

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

SYMPTOMY ADHD U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Adriana Tatýrková

Učitelství pro první stupeň ZŠ

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, 2017

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

V Plzni, 20. dubna 2017

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Ráda bych poděkovala Mgr. Kateřině Šámalové za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	3
ÚVOD	4
1 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK	6
1.1 ČASOVÉ VYMEZENÍ	6
1.2 VSTUP DÍTĚTE DO ŠKOLY A JEHO PŘEDPOKLADY	7
1.3 FYZICKÝ VÝVOJ.....	8
1.4 ŽIVOTOSPRÁVA MLADŠÍHO ŽÁKA.....	10
1.5 PSYCHICKÝ VÝVOJ.....	10
1.6 VÝVOJ SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ	11
1.7 KOGNITIVNÍ VÝVOJ	12
1.7.1 Emoční vývoj a socializace	12
1.8 KRESBA DÍTĚTE V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU	14
1.8.1 Vývoj kresby lidské postavy	15
2 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ.....	18
3 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ	20
3.1 ETIOLOGIE PORUCH CHOVÁNÍ.....	20
4 ADHD.....	22
4.1 CHARAKTERISTIKA ADHD.....	22
4.2 HISTORICKÉ POJMENOVÁNÍ.....	22
4.3 UŽITÍ POJMU ADHD A LMD.....	23
4.4 DSM-IV A MKN-10.....	23
4.5 TYPY ADHD	24
4.6 PŘÍČINY ADHD	24
4.6.1 Sebekontrola a funkce mozku	25
4.7 VLIVY GENETICKÉ	27
4.8 VLIVY PROSTŘEDÍ	27
4.9 DIAGNOSTIKA ADHD	28
4.10 SYMPTOMY ADHD	31
4.10.1 Nepozornost u dětí s ADHD	32
4.10.2 Hyperaktivita u dětí s ADHD	33
4.10.3 Impulzivita u dětí s ADHD	35
4.10.4 Percepčně motorické poruchy.....	35
4.10.5 Symptomy ADHD v kresbě postavy	36
4.11 INTERAKCE DÍTĚTE S ADHD A JEHO OKOLÍ.....	37
4.12 NADÁNÍ DÍTĚTE S PORUCHOU ADHD	38
5 TERAPIE ADHD.....	40
5.1 FARMAKOTERAPIE.....	40
5.2 PSYCHOTERAPIE.....	42
5.3 VÝCHOVNÁ A REŽIMOVÁ OPATŘENÍ.....	44
5.3.1 Typy a rady pro učitele	44
5.3.2 Typy a rady pro rodiče.....	45
6 LEGISLATIVA.....	47
6.1 ŽÁK SE SPU	48
7 PRAKTICKÁ ČÁST	49
7.1 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	49
7.2 POUŽITÉ METODY	49

7.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE	50
8 KAZUISTIKA Č. 1	51
9 KAZUISTIKA Č. 2	54
10 KAZUISTIKA Č. 3	57
11 KAZUISTIKA Č. 4	60
12 KAZUISTIKA Č. 5	63
13 KAZUISTIKA Č. 6	65
14 KAZUISTIKA Č. 7	67
15 KAZUISTIKA Č. 8	69
16 ROZBOR KRESEB DĚTÍ S ADHD	72
16.1 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 1	72
16.2 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 2	72
16.3 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 3	72
16.4 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 4	72
16.5 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 5	72
16.6 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 6	73
16.7 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 7	73
16.8 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 8	73
ZÁVĚR	74
RESUMÉ	76
SUMMARY	77
SEZNAM LITERATURY	78
SEZNAM PŘÍLOH	82
PŘÍLOHY - KRESBA Č. 1	I
KRESBA Č. 2	II
KRESBA Č. 3	III
KRESBA Č. 4	IV
KRESBA Č. 5	V
KRESBA Č. 6	VI
KRESBA Č. 7	VII
KRESBA Č. 8	VIII

SEZNAM ZKRATEK

ADD – Attention Deficit Disorder (porucha pozornosti bez hyperaktivity)

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou)

CNS – centrální nervový systém

LMD – lehké mozkové dysfunkce

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

SPCH – specifické poruchy chování

SPU – specifické poruchy učení

Úvod

V úvodu této diplomové práce bych chtěla použít dva citáty.

*„Když děti napomeneš, myslíš si, že jsi splnil svůj úkol. Víš, co se tím naučí?
Napomínání, můj příteli!“*

Heinrich von Kleist (1777-1811)

„Perfekcionismus nemá žádné děti.“

T. S. Eliot (1888-1965)

Tato diplomová práce se zabývá problematikou poruchy ADHD u dětí mladšího školního věku. Porucha ADHD patří mezi problémy v oblasti vzdělávání. Jedná se o vývojovou poruchu, která patří mezi nejčastější onemocnění, kterým trpí nejen děti, ale i jejich okolí. Ve školách se objevuje stále větší množství dětí, které trpí touto poruchou, která je doprovázená hyperaktivitou. Děti mající ADHD jsou kvůli svému nevhodnému chování a častým neúspěchům ve škole negativně hodnoceny svým okolím. Často bývají označovány jako děti nevychované, neukázněné až nezvladatelné. Toto hodnocení je však nesprávné a je důkazem neinformovanosti zúčastněných. Je nezbytné předejít negativnímu hodnocení dětí a naopak se začít zajímat o danou problematiku hlouběji, více se informovat, včas a správně diagnostikovat a zvolit vhodné přístupy k těmto dětem.

Téma Symptomy ADHD u dětí mladšího školního věku jsem si zvolila z důvodu, že je problematika ADHD pro širokou veřejnost stále podstatně neznámá. Tento fakt je problémem, který je nutno řešit, jelikož pacienti s ADHD to nemají v životě lehké. Porucha má vliv na kvalitu jejich života, sociální zapojení dítěte nejen ve škole, upřesnění a uplatnění role dítěte v životě, úroveň sebehodnocení či fungování celé rodiny a jeho okolí. Dalším důvodem ke zpracování tohoto tématu je fakt, že dětí trpících ADHD je opravdu mnoho. Domnívám se také, že toto téma je velmi zajímavé nejen pro mě, ale i pro jiné, kteří by se rádi o tomto vývojovém onemocnění dozvěděli více informací.

Cílem teoretické části diplomové práce je vymezení pojmů ADHD, příčiny vzniku ADHD a diagnostika. Důležitou součástí teoretické části je seznámení se základními

symptomy doprovázející poruchu ADHD a vytyčení projevů poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. V práci lze nalézt také informace k možnostem terapie. Jsou zde předloženy tři hlavní pilíře léčby.

Praktická část práce vychází z teoretické části. Cílem této části je vypracování osmi případových studií dětí mladšího školního věku, které trpí poruchou ADHD. Cílem u každé vypracované kazuistiky je sepsání a zhodnocení osobní a rodinné anamnézy, diagnostika a doporučení z pedagogicko-psychologické poradny, dodržování těchto pokynů rodiči i učiteli, individuální přístup k dítěti a případné zlepšení jedince. Praktická část dále vychází ze zjištění, zda děti s ADHD zvládají školní povinnosti a zaměřuje se na jejich adaptaci ve škole s ostatními dětmi. Přehledně lze porovnat teoretickou část s poznatky, které byly shromážděny z praxe.

1 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

Školní věk je důležitým sociálním mezníkem pro každé dítě, stává se totiž školákem. Škola ovlivňuje nejen rozvoj dětské osobnosti, ale i způsob prožití celého jejich dětství. Projevuje se i z hlediska sebepojetí dítěte. Oblast sebehodnocení je ovlivňována školními úspěchy i neúspěchy zásadním způsobem.

Školní věk je chápán jako oficiální vstup dítěte do společnosti. Úkolem dítěte ve škole je se naučit plnit si své povinnosti a pracovat podle očekávání společnosti. Školní věk je zásadní pro zařazení dítěte do vrstevnické skupiny, která má svá pravidla. Pro dítě je velmi důležité, aby bylo pozitivně hodnocené od svého okolí a zároveň akceptováno skupinou, do které patří (VÁGNEROVÁ, 2012).

1.1 ČASOVÉ VYMEZENÍ

Vývojová etapa mladšího školního věku dítěte začíná nástupem do školy. Zpravidla se vymezuje v časovém úseku od 6-7 let do 11 let, kdy se začínají objevovat první známky pohlavního dospívání (prepubescence). Z. Matějček (1986) dává přednost rozlišení, které je samostatné: mladší školní věk (6-8 let), střední školní věk (9-12 let) a starší školní věk, který se kryje s pubescencí. Psychoanalýzou bylo toto období označeno jako období latence, kdy je ukončena etapa psychosexuálního vývoje až do počátku dospívání. Období latence dle Freuda je mezi 6 – 11 rokem dítěte. Langmeier (1983) tuto etapu označuje jako věk střízlivého realismu, kdy je školák zaměřen na svět jako takový a chce ho pochopit. Zpravidla je realismus dítěte z počátku závislý na tom, co mu poví autorita (učitel, rodič). Jedná se o realismus naivní. Poté dítě začíná být kritičtější, tudíž i jeho přístup je kriticky realistický. Kritický realismus již ohlašuje blížící se dospívání. Toto rozlišení popsal i O. Kroh ve 20. letech. Tendence k realismu se dají vyzorovat v řeči, kresebném či písemném projevu, zájmech, četbě i ve hře (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2003).

Školní věk dělí paní Vágnerová na tři fáze:

- 1. Raný školní věk** trvá od nástupu školy (6-7 let) do 8-9 let. V této fázi dochází ke značné změně životní situace dítěte a k vývojovým změnám projevujícím se zejména ve vztahu dítěte ke škole.
- 2. Střední školní věk** trvá od 8-9 let do 11-12 let. Druhá fáze školního věku se zaměřuje na přechod z prvního stupně ZŠ na druhý. Toto období lze považovat za dobu přípravy na dospívání. Dochází zde ke změnám sociálním a biologickým.

3. Starší školní věk navazuje na střední školní věk a trvá do ukončení povinné školní docházky na základní škole. Bývá označováno jako pubescence.

Zkoumání v této práci se soustřeďuje na děti mladšího školního věku již od nástupu do školy po děti, které navštěvují pátý ročník ZŠ. Na základě několika již uvedených časových vymezení je tedy pevné rozmezí mladšího školního období pro tuto práci stanoveno od 6-7 let do 11-12 let. Veškeré další informace, které jsou v práci uvedeny, se budou vztahovat k této věkové kategorii.

1.2 VSTUP DÍTĚTE DO ŠKOLY A JEHO PŘEDPOKLADY

Prvotní nástup do školy klade na dítě velké nároky – musí se přizpůsobit celé řadě nových pravidel a omezení, na které dosud nemuselo být zcela zvyklé. Jedná se převážně o požadavky, které se týkají chování i organizace činností v životě dítěte jako je časné vstávání, cesta do školy, klidné sezení v lavici, poslouchání výkladu učitele, spolupráce s ostatními žáky a jejich respektování. To vše jsou vlastnosti, které vytváří předpoklady pro úspěch ve škole. Zvládání těchto situací se stane novou hlavní starostí dětí s ADHD i jejich rodičů. Zejména začátek školního období je nejtěžší jak pro děti s touto poruchou, tak i pro jejich rodiče. Až 25% dětí s ADHD trpí zároveň dyslexií nebo dysgrafií. Tyto poruchy učení úspěch ve škole samozřejmě razantně ztěžují. Dítě by mělo tyto požadavky školy plnit v případě, že již dosáhlo náležité úrovně ve vývojové úrovni. Této úrovně dosáhne zdravé dítě v šestém až sedmém roce věku (GOETZ, 2009).

Ve škole dochází k rozvoji dětských schopností a dovedností. Důležitou součástí školní docházky je i předurčení k budoucí sociální pozici dítěte. Tato pozice tvoří základ pro pozdější volbu profese. Pro volbu profese je nezbytná úspěšnost ve škole. Škola ovlivňuje mimo jiné i dětské sebehodnocení. V případě, že dítě bude ve škole neúspěšné, může mít vliv na pozdější směřování dítěte. S nástupem do školy dochází také k odpoutání se ze závislosti na rodinných vazbách. Dítě tudíž přestává být ovlivňováno pouze rodinnými příslušníky. Tato skutečnost má za následek postupné nahrazování vlivu rodiny za další vlivy, a to vliv školy a sociálních skupin v ní (VÁGNEROVÁ M. , 2000).

Se vstupem do školy je tedy spojen i rozvoj schopnosti navazovat nové kamarádské vztahy se svými vrstevníky. U některých dětí, které trpí poruchou ADHD se stává, že jsou v kolektivu často odmítány. Je to zapříčiněno tím, že se obtížným způsobem podřizují určitým normám, neudrží svou pozornost, a tak kazí kolektivní hry nebo činnosti,

ve kterých se účastní. Děti s ADHD jsou často zkratovité, impulzivní a jejich chování je často nepředvídatelné a nestálé. Děti s ADHD si ale přesto mohou uvědomovat svou inteligenci a vnitřní ambice, tudíž podceňování a odmítání spolužáků mohou velmi těžce nést (GOETZ, 2009). Zejména u dívek v mladším školním věku bývá porucha dlouho přehlížena. Je to způsobeno tím, že jsou méně hyperaktivní než chlapci. Dívky ale trpí významnými obtížemi s koncentrací.

Děti s ADHD bývají méně citově vyzrálé, proto se jejich pocity okamžitě odrážejí v jejich chování. Projevuje se to častějšími špatnými náladami, podrážděností, pláčem nebo vztekem. Nechají se často také snadno vyprovokovat a rozladit. Okolí tuto skutečnost vnímá jako nesmyslnou, divnou nebo také směšnou. Tento fakt je důvodem k tomu, že děti s ADHD jsou častějšími terči šikany. Případná nedorozumění se spolužáky či neúspěchy v učení se mohou podepsat na sebehodnocení dítěte, což může způsobovat další psychické poruchy (VÁGNEROVÁ M. , 2000). Rodiče by si před nástupem svých dětí do školy měli uvědomit, co je důležité pro ideální vstup jejich dětí do školy. Pan Kuric zmiňuje, že nejdůležitějšími předpoklady pro optimální vstup dítěte do školy jsou takové, které se týkají tělesné, rozumové a morální vyspělosti na přiměřeném stupni vývoje (KURIC, 2007).

1.3 FYZICKÝ VÝVOJ

Mladší školní období je ohraničeno první a druhou strukturální přeměnou organismu. V tělesném vývoji jsou individuální rozdíly, které se týkají i pohlaví. Biologický věk nemusí být vždy sjednocen s tím kalendářním. Růst i hmotnost se často liší. Mozek dítěte roste až do 10. roku. Poté je růst CNS zpomalen. Oproti předškolnímu věku se zdokonalují pohyby dětí. Jsou rychlejší, přesnější, koordinovanější. Jemná i hrubá motorika je na lepší úrovni. Zdokonaluje se i vizuomotorická a senzomotorická koordinace. Zdokonaluje se převážně vytrvalost, pohyblivost a obratnost dítěte. Do této doby se rozvíjela pouze hrubá motorika. Mladší školní věk má již vliv na jemnou motoriku dítěte, což znamená, že se zdokonaluje také v psaní, kreslení a dalších činnostech. Děti v tomto věku mají velkou potřebu se neustále pohybovat. Pohyb by určitě neměl být omezován. Je vhodný jako uvolnění se z psychického napětí. Měl by být nedílnou součástí každého školáka (NOVOTNÁ, 2012).

Kostra dítěte v mladším školním věku se odlišuje od dospělého člověka. Kostní tkanivo obsahuje u dětí menší množství nerostných látek, což způsobuje menší pevnost a tvrdost kostí. Přesto jsou kosti velmi elastické, díky vysokému množství organických látek. Kostra dítěte rychle roste a osifikuje se. Osifikace je přeměna chrupavčitého tkaniva v kostní, ve kterém se ukládají vápenné soli. Páteř dítěte je v tomto věku ještě velmi pružná. Svalstvo a vazivo není dostatečně vyvinuto, tudíž se dítě ve vzpřímené poloze často rychle unaví. Páteř se tedy v dětském věku může jednoduše zakřivit. Případnou vadu lze lehko napravit v případě, že je páteř ještě elastická. Později je to ovšem problém (KURIC, 2007). Na správné držení těla by měli dbát nejen rodiče doma, ale i učitelé ve svých hodinách. Dle Nováčka (2001) je důležité zařazovat tělovýchovné chvílky do vyučování a střídat tak práci a odpočinek, jelikož se tak předejde předčasné únavě. Svalstvo je v tomto věku vyvinuto slabě. Podle Kurice (2007) je svalové tkanivo u dětí chudé na bílkoviny a bohaté na vodu. Malé množství bílkovin ve svalové hmotě má za následek menší svalovou pružnost a kontrakci než u dospělých osob.

Pro mladší školní věk je typické zpomalení růstu a rychlejší vývoj pohybových schopností. Dětem by mělo být umožněno sportovat, jelikož se v tomto věku o sport začínají zajímat. Mělo by se využít každé příležitosti, aby dítě projevilo o sport zájem. Langmeier a Krejčířová (1998) uvádějí, že opakované sociometrické studie ukázaly, že na postavení dítěte ve skupině vrstevníků hraje roli tělesná síla a obratnost. Síla svalů je v tomto věku dítěte větší. Pohyby dětí jsou rychlejší, přesnější a obratnější. Děti mají větší nejen obratnost a zručnost, ale mají větší fyzickou sílu i koordinaci očí a rukou. Tato skutečnost má vliv na již lepší fyzické výkony. Děti lépe běhají, závodí, házejí míčem do cílů nebo do dálky atd. Mají předpoklad zvládnout mnohem komplikovanější pohybové situace, než tomu bylo doposud. Rozdíl lze pozorovat i ve sportu. Děti začínají být dokonalejšími cyklisty, plavci atd. Věkem se zvyšuje doba, po kterou jsou schopny udržet pozornost a vnímat děj kolem sebe. Růst dětí je velmi individuální. Dá se ale říci, že je pomalý, avšak vyrovnaný. Roční nárůst dítěte je zhruba 5 až 7,5 centimetrů. S nárůstem výšky je spojen i váhový přírůstek. Ty jsou ovšem ještě menší. Průměrné dítě přibere okolo 2,7 kg ročně. S těmito změnami je spojena i změna postoje. Dítě je vzpřímenější a končetiny se prodlužují. S věkem se mění i obličej. Mění se tvary očních bulv, tmavnou jim vlasy, vypadávají jim mléčné zuby. Většinou lze pozorovat akceleraci tělesného vývoje u děvčat (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2003). Výzkumy dokazují, že dívky již okolo osmého roku

života prodělávají hormonální změny, které jsou spojeny s pubertou. I chlapci jsou v tomto věku více podobní dospělému člověku (ALLEN, 2002). V této době se posiluje odolnost dětského organismu, zdokonaluje se vegetativní regulace, zvyšuje se objem srdce, hmotnost mozku, zrychlují se nervové vzruchy, zdokonaluje se práce svalů i pohyblivost kloubů. Dle názoru Belšana (1984) jsou patrné rozdíly mezi dívkami a chlapci nejen v jejich váze a výšce, ale také v jejich tělesných a výkonnostních předpokladech. Dívky jsou při vytrvalostních výkonech mnohdy zdrženlivější. Svou fyzickou sílu ekonomicky využívají. Po psychické stránce jsou dívky velmi dobře odolné. U chlapců je to spíše naopak. Chlapci jsou velmi zdatní a jejich vytrvalostní výkony jsou plně využívány. Rychlostní schopnosti jsou však u chlapců i dívek takřka vyrovnané.

1.4 ŽIVOTOSPRÁVA MLADŠÍHO ŽÁKA

Zdravý vývoj dítěte úzce souvisí s jeho životosprávou. Na začátku školní docházky si dítě musí přivyknout na denní režim doma i ve škole. Důležitá je pravidelnost ve spánku, odpočinku, jídle a práci. Čas by měl zůstat i na zábavu a odreagování od práce. Spánek u dítěte je velmi důležitý. Jeho délka se mění věkem. Dítě (6-7 leté) má v noci spát 9 až 10 hodin, ve dne má odpočívat 2,5 hodiny. Dítě (8-10 leté) má v noci spát také 9 až 10 hodin a ve dne má odpočívat 2 hodiny. Dítě (10-12 leté) má spát pouze v noci a to 10 hodin. V případě kratšího spánku, je dítě unavenější a to má vliv na jeho pozdější výkon během dne. Kromě délky spánku je důležitá také jeho hloubka. Nejhlubší spánek bývá půl až tři hodiny po usnutí jedince. Z toho vyplývá, že první hodiny spánku jsou nejvydatnější. Pro dítě je tudíž důležitá doba, kdy chodí spát. Doba usínání by se tedy měla obejít bez vysedávání u televize. Usnutí by mělo být klidné, jelikož spánek je ovlivněn činností, kterou vykonáváme před ním. Unavitelnost v tomto věku je poměrně brzká a tudíž děti potřebují odpočinek. Přestávky mezi vyučovacími hodinami jsou proto velmi přínosné. Nezbytností je také přestávka po obědě. Ideální přestávkou je odpočinek na čerstvém vzduchu, např.: procházka na čerstvém vzduchu. Správná výživa je velmi důležitá pro správnou životosprávu. Strava má být rozmanitá a hodnotná. Ovlivňuje totiž nejen tělesný stav dítěte, ale i ten psychický (KURIC, 2007).

1.5 PSYCHICKÝ VÝVOJ

Vstup do školy je významná událost v životě každého dítěte. Proto se tento rok charakterizuje jako rok přelomu. Při vstupu do školy dochází k začátku soustavného

kvantitativního a kvalitativního rozšiřování poznatků z různých oblastí. Dítě si pomalu zvyká na to, že má povinnosti, které musí plnit, ale také právo začlenit se do třídního kolektivu a vytvořit tak nové společenské vztahy. Důležitý je rozvoj poznávacích procesů. Učení je hlavní činností, kterou se děti ve škole zabývají. Psychické funkce jsou jím ovlivňovány a zdokonalovány. Dochází taktéž k přizpůsobování poznávacích procesů, formování paměti, pozornosti a k uvědomělému prožívání citů. V případě, že dojde u dítěte k nedostatečnému rozvoji kognitivních schopností, může to mít za následek specifické poruchy učení (POKORNÁ, 2001).

Psychosomatické vývojové změny nejsou v tomto období příliš bouřlivé ani nijak převratné. Vývoj je plynulý a pokrok ve všech oblastech je očividný. Nápadná je ovšem aktivita a snaživost, se kterou dítě ochotně spolupracuje. Erikson označil tuto etapu jako období snaživosti a iniciativy. Dítě si v této době začíná uvědomovat svou vlastní hodnotu při výkonu a získává smysl pro práci, píli a pracovitost. Bezesporu má velký vliv na psychiku dítěte nástup do školy a změny, které díky tomu nastávají (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2003).

1.6 VÝVOJ SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ

Smyslové vnímání patří do složky senzomotorických aktivit, které se v tomto věku soustavně vyvíjí. Je to složitý psychický akt, na kterém se zúčastňují již všechny složky osobnosti člověka – jeho postoje, očekávání, soustředěnost, zkušenosti i již rozvinuté schopnosti. Ve všech oblastech vnímání lze v tomto věku pozorovat výrazné pokroky. Dítě je k sobě více kritické. Je více pečlivé, vytrvalé, soustředěné a není již tolik závislé na momentálních potřebách jako dítě mladší. Ve školním věku se dítě odprošťuje od základního zaměření na přítomnost. Začíná vnímat více čas a prostor – slova jako brzy, později atd. Pojmy jako jsou konečno – nekonečno, život – smrt zůstávají abstraktními. Také řeč se výrazně vyvíjí. Je základním předpokladem pro úspěšnou školní docházku. Slovní zásoba se výrazně zvětšuje, roste také délka a složitost vět. Vyvíjí se celá větná stavba i užití gramatických pravidel. Zvyšuje se počet slov, které dítě aktivně používá nebo kterým pasivně rozumí. Příhoda (1963) uvádí studii pana Divokého, který ze slovníku Vášova – Trávníčkova, na základě zkoušky sestavené z jeho výběru, dospěl k následujícímu průměrnému počtu osvojených slov dětí:

- děti 7 leté znají průměrně 18 633 slov;

- děti 11 leté 26 468 slov;
- děti 15 leté 30 263 slov, tj. asi 70% celkového počtu slov, která jsou obsažena ve slovníku).

Další růst slovní zásoby je zpravidla pomalý a závisí na vnějších činitelích. Významný je pokrok v artikulaci dítěte. S rychlým vývojem řeči souvisí i rozvoj paměti. Paměť v tomto věku již není tolik závislá na okamžitých afektech. Paměť krátkodobá i dlouhodobá je v mladším školním věku stabilnější. Stabilita je dána větší bohatostí i osvojených znalostech, lepší reprodukcí a využíváním záměrných paměťových strategií. První takovou strategií dítě používá okolo 6 a 7 věku, kdy používá opakování – opakuje stále dokola. S věkem strategie přibývají. Proces učení získává ve školním věku novou kvalitu, která je potřeba k plnění školních povinností. Dítě se dokáže soustavně soustředit a vnímat více aspektů učení. Nejen dle slov pana Langmeiera jsou rodina i škola pro dítě velmi důležité (LANGMEIER, 1998).

1.7 KOGNITIVNÍ VÝVOJ

Již v předškolním věku se dítě v poznávání dostává značně daleko. Avšak až ve školním věku je dítě schopno logického myšlení a úsudku. Logické usuzování se týká konkrétních věcí, které si dokáže názorně představit. Piaget předpokládá, že přechod od názorného myšlení do stadia konkrétních operací je na začátku školního věku. Dítě je schopno různých transformací v mysli současně. Dokáže chápat identitu, zvratnost, vzájemné spojení různých myšlenkových procesů apod. Dítě je také schopno pochopit zahrnutí do třídy. Školák už také lépe chápe příčinné vztahy a nespokojí se pouze s jednoduchými soudy (LANGMEIER, 1998).

1.7.1 EMOČNÍ VÝVOJ A SOCIALIZACE

Do lidského společenství se dítě začleňuje vstupem do školy. Dítě modeluje své chování již i podle učitelů a spolužáků. Reakce dítěte na jiné děti je čtenější. Jedná se o způsob sociální reaktivity. Ukazují se rozdíly mezi dětmi. Některé jsou soutěživé, dominantní, vedoucí či podřízené. Během školních let narůstá i emoční vývoj a schopnost seberegulace. Děti s dobrou emoční kompetencí jsou si dobře vědomy svých vlastních pocitů i emocí druhých lidí. Dokáží přiměřeně vyjadřovat své prožitky a kontrolovat své pocity. Emoční kompetence mají vliv na úspěšnost ve škole (školní prospěch, sociální interakce).

Vývoj emočního porozumění taktéž pokročil. Dítě teprve ve školním věku poznává, že pocity a přání lze skrývat před okolím nebo je potlačit. Do školy si již z předškolního věku děti přináší zvnitřněné elementární normy sociálního chování a základní hodnoty. Dítě tedy ví, co je dovoleno a co zakázáno a také ví, co je žádoucí a co nikoli. Vývoj sociálních kontrol a hodnotové orientace byl tedy zahájen již v předškolním věku. Vývoj morálního vědomí a jednání závisí na celkovém vývoji dítěte. Jedná se o chápání mravních norem, hodnot a jednání. Piaget ve 30. letech našeho století určil tři základní etapy vývoje morálky u dítěte. L. Kohlberg v 60. letech kriticky ověřoval Piagetovu teorii a také došel k závěru, že existují tři základní stádia morálního vývoje u dítěte a ke každému ještě dodal dva oddělené typy:

1. stadium – předkonvenční úroveň. Konkrétní následky za určité jednání.

Typ I. – *Heteronomní stadium*. Plné zaměření na poslechnutí či neposlechnutí dospělého a následné odměnění či potrestání.

Typ II. – *Stadium naivního instrumentálního hedonismu*. S očekáváním výhody nebo vyhnutí z nepříjemnosti dítě jedná konformně – ve shodě s určitými příkazy a zákazy.

2. stadium – konvenční úroveň. Důležité je splnění sociálního očekávání.

Typ III. – *Morálka „hodného dítěte“*. Důraz kladen na dobré mezilidské vztahy. Dítě jedná tak, jak se očekává od „hodného“ dítěte.

Typ IV. – *Morálka svědomí a autority*. Aby dítě zabránilo kritice autoritativních osob, tak jedná dle sociálních norem. Současně předchází pocitům viny z vlastního svědomí.

3. stadium – postkonvenční úroveň. Rozhodnutí o tom, co je nebo není správné, je založeno na principech již přijmutých za své.

Typ V. – *Morálka jako forma určité společenské smlouvy*. Dítě uznává, že práva mají být chráněna a respektována. Jednání posuzuje z hlediska obecného dobra.

Typ VI. – *Morálka vyplývající z univerzálních etických principů*. Aby se dítě samo nemuselo odsuzovat, tak se chová shodně s normami a obecně mravními principy.

Kohlberg potvrdil existenci tří základních stádií mravního vývoje, které stanovil Piaget. Dle pana Langmeiera však lze nalézt individuální rozdíly a překrývání uvedených šesti typů (LANGMEIER, 1998). Další významnou složkou v socializačním procesu je osvojování sociálních rolí. Ve škole se dítě dostává do nové role. Učí se tak novým

způsobům chování v určitých situacích. Důležité je upevnění tzv. sexuálních rolí. Muž se v naší společnosti chová jinak než žena. Naše očekávání se od různého pohlaví mění. Z různých rolí si dítě osvojuje i sebepojetí a sebehodnocení. Dítě, které navštěvuje školu, se již nezaměřuje pouze na sebe, ale stále více si osvojuje své psychologické vlastnosti a dovednosti. Začíná si uvědomovat svou osobnost v čase. Vnímá tedy svou stálou charakteristiku. Vytváří si i stálejší úroveň sebehodnocení. Kladné hodnocení je velmi důležité jak ze strany rodičů, tak ze strany učitele i samotného dítěte. Důležitou činností pro poznání a začlenění se mezi ostatní děti je práce a hra. Hra je nezbytná pro zdravý vývoj osobnosti dítěte. S věkem dítěte se mění i obliba v hrách. S narůstajícím věkem dítě dává přednost hrám, které mají složitější pravidla. Od počátku školní docházky si má dítě uvědomit, že práce a hra jsou nedílnými součástmi jejich života. Při práci je důležité dávat pozor, soustředit se a vynaložit úsilí. Na druhé straně má dítě právo na volnost při hře o přestávce a uklidnění, odpočínutí či protáhnutí (LANGMEIER, 1998).

1.8 KRESBA DÍTĚTE V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU

Kresbu lze považovat za neverbální symbolickou funkci. Ta se projevuje tak, že dítě má tendenci zobrazit realitu tak, jak ji samo chápe. Vývoj kresby dítěte má několik fází.

- Presymbolická (senzomotorická) fáze se projevuje tzv. čmáráním, které je pro dítě batolecího věku zajímavé samo o sobě. Konečnou prací se dítě nezabývá.
- Fáze přechodu na symbolickou úroveň v kreslení - tuto fázi lze zaregistrovat u dítěte, které zjišťuje, že jeho čmárání může být prostředkem pro zobrazení reality. Konečná práce v tomto období dítě již pojmenovává podle výrazného znaku, který je na obrázku.
- Primární symbolické vyjádření je poslední fází, kdy dítě dokáže nakreslit něco konkrétního (VÁGNEROVÁ, 2012).

Paní Vágnerovou doplňuje pan Matějček o myšlenku, že dítě kreslí to, co o obrázku ví a co se mu zdá důležité. Kresby dětí v mladším školním věku řadíme do období, který nazýváme „zlatým věkem dětské kresby“. Dítě má v mladším školním věku již období grafomotorického úskalí a neobratnost za sebou. Dětská kresba je již obohacena o zdokonalení formální, obsahové i citové stránky kresby. Děti i experimentují s barvami. Nápadnou odlišnost můžeme pozorovat v kresbách chlapců a dívek. Dívky obvykle kreslí postavy princezen s bohatými detaily a různým oblečením (zejména s šaty). Jejich postavy

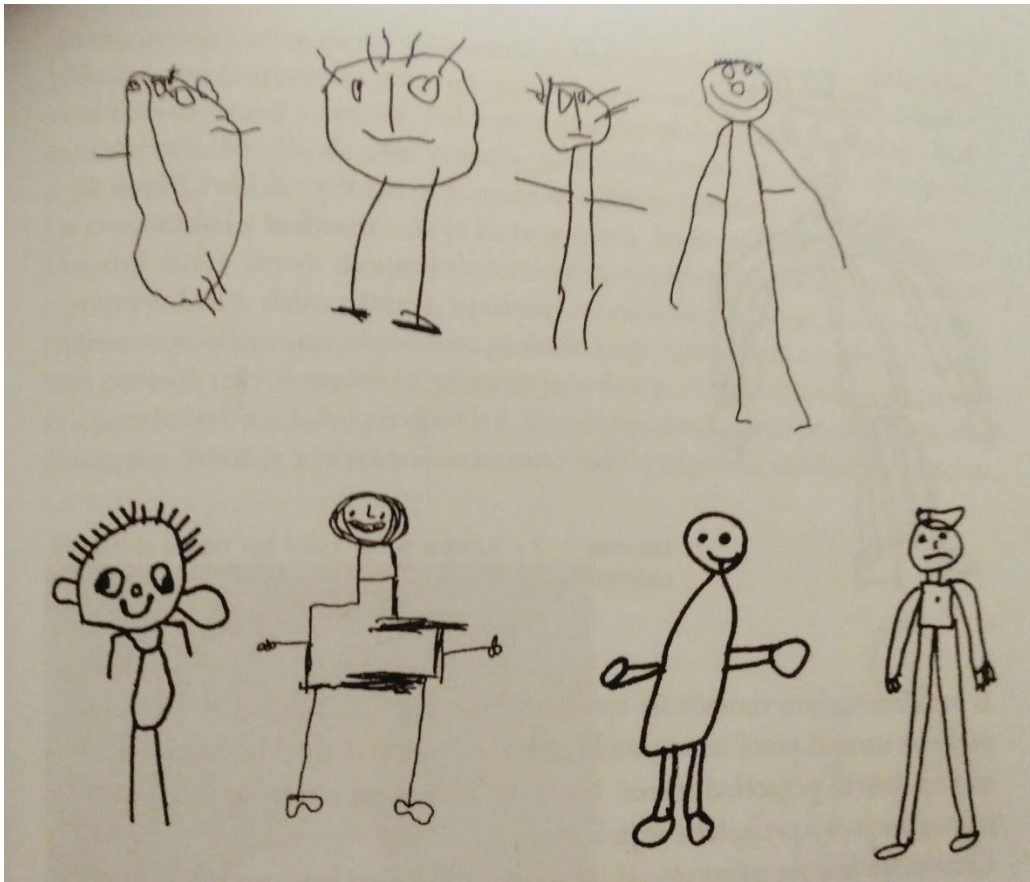
jsou však často šablonovité. U dívčích obrázků lze vyzorovat bohatost barev. Naopak u kreseb chlapců lze vyzorovat bitvy, rytíře a výdobytky současné techniky – letadla, raketoplány aj. Obzvlášť jsou chlapci pozorní při kresbě automobilu. Mladší školní věk patří mezi nejproduktivnější období dětských kreseb.

Vývoj základních schopností a dovedností je závislý na tělesném růstu dítěte. Během jeho vývoje se zlepšuje hrubá a jemná motorika. Jejich pohyby jsou tudíž postupem času rychlejší a koordinovanější. S tím je spojen i větší zájem o sport a hry vyžadující větší míru obratnosti a vytrvalosti. Na tomto zlepšení závisí i výkon při psaní a kreslení. Z počátku se pohyby soustřeďovaly do ramenního a loketního kloubu. Pozdější výkony závisí na lepší jemnější koordinaci pohybů zápěstí a i prstů. Výkony při těchto výkonech nezávisí jen na věku, ale i na vnějších podmínkách (povzbuzení rodičů, aj.). Vnější podmínky by určitě měly být podporovány (LANGMEIER, 1998).

1.8.1 VÝVOJ KRESBY LIDSKÉ POSTAVY

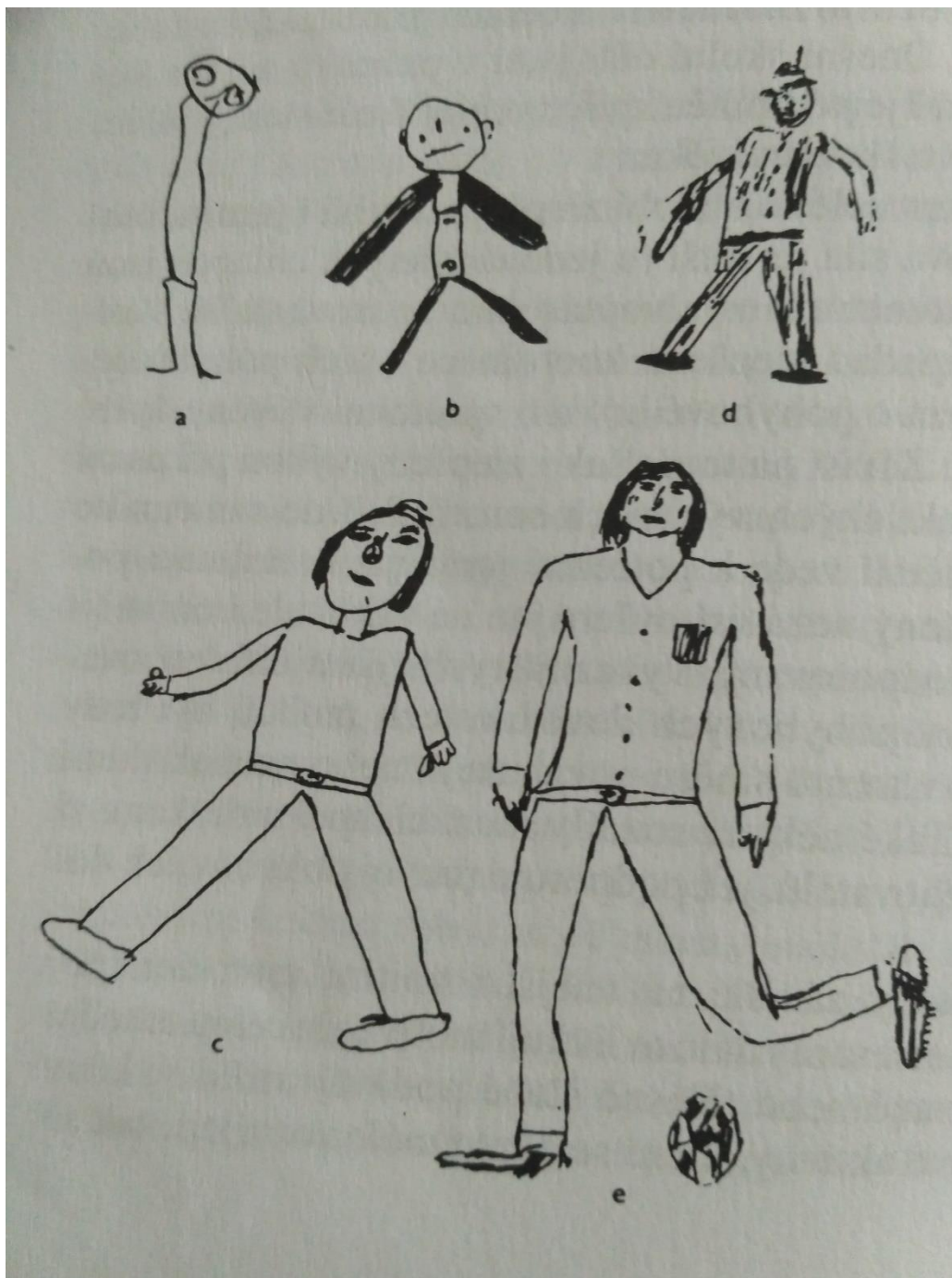
Děti často kreslí lidské postavy. Vývoj takové kresby má typický průběh, ve kterém se odráží rozvoj dětské psychiky:

- Stadium hlavonožce. Kresba v tomto stádiu se objevuje zhruba ve třech letech dítěte. Děti se významně soustředí na obličej. Vyplývá to z toho důvodu, že děti vycházejí při kreslení z vlastních zkušeností se svým tělem. Obličejem navazují kontakt, a proto ho vnímají jako velmi důležitý. Dalším významným detailem pro děti jsou končetiny, které využívají k vykonání aktivity. Primárním zobrazením dítěte se tedy stává tzv. hlavonožec, který zobrazuje to, co je pro dítě důležité.
- Stadium subjektivního a fantazijního zpracování postavy. Toto zobrazení postavy je typické pro dítě ve věku 4-5 let. Děti se v tomto věku schylují v kresbách k tomu, že důležitost vidí v detailech, které mnohdy svým zobrazením nekorespondují s realitou. Pro toto stádium je také typické neustálé dokreslování částí oděvů na již nakreslenou postavu. V tomto stádiu se již objevuje trup.
- Stadium realistického zobrazení. Jedná se o přechod dítěte k realismu. Již na konci předškolního věku se dětská kresba stále více podobá realitě (VÁGNEROVÁ, 2012).



Na obrázku z knihy M. Vágnerové, který je výše, lze vypožorovat v kresbách dětí v předškolním věku jejich postupný vývoj (VÁGNEROVÁ, 2012). Postavy, které děti kreslí v mladším školním věku, jsou již profilové. Snaží se již zachytit pohyb rukou nebo nohou. Setkáváme se i s tím, že si dítě vybírá barvy dle vlastností postav ve své kresbě. Kresbami nám děti sdělují informace. Převažují kresby plošné. Lze z nich přečíst, jak se dítě cítí, což je v jejich věku velmi přínosné jak pro rodiče, tak pro případnou diagnostiku. Kresebné výtvořy využijeme také pro diagnostický záměr v praktické části této práce (LISÁ, 1986).

Níže se nachází obrázky postavy nakreslené jedním chlapcem v několika etapách mladšího školního věku. Na uvedených obrázcích lze pozorovat rychlý vývoj chlapce v jemné motorice, vnímání a představivosti v různých fázích mladšího školního věku. Tyto kresby byly získány z longitudinálního výzkumu nejmenovaného chlapce ze 4 let (obr. a), 6 let (obr. b), 8 let (obr. c), 10 let (obr. d) a 12 let věku (obr. e).



(podle L. Švancarové a J. Švancary).

2 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ

Tyto poruchy vznikají na základě dysfunkcí centrální nervové soustavy. Dysfunkce znamená funkci, která není úplně vyvinuta. Mezi „dys“ poruchy se nepočítá pomalé osvojení čtení, psaní nebo počítání u dětí, které jsou vývojově ještě nezralé a u dětí, které jsou na hranici pásma inteligence mentální retardace. Nelze považovat za poruchu výskyt pouze jednoho z projevů poruch učení. Specifické vývojové poruchy učení je souhrnný název pro poruchy čtení, psaní, pravopisu a matematických schopností. Poruchou čtení je dyslexie, poruchou psaní je dysgrafie, poruchou pravopisu je dysortografie, poruchou matematických schopností je dyskalkulie, poruchou hudebních dovedností je dysmúzie, poruchou obratnosti a vykonávat složitější úkony je dyspraxie, poruchou kreslení a neobratnosti v jemné motorice je dyspinxie. Předpona dys- znamená diskrepanci či deformaci.

Intelektové výkony dítěte mají významný vztah k SPU. Wenzel (1934) chápe inteligenci jako „*schopnost pochopit a vytvářet významy, vztahy a souvislosti podle smyslu.*“ Langmeir (1983) ho doplňuje o myšlenku, že se inteligence nedá pozorovat přímo a bezprostředně měřit. Z výsledků různých verbálních a neverbálních úkolů lze na ni nepřímo usuzovat. V inteligenčních testech je požadován jeden správný způsob řešení. Chybí tedy možnost poskytnout obraz o tvořivém myšlení. Dětský psycholog Graichen tvrdí, že SPU jsou nezávislé na úrovni globální inteligence dítěte. I Pokorná je toho názoru, že jsou SPU podmíněny mimointelektovými příčinami. Schopnost naučit se číst je nezávislá na inteligenci člověka, což dokazují výzkumy. Dítě s výraznějšími nižšími mentálními schopnostmi se totiž číst naučí. Intelektová hranice se nachází pod IQ 90. Tato hranice však pouze udává, zda se dítě naučí číst rychle a bez problémů či naopak. Děti se SPU potřebují specifické metody nácviku čtení. Neplatí u nich totiž důležitost motivace a koncentrace pozornosti jako u dětí bez SPU (POKORNÁ, 2001). Poruchy učení dle Černé jsou způsobeny nedostačující inteligencí nebo malým množstvím příležitostí k učení či užitím metod, které jsou nevhodné ve vzdělávacím procesu. Dále rozlišuje poruchy specifické, které dále přisuzuje k lehkým dysfunkcím centrálního nervového systému. Dále jen CNS (ČERNÁ, 1999).

SPU, které jsou projevem primárních dysfunkcí, se jeví v souvislosti se školními povinnostmi. Výskyt těchto poruch ve škole jsou 2-20%. Ze studií vyplývá, že výskyt

poruch u chlapců je vyšší oproti dívkám (3:1 až 5:1). Některé studie se opírají o skutečnost, že převaha výskytu u chlapců je dána se spojitostí s poruchami chování (HORT, 2008). Důraz se klade na včasnou diagnostiku, zajištění reedukace a podporu. V případě, že tomu tak nebude, může to mít za následek negativní vliv na další vzdělávání i volbu profese při pozdějším věku (BARTOŇOVÁ, 2004). Některé z typů specifických poruch učení vznikají na základě lehké mozkové dysfunkce:

Lehká mozková dysfunkce (LMD)

„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevat různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky.“ (ZELINKOVÁ, 1996, s. 13)

Vzájemná souvislost mezi SPU a LMD vyplývá z definic, které se nachází výše. Děti, které mají LMD, mohou mít poruchy učení. Naopak, SPU mohou, ale nemusejí vznikat na základě LMD. Příčiny mohou být různé (ZELINKOVÁ, 1996).

3 SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ

Specifické poruchy chování, dále jen (SPCH) jsou v některých případech označovány jako pseudoporuchy chování. Tyto poruchy se objevují u dětí, které mají inteligenci, která není nijak závažně snížena či narušena. Narušené jsou u těchto dětí pouze dílčí funkce, které jsou zodpovědné za řízení, regulaci a integraci projevů chování v různých směrech. Příčinu lze hledat v poruchách hyperaktivity, neschopnosti sebekontroly a sebeovládání. Jedná se tedy o závažná narušení pozornosti dítěte. Děti trpící touto poruchou nejsou schopny ovládat své chování a nevnímají to, co je po nich požadováno. Jsou často odmítány svým okolím a je na nich kladena větší kritika. SPCH se diagnostikují již v raném dětském věku. Diagnostika je nejpozdější ve věku sedmi let, tudíž při příchodu do školy mají symptomy definitivní podobu. SPCH trpí zhruba 3 - 5 % dětí, převážně chlapci (SVOBODA, 2001).

V posledních letech je toto téma velmi zajímavé, převážně pro učitele. Je totiž zřejmé, že poruchy učení a chování není možné řešit jednotlivě (POKORNÁ, 2001). Dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) patří SPCH do kategorie hyperkinetických poruch. Tyto poruchy jsou rozděleny takto:

1. syndrom ADHD, projevující se hyperaktivitou a poruchami pozornosti
2. syndrom ADD, projevující se poruchou pozornosti
3. hyperkinetická porucha chování, pro jejíž diagnostiku musí být splněna kritéria jako pro hyperkinetickou poruchu, tak pro poruchu chování (SVOBODA, 2001).

Dle paní Pokorné (2001) jsou termíny ADHD a SPCH synonymní. Termín ADHD má dle ní původ v anglické literatuře. Upřednostňuje spíše termín SPCH, jelikož je srozumitelnější pro laickou veřejnost. Upřednostňuje také termín hyperkinetická porucha. Tento termín vymezuje poruchu aktivity, pozornosti i chování. Na rozdíl od termínu LMD, který se vyhraňuje pouze somaticky. Paní Zelinková definuje poruchy chování jako konflikt mezi dítětem, dospělými a okolím.

3.1 ETIOLOGIE PORUCH CHOVÁNÍ

Mezi biologické faktory je zařazována dědičnost a vliv prostředí rodiny na dítě. Zřetelnějším dědičným chováním je agresivita projevená vůči zvířatům, ničení věcí aj. Psychologické faktory jsou nedílnou součástí normálního vývoje dítěte. Dítě musí umět rozlišovat to, co je dobré a co je špatné, mělo by umět dodržovat stanovená pravidla a mít

mravní vědomí. Již v 60. letech bylo prokázáno, že agresivnímu chování se dítě může naučit od rodičů. Stejně jako od rodičů mohou děti vysledovat agresivní chování z televize nebo internetu. Poruchy chování můžeme vyzorovat zejména v rodinách, kde je nedostatek disciplíny, nejsou tam vytyčená jasná pravidla a dítěti chybí kontrola rodičů. Sociální faktory se z velké části podílejí na vzniku a přetrvávání poruch chování. Mezi takové faktory patří: rozpad rodiny, nedostatek vzdělání aj. (ZELINKOVÁ O. , 2007). P. Klíma se zabývá poruchami chování a rozdělil je na asociální, které se dle něj vymykají společenským normám, a antisociální, které vedou k zničení lidského života (Klíma, 1978). M. Vágnerová oproti panu Klímovi dělí poruchy chování na agresivní a neagresivní chování. Neagresivním chováním myslí lži, záškoláctví či odpor vůči škole, krádeže nebo dokonce užívání drog. K agresivnímu chování řadí porušování sociálních norem, které je spojeno s fyzickým násilím (VÁGNEROVÁ M. , 2000).

4 ADHD

V této kapitole se budeme věnovat poruše ADHD. V jednotlivých podkapitolách se budeme zabývat touto problematikou. Zaměříme se na charakteristiku ADHD, historii pojmenování, užívání pojmu ADHD a LMD, typy ADHD, příčiny tohoto onemocnění a následnou diagnostiku. V neposlední řadě budeme pozornost věnovat symptomům ADHD u dětí mladšího školního věku. V závěru teoretické části se budeme věnovat možnostem terapie a vymezíme si legislativu, určující rámec pro vzdělávání jedinců majících ADHD v České republice.

4.1 CHARAKTERISTIKA ADHD

ADHD je anglická zkratka (*attention deficit hyperactivity disorder*) pro poruchu s deficitem pozornosti a hyperaktivity. Je to označení pro onemocnění, které způsobuje obtíže při soustředění, nepřiměřenou aktivitu a impulzivitu. Existují i názvy jako je *lehká mozková dysfunkce* (LMD), *minimální mozkové poškození*, *lehká dětská encefalopatie* (LDE) apod. Tyto názvy jsou starší. Tato starší pojmenování a informace o nich jsou tradované a často zavádějící. Terminologie je velmi důležitá. Odráží totiž pokrok ve výzkumu příčin a projevů. Léčba poruch je také odlišná. Je tedy velmi důležité používání moderního označení ADHD a orientace na informace, které jsou s tímto názvem spojeny. V této práci je používán termín ADHD, který je standardní ve vyspělých státech (GOETZ, 2009).

4.2 HISTORICKÉ POJMENOVÁNÍ

Termín ADHD je užívám v posledních dvaceti letech. W. James v roce 1890 referoval o symptomech souvisejících s poruchami pozornosti a chování. Pediatr F. Still z Velké Británie v roce 1902 popsal – „*abnormální psychický stav*“ u dětí. Tento stav pojmenoval jako „*deficit morální sebekontroly*“. Popsal syndrom vyznačujícím se schopností neudržet pozornost, neurologickou abnormalitou, vrozenými anomáliemi, neklidem, těkavostí a agresivitou. Ve 30. letech 20. století byl zveřejněn pojem německých badatelů H. Wernerem a E. W. Straussem – „*mozkové poškození*“. V roce 1930 byl použit termín – „*minimální mozková dysfunkce*“. Z tohoto termínu byl odvozen český název – „*malá mozková dysfunkce*“. V 50. letech 20. století se objevil název - „*lehké poškození CNS*“. Poté byl tento termín zaměněn za nový a to – „*lehká dětská*

encefalopatie“. Autorem byl O. Kučera. Postupně se v 60. a 70. letech přecházelo k užívání dalšímu názvu – „lehká mozková dysfunkce“. V roce 1980 se objevuje diagnóza ADD a následně po sedmi letech se poprvé setkáváme s názvem ADHD (MICHALOVÁ, 2012).

4.3 UŽITÍ POJMU ADHD A LMD

Díky postupnému historickému vývoji a označování došlo ke vzniku několika názvů, které dle Kavale-Palarové znamenají téměř to stejné. Jedná se o názvy LDE, LMD a ADHD. Dále tvrdí, že název LDE již není moderní a neužívá se, LMD je název současný a ADHD je pojem budoucí (KAVALE-PAZLAROVÁ, 1998). Vývoj pojmů charakterizujeme jako vývoj od neurologických k popisným diagnostickým jednotkám. Pojem LDE popisuje poruchu, která se objevuje v dětství a znamená lehkou encefalopatii. LMD popisuje dítě s lehkou mozkovou dysfunkcí. Projevy však byly velmi hojné a byla nutná bližší specifikace - první užití termínu ADHD (KAVALE-PAZLAROVÁ, 1998). Dle paní Zelinkové jsou názvy LMD a ADHD často mylně zaměňovány. Oba tato názvy mají společné i rozdílné znaky. Dle Zelinkové je potřeba zvážit jednotlivé kroky a doporučení v práci s jedinci trpícími LMD, protože všechny postupy nejsou platné obecně. Různé projevy poruch koncentrace pozornosti u dítěte si žádají jiný přístup (ZELINKOVÁ, 1996). Paní Škvorová uvádí, že pojem LMD je dřívějším označením pro ADD nebo ADHD. Nerozlišuje však, zda se jedná o poruchu pozornosti s hyperaktivitou či nikoliv. Ačkoli se oba pojmy podle ní zdají být trochu synonymní, označení LMD ani neodpovídá systému MKN-10 ani DSM-IV (ŠKVOROVÁ, 2003). Paní Michalová tvrdí, že v roce 1987 se od používání termínu LMD ustoupilo. Vzhledem k dílčím symptomům, které lze navenek u jedinců pozorovat, bylo rozhodnuto, že se budou užívat termíny ADHD a ADD. Termín LMD byl zamítnut pro svou nedostatečnost v pojmenování různých symptomů. LMD smýšlí spíše z hlediska etiologického, zatímco ADHD vychází z hlediska symptomatologického. LMD taktéž odkazuje na drobné poškození mozku a retardaci (MICHALOVÁ, 2012). Podivení nad skutečností, že 13 let po zavedení klasifikačních kritérií MKN-10 pro hyperkinetické poruchy se stále používá termín LMD, cítí Drtílková (DRTÍLKOVÁ, 2007).

4.4 DSM-IV A MKN-10

Psychiatři v České republice i ve Velké Británii dávají tradičně přednost diagnostickým kritériím podle MKN-10. Mezi klasifikační soustavou publikovanou Světovou zdravotní organizací a klasifikačním systémem vydaným Americkou asociací

psychiatrů jsou nepatrné rozdíly. Můžeme nalézt rozdíly v příznacích, které jsou nezbytné pro stanovení diagnózy, ale i při způsobu popisu různých abnormalit v chování. Rozdíly mohou být i v diagnostickém označení - „ADHD“ (DSM-IV) a „Hyperkinetická porucha“ (MKN-10) (MUNDEN, 2002). Paní Drtílková vysvětluje hlavní rozdíl mezi systémy, který spočívá v rozdělení subtypů. Dle MKN-10 z roku 1996 zahrnuje hyperkinetická porucha subtyp, který zahrnuje poruchu pozornosti, hyperaktivity a subtyp hyperkinetické poruchy chování. Přítomnost všech základních příznaků poruchy je nutná při stanovení správné diagnózy (DRTÍLKOVÁ, 2007).

4.5 TYPY ADHD

U dětí s hyperkinetickou poruchou chování je příznačná narušená pozornost, hyperaktivita, impulzivita i porucha chování. V tomto případě je možné, že se může u dítěte objevit také agresivita, opoziční či asociální chování. Michalová je toho názoru, že ADHD je mírnější oproti hyperkinetické poruše. Poruchu ADHD může mít i dítě, které svou pozornost má pouze narušenou bez hyperaktivního chování a impulzivity. Diagnóza ADHD totiž nezahrnuje hyperkinetické poruchy chování (MICHALOVÁ, 2012).

Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace rozděluje ADHD do tří typů:

1. ADHD - inattentive type (převládající porucha pozornosti)
2. ADHD - hyperactivity/impulsivity type (převládající hyperaktivita a impulzivita)
3. ADHD - combined type (smíšený typ)

(DRTÍLKOVÁ, 2007).

Klinické odhady potvrdily, že nejběžnější je typ smíšený. I přesto, že se symptomy vzájemně překrývají, jsou pozorovány rozdíly mezi jmenovanými podtypy. Hyperkinetickými poruchami trpí zhruba 5-8% dětí. Častější výskyt byl zpozorován u chlapců. Četnost dle více zdrojů je od 10:1 do 2,5:1). Hyperkinetická porucha je diagnostikována nejvíce u dětí ve věku 6-9 let. Podtyp, u kterého převažuje hyperaktivita s impulzivitou, bývá zjištěn o 3-4 roky dříve než podtypy ostatní.

4.6 PŘÍČINY ADHD

Syndrom ADHD je bio-psycho-sociální porucha. Jedná se o dědičnou poruchu, vylučuje se tedy myšlenka, že výchova nebo nevhodné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a žije, je příčinou symptomů (MUNDEN, 2002). Na základě toho, že otcové dětí s ADHD

v dětství také trpěli tímto syndromem, se Train domnívá, že je tato porucha dědičná. Matky poruchou příliš netrpěly (TRAIN, 2001).

4.6.1 SEBEKONTROLA A FUNKCE MOZKU

Schopnost sebekontroly se vyvíjí s věkem jedince. S věkem dozrává i mozek a zlepšují se schopnosti se ovládat. U dětí s ADHD je toto dozrávání mozku opožděné a nerovnoměrné. Sebekontrola takového dítěte je tudíž také nerovnoměrně rozvinutá. To má za následek přetrvávající problémy při delším soustředění, impulzivitou a hyperaktivitou. U zdravých dětí takové opoždění není a vývoj mozku je přiměřeně rovnoměrný. Se vstupem do školy se zlepšuje psychická činnost dítěte. Váha mozku kolem sedmého roku dítěte je už jen o málo menší, než je mozek dospělého jedince. V období mladšího školního věku se vyvíjí mozek intenzivně růstem čelních laloků. To má za následek rozvoj celé nervové soustavy. Nabývá i rozumová stránka dítěte, dokáže se lépe usměrňovat a kontrolovat. Sebekontrola má velké postavení v požadavcích dospělosti. Se sebekontrolou souvisí spolehlivost, vytrvalost ale i předvídatelnost v chování jedince. Tato sebekontrola je u dětí s ADHD již od narození narušena. Děti s ADHD si plně uvědomují důsledky svého chování, avšak toto uvědomění není vždy včasné (GOETZ, 2009). V dalších řádcích této práce se budeme věnovat sebekontrolě a její souvislosti s funkcemi mozku a proč lze považovat poruchu ADHD za biologicky podmíněnou.

Na základě několika let výzkumu chování člověka a jeho funkcemi mozku se vědci opakovaně utvrdili v tom názoru, že za naši sebekontrolu je zodpovědná jedna oblast kůry čelního laloku mozku. Jedná se o část mozku (prefrontální kůru) a propojení této kůry se skupinami nervových buněk, které se nacházejí v hloubi mozku (podkorová centra). U poruchy ADHD je z nich nejdůležitější bazální ganglia a mozeček. Postupné dozrávání prefrontální kůry mozku, která má vliv na rozhodování člověka a řízení jeho projevů, má vliv na uvažování jedince a jeho pozdější chování. Dozrávání této mozkové kůry má vliv na rozvoj kognitivních schopností. Jedinec má tak možnost zpracovávat více informací a naopak tlumit ty, které již nejsou důležité (GOETZ, 2009). Diagnostické přístroje, které pracují na principu nukleární magnetické rezonance (MRI) dávají možnosti odborníkům, aby propočítali objem různých mozkových struktur pomocí počítačů. Z pohledu neuroanatomie je problém v tom, že u dětí s ADHD je pravostranné ocasovité jádro

v mozku větší než levé. Je také menší než ocasovité jádro mozku u normálních dětí. Toto ocasovité jádro mozku má označení – „*nucleuscaudatus*“. „*Nucleuscaudatus*“ je vytvořeno větším počtem svazků nervových vláken. Je také zodpovědné za uvědomělost v zahájení a provedení pohybů těla. Jedno z nervových vláken se nazývá striatum. Striatum je důležitý svým spojením s jinou mozkovou strukturou – limbickým systémem, který je zodpovědný za funkce, např.: řízení emocí, motivace a paměti. Má tedy vliv na udržení pozornosti dítěte. Strukturální abnormality, které jsou vyjmenovány výše, jsou častější spíše u chlapců (MUNDEN, 2002).

Řada výzkumných prací vznikla za pomoci EEG (elektroencefalografie). Vyšetření EEG nebolí. Toto vyšetření je pouze trochu nepříjemné, jelikož se obvykle provádí ambulantně. Výrazně napomáhá k tomu, aby lékař zjistil, zda pacient trpí epilepsií, což je důležité vědět při případném rozhodnutí lékaře podávat medikamenty při poruše ADHD. EEG je způsob vyšetření, při kterém neurofyzilogie využívá připojení několika elektrod na povrch hlavy, které mají za úkol zachytit nepatrné elektrické impulzy v mozku. Neurofyzilogicky se jedná o redukovaný průtok krve v určitých částech mozku. Díky vyšetření pomocí EEG lékař může zvážit různé příčiny symptomů ADHD.

Neurochemie se zabývá souvislostí dopaminu a noradrenalinu s ADHD. Jedná se o chemické látky - neurotransmitery, které mají za úkol přenos zpráv při duševní činnosti mozku mezi jednotlivými mozkovými buňkami. Existují léky, které mění aktivitu těchto chemických látek a zlepšují tak symptomy ADHD. I přes velký počet studií, které byly provedeny, neexistuje doposud žádná ucelená teorie o chemických látkách a mechanismech, které by dokazovaly nebo vysvětlovaly chemický původ symptomů ADHD. V minulosti se stávalo, že příznaky hyperaktivity a poruchy pozornosti vykazovaly děti, které se těžce otrávil olovem. Nejrizikovější skupina byla mezi 12-36 měsíci věku dítěte. Tato otrava je již velmi vzácná, jelikož se olovo již nevyužívá v barvách. Poškození mozku však může způsobit vystavení cigaretovému kouři nebo alkoholu již před narozením, což může mít za následek poškození mozku dítěte. Testy na zvířatech dokázaly, že tyto škodliviny mají za následek abnormální vývoj některých mozkových struktur. Je tedy možné, že se podobný proces odehrává i v mozku lidském. Symptomy ADHD jsou spojeny fetálním alkoholovým syndromem. Tento syndrom je důsledkem nadměrného požívání alkoholu během těhotenství.

Za příčinu vzniku ADHD lze považovat úrazy, encefalitidu či porodní traumata. Dle názoru Mundena jsou mozkové struktury, které jsou zapojeny do vývoje ADHD, citlivé na hypoxické poškození během porodu. Toto poškození způsobuje nedostatečné okysličení některých částí mozku během zpomaleného krevního oběhu (MUNDEN, 2002). Zda má jídelníček vliv na vznik symptomů ADHD, vzniklo velké množství zajímavých spekulací. Někteří odborníci tvrdí, že hyperaktivitu mohou způsobovat barviva, jako jsou azo-barvy, které jsou na bázi dusíku. Existuje několik vědeckých projektů na toto téma. Bylo prokázáno, že pro odstranění symptomů ADHD nestačí dietetická opatření (MUNDEN, 2002). Pokorná tvrdí, že mezi odborníky neexistuje shoda v názoru na příčinu ADHD. Malá (2000) tvrdí, že vliv negenetických faktorů je přibližně 20-30%. Další odborníci zase věří v zjištění genetických vlivů.

4.7 VLIVY GENETICKÉ

Pozornost bychom neměli věnovat jen tomu, proč ke změnám v mozku dochází, ale pro pochopení problematiky ADHD je nutné vědět, jaké jsou příčiny toho, že mozek jedince s ADHD se vyvíjí jinak. Je dokázáno, že porucha ADHD je podmíněna několika příčinami. Nejvýznamnějším vlivem na poruchu ADHD je vliv genetický. Několik genetických studií dokazuje, že ADHD má dědičný podklad. Přenáší se tedy z generace na generaci. Na dědičnosti ADHD se podílí mnoho genů. Genetický podklad není jediným faktorem, podepisuje se na poruše i vliv prostředí, ve kterém dítě žije. Genetický podklad je však nejvýznamnějším faktorem. Touto otázkou se zabývalo velké množství výzkumných studií a závěrem je, že ADHD má až z 80% základ dědičný. Údaj o 80% dědičného základu však neznamena, že by rodič měl tak vysokou pravděpodobnost výskytu této poruchy u svého potomka. V celkovém srovnání výskytu této poruchy mezi jednotlivými potomky pacientů s touto poruchou v populaci, je výskyt pětikrát vyšší než u jedinců, jejichž rodiče touto poruchou netrpí. Vnější faktory (životní prostředí, výchova, průběh těhotenství aj.) mají vliv pouze minimální. V případě, že symptomy ADHD přetrvávají u rodičů i do dospělosti, tak se pravděpodobnost přenosu poruchy z rodiče na svého potomka zvyšuje (GOETZ, 2009).

4.8 VLIVY PROSTŘEDÍ

Výše již bylo uvedeno, že na poruchu ADHD mají vliv i vnější faktory. Ačkoli jejich význam je nižší, i přesto jsou tyto vlivy důležité. V lidském vývoji je důležité okysličení

mozku. Špatné okysličení mozku může mít za následek zhoršenou funkci mozku a případný rozvoj ADHD. Dle potvrzených údajů jsou dalšími častými vlivy na výskyt ADHD např.: předčasný porod a přílišná nízká porodní hmotnost dítěte, konzumace alkoholu, nikotinu nebo drog u matky během těhotenství (GOETZ, 2009).

Někteří odborníci hovoří i o dalších vlivech, které zde nebyly zmíněny:

1. „*opožděné neurologické zrání,*
2. *prenatální a postnatální poškození,*
3. *zvýšený spád těžkých kovů a vliv radioaktivity,*
4. *vliv některých léků,*
5. *vliv prostředí, především charakteristické rysy interakce mezi dítětem a rodiči“*
(POKORNÁ, 2001, str. 132).

Velmi zajímavý přístup k ADHD sepsala v článku dětská terapeutka Wedge, která pochází z Francie: „*WhyFrenchKidsDon'tHave ADHD*“. V tomto článku je popsán zajímavý přístup k ADHD. Dle jejího článku je rozdíl mezi dětskými psychiatry z USA a Francie. Zatímco američtí psychiatři vnímají ADHD jako poruchu s biologickými příčinami a upřednostňují léčbu pomocí medikamentů, oproti nim dětské psychiatry z Francie vnímají ADHD jako poruchu s psycho-sociálními a situačními příčinami. Zkoumají tedy příčiny v sociálním kontextu dítěte. Ve Francii se ze zkušeností vychází z toho, že stav dítěte se často zhoršuje po požití alergenů, potravin se škodlivými látkami, a proto je uznávána dietní intervence. Wedge dokonce tvrdí, že francouzské děti jsou lépe vychovány oproti těm americkým. Rodiče ve Francii prý zavádí pevný řád již od narození dítěte. Děti ve Francii jsou zvyklé dodržovat pevný řád a stanovené jasné limity. Dětská terapeutka a zároveň autorka článku je přesvědčena o tom, že nepoužívání medikamentů u dětí s ADHD má velký vliv na jejich učení i sebekontrolu (WEDGE, 2012).

4.9 DIAGNOSTIKA ADHD

ADHD patří mezi tzv. spektrální poruchy vzhledem k tomu, že se u různých lidí vyskytuje v různých stupních závažnosti. Rozlišení lidí s mírnou poruchou ADHD od krajně hyperaktivních není jednoduché. Obtížná diagnóza spočívá v tom, že neexistují žádné správné testy. Symptomy jsou různé věkem, situací a podmínkám. Jiné poruchy a jejich symptomy mohou ADHD zakrýt či naopak se symptomy ADHD mohou objevit u poruch jiných. ADHD má vždy stejné složky: impulzivitu, nepozornost a hyperaktivitu. U různých

dětí se ovšem může projevat jinak. Pro přesnou diagnostiku poruchy ADHD, je nutné získat vyšetření od kvalifikovaného a zkušeného odborníka (MUNDEN, 2002).

„Celkové vyšetření zahrnuje pečlivé posouzení symptomů a zdravotní, psychiatrické, psychologické, studijní, osobní i rodinné anamnézy. Takové informace se shromažďují z lékařských zpráv, z rozhovorů, které učinil někdo jiný, z klinických pozorování a vyšetření“ (MUNDEN, 2002, s.62). V případě nutnosti lze požádat o odborné posudky nebo vyšetření od jiných lékařů, odborníků nebo učitelů. Díky těmto posudkům lze dojít k přesnějším závěrům (MUNDEN, 2002).

Již výše bylo uvedeno, že neexistuje správný jediný test na ADHD. První krok v diagnostice ADHD je průzkum zdravotních záznamů dítěte. Poté je důležité získat psychologicko-vzdělávací profil podáním IQ testu. Dalším krokem je vyhodnocení výsledků v základních učebních dovednostech (čtení, psaní, počítání a vyjadřovací schopnost psané i mluvené formy). Další součástí je EEG, které zkoumá elektrické vlny v mozku (SERFONTEIN, 1999). Při správné diagnostice syndromu ADHD musí u níže jmenovaných příznaků platit, že nepozornost přetrvává šest nebo více měsíců, a to v takové míře, že mají za následek nepříznovost dítěte. Stav dítěte, který je zjištěn, neodpovídá jeho správnému vývojovému stádiu.

Dítě s ADHD:

1. nedovede se často pozorně soustředit na podrobnosti,
2. má časté problémy s udržováním pozornosti při plnění různých úkolů nebo při hraní,
3. i přesto, že na něj někdo přímo mluví, působí, že neposlouchá,
4. často nepostupuje dle přikázaných pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci ani jiné,
5. má problémy s organizací úkolů a činností,
6. nerado dělá úkoly a často se jim vyhýbá,
7. ztrácí věci potřebné pro svou práci a výkon,
8. dá se velmi lehce vyrušit vnějším prostředím a podněty,
9. zapomíná na běžné povinnosti.

Další příznaky hyperaktivity či impulzivity, které jsou uvedeny v následujícím textu, musí přetrvávat též po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek opět nepříznovost dítěte. Zjištěný stav u dítěte tak neodpovídá jeho správnému vývoji.

Dítě s ADHD:

1. trpí bezděčnými pohyby rukama nebo nohama, vrtí se na židli,

2. vstává ze židle v situacích, kdy by mělo sedět,
3. pobíhá nebo popochází v situacích, kdy to není úplně vhodné,
4. má potíže s tichým hraním nebo v jiných činnostech v tichosti,
5. chová se tak, jako by – „jelo na motor“, bývá v pochodu,
6. je nepřiměřeně upovídané.

Na důležitost stanovení diferenciálně diagnostického původu obtíží upozorňuje jak Pilařová, tak i Kavale-Pazlarová. Symptomy jako např. úzkost, deprese, opoziční vzdor, neklid atd. mohou i nemusí být symptomy ADHD. Podobné příznaky mohou být i u posttraumatických stresových poruch, které mohou být způsobeny sexuálním zneužitím, ztrátou blízké osoby a jinými příčinami. Je důležité se každému dítěti věnovat individuálním způsobem a věnovat diagnostice dostatek času.

Rozdělení dětí s ADHD dle Taylora (1996) vypadá následovně:

1. do první skupiny patří děti, jejichž výrazné hyperaktivní chování se objevilo již v raném vývoji a je doprovázeno určitým vývojovým opožďováním,
2. do druhé skupiny se řadí děti s pozdějším nástupem hyperaktivity, u nichž ADHD je diagnostikováno až po nástupu do školy. Děti v této skupině mají různé formy poruch učení,
3. třetí skupina je pro děti, které mají přidružené emoční poruchy (především úzkost a depresi). Stresové faktory, pocházející ze sociálního prostředí dítěte, mají na tyto děti největší vliv (PILAŘOVÁ, 1999).

Dle Kenta (1997) lze ADD a ADHD diagnostikovat již ve dvou letech dítěte. Různé symptomy lze určit již v prvních měsících věku dítěte. I přesto je velmi malý počet diagnostikovaných dětí ještě před vstupem do školy. Kent je toho názoru, že výzkumní pracovníci, praktičtí lékaři a odborníci nevěnují dostatek pozornosti tomuto problému. Asi u 60% případů ADHD přetrvávají symptomy do adolescence a dospělosti. Kewley (1995) tvrdí, že mají souvislost s psychiatrickými obtížemi. Wodrich (1994) zase tvrdí, že přibližně u 25% dětí s poruchou ADHD se v dospělém věku objevuje antisociální chování. U přibližně 50-65% dětí s ADHD přetrvávají některé do dospělosti. Mezi faktory, které by mohly snížit riziko problémů ve vyšším věku, jsou: vysoký intelekt, vysoký sociální status rodiny, zdravě dobré vztahy s vrstevníky aj. (PILAŘOVÁ, 1999).

4.10 SYMPTOMY ADHD

Mezi základní symptomy ADHD patří hyperaktivita, impulzivita a nedostatečná schopnost se soustředit. Dle výzkumných prací, které byly na toto téma zpracovány je zřejmé, že symptomy ADHD jsou stálé. I přesto, že v dospělosti některé ze symptomů do značné míry vymizí, zůstávají symptomy i vzorce chování v průběhu školních let neměnné.

Klíčové symptomy poruchy ADHD:

1. nepozornost,
2. hyperaktivita,
3. impulzivita.

Pro klinický význam je nezbytné, aby symptomy splňovaly diagnostická kritéria. Výše uvedené příznaky se mohou objevit buď samostatně, nebo souhrnně. Souhra těchto příznaků může vést k dalším, které se mohou stát závažnějšími, než byly ty původní. Typickým symptomem v období školní docházky se stává porucha v kognitivní oblasti, která má převládající příznaky a je často doprovázena behaviorálními problémy. Častým symptomem se stává mimo - intelektové selhání týkající se prospěchu ve škole. Dítě s ADHD bývá častěji napomínáno pro svou neukázněnost, opakované zapomínání a neustálé narušování výuky. Časté napomínání dítěte s ADHD může způsobit, že se u dítěte objeví pocit neúspěšnosti či případného selhání, což může mít za příčinu i různé neurotické potíže nebo další poruchy chování (DRTÍLKOVÁ, 2007). Se školní docházkou jsou spojeny i vyšší nároky na dítě. Porucha ADHD má za příčinu to, že se dítě špatně podřizuje pravidlům, nespolupracuje při kolektivní práci, má problémy s dokončením své práce a mohou nastat i obtíže při podřizování se autoritě dospělé osoby (JUCOVIČOVÁ, 2010).

Dle Reifové jsou typickými projevy chování u dětí s ADHD:

- vysoká míra aktivity,
- impulzivita,
- malá míra sebeovládání,
- obtíže při změně k jiné činnosti,
- agresivita v chování,
- sociální nezralost,

- nízká sebeúcta,
- frustrované chování (RIEF, 2010).

Pro naše srovnání využijeme další autory. Nejčastější tři symptomy dle Bartoňové jsou: porucha pozornosti, infantilní chování a zvýšená vzrušivost. Žáčková i Jucovičová se s Bartoňovou shodují. Dalšími projevy ADHD jsou poruchy percepčně motorických funkcí. Jedná se o poruchy motorické (neobratnost), poruchy sluchového nebo zrakového vnímání. Poruchy paměti nebo poruchy myšlení a řeči (poruchy komunikace, pomalý vývoj řeči) patří taktéž do projevů ADHD (JUCOVIČOVÁ, 2010). Při nástupu do školy se od dítěte očekává, že bude splňovat požadavky školy. Chování bude klidné a poslušné. Ovšem právě s klidem a poslušností mají velké obtíže děti, které jsou hyperaktivní. Jejich chováním narušují chod třídy, obtěžují nejen učitele, ale i děti. Jejich sociální nezralost má za následek to, že si často hrají samy někde v postranní. Kromě již napsaných projevů ADHD si Serfontein všímá i toho, že děti s ADHD mají problémy s nesprávným držetím tužky.

4.10.1 NEPOZORNOST U DĚTÍ S ADHD

Syndrom ADHD je porucha, která je charakteristická obtížemi v oblasti pozornosti. Ta je doprovázena hyperaktivitou a impulzivitou. Pozornost jedince má za úkol si vybrat z podnětů, které jsou důležité pro organismus.

„Pozornost působí dvojitým 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“ (ČERNÁ, 1999, S.57).*

Jeden ze závažných problémů v oblasti pozornosti popisuje pan Kulišťák. Uvádí, že problémy ve funkci pozornosti mohou mít za následek neúspěšnou rehabilitaci dalších kognitivních funkcí. Je proto toho názoru, že podstatná a velmi důležitá je právě správná funkčnost pozornosti (KULIŠŤÁK, 2011). Pozornost má za úkol chránit jedince před přílišným množstvím podnětů, které by mohly narušit účelnost jeho činnosti nebo ho vyčerpávat. Při zvýšené únavě u zdravého člověka dochází k jejímu vypnutí. Únava CNS je problémem již u předškolních dětí. Již v tomto věku nevydrží si dlouho hrát pouze s jednou hračkou, vyžaduje neustále nové. Největší problém s pozorností však nastává

s nástupem do školy. Důležitou roli hrají správná motivace a stimulace (JUCOVIČOVÁ, 2010). Největší problém u dětí s poruchou pozornosti nastává v jejich organizaci v aktivitě, regulaci a koordinaci činnosti. Tato porucha tudíž ovlivňuje i efektivní učení ve škole. Dítě ulpívá na nenáročných strategiích v učení, což způsobuje jeho horší výkon. Paměť je také ovlivněna touto poruchou, což má za následek horší vybavování si vzpomínek. S poruchou je spojeno i zapomínání pomůcek do školy a neplnění školních povinností. Syndrom ADHD má u dítěte za následek špatnou koncentraci ve škole, což vysvětluje, proč jakýkoli vnější či vnitřní podnět dítě vyruší. Soustředění dítěte na jednu konkrétní věc je velmi krátká. Toto neudržení pozornosti po jistou dobu a přebíhání od jedné činnosti ke druhé. Pro tento stav narušení soustředěnosti našel Svoboda název „tenacita“ (SVOBODA, 2001). Potíží pozornosti u dítěte je její omezený rozsah. Při řešení úkolu, se dítěti dostává pouze menší množství informací, které jsou zapotřebí k vyřešení nějakého úkolu. Příčinu můžeme vyhledat již v kapacitě CNS, kdy se už do ní dostane méně informací. Dítě tak řeší úkol s neúplnými informacemi, což ovlivňuje jeho řešení. Svoboda nazývá tento dílčí problém „distribuce“ (SVOBODA, 2001).

Jedinec, který trpí poruchou pozornosti je neschopen zaměřit svou pozornost na podstatnou věc. Nevnímá své okolí. Na poruchu pozornosti lze nahlížet jako na hyperaktivitu, nesoustředěnost či roztržitost. Dítě, při reakci na vnější podněty, často reaguje na ty, které jsou zcela nedůležité, což má souvislost s vnímáním. Dítě nedokáže rozlišit rozdíl mezi hlavní figurou od vedlejší. Dítě s poruchou pozornosti může být i dosti citlivé. Citlivost se může projevit z jeho vnitřku. Často takové dítě při práci působí, jako kdyby nebylo duchem přítomné. Svoboda tuto dílčí poruchu pozornosti nazval jako „selektivitu“ (MUNDEN, 2002).

4.10.2 HYPERAKTIVITA U DĚTÍ S ADHD

Hyperaktivita je nadměrná nebo nepřiměřená úroveň motorické nebo hlasové aktivity daného jedince (JUCOVIČOVÁ, 2010). Syndrom ADD a ADHD odlišuje právě tento symptom. Hyperaktivní jedinec je nadměrně aktivní a jeho aktivita postrádá účel a smysl. I přes to ji jedinec nedokáže nijak utlumit nebo alespoň ovládat. Tento fakt má za následek vrtění na židli, neposednost, pohrávání si s rukama, předměty, nohama, vstávání ze svého místa, běhání, rychlá mluva, snaha o střídání činností aj. Dle názoru pana Z. Matějčíka (1991) jsou tyto děti neschopné zvládnout koordinaci svého těla ani

ovládat jeho výdej. Díky špatnému ovládní svého těla je zřejmá rychlá unavitelnost a podrážděnost. Střídání činností je obrana dítěte proti přílišně dlouhé činnosti, kterou se snaží vnitřně čímkoli vystřídat. I přes pocit přihlížejícího, že dítě s ADHD je prakticky neunavitelné, je jeho nervová soustava přetížená. Přetíženost nervové soustavy má za následek neschopnost zaznamenat signál, který ukazuje na případnou únavu. S tímto problémem mohou být spojeny potíže s usínáním, které se projevují dlouhým převalováním v posteli (SVOBODA, 2001). V případě spojení hyperaktivity s nesoustředěností se zvyšuje riziko neúspěchu ve škole. Na chování, které je nepřiměřené k věku, se nahlíží jako na neochotné a bez respektu. Viditelné jsou i poruchy chování a související agresivita a sklon k vzdorovitým reakcím. Tyto poruchy jsou opoziční a vzdorovité (Oppositional Deficit Disorder - ODD). Tato porucha se vyskytuje u 40% jedinců s ADHD v dětském věku a u 65% jedinců s ADHD v adolescentním věku (SVOBODA, 2001). Hyperaktivitou trpí již děti v prvních letech svého života. Děti s ADHD jsou mimořádně aktivní již v prenatálním období. Dle Mundena existují záznamy, které dokazují abnormální aktivitu dítěte s ADHD již v děloze matky. Diagnostikování hyperkinetických poruch probíhá od dětského věku po dospělost (MUNDEN, 2002). Projevy ADHD lze sledovat v narušení základních biorytmů v kojeneckém věku. Patří sem např.: poruchy spánku, nesprávný příjem potravy, aj. V batolecím a následném předškolním věku se projevují poruchy tzv. dezinhibicí (nekontrolovatelností).

Školní věk se projevuje kognitivní dysfunkcí. Nejtěžším obdobím je nástup do školy. Toto období je obtížné nejen pro děti, ale i pro jejich rodiče. Děti mají problém s tím, že mají dávat pozor, sedět klidně a věnovat se zadané práci. Děti s ADHD mají tendence neustále rušit, vykřikovat, povídat si, pošťuchovat své spolužáky, popuzovat ostatní děti, chovat se roztržitě atd. Často jsou tyto děti v kolektivu neoblíbené. Děti postupem času zjistí, že děti s ADHD často obtěžují a začíná je to rozčilovat. Stává se, že jsou tyto děti i z kolektivu vyloučeny. Diagnostikem se v těchto obdobích stává učitel. Pro adolescenci jsou typické poruchy chování. Pozdní adolescence a časná dospělost se projevuje poruchami hyperkinetickými a nepřizpůsobivostí se novým životním podmínkám a dokonce i kriminálním chováním (POKORNÁ, 2001). Hyperaktivitu postrádají děti, které trpí poruchou ADD. Tyto děti jsou tzv. hypoaktivní, což znamená, že jsou pomalé až těžkopádné, utlumené, apatické, neohrabané a nemotorné. Ve škole mají problémy s včasným odevzdáním práce (JUCOVIČOVÁ, 2010).

4.10.3 IMPULZIVITA U DĚTÍ S ADHD

Impulzivitu lze chápat jako bezmyšlenkovité jednání bez vidiny následku. Toto jednání působí velké obtíže dětem s ADHD i jejich blízkému okolí. S impulzivním chováním je spojen větší počet úrazů a různých nehod. Problémy nesouvisí pouze s nehodami a úrazy, ale také se sociálními problémy. Děti pocítují ztížení v navazování vztahů, udržení přátelství aj. Děti s ADHD mají často nevinné a dobré záměry s ostatními dětmi, avšak i přes to působí na své okolí tak, že si libují ve schválnostech (MUNDEN, 2002). Dle doktora Russela Barkleyho (významný americký specialista v oboru ADHD) je hlavní problém v tom, že lidé s ADHD trpí zejména potížemi s impulzivitou, když nedokáží ovládnout své chování a reakci na určité podněty, signály nebo události, které zrovna nesouvisí s tím, co právě dělají (MUNDEN, 2002). Impulzivní jedinec nedokáže ovládat své chování a zabránit tak aktuálním impulzům svého těla. Impulzivita se projevuje zbrklostí, neadekvátními reakcemi, přerušováním řeči a skákání do řeči jiných osob, vykřikováním při výuce nebo neschopností vyčkat. Děti s tímto problémem nejsou schopny si vyslechnout pravidla, natož je dodržovat. Nejsou schopny si uvědomovat následky svého chování ani jeho případná nebezpečnost. Děti jsou hlučné, spontánní a živelné. Neumějí počkat a s tím je spojena i horší reakce na případné nesplnění jeho přání (SVOBODA, 2001). V knize Jucovičové a Žáčkové jsou popsány ještě dvě poruchy odpovídající příznakům ADHD:

4.10.4 PERCEPČNĚ MOTORICKÉ PORUCHY

V této podkapitole se budeme věnovat percepčně motorickým poruchám, které dle Jucovičové a Žáčkové odpovídají příznakům ADHD. Jedná se o poruchy, které souvisejí s dětskou motorikou a senzomotorickou koordinací a o poruchy, které souvisejí s percepčními a kognitivními funkcemi.

1. Poruchy související s motorikou dítěte a senzomotorickou koordinací

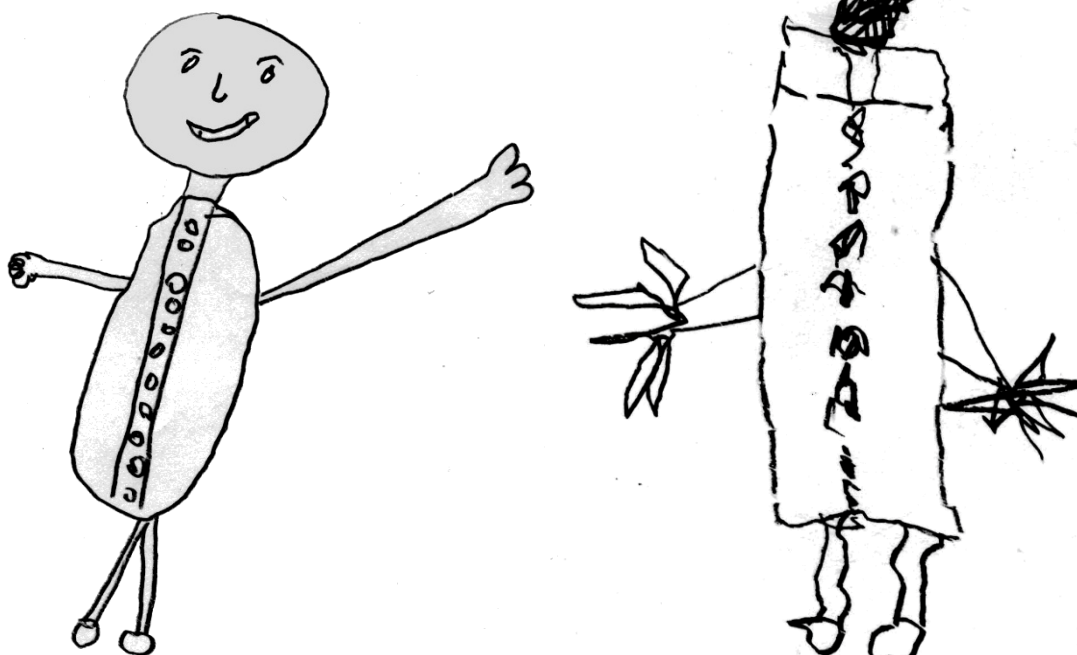
Děti trpící touto poruchou mají potíže s jemnou a hrubou motorikou. S tím souvisí jejich neohrabanost, neobratnost, nešikovnost, nekoordinovanost pohybů a jejich nepřesnost. Tato porucha souvisí s častými problémy týkajícími se jejich písma. Psaní je pomalé, písmo je neúhledné a často skoro nečitelné. Obtíže nesetrvávají pouze v písmu dítěte, ale i ve čtení. Obtíže ve čtení jsou spojeny s poruchou mikro-motoriky očních pohybů. U těchto poruch je časté, že děti trpí jinými specifickými poruchami učení - SPU (JUCOVIČOVÁ, 2010).

2. Poruchy související s percepčními a kognitivními funkcemi

Jedná se o poruchy, které mají souvislost se sluchovým a zrakovým vnímáním. Porucha tohoto vnímání je dávana do spojení s dysgnózií. Dysgnózie je lehká porucha nebo opožděný vývoj ve vnímání jedince. Dysgnózie je porucha funkce, nikoli orgánu. Zdá se totiž, že dítě špatně slyší nebo vidí, ale jde o horší rozlišování různých tvarů. Např. dítě s dysgnózií si může plést písmenka, která mají podobný tvar (b-d, m-n, aj.) (JUCOVIČOVÁ, 2010).

Podobně jako Jucovičová a Žáčková zařadil Serfontein do své knihy kapitolu o neobratnosti a nešikovnosti, které taktéž popisuje jako příznaky ADHD (SERFONTEIN, 1999).

4.10.5 SYMPTOMY ADHD V KRESBĚ POSTAVY



(TRPIŠOVSKÁ, 1997)

1. V kresbě figurují nápadné disproporce, které se týkají jednotlivých částí těla (jedna ruka je jiná než druhá, disproporčně nelogické usazení končetin, bota na noze je nápadně odlišná od druhé apod.).
2. Určité části těla jsou připojeny nelogicky na špatném místě (paže navazující na krk, paže navazující na pas).

3. V kresbě postavy si můžeme všimnout opomenutí důležitých detailů, které již dítě zná a umí je nakreslit alespoň přibližně (chybějící nos, uši, vlasy pouze na okraji hlavy či jen do poloviny hlavy, chybějící končetina). Autorka usuzuje, že se jedná o důsledek poruchy pozornosti.
4. Do symptomů ADHD v kresbě dítěte řadíme i příznaky rigidity, stereotypie, ulpínavosti pozornosti na určitých jevech (dlouhá řada knoflíků, nadměrný počet prstů na horních končetinách apod.).
5. Dítě používá techniku „vyčmárávání“ různých detailů ve své kresbě. V některých případech se celá postava skládá z „vyčmáraných“ ploch.
6. Jednotlivé části těla působí bizarně.
7. Jednotlivé části těla bývají zpracovány primitivně (vidlicové horní končetiny, ptačí nohy apod.).
8. Při kresbě postavy převažuje špatná koordinace dítěte, což má vliv na kvalitu čar. Čáry tedy bývají křivé, roztřesené, v některých případech i dvojité nebo přeškrťované. Kresba bývá asymetrická.
9. V kresbě lze vyzorovat i nápadnou polohu postavy v prostoru. Děti s ADHD mají potíže v členění plochy papíru, tudíž sklon postavy může být různě šikmý.
10. Profil postavy se v kresbě objevuje, avšak bývá zpracován nápadně až bizarním způsobem (Trpišovská, 1997).

4.11 INTERAKCE DÍTĚTE S ADHD A JEHO OKOLÍ

Na dítě s ADHD má obrovský vliv to, jak na něj nahlíží jeho okolí. Okolí často reaguje dost negativně a tak ho i hodnotí. Dítě s ADHD je často svým okolím odmítáno. Negativní hodnocení má vliv na jejich sebepojetí. Dítě se může hodnotit také nepříznivě. Je také běžné, že dítě se snaží vytvořit si své lepší „já“, které se snaží na sebe upoutat pozornost. Dítě může být také agresivní. Tyto druhy různého chování, které používají jako obranu, mohou zhoršit jejich potíže (SVOBODA, 2001). Hyperaktivní dítě má problémy v oblasti socializace. Sociální cítění je na nižší úrovni. Špatná socializace dítěte má za následek problémy s komunikací se svým okolím, neobvyklý způsob chování, nepřiměřené až dotěrné projevy vůči ostatním. Velmi náročnou výchovu vnímají hlavně rodiče těchto dětí. Hyperaktivita často způsobuje u rodičů nechuť a pocit beznaděje. Při dlouhodobé zátěži rodičů se u nich může objevit syndrom rodičovského vyčerpání.

Rodiče si přes velké obtíže ve výchově svých ratolestí nemusí uvědomovat, že jejich reakce na určité situace již nemusí být zcela adekvátní k dané situaci. Může tedy dojít k fyzickému potrestání dítěte či k nadměrnému bití. Trvalý stres má za následek i to, že rodiče hyperaktivních dětí mají často manželské problémy či žijí odděleně (SVOBODA, 2001). Hyperaktivní děti pocítují největší problém v období, kdy mají nastoupit do školy. Jejich chování nesplňuje kritéria škol. Napětí lze pozorovat i u učitele, který nepřizpůsobivost takového dítěte nemusí být schopen neustále omlouvat a respektovat. Učitele často děti s ADHD popuzují pro svou neustálou nepozornost, nepřizpůsobivé chování a ignoraci autority. Labilita a podrážděnost dětí úspěchu ve škole nepomáhá. Děti působí náladově a rozmazleně.

Hyperaktivní děti nebývají oblíbeny ani ve své vrstevnické skupině. Jejich chování k ostatním dětem má za příčinu věčné konflikty, které mohou vést k šikaně. Pozičně si ve třídě stojí hyperaktivní děti velmi špatně. Zdá se, že nemají příliš mnoho kamarádů a nikdo se jich při konfliktu nezastává. Hyperaktivní děti neberou ohled na ostatní vedle sebe, a tudíž mají problémy s kooperací s ostatními dětmi. Dítě s ADHD bývá egocentrické, nechce se řídit žádnými pravidly, kazí hry s dalšími dětmi. Chování takového dítěte je nepředvídatelné pro svou dráždivost a náladovost. Dítě s takovým chováním je svým okolím nepochopeno a vyžaduje zvláštní péči (SVOBODA, 2001). S hyperaktivitou jsou spojeny další psychické potíže, kterými jedinec s touto poruchou trpí:

- porucha opozičního vzdoru,
- porucha chování,
- asociální chování,
- depresivní chování,
- úzkostné poruchy.

Nové informace svědčí o tom, že dítě trpící ADHD má v adolescentním a dospělém věku větší sklon k užívání návykových látek. Zejména se jedná o alkohol či tabák (MUNDEN, 2002).

4.12 NADÁNÍ DÍTĚTE S PORUCHOU ADHD

Do této práce záměrně přidáváme i podkapitolu, která se zabývá nadáním dětí s ADHD. Není pravdou, že dítě s touto poruchou je jedincem hloupým, líným či nemocným. ADHD je sice porucha, kvůli které je dítě velmi aktivní a má mnoho energie,

ale setkáváme se i s tím, že jedinec s ADHD má tvůrčí vlohy. V určitých oblastech je tedy velmi jedinečné (TAYLOR, 2012). Děti s ADHD mají obrazové a asociativní myšlení na velmi dobré úrovni. Když se toto myšlení spojí s jejich věčnou zvědavostí po nových znalostech a vytrvalostí, vzniká tak dítě, které má nadprůměrnou inteligenci, spoustu vědomostí a nadhled (ANTAL, 2013).

Nadání u dětí s poruchou ADHD je těžce odhalitelné pro jejich věčnou neposednost a neklid. Testy inteligence pro děti s ADHD neexistují. Při zjištění nadměrné inteligence dítěte bez poruchy se využívají testy inteligence. Děti s ADHD jsou tudíž v testování znevýhodněné. Nevýhodu lze nalézt v několika testech, jelikož děti s ADHD nejsou nejlepšími čtenáři a testy mají časové limity, které neberou ohled na dítě s ADHD. Vyhodnocení těchto testů se koná na základě věkových norem, což je další nevýhoda pro dítě s ADHD, jelikož dítě je vývojově pozadu oproti dětem bez poruchy. Nadání dětí s ADHD lze vyzorovat i v oblastech sportovního vyžití. Je nutné omluvit jedincovu chaotičnost. Ta může nadání takového jedince i zakrývat (JENETT, 2013).

5 TERAPIE ADHD

V této části diplomové práce se budeme věnovat možnostem terapeutických přístupů k jedincům trpícím poruchou ADHD. V úvodu této kapitoly bych ráda využila definice, která vystihuje to, o čem pojednává tzv. terapeutický přístup.

„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně.“ (MÜLLER A KOL., 2014, S. 18).

Dle názoru pana Traina je klíč k úspěchu v terapii ADHD ve spolupráci rodičů a učitelů. Důležité je také umět předvídat problémy, opakovat pokyny dítěti, chválit ho, odměňovat ho, rozdělovat úkoly do menších celků a udržovat přiměřenou hladinu jeho stimulace. Existuje již celá řada léčebných postupů a opatření pro zmírnění symptomů ADHD. Mezi léčebné postupy patří: užívání léků, psychoterapie, školní opatření nebo sociální intervence (TRAIN, 2001). Terapeutické přístupy lze rozdělit do tří hlavních pilířů. Mezi hlavní pilíře terapeutických přístupů řadíme farmakoterapii, psychoterapii a výchovná a režimová opatření, která se využívají ve školním a rodinném prostředí, ve kterém se dítě nachází. Tyto hlavní pilíře tvoří komplexní léčbu poruchy ADHD. Cílem těchto terapeutických přístupů je pomoc jedinci trpícímu poruchou ADHD (usnadnit mu navazování dobrých vztahů v kolektivu, zlepšit zvládání jeho denního režimu a využít jeho inteligenci k učení). Cílem je také zmírnit projevy tohoto onemocnění a pozitivně tak ovlivnit vývoj takového jedince. Terapeutické metody zmírňující projevy ADHD jsou především zaměřeny na děti předškolního a mladšího školního věku. Tyto metody se dají však využít i pro adolescentní či dospělé jedince. V dalších podkapitolách se k této tématice budeme věnovat podrobněji.

5.1 FARMAKOTERAPIE

Mezi základní metody komplexní terapie poruchy ADHD je přístup farmakologický. V některých případech, kdy dítě trpí středně těžkou až těžkou poruchou ADHD, je užívání léků jedinou možností, jak zmírnit příznaky této poruchy. Užívání léků může mít vliv na změnu v chování, myšlení i ve schopnostech se učit. U dětí, jejichž příznaky jsou mírnější, je vhodnější použití kombinace psychologických, speciálně-pedagogických a sociálních opatření. Pokorná uvádí, že do nedávné doby na českém území byly podávány léky pouze sporadicky. V těchto letech bylo ve spojených státech amerických léčeno medikamenty

90% dětí s diagnostikou ADHD. Tyto údaje vyplývají ze zpráv Pelhama a Hinshawa (1992). Pozitivně vnímá Malá (2000) užívání Ritalinu, což je lék, který snižuje hyperaktivitu a impulzivitu a naopak zvyšuje rozsah pozornosti jedince po jeho užívání (MUNDEN, 2002).V následujícím textu se budeme snažit popsat přehled základních farmak, která se využívají při terapii ADHD.

- **Psychostimulancia** - Ve Velké Británii patří mezi nejúčinnější a nejpoužívanější léky stimulancia. Mezi tyto léky patří Ritalin (metylfenidát) a Dexadrin (dexamfetamin). Tyto deriváty amfetaminu jsou účinné a bezpečné při jejich správném dávkování. To, že stimulancia zmírňují symptomy ADHD a jemu další příbuzná onemocnění, je známo již od roku 1937. Tento lék musí předepsat lékař a je zodpovědný za jeho dávkování. Dexadrin je užíván nejvíce v Austrálii. Důvodem jsou finance. Tyto léky jsou však velmi podobné. Chemicky k sobě mají velmi blízko (MUNDEN, 2002).
- **Tricyklická antidepresiva** - Kolem 30% dětí v České republice se po požití stimulancia nedočká úlevy. Jedná se zejména o děti, které trpí poruchou ADHD a s ní spojenými úzkostmi a depresemi. Existuje několik důvodů, proč tricyklická antidepresiva zmírňují symptomy ADHD, např.: zlepšují náladu dítěte a díky sedativním účinkům zmírňují jeho hyperaktivitu. Impramin, což je lék užívaný jako tricyklické antidepresivum se nemetabolizuje tak rychle, jako stimulancia. To vede k jeho celodennímu účinku. Lze ho podávat tudíž pouze jednou denně. Tento medikament je používán u dětí s úzkostnými stavy a depresemi, u kterých nefunguje léčba stimulancii (MUNDEN, 2002).
- **Antipsychotická léčba** - Do této léčby zahrnujeme léky haloperidol a chlorpromazin. Studie dokázaly, že se jedná o méně účinné léky, než které jsou uvedeny výše. Vedlejším účinkem této léčby může být těžce léčitelná pohybová choroba – tardivní dyskinezie. Studie vedlejších účinků tohoto druhu léčby ukázaly, že u jednoho z osmi dětí se mohla vyvinout tato velmi vážná choroba (MUNDEN, 2002).
- **Antihypertenziva** - U některých dětí s poruchou ADHD se úspěšně používá lék s názvem clonidin. Tento lék se doporučuje u pacientů, kteří trpí poruchou ADHD a současnými tiky nebo Tourettovým syndromem. Další léky, které patří do této skupiny, nejsou užívány na dětech (MUNDEN, 2002).

- **Kombinace léků a jejich vedlejší účinky** - U složitějších případů lze léčit kombinací různých léků. Léky na sebe mohou vzájemně působit. Je ovšem důležitý dohled dětského psychiatra a lékaře. Léky, které jsou zde uvedeny, mají vedlejší účinky. Častými účinky jsou sucho v ústech, nevolnosti, útlum, nechutenství, bolesti nebo točení hlavy. Berme na vědomí fakt, že léky nic neléčí, ale pouze zmírňují symptomy do doby, než si jedinec osvojí způsob, jak zvládat své emoce a impulzy (MUNDEN, 2002).

5.2 PSYCHOTERAPIE

Další formou terapie je tzv. psychoterapie. V dostupné literatuře se objevuje hned několik různých definic, které vymezují tento pojem. Dle Müllera lze psychoterapii chápat jako *„odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků, použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.“* (MÜLLER A KOL., 2014, S. 26).

Psychologické přístupy zabývající se psychoterapií dětí s ADHD lze rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří poradenské přístupy. Do této skupiny zařazujeme odborné rady rodičům, dětem i učitelům. Odborné rady jsou nezbytnou součástí léčebného programu. Do druhé skupiny zařazujeme léčbu psychologickými prostředky. Pan Šebek tyto prostředky chápe např. jako *„různé formy učení a nácviků, působení slovem, gestem, mimikou, sugescí, hypnózou atd.“* (ŠEBEK, 1990, S.100).

Existuje celá řada různých terapeutických technik. V následujícím textu zmíníme několik nejpoužívanějších z nich. Např.: kognitivně behaviorální terapie, komunitně orientovaná terapie, psychoanalytická psychoterapie, relaxační techniky nebo multimediální přístup (PILAŘOVÁ, 1999). Stručně si uvedeme kognitivně behaviorální terapii, která patří mezi nejběžnější způsoby terapie a další alternativní a doplňkové léčebné postupy. O těchto způsobech terapie se zmiňuje i Munden (2002).

- **Kognitivně behaviorální terapie** - Jedná se o soubor strategií, které mají za úkol změnit chování jedince v kognitivní, emoční a sociální oblasti. Tato terapie je postavena na systematickém programu, ve kterém jsou postupné kroky, které na sebe vzájemně navazují. Kroky se přesně zaměřují na příznaky ADHD. Kognitivně behaviorální terapie je nasazována až po tom, co jsou zjištěna určitá data (kde a za jakých situacích se problém objevuje). Terapeut si poté vybere

metodu, která by mohla napravit myšlení, emoce a chování dítěte. Rodiče by této terapii měli být součástí. Tato terapie spočívá v naprogramování učení se novým dovednostem v oblasti sebekontroly. Terapie spočívá také v tom, že se snaží o změnu myšlení dítěte a zmírnit tak chování, které je neakceptovatelné (PILAŘOVÁ, 1999). V České republice existuje Asociace Dys-center, jejíž registrace na našem území proběhla dne 5.6.1997. Pod tuto asociaci patří „dys-centra“, která se nachází v různých městech České republiky (AJMOVÁ, 1999). Poradenskou činnost také zajišťují zdravotnická pracoviště, PPP, speciálně pedagogická centra, střediska pro výchovnou péči, centra EEG – biofeedback terapie nebo jiné poradny zabývající se mezilidskými vztahy (RIEF, 2010).

- **Rodinná terapie** - Další terapií, kterou zmíníme je rodinná terapie. Ta se soustřeďuje na zlepšení komunikace v rodině a vztahů v ní. Cílem této terapie je najít řešení problému v komunikaci rodinných členů a snaha o odbourání napjatých vztahů, které se v rodině vyskytují (GOETZ, 2009).
- **EEG biofeedback** – Tato neinvazivní forma terapie funguje na principu zpětné vazby a tréninku schopností daného jedince. Tato metoda je zajímavá nejen pro děti, ale i rodiče pro svou efektivitu, časovou i finanční nenáročnost a hravou formu. Napomáhá dítěti s ADHD trénovat mozek pomocí počítačové hry. Hra je ovládána pouze vůlí dítěte, které se na ni musí plně soustředit. Tato hra působí jako trénink pro CNS a umožňuje zapojení center v mozku, která nejsou u dětí s ADHD příliš aktivní.
- **Muzikoterapie** - *„Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby.“* (IN KANTOR 2009, S. 27).

- **Ergoterapie** - Pomocí ergoterapie se zlepšují schopnosti a dovednosti dítěte, které jsou potřebné v jeho každodenním životě. Hry a aktivity rozvíjí jeho hrubou i jemnou motoriku a učí dítě správně vnímat vlastní tělo (GOETZ, 2009).

5.3 VÝCHOVNÁ A REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

V této části práce se budeme zabývat přístupem k hyperaktivním jedincům z hlediska působnosti rodiny a školy. Správné výchovné postupy mají být aplikovány nejen doma, ale i ve škole. V následujícím textu jsou shrnuty typy a rady pro učitele i rodiče, které mohou být využity v praxi a docílit tak pozitivních výsledků. Níže uvedené rady můžeme považovat jako první krok před samotnou terapií.

5.3.1 TYPY A RADY PRO UČITELE

Učení dítěte mohou vážně ohrožovat symptomy ADHD. S nástupem do školy se problémy v chování rozšíří i do učení. Děti s ADHD mají často problémy se čtením a psaním. Selhání dítěte s poruchou ADHD spočívá právě v těchto dvou dovednostech. Jsou totiž nezbytnou součástí pro získání nových dovedností. Děti trpící touto poruchou jsou často pozadu. Mají obtíže s posloucháním učitele. Jsou snadno vyrušitelné. Typický je neúhledný rukopis, který souvisí s dyspraxií (MUNDEN, 2002). Děti trpící poruchou ADHD mají níže uvedené problémy:

„90% dětí zvládá školní práci podprůměrně; 90% dětí ve škole nestačí; 20% dětí má potíže se čtením; 60% dětí má vážné problémy s rukopisem; 30% dětí v USA ze školy odchází; 5% dětí v USA dokončí vyšší odbornou nebo vysokou školu v porovnání s přibližně 25% ostatní populace“ (MUNDEN, 2002, str. 97).

Ve třídě se dají dělat různá opatření, která dětem mohou pomoci při učení i chodu celé třídy. Mezi taková opatření patří:

- posazení dítěte s ADHD blíže k učiteli,
- pochvala a odměna za dobrou práci,
- ulevovat dítěti při viditelné ztrátě jejich energie.

Učitelé pomáhají i jinými způsoby:

- rozpoznají skutečný problém dítěte od jeho předvádění se,
- při zjištění příčiny problémů dají druhou šanci pro nový začátek,
- motivují, podporují a pomáhají dítěti,
- spolupracují s dítětem i jeho rodiči,

- spolupracují s lékaři,
- podporují zvýšení sebevědomí dítěte.

Jucovičová a Žáčková uvádí další tipy pro učitele, jak si poradit s dětmi, které mají ADHD:

- nekárat dítě za projevy, které jsou typické pro ADHD,
- nereagovat na takové projevy,
- nechat dítě se uvolnit při nějaké aktivní činnosti,
- střídat práci,
- práci dělit do menších úseků,
- dát dítěti možnost změnit jeho pracovní polohu,
- umožnit mu krátký odpočinek mezi pracemi,
- hodnotit časově limitované práce dle kvality, nikoli dle kvantity,
- předepisovat zadání úkolů nebo kontrolovat záznam o něm,
- dávat více času při ústním zkoušení,
- pokusit se vytvořit příjemnou a vstřícnou atmosféru ve své třídě (JUCOVIČOVÁ, 2010).

Pokud je diagnóza ADHD potvrzena odborníkem, může být u dítěte zavedena integrace. Ve spolupráci s PPP se vytvoří tzv. individuální plán, který ulehčí učitelovu práci s dítětem (MUNDEN, 2002).

5.3.2 TYPY A RADY PRO RODIČE

V této podkapitole se nachází tipy a rady pro rodiče, kteří vychovávají dítě s poruchou ADHD. Rodiče takových dětí bývají často vyčerpaní a frustrovaní. Může se na nich také podepsat zklamání ze špatného prospěchu jejich dítěte ve škole (KOLČÁRKOVÁ, 2008). Doporučení rodičům podle Antala spočívá v tom, aby se rodič stal starším kamarádem jejich dítěte s ADHD. Důležitost klade na vzájemné porozumění, na odbourání dospělosti dospělého a ponoření se do dětské fantazie a představitosti své ratolesti (ANTAL, 2013). Dle Kerrové je důležité odbourat přehnanou obavu rodiče o své dítě se speciálními potřebami. Rodič by měl podporovat dítě ve fyzické aktivitě a jeho nadměrné zvědavosti. Dítě by mělo mít pocit užitečnosti a naplnění. Dále by měla být podporována jeho samostatná rozhodnutí (KERR, 1997). Na toto téma pamatuje i paní Sheedyová - Kurcinková. Ta píše o tzv. čtyřech „P“. Tvrdí, že pokud se jimi rodiče řídí, předcházejí tím každodenním sporům.

1. PŘEDVÍDAT REAKCE - rodič by si měl v duchu projít různé útrapy dne a snažit se jim předejít (problémy s oblékáním, odchody a příchody, užívání léků, usínání).
2. PŘIPRAVIT PROSTŘEDÍ - rodič by měl odstranit lákavé předměty z dosahu dítěte.
3. PRACOVAT SPOLEČNĚ - cesta k úspěchu je společná, závisí na spolupráci rodiče a dítěte.
4. PROŽÍVAT RADOST Z ÚSPĚCHU - dítě by za své zdárné výkony zasloužilo pochvalu či odměnu (SHEEDYOVÁ-KURCINKOVÁ, 1998).

Rodiče by neměli zapomenout na sourozence dítěte s ADHD. V rodinách, kde se dítě s touto poruchou vyskytuje, tak se dostává pozornosti rodičů zejména jemu. Rodiče by měli úspěchy svého dítěte bez poruchy slavit stejně intenzivně, jako u dítěte s poruchou. Smith, Robinson a Segal mají pro rodiče radu o zavedení pravidel, která jsou pro děti s ADHD srozumitelná a pochopitelná. Radí rodičům, že dítě reaguje pozitivně na systém odměn a následků. Důležitost kladou na vysvětlení pravidel dítěti. Pravidla je nutno dodržovat, a pokud se tak nestane, poučit dítě o případném následku. Odměnou může být pochvala, úsměv nebo jiná odměna, která bude mít za následek to, že dítě zlepší svou pozornost a koncentraci vůči svému rodiči. Autoři se také zmiňují o pozitivním vlivu sportu na zlepšení spánku dítěte. Ke klidné atmosféře doma je možné uspořádat rodinnou poradou. Mělo by se jednat o příjemné posezení, o jehož kladném výsledku by měli být přesvědčeni všichni jeho účastníci. Před poradami by se měla domluvit základní pravidla, která se při tomto sezení budou dodržovat (povinná schůzka pro všechny, přesná délka trvání, určené pořadí témat, zákaz skákání do řeči, apod.). Rodinné porady mohou přispět k lepším vztahům v rodině (JENETT, 2013).

6 LEGISLATIVA

S žáky, kteří mají speciální vzdělávací potřeby, se setkáváme na většině základních škol. Těmto dětem se dostává patřičné péče a poradenského servisu ze stran výchovných poradců, učitelů i odborníků (psychologové, speciální pedagogové aj.). Ve školách bývají zaměstnání specializovaní zaměstnanci, kteří se zaměřují právě na děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Ve školách se kromě učitelů tedy objevují i asistenti pedagoga, speciální pedagogové či školní psychologové. Na základě odborných posudků jsou vytvářeny tzv. individuální plány, podle kterých je takové dítě učeno.

Ředitelé, pedagogové a jiní zaměstnanci základních a středních škol se v oblasti vzdělávání žáků se SVP řídí platnými právními předpisy. Jedná se o "zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, tzv. školský zákon, v platném znění, a o zákonu č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, v platném znění." (JANDERKOVÁ, 2016, str. 131). V opomenutí nesmí zůstat i některé další zásadní předpisy k výše uvedeným zákonům. Např.:

- „vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v platném znění;
- vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v platném znění;
- vyhláška 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, v platném znění;
- vyhláška 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělání v konzervatoři, v platném znění;
- vyhláška č. 671/2004 Sb., kterou se stanoví podrobnosti o organizaci přijímacího řízení ke vzdělávání na středních školách, v platném znění." (JANDERKOVÁ, 2016, str. 131).

Právní předpisy, které jsou uvedeny výše, řeší problematiku, která je spojena se vzděláváním žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Těmito předpisy se musí řídit každá škola, ve které je dané dítě vzděláváno.

6.1 ŽÁK SE SPU

Definice dle školského zákona zní takto: *„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.“* (§16 odst. 1)

„Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.“ (§16 odst. 2)(JANDERKOVÁ, 2016, str. 131).

7 PRAKTICKÁ ČÁST

V této kapitole se budeme věnovat konkrétním případům v praxi. Cílem praktické části je vypracovat a uvést 8 případových studií se zaměřením na děti mladšího školního věku. Vybrané děti trpí poruchou ADHD. Cílem je také zjistit, jaké zmíněné možnosti terapie jsou v praxi aplikovány nejvíce. Dozvíme se zde, zda rodiče i příslušní pedagogičtí pracovníci k těmto dětem přistupují dle pokynů pedagogicko-psychologické poradny či jiných odborníků a jaké to má následky. V této části práce je také možné určit, zda se u daných jedinců dodržování doporučených rad ze stran odborníků osvědčilo a vedlo k zlepšení. Na základě zpracování případových studií lze porovnat, zda se teoretická východiska ztotožňují s praxí.

7.1 VÝZKUMNÝ VZOREK

Do výzkumné části této práce bylo vybráno 8 jedinců, kteří jsou ve věku 6-11 let. Všem těmto dětem byl diagnostikován syndrom ADHD v pedagogicko-psychologické poradně. Věkové rozpětí od 6-12 let bylo vybráno záměrně, z důvodu pozorování různých odlišností v projevech dítěte v jiném roce života. Případové studie v této práci se zabývají čtyřmi dívkami a čtyřmi chlapci. Vybrané dívky navštěvují 3. ročník ZŠ (kazuistika č. 5 a 8), 2. ročník (kazuistika č. 6) a 1. ročník (kazuistika č. 7). Chlapci z těchto případových studií navštěvují 3. ročník ZŠ (kazuistika č. 1), 2. ročník ZŠ (kazuistiky č. 3 a 4) a 5. ročník ZŠ (kazuistika č. 2).

7.2 POUŽITÉ METODY

Pro získání dat k případové studii lze využít rozhovorů, pozorování, analýz různých odborných dokumentů či rozbor výsledků činnosti zkoumaného jedince. Data pro tuto případovou studii jsem získala na základě zpracování rozboru lékařských zpráv a zpráv z pedagogicko-psychologické poradny. Důležité informace ke zpracování dat jsem získala z rozboru zápisů, které si učitelé vedli. Na základě pozorování, analýz odborných zpráv a výsledků rozborů činnosti zkoumaných dětí jsem získané informace roztřídila a následně zpracovala. Všichni zkoumaní jedinci také kreslili postavu člověka, což jsem zahrnula taktéž do této části práce. Kresby se nachází v přílohách této práce včetně jejich stručného rozboru. V další podkapitole jsou informace týkající se případové studie a jejich fází.

7.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE

Tato studie patří mezi metody kvalitativního výzkumu. Případové studie byly v minulých letech využívány především v oblasti medicíny a psychologie. Pedagogický výzkum má výhodu v možnosti lepšího a hlubšího poznání podstaty daného problému. Výhoda spočívá ve zkoumání jednotlivého žáka, menší skupiny, třídy nebo školy jako celku. Podrobný výzkum by měl přinést nový pohled na věc a přispět k lepšímu porozumění a pochopení u jiných případů, které se zkoumanému podobají. Výzkum se zaměřuje na vztahy, příčiny a okolnosti, které mohou mít za následek dané problémy. Případová studie zkoumá dítě od útlého dětství až po období školní docházky. Zkoumání se vztahuje i na vztahy, které jsou v rodině dítěte. Dalšími zkoumanými faktory jsou: vztahy mezi spolužáky, vztahy mezi vrstevníky, postoje učitelů a asistentů pedagoga, případný neúspěch ve škole aj.

Případová studie má tři fáze:

- přípravnou (teoretická a metodologická příprava);
- realizační (shromažďování dat);
- zpracování (zpracování kazuistik a vyhodnocení výsledků).

V jednotlivých kazuistikách pracujeme s individuálními případy. Vypracovaná kazuistika nám umožňuje pohled do souvislostí případu, které nám doposud nebyly známé. Vypracováním kazuistik umožňujeme lepší pochopení pro žáky základních škol a vytvoření si k němu výhodnější a snazší přístup.

8 KAZUISTIKA Č. 1

Osobní údaje

Do první kazuistiky jsem vybrala chlapce **M.** ze 3. třídy. **M.** vyrůstá v úplné rodině s matkou, otcem a mladším sourozencem. **M.** navštěvuje základní školu v Teplicích.

Osobní anamnéza

Chlapec se narodil v teplické porodnici. Porod proběhl bez vážnějších komplikací. Chlapec neprodělal v dětství žádné vážnější choroby. Před nástupem na ZŠ navštěvoval mateřskou školu v témže městě. Začlenění chlapce do kolektivu dělalo problémy již v mateřské škole. Při nástupu na základní školu pak nastaly problémy v plnění školních povinností a odloučení se od rodičů. Chlapce ve škole nebaví pracovní činnosti, výtvarná výchova či tělesná výchova. **M.** má nerovnoměrný vývoj hrubé motoriky, obtíže při osvojování nových dovedností. Chlapec trpí problematickým rozvojem koordinace pohybů a rovnováhy. Na kole se naučil jezdit až v sedmi letech. Při nástupu do školy si špatně zvykal na roli školáka. Ve druhém ročníku ZŠ se začaly objevovat vážnější problémy v soustředění, častěji vyrušoval při výuce atd. Ve druhém ročníku začal docházet na rozvoj jemné motoriky. Neobratnost přetrvává při vybarvování, střihání i tělesné výchově. Domácí příprava je postupem času více problematická. **M.** hůře spolupracuje jak ve škole, tak i doma.

Rodinná anamnéza

Ze zprávy z PPP vyplývá, že matka má středoškolské vzdělání a otec je vyučen v oboru stavebnictví. Matka i otec jsou dlouhodobě zaměstnáni u stejného zaměstnavatele již několik let. Oba rodiče tvrdí, že jejich soužití je bezproblémové. Žádný z rodičů neholduje alkoholu ani tabáku. Požití alkoholu je dle jejich slov pouze příležitostní. Toxikomanii oba rodiče striktně odmítli. Mladší ze sourozenců navštěvuje stejnou ZŠ. Školní výsledky mladšího bratra jsou průměrné. Sourozenecký vztah mezi chlapci je neutrální. Obě těhotenství byla plánovaná a bezriziková.

Výsledky z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradny

Ze speciálně pedagogického vyšetření vyplynulo, že v průběhu činností osciluje chlapcova pozornost a kolísá i motorický neklid. Je neobratný při manipulaci s pomůckami. Písmo je neupravené, četné jsou i spontánní opravy nesprávných tvarů, tahů a chyb. Při psaném projevu často zaměňuje, vynechává nebo přidává písmena.

M. patří mezi žáky se zdravotním postižením. Bylo zjištěno, že jeho aktuální intelektový výkon je na hranici pásem vyššího průměru a nadprůměru. Trpí nerovnoměrným zráním CNS, snadnou unavitelností CNS. **M.** má velmi výrazné projevy ADHD, související dyspraxii s dysortografií, dysortografické obtíže a podprůměrnou úroveň porozumění textu.

Závěr z vyšetření

Chlapec trpí poruchou ADHD, související dyspraxií, dysgrafií, dysortografickými potížemi a podprůměrnou úrovní porozumění textu.

Doporučení pro školu a rodinu

Zdravotní postižení chlapce je na takové úrovni, že žáka opravňuje k integraci do ZŠ. Chlapec patří mezi žáky zdravotně postižené. S výše uvedenými informacemi musí být seznámeni všichni pedagogové. Při práci s dítětem by měla být uplatňována tato podpůrná opatření: Rozvoj úrovně porozumění a reprodukce textu, vždy se přesvědčit o tom, že **M.** porozuměl textu, prodloužení výkladu a upevňování učiva, předcházení chybám – důslednost při práci s chybami, aby nedošlo k fixaci chyb, užívání specifických metod a pomůcek, společné opravy chyb, prodloužení času na vypracování daného úkolu a kontrolu písemného projevu, vysoká míra podpory, preferovat formu zkoušení, která dítěti vyhovuje nejvíce, vytváření optimální podmínky pro psaní (kvalitní psací potřeby, respektování pracovního tempa, relaxace pro uvolnění ruky aj.) a dbaní na formální úpravu (podtrhávání textu pravítkem, členění textu – odstavce, datумы, nadpisy atd.) Dále je nutné se u chlapce zaměřit na jeho zvyšování důvěry. K tomu napomůže pouze individuální přístup k dítěti. Je potřeba snížit požadavky na dovednosti dítěte, pomoci organizovat čas, plánovat a strukturovat činnosti. Zcela nezbytné je pro dítě hodnocení jeho vlastních pokroků a důsledně dodržovat výchovné zásady práce s dětmi s ADHD.

Shrnutí a doporučení do budoucna

Za 1 rok práce s chlapcem **M.** jsem si všimla, že důsledné dodržování výchovných zásad velmi napomáhá práci s chlapcem ve škole. Dle názoru speciálního pedagoga PPP je zásadní hodnotit pokroky dítěte ve škole, což je zásadní i dle mého názoru. Chlapec sedí ve škole ve 2 lavici u okna, což je optimální místo, kde je možnost přímého očního kontaktu s učitelem. **M.** je dobře motivovaný pro školní práci na začátku dne, avšak neurovývojové deficity mají vliv na rychleji nastupující únavu. Zmíněné deficity mu také komplikují školní dovednosti a znesnadňují optimální reakci a plnění zadaných úkolů. Je potřeba citlivějšího přístupu a často aktivovat jeho pozornost navozením očního

kontaktu, přímým oslovením č lehkým dotykem. M. je velmi citlivý na hodnocení dospělou osobou. Je tudíž důležité zvážit míru negativních hodnocení. Pro optimální výkon dítěte je nezbytná podporující pracovní atmosféra. Důležitá je také pozitivní motivace. V souvislosti s problémy chlapce je potřeba uplatňovat podpůrná opatření. Žák je vzděláván dle IVP.

Řadu doporučení pro učitele lze využít i doma. Rodiče by se taktéž měli snažit dítě motivovat a oceňovat za drobné pokroky v problematických činnostech. Nejdůležitější je, aby chlapec získal podporu nejen ve škole, ale i doma. Důležitá je trpělivost a důsledné vedení dospělými, aby byl využit dobrý intelektový potenciál dítěte.

9 KAZUISTIKA Č. 2

Osobní údaje

Ve druhé kazuistice uvádím chlapce **J.**, který navštěvuje 5. třídu na ZŠ. Klientem PPP je již od 2. třídy.

Osobní anamnéza

J. pochází z neúplné rodiny. Chlapec žije pouze s matkou. Nemá žádné sourozence. Otec v rodném listu není uveden. Soužití s matkou je jinak bezproblémové. Porod byl rizikový. Chlapec netrpěl v dětství vážnějšími chorobami. **J.** nastoupil do 1. třídy po odkladu školní docházky. **J.** postupuje s průměrným až podprůměrným prospěchem, domácí příprava je pravidelná, vždy pod vedením matky, její intenzita se ale odvíjí od jejích pracovních směn. **J.** dochází soukromě na doučování z anglického jazyka a matematiky. Aktivně sportuje (oddíl florbalu) a je členem divadelního kroužku při KD.

Rodinná anamnéza

Chlapcova matka se narodila v roce 1975 a je vyučena jako švadlena. Tomuto povolání se však nevěnuje. Matka se živí jako servírka v restauraci, která se nachází nedaleko jejího bydliště. Vzhledem k časově náročnému povolání často vypomáhá v rodině babička. Matka uvádí, že syn je velmi často s babičkou, která se mu doma věnuje a pomáhá s domácností. Matka uvedla, že se v rodině nevyskytují žádné vážné nemoci nebo o nich alespoň nemá žádné informace.

Výsledky z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradny

Ve 2. třídě mu byly zjištěny obtíže dysgrafického a dysortografického charakteru a susp. ADHD. PPP navštěvuje pravidelně. Nyní v 5. ročníku trpí masivními projevy ADHD, dětskou depresí a dyslektickými, dysgrafickými a dysortografickými potížemi. **J.** je v péči DPA, klinického psychologa, neurologa a revmatologa/kardiologa, aktuálně bez medikace; dochází na rhb. Klinicko-psychologické vyšetření mimo jiné zjistilo i chronické tenzní bolesti hlavy a velmi pomalé pracovní tempo a deficit v oblasti krátkodobé verbální paměti. **J.** patří mezi žáky se zdravotním postižením. **J.** je vzděláván podle IVP již od 2. ročníku ZŠ. Chování **J.** je velmi impulzivní a nesoustředěné. To se odvíjí na prospěchu žáka. Často vyvolává konflikty mezi spolužáky. Nerespektuje druhé. Je neposlušný, přecitlivělý, agresivní, emočně labilní. Má problémy nejen s chováním, ale také s prospěchem. V matematice má problémy s malou násobilkou a slovními úlohami.

V českém jazyce velmi chybje v psaném projevu. Nečte plynule, slabikuje, některá slova si domýšlí. Pracuje s kompenzačními pomůckami. Je velmi nesoustředěný, práci nedokončuje. V hodinách je průměrně aktivní, pracovní tempo je pomalé, potřebuje k práci dohled. Je často nepozorný, sebemenší podnět ho odvede od práce. V průběhu výuky dochází k významnějšímu zhoršování pozornosti. Je přiměřeně obratný.

Od 3. ročníku má k dispozici paní asistentku. Paní asistentka je nápomocna při vyučování a snaží se snížit impulzivní a nesoustředěné chování žáka. Dle názoru paní učitelky je práce s J. mnohem příjemnější od doby, kdy mu byla přidělena paní asistentka. Práce v už tak početné třídě je velmi složitá. Paní asistentka neustále pracuje na tom, aby J. byl soustředěný na danou práci, práci dokončoval a pracoval správně s kompenzačními pomůckami. Matka si spolupráci paní učitelky i paní asistentky nemůže vynachválit. Souhlasí s tím, že od té doby, co byla paní asistentka přiřazena k jejímu synovi, se práce s ním výrazně zlepšila. Zlepšení pociťuje i při domácí přípravě.

Závěr z vyšetření

Ze závěru zprávy PPP vyplývá, že chlapec trpí masivními projevy ADHD, dětskou depresí, dyslektickými, dysgrafickými a dysortografickými potížemi. Chlapec trpí chronickými tenzními bolestmi hlavy. Má velmi pomalé pracovní tempo a deficit v oblasti krátkodobé verbální paměti.

Doporučení pro školu a rodinu

Chlapec patří mezi žáky se zdravotním znevýhodněním. Pro optimální výkony je důležité prodloužení času na vypracování a kontrolu písemných projevů dítěte. Pro lepší výsledky ve škole je důležitá důslednost při práci s chybou, využívání specifických pomůcek a metod, práce s dyslektickou tabulkou a tolerantnější přístup ke grafické stránce záznamu dítěte. Kvůli masivním projevům ADHD musíme s chlapcem pracovat s ohledem na jeho vysokou dráždivost atd. Je potřeba laskavého a vstřícného jednání. To je však náročné na velkou trpělivost nejen pedagoga. Zásadní je aktivace dítěte ve škole. Pro takovou aktivaci je ideální využít očního kontaktu nebo přímého oslovení. Vzhledem k faktu, že je ve třídě další osoba (asistent pedagoga), práce s chlapcem je mnohem snazší. Důležitá je domácí příprava, která musí být pod vedením dospělé osoby. Je potřeba s chlapcem posilovat čtenářské dovednosti. V neposlední řadě je třeba chlapce chválit a pozitivně ho motivovat k práci.

Shrnutí a doporučení do budoucna

Chlapec potřebuje pevný režim a řád dne. Je potřeba mu stanovit jasná pravidla, která musí dodržovat. Domácí příprava je taktéž významná pro další práci s dítětem. Je důležité pracovat s chlapcem s ohledem na jeho impulsivní chování. Paní učitelce velmi napomáhá pomoc paní asistentky, která se chlapci po dobu výuky věnuje. Chlapec je pod vedením paní učitelky i paní asistentky klidnější a pracovitější. Pro optimální školní výkony bude chlapec potřebovat mnoho podpory, trpělivosti a důsledného vedení dospělými i do budoucna.

10 KAZUISTIKA Č. 3

Osobní údaje

V další kazuistice uvádím chlapce **O.**, který chodí do 2. třídy na základní školu v Teplicích.

Osobní anamnéza

V osobní anamnéze byl zaznamenán rizikový porod (komplikovaný a protahovaný). **O.** žije v neúplné rodině. Matka je nezaměstnaná. **O.** má dva starší sourozence. Starší sestra je ve škole podprůměrná a mladší bratr je v předškolním věku. Žijí v bytě pro sociálně slabé. **O.** chodí do školy oblečen často nedostatečně. Občas nemá z domova připravenou svačinu. Matka nekontroluje domácí přípravu. Je s ní velmi špatná domluva i obtížná komunikace.

Rodinná anamnéza

Nezaměstnaná matka má základní vzdělání. Narodila se v roce 1984. Matka žije se třemi dětmi sama. Tato neúplná rodina patří mezi sociálně slabou. Matka se školou příliš nespolupracuje. Všechny tři děti mají jiného otce. Žádný z nich s rodinou nežije. Dle slov matky odešli ještě před narozením.

Výsledky z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradny

Chlapec navštěvuje PPP od 2. třídy. Odborné vyšetření prokázalo ADHD, dysgrafii, dysortografii, dyslektické obtíže, expresivní vývojovou dysfázii a vývojovou dyspraxii. **O.** patří mezi žáky se zdravotním postižením. Dyslektické obtíže má **O.** v kombinaci s poruchou řeči na pozadí nerovnoměrně rozložených rozumových schopností celkově v pásmu mírného nadprůměru. Při vyučování je jeho práce s neustálými komentáři. Je nesamostatný, nesoustředěný a vyžaduje neustálé vedení. V PPP mu byl doporučen asistent pedagoga, kterého využívá. **O.** je velmi problémový žák, tudíž je asistent pedagoga nutný. **O.** je velmi roztržitý a nepozorný, každá maličkost ho rozptýlí od práce. Je agresivní a podrážděný. Jeho pracovní tempo je pomalé a je preferován individuální přístup všech dospělých. Chlapec často vykřikuje, spolupracuje pouze s obtížemi. Je potřeba citlivě posuzovat míru zatížení a zvýšenou potřebu relaxace. **O.** má k dispozici paní asistentku a je vzděláván dle IVP. Dle asistentky pedagoga i paní učitelky je žák velmi impulzivní a spolupráce s ním není jednoduchá. **O.** má občasné stavy, kdy nechce pracovat vůbec.

Závěr z vyšetření

Zkoumaný chlapec je velmi problémovým žákem. Odborným vyšetřením bylo prokázáno, že chlapec trpí poruchou ADHD, dysgrafií, dysortografií, dyslektickými obtížemi, expresivní vývojovou dysfázií a vývojovou dyspraxií. Chlapec patří mezi zdravotně postižené žáky. Z návštěvy pedopsychiatrického vyšetření byla doporučena medikace.

Doporučení pro školu a rodinu

Je potřeba dlouhodobě zjišťovat a mapovat, co O. chce dělat, umět a co potřebuje. Je zcela zásadní pracovat dle individuálního plánu a s pomocí asistenta pedagoga. V jeho případě je velmi důležité, aby se mu nabízela včasná pomoc a zvyšovala se mu sebedůvěra. Dalším doporučením je snížení nároků ve škole, pomoc při organizaci času a plánování činností. Správná je snaha zapojit chlapce do her s ostatními dětmi. Sociální integrace je velmi důležitá pro upevňování a navazování vztahů s vrstevníky. Nezbytností je hodnocení jeho vlastních pokroků a i nadále důsledně dodržovat výchovné zásady práce s dětmi s ADHD. Doporučuje se vhodné místo ve třídě (2-3 lavice), požadavky sdělovat klidně, jasně a hlavně stručně. Důležité je také přímé oslovení chlapce. Chlapec se lépe soustředí při navození přímého očního kontaktu. Kvůli neurovývojovým deficitům je nezbytné citlivě posoudit míru jeho zatížení a volit zvýšenou relaxaci. Je zcela nezbytné respektovat chlapcovu zvýšenou unavitelnost. Při projevech impulzivního a hyperaktivního chování se doporučuje vycházet z faktu, že dítě všeobecně reaguje na vstřícné a laskavé chování. Samozřejmostí je pochvala za drobné pokroky. Při potížích se doporučuje nehodnotit osobnost dítěte, ale konkrétní negativní projev. Pro práci s takovým dítětem je nezbytná trpělivost a důsledné chování dospělého. Chlapec by měl být velmi podporován svým okolím.

Shrnutí a doporučení do budoucna

Pro svou nesamostatnost a nesoustředěnost chlapec vyžaduje neustálou pomoc a vedení při práci jak ve škole, tak i doma. Individuální plán i pomoc asistenta je zcela zásadní při práci s chlapcem. Řadu doporučení školy lze využít i doma. Úzká komunikace rodiny s chlapcem by jistě situaci napomohla. Trpělivost a velká míra podpory ze strany rodiny i školy je zcela zásadní pro správný vývoj chlapce. Po sledování chlapce se jeví jeho chování opravdu velmi problematičticky. Odmítal spolupracovat, neodpovídal

na dotazy a byl velmi negativně naladěný. Volný čas tráví nejraději s kamarády, které má mimo školu. Ve škole se mu nelíbí a s ostatními žáky nemá dobré vztahy.

11 KAZUISTIKA Č. 4

Osobní údaje

Do čtvrté kazuistiky jsem si vybrala chlapce **L.** Zkoumaný chlapec navštěvuje 2. ročník na základní škole u města Teplice.

Osobní anamnéza

Na žádost rodičů a doporučení školy dostal chlapec odklad školní docházky a zařazení do přípravné třídy ZŠ. Klientem PPP je chlapec již od první třídy ZŠ. Již od první třídy také žák využívá asistenta pedagoga a je vzděláván dle IVP.

Rodinná anamnéza

Chlapec pochází z úplné rodiny. Matka i otec mají středoškolské vzdělání. Chlapec je v této rodině jediným dítětem. Matka i otec chodí dlouhodobě do stejného zaměstnání. Matka pracuje v potravinářství. Otec pracuje ve stavebnictví. Porod chlapce byl předčasný doprovázen problémy.

Výsledky z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradny

Matka poskytla zprávu z vyšetření v DPA s dg. ADHD a hyperkinetickou poruchou chování s doporučením i nadále využívat asistenta pedagoga. Projevuje se zvýšené napětí, instabilita, tendence k impulzivnímu jednání. Koncentrace pozornosti výrazně kolísá. Aktuální intelektové výkony celkově ve středu pásma průměru. Má výrazně oslabenou verbální a sluchovou paměť. Chlapec je také v péči klinického logopeda, i přes pravidelný nácvik má masivní logopedickou vadu. Zrak je korigován brýlemi. Při speciálně pedagogickém vyšetření **L.** postupně navazuje kontakt. Bylo patrné zvýšené napětí a nápadná autostimulace (štipání tváří, prsty v puse pod.), po celou dobu vyšetření byla mimika minimální. Verbálně je **L.** nevypravný, neobratný, i na běžné otázky odpovídá s latencemi. Téměř všechny instrukce je třeba opakovat nebo modifikovat; v průběhu činností některé instrukce zapomíná. Je velmi nejistý. Přesto spolupracuje s vysokým úsilím, lépe v řízených činnostech. Při samostatně řešených úlohách rychle narůstá napětí, nejistota, dokáže však požádat o radu či o pomoc. V případě, že se mu nedaří, je impulzivní a agresivní. Ve škole byla zřízena funkce asistenta pedagoga již v prvním ročníku a jeho pravidelná účast u dítěte. Většinu vyučování zvládá **L.** dobře. Snaží se, je velice pilný a svědomitý. Musí odvádět stoprocentní práci. Jakmile tomu tak není, cítí, že nezvládá situaci a nastává afekt. Pláče, křičí, válí se po zemi, utíká se třídy. Občas

bezdůvodně mluví do výuky. Paní asistentka okamžitě zasahuje, zklidní L., někdy odchází ze třídy a pracují samostatně. Po zklidnění se vrací do třídy a zapojí se znovu do výuky. Často pracuje za vidinu odměny. Dítě je samotářské, úzkostlivé, bojácné a přecitlivělé. V afektu je L. velmi neposlušný a těžce zvladatelný. V hodinách je průměrně aktivní, pracovní tempo je přiměřené. Občas potřebuje pomoc. Zřídka je nepozorný. Je v péči logopeda pro opožděný vývoj řeči. Krásně čte (už neslabikuje), krásně také píše, zvládá přepis i diktát slov a vět. Čtení s porozuměním je pomalejší, s dopomocí. Numerické počítání zvládá výborně, občas mu dělají problémy rozklady čísel do 20, slovní úlohy zvládá až na odpověď. Při tělocviku často nechce cvičit, má velkou nechuť, a to způsobuje afekt. Když se mu nedaří při výtvarných a pracovních činnostech, roztrhá nebo rozstříhá svou práci. Následuje afekt, pláč, útěk ze třídy.

Závěr z vyšetření

Chlapec trpí poruchou ADHD a hyperkinetickou poruchou chování. U chlapce se projevuje zvýšené napětí, instabilita a impulzivní chování. Intelektové výkony jsou celkově ve středu pásma průměru a má oslabenou verbální a sluchovou paměť.

Doporučení pro školu a rodinu

Vzhledem k velké přecitlivělosti a zvýšené dráždivosti chlapce je doporučeno jednat vstřícně a laskavě. Ve všech předmětech ve škole se doporučuje všechny pokyny k práci rozfázovat na jednotlivé kroky, opakovat instrukce, modifikovat zadání a snažit se o názorné vysvětlení. V případě nutnosti je možné dokončit školní práci doma a nezadávat další úkoly na doma. Chlapec by měl mít pocit, že mu vyjadřujeme důvěru v chlapcův úspěch ve škole i mimo ní. Důležitá je také kompenzace školních neúspěchů tím, že se chlapci zadá práce na nižším stupni náročnosti. Je zapotřebí posilovat chlapcovu jistotu a respektovat osobní tempo. Je nutné ocenit jeho snahu a každé zlepšení. Chlapec by se měl naučit přijmout neúspěch a se svými nezdary se umět vyrovnat.

Pro rodiče je doporučena i nadále pravidelná domácí příprava. Je nezbytné promyslet úpravu denního režimu chlapce, rozdělit přípravu do školy tak, aby nedošlo k přetížení a stresu. I nadále by chlapec měl posilovat čtenářské dovednosti pod dozorem dospělých. Čtení by mělo být v krátkých úsecích s následným vyprávěním obsahu. K rozvoji chlapcova soustředění, vytrvalosti a sebeovládání lze využít hry (pexeso, stolní hry, puzzle apod.). Při hraní her se musí chlapec vést k jejich dokončování. Je potřeba

posilovat chlapcovo sebevědomí, oceňovat i drobné pokroky v problematických činnostech.

Shrnutí a doporučení do budoucna

Chlapec patří mezi žáky se zdravotním postižením. Paní učitelka pracuje dle individuálního vzdělávacího plánu. Paní učitelka se snaží pracovat s dítětem způsobem, který jí doporučila PPP. Uvádí, že práce s chlapcem není jednoduchá, zejména ve chvíli, kdy dojde k afektu. Paní učitelka dobře zná a rozumí individuálním vzdělávacím potřebám chlapce. Oceňuje práci paní asistentky, která na chlapce vždy reaguje klidně a vyrovnaně a posiluje tím chlapcovu jistotu.

12 KAZUISTIKA Č. 5

Osobní údaje

První dívka, kterou jsem zařadila do svých kazuistik, je žákyně 3. ročníku na škole v okolí Teplic. **K.** usedla do školní lavice s odkladem jednoho školního roku.

Osobní anamnéza

Na vyšetření v PPP byla poslána na doporučení školy. Proběhlo tedy speciálně pedagogické vyšetření pro potřeby integrace. Dívka se od té doby vzdělává dle IVP. Těhotenství bylo rizikové. Dle matky byl i porod komplikovaný. Dívka v minulosti netrpěla vážnými chorobami. Z anamnézy vyplývá, že dívka má dobrý zdravotní stav, někdy ovšem hůře usíná, spánek je však klidný.

Rodinná anamnéza

Žákyně nepochází z úplné rodiny. Dívka žije s matkou a mladším bratrem v bytě. Otec v rodném listě není uveden. Matka má dlouhodobého přítele, kterého děti nazývají strýcem. Ten s nimi v bytě nežije. Matka pracuje v pohostinství. S domácností pomáhá babička nebo již zmíněný přítel matky.

Výsledky z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradny

V PPP byla vyšetřena se závěrem: masivní percepčně motorické deficity, hluboká dyslexie s negativním dopadem na ortografickou stránku jazyka - dysortografie, grafomotorické obtíže, ADHD. Od září **K.** navštěvuje jinou základní školu – bez adaptačních obtíží. Našla si kamarády, v nové třídě se jí líbí; je integrována, dochází na reedukaci a doučování; doma však nečte každý den. Klasifikována je 2-3 v hlavních předmětech. Matka chválí přístup a práci nové paní učitelky. Matka je přesvědčena, že problémem byl kolektiv v předešlé třídě, který měl špatný vliv na **K.** Ze speciálně pedagogického vyšetření je patrné, že **K.** navazuje kontakt bez velkých obtíží, v chování jsou viditelné projevy mladšího dítěte. Při individuálně vedeném vyšetření spolupracuje velmi ochotně a se snahou. Způsob, kterým řeší úlohy, je však komplikován impulzivním asubtilním chováním a téměř trvalým psychomotorickým neklidem. Vázanost na okolní předměty je zvýšená. Při samostatně řešených úlohách vyžaduje kontakt. Při řešení subjektivně obtížnějších úloh přestává pracovat a nabízí k hovoru vlastní témata. **K.** dokáže chvíli pracovat samostatně, ale pokyn k práci musí slyšet několikrát. Neustále musí být kontrolována, u práce vydrží asi pět minut, pak už začne být neklidná. Hraje si

s prsty a vším, co má v dosahu. Když se soustředí, tak práci zvládá. Veškerou aktivitu v hodině doprovází průpovídkami, neustále sděluje své myšlenky, pocity, což jí odvádí od práce. **K.** dobře reaguje na doučování, kde je jen pár dětí. Na doučování dochází pravidelně. Dle slov paní učitelky je **K.** celkově velmi roztěkaná. Její domácí příprava nebývá vždy dokonalá, často nemá domácí úkoly nebo se zapomene doma připravit na výuku. Matka v tomto ohledu není příliš řádná. **K.** téměř denně něco zapomene.

Závěr z vyšetření

Dívka trpí masivními percepčně motorickými deficity, hlubokou dyslexií s negativním dopadem na ortografickou stránku jazyka – dysortografií, grafomotorickými obtížemi a ADHD.

Doporučení pro školu a rodinu

Ve všech školních předmětech se doporučuje prodloužení času na práci. Vzhledem k čtení je důležité dbát na intenzivní výcvik čtenářských dovedností. Je doporučena práce s pomůckami. Dívka by měla mít radost ze čtení. Napomůže tomu pozitivní přístup a posilování zájmu o čtení. Vzhledem k dysortografii se doporučuje pracovat s chybami v písemném projevu a používat specifické pomůcky. Nezbytná je vysoká míra podpory. Vzhledem k projevům ADHD je zcela nezbytné, aby dospělé osoby v blízkém okolí dívky dodržovali pravidla práce s dětmi s poruchou pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou. Pozornost dítěte je nutno průběžně aktivovat (vlídným oslovením, úsměvem či očním kontaktem). Důležitá je také pochvala. Je třeba také citlivě střídat chvíle pracovní zátěže a relaxace. Je zásadní si uvědomit, že školní výkony dívky i celé její fungování ve škole je komplikováno její problematickou pozorností, nezralostí a vývojovými poruchami učení.

Shrnutí a doporučení do budoucna

Pro optimální školní výkony do budoucna potřebuje dívka vydatnou podporu dospělými (matkou i pedagogy). Pro dívku je důležité ocenění i malých pokroků. Pomocníkem do budoucna pro dívku bude jistě pravidelná domácí příprava a každodenní důsledná kontrola pomůcek, žákovské knížky, notýsku na úkoly aj. Je zcela nezbytné upravit denní režim dívky. Klíčové je také posílení čtenářských dovedností dívky. Dívka by měla užívat kvalitního psacího náčiní a měla by se věnovat mimoškolním aktivitám pro posílení a rozvoj dalších schopností.

13 KAZUISTIKA Č. 6

Osobní údaje

Další kazuistika je o dívce **Z.**, která navštěvuje 2. třídu. Dívka bydlí ve městě Teplice. Dívka žije s oběma rodiči a je jediným dítětem v této rodině.

Osobní anamnéza

Matka do zprávy PPP uvedla, že porod byl bez komplikací a v domácnosti nejsou žádné problémy. Na žádost rodičů bylo provedeno speciálně pedagogické vyšetření pro školní potíže v prvním ročníku školy. Na základě tohoto vyšetření v PPP byl doporučen odklad školní docházky a zařazení dítěte do přípravného ročníku na základní škole.

Rodinná anamnéza

Rodiče dívky jsou oba dlouhodobě zaměstnáni. Matka má středoškolské vzdělání a pracuje v jedné firmě jako účetní. Otec je vyučen v oboru automechanik, ale živí se jako řidič v kamionové dopravě. Otec je často mimo domov. Dívka v minulosti neprodělala žádné vážné onemocnění.

Výsledky z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradny

Na základě psychologického vyšetření bylo zjištěno, že **Z.** trpí syndromem ADHD a masivními projevy poruchy pozornosti. Dále trpí SPU (dyslexií). Dívka navštěvuje 2x ročně PPP a je v péči psychologa. Školní problémy se začaly projevovat již v prvním ročníku. Na problémy již upozornila paní učitelka rodiče, kteří se rozhodli s dívkou navštívit PPP. Paní učitelka konstatovala, že **Z.** je při vyučování nesoustředěná, nepozorná, hraje si s různými předměty a neustále vykřikuje. Bez toho aniž by se zeptala, opustí své místo, aby vyhodila nějaké odpadky či jiné věci do koše. Je zvykem, že také neustále chodí za paní učitelkou bez dovolení k jejímu stolu, aby jí řekla nějakou připomínku nebo se jí tázala na nějakou banalitu. Na napomenutí reaguje jen chvíli, poté se opět neohlíží na okolí a věnuje se své činnosti. Při práci je dívka snaživá, numerické operace v matematice jí nedělají problém. Obtíže v matematice má pouze se slovními úlohami, kterým nedokáže porozumět. Je nutný rozvoj úrovně porozumění a reprodukce textu v českém jazyce. Má problémy při čtení a psaní diktátů. **Z.** ztrácí přehled o tom, kde se právě čte a nerozumí textu. Pracovní tempo je pomalé. Dívka je spíše pasivní.

Rodiče dívky jsou se školou v kontaktu, snaží se a domácí příprava se zdá být skoro vzorná. Z. je vždy připravena na vyučování. Matka ji každý den, dle jejích slov, kontroluje. S dětmi má dívka kamarádský vztah.

Závěr z vyšetření

Dívka trpí syndromem ADHD a masivními projevy poruchy pozornosti. Dále trpí dyslexií. Byla navržena práce s individuálním plánem bez asistenta pedagoga.

Doporučení pro školu a rodinu

Při projevech ADHD se doporučuje chovat dle pokynů a zásad pro práci s dětmi s touto poruchou. Je potřeba se dívce maximálně věnovat. Dívka potřebuje mnoho podpory, trpělivosti a důsledného vedení dospělou osobou. Pro správné využití jejího dobrého intelektového potenciálu je doporučen individuální přístup k dítěti. Řadu doporučení pro školu lze využít i pro domácí prostředí (ocenění malých pokroků, podpora, pomoc při práci, více času na práci, motivace při práci, pochvala, úsměv, střídání práce s relaxací apod.)

Shrnutí a doporučení do budoucna

Po roce pozorování této dívky je zřejmé, že práce s ní není jednoduchá. Avšak skvělá spolupráce matky se školou je znát. Matka by se měla i nadále intenzivně dívce věnovat. Dívka potřebuje pravidelný denní režim, vzornou domácí přípravu a naučit se respektovat určitá pravidla.

14 KAZUISTIKA Č. 7

Osobní údaje

Do předposlední kazuistiky jsem vybrala dívku **A.**, která chodí teprve do první třídy ZŠ. Dívka dochází do školy po roce odkladu školní docházky.

Osobní anamnéza

Dívka se do PPP dostala na žádost matky i školy. Bylo provedeno speciálně pedagogické vyšetření pro výchovné potíže doma i ve škole. Dívce byl doporučen odklad školní docházky o jeden školní rok. Matka se pro odklad rozhodla.

Rodinná anamnéza

Dívka pochází z neúplné rodiny. Žije s matkou a starším sourozencem. Otec s matkou jsou rozvedeni. Otec žije v jiném městě a s rodinou se nestýká. Starší sourozenec je chlapec, který je ve škole průměrný. Výchovné potíže bratr dívky nemá.

Výsledky z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradny

Při vyšetření klinickým psychologem spolupracuje **A.** s vysokým úsilím, až s úpornou snahou vyhovět. V zátěži je vidět nadměrná mimika (až grimasuje), schoulí se do sebe, neudrží oční kontakt, osciluje pozornost i motorické neklid. Velmi dobře reaguje na klidné vedení, na tišší řeč, na úsměv, na podporu a povzbuzení. Dle paní učitelky je dívka ve třídě nesoustředěná, nevydrží při práci a vykřikuje. Má připomínky k výkladu učitele a časté dotazy bez hlášení. Neustále odchází z místa za nějakou záminkou. Neumí pracovat samostatně. Je potřeba ji neustále vést ke správnému řešení. Má obavy z neúspěchu. Je velmi citlivá, snadno se rozpláče. V případě, že jí práce nejde, odmítá spolupracovat. Učení ji po chvíli omrzí a nebaví. Hledá jiné činnosti, kterými by se ve třídě zabavila. Je velmi aktivní. Neustále něco vytváří nebo si s něčím hraje. Ráda si maluje. S kolektivem **A.** nemá problém. Paní učitelka i matka se snaží dodržovat zásady z PPP pro práci s dívkou ve škole i doma. Matka si chválí spolupráci PPP a školy.

Závěr z vyšetření

Dívka byla diagnostikována se závěrem: ADHD a hyperkinetická porucha chování, deficit v oblasti percepce, průměrná úroveň písarských dovedností i kvality techniky hlasitého čtení. Dívce byl doporučen asistent pedagoga a je vzdělávána podle IVP.

Doporučení pro školu a rodinu

Doporučuje se prodlužovat čas dívce ve všech hlavních předmětech dle potřeby. Žákyně patří mezi žáky se zdravotním postižením, tudíž se s jejím zdravotním stavem musí seznámit všichni pedagogové dívky. Pozitivní přístup by měl posilovat její zájem a radost z hlasitého čtení. Je nutné se vždy přesvědčit, zda dívka danému textu porozuměla. Je dále nezbytné důsledně pracovat s chybami v písemném projevu a používat specifické pomůcky. Dobré je častější střídání různých forem práce. Dívce umožňujeme používání stručných přehledů gramatických pravidel, s kterými se dívka musí nejprve naučit pracovat. Ústní dozkoušení je ideální s ohledem na její věk.

Shrnutí a doporučení do budoucna

Vzhledem k věku dívky je důležitý vlídný, taktní a podporující přístup. Díky spolupráci paní asistentky při hodinách ve škole je dívka podstatně klidnější a soustředěnější. Častá zpětná vazba a dodržování pravidel práce s dětmi s poruchou pozornosti jsou nezbytnou součástí života dívky.

15 KAZUISTIKA Č. 8

Osobní údaje

Do poslední kazuistiky jsem si vybrala dívku **D.**, která navštěvuje 3. třídu ZŠ. Dívka žije s matkou a babičkou v blízkém okolí u Teplic.

Osobní anamnéza

Dívka se narodila předčasně. Matka uvedla, že porod byl komplikovaný. Dívka nemá žádné další sourozence. Dětství dívky proběhlo bez vážnějších zdravotních problémů. Dívka měla odklad školní docházky o jeden školní rok.

Rodinná anamnéza

D. žije v jedné domácnosti se svou matkou a babičkou. Otec nebyl uveden v rodném listu. Matka byla nucena se s dcerou přestěhovat z města ke své matce z finančních důvodů, když jí opustil přítel. S bývalým přítelem žila matka s dcerou několik let. Dívka bývalého přítele matky nazývala otcem. Rodina se s tímto mužem již vůbec nestýká.

Výsledky z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradny

Na doporučení třídní učitelky bylo provedeno speciálně pedagogické vyšetření pro podezření na VPU. Dívka byla vyšetřena klinickým psychologem. Bylo zjištěno, že aktuální intelektový výkon ve WISC – III se pohybuje v pásu nadprůměru, výkon je vnitřně nevyrovnaný. Celkově se jedná o značně nadané děvče. Nápadný je rozdíl mezi verbálním a neverbálním skóre. Neverbální činí pouhých 32 bodů. Klinický psycholog mimo jiné doporučuje integraci dívky pro SPU. Dále bylo zjištěno, že dívka trpí dyslexií, dysgrafií, dysortografií, masivními projevy poruchy pozornosti, ADHD a intelektovými schopnostmi celkově v pásmu nadprůměru s výraznou převahou verbálních schopností. Žákyně byla na speciálním pedagogickém vyšetření milá a vstřícná s projevy mladšího dítěte. Bez obtíží navazuje dobrý společenský kontakt. Verbální produkce je pomalejší, ale s bohatou slovní zásobou. Spolupracuje ochotně, avšak zejména činnosti blízké školní práci ji vysilují. Brzy nastupuje únava, osciluje pozornost. Lépe pracuje v řízených činnostech. Při samostatně řešených úlohách vyžaduje kontakt, činnosti komentuje nebo přestává pracovat a nabízí svá vlastní témata či požaduje informaci o předpokládaném rozsahu práce. V závěru vyšetření se už ptá na maminku.

Ze slov paní učitelky je zřejmé, že dívka je ve škole hravá, nesoustředěná a nepozorná. Prospěch se postupně zhoršuje. Letos již dostala ředitelskou důtku za stálé zapomínání věcí do školy. Nechodí řádně připravena na vyučování. S matkou byly opakovaně vedeny pohovory. Situace se vždy na chvíli zlepšila. Čte potichu, pomalu s chybami. Opisuje, přepisuje s chybami – práci často nestačí dokončit. V diktátech chybje velmi. Slovní zásoba je slabší. Tvary písmen jsou často nesprávné. Domácímu čtení se nevěnuje. Pracuje s výkyvy. Dlouho trvá, než si utvrdí učivo. Často práci nestihne. Slovní úlohy zvládá s obtížemi. Logický úsudek je slabší. V geometrii patří mezi nejslabší žáky. Je pasivní, nepozorná a ráda si hraje. Učení ji nebaví a nudí. Je nepozorná, výuku sleduje jen občas. O přestávkách je živější. Do poslední chvíle si hraje (proti ostatním postrádá jakoukoli zodpovědnost) a učení si chystá po zvonění. Pracovní tempo je pomalé. Potřebuje k práci dohled. Sebemenší podnět ji odvede od práce. Mluví velmi potichu – je jí špatně rozumět, vyslovuje vcelku dobře. **D.** je verbálně zdatná dívka. Její sebedůvěra je oslabená. Dívka je velmi citlivá. Je spíše samotářská. Je vzdělávána dle IVP bez asistenta pedagoga.

Závěr z vyšetření

Dívka trpí dyslexií, dysgrafií, dysortografií, masivními projevy poruchy pozornosti, ADHD a intelektovými schopnostmi celkově v pásmu nadprůměru s výraznou převahou verbálních schopností.

Doporučení pro školu a rodinu

Vzhledem k tomu, že dívka patří mezi žáky se zdravotním postižením, je nutné seznámit všechny pedagogy dívky s jejím aktuálním zdravotním stavem. Pro lepší práci dívky ve škole je nutná spolupráce mezi PPP, školou a rodiči. Nezbytné je uplatňovat následující podpůrná opatření (prodloužení času na práci, podpora při práci, rozvoj úrovně porozumění, posilovat k pozitivnímu přístupu k práci, důsledná práce s chybami v písemném projevu, používání specifických pomůcek, střídání různých druhů prací, zkrácení rozsahu práce, používání stručných přehledů gramatiky, práce pod přímým vedením pedagoga, respektování pracovního tempa, pozitivní hodnocení malých pokroků apod.).

Shrnutí a doporučení do budoucna

Po roce práce s dítětem je zcela nezbytné dodržovat pravidla práce s dětmi s poruchou pozornosti. Individuální a citlivý přístup k dívce je velmi důležitý, jelikož je

velmi citlivá. Při spolupráci s paní asistentkou je práce dívky o poznání lepší. Dívka se snaží spolupracovat a vnímat to, co paní učitelka říká. Paní asistentka kompenzuje svým přístupem příliš pomalé pracovní tempo dívky. Základ pro lepší školní práci dívky je spolupráce matky, školy a PPP.

16 ROZBOR KRESEB DĚTÍ S ADHD

16.1 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 1

Chlapec, který navštěvuje 3. ročník, nakreslil rytíře. Znaky ADHD lze vidět na prstech jeho rukou. Na každé ruce chybí jeden prst. Lze vidět i přetahování ve vybarvování těla rytíře.

16.2 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 2

Na obrázku č. 2 lze vyzorovat, že chlapec z 5. ročníku ZŠ plochu postav vybarvil pouze jednou barvou. Díky své přílišné hyperaktivitě si na barvách obrázku vůbec nedal záležet. Špatná koordinace dítěte se podepisuje na kvalitě čar, v obličejích postav lze vidět přeškrťování čar. Disproporčně jsou postavy nakresleny chybně. Všimnout si můžeme opomenutí důležitých detailů u obou postav. Postavám chybí krk. Paže navazují na pas. Postavy nemají uši a jejich vlasy nejsou po celé hlavě.

16.3 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 3

Chlapec nakreslil jednotlivé části těla velmi primitivně. Na obrázku lze vyzorovat vidlicové horní končetiny, ptačí nohy bez zakončení. Kvalita čar je velmi nízká. Čáry jsou křivé a roztřesené. V obrázku lze vidět opomenutí důležitých detailů, např. postavě chybí uši, nos, prsty, boty. Ačkoli chlapec opomněl nakreslit spoustu detailů těla, nakreslil postavě mobilní telefon, který postava drží v ruce.

16.4 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 4

Ve 4. obrázku, který nakreslil chlapec, který navštěvuje 2. ročník ZŠ, lze vidět dvě postavy – matku a otce. Chlapec vyrůstá v úplné rodině. Lze opět vyzorovat nelogickou disproporci obou postav. Postavám chybí krk. Plochy postav jsou vyplněné křivými čarami. U postavy matky postrádám správný počet prstů na ruce, nos a uši. Postava otce postrádá také prsty u rukou a nos. Otec na obrázku však nemá ani uši ani vlasy. Postava otce je disproporčně hůře nakreslená. Jedna dolní končetina je nelogicky umístěna a je podstatně větší než ta druhá.

16.5 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 5

Dívka v obrázku nakreslila svého bratra. Otec s rodinou nežije. Dívka zřejmě nebyla unavená a na kresbu se plně soustředila. Postava bratra nepostrádá žádné důležité detaily. Na ruce bratra lze jen pozorovat to, že jedna ruka působí vykloubeně. Na této disproporčně nelogicky namalované ruce lze napočítat dokonce vyšší počet prstů.

16.6 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 6

Dívka nakreslila opět oba rodiče. Dívka žije v úplné rodině. Otec i matka na obrázku mají hlavy větší než zbytek těla. U obou postav chybí nakreslené uši. Tělo je vytvořeno pomocí křivých čar a má tvar čtverce u obou rodičů. Horní končetiny obou postav jsou nelogicky umístěny u pasu, avšak prsty u rukou jsou u obou rodičů se správným počtem. Nohy působí u obou postav disproporčně.

16.7 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 7

Nejmladší zkoumaná dívka nakreslila dle jejích slov maminku. Maminka postrádá na obrázku uši, vlasy jsou posazeny na hlavě a působí jako helma. Paže navazují na pas. Prsty u rukou jsou odbyté a jejich počet nekoresponduje s realitou. Jedna dolní končetina je delší než druhá.

16.8 KRESBA KE KAZUISTICE Č. 8

Poslední kresbu postavy nakreslila dívka, která navštěvuje 3. ročník ZŠ. Dívka nakreslila svou maminku. Dívka žije v neúplné rodině. Postava matky postrádá uši a vlasy jsou nelogicky umístěny pouze na vršku hlavy.

Kresby dětí s ADHD mají velmi podobné znaky. Nejčastějšími společnými znaky jsou chybějící části těla, nelogická disproporce postav, nelogické umístění paží. Zvláštní poznatek jsem zaregistrovala v tom, že děti, které žijí v úplné rodině, nakreslily oba rodiče. Jeden chlapec z úplné rodiny si vybral na kreslení rytíře a jako jediné dítě ze zkoumaných nenakreslilo rodinného příslušníka. Děti, které v úplných rodinách nežijí, nakreslily pouze matku nebo v jednom případě mladšího bratra.

ZÁVĚR

V závěru mé diplomové práce bych ráda shrnula aktuální problematiku týkající se dětí v mladším školním věku, ke které dochází na 1. stupeň základních škol. V teoretické i praktické části této práce se nachází velké množství informací o problematice ADHD. Porucha ADHD se v dnešní době diagnostikuje stále u většího množství dětí. Z tohoto důvodu je důležité, aby se o této poruše dozvěděl větší okruh lidí. Práce s takovými dětmi je velmi náročná zejména pro blízké okolí nejbližších lidí takového dítěte. Je potřeba dostatek trpělivosti a pozitivního přístupu. V této práci se nachází spousta poznatků, které mohou být pomocí lepšimu porozumění dětem s poruchou ADHD a ke zlepšení přístupu k nim. V teoretické části této práce je přehledné zpracování údajů o syndromu ADHD u dětí mladšího školního věku za pomoci odborné literatury.

V úvodní části této práce jsme si stanovili několik cílů, které se vztahují k praktické části. Sběrem a tříděním potřebných informací bylo vypracováno 8 případových studií dětí mladšího školního věku s poruchou ADHD. Syndrom ADHD u těchto dětí byl diagnostikován na základě vyšetření psychologem v pedagogicko-psychologické poradně. Z kazuistik vyplynulo, že nejvíce uplatňovanou technikou je psychoterapie, aplikovaná jak ve školním i domácím prostředí. U jednoho dítěte byla potvrzena terapie medikamenty. Z teoretické a praktické části této práce je jisté, že mezi teoretickými poznatky a praxí jsou rozdíly. V praktické části práce je tedy uvedeno 8 kazuistik (4 chlapců a 4 dívek). Praktická část práce je zaměřena na popis jednotlivých dětí, které spadají do kategorie mladšího školního věku a trpí poruchou ADHD. Popis dětí vychází z osobní a rodinné anamnézy, z vyšetření a zpráv PPP. Práce jsou také obohaceny o doporučení škole a rodičům, mé názory a shrnutí. Z výsledků práce je zřejmé, že všechny sledované děti, které mají syndrom ADHD, mají ještě SPU nebo SPCH (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie aj.). Prospěchově jsou tito žáci tedy slabší. Ve všech z 8 sledovaných případů vyplynulo, že učitelé pracují dle IVP. Učitelé 5 sledovaných dětí nevyužívají pomoci asistenta pedagoga. Z kazuistik vyplývá, že zkoumané děti s ADHD trpí nepozorností, nesoustředěností a neklidem. Symptomy u zkoumaných chlapců jsou obohaceny o impulzivitu a agresivitu. 6 ze zkoumaných dětí mělo odklad povinné školní docházky. Matky 4 ze zkoumaných dětí měly rizikové těhotenství s komplikovaným porodem. V neúplných rodinách žijí 4 zkoumané děti.

V příloze jsou příklady kreseb dětí s poruchou ADHD, na kterých jsou patrné znaky, které jsou typické pro poruchu ADHD u dětí mladšího školního věku. Na obrázcích dětí lze vyzorovat rozdíl mezi kresbami dětí, které pochází z úplné či neúplné rodiny. Ať už pochází děti s ADHD z úplných či neúplných rodin, je pro ně spolupráce školy, PPP a rodinných příslušníků velmi důležitá. Syndrom ADHD a jeho symptomy, které tuto poruchu doprovázejí, jsou závažným problémem, který je nutno v zájmu všech zúčastněných správně a včas diagnostikovat a následně se snažit příznaky tohoto syndromu zmírnit. Na zlepšení chování a studijních výsledků mají zájem nejen učitelé a děti, ale i jejich rodiče. Pro správné řešení této problematiky je nutná včasná správná diagnóza, dodržování pokynů PPP, spolupráce a hodně trpělivosti a ohleduplnosti. Děti se symptomy ADHD to opravdu nemají jednoduché a s nástupem do školy je jejich život ještě komplikovanější.

Ze všech kazuistik je patrné, že k pokroku a zlepšení dochází díky trpělivosti, vlídnému postoji a relaxačním technikám. Je nutné si uvědomit, že k určitému pokroku dítěte nedojde pouze na základě práce s dítětem ve škole, ale je také zásadní práce s dítětem v domácím prostředí. Pravidelným denním režimem a správným přístupem k takovým dětem docílíme nemalého pokroku. S nutnou dávkou trpělivosti se musíme snažit těmto dětem ulehčit život s touto poruchou.

RESUMÉ

Tato diplomová práce se zabývá tematikou problematiky poruchy ADHD a jejího vymezení v období mladšího školního věku dítěte. Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části práce se věnujeme vymezení období mladšího školního věku, specifickým poruchám učení a chování a syndromu ADHD. V práci se nejdříve zaměříme na pojem ADHD, historické pojmenování, typy ADHD, příčiny, diagnostiku a symptomy. Dále se v práci nachází terapeutické přístupy, kterými lze mírnit projevy ADHD. Terapeutické přístupy jsou rozčleněny na 3 hlavní pilíře – farmakoterapii, psychoterapii a výchovná a patřičná opatření v rodině a ve škole. Pro usnadnění práce s dětmi, které mají poruchu ADHD se zde nachází několik typů a rad pro učitele i rodiče. Teoretickou část práce uzavírá legislativa.

V praktické části této práce se nachází informace k jednotlivým případovým studiím. Nachází se zde 8 případových studií, na základě nichž můžeme pozorovat individuální rozdíly mezi zkoumanými dětmi. V jednotlivých kazuistikách můžeme pozorovat vývoj, individualitu v projevech dítěte s ADHD, způsoby práce a přístupy k nim. V této části práce se také nachází kresby dětí a jejich následný rozbor.

SUMMARY

This thesis is concentrated around the ADHD issue and its demarcation of children at their first school years period. It is divided into two parts. In the theoretical part we pursue the demarcation of the first school years period, specific disorders and behaviour and the syndrome of ADHD. First we are taking a look on the ADHD meaning, historical designation, the types of ADHD, causes, diagnostics and symptoms of the disorder. Then the thesis consists of therapeutic approaches, which can mitigate the manifestations of ADHD. Therapeutic approaches are divided into 3 main parts – pharmacotherapy, psychotherapy and educational and appropriate measures in the family and school environment. For making the work with the kids with ADHD easier, there are also included some tips and pieces of advice for teachers and family members. Theoretical part ends with the legislation. In the practical part of this thesis there is information to each case study. There are 8 case studies in total, based on which we can observe the individual differences between the examined children. In the individual case reports we can observe the development, individuality in the behaviour of the child with the ADHD, the ways of working with him and approaching these ways. In this part of the thesis there are also included the drawings of children and their subsequent analysis.

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.

ČERNÁ, Marie. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 224 s. ISBN 80-7184-880-8.

DRTÍLKOVÁ, Ivana, ŠERÝ, Otmar. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

JANDERKOVÁ, Dita, Jitka KENDÍKOVÁ, Jarmila KLÉGROVÁ, Iva STRNADOVÁ, Jana SWIERKOSZOVÁ a Zdenka ŽENATOVÁ. *SPU a ADHD*. Praha: Raabe, 2016. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-215-8.

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.

KLÍMA, Pavel. *Základy etopedie (uvedení do etopedie, nárys vývoje a organizace péče)*. 2. vyd. Praha: SPN, 1984.

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.

KURIC, Jozef. *Vývojová psychologie II*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2007.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-195-x.

LISÁ, Lidka a Marie KŇOURKOVÁ. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. Praha: Avicenum, 1986. Život a zdraví (Avicenum).

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.

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.

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. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-315-3.

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

SVOBODA, Mojmír, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 791 s. ISBN 80-7178-545-8.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0629-2.

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.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: [nástroje pro prevenci, nápravu a integraci]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. Pedagogická praxe (Portál). ISBN 978-80-7367-326-0.

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.

Internetové zdroje

WEDGE, Marilyn. *WhyFrenchkidsDon'thave ADHD* [online]. Published on March 8, 2012 [cit. 2015-6-9].

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních [online]. In: *Sbírka zákonů*. 9. 2. 2005. ISSN 1211-1244.

Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/7876_1_1/download/

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Kresba dítěte s ADHD (ke kazuistice č.1)

Příloha č. 2 – Kresba dítěte s ADHD (ke kazuistice č. 2)

Příloha č. 3 – Kresba dítěte s ADHD (ke kazuistice č. 3)

Příloha č. 4 – Kresba dítěte s ADHD (ke kazuistice č. 4)

Příloha č. 5 – Kresba dítěte s ADHD (ke kazuistice č. 5)

Příloha č. 6 – Kresba dítěte s ADHD (ke kazuistice č. 6)

Příloha č. 7 – Kresba dítěte s ADHD (ke kazuistice č. 7)

Příloha č. 8 – Kresba dítěte s ADHD (ke kazuistice č. 8)

PŘÍLOHY - KRESBA Č. 1



KRESBA Č. 2



KRESBA Č. 3



KRESBA Č. 4



KRESBA Č. 5



KRESBA Č. 6



KRESBA Č. 7



KRESBA Č. 8

