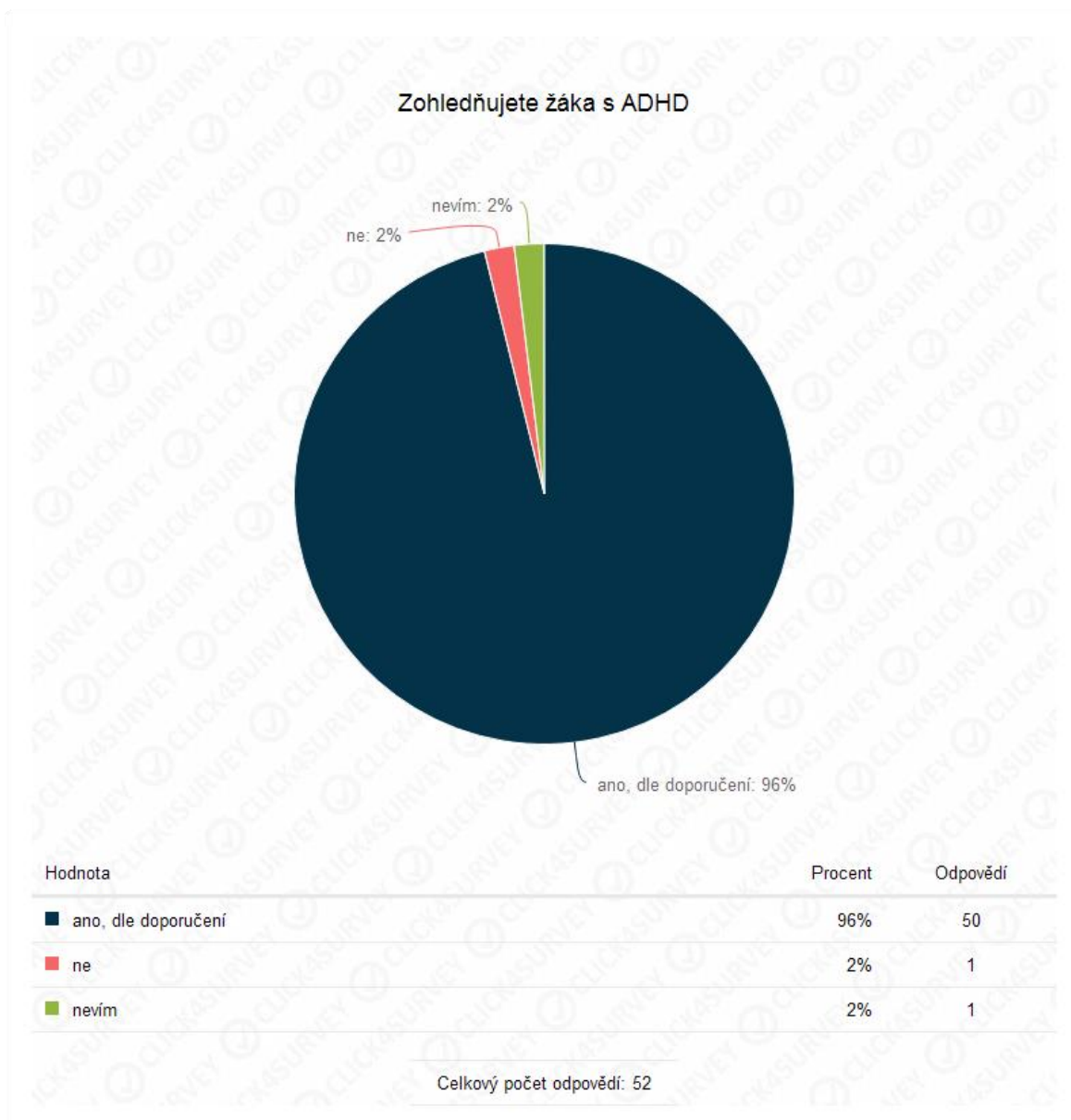


Z 28 odpovědí u žáků převažovala dyslexie (79%), s velkým odstupem byla uvedena dysortografie (11%), dyspraxie (7%) a dyskalkulie (4%).

## 9. Má žák s ADHD vypracovaný IVP?



Z 51 dotázaných odpovědělo, že v 75% má žák s ADHD vypracovaný IVP, 22% nemá a 2% neví.

**10. Zohledňujete žáka s ADHD?**

Ve většině odpovědí bylo uvedeno ano podle doporučení 96%, 2% dotázaných ne a 2% nevědělo.

## 21 ZÁVĚR

V závěrečné části diplomové práce bych chtěla shrnout celou problematiku žáků v mladším školním věku (1. stupně ZŠ). Děti s touto poruchou navštěvují základní školu a zvládají všechny výukové předměty. Ve většině případů mají žáci k ADHD ještě připojenou SPU nebo chování (dyslexie, dysortografie, dyskalkulie, dysgrafie...).

Všichni žáci mají v kazuistikách uveden IVP, jsou začleňováni do tříd, pomáhají jim asistenti pedagoga. Tím, že mají k ADHD ještě SPU, je jejich prospěch většinou zhoršený. Z rozhovorů vyplynulo, že s přibývajícím věkem si děti uvědomují svou poruchu, ale nedokážou se s ní vyrovnat. Mají agresivní chování, které nedokážou potlačit. U učitelů jsem se setkala s pochopením a snahou více pracovat se žákem s ADHD. Velkou pomoc vidí učitelé u asistentů pedagoga, kteří dokážou žáka zklidnit, připravit na vyučování, zabavit. Rodiče, kteří se školou spolupracují, mají většinou sami zájem na zlepšení výsledků dítěte. Některé děti ale pocházejí z rozvrácených rodin, rodiče nemají zájem o informace, do školy nechodí, obtěžuje je to. V kazuistikách, které uvádím, jsou všechny děti z neúplných rodin, v jednom případě je dítě v pěstounské péči.

V kazuistikách jsou uvedeni 4 chlapci a 2 dívky. Všechny děti mají přiděleny asistenty. K poruše ADHD mají SPU, kde převažuje hyperaktivita a impulzivita. V jednom případě je impulzivita klidněna léky.

Z anonymního výzkumu, jsem zjistila, že většina učitelů má dlouhotrvající pedagogickou praxi, žáka s poruchou ADHD vyučují podle IVP a nejvíce převažujícím symptomem je hyperaktivita.

Děti s handicapem svoji poruchu vnímají jako překážku při vyučování i při navazování bližšího přátelství s kamarády.

Ve veřejnosti jsou symptomy ADHD neznámé a s touto poruchou jsou obeznámeni pouze rodiče, kterých se tento problém týká. U ostatních je pojem neznámý, ví, že něco takového existuje, ale pokud se s ním nesetkaly, neznají jeho problematiku.

Ve své praxi jsem se setkala osobně se žáky se symptomy ADHD, ale nedokázala jsem si zcela ujasnit problémy, které tuto poruchu provázejí. V budoucnu bych ráda navázala v některém programu DVVP a získala další cenné informace pro začleňování těchto žáků.

## **22 RESUMÉ**

Tématem diplomové práce je problematika poruchy ADHD a její vymezení v období, kdy žáci vstupují do školního prostředí.

Cílem teoretické části bylo vymezení pojmu ADHD, příčiny vzniku a diagnostika. Součástí jsou rozpracované symptomy, které provází poruchu a další SPU a chování. Zpracována byla následná terapie ve školním a rodinném prostředí.

V praktické části bylo cílem posouzení poruchy ADHD ze strany učitelů a samotných dětí, zpracovaných do kazuistik. Bylo vycházeno z teoretické části.

## **23 SUMMARY**

The thesis deals with the issue of ADHD and its definition in a period when pupils enter the school environment.

The aim of the theoretical part was the definition of ADHD, causes and diagnosis. Part of it are developed symptoms that accompany the disorder and other SPU and behavior. Sequential therapy was prepared in the school and family environment.

The main goal was to assessing ADHD from teachers and the children themselves in the practical part, processed into casuistry. It was based on the theoretical part.

## 24 SEZNAM LITERATURY

- AJMOVÁ, Hana. Asociace Dys-center. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 141 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071782947. S. 101.
- ALLEN, K. Eileen, MAROTZ, Lyn, R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 187 s. ISBN 80-7178-614-4.
- ANTAL, Martin. *To dítě je nepozorné: jak žít s hyperaktivním dítětem: ADHD očima ADHD*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 294 s. ISBN 978-80-204-2898-1.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: vymezení současné problematiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 128 s. ISBN 80-210-3613-3.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava, VÍTKOVÁ, Marie. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2007, 247 s. ISBN 978-80-7315-158-4.
- ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 224 s. ISBN 80-7184-880-8.
- DOMBIOVÁ, Jitka. Soukromá speciální MŠ, ZŠ a SPC J. A. Komenského v Šumperku. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 141 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-294-7. 102-105.
- DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Otmar. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.
- FOŘTÍK, Václav, FOŘTÍKOVÁ, Jitka. *Nadané dítě a rozvoj jeho schopností*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 126 s. ISBN 978-80-7367-297-3.
- HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998, 257 s. ISBN 80-7067-798-8.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

JENETT, Wolfdieter. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Brno: Edika, 2013, 191 s. Rádce pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0158-6.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 238 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2697-7.

KAVALE-PAZLAROVÁ, Markéta. *Malá úvaha o tom, zda-li nám pojmy LDE, LMD, ADHD skutečně pomáhají*. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1997-98*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 179 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071782440. S. 43-45.

KERR, Susan. *Dítě se speciálními potřebami*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997, 165 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-147-9.

KOLČÁRKOVÁ, Irena, LACINOVÁ, Lenka. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 138 s. Psychologie (Barrister & Principal). ISBN 978-80-87029-47-3

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011, 380 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-7367-891-3.

SHEEDYOVÁ-KURCINKOVÁ, Mary. *Problémové dítě v rodině a ve škole: [dítě mimořádně citlivé, vnímavé, tvrdohlavé, aktivní]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 284 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-174-6.

MICHALOVÁ, Zdeňka, PEŠATOVÁ, Ilona. *Hyperkinetické poruchy a jejich dopad na školní úspěšnost*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2012, 88 s. ISBN 978-80-7372-933-2.

MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 3. Překlad Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2008, 119 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-430-4.

NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava a MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012, 82 s. ISBN 978-80-261-0115-4.

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

- PILAŘOVÁ, Martina, KAVALE-PAZLAROVÁ, Markéta. ADHD a ADD – reflexe z odborné literatury 90. let. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 141 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071782947. S. 18-29.
- PILAŘOVÁ, Martina, KAVALE-PAZLAROVÁ, Markéta. Psychoterapeutické přístupy k dětem s LMD. In *Specifické poruchy učení a chování: sborník 1999*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 141 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071782947. S. 76-84.
- POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001, 333 s. ISBN 80-7178-570-9.
- RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010, 251 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-728-2.
- SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 149 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-315-3.
- SVOBODA, Mojmír, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠKVOROVÁ, Jaroslava a ŠKVOR, David. *Proč zlobím?: lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2003, 129 s. ISBN 80-7254-407-1.
- TAYLOR, John F. *Jak přežít s hyperaktivitou a poruchami pozornosti: rádce pro děti s ADHD a ADD*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 124 s. ISBN 978-80-262-0068-0.
- TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 198 s. ISBN 80-7178-503-2.
- TŘESOHLAVÁ, Zdeňka a kolektiv. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum, 1986, 224 s. ISBN 08-047-86.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
- ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003, 263 s. ISBN 80-7178-800-7.



## 25 ELEKTRONICKÉ ZDROJE

*Co je ADHD? ADHD syndrom* [online]. [cit. 2015-6-9]. Dostupné z: <<http://www.awarelaxcentrum.cz/co-je-adhd>>.

RATKOVÁ, Pavlína, MATÚŠ, Jiří, KRÁTKÝ, Karel. *Mladší školní věk* [online]. 27. 4. 2011 [cit. 2015-6-7]. Dostupné z: <<http://www.vemeste.cz/2011/04/mladsi-skolni-vek/>>.

SMITH, Melinda, ROBINSON, Lawrence, SEGAL, Jeanne. *ADD/ADHD Parenting Tips* [online]. Last updated: June 2015 [cit. 2015-6-8]. Dostupné z: <<http://www.helpguide.org/articles/add-adhd/attention-deficit-disorder-adhd-parenting-tips.htm>>.

SMITH, Melinda, ROBINSON, Lawrence, SEGAL, Jeanne. *ADD / ADHD in Children* [online]. Last updated: June 2015 [cit. 2015-6-8]. Dostupné z: <<http://www.helpguide.org/articles/add-adhd/attention-deficit-disorder-adhd-in-children.htm>>.

ŠEĎOVÁ, Klára, ŠVAŘÍČEK, Roman. *Workshop kvalitativního výzkumu* [online]. Ústav pedagogických věd FF MU Brno. © 2012 - 2013 UJEP [cit. 2015-6-8]. Dostupné z: <[http://neftl.ujep.cz/sites/default/files/workshop\\_kvalitativnfho\\_v2zkumu\\_0.pdf](http://neftl.ujep.cz/sites/default/files/workshop_kvalitativnfho_v2zkumu_0.pdf)>.

WEDGE, Marilyn. *Why French kids Don't have ADHD* [online]. Published on March 8, 2012 [cit. 2015-6-9]. Dostupné z: <<https://www.psychologytoday.com/blog/suffer-the-children/201203/why-french-kids-dont-have-adhd>>.

## 26 PŘÍLOHY

### 26.1 PŘÍLOHA Č. 1

Dotazník pro pedagogické pracovníky

#### 1. Jaká je Vaše pozice na ZŠ?

- učitel/ka
- vychovatel/ka
- asistent pedagoga

#### 2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- SŠ pedagogického směru
- VOŠ pedagogického směru
- VŠ pedagogického směru
- ostatní

#### 3. Jak dlouhá je Vaše pedagogická praxe?

- do 6 let
- do 12 let
- do 19 let
- do 27 let
- nad 27 let

#### 4. Na jakém typu ZŠ pracujete?

- ZŠ běžná
- ZŠ alternativní
- ZŠ praktická
- ZŠ speciální
- jiná

#### 5. Máte v současné době ve třídě žáka se syndromem ADHD?

- ano
- ne
- nevím

#### 6. Jaký symptom u žáka s ADHD převažuje?

- porucha pozornosti
- změněná aktivita
- impulzivita

**7. Byla u žáka s ADHD diagnostikována SPU?**

- ano
- ne
- nevím

**8. Jaká je SPU u žáka převažuje?**

- dyslexie
- dysortografie
- dyskalkulie
- dyspinxie
- dyspraxie

**9. Má žák vypracovaný IVP?**

- ano
- ne
- nevím

**10. Zohledňujete žáka s ADHD?**

- ano, dle doporučení
- ne
- nevím

**26.2 PŘÍLOHA Č. 2**

Otázky kladené při rozhovoru se žákem:

1. Víš o svém problému?
2. Víš, jak se tvůj problém nazývá?
3. Kdo ti o tvém problému řekl?
4. Myslíš si, že jsi jiný než tví spolužáci?
5. Chodíš za nějakým specialistou?
6. Pomáhá ti s tvým problémem?
7. Které předměty tě ve škole baví?
8. Jaké předměty nejsou u tebe oblíbené?
9. Kdybys mohl něco ve škole změnit, co by to bylo?
10. Co děláš o přestávkách?

### 26.3 PŘÍLOHA Č. 3

Otázky kladené při rozhovoru s třídní učitelkou:

1. Máte žáka s ADHD od 1. třídy?
2. Jaké obtíže jste u žáka zjistila?
3. Kdo požádal o vyšetření v PPP nebo SPC?
4. Máte problém se začleněním žáka s ADHD?
5. Co vás nejvíce obtěžuje?
6. Spolupracujete s rodinou (zákonnými zástupci)?
7. Využíváte při vyučování nějaké speciální metody?
8. Myslíte si, že by se žáci s poruchou ADHD měli zařazovat do speciálních tříd?
9. Je vaše práce se žákem úspěšná?
10. Je pro vás přítomnost asistenta pedagoga ve třídě přínosná?