



Nové možnosti rozvoje vzdělávání na Technické univerzitě v Liberci

Specifický cíl A4: Kurzy zaměřené na rozšiřování dovedností (upskilling)
nebo rekvalifikace (reskilling)

NPO_TUL_MSMT-16598/2022

Speciální pedagogika jedinců s parciálními nedostatky

Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.

2024



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



Národní
plán
obnovy

MSMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Název: Speciální pedagogika jedinců s parciálními nedostatky

Autorka: Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.

Recenzentka: Mgr. Zdeňka Braumová, Ph.D.

Za jazykovou správnost odpovídá autorka.

Vydala Technická univerzita v Liberci v roce 2024.

ISBN 978-80-7494-689-9

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 4 |
| 1 Vymezení oboru | 5 |
| 2 Specifické poruchy chování..... | 5 |
| 2.1 Vymezení pojmu, klasifikace, etiologie | 6 |
| 2.2 Projevy jedinců s ADHD | 8 |
| 2.2.1 Nejčastější projevy jedinců s ADHD..... | 8 |
| 2.2.2 Projevy jedinců s ADHD dle vývojových stádií | 11 |
| 2.2.3 Vliv ADHD na prožívání a chování dětí | 14 |
| 2.3 Diagnostika ADHD..... | 15 |
| 2.3.1 ADHD a pedagogická diagnostika..... | 16 |
| 2.3.2 Diferenciální diagnostika | 17 |
| 2.4 Doporučené přístupy k jedincům s ADHD | 17 |
| 2.4.1 Obecně doporučované přístupy k jedincům s ADHD | 18 |
| 2.4.2 Doporučené přístupy ve škole a hodnocení žáků s ADHD | 20 |
| 2.4.3 Specifika jedinců s hypoaktivitou | 24 |
| 2.4.4 Rizika spojená se syndromem ADHD..... | 25 |
| 2.5 Sociální začlenění jedinců s ADHD..... | 25 |
| 2.5.1 Jedinci s ADHD v profesním i rodinném životě | 26 |
| 3 Specifické poruchy učení | 28 |
| 3.1 Vymezení pojmu, klasifikace, příčiny specifických poruch učení | 28 |
| 3.2 Poznávací procesy a jejich souvislost se školními dovednostmi | 31 |
| 3.3 Projevy jedinců se specifickými poruchami učení | 33 |
| 3.3.1 Dyslexie..... | 33 |
| 3.3.2 Dysgrafie..... | 34 |
| 3.3.3 Dysortografie..... | 35 |
| 3.3.4 Dyskalkulie..... | 36 |
| 3.3.5 Dyspraxie | 38 |
| 3.4 Diagnostika specifických poruch učení..... | 39 |
| 3.4.1 Předškolní období..... | 39 |
| 3.4.2 Diagnostika specifických poruch učení ve školním období..... | 40 |
| 3.5 Doporučené přístupy a reedukační metody u osob se specifickou poruchou učení | 41 |
| 3.5.1 Předškolní období..... | 41 |
| 3.5.2 Přístupy v období školní docházky | 41 |
| 3.5.3 Obtíže v období dospělosti a možnosti jejich řešení..... | 44 |
| 4 Systém péče o jedince s parciálními nedostatky | 46 |
| 4.1 Péče o jedince s parciálními nedostatky ve školním věku..... | 46 |
| 4.2 Stimulační programy, terapie a techniky vhodné pro jedince s parciálními nedostatky | 48 |
| Seznam použitých zdrojů | 51 |

Úvod

Dostává se vám do rukou text, v němž jsou souhrnně obsaženy základní poznatky z oblasti specifických poruch učení a specifických poruch chování. Již z této prvotní charakteristiky je zřejmé, že text je rozdělen do dvou základních částí, z nichž první se věnuje problematice specifických poruch chování, v jiné terminologii jedincům s ADHD, a druhá kapitola nás zavede mezi jedince se specifickou poruchou učení (dále jen SPU). Je potřeba si uvědomit, že text odráží základní přehled v době, v níž je vytvořen. Vzhledem k rychle se rozvíjejícímu oboru speciální pedagogiky se dá předpokládat, že i terminologie, odborné poznatky budou postupně více upřesňovány, doplňovány či měněny.

Na začátku mého pedagogického působení bylo povědomí o SPU a ADHD pouze nahodilé, a to zejména u učitelů, kteří se na školách s žáky s různým typem SPU nebo s ADHD setkali a situace si vynutila, aby se na tuto oblast více zaměřili. Někteří učitelé přijali tuto situaci jako výzvu a mnozí si začali dohledávat informace (kterých nebylo mnoho), v praxi nastavovali pravidla, uplatňovali metody práce, které jsou pro tyto jedince vhodné, a vzájemně se učili se svými žáky překonat obtíže, které z uvedených poruch plynuly. V současné době je situace zcela jiná. Pedagogičtí pracovníci bývají (i když to stále neplatí plošně) již dobře obeznámeni s obtížemi plynoucími ze SPU a ADHD, je nepřeborné množství kvalitní odborné literatury pro učitele, ale také pro rodiče či přímo pro jedince s ADHD nebo SPU, z níž lze čerpat nápady a inspiraci.

Domnívám se, že každý z vás se již během svého života setkal s člověkem se SPU nebo ADHD, jelikož se jedná o značně početnou skupinu jedinců a jejich obtíže se neomezují pouze na školní prostředí, ale promítají se také do volnočasových aktivit, pracovního uplatnění, rodinného či partnerského života. Z tohoto důvodu je nutností speciálních pedagogů umět se vcítit do situace těchto jedinců, snažit se o pochopení jejich obtíží, umět respektovat jejich potřeby, které se někdy mohou zdát nepochopitelné nebo zbytečné, a v neposlední řadě umět jim poskytnout účinnou podporu.

Přeji vám, aby vám text přinesl radost z poznávání, přemýšlení, hledání a nacházení souvislostí, což by mělo být podstatou vašeho studia a následně i pracovního života.

1 Vymezení oboru

Vymezení podoboru speciální pedagogiky, který se zabývá osobami se specifickými poruchami učení a chování (dále jen SPUCH) není úplně jednoduché. Je jasné, že jedinci se SPUCH náleží mezi jedince se speciálními potřebami, resp. žáci se SPUCH náleží mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, což dokládá i platná školská legislativa. Také je zřejmé, že se jedná o ucelenou a specifickou skupinu jedinců, kteří vykazují určité společné charakteristiky. Proto existence samostatného oboru v rámci speciální pedagogiky pro tuto skupinu osob je opodstatněná.

Jelikož se jedná o obor speciální pedagogiky ještě dosti mladý, ani jeho název není ustálený a jednotný. V různých publikacích zaměřených na speciální pedagogiku se můžeme setkat s pojmenováním oboru jako „speciální pedagogika osob se specifickými vývojovými poruchami učení“ (viz Renotiérová, Ludíková, a kol. 2006, s. 293), „speciální pedagogika dětí a žáků se specifickými vývojovými poruchami učení a chování“ dle Valenty, a kol. (2014, s. 9) nebo jen „specifické poruchy učení nebo chování“ (viz Valenta, a kol. 2015, s. 192). Název oboru „speciální pedagogika osob s dílčími deficity“ používá Slowík (2007, 2016) v obou vydáních své publikace Speciální pedagogika. V našem textu se podržíme názvu „speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky“, který používá i Renotiérová a Ludíková, a kol. (2006, s. 18). Pojem „parciální“ má význam jako dílčí nebo částečný, opakem je totální či celkový.

Specifické poruchy učení a chování nejsou výdobytkem současné doby, ale jak si v dalších kapitolách ukážeme, tyto projevy se vyskytovaly již v minulosti. Se stále vzrůstajícím významem gramotnosti (zejména čtenářské, matematické, digitální) a jejího vlivu na budoucí pracovní uplatnění, nabývají tyto poruchy na významu a důležitosti, především v souvislosti s přesností diagnostiky, možnostmi reedukace a efektivní kompenzace obtíží každého konkrétního jedince.

2 Specifické poruchy chování

Asi každý z nás se ve svém životě setkal s jedinci, kteří vykazují určité zvláštnosti v chování. V této části textu se zaměříme na osoby, u nichž je výraznější neklid, nepozornost, náladovost a další možné charakteristiky. Budeme hovořit dle školské terminologie o jedincích se specifickými poruchami chování, dle všeobecně používané terminologie o osobách se syndromem ADHD. Při kontaktu s těmito osobami si můžete všimnout velké variability různých projevů, což je jedna z důležitých charakteristik osob s ADHD. Ukážeme si, že projevy ADHD nezasahují pouze do školních či pracovních výkonů dané osoby, ale podstatně ovlivňují celkové fungování člověka včetně jeho sebepojetí a zapojení do sociálního prostředí.

2.1 Vymezení pojmu, klasifikace, etiologie

První zmínky o ADHD se objevovaly v souvislosti s poškozením mozku a také se názvy této poruchy zaměřovaly na etiologii postižení. Jak uvádí Ptáček a Ptáčková (2018, s. 13), „*první známý zdokumentovaný popis chování vztahující se k dnešnímu ADHD byl zaznamenán v r. 1902, kdy britský lékař George Still přednášel o skupině dětí s „poruchami mravní kontroly“.*“ Následně se vyskytla řada termínů pro popis příznaků odpovídajících ADHD. Pro přehled uveďme např. termíny jako „organický mozkový syndrom“ (Bradley 1937), „minimální mozkové poškození“ (DSM 1952), „hyperaktivní dětský syndrom“ (Chess 1960) (Ptáček, Ptáčková 2018, s. 13, 14).

V České republice se poprvé zmiňuje o ADHD Antonín Heveroch v článku „Dítě neposeda“ z r. 1904. U nás se významněji používaly termíny „lehká dětská encefalopatie“ a následně „lehká mozková dysfunkce“. V současné době se můžeme v lékařské terminologii setkat s pojmem „hyperkinetická porucha chování“, která vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Častěji je však u odborné i laické veřejnosti používán termín **ADHD** (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), v českém překladu „porucha pozornosti s hyperaktivitou“. Tento pojem zavádí Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, tzv. DSM-IV a dále jej používá i DSM-5 (tedy 5. vydání tohoto manuálu z r. 2013).

DSM-5 uvádí na rozdíl od DSM-IV, že již nejde o poruchu typickou pouze pro dětský věk, ale může se projevovat během celého života. Nicméně počátek poruchy je nadále v dětství. Pro diagnostiku ADHD musí být naplněna kritéria přítomnosti poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Těmito projevy se budeme v další části podrobněji zabývat. Dále musí být splněny další podmínky, jako je výskyt obtíží před 12. rokem věku, obtíže se vyskytují ve více prostředích (např. doma, ve škole, v kontaktu s přáteli), příznaky ovlivňují kvalitu sociálního, školního či pracovního fungování a projevy nejsou způsobeny jiným duševním onemocněním (např. schizofrenií, úzkostnou poruchou) (Ptáček, Ptáčková 2018, s. 16, 17). Jak je zřejmé z textu dále, terminologicky i obsahově se nová MKN-11 a DSM-5 více přiblížili, jelikož MKN-11 již pracuje s termínem „porucha pozornosti s hyperaktivitou“, stejně jako DSM-5.

Dle MKN-11 je „**porucha pozornosti s hyperaktivitou** charakterizována přetrvávající nepozorností a/nebo hyperaktivitou-impulzivitou (minimálně 6 měsíců), která má přímý negativní dopad na akademické, pracovní nebo sociální fungování. Existují důkazy o významné nepozornosti a/nebo symptomech hyperaktivity-impulzivity před dosažením věku 12 let, typicky od raného do středního dětského věku, ačkoli u některých jedinců vzbudí poprvé klinickou pozornost později. Míra nepozornosti a hyperaktivity-impulzivity je mimo meze normální variace očekávané vzhledem k věku a úrovni intelektových funkcí. Nepozorností se rozumí značné potíže s udržením pozornosti nad úkoly, které nejsou vysoce stimulující nebo nepřinášejí časté uspokojení, roztržitost a problémy s organizací. Hyperaktivitou se rozumí nadměrná motorická aktivita a obtíže zůstat v klidu, nejzřetelnější je ve strukturovaných situacích, které vyžadují sebeovládání chování. Impulzivita je tendence jednat v reakci na okamžité podněty bez rozmýšlení nebo zvažování rizik a následků.

Relativní rovnováha a specifické projevy nepozorných a hyperaktivních-impulzivních rysů se mezi jednotlivci liší a v průběhu vývoje se mohou měnit. K tomu, aby mohla být stanovena diagnóza, musí být projevy nepozornosti a/nebo hyperaktivity-impulzivity zřetelné v různých situacích nebo prostředích (např. doma, ve škole, v práci, s přáteli nebo s příbuznými), ale pravděpodobně se liší podle struktury a požadavků prostředí. Příznaky nejsou lépe vysvětleny jinou duševní poruchou, poruchou chování nebo neurovývojovou poruchou a nejsou způsobeny účinkem látky nebo léku“ (MKN-11, kód 6A05).

MKN-11 (MKN-11, kód 6A05) řadí poruchy pozornosti s hyperaktivitou do skupiny poruch neurovývojových a dělí je do pěti skupin. Pro naše účely budou nejdůležitější první tři skupiny.

1. Porucha pozornosti s hyperaktivitou, s převládajícími projevy nepozornosti (6A05.0), kdy jsou splněna všechna kritéria pro definici poruchy pozornosti s hyperaktivitou a převládají příznaky nepozornosti. Mohou být přítomny také některé příznaky hyperaktivity-impulzivity, ale oproti příznakům nepozornosti nejsou klinicky významné. U tohoto typu se také někdy používá označení syndrom ADD (Attention Deficit Disorder).

2. Porucha pozornosti s hyperaktivitou, převážně hyperaktivní-impulzivní projev (6A05.1). V tomto případě jsou splněna všechna kritéria pro definici poruchy pozornosti s hyperaktivitou, ale převládají příznaky hyperaktivity-impulzivity. Opět mohou být přítomny také některé příznaky nepozornosti, ale oproti příznakům hyperaktivity-impulzivity nejsou významné.

3. Kombinovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou má splněna všechna kritéria pro definování poruchy pozornosti s hyperaktivitou, tj. ve všech třech oblastech (porucha pozornosti – hyperaktivita – impulzivita).

Obdobné dělení používá i DSM-5, které člení ADHD na poruchu s převahou nepozornosti, poruchu s převahou hyperaktivity/impulzivity a kombinovanou poruchu zahrnující všechny tři základní symptomy. Přibližné zastoupení jednotlivých subtypů ADHD ukazuje následující graf na obrázku 1.



Obrázek 1: ADHD – zastoupení subtypů dle klasifikace DSM-5 (Jucovičová, Žáčková 2015, s. 15)

Příčiny vzniku ADHD nejsou dosud zcela známy. Je prokázáno, že vliv mají **genetické faktory**. Jako další možnost vzniku ADHD bývá uváděno **difúzní poškození centrální nervové soustavy**, které vzniká v průběhu jeho vývoje a zrání, tedy v období prenatálním, perinatálním či krátce postnatálním (např. onemocnění matky v době těhotenství, nedonošenost, infekční onemocnění krátce po porodu, úrazy hlavy ad.). Často se vyskytuje více vlivů, které mají za následek vznik ADHD a které se vzájemně **kombinují**. Z výše uvedeného vyplývá, že se jedná o postižení vrozené (příp. časně získané) a dítě tedy zpočátku nemůže z velké míry jeho projevy ovlivnit (Jucovičová, Žáčková 2010, 2015).

V dalších kapitolách tohoto textu budeme používat pojem ADHD jako synonymum pro specifickou poruchu chování a poruchu pozornosti s hyperaktivitou. Vzhledem k tomu, že je anglická zkratka ADHD vžita a veřejností používána, přidržíme se jí i v tomto textu.

2.2 Projevy jedinců s ADHD

Abychom mohli rozpoznat syndrom ADHD, diagnostikovat jej, nastavit potřebné intervenční postupy, metody a zvolit vhodný přístup k jedincům s ADHD, je potřeba se dobře seznámit s projevy tohoto syndromu. Z praxe víme, že se jedná o postižení poměrně časté. Obtíže plynoucí z ADHD registrujeme nejen ve škole, kde bývají výraznější a jejich projevy nápadnější, ale i v jiných situacích a prostředích (v rodině, při zájmové činnosti, v kontaktu s vrstevníky apod.). Tito jedinci nám svými projevy mohou připadat jako vývojově mladší. Zároveň víme, že se projevy jedinců v průběhu času mohou měnit. Proto tato kapitola je rozdělena do dvou základních částí. V první části se podíváme na projevy ADHD obecně, druhá část bude věnována projevům jedinců s ADHD během vývojových stádií. Ukážeme si tedy, jak se jednotlivé projevy mohou v průběhu vývoje jedince měnit, odeznívat nebo se zvyrazňovat a které další faktory do hry vstupují.

Z definice ADHD je zřejmé, že stěžejními projevy ADHD jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Z této definice také vyplývá, že projevy jsou u různých jedinců velmi variabilní, na což klasifikace DSM i MKN reaguje členěním syndromu ADHD do několika typů. Jednotlivé projevy mají také různou závažnost a odlišný dopad na celkové fungování jedince.

2.2.1 Nejčastější projevy jedinců s ADHD

V této kapitole se seznámíme s projevy jedinců s ADHD. Pokud se nad nimi více zamyslíme a připustíme určité kombinace těchto projevů, lehce zjistíme, proč tyto děti nebývají v kolektivu příliš oblíbené, proč mívají nízké sebevědomí a proč obvykle nemají dobrý vztah k učení a škole.

Pozornost

„Výkony spojené s pozorností mají podíl na komplexních funkcích vnímání, paměti, řízení jednání, řečových a kognitivních funkcích. Pozornost je často srovnávána se světlem

reflektoru: soustředí světlo na aktuálně důležitá místa, která se stávají středem zájmu, a ta nedůležitá ponechává ve tmě – tedy bez povšimnutí“ (Winter 2018, s. 20).

Jucovičová s Žáčkovou (2010) uvádí nejčastější obtíže spojené s poruchou pozornosti. Jedná se zejména o snadnou vyrušitelnost dítěte z vykonávané činnosti, obtíže s odlišením podstatných podnětů od nepodstatných, dítě nevydrží delší dobu u hry, přebíhá od jedné činnosti ke druhé, má obtíže s dokončováním úkolů, respektováním pravidel, s poslechem pohádky atp. Školní příprava tak trvá neúměrně dlouho. Paclt (2007, s. 14) tento výčet doplňuje ještě o vytrvalost při plnění úloh, zvláště těch, které bezprostředně nepřinášejí odezvu, jež je pro dítě významná. To vede k tomu, že je pozornost dítěte odvedena k „zajímavějšímu“ tématu.

Winter (2018, s. 23) upozorňuje, že jedinci s problémy v pozornosti dělají více chyb, spotřebují mnoho času na vykonání práce a opakovaně zažívají neúspěchy. Zároveň je potřeba si uvědomit, že obtíže s pozorností se neváží výhradně k syndromu ADHD. Pozornost může být oslabena i v důsledku např. přicházejícího onemocnění, užívání léků, nedostatku spánku, nevhodného stravování či nedostatku tekutin, přetížení či naopak chybění přiměřených podnětů, stresu a jiných faktorů.

Hyperaktivita

U hyperaktivity, jak uvádí Paclt (2007, s. 14), se jedná o „*nadměrnou nebo vývojově nepřiměřenou úroveň motorické či hlasové aktivity.*“ Děti se projevují nadbytkem motorických pohybů, které jsou neopodstatněné a bezúčelné. Dle Jucovičové a Žáčkové (2010, s. 31) bývají tyto projevy označovány jako psychomotorický neklid. Pohyby se obvykle vyznačují nekoordinovaností, což může vést k vyšší úrazovosti dětí. Ve škole se hyperaktivita projevuje zejména vstáváním ze židle, popocházením či neklidem při sezení, zaměstnáváním rukou (hraní si s předměty, čmárání po papíru) či kmitáním nohou, může být přítomna překotnost řečového projevu či velká hlasitost. Zvýšená aktivační úroveň dětí vede k tomu, že ačkoli je jejich nervová soustava přetížena, nedokáží přejít do fáze přirozeného útlumu nebo to trvá podstatně déle.

Impulzivita

„Impulzivní jednání bývá popisováno jako okamžitá reakce na podnět, kdy chybí fáze rozmyšlení – dítě jedná podle svého prvotního nápadu...“ (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 33). Impulzivita se navenek projevuje jako netrpělivost, kdy dítě nepočká na položení celé otázky nebo na zadání úkolu, odpovídá a začíná činnosti hned, aniž by si odpověď či postup promyslelo. Pouští se často do činností, u nichž neodhadne jejich důsledky, a které mohou být pro dítě rizikové i z hlediska možnosti úrazu. Důsledkem jsou pak časté chyby a omyly, ale z následků svého chování se dítě nepoučí a je schopno tytéž chyby opakovat. Děti s impulzivitou obtížně snášejí, když jejich přání či potřeby nejsou okamžitě vyslyšeny (Paclt 2007; Jucovičová, Žáčková 2010).

Projevy poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity tvoří základní projevy ADHD, jak již víme z kapitoly týkající se definování ADHD. Avšak obvykle nezůstává pouze u těchto základních projevů, ale k ADHD se váží i další obtíže.

Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace, obtíže v řeči

Dle Paclta (2007, s. 19, 20) až 52 % dětí s ADHD mívá zhoršenou motorickou koordinaci, s čímž zřejmě souvisí i větší úrazovost těchto dětí. Jak uvádí Jucovičová a Žáčková (2010, s. 35, 36), u dětí s ADHD se často vyskytují obtíže v jemné a hrubé motorice, v koordinaci pohybů, bývá přítomno zvýšené svalové napětí, proces automatizace pohybů bývá dlouhodobější, děti mají obtíže v sebeobsluze. Výše uvedené projevy se mohou promítat i do psaní či řeči. V oblasti řeči se může objevit artikulační neobratnost (obtíže s výslovností delších a na výslovnost obtížnějších slov, např. nejnebezpečnější, lokomotiva) nebo specifické asimilace (obtíže s výslovností slov obsahujících kombinaci sykavek nebo kombinaci tvrdých a měkkých slabik, např. nyní, švestky, hodiny, sušit), přičemž výslovnost jednotlivých hlásek/slabik je správná.

Poruchy percepčních a kognitivních funkcí

Děti s ADHD mohou vykazovat oslabení v percepčních funkcích, zejména ve zrakovém a sluchovém vnímání. Mohou být přítomny poruchy pravolevé a prostorové orientace, vnímání tělesného schématu, což souvisí s obtížemi v motorice, které jsme popsali výše (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 37). Uvedené deficity v dílčích funkcích mají souvislost se specifickými poruchami učení, o nichž pojednáváme v druhé části této publikace.

Poruchy paměti

U dětí s ADHD bývají uváděny poruchy krátkodobé paměti. Sice informace vnímají, ale nezapamatují si je. Děti často zapomínají pokyny a své věci, stále něco hledají. Na paměť má samozřejmě vliv i pozornost, která u jedinců s ADHD bývá oslabena. Poruchy paměti ovlivňují nejen školní činnost, ale i běžné každodenní jednání jedince. Rodiče i učitelé mohou mít pocit, že dítě se tak chová schválně nebo že se na vyučování nepřipravuje. Obtíž může činit i vybavení si konkrétní informace, i když ji dítě zná (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 38, 39).

Oblast myšlení

Dle Jucovičové a Žáčkové (2010, s. 40) u jedinců s ADHD *„nebývají rozumové schopnosti významně narušeny, ale je narušena jejich struktura a je snížena jejich využitelnost v praxi – výkon dítěte neodpovídá jeho schopnostem.“* U jedinců s ADHD můžeme vidět kolísání výkonu v čase, výkyvy jsou zřejmé. Můžeme se setkat s ulpívavým jednáním či řešením určitých úloh, zaměřením na detaily, přičemž celkový kontext uniká, chaotičností jednání a myšlení (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 40, 41).

Oblast emočnosti

V oblasti emoční se mohou vyskytovat obtíže ve formě emoční lability, snížené frustrační tolerance, zvýšené afektivity nebo snížené schopnosti empatie. Dítě se může projevovat

střídáním a nestálostí nálad, emoční reakcí na sebemenší podnět. Bývá považováno za emočně nezralé. Mohou mu působit potíže náhlé změny, na které není připravené a které mohou vyvolat hněv, jejich odmítání, podrážděnost. Tento projev, kdy se nedokáže přizpůsobit náhlým změnám, může působit i obtíže při začlenění do kolektivu a může vést ke konfliktům.

Nízká frustrační tolerance může způsobit, že dítě reaguje neadekvátně na nevýznamné podněty, často i agresí. Snadno se nechá okolím vyprovokovat. Můžeme si všimnout, že se obvykle projevuje jako vývojově mladší. Často se okolím může cítit ohrožené a má pocit, že je třeba se bránit (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 43–46, HutYROVÁ 2019, s. 107). „*Přestože jsou tyto děti velmi citlivé a reagují vlastně někdy až přecitlivěle, mívají obtíže ve vcítění, vžití se do pocitů ostatních lidí a dětí... Často tak svým chováním ublíží, a přitom nevědí proč*“ (Jucovičová, Žáčková 2015, s. 85, 86).

Poruchy spánku

Dle Paclta (2007, s. 20) jsou u dětí s ADHD častější obtíže se spánkem a příjmem potravy. Mohou se vyskytovat obtíže s usínáním, častým nočním buzením, některé děti jsou unavené již po probuzení. Obtíže se spánkem se mohou vyskytovat již od kojeneckého věku.

2.2.2 Projevy jedinců s ADHD dle vývojových stádií

Je potřeba si uvědomit, že na projevy ADHD u jedince má vliv závažnost poruchy, skladba jeho obtíží, širší sociální prostředí, v němž jedinec vyrůstá a kde navazuje vztahy, ale také osobnost jedince a jeho schopnost překonávat překážky a těžkosti života. V této části si krátce ukážeme proměnlivost projevů ADHD v čase, přičemž nezapomeneme na to, jak velká je různorodost projevů každého jedince.

Novorozenecké a kojenecké období

V tomto období bývají u dětí s ADHD typické obtíže se spánkem, s příjmem potravy, s nastavením přirozených biorytmů. Děti bývají více plačtivé, nespokojené, reagují častěji pláčem či křikem. Již v kojeneckém období můžeme zaznamenat obtíže se sáním a nerovnoměrný vývoj motorických funkcí (urychlený vývoj, vynechání některých fází, často bývá vynecháno lezení, opoždění motorického vývoje) (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 39–41).

Batolecí období

V batolecím období si již můžeme všimnout prvních známek hyperaktivity (děti jsou zvýšeně pohyblivé), poruchy pozornosti (nedokáží se soustředit na hru, vyžadují společnost druhého, vyhledávají stále nové podněty). Typický bývá opožděný nebo nerovnoměrný psychomotorický vývoj. Lze pozorovat horší jemnou motoriku (práce se stavebnicí, se skládačkami), opoždování v grafomotorice (chybí zájem o kresbu), neobratnost se může projevit i v sebeobsluze (oblékání, jídlo). Děti v tomto věku již na určitá omezení nebo svoje

nezdary reagují nepřiměřeně a afektivními výbuchy. Často již dochází k prvním nedorozuměním v rodině z hlediska volby výchovných stylů, vhodnosti přístupů jednotlivých členů rodiny. Chování dítěte bývá vnímáno jako nevládnutí výchovy rodiči. U některých dětí můžeme pozorovat také opoždění ve vývoji řeči (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 41–43).

Předškolní období

V předškolním období dle Jucovičové a Žáčkové (2015, s. 44, 45) můžeme nadále registrovat nerovnoměrný vývoj dítěte, zvýšenou emocionalitu a afektivitu. Mohou přetrvávat obtíže se sebeobsluhou a spánkem. Začínají se zvýrazňovat projevy poruchy pozornosti, kdy dítě nevydrží delší dobu u jedné činnosti, některé činnosti odmítá vykonávat. Bývá již zřetelný nerovnoměrný motorický vývoj a můžeme registrovat oslabení v některých kognitivních funkcích (sluchovém a zrakovém vnímání, prostorové orientaci, myšlení, řeči, pozornosti). Impulzivní jednání může být důvodem vyšší úrazovosti dětí.

V mateřské škole mívají děti s ADHD potíže se začleněním do kolektivu, s respektováním autority učitelky nebo dodržováním pravidel. Jak upozorňují Jucovičová s Žáčkovou (2015), právě u dětí s ADHD bývá častěji uplatněn odklad povinné školní docházky z důvodu nerovnoměrného zrání kognitivních a motorických funkcí či sociální a pracovní nezralosti. Jednou z možností řešení jsou přípravné třídy, které poskytují budoucím žákům možnost osvojit si určité pracovní návyky, přijmout roli školáka, seznámit se s prostředím a chodem školy, což usnadňuje budoucí zahájení povinné školní docházky.

Školní věk

Pro děti s ADHD bývá školní docházka nesnadným obdobím. Klade totiž mnohem vyšší nároky na funkce, které má dítě s ADHD oslabené (pozornost, tlumení impulzivity, hyperaktivity, motorická obratnost, ad.). Dítě také mívá obtíže podřídit se pravidlům, včlenit se do kolektivu třídy, dokončovat započatou práci, nosit a připravovat si pomůcky, plánovat a organizovat si čas a práci, respektovat autoritu učitele, vnímat a pamatovat si pokyny, vyrovnávat se s přicházejícími změnami aj. Emoční labilita a zvýšená afektivita obvykle nadále přetrvává a únava, napětí a stres mohou umocňovat afektivní reakce a i agresivní jednání.

U některých dětí s ADHD se mohou začít vyskytovat projevy specifických poruch učení či jiné zdravotní obtíže (dle Paclta (2007) se může jednat o opakované záněty horních cest dýchacích, astma, alergie, strabismus). Na školní práci dětí může mít vliv i nekvalitní spánek, jehož obtíže mohou z předchozích období trvat (potíže s usínáním, noční buzení, časná vstávání, noční děsy) a který může projevy i důsledky ADHD ještě zintenzivňovat (unavitelnost, hyperaktivita, impulzivní jednání, nepozornost). Někteří autoři přidávají ještě poruchy příjmu potravy v souvislosti s psychosomatickým podtextem daným dlouhodobým zvládnutím náročných životních situací, do kterých se dítě v tomto věku a dalších obdobích dostává (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 47–51).

„... Projevy ADHD jsou velmi rozmanité a různě se kombinují – některé příznaky dítě má, jiné mít nemusí. Některé projevy jsou pak velmi silné, jiné naopak slabší. Vždy tedy závisí na kombinaci a síle těchto projevů“ (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 52).

Dospívání

Dospívání se u jedinců s ADHD dostavuje spíše později. Poskytuje jedinci příležitost řídit si vlastní život, naučit se pochopit sebe sama a zvládnout své chování. Často jedinci mívají potíže s nízkým sebevědomím, trvají zarputile na vlastních představách, mívají problémy s akceptováním pravidel a autorit, prožívají častěji výbuchy vzteku. Obvykle poruchy pozornosti nadále přetrvávají, ale již často dokáží dokončit to, na čem mají zájem. Motorický neklid přechází více dovnitř a ztěžuje jim odpočinek a možnost relaxace. Impulzivita také často zůstává a problémem je i motivace zejména u činností, které jim připadají nudné a zbytečné. Mívají vyšší ochotu k riskování, což souvisí i s možností rizikového chování, jako je např. konzumace drog či časté střídání partnerů. Existují ale také případy, kdy projevy syndromu se zvolna zmírňují (Reimann-Höhn 2018, s. 24–26).

Hutyrová (2019, s. 126) upozorňuje, že *„často v tomto období, především vlivem výchovných přístupů, hrozí kumulace problémů a vznik problémů v chování až poruch chování, které ze specifické poruchy chování nevyplývají, ale přímo s ní souvisí.“* Můžeme se dále setkat s problémy v mezilidských vztazích, jedinci s ADHD bývají školsky méně úspěšní, zažívají více kritiky, nelze podceňovat vliv nevhodné vrstevnické party aj. (Hutyrová 2019, s. 125, 126). Dlouhodobá zátěž a napětí může vyvolávat i neurotizaci jedince, mohou se objevit tiky, koktavost, zvýšená úzkostnost bez podstatné příčiny, bolesti hlavy a břicha v souvislosti se školou, někdy až školní fobie. Někteří jedinci mohou mít sklony k depresi (Jucovičová, Žáčková, 2015, s. 89). Naopak může však docházet i k útlumu hyperaktivity, k delšímu soustředění na činnost či k snížení projevů motorické neobratnosti. Jedinec může najít své kompenzační mechanismy a regulovat tak své chování, může se postupně zvýšit i jeho frustrační tolerance (Hutyrová 2019, s. 125, 126).

Dospělost

Jak uvádí Žáčková a Jucovičová (2017, s. 35–41), s poruchou pozornosti jako typickým projevem ADHD se setkáváme u dětí, ale i dospělých. V dospělosti však nemusí být již tak nápadná. Pozornost bývá kolísavá, nevýběrová, neoddělí se podstatné od nepodstatného nebo ulpívavá. Můžeme pozorovat snadnou odklonitelnost pozornosti, netrpělivost, těkavost a s tím související zvýšenou unavitelnost, obtíže s dokončováním práce, s plánováním a organizováním práce, výkyvy ve výkonnosti a větší výskyt chyb. S tím mohou souviset také obtíže se zapamatováním si termínů, schůzek, pokynů. Dospělí jedinci si svoje obtíže vesměs uvědomují, vnímají jejich dopady a snaží se nastavit si kompenzační strategie (poznámky, diáře, seznamy, žádost o kontrolu) s využitím volných schopností. Dlouhodobé, na přesnost a pozornost náročné činnosti vyžadují u nich větší úsilí k dokončení. Nedoporučuje se odkládat práci na později, jelikož jedinec se tak dostává do časového stresu a snaha práci úspěšně dokončit se zmenšuje.

Zároveň bychom měli připomenout, že ADHD se nemusí vždy pojit pouze s negativními projevy. Žáčková s Jucovičovou (2017, s. 41) upozorňují, že jedinec „*hyperaktivní vnímá vlivem reagování na více podnětů okolní svět jiným způsobem, to vede i k novým objevům a poznatkům.*“ Zároveň se některým dospělým daří vykonávat více činností současně, což může být přínos, pokud jsou vykonávány adekvátně a dokončeny. Psychomotorický neklid již bývá jen jemný (hraní si s rukama, s předměty, mnutí rukou, komíhání nohama) nebo naopak velmi silný (vyskakování z místa, chození po místnosti, výrazná gestikulace). Vnější projevy neklidu přechází více do vnitřní polohy, který nutí dospělého k neustálé činnosti, k nervozitě a netrpělivosti. Jedinci tak mívají sklon k workoholismu.

Vlivem impulzivity a oslabených volných schopností mohou být jedinci s ADHD více ohroženi závislostmi, mohou mít potíže v mezilidských a pracovních vztazích, bývají charakterizováni jako nespolehliví, neplní sliby, chaotičtí, s nepředvídatelným chováním. Mívají větší obtíže v komunikaci (skákání do řeči, impulzivní komentování všeho okolo, mluví do všeho, překotná řeč), v partnerských a přátelských vztazích (náhlé ukončení, zvýšený egocentrismus, snížená schopnost empatie) (Žáčková, Jucovičová 2017, s. 41–51). „*Nezvládnuté emoční stavy pak mohou vést až k poruchám chování*“ (Žáčková, Jucovičová 2017, s. 68), jako je agrese fyzická i verbální, disharmonický vývoj (mění se struktura osobnostních vlastností – sebestřednost, popudlivost), disociální, asociální či antisociální chování.

2.2.3 Vliv ADHD na prožívání a chování dětí

Když si zamyslíme nad situací dítěte s ADHD, je zřejmé, že značnou část života žije pod tlakem vnějšího okolí (rodiny, školy, vrstevníků), jeho chování bývá často předmětem kritiky. Okolí na něj klade nároky a požadavky, kterým nemůže přes své obtíže dostát. Jak uvádí Jucovičová a Žáčková (2015, s. 97–99), a jelikož je nedokáže zvládnout, vytváří si určité strategie, které jsou blíže popsány v této kapitole.

Únik

Jedná se o reakci organismu, kterou se snaží od nepříjemné situace uniknout (a nemusí se jednat o vědomou reakci). Typický bývá únik do nemoci (bolesti hlavy, břicha, žaludeční nevolnosti v době, kdy má jít dítě do školy), pozdní příchody do školy nebo záškoláctví, úniky z neoblíbené zájmové činnosti či některých předmětů ve škole. Může se také jednat o únik do vnitřního světa dítěte (dítě si vytváří vlastní svět dle svých představ a snů, kde je úspěšné).

Regrese

Dítě se začíná chovat jako věkově mladší, kdy nároky na něj kladené byly nižší. Často si také volí kamarády nižšího věku, kterými je snadněji přijímáno.

Popření nebo zlehčování neúspěchů

Popření neúspěchu bývá oproti zlehčování nevědomé, dítě „nevidí“, že se mu nedaří. U zlehčování si je dítě neúspěchu dobře vědomo, ale pro jeho zvládnutí se navenek chová, jako by mu to nevadilo, nebere neúspěch vážně, zlehčuje úspěchy ostatních. Z tohoto důvodu se může stát, že svádí vinu na ostatní nebo na náhodu.

Poutání pozornosti

Opakované neúspěchy se dítě může snažit kompenzovat poutáním pozornosti jakýmkoli (často nevhodným) způsobem. Může jít o „třídního šaška“, pošťuchování, komentování a slovní poznámky, předvádění se, provokování. Zdá se, jako by dítě nevědělo o svých silných stránkách, které má, nebo je neumí uplatnit.

Útok

Dítě své neúspěchy řeší slovními útoky, příp. i fyzickým útokem (vůči předmětům, ostatním lidem, nebo i vůči sobě sama). Afekt či agrese mohou být vyvolány zoufalstvím dítěte a snahou, aby si jej okolí všimlo.

Uvedené reakce samozřejmě často vyvolávají konflikty, odmítavé postoje okolí. Rodiče bývají často obviňováni ze špatné výchovy dítěte, přičemž bývají bezradní, jelikož běžné výchovné postupy nepřinášejí požadovaný výsledek. Je nasnadě, že pokud se k projevům ADHD přidají obranné reakce dítěte, je situace náročnější. Často tomu přispívají i nevhodné výchovné postupy rodiny, jako je např. nejednotná výchova rodičů, přístup autoritativní (příliš přísný a neempatický) nebo naopak příliš liberální či nedůsledný (Jucovičová, Žáčková 2015, s. 97–99).

2.3 Diagnostika ADHD

Pokud se podíváme na četnost výskytu syndromu ADHD údaje různých autorů se značně liší, obvykle se uvádí 5–10 %. Také se vyskytuje podstatně vyšší zastoupení u mužského pohlaví. Např. Medřická (ed., 2007) uvádí poměr chlapců a dívek 10–2,5 : 1. V souladu s Ptáčkem a Ptáčkovou (2018, s. 24) se domníváme, že rozdíl ve výskytu ADHD mezi pohlavími nemusí být tak velký, jelikož porucha u dívek a žen bývá obtížněji odhalena a tedy méně často diagnostikována.

Jak již víme z kapitoly týkající se vymezení poruchy pozornosti s hyperaktivitou, ADHD lze diagnostikovat (dle MKN-11), pokud:

- vyskytuje se porucha pozornosti a/nebo hyperaktivita s impulzivitou;
- tyto projevy trvají více než 6 měsíců (jedná se tedy o projevy dlouhodobé);
- projevy se začaly ukazovat do 12. roku věku dítěte, obvykle to bývá již v raném věku;
- projevy mají významný dopad na fungování jedince (pracovní, školní, sociální);
- projevy se ukazují v různých situacích a prostředích.

Syndrom ADHD bývá diagnostikován ve školských poradenských zařízeních (obvykle v pedagogicko-psychologických poradnách) vzhledem k tomu, že v předškolním a zejména školním období jsou projevy ADHD více zřetelné vzhledem k nárokům, které školní prostředí na jedince klade. Jedná se však o problém medicínský, takže spadá také do oblasti zdravotnictví. Zde může diagnostikovat ADHD dětský psychiatr, neurolog nebo klinický psycholog. Problematika ADHD je tedy záležitostí mezioborovou. Podle závažnosti můžeme dělit ADHD na mírný typ, střední typ a závažný typ (Jucovičová, Žáčková 2015, s. 25–27).

Ve školských poradenských zařízeních bývá uskutečněno komplexní speciálněpedagogické a psychologické vyšetření. V rámci něj bývají od rodičů (zákonných zástupců) zjišťovány anamnestické údaje o dítěti, jeho vývoji, obtížích, bývá zjišťována také školní anamnéza (docházka do mateřské školy a posléze základní školy a její průběh). Je důležité, aby informace přišly z několika zdrojů, takže obvykle je podkladem také pedagogická diagnostika učitele (viz dále), z níž poradenský pracovník získává informace o průběhu školní docházky, výsledcích (těch výborných i těch horších, vyrovnanosti výsledků, rozdílech v různých předmětech), reakcích dítěte na zátěž, na konflikt, projevech dítěte v různých situacích, začlenění do třídního kolektivu apod. Další cenné informace získá poradenský pracovník v přímém kontaktu s dítětem (při rozhovoru, hře, testových úkolech).

Zjištěné výsledky bývají posuzovány týmem odborníků a vyúsťují k následné péči, kterou bývá poskytnutí poradenství v oblasti výchovného vedení, výukových postupů a dalších možností péče (Jucovičová, Žáčková 2015, s. 28–31). K orientační diagnostice mohou sloužit dotazníky a posuzovací škály k diagnostice ADHD pro učitele, rodiče nebo dospělé jedince, kteří mají podezření na ADHD.

2.3.1 ADHD a pedagogická diagnostika

V předchozích kapitolách jsme si popsali projevy jedinců s ADHD, z nichž musíme při diagnostice vycházet. Víme také, že projevy jedinců s ADHD jsou variabilní jak v čase, tak u různých jedinců s ADHD. Ze zkušenosti praxe se ukazuje, že žák s ADHD ve školní třídě se velmi brzy projeví a obvykle se odlišuje od ostatních žáků. To je příležitost pro učitele zaměřit se na jeho projevy v dlouhodobém horizontu a podrobněji je zkoumat. Výhodou učitele je, že může žáka pozorovat dlouhodobě, v různých prostředích (ve škole, mimo školu), při odlišných typech aktivit (přestávka, vyučování, tělesná výchova, individuální úkoly či skupinová práce). Zjištěné údaje mu mohou poskytnout vhled do projevů žáka, faktorů, které tyto projevy ovlivňují, a někdy i možných příčin.

Pedagogická diagnostika dle Jucovičové a Žáčkové (2023, s. 82, 83) by měla být zaměřena na pozorování aktivity žáka, impulzivity, úrovně a stálosti pozornosti, pracovního tempa, afektivity a výkyvů nálad, unavitelnosti, způsobu komunikace, sociálního postavení žáka ve třídě a jeho vztahů s vrstevníky. Z hlediska analýzy školních výsledků si můžeme všimnout výkyvů výkonnosti, kdy obdobný úkol žák s ADHD jednou vyřeší bez obtíží a jindy v něm selhává, mívá rozdílné reagování (někdy netuší, co se děje, jindy bystře reaguje), lepší výkony podává obvykle ráno a během dopoledne a uprostřed pracovního týdne. Také mívá obtíže

s dokončováním úkolů (odbíhá od nich, nedokončí práci) a vrací se k nim často velmi neochotně. Lze si všimnout, že vznikají tzv. „zbytečné chyby“, které mívají obvykle souvislost s poruchou pozornosti anebo také s kombinací ADHD a SPU. Zvýšená unavitelnost žáka se projevuje zhoršováním výkonu s narůstajícím časem a také snížením pozornosti. Horší krátkodobá sluchová paměť může vést k tomu, že žák si nepamatuje pokyny, obsah právě řečeného, zapomene si zaznamenat odpověď. Při řešení problémů může mít žák potíže rozlišit podstatné od nedůležitého, působí chaoticky, vnímá odlišným způsobem a také odlišně zareaguje, než se očekává, ale bývá i nápaditý a originální. Můžeme také pozorovat, že žák potřebuje častější kontrolu, vedení a podporu. Nemůžeme se příliš spolehnout na jeho samostatnost.

2.3.2 Diferenciální diagnostika

Hyperaktivita nebo porucha pozornosti se nemusí vázat výhradně k syndromu ADHD, jak jsme si již uvedli. Obdobnými projevy se mohou vyznačovat i jiné poruchy a je tedy potřeba ADHD od nich odlišit. S poruchou pozornosti nebo s hyperaktivitou se můžeme setkat u osob s poruchami autistického spektra, kdy jedinci mohou vykazovat obdobné projevy jako jedinci s ADHD (hyperaktivita, porucha pozornosti, obtíže v sociálním fungování), nicméně s poruchami autistického spektra se pojí ještě další symptomy, jako např. výskyt stereotypního chování, aktivit a zájmů, narušení schopnosti sociálních interakcí. ADHD je také třeba odlišit od poruch intelektového vývoje (neboli mentální retardace), kde však by kritériem pro rozlišení měla být přítomnost či nepřítomnost narušení kognitivních funkcí. Dále se porucha pozornosti může vyskytovat také při úzkostných poruchách, u záchvatovitých onemocnění, u jedinců s chronickým onemocněním nebo při depresi (Ptáček, Ptáčková 2018, s. 20, 21)

Jucovičová s Žáčkovou (2010, s. 20, 21) doplňují, že obtíže v pozornosti a zvýšená aktivita se mohou vyskytnout také jako reakce na aktuální zátěž a stres, který jedinec prožívá (rozvod rodičů, úmrtí v rodině, změna školy, zneužívání a týrání), ale i na dlouhodobé přetížení jednostranně působícími podněty (např. dlouhodobé hraní počítačových her). Vágnerová (in Jucovičová, Žáčková 2010) upozorňuje, že i děti s citovou deprivací, děti, kterým chybí výchovné vedení a řád, který jim dodává pocit bezpečí a předvídatelnosti, děti, které na větší zátěž reagují neurotickou reakcí, mohou mít obtíže s pozorností a regulací aktivity, přičemž se nejedná o ADHD.

Z výše uvedeného vidíme, že je nutné podrobně a z více zdrojů zjišťovat projevy jedinců, zkoumat jejich příčiny, souvislosti a s uvážením stanovovat diagnózu.

2.4 Doporučené přístupy k jedincům s ADHD

Tato kapitola je rozdělena do dvou částí. V první části jsou obsaženy všeobecně doporučované a používané přístupy k jedincům s ADHD, které jsou praxí ověřeny. Tyto postupy se dají aplikovat v různých životních situacích a v různých prostředích (např. domácím, při volnočasových aktivitách, ale i ve škole).

Jelikož je škola specifickým prostředím, které klade na jedince řadu nároků, doporučení týkající se žáků s ADHD ve školním prostředí jsou upřesněny a konkretizovány ve druhé části této kapitoly. Zaměříme se nejen na samotný výukový proces, ale také na možnosti hodnocení a sociální začlenění žáka s ADHD do školní třídy. Je samozřejmé, že obě skupiny přístupů nelze od sebe striktně oddělovat a sami uvidíte, že se navzájem prolínají, na sebe navazují a doplňují se, což je žádoucí i při samotné práci s jedincem s ADHD.

2.4.1 Obecně doporučované přístupy k jedincům s ADHD

Rodinné a mimoškolní prostředí

Zcela zásadním pro další životní směřování jedince s ADHD je **rodinné prostředí**, které by mělo vytvářet láskyplnou atmosféru, poskytovat bezpodmínečnou lásku všem členům rodiny, zajistit pocit sounáležitosti, přijetí a bezpečí. Aby však výše uvedené mohlo být rodinou naplněno, bývá zapotřebí fungování rodiny, v níž je dítě s ADHD, uzpůsobit. S tímto souvisí i sjednocení požadavků rodičů, případně prarodičů, pokud pravidelně tráví s dítětem více času. **Jednotnost v přístupu** všech vychovávajících a dodržování určitých zásad usnadňují dítěti orientaci ve vztazích, odlišují žádoucí chování od nežádoucího a nastavují pravidla rodinného fungování a soužití.

Jedním ze zásadních doporučení pro práci s dítětem s ADHD je **stanovení řádu**, aby bylo jasně zřejmé, co a kdy se od něj očekává. K tomu mohou sloužit různé přehledy, časové rozvrhy, z nichž je patrné, jak jdou činnosti za sebou, kdy je čas pro určitou práci a kdy je čas pro hru, odpočinek, hygienu či spánek. Takový pravidelný až stereotypní denní režim poskytuje dítěti oporu při běžném fungování a zajišťuje předvídatelnost dalšího dne. K tomu dobře mohou posloužit i rituály, které jsou určitými milníky v průběhu dne (analogicky týdne, roku) a oddělují jednotlivé části dne od sebe. Nejsou myšleny pouze všeobecně používané rituály (např. při vánočních svátcích nebo při Velikonocích), ale také rodinné rituály, které si každá rodina může vytvořit a společně dodržovat. To posiluje vzájemnou soudržnost a pospolitost jejich členů.

U dítěte s ADHD se často vyskytuje zvýšená unavitelnost, emoční rozladěnost, poruchy pozornosti, což vše vyžaduje větší míru odpočinku a **relaxace**. Dítě s ADHD bývá v určitém trvalém napětí a mívá obtíže s uvolněním, kterému je potřeba se také naučit. Je potřeba dítěti pomoci najít vhodné relaxační metody, např. pohybové chvílky, poslech či tanec na hudbu, čtení příběhů, řízené dýchání a uvolnění, imaginace, které může použít v různých situacích, kdy na sobě pozoruje, že je vyčerpané (podrobněji viz následující text).

Dítě si ale také osvojuje základní postupy, které je třeba dodržovat, aby se dokázalo bez obtíží pohybovat v sociálním prostředí. I zde je nutnost zachování určitého řádu a také **nastavení pravidel**, podle kterých by dítě mělo jednat. V tomto kontextu se děti s ADHD často setkávají s kritikou svého chování, s nepochopením pro své reakce či s trestáním. Základním předpokladem je to, že budeme mít na dítě s ADHD **splnitelné požadavky** nikoli vzhledem k jeho věku, ale k jeho možnostem. Hodně konfliktů může vznikat právě z přetížení

dítě přemírou podnětů, požadavků či pokynů. Můžeme také uzpůsobit vnější podmínky tak, aby se dítě pokud možno nedostalo do konfliktu či nepoužívalo negativní projevy.

Dítě s ADHD bývá zvýšeně aktivní. Jak doporučuje Jucovičová s Žáčkovou (2015, s. 105), „*je tedy vhodné jeho **aktivitu nepotlačovat**, ale nechat ji ,vybít‘ ve chvílích, kdy to jde, případně ji využít nějakým pozitivním způsobem.*“ Je třeba průběžně sledovat projevy dítěte, a pokud u něj zaznamenané větší míru psychomotorického neklidu, než bývá obvyklé, je na nás, abychom reagovali a zvolili nějakou jinou aktivitu či relaxaci. Můžeme také dle zájmu dítěte zvolit vhodnou volnočasovou aktivitu, v nejlepším případě pohybovou, aby dítě mělo možnost pravidelně svou aktivitu uplatnit.

Doporučuje se soustředit se více na to, jaké chování je žádoucí, co se dítěti povedlo a vykonalo dobře. Za to je vhodné jej pochválit či jinak **pozitivně posilovat**. Jestliže se negativní chování objeví, pokud to lze, zkusíme jej ignorovat. Někdy se trestu nevyhneme, ale měl by být přiměřený, včasný a vázaný na konkrétní chování. Zároveň by trestání mělo být jen výjimečnou záležitostí. Je potřeba si uvědomit, že některé projevy dítěte ovlivnit nemůže, i když má značnou motivaci. Zde bychom měli být těmi, kteří mu dokáží pomoci obtíže si uvědomit, pojmenovat a postupně překonat, ukáží možnosti řešení a povedou jej ke stále větší samostatnosti a zodpovědnosti za vlastní jednání. Je však zřejmé, že se jedná o činnost velmi dlouhodobou.

Jako jeden ze základních předpokladů je **důslednost**, která by měla být vychovávajícím dodržována. Pokud má dítě nastavená pravidla a určitý systém a řád, je třeba podle něj postupovat a to vyžaduje určitou míru disciplinovanosti a důslednosti i od členů rodiny či dalších osob. Plnění jednotlivých úkolů je třeba průběžně sledovat, intervenovat v okamžicích, kdy dítě má tendence porušit zavedený řád či pravidla, ukotvit jej v nastalé situaci a pomoci mu ji zdárně vyřešit. Tím posilujeme chování, které je pro danou situaci žádoucí, jak jsme uváděli v textu výše.

Výraznější formy poruchy, jak upozorňuje Jucovičová a Žáčková (2015, s. 106, 107), mohou být řešeny také **medikací**, kterou předepisuje lékař (nejčastěji dětský psychiatr). Vždy je potřeba dobře zvolit typ léku a vhodné dávkování, jelikož v některých případech mohou léky projevy dítěte i zvýrazňovat nebo dochází k přílišnému utlumení aktivity dítěte. Je potřeba si však uvědomit, že pouhá medikace obtíže dítěte nevyřeší. Co však mají rodiče zcela v rukou, je správná životospráva dítěte, která má také vliv na jeho obtíže. Máme na mysli způsob stravování (dostatečný přísun živin, vitamínů a minerálů), pitný režim, dostatek pohybu, spánku i času pro odpočinek (třeba pro hru), zklidňující aktivity apod.

Z uvedených doporučení je zřejmé, že na osoby, které se podílejí na výchově dítěte, klade ADHD zvýšené nároky a často se u nich mohou projevit příznaky únavy a vyčerpání. Proto je důležitým faktorem jejich **psychohygienu**. Jednou z forem psychohygieny může být možnost setkávání s dalšími rodiči s dítětem s ADHD, kdy dochází ke sdílení zkušeností, starostí i radostí, praktických rad a doporučení. Tuto formu psychohygieny mohou poskytnout rodičům tzv. rodičovské skupiny.

Naopak **nevhodným rodičovským přístupem**, jak nás upozorňuje Jucovičová a Žáčková (2015, s. 109–111) je nejednotná výchova, kdy rodiče mají rozdílné požadavky na dítě, nedokáží se mezi sebou sjednotit, mají různé výchovné přístupy. Taková výchova ještě více probouzí v dítěti vnitřní chaos a přispívá ke zvýraznění projevů poruchy. Další možností je perfekcionista výchova, která nerespektuje možnosti dítěte a jeho obtíže a tím vystavuje dítě nemožnosti požadavkům rodičů dostát. Také příliš liberální výchova není pro dítě s ADHD vhodná tím, že dítě potřebuje pravidla, určitý řád a systém, který mu však tento výchovný způsob nemůže poskytnout. Nedůsledná výchova se svými důsledky může podobat nejednotné výchově, jelikož vnáší do života dítěte další chaos (není jasné, co a kdy platí). Nevhodné výchovné styly obtíže dítěte ještě více zvýrazňují. Shodujeme se zde s Jucovičovou a Žáčkovou (2015, s. 111), které uvádějí, že *„cílem rodičů při výchově dítěte s ADHD by proto mělo být nalezení způsobu, jak si počínat v soužití s dítětem tak, aby se dosáhlo stavu přijatelného pro obě strany. Je třeba snažit se rozlišit, za co dítě ve svých projevech může, a tudíž si zaslouží potrestání, a za co naopak nemůže a trestání je zbytečné, vede jen ke sníženému sebevědomí, k pocitům méněcennosti či k větší zatvrzelosti dítěte.“*

2.4.2 Doporučené přístupy ve škole a hodnocení žáků s ADHD

Přístupy ve výuce

V první řadě bychom zmínili **jednotný přístup** k žákovi s ADHD u všech vyučujících. O jednotném přístupu v rodině jsme se zmiňovali již v předchozí kapitole. Pro žáka je vždy snazší, když jednotliví učitelé dodržují podobné zásady, mají obdobný způsob zadávání úkolů, jejich hodnocení, obdobně podporují žáka a mají i sjednocené postupy při nežádoucím chování apod. S nejednotností přístupu ve škole se setkáváme zejména na 2. stupni ZŠ a středních školách, kde do vzdělávání žáka vstupuje více učitelů různých předmětů.

Pro orientaci v požadavcích ve škole mohou žákovi s ADHD pomoci opět **pravidla** (v některých třídách se tvoří tzv. pravidla třídy), zavedení určitého systému a **řádu** do školních činností. Je potřeba, aby pravidla byla ve třídě nejen zavedena, ale aby byla také průběžně využívána tak, jak situace vyžadují, a také čas od času upravována dle aktuálních potřeb žáka i celého třídního kolektivu.

Dalším požadavkem, který je doporučeno respektovat ve vzdělávání žáka s ADHD, je **přiměřenost požadavků**. Je potřeba si uvědomit, že vzhledem k projevům hyperaktivity, impulzivity, poruchy pozornosti a možná i některým dalším, nemůže žák plnit požadavky ve stejném rozsahu, tempu a kvalitě jako jeho spolužáci. S tím je potřeba dopředu počítat a uložit žákovi takové úkoly, které budou pro něj splnitelné. Navíc je potřeba na průběh plnění úkolu u žáka dohlížet a v případě potřeby přiměřeně povzbuzovat, motivovat a vracet k nedokončené činnosti. Tím zajistíme úspěšné splnění úkolu, čímž podpoříme u žáka motivaci k další školní práci a podpoříme jeho sebevědomí. Prožitky **úspěšnosti** mají u žáků velký význam, a u žáků s ADHD mimořádný. Z výše uvedeného je však zřejmé, že **nelze srovnávat výkony** žáka s ADHD a jeho spolužáků. Do školních výkonů (a nejen do nich)

budou vždy zasahovat a ovlivňovat je projevy ADHD, samozřejmě podle míry postižení a skladby obtíží u konkrétního žáka. Žák s ADHD ve srovnání se spolužáky nemůže uspět a s neúspěchem se setkává příliš často. Proto jsou pro něj nevhodné aktivity limitované časem, soutěže a i některé formy skupinové práce, které by žáka s ADHD příliš znevýhodňovaly. Pro pedagogickou diagnostiku však můžeme použít srovnání výkonů u konkrétního žáka v čase, kdy zjistíme pokrok ve vzdělávání obecně i v konkrétních činnostech, předmětech, úkolech.

Stejně jako u rodinné výchovy platí i ve škole **důsledný přístup**, kdy žáka s ADHD vedeme k dokončování činností a úkolů, což při vlivu poruchy pozornosti může být pro něj velmi obtížná situace. Delší činnosti lze dělit do dílčích celků, příp. i do více dnů, nebo prokládat jinou (odpočinkovou) činností, ale zadaný úkol by měl být vždy dokončen. Nedoporučuje se však zadávat dokončení úkolu za domácí úkol, jelikož při kumulaci nedokončených úkolů z více předmětů během dne může docházet k zahlcení žáka a úkoly ani v domácím prostředí nemusí zvládnout zpracovat (případně ne v požadované kvalitě). Musíme si uvědomit, že doba soustředění je pro žáka s ADHD již během vyučování poměrně dlouhá a mimoškolní čas by měl tedy využít zejména na regeneraci sil a pohybovou činnost.

U žáků s ADHD si můžeme často všimnout velkých **výkyvů ve výkonech**. Žák ze stejného úkolu může jeden den uspět výborně a druhý den zcela selhat. Musíme mít na zřeteli vliv poruchy pozornosti a hyperaktivity a přizpůsobit náročnost výuky aktuálnímu stavu žáka. To klade na učitele zvýšené nároky na jeho přípravu na vyučovací hodinu, ale také na jeho schopnost okamžitě reagovat na aktuální stav žáka s ADHD, modifikovat úkoly, přizpůsobovat se měnícím se projevům ADHD.

V oblasti hodnocení se doporučují pro žáky s ADHD spíše **formativní způsoby hodnocení** (slovní hodnocení, sebehodnocení). Nicméně je vhodnější, pokud učitel využívá jednotného způsobu hodnocení u všech žáků ve třídě, čímž zamezuje dalšímu zdůrazňování odlišnosti žáka s ADHD. Doporučuje se spíše zaměřovat na **úspěšnost v plnění úkolu** (% splnění úkolu, body za úkol) a nikoli počet chyb. Je potřeba žáka s ADHD (a nejen jeho) naučit vnímat chybu jako informaci, která nám ukazuje, že zvolená cesta nebyla správná nebo že na cestě došlo k nějakému omylu či se jedná o dílčí neznalost. Vzniklou chybu je tedy třeba správně interpretovat, vyhodnotit a nastavit řešení, aby k obdobným chybám dále nedocházelo. Učitele by měla zaujmout především opakující se chybovost v určitém jevu nebo činnosti, kdy je potřeba najít příčinu, aby nedocházelo k další fixaci chyby. Učitel také může zjistit, v jakém typu úloh žák s ADHD podává lepší výkony, např. zda mu více vyhovuje ústní či písemná forma, doplňování či testové metody, a tyto při ověřování znalostí a dovedností upřednostňovat.

Spolupráce s rodiči a poradenskými pracovníky

Aby vzdělávací činnost učitele přinášela požadované výsledky, měla by být navázána efektivní spolupráce s rodiči (zákonnými zástupci) žáka s ADHD. Už požadavek jednotného přístupu nám ukazuje, že je potřeba do určité míry sladit pravidla školy a rodiny, domluvit

se na způsobu komunikace mezi učitelem a rodiči, nastavit určitá pravidla pro zpracování domácích úkolů apod. Navíc rodiče nejlépe znají své dítě, projevy jeho ADHD, ale také silné stránky dítěte. Z těchto informací může čerpat i učitel, pokud je navázán mezi rodiči a učitelem vztah důvěry, porozumění a vzájemné podpory.

Učitel dále může využít poradenství a podpory školního poradenského pracoviště, v němž se čím dál častěji objevuje i speciální pedagog, nebo pracovníků školského poradenského zařízení, v našem případě nejčastěji pedagogicko-psychologické poradny.

Nácvik asertivity a sociálních dovedností

U žáků s ADHD je podpora a rozvoj sociálních dovedností často nezbytnou nutností pro jejich fungování v sociální skupině. Podle Kratochvíla (in Gavendová 2021, s. 38) je nácvik asertivity a sociálních dovedností zaměřen „na rozšíření repertoáru chování dětí a na to, aby si osvojily ty potřebné dovednosti, které jim chybí. K osvojení takových dovedností je potřeba příslušné chování nejdříve vidět, pak vyzkoušet a pak si je tréninkem upevnit.“ K tomu existují různé techniky a lze využít některé vyučovací hodiny občanské výchovy nebo třídnické hodiny. Bohužel však v této publikaci není prostor pro podrobnější popis postupů a metod, v případě zájmu je tedy potřeba si vyhledat příslušnou literaturu (ze zkušeností praxe lze doporučit např. publikace Hry pomáhají s problémy, Kognitivně-behaviorální přístupy pedagoga v praxi, Hry pro zvládnutí hněvu).

Emoční dovednosti

S rozvojem sociálních dovedností souvisí i schopnost rozpoznání vlastních emocí, poznání emocí druhých lidí a schopnost ovládat své emoce. U dětí s ADHD jsou časté emoční výkyvy, které často děti neumí zvládnout a přispívají ke zhoršené skupinové atmosféře, ale bývá častější i celkové negativní emocionální ladění, sklon ke smutku, pocity neoblíbenosti apod. Prvním krokem při práci s emocemi bývá poznání vlastních emocí, kdy žáci by měli být vedeni k tomu, aby si uvědomili, co se jim líbilo a co nikoli, co bylo příjemné a co ne. Hravým způsobem lze žáky naučit důvěřovat svému pocitu a vyjadřovat ho. V případě, že rozumí vlastním emocím, snadněji porozumí i emocím ostatních lidí a mohou pracovat na sebeovládání a zpracování svých emocí. Je potřeba si uvědomit, že žáci s ADHD častěji zažívají pocity strachu (např. z nezvládnutí úkolu), úzkosti, zlosti. Je potřeba je naučit pracovat s nahromaděnými negativními emocemi přijatelným způsobem (Šauerová 2016, s. 106–113).

Relaxace a imaginační techniky

„Relaxace je vědomé odstranění tělesného a psychického napětí. Když se tělesně uvolníme a impulzy, které přicházejí z jednotlivých svalů do mozku, se mění a postupně začínáme cítit i psychické uvolnění“ (Praško in Gavendová 2021, s. 40). Relaxovat je třeba se učit, vyžaduje to určitou trpělivost a opakování. Pokud jsme v psychickém napětí, vyvolává to napětí ve svalech a opačně. Proto je u žáků s ADHD doporučováno využívat relaxační předměty,

kteří umožní i během vyučování nadměrnou pohybovou aktivitu uskutečnit přijatelným a tichým způsobem. U žáků s ADHD se také doporučuje Jacobsonova progresivní svalová relaxace, která zdůrazňuje rozdíl mezi napětím a uvolněním svalů.

Imaginace využívá uvolnění a navození určitých představ, které se nechávají volně probíhat před „duševním zrakem“. Mohou navozovat situace, které jsou pro nás neznámé a mají charakter symbolický nebo projektivní (plavba ve člunu, pobyt na opuštěném ostrově) nebo mohou vycházet ze vzpomínek a zkušeností z našeho života. Pro děti se často jedná o zajímavou hru (Gavendová 2021, s. 40). Jako příklad můžeme uvést publikaci Příběhy z měsíční houpačky, kterou lze využít již pro předškolní děti. Touto oblastí se také dlouhodobě zabývá český psychiatr MUDr. Karel Nešpor, CSc. ve svých knihách nebo na webových stránkách.

Může se zdát, že relaxace ve školním prostředí není možná, avšak lze využívat dechové techniky, krátké relaxace na židli nebo vsedě na zemi, s hlavou položenou na lavici apod. Takové krátké relaxační chvílky, které mohou být spojeny s klidným dýcháním, protažením a podkresleny uvolňující hudbou, nezaberou ve výuce velký časový prostor a mívají podstatný význam (nejen pro žáky s ADHD).

Posilování žádoucího chování

U dětí s ADHD často chování, které je v pořádku, považujeme za běžné a nevěnujeme mu pozornost. Jenže děti s ADHD potřebují ocenění a pochvalu a ty mohou získat právě za to, co udělají dobře. Přehlížením žádoucího chování a řešením nevhodných způsobů chování přesunujeme pozornost na negativní projevy a dáváme jim mimoděk větší důležitost. Proto je potřeba ocenit to, co dítě vykonalo dobře, zejména když víme, že v těchto situacích někdy reaguje neadekvátně. Následně si ukážeme tento přístup na situaci ve škole.

U žáků s ADHD občas dochází k chování, které bychom potřebovali eliminovat. Doporučuje se postup, kdy učitel s žákem vyberou konkrétní chování v konkrétní situaci, které by bylo dobré odstranit (např. časté vstávání a procházení se po třídě). Společně domluví náhradní způsob chování, který však musí být pro žáka splnitelný (v našem případě např. žák dojde do zadní části třídy a udělá 10 dřepů, pak se vrátí ke své práci, což pro ostatní žáky nebude tak rušivé). Pokaždé, když žák uplatní náhradní způsob chování, obdrží odměnu ve formě např. získání bodu nebo smajlíka. Za určitý počet odměn získává žák nějakou výhodu, která je specifická dle zájmu žáka. U odměn je třeba setrvat do doby, kdy je žádoucí chování zafixováno a stává se z něj návyk. Po čase můžeme domluvit s žákem další náhradní způsob chování (např. žák již neodchází z lavice, ale u ní vykoná 10 dřepů), avšak musíme dbát na to, aby pro žáka bylo dané chování v jeho možnostech (inspirováno Gavendovou 2021, s. 28–31 a vlastní zkušeností). Tento způsob posilování žádoucího chování není využitelný pouze ve škole, jak bylo ukázáno na příkladu výše, ale i v domácím prostředí, během volnočasových aktivit apod.

Ovlivnění impulzivity

Gavendová (2021, s. 33) doporučuje metodu semaforu, jehož obrázek má žák připevněn na lavici. Učíme žáka, aby před tím, než cokoli vykoná, se podíval na obrázek semaforu. Červená znamená „Stůj“, oranžová „Plánuj“ a zelená „Konej“. Před tím, než tedy např. vykřikne svou odpověď, podívá se na obrázek, zastaví svou reakci, rozmyslí si odpověď a poté se přihlásí.

2.4.3 Specifika jedinců s hypoaktivitou

Třetí část se více zaměří na jedince, kteří vykazují projevy hypoaktivity a jsou skupinou, jež bývá v praxi opomíjená.

U typu ADHD, kdy převládá porucha pozornosti, můžeme místo hyperaktivity zaznamenat jev opačný, tj. **hypoaktivitu**. Dle Jucovičové a Žáčkové (2010, s. 32) se jedná o děti „*velmi pomalé, těžkopádné, utlumené až apatické*.“ Jejich projevy jsou od hyperaktivity odlišné a ve škole bývají méně nápadné. Setkáváme se s tím, že nereagují na pokyny, na každou činnost potřebují více času, bývají poslední a okolí je může vnímat jako „líné“. Jak upozorňují Jucovičová a Žáčková (2010, s. 33, 223) inteligence přímo nesouvisí s rychlostí. Některé činnosti a obory vyžadují práci pečlivou a pomalejší tempo nevadí. Jedinci vyhovuje, když si může určit vlastní tempo práce, když má dostatek času na danou činnost, má k dispozici časovou rezervu či může začít s časovým předstihem. Bohužel se stává, že „*hyperaktivita bývá vnímána jako synonymum pro zlobení a hypoaktivita jako synonymum pro nedostatek nadání*“ (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 33), přičemž ani jedno nemusí mít souvislost.

I hypoaktivní děti dokáží reagovat impulzivně a afektivně, zejména kdy u nich dlouhodobě narůstá vnitřní neklid a napětí, které v určitý okamžik spustí afektivní projev i při sebemenším podnětu. Většinou společnost ostatních příliš nevyhledávají, bývají introvertní, a proto mohou mít obtíže s kolektivními činnostmi. Můžeme zpozorovat, že mají tendence unikat do své fantazie a oddávat se „dennímu snění“ (Jucovičová, Žáčková 2015, s. 85, 89, 90).

Přístupy doporučené pro jedince s ADHD lze v přiměřené míře uplatňovat i u jedinců s hypoaktivitou. Stejně jako jedinci s hyperaktivitou potřebují jednotný přístup, důsledné vedení, více času a upravené úlohy dle svých možností, pomoc s organizací práce a času. I u nich se mohou vyskytnout výkyvy ve výkonnosti v důsledku vlivu poruchy pozornosti. Z jejich projevů vidíme, že budou potřebovat velkou míru motivace, aby úkol zahájili, pokračovali v něm a dokončili.

Největší obtíží pro rodiče a učitele bývá, jak dítě „zrychlit“. Zároveň je potřeba jej vracet do reality, motivovat, podněcovat jeho aktivitu a zájem. Jde o obdobný postup jako u dětí s hyperaktivitou a i zde je zapotřebí velké trpělivosti, dodržování režimu, posilování žádoucího chování (Šauerová 2016, s. 29, 30). Na rozdíl od dětí s hyperaktivitou se tyto děti, jak upozorňuje Šauerová (2016, s. 30), „*tak často nedostávají do poradenské péče, neboť*

se jejich pomalost pokládá za nedostatek nadání a nepodání výkonu ve škole je dáváno do souvislosti s předpokládaným nízkým nadáním dítěte.“

2.4.4 Rizika spojená se syndromem ADHD

Jak bylo naznačeno v předchozích kapitolách, jedinci s ADHD se v průběhu života musí vypořádat s řadou překážek, které vyplývají z projevů jejich poruchy. Medřická, a kol. (2007) upozorňuje na to, že dle celosvětových údajů jsou jedinci s ADHD častěji vyloučeni ze školy, zastávají nižší posty v zaměstnání, mívají málo přátel a mohou se k ADHD přidružit i další obtíže (vyšší riziko vzniku depresí, antisociálního chování). *„Z naší praxe vyplývá, že pacienti s ADHD jsou pacienti návratní, chroničtí, vyžadující individuální přístup v léčbě na multidisciplinární úrovni. Pro úspěšnost je nutná spolupráce s pacientem samotným a s jeho rodinou. Prognóza je ovlivněna mnoha faktory. Nepříznivě ji ovlivňují situace, kdy dochází k rozvoji agresivity a poruch chování v raném dětství a dále persistující formy ADHD s těsnější genetickou vazbou. Je prokázáno, že čím byla výraznější porucha v dětství, tím negativněji zasáhla do psychického rozvoje jedince a ovlivnila vznik závažnějších poruch v dospělosti. Dítě i dospělý s ADHD působí potíže nejen svému okolí, ale především sami sobě. Ve většině případů si neumí sami pomoci“* (Medřická 2007, s. 221). Cílem pro jedince i celou rodinu by mělo být poskytnutí odborného poradenství, pomoci a komplexní léčby, aby se zamezilo vzniku dalších obtíží a došlo ke zkvalitnění života jedince.

Vlastní syndrom ADHD však s sebou přináší i další rizika. Dle Paclta (2007, s. 20, 21) je souběh ADHD a dalších psychických poruch známý. Udává se, že děti s ADHD mají více symptomů úzkosti, deprese, nižší sebehodnocení, mohou trpět afektivní poruchou, obsedantně-kompulzivní poruchou aj. U dětí s ADHD se častěji vyskytují specifické poruchy učení, poruchy chování, opoziční a vzdorovité chování, agresivita včetně páchání delikventních činů. Většina autorů se shoduje také na vyšším riziku vzniku závislostního chování (alkohol, tabák, gamblerství, počítačové hry).

Riemann-Höhn (2018, s. 122) upozorňuje na rizika internetu a médií pro osoby s ADHD. Počítače umožňují rychlé přepínání mezi okny prohlížeče, získávání stále nových informací, kontaktů a vizuálních podnětů silně upoutávají pozornost a naplňují touhu po změně. V počítačových nebo síťových hrách jsou jednotlivé akce obratem odměněny nebo potrestány, hráči vstupují do různých postav či světů. Nabízí tedy možnost uniknout z reálného světa a vybudovat si jinou osobnost, virtuálně si zde lze nalézt kamarády. Internet tak umožňuje rychlou a snadnou kompenzaci sociálních a emočních deficitů. To představuje značné riziko pro vznik závislosti.

2.5 Sociální začlenění jedinců s ADHD

Jak vyplývá již z výše uvedených poznatků, děti s ADHD se častěji dostávají do konfliktních situací. Žáci s hyperaktivitou působí ve školním prostředí a v sociálním kontaktu velmi rušivě. Často vydávají nadbytečný hluk, vytváří kolem sebe nepořádek, narušují plynulost výuky.

V kontaktu s vrstevníky se často dostávají do situací, kdy něco shodí, rozbijí, někoho strčí, aniž by to byl jejich záměr. Jelikož mají obtíže navazovat kamarádské vztahy, bývají často izolovaní, protože výše uvedené projevy vrstevníkům vadí, působí na ně rušivě. Navíc dítě s ADHD často volí nevhodné způsoby, jak kamarádství získat (podlézavost, obdarovávání výměnou za vztah, role třídního šaška, poštuchovaní druhých). Sociální začlenění dítěte s ADHD může být komplikované a někdy se dostávají i do role „obětního beránka“, na kterého se vše ve třídě svede. Jednoznačnou pomocí v těchto případech je práce s celou školní třídou a posilování vzájemných dobrých vztahů (Šauerová 2016, s. 31–33).

Jak upozorňuje Šauerová (2016, s. 34, 35), děti s hypoaktivitou se mohou stát terčem posměchu z důvodu své pomalosti, těžkopádnosti, vytváření nepořádku kolem sebe. Mohou být opět v roli „obětního beránka“, kdy ostatní mají tendenci na něj svádět neúspěchy třídy či skupiny (např. v soutěžích). Mívají delší reakční čas na položenou otázku a bývají málomluvní. Na rozdíl od dítěte s hyperaktivitou nenarušuje žák s hypoaktivitou vyučování vyrušováním, ale obvykle dlouhou dobou plněním úkolu (ostatní na něj musí čekat), není si jistý zadáním či neví, na jakém úkolu má pracovat. Ani tyto projevy nepůsobí příznivě na vytváření sociálních vazeb, je tedy nutná i v tomto případě cíleně zaměřená práce se školní třídou.

Z výše uvedeného lze vyvodit, že žáci s ADHD mají specifické vztahy také s učiteli. Zde je dobré, aby učitel byl obeznámen s problematikou ADHD, rozpoznával varovné signály nepřijetí žáka kolektivem, měl již určité pedagogické zkušenosti a takt. Svým přístupem učitel totiž ovlivňuje i vnímání žáka celou třídou. Žáci s ADHD mohou v učiteli vyvolávat napětí, častější konfliktnost dítěte klade větší nároky na odolnost učitele, na jeho schopnost řešit vzniklé situace. Učitel stejně jako rodiče může pociťovat únavu a vyčerpání (Šauerová 2016, s. 36, 37).

2.5.1 Jedinci s ADHD v profesním i rodinném životě

Z předchozích kapitol již víme, že projevy ADHD jsou u jedinců velmi různorodé a individuální. Proto ani nemůžeme jednoznačně říci, jaké budou v období dospělosti dopady parciálních nedostatků na profesní uplatnění jedince, jeho sociální začlenění či jeho partnerský a rodinný život. Přesto víme, že obtíže vyplývající z těchto poruch nemizí, mohou a nemusí se v průběhu času zmírňovat či mohou být kompenzovány jinými dovednostmi či technikami. Záleží často na tom, jaké byly jeho předchozí životní zkušenosti. Jak upozorňuje Žáčková (2017, s. 77), záleží také na tom, jak jedinec s ADHD *„je přijímán, jaké jsou na něj kladeny nároky, s jakými obtížemi a překážkami se ve svém životě potkává a jak se učí je zdolávat a překonávat – což u hyperaktivních lidí vyžaduje vždy zvýšené úsilí.“*

Jak uvádí Pokorná (2010, s. 186), deficit zaměřit svou pozornost na důležité podněty mohl být zřejmý již v dětství a nadále může přetrvávat i v dospělosti. *„Protože však žijí (dospělí) v neustálé nejistotě, zda jejich výkony budou správné, a tato nejistota budí stres, může být neschopnost se soustředit důsledkem chronického stresu.“*

Je potřeba si uvědomit, že nejde pouze o deficity v dílčích funkcích, ale také o oblast vlastního zpracování informací a jejich prezentace. *„S tím souvisí i překonání impulzivity v jakémkoli chování a konečným cílem je připravit jedince k tomu, aby se efektivně, úspěšně a s co nejmenším úsilím adaptoval na nové situace, které se denně objevují v běžném životě“* (Pokorná 2010, s. 187). Bartoňová (2019, s. 72, 73) upozorňuje na možnosti kontroly vlastního jednání, která jedincům umožňuje sledovat, zda se přiblížili k cíli, případně co mají na svém chování změnit. *„Kontrolou jednání se rozumí schopnost, zpětně se podívat na jednání, reflektovat ho, a když je třeba, tak ho korigovat. To také znamená, že lze ze zpětného pohledu vyvodit důsledky pro současnost a budoucnost“* (Brunsting in Bartoňová 2019, s. 73).

Přetrvávat mohou i obtíže v oblasti pracovní paměti (sledovat pokyny, zapamatovat si je), kdy můžeme doporučit průběžné heslovité zaznamenávání podstatných informací. Další oblastí obtíží může být plánování a organizace času (pozdní příchody, odhad potřebného času pro danou činnost), kdy je možné používat diář s přesnými termíny, dopředu si rozvrhovat den a jednotlivé aktivity, hierarchizovat úkoly dle priority a to vše ve vizuální formě, kterou má jedinec vždy k dispozici. V zaměstnání se mohou ukazovat i další obtíže, jako jsou např. opakující se chyby, nedostatek času a pomalejší pracovní tempo, potřeba větší míry zpětné vazby. Jedinci se mohou cítit zavaleni informacemi (Bartoňová 2019, s. 73-75). Je evidentní, že tyto osoby se v praxi potýkají s mnohými potížemi a náročnými úkoly.

Tyto obtíže se nepromítají výhradně do pracovního výkonu jedince, ale mohou podstatně ovlivňovat i partnerský a rodinný život. Jak upozorňuje Žáčková (2017, s. 88–92), u dospělých s ADHD bývá snadnější přátelský vztah navázat, než si jej udržet. Zde můžeme pozorovat vliv impulzivity, emoční nestability, výkyvů nálad. Jedinci s hyperaktivitou bývají hůře přijímáni kolektivem, jejich chování zhoršuje jejich postavení ve skupině či pracovním kolektivu, často jsou nepřijímáni, vylučováni. To se promítá i do partnerských vztahů, kdy tito jedinci mají obtíže udržet si dlouhodobější vztah. Ke stabilitě partnerského vztahu nepřispívá ani impulzivita při řešení životních situací, určitá nespolehlivost v přístupu k životu, zvýšená emotivita a afektivita. Z tohoto důvodu je potřeba již od dětství cíleně pracovat u jedince s ADHD na sebepoznání a regulaci svého chování a prožívání, na uplatňování vhodných kompenzačních mechanismů. Zde je prostor pro dlouhodobé terapeutické vedení jedince s ADHD, ideálně pak i celé jeho rodiny.

Prozatím nejsou žádné rozsáhlejší výzkumné studie o tom, jakým je jedinec s ADHD rodičem. Praxe ukazuje, že pokud si rodič vzpomene na své dětství, dokáže se snadněji vcítit do potíží svého dítěte (které rovněž může mít ADHD) a pochopit je, může mu být oporou při zvládnání jeho překážek. Jelikož mu rozumí, klade na něj spíše přiměřené nároky, přičemž je však potřeba uplatňovat i důslednost, pravidelnost a řád (Žáčková 2017, s. 90, 91).

3 Specifické poruchy učení

Specifické poruchy učení jsou pojmem, který není neznámý ani širší veřejnosti. Na jednu stranu je potřebné, aby jedincům, kteří vykazují určité nedostatky v některých oblastech školních dovedností, byla poskytována potřebná podpora. Na stranu druhou každý člověk vykazuje oslabení v určité oblasti nebo oblastech. Je naivní si myslet, že každý může podávat výborné výkony ve všech oblastech. Jsme jako lidé velmi individuální a i v průběhu našeho života se naše schopnosti a dovednosti mění, ať již ve smyslu jejich rozvoje, tak i postupného oslabování a jejich regrese.

Přesto a právě proto se v této kapitole zaměříme na jedince, u nichž získání dovedností v oblasti jazykové, matematické či pohybové činí neobvyklé obtíže a tyto nedostatky jim znesnadňují jejich působení ve společnosti. Neboť jedním z faktorů při diagnostice specifických poruch učení by mělo být i to, do jaké míry ovlivňují kvalitu života daného jedince.

3.1 Vymezení pojmu, klasifikace, příčiny specifických poruch učení

V České republice nejčastěji uváděnými pojmy jsou „specifické poruchy učení“ (tento pojem najdeme např. u Z. Michalové, L. Krejčové), „vývojové poruchy učení“ (používá např. Věra Pokorná) či „specifické vývojové poruchy učení“. O. Zelinková ve své publikaci, která dosáhla výjimečného počtu nových vydání, používá pojem „poruchy učení“. Z výše uvedeného je patrná terminologická nejednotnost. V našem textu se podržíme i odbornou veřejností nejpoužívanějšího pojmu „specifické poruchy učení“.

O specifických poruchách učení existují první zmínky již na přelomu 19. a 20. století, ale většího zájmu se jim dostává až v druhé polovině 20. století. Na počátku bádání se touto problematikou zabývali zejména lékaři. Můžeme se setkat např. s pojmy „slovní slepota“ (německý lékař S. Kussmaul, 1877), kterým byly označovány osoby se ztrátou schopnosti číst, ale při nepoškozeném zraku, resp. analogicky „slovní hluchota“ u osob s nepoškozeným sluchem, ale oslabeným sluchovým vnímáním. Německý oční lékař Rudolf Berlin (v r. 1887) poprvé použil pojem „dyslexie“. V této době již byly známy souvislosti mezi mozkovou činností a řečí (Brockovo a Wernickovo centrum řeči). P. Morgan (v r. 1896) jako první popsal projevy specifické poruchy čtení u dítěte školního věku. Další významnou osobností ve vztahu ke specifickým poruchám učení je Samuel Torrey Orton, který položil základy neurologického zkoumání těchto poruch a založil Ortonovu dyslektickou společnost (Swierkoszová 2005).

V českém prostředí se první zmínky váží se jménem Antonína Heverocha (r. 1904) a jeho článku „O jednostranné neschopnosti naučiti se čísti a psáti při znamenité paměti“. Dále se touto tematikou zabývali další psychologové a psychiatři, jako např. Josef Langmaier, Otokar Kučera, Zdeněk Žlab, a následně i pedagogové jako byla Hana Tymichová. V r. 1966

vznikly jako experiment první dyslektické třídy při základní škole v Praze (r. 1962 v Brně). Od r. 1972 se mohly již zakládat při základních školách specializované třídy pro děti se specifickou poruchou čtení a psaní. Péče o jedince se SPU se pomalu přesouvala do školství a významnou roli v ní začaly hrát pedagogicko-psychologické poradny (Swierkoszová 2005). V historickém ohlednutí bychom zajisté neměli zapomenout na přínos dětského psychologa Zdeňka Matějčka (1922–2004), který se specifickými poruchami učení podrobně zabýval a napsal na toto téma řadu odborných publikací (např. Dyslexie, Sociální aspekty dyslexie, Vývojové poruchy učení), ani Věry Pokorné (1939–2016), která je autorkou řady publikací (jako např. Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování, Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení, Rozvoj vnímání a poznávání 1 a 2, Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti aj.) a můžeme se s jejím jménem setkat i v kontextu Feuersteinovy metody Instrumentálního obohacení.

Pokud v literatuře chceme najít definici specifických poruch učení, velmi rychle zjistíme, že není jediná. Různí autoři v různé době pohlíží na specifické poruchy učení z odlišných úhlů pohledu, který se postupem času vyvíjí. Definice je důležitá pro to, aby vymezila kritéria dané poruchy a oblast, která se daného jevu týká.

Specifické poruchy učení můžeme dle Hammill (in Pokorná 2001, s. 72) definovat jako *„všeobecný termín, který se vztahuje k různorodé skupině poruch projevujících se výraznými obtížemi při získávání a používání schopnosti naslouchat, mluvit, číst, psát a usuzovat nebo obtížemi při získávání matematických dovedností. Tyto obtíže vycházejí z vnitřních dispozic každého jedince. Předpokládá se, že jsou způsobeny dysfunkcí centrální nervové soustavy a mohou trvat po celý život. Problémy ve společenské adaptaci, v sociálním vnímání a sociální interakci se mohou objevovat ve spojení s poruchami učení, ale samy poruchu učení netvoří. Ačkoli se poruchy učení mohou vyskytovat jako průvodní jevy ostatních nepříznivých podmínek (např. senzorického postižení, mentální retardace, vážného emocionálního narušení) nebo vnějších vlivů (jako jsou kulturní rozdíly, nedostatečná nebo nevhodná výuka), nelze je z těchto podmínek a vlivů odvodit.“*

Pokud bychom se na specifické poruchy učení podívali z hlediska Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10, kód F81), definice „specifických vývojových poruch školních dovedností“, jak jsou v tomto dokumentu specifické poruchy učení nazývány, jsou *„poruchy, kde normální způsob získávání dovedností je porušen od časných fází vývoje. Postižení není prostým následkem nedostatku příležitosti k učení ani pouhým následkem mentální retardace a ani není způsobeno žádným získaným poraněním či onemocněním mozku.“* Nastupující nová 11. revize MKN (MKN-11, kód 6A03) již používá termín vývojových poruch učení a upřesňuje i znění definice. *„Vývojová porucha učení je charakterizována významnými a přetrvávajícími obtížemi při osvojování akademických dovedností, které mohou zahrnovat čtení, psaní nebo aritmetiku. Výkon jedince v zasažených akademických dovednostech je výrazně nižší vzhledem k biologickému věku a obecné úrovni intelektových funkcí a vede k významnému narušení akademického nebo profesního fungování jednotlivce. Vývojová*

porucha učení se poprvé projeví, když se v raném školním věku vyučují akademické dovednosti. Vývojová porucha učení není způsobena poruchou vývoje intelektu, smyslovým postižením (zraku nebo sluchu), neurologickou nebo motorickou poruchou, nedostatečnou dostupností vzdělání, nedostatečnou znalostí jazyka akademické výuky nebo psychosociálními překážkami.“

Mezi specifické poruchy učení zařazujeme **dyslexii, dysgrafii, dysortografii a dyskalkulii**, kterými se budeme zabývat v následujících kapitolách. Své místo ve skupině specifických poruch učení má i **dyspraxie**. Obvykle se do skupiny specifických poruch učení řadí také **dysmúzie**, jakožto porucha osvojování hudebních dovedností. Pro jedince může být obtížné čtení not a hraní podle nich, obtíže má i při vnímání a reprodukci melodie či rytmu (neudrží tempo, nedokáže zahrát či zazpívat předvedenou melodii). Jako jedna ze specifických poruch učení bývá uváděna **dyspinxie**, což je porucha výtvarných schopností. Jedinec nedokáže adekvátně přenést svou představu na plochu, nedokáže ztvárnit vnímanou skutečnost. Jucovičová s Žáčkovou (2023, s. 14) pro zajímavost doplňují k výše uvedených typům SPU ještě dyspiktogramii, která způsobuje obtíže s porozuměním symbolům a piktogramům, a dyscomputerii, která znemožňuje adekvátně pracovat s výpočetní technikou. Ale jak samy uvádí, spíše se jedná o pronikání projevů SPU do dalších oblastí.

Jednotlivé typy SPU se mohou vyskytovat samostatně, ale velmi často jsou ve vzájemných kombinacích. Často se také můžeme setkat s kombinací SPU a syndromem ADD/ADHD, přičemž SPU se může kombinovat i s jinými druhy postižení. Výjimku tvoří mentální postižení, protože, jak uvádí Valenta, aj. (2020, s. 12), „... v případě dyslexie a dalších specifických poruch učení je mentální postižení „kontra indikativní“, tj. jestliže má žák sníženou inteligenci či přímo poruchu intelektu, nelze dyslexii diagnostikovat.“ Ukazuje se, že SPU nejsou omezeny pouze na školní věk, ale jsou záležitostí celoživotní.

Příčiny vzniku SPU nejsou stále ještě dobře prozkoumány. Jak uvádí Michalová (2016, s. 38–41), výskyt SPU je závislý na faktorech jako je struktura a gramatika daného jazyka, použité výukové metody čtení, psaní, pravopisu a matematiky, úroveň diagnostiky i následné reedukace a na podmínkách a možnostech vzdělávání. Vznik specifických poruch učení může být zapříčiněn hereditární zátěží (dědičností), ukazuje se, že souvisí také se změnami ve stavbě a funkci centrální nervové soustavy nebo nedostatečným rozvojem některých psychických funkcí (viz kapitola 3.2). Obtíže mohou souviset s nedostatečnou spoluprací obou mozkových hemisfér.

V posledních letech se také uvádí souvislost specifických poruch učení a primárních reflexů. U nás se touto oblastí zabývá Marja Volemanová (2023). Pokud má dítě obtíže v motorice, grafomotorice, koordinaci pohybů či zaměření pozornosti, mohou být důvodem primární reflexy, které v raném věku dítěte neinhibují (nevymizí), ale naopak přetrvávají. Pokud zůstanou aktivní i v pozdějším věku, optimálnímu vývoji „překážejí“ (zde můžeme zájemce odkázat na publikaci Marji Volemanové s názvem „Přetrvávající primární reflexy“).

Dle některých autorů lateralizace (tj. přednostní užívání jednoho párového orgánu) je znakem zralosti centrální nervové soustavy. Jak uvádí Zelinková (2008, s. 185), „není-li lateralizace dokončena v předškolním věku, může být považována za jeden z faktorů poukazujících na riziko dyslexie.“ Lateralitu ruky můžeme dělit na praváctví, leváctví a ambidextrii (obourukost). Ve vztahu ke SPU jde o to, aby dítě začalo používat při psaní dominantní ruku.

3.2 Poznávací procesy a jejich souvislost se školními dovednostmi

Dříve, než přikročíme k vymezení jednotlivých specifických poruch učení a budeme se zabývat jejich projevy, je potřeba si uvědomit, které funkce či procesy je nutné si osvojit pro zvládnutí školních dovedností, jako jsou dovednosti číst, psát i počítat. Je také vzít v úvahu, že dozrávání jednotlivých poznávacích procesů je individuální.

Na prvním místě je třeba zmínit **řeč**. Úroveň mluvy je ovlivněna slovní zásobou, výslovností, rychlostí vybavování slov či ovládnutím gramatických pravidel. Opožděný vývoj řeči se pak odráží v technice čtení, rychlosti čtení, v porozumění přečteného textu a také v psaném projevu (Zelinková 2008, s. 51).

Další oblastí, v níž se často projevuje oslabení, je **sluchové vnímání**, přičemž nemáme na mysli poruchu sluchu ve smyslu nedoslýchavosti. Jedinec s oslabeným sluchovým vnímáním mívá obtíže s určováním hláskové stavby slov, s analýzou slov na slabiky a hlásky a naopak se syntézou hlásek do slov a slabik. Obtížně diferencuje hlásky, které jsou si podobné, mívá obtíž rozeznat délku zvuku či hlásky. To se pak promítá do psaného projevu, ale i při vnímání a reprodukci hudby. V rámci sluchového vnímání je také vhodné se zaměřit na rozvoj rytmizace a schopnost rýmování.

Nedostatečný vývoj **zrakového vnímání** se projevuje obdobným způsobem jako sluchové vnímání, avšak v rovině vizuální. Jedinec má obtíže rozeznat tvary podobné. Typickým problémem jsou tvary osově otočené, které jedinec často vnímá jako stejné. Obtížně rozkládá slova na slabiky či písmena a skládá písmena do slabik a slov. Může mít obtíže vyhledat detaily na obrázku, postřehnout celý obraz komplexně.

Paměť krátkodobá umožní uložit informaci bezprostředně po vnímání a v krátkém intervalu si ji opět vybavit. Tento typ paměti bývá u jedinců se SPU často oslaben. Pro naše účely je podstatné zmínit paměť sluchovou, zrakovou či kinestetickou, které se váží ke SPU. Obtíže se sluchovou pamětí mohou nastat zejména tam, kde jedinec si má zapamatovat slovní pokyny nebo pracuje na cvičeních bez zrakové opory. Na vysoké škole může být obtíž se zápisem poznámek z přednášek, které nejsou doplněné vizuální oporou (např. prezentací). Obtíže v krátkodobé zrakové paměti se mohou vyskytovat při pomalém a nepřesném opisu textu, při zapamatování čteného textu nebo při vyhledávání informací pouze prostřednictvím zraku. Kinestetická paměť často souvisí s dyspraxií. Jedinec mívá obtíže si zapamatovat

soustavu dílčích pohybů, které vedou k vykonání určité třeba i jednoduché motorické činnosti (např. odemknutí zámku, zavázání tkaniček).

Další z oslabených oblastí bývá **prostorová a pravolevá orientace**. Jedinci obvykle činí obtíž orientace na ploše i v prostoru, rozlišení vpravo a vlevo, nahoře a dole, vpředu a vzadu. S touto funkcí souvisí i odhad velikosti, vzdálenosti, objemu, hloubky atp. Jedinec s tímto oslabením může mít obtíže v matematice (orientace na číselné ose, geometrie), v orientaci na mapě (zeměpis, dějepis), v textu (přeskakování řádků, slov, zápis textu, matematických operací) aj. S touto oslabenou funkcí se můžeme často setkat u jedinců s dysgrafií, dyskalkulií či dyspraxií, ale nejen u nich. S prostorovou orientací úzce souvisí vnímání a **orientace na vlastním těle**, což je důležité pro zvládnutí pohybů, pro pohyb v prostoru a ovládání předmětů. Probíhá na základě zkušeností dítěte s vnějším světem, kdy se u dítěte vytváří představa o vedení pohybu.

Orientace v čase se rozvíjí přirozeně každodenním užíváním časových pojmů. Oslabení v této funkci se projevuje obtížemi ve zvládnutí časových údajů (roční období, dny v týdnu, měsíce v roce, znalost hodin a určování času). S touto funkcí souvisí také funkce **posloupnosti** (seriality), která umožňuje vnímání času před – po v rámci určitých dějových událostí, umožňuje dodržování určitého pořadí, které má svá pevná pravidla a řád (číselná osa, pořadí písmen ve slově, dodržení postupů vedoucích k žádanému výsledku). Obtíže v posloupnosti mohou negativně ovlivňovat i organizaci času a práce jedince se SPU.

Deficit se může také objevit v **motorické oblasti**, ať již v hrubé či jemné motorice. Pro čtení a psaní je důležitá mikromotorika očních pohybů, které umožňují plynulý pohyb očima po řádku. Při psaní hraje motorika zásadní roli a bývá u jedinců s dysgrafií značně oslabena. Stejně tak se s oslabením motorických dovedností setkáme u jedinců s dyspraxií.

Jako další obtíž se uvádí nedostatky v procesu **automatizace** u jednotlivých dílčích funkcí i automatizace určitých postupů (při čtení, matematice, pohybových činnostech). Jednotlivé dílčí funkce musí mezi sebou kooperovat, na sebe navazovat a vhodně se doplňovat, aby byla určitá činnost zdárně vykonána. Tyto „organizační záležitosti“ má na starosti funkce **intermodality**. Zajišťuje například, aby k viděnému písmenu byla přiřazena správná hláska nebo aby zraková představa písmena byla správně přenesena do písemné podoby (Zelinková 2003; Zelinková 2008; Jucovičová, Žáčková 2023; Krejčová, Bodnárová 2018).

Harmonický rozvoj a plynulé dozrávání výše uvedených dílčích funkcí jsou potřebné pro získání komplexnějších dovedností, jakými jsou čtení, psaní či počítání. Deficity (resp. oslabení), které se projeví v dílčích funkcích, mohou být jednou z příčin vzniku specifických poruch učení (Valenta, aj. 2020). Graichen (in Valenta, aj. 2020, s. 11) vymezuje **deficity dílčích funkcí** jako „*snížení výkonu jednotlivých faktorů nebo prvků v rámci většího funkčního systému, který je nezbytný ke zvládnutí určitých komplexních procesů adaptace.*“ Jedná se sice o dílčí složky procesu poznávání, které ale mohou mít dopad na celkové učení žáka.

3.3 Projevy jedinců se specifickými poruchami učení

Tak, jako nejsou jednotné definice, nejsou ani u všech jedinců se specifickými poruchami učení stejné projevy. Nejenže se liší projevy u jednotlivých typů specifických poruch učení, ale liší se i v rámci nich. Nelze také předpokládat, že určitý typ poruchy se bude promítat výhradně do jedné oblasti, např. dyslexie se nebude týkat pouze a výhradně dovednosti číst. Projevy konkrétního jedince jsou dány skladbou jeho silně rozvinutých schopností a jeho deficitů v určitých konkrétních oblastech (viz předchozí kapitola). To tvoří zcela jedinečnou skladbu předpokladů každého jedince pro zvládnutí školních dovedností i následně pro jeho profesní směřování, uplatnění či životní úspěšnost. Nelze však opominout vliv dalších faktorů, které se budou na míře projevů specifických poruch učení podílet. Máme na mysli zejména osobnost daného jedince a jeho schopnost vyrovnat se se zátěžovými situacemi, přiměřené množství podnětů, které umožní optimální rozvoj jedince, vliv prostředí, ať již rodinného, které by mělo jedinci poskytnout bezpečné zázemí, anebo školního, vrstevnického, pracovního...

3.3.1 Dyslexie

Dyslexii můžeme definovat jako specifickou poruchu čtení. Dle MKN-10 (kód F81.0) se jedná o „specifickou a výraznou poruchu ve vývoji schopnosti číst, která není způsobena pouze mentálním věkem, problémy ostrosti zraku nebo nedostačující výukou.“ MKN-11 (kód 6A03.0) je již přesnější ve stanovených kritériích a uvádí že, vývojová porucha učení s poruchou čtení (jak je dyslexie nazývána) „je charakterizována významnými a přetrvávajícími obtížemi při osvojování akademických dovedností, které se týkají čtení, jako je přesnost čtení slov, plynulost čtení a čtení s porozuměním. Výkon jedince ve čtení je výrazně nižší vzhledem k biologickému věku a obecné úrovni intelektových funkcí a vede k významnému narušení akademického nebo profesního fungování jednotlivce. Vývojová porucha učení se poprvé projevuje, když se v raném školním věku vyučují akademické dovednosti. Vývojová porucha učení s poruchou čtení není způsobena poruchou vývoje intelektu, smyslovým postižením (zraku nebo sluchu), neurologickou nebo motorickou poruchou, nedostatečnou dostupností vzdělání, nedostatečnou znalostí jazyka akademické výuky nebo psychosociálními překážkami.“

Z výše uvedené definice vyplývá, že oblast potíží při dyslexii směřuje k:

- přesnosti čtení, což souvisí s chybovostí při čtení,
- plynulosti čtení, která souvisí s technikou čtení, kterou jedinec používá,
- porozumění čtenému textu.

Na začátku je potřeba si uvědomit, že pomalé čtení, zvýšená chybovost, ztrácení se v textu, neplynulosti nebo překotnost ve čtení, se vyskytuje v prvních fázích učení téměř u všech jedinců. Na rozdíl od ostatních však u jedinců s dyslexií tyto obtíže dlouhodobě přetrvávají a běžné výukové metody obvykle na jejich odstranění nestačí.

Pokud se tedy zaměříme na první oblast, kterou je **chybovost při čtení** u jedince s dyslexií, můžeme si všimnout typických chyb provázejících dyslexii, jako je např. záměna podobných písmen (p-b-d, a-e, m-n) nebo slov s podobnými hláskami (t-d, š-ž), vynechávání či přidávání písmen do slov, nesprávná diakritika (mává – máva), přesmykování slabik (kolotoč – lokotoč). Jedinec mívá obtíže dodržet pořadí slov ve větách či písmen ve slovech nebo slova domýšlí. Vlivem percepčního očekávání může jedinec zaměňovat slova tvarem obdobná, ale významem rozdílná (obdobný – ozdobný).

Druhou oblastí je **plynulost čtení**. Má-li být čtení plynulé, je třeba, aby čtenář přecházel od jedné slabiky či slova plynule k druhému bez nutnosti luštit písmena, vracet se na začátek slova apod. Plynulost čtení může negativně ovlivňovat zvýšená chybovost, kdy se čtenář vrací a opravuje se (je-li schopen sluchové nebo kontextové kontroly čteného), přetrvávající slabikování, zvolená technika čtení (např. dvojí čtení je dobře rozpoznatelné právě na plynulosti čteného projevu) nebo rychlost čtení, která není přiměřená čtenářským dovednostem jedince.

Přesnost čtení, jeho plynulost a určitá rychlost ve čtení vedou k **porozumění čtenému textu**. Zde má také vliv slovní zásoba jedince, obtížnost textu, znalost tématu, o němž čte, motivace a další faktory. Můžeme se setkat s tím, že žák má obtíže v interpretaci přečteného textu, kdy potřebuje návodné otázky, interpretace může být chaotická, útržkovitá, zaměřená pouze na začátek nebo konec textu (Zelinková 2003; Jucovičová, Žáčková 2023; Krejčová, Bodnárová 2018).

Jucovičová s Žáčkovou (2023, s. 18, 19) upozorňují na důležitost **správné techniky čtení**. Při výuce čtení analyticko-syntetickou metodou může dojít k tzv. dvojímu čtení, kdy jedinec si přečte slovo nejprve potichu pro sebe (ko-leč-ko) a teprve potom jej vysloví nahlas (kolečko). Navenek se takové čtení projevuje neplynulostí s velkými přestávkami mezi slovy. Žáka je třeba v tomto případě vést k tomu, aby slabiky vyslovoval hlasitě okamžitě po přečtení. Pokud přetrvává chybná technika čtení, se zvyšující se náročností textu dochází ke zpomalování čtení a tím i ke snížení porozumění textu. Obtíže mohou vznikat i u výuky genetickou metodou, kdy si žáci z důvodu zhoršené krátkodobé paměti obtížně pamatují delší slova (k-o-t-r-m-e-l-e-c). Někdy je z tohoto důvodu potřeba přejít na analyticko-syntetickou metodu čtení.

3.3.2 Dysgrafie

Dysgrafie je dle MKN-11 (kód 6A03.1) nazývána jako vývojová porucha učení s poruchou písemného projevu a je charakterizována *„významnými a přetrvávajícími obtížemi při osvojování akademických dovedností, které se týkají psaní, jako je přesnost pravopisu, gramatiky a interpunkce a organizace a soudržnosti myšlenek při psaní. Výkon jedince v písemném projevu je výrazně nižší vzhledem k biologickému věku a obecné úrovni intelektových funkcí a vede k významnému narušení akademického nebo profesního fungování jednotlivce.“* Stejně jako u dyslexie je upozorněno, že se projevuje v raném

školním věku při výuce této dovednosti. Není způsobena nižším intelektem, smyslovým postižením, neurologickou nebo motorickou poruchou, nepodnětným prostředím ani jinými psychosociálními překážkami (MKN-11). Jak vidíme, podle této definice, která souhrnně zahrnuje obtíže v písemném projevu, dysgrafie i dysortografie spadají do jedné diagnostické kategorie. Dále se pokusíme obě poruchy od sebe odlišit, i když se často mohou vyskytovat u jedince společně.

Jak je z výše uvedeného zřejmé, dysgrafie se bude projevovat zejména v písemném projevu. Písemný projev jedince s dysgrafií vykazuje určitá specifika, jako je například plynulost písemného projevu (nedokonalé napojování písmen a prvků písmen), úprava textu (nedodržování sloupců, okrajů), přítlak na psací náčiní (nerovnoměrný, příliš silný), pomalé tempo psaní a celkově snížená kvalita písemného projevu (nedodržování velikosti písma, sklonu, snížená čitelnost). Jedinec mívá obtíž přenést svou představu tvaru do písemné podoby. Příčinou těchto potíží velmi často bývá snížená úroveň motoriky (zejména grafomotoriky) včetně zvýšeného svalového napětí, které jen s obtížemi umožní ruku při psaní uvolnit, obtíže ve zrakovém vnímání a prostorové orientaci, obtíže ve zrakové paměti, kdy jedinec si nedokáže vybavit tvar písmene či znázorňovaného objektu (záměna podobných písmen nebo číslic). Ke kvalitnímu psanému projevu je také nutná senzomotorická koordinace, resp. vizuomotorická koordinace. U jedinců s dysgrafií si často můžeme všimnout i nesprávného sezení u psaní. Ve snaze podat co nejlepší výkon se žák často příliš sklání nad papírem, různě se naklání, nemá položené obě nohy chodidly na zemi. Žák může mít obtíže s plynulým posunem ruky při psaní.

Je třeba si uvědomit, že uvedené obtíže se obvykle promítají nejen do psaní, ale také do geometrie, výtvarných a pracovních činností, oslabená motorika může způsobit neobratnost ať již na úrovni jemné motoriky či celého těla. Tempo psaní se po delší době ještě více zpomaluje, obvykle dochází i ke zvýšené chybovosti a celkovému zhoršení kvality psaní. Obdobný účinek mívá i požadování rychlejšího tempa práce. Ve vyšších ročnících žáci často volí tiskací písmo, které je pro psaní snazší, je oddělované a jeho tvary se žákům píší snadněji (Zelinková 2003; Jucovičová, Žáčková 2023; Krejčová, Bodnářová 2018).

3.3.3 Dysortografie

Jak uvádí Zelinková (2003, s. 43), dysortografie „*postihuje pravopis ve dvou oblastech. Projevuje se zvýšeným počtem specifických dysortografických chyb a kromě toho obtížemi v osvojování gramatického učiva a aplikaci gramatických jevů.*“ Ke specifickým chybám při dysortografii řadíme vynechávání či přidávání písmen ve slovech, nedodržování hranic slov (psaní slov dohromady, nejčastěji s předložkami: nakole, dámesi), záměny podobných hlásek nebo slabik (typické jsou záměny di-dy, ti-ty, ni-ny, dě-de, tě-te, ně-ne), nedodržování délky samohlásek. Z výše uvedeného výčtu je zřejmé, že se tyto chyby váží k oslabenému sluchovému vnímání. Obvykle však není porušena pouze tato funkce, ale mohou se přidat i obtíže s koncentrací pozornosti, deficity v dalších oblastech či snížený jazykový cit.

„Jazykový cit je schopnost dítěte více či méně přesně zvládat gramatická pravidla jazyka bez jejich teoretického osvojení“ (Žlab in Michalová 2016).

Druhou oblastí bývají gramatické chyby, které nevznikají neznalostí gramatických pravidel, ale obtížemi v jejich aplikaci a praktickém použití při písemném projevu. Žák často píše slova tak, jak je slyší, a pokud je sluchová percepce narušena, píše je s chybami. Má obtíže zachytit diktované slovo, odlišit jej od jiných, provést jeho analýzu (rozklad na písmena), převést ho do písemné podoby při současné aplikaci příslušné gramatiky. U žáka by měl být pravidelně porovnáván ústní a písemný výkon, kdy větší a opakovaný rozdíl může ukazovat právě na dysortografii (Zelinková 2003; Jucovičová, Žáčková 2023; Krejčová, Bodnárová 2018). Jsou i žáci, kteří nedokáží své chyby vyhledat a opravit. Důvodem může být dle Jucovičové a Žáčkové (2023, s. 27) percepční očekávání, kdy žák očekává, že se v pravopisu nemylí, a své chyby tedy nevnímá.

3.3.4 Dyskalkulie

„Vývojová porucha učení s postižením v matematice je charakterizována významnými a přetrvávajícími obtížemi při osvojování akademických dovedností, které se týkají matematiky nebo aritmetiky, jako je význam čísel, zapamatování číselných údajů, přesný výpočet, plynulý výpočet a přesné matematické uvažování.“ Obdobně jako u jiných typů SPU je výkon jedince s dyskalkulií výrazně nižší vzhledem k jeho věku a intelektovým schopnostem a vede k významnému narušení akademického nebo profesního fungování daného jedince (MNK-11, kód 6A03.2).

„Často bývají porušeny již základy, na nichž výuka matematiky staví, tzv. předčíselné představy“, jak upozorňuje Jucovičová a Žáčková (2023, s. 28). Máme na mysli zejména osvojení pojmosloví, které se ve výuce matematiky využívá (více, větší než, nejmenší, před, žádný), a porozumění pojmu číslo jako označení určitého množství (rozdíl mezi číslem 2 a označením pořadí jako „druhý“) včetně pochopení stálosti počtu při různém prostorovém rozmístění prvků. Dále jsou potřebné dovednosti třídění dle určitého kritéria (velikosti, váhy, výšky), řazení, kdy tvoříme řady např. od nejmenšího prvku po největší nebo obráceně, porovnání (trojúhelníků je více než čtverců, odlišení geometrických obrazců, rozdílných obrázků), odpočítávání prvků, což jsou všechno dovednosti, které by měly být osvojeny a zautomatizovány během předškolního období formou hry a běžných životních situací (Zelinková 2008, Novák 2004).

Specifické chyby při dyskalkulii se vyskytují v oblasti nerozpoznávání či záměny jednotlivých číslic v číslech (19 a 90), nepropojení číslice s pojmem množství, v nedokonalé představě číselné řady a orientace na ní, obtížích v plynulosti počítání, velké chybovosti při počítání z důvodu chybného pochopení či provedení matematických operací. Dyskalkulické obtíže se mohou projevovat i v písemné formě při zápisu čísel, při pochopení a znázorňování vztahů mezi čísly, ve slovních úlohách, v geometrii, při orientaci v čase a prostoru (odhad vzdáleností, rychlosti) aj. (Jucovičová, Žáčková 2023).

V souladu s vývojovými stádii dítěte můžeme i dyskalkulii členit do několika typů, které respektují přirozený rozvoj rozumových a tím i matematických schopností dítěte. Následující členění uvádí např. Novák (2004), Blažková, a kol. (2000), ale i další autoři.

Praktognostická dyskalkulie

Tento typ dyskalkulie zasahuje již předmatematické dovednosti dítěte a jeho projevy můžeme zaznamenat již v předškolním věku či na samém počátku školní docházky. Jde o obtíže týkající se již manipulace s předměty nebo jejich symboly (přiřazování, seskupování, poznávání tvarů, párování). Z tohoto důvodu jedinec nechápe význam čísla a ani smysl početních operací.

Verbální dyskalkulie

Jde o obtíže se slovním označováním množství, se správným a přesným pochopením významu matematického pojmosloví. Dítě může mít např. potíže vyjmenovat číselnou řadu vzestupně či sestupně, nejasně rozumí verbálně obdobným výrazům, ale obsahově zcela rozdílným (o dvě více, dvakrát více).

Lexická dyskalkulie

Obtíže u tohoto typu dyskalkulie činí čtení číslic a čísel (103 – 130, 1005 – 105, 9 – 6, 25 – 52) či operačních znaků ($+$ $-$ $:$ \geq), kdy se projevují přesmyčky, vynechávání číslic či jejich záměny. Obvykle se obtíže projevují spíše u vícemístných čísel. Může zde být i vliv deficitu pravolevé orientace.

Grafická dyskalkulie

Jedinec mívá obtíže se zápisem číslic a čísel, operačních znaků, znázorněním geometrických tvarů. Těžiště obtíží spočívá spíše ve psaném projevu, pokud jsou početní operace prováděny písemně (je třeba dodržet přesné místo pro zaznamenání výsledku, psaní příkladu pod sebe).

Operacionální dyskalkulie (někdy označovaná také jako operační)

U tohoto typu dyskalkulie je narušena schopnost provádět matematické operace, ať již z paměti nebo písemně. Na první pohled jsou viditelné tendence nahrazovat složitější operace jednoduššími (násobení kumulovaným sčítáním), uchýlování se ke znázorňování a písemnému řešení i velmi jednoduchých příkladů, neautomatizované sčítání, odčítání, násobení a dělení, potíže v úlohách, kde je třeba využít více matematických operací či určitý algoritmus k vyřešení úlohy.

Ideognostická dyskalkulie

Při tomto typu dyskalkulie je zasažena oblast pochopení matematických vztahů, oblast matematického úsudku (např. když od čísla 85 odečítáme jiné kladné číslo, výsledkem

nemůže být číslo větší než 85), je opožděn vzhled do řešení matematických (tzv. slovních) úloh, jedinec si nedokáže představit postup vedoucí ke správnému výsledku, nedokáže aplikovat naučené matematické operace ve správných vztazích a ve správném pořadí (Novák 2004).

Žák s dyskalkulií často získává negativní vztah k matematice, jelikož zadaným úlohám neporozumí, nemá dostatečně osvojené základy nebo matematické postupy, takže si nevybaví potřebné dovednosti rychle a s jistotou, není schopen pracovat pod časovým limitem, jeho výkon obvykle neodpovídá úsilí, které do řešení úlohy vloží (Jucovičová, Žáčková 2023, s. 29).

3.3.5 Dyspraxie

Obvykle se dyspraxie řadí mezi specifické poruchy učení (např. Zelinková (2017, s. 59) řadí dyspraxii mezi neverbální poruchy učení), nicméně podle Mezinárodní klasifikace 10. i 11. revize je dyspraxie samostatnou diagnostickou kategorií. V MKN-10 ji nalezneme pod názvem „specifická vývojová porucha motorických funkcí“ (kód F82) a v nově připravované MKN-11 jako „vývojovou poruchu motorické koordinace“ (kód 6A04).

„Vývojová porucha motorické koordinace je charakterizována významným opožděním v získávání hrubých a jemných motorických dovedností a postižením při provádění koordinované motoriky, které se projevuje neohrabaností, pomalostí nebo nepřesností motorické akce. Koordinované motorické dovednosti jsou výrazně pod očekáváním vzhledem k biologickému věku a úrovni intelektových funkcí jedince. Počátek potíží schopností motorické koordinace se objevuje během vývojového období a je typicky patrný od raného dětství. Obtíže s motorickou koordinací způsobují významná a trvalá omezení ve fungování (např. při činnostech každodenního života, školní práci a volnočasových aktivitách). Potíže s motorickou koordinací nelze připsat pouze onemocnění nervového systému, onemocnění pohybového aparátu nebo poškození pojivové tkáně, smyslovému postižení a nelze je lépe vysvětlit poruchou vývoje intelektu“ (MKN-11, kód 6A04).

Za konkrétní obtíže plynoucí z dyspraxie můžeme uvést potíže v sebeobsluze (hygiena, stravování, oblékání) i lokomoci (nepřesné pohyby častěji zapříčiní pád, srážku s předmětem či jinou osobou, neodhadnutí vzdálenosti či hloubky), při volnočasových aktivitách (hry, sport, manuální tvoření), pracovním uplatnění (veškeré manuální činnosti, činnosti vyžadující hbitost, přesnost pohybů těla), školním prostředím (tělesná výchova, výtvarná výchova, psaní, neuspořádanost pracovního místa). Někdy se mohou obtíže objevit již po narození, jindy až v průběhu raného vývoje dítěte. Dyspraxie může postihovat jemnou motoriku, hrubou motoriku nebo obojí. Zároveň se mohou objevit i obtíže s řečí (Zelinková 2017).

Abychom mohli určitou činnost vykonat, je potřeba znát, co máme udělat (vytvoření přesné představy pohybu), dále vědět, jak to uděláme (schopnost rozplánovat si činnost do dílčích pohybových úkonů) a poté plánovanou činnost uskutečnit (Zelinková 2017, s. 15). Jedinec

s dyspraxií může mít obtíže v kterékoli z výše uvedených fází. Jak uvádí Zelinková (2017), dyspraxie se neprojevuje pouze v pohybových aktivitách, ale narušuje celkový vývoj osobnosti jedince včetně socializace. Jedinec se učí pohybové činnosti pomaleji a ve vyšším věku, s daleko větším počtem neúspěšných pokusů, které mohou vést ke ztrátě motivace. Posléze si dítě začne uvědomovat svoji odlišnost, setkává se s kritikou svého chování, často se jeho neobratnost a nešikovnost stává i důvodem posměchu okolí.

3.4 Diagnostika specifických poruch učení

Jak už vyplývá z definice specifických poruch učení dle MKN-11 (kód 6A03), „*vývojová porucha učení se poprvé projeví, když se v raném školním věku vyučují akademické dovednosti.*“ Z toho je zřejmé, že diagnostikovat specifickou poruchu učení můžeme až ve věku, kdy dítě se učí čtení, psaní a počítání (dále budeme používat souhrnný termín školní dovednosti).

Vzhledem k nejednotnosti diagnostických kritérií nelze přesně určit výskyt SPU. Obvykle se uvádí rozpětí od 3 do 15 % populace, přičemž výskyt se v různých zemích liší. Co můžeme říci s určitostí, je to, že skupina žáků se SPU tvoří nejpočetnější skupinu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Například z údajů Českého statistického úřadu vyplývá, že ve školním roce 2021/2022 bylo na základních školách necelých 43 % žáků se specifickými poruchami učení z celkového počtu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (ČSÚ 2022, s. 36). Přitom žáků, kteří využívají školy zřízené dle § 16 odst. 9 pro žáky se SPUCH, je zanedbatelný počet. Většina žáků se vzdělává v hlavním vzdělávacím proudu a navštěvuje školy od mateřských až po vysoké.

Michalová (2016) upozorňuje na to, že SPU je nutné vnímat jako multifaktoriální postižení. Vliv má také osobnost člověka či prostředí, v němž žije. Každý z faktorů může projevy postižení zvýrazňovat nebo mírnit.

3.4.1 Předškolní období

Z předchozího textu již víme, že podkladem pro vznik SPU jsou deficity v jedné nebo více funkcích (viz kap. 3.2). Tyto funkce a určitá minimální úroveň jejich rozvoje jsou nezbytné pro zvládnutí školních dovedností. U dítěte v předškolním věku nemůžeme konstatovat, že se u něj projevuje specifická porucha učení. V tomto věku se jednotlivé funkce pro získání školních dovedností teprve utvářejí.

Cílem diagnostiky by tedy mělo být **odhalení rizika**, tj. podezření, že se ve školním věku může specifická porucha učení objevit. Tyto informace by měly být dány do souvislostí s dalšími skutečnostmi týkajícími se konkrétního dítěte. Cílená podpora dítěte by měla směřovat do oblastí, v nichž se oslabení projevuje, a dále by měla být zaměřena i na silné stránky dítěte, které mu budou vytvářet možnost kompenzace také v pozdějším období (možnost volnočasového vyžití, sociálního začlenění, kompenzace projevů SPU). Je třeba si uvědomit,

že podpora dítěte by měla být zahájena včas, tedy již v předškolním období, a citlivě, aby nedocházelo k nežádoucímu vyčleňování dítěte a pocitu odlišnosti. Nelze říci, že specifická porucha učení se ve školním věku i přes včasnou optimální podporu neprojeví. Nicméně projevy u SPU, kde proběhla reedukace deficitů v dílčích funkcích v předškolním věku, budou mít menší dopady na zvládnutí školních dovedností (Zelinková 2017).

3.4.2 Diagnostika specifických poruch učení ve školním období

Ve školním období, kdy žák nastupuje povinnou školní docházkou, se předpokládá, že disponuje základními dovednostmi a funkcemi, které mu umožní bezproblémové zvládnutí psaní, čtení, gramatiky a počítání. Z předchozích kapitol už víme, že tyto předpoklady nemusí být u všech dětí v potřebné míře rozvinuty. Na počátku školní docházky určité vývojové odchylky mohou, ale i nemusí být signálem rizika specifických poruch učení. Může se také jednat o adaptační potíže, které postupem času odezní.

Důležitým podkladem pro rozpoznání obtíží žáka je tedy **pedagogická diagnostika**, která může vést ke včasnému odhalení obtíží a rychlému nastolení intervenčních opatření. Výhodou pro pedagoga je možnost dlouhodobého sledování žáka, možnost rozboru jeho prací a opakovaného pozorování při školní práci. Z pedagogického hlediska nás bude zajímat charakter obtíží, jejich intenzita, četnost, doba trvání, realizovaná opatření a jejich efekt na učení žáka. To vše je ale třeba dát do souvislostí s individualitou žáka, jeho domácí přípravou, sociálním zapojením, způsobem komunikace, řešením různých situací ve škole apod. Je třeba si uvědomit, že školní neúspěch nemívá pouze jedinou příčinu. Pro diagnostiku bude podstatná i úspěšnost žáka v jiných oblastech, postoj žáka ke školní práci, jeho motivace aj. (Jucovičová, Žáčková 2023).

Na specifické poruchy učení mohou pedagoga upozornit disproporce mezi výkonem v různých vyučovacích předmětech, resp. v různých typech úkolů. Podkladem bývá uvědomění, že žák podává oslabený či nerovnoměrný výkon, přičemž se nejedná o nižší intelekt. Dalším impulzem může být, když pedagog zjistí, jakým způsobem probíhá domácí příprava (pravidelnost, délka přípravy), a přestože je kvalitní, efekt se nedostavuje. Následujícím krokem může být zaměření se na chybovost, zda se jedná o typické chyby vyplývající ze SPU (viz kapitola 3.3) (Jucovičová, Žáčková 2023).

Pedagogická diagnostika může dále sloužit jako podklad pro **odbornou pedagogicko-psychologickou diagnostiku**, kterou provádí již školská poradenská zařízení (u žáků se SPU nejčastěji pedagogicko-psychologické poradny). Pokud na škole působí školní speciální pedagog, může být oporou učitelů, žákovi i rodičům při diagnostice i následné reedukační péči. Obvykle závěr stanovující specifickou poruchu učení nebývá vysloven dříve než ve 2. ročníku základní školy.

3.5 Doporučené přístupy a reedukační metody u osob se specifickou poruchou učení

V této kapitole se seznámíme v obecnější rovině s doporučovanými přístupy k jedincům se SPU a jen rámcově nastíníme možnosti reedukace. U přístupů k jedincům se specifickými poruchami učení je nutná individualizace. Vyplývá to z různorodosti projevů, které se u jednotlivých osob mohou projevovat, jejich kombinace, závažnosti a rozdílných příčin. Při reedukaci by se nemělo zapomínat ani na rozvoj jednotlivých dílčích funkcí, které jsou v oslabení.

Vzhledem k tomu, že projevy specifických poruch učení jsou závislé na jejich příčinách, je nutné při překonávání obtíží souvisejících se SPU se věnovat i podkladu, z něhož projevy SPU vznikají. Brigitte Sindelarová se soustřeďuje na rozvoj dílčích funkcí, které se váží zejména k percepci a intermodálním vztahům. Feuerstein uvažuje nejen o oblasti vnímání, kde vidí příčinu SPU, ale také jde o oblast zpracování informací a jejich prezentace tak, aby se jedinec efektivně a úspěšně adaptoval na nové situace, s nimiž se v životě setkává (Pokorná 2010, s. 187).

3.5.1 Předškolní období

V předškolním věku o reedukaci specifických poruch učení v pravém slova smyslu ještě nemůžeme uvažovat, jelikož diagnostika SPU může proběhnout až ve školním věku. Přesto je možné a žádoucí se již v tomto věku zaměřovat na oblasti, které jsou potřebné pro učení se školním dovednostem. Většina těchto oblastí je rozvíjena zcela spontánně formou hry či reálnými životními situacemi ať již v rodině nebo v mateřské škole. Máme na mysli například učení se básniček a písniček, rýmování, rozvíjení řeči, rytmizace (vytleskávání, rozpočítadla, rytmus spojený s pohybem), pohybové (houpání, přeskokování, přelézání) a manuální činnosti (navlékání, přebírání, stavění mozaiky nebo stavebnice, modelování, sebeobsluha, samostatné stolování) včetně grafomotorických aktivit (kreslení, vybarvování, obtahování), vyprávění a čtení příběhů či pohádek, samostatná hra s vrstevníky, deskové hry (Člověče, nezlob se!, Pexeso, Domino) aj. Některé děti již před nástupem do školy projevují přirozený zájem o písmena nebo číslice a naučí se číst či počítat zcela samy.

V předškolním věku je důležité, aby podněty, které dětem nabízíme, byly různorodé a vedly k jejich všeobecnému rozvoji. V rámci prevence rozvoje specifických poruch učení se doporučuje rozvíjet všechny oblasti (viz kap. 3.2), které jsou pro nácvik školních dovedností podstatné.

3.5.2 Přístupy v období školní docházky

Obecně se doporučuje u žáků se SPU pracovat spíše v kratších časových úsecích, střídat činnosti, postupovat pomaleji s pomalým zvyšováním obtížnosti úkolů, ponechat dostatek času na práci, oceňovat i dílčí úspěchy a snahu žáka, využívat jeho zájem a motivaci k práci,

používat názornosti. Je potřeba neočekávat rychlý postup a perfektní zvládnutí dovednosti ovlivněné SPU. Při výuce ve škole i domácí přípravě je vhodné se držet postupů a doporučení ze školského poradenského zařízení a jejich uplatňování by mělo být ve škole i doma jednotné.

Jak doporučuje Babbie a Emerson (2018, s. 73), efektivní učení začíná přesnou diagnostikou. Potřebujeme znát, co žák umí, co mu dělá obtíže, jakým způsobem přemýšlí a učí se. Na tomto základě je potřeba stanovit jasné cíle, čeho by dítě mělo dosáhnout a v jakém přibližném časovém horizontu. Následuje stanovení plánu či postupu, jak tyto cíle budou naplněny. Dítě vždy začíná na úrovni, na níž si je jisté a kdy učivo dobře zvládá, a postupně a pomalu přechází k učivu náročnějšímu.

I když se nám nepodaří projevy SPU zcela odstranit a u dítěte i nadále po dlouhodobé reedukaci přetrvávají určité obtíže, je potřeba zabránit psychosociálním důsledkům (pocity méněcennosti, vyhýbání se určitým aktivitám), jak upozorňuje Zelinková (2017, s. 69, 70). Dítě učíme postupně překonávat překážky a učíme ho žít s tím, co se překonat nedaří. Dítě by mělo mít možnost realizovat aktivity, v nichž bude úspěšné. Měli bychom mu „vytvořit takové životní podmínky, aby se vyvíjelo v souladu se svými životními možnostmi“ (Zelinková 2017, s. 70).

Dyslexie

„Bez čtení se ještě nikdo číst nenaučil, to je známá pravda. Jenže. Jestliže dítě zažívá opakovaně neúspěch, neboť se čtení nedaří, ..., pak je i k tomu potřeba přistupovat s mírou a rozumně“ (Krejčová, aj. 2018, s. 82). Je třeba, aby si dítě vytvořilo ke knihám a čtení vztah a to nikoli negativní. Krejčová, a kol. (2018) doporučují pro rodiče, kteří mají dítě s dyslexií, následující. Je dobré dítěti číst, chodit s ním do knihovny, společně vybírat knihy ke čtení, respektovat zájem dítěte o určitá témata. Doba na čtení by neměla denně přesáhnout 10 minut. Tento čas lze dělit i do menších časových úseků. Jucovičová s Žáčkovou (2023) doplňují, že je potřeba omezit hlasité čtení žáka před třídou, aby nedocházelo k negativním reakcím spolužáků. Také je důležitá pravidelnost a pracovat, kdy dítě není unavené.

Při výuce čtení u žáků s dyslexií je potřeba se zaměřit na všechny oblasti potíží. Je tedy dobré vhodně zvolit reedukační metody, nastavit techniku čtení, s cílem snížit chybovost a dojít k plynulému čtení. Dále je třeba se zaměřit na rozvoj slovní zásoby, která se úzce pojí s porozuměním čteného textu. Tuto oblast můžeme dále podporovat pomocí otevřených otázek vztahujících se k textu, nechávat číst kratší úseky, průběžně si dělat poznámky, doplnění ilustracemi. Existují i speciální čítanky, které přímo pracují s porozuměním textu, nebo lze text pro konkrétního žáka předem připravit a upravit. To vše by mělo směřovat k tomu, aby text byl pro žáka přiměřeně náročný a zadaný úkol mohl být žákem splněn. Je také možnost využívat speciální počítačové programy pro usnadnění čtení, audioknihy či obyčejnou záložku. Je třeba si uvědomit, že dyslexie se může projevovat i v matematice, např. při řešení slovních úloh, správnosti zápisu početního příkladu či při porozumění zadání úlohy (Jucovičová, Žáčková 2023).

Dysgrafie

Dysgrafie se ve škole projevuje zejména v psaní. Je potřeba, aby žák psaní praktikoval, ale v přiměřeném rozsahu a náročnosti, v době, kdy není unavený. I zde je nutná pravidelnost a dlouhodobá práce, aby dovednost byla dobře zautomatizována, jak upozorňuje Krejčová, a kol. (2018). Přístup ve škole i při domácí přípravě by měl být ve vzájemném souladu.

U dysgrafie se doporučuje zařazovat pravidelně před vlastním psaním uvolňovací cviky. Neuvolněná ruka má za následek křečovitý úchop, neplynulý pohyb a rychlou unavitelnost ruky psaním. Žák potřebuje více času pro psaný projev, je třeba jej vést ke kontrole toho, co napsal, a opravit případných chyb, umožnit mu ústní projev, když je to vhodné. Lze také využívat různé pomůcky, jako jsou násadky, trojhranné tužky a pera, sešity s pomocnými linkami, může mít k dispozici přehled psacích písmen, pokud má obtíže s jejich zapamatováním, využívat čtverečkový papír či IT techniku. Vždy je potřeba preferovat kvalitu psaní před kvantitou. Obtíže v grafickém projevu se mohou objevit i v matematice, např. sníženou kvalitou rýsování, se zápisem čísel, při písemném počítání (Jucovičová, Žáčková 2023).

Dysortografie

Žáci s dysortografií potřebují více času zejména na aplikaci gramatických pravidel. Je třeba je naučit pravidelné kontrole své práce, což také vyžaduje více času. U dysortografie se doporučuje spíše používání doplňovacích cvičení, aby se žák mohl více soustředit na daný gramatický jev. Zvládnutí učiva lze ověřovat i ústní formou. Velmi efektivní bývá strukturace gramatiky a rozfázování učiva do jednotlivých kroků (gramatické přehledy, vizualizovaná pravidla, návodné karty), zejména pokud se na jejich tvorbě žák sám podílí. Využívané jsou i počítačové programy na procvičování gramatiky, pracovní listy, korektury pravopisu v textových editorech (Jucovičová, Žáčková 2023).

Dyskalkulie

Pro jedince s dyskalkulií dle Jucovičové a Žáčkové (2023), Babbie a Emerson (2018) je potřebné využívání názorných pomůcek, jako jsou číselná osa, hranoly pro znázornění čísel, matematické modely, počítadla, tabulky pro převod jednotek, pracovní listy s rozfázovaným řešením úkolu, geodesky (sít kolíčků, kde s pomocí gumiček se vytváří geometrické tvary), konkrétní předměty ad. Žáci mají často potřebu si početní příklad znázornit (pomocí předmětů, graficky) a to po tak dlouhou dobu, dokud žák v početním úkonu nezíská jistotu (nedojde k automatizaci). Opět je třeba počítat s delší dobou nácviku a osvojování, kdy postupujeme po jednotlivých krocích s pomalým zvyšováním náročnosti a modifikacemi určitého typu úloh, a také s pravidelným opakováním. Postup žáka při samostatných početních úlohách je třeba častěji monitorovat a poskytovat průběžnou zpětnou vazbu, ujišťovat jej o vhodnosti postupu případně korigovat včas vzniklou chybu. Žák by se měl naučit pracovat systematicky, stejným postupem, který má osvojený, a potřebným zápisem, příp. zakreslením (tj. s vizuální oporou).

Dyspraxie

U dyspraxie je zaměřením reedukace zejména na pohyb, především na jemnou a hrubou motoriku, grafomotoriku, tělesné schéma, ale také na prostorovou orientaci a další oslabené funkce. Jak uvádí Zelinková (2017), součástí reedukace mohou být běžné pohybové aktivity, pokud jsou prováděny systematicky a cíleně, psychomotorická cvičení nebo programy k rozvoji grafomotoriky. V případě dyspraxie mohou pomoci i některé další obory jako je fyzioterapie, ergoterapie, logopedie v závislosti na konkrétních obtížích dítěte. I zde při reedukaci platí zásada pravidelnosti, dlouhodobosti, přiměřenosti, obdobně jako u ostatních typů SPU.

3.5.3 Obtíže v období dospělosti a možnosti jejich řešení

Specifické poruchy učení jsou svým charakterem celoživotní. Proto se s nimi setkáváme i během dospělosti, avšak mohou mít trochu jiné projevy. Jak uvádí Michalová (2016, s. 255, 258, 259) potíží spočívá v tom, že je zatím málo výzkumů zaměřených na dospělou populaci se SPU. Přesto můžeme vidět obtíže dospělých osob zejména ve čtyřech oblastech, kterými je vzdělávání, pracovní uplatnění, partnerské a rodičovské vztahy. Dospělí lidé mohou zažívat pocity méněcennosti, sebelítosti, strach ze selhání, pocity bezmoci aj. Je zřejmé, že bez rozvinuté základní gramotnosti je fungování ve společnosti velmi náročné a současná společnost předpokládá dobrou úroveň komunikace (mluveným slovem, ale i psanou formou). Nejčastěji přetrvávají obtíže s učením, motivací a v oblasti sociální, např. obtíže s oslabenou krátkodobou pamětí či prostorovou orientací, pomalejší pracovní výkon, obtíže při plánování a organizování aktivit a času, přetrvávající nedostatky ve čtení, psaní, počítání, obtíže v soustředění při práci s textem, obtíže v komunikaci a další. Navíc u osob se SPU může být problém o svých obtížích s ostatními hovořit. SPU se tedy může stát faktorem způsobujícím trvalý stres. Turner (in Michalová 2016, s. 260) upozorňuje, že *„označení může být stigmatizující a u dospělého člověka může vést až k vyloučení ze sociální skupiny.“*

Jak uvádí Zelinková a Čedík (2013, s. 9), *„velká skupina dospělých byla již v dětství diagnostikována. Nezažili ale úplné přijetí diagnózy a v různých obdobích i oblastech svého života poznali, že problém byl sice pojmenován, ale nebylo to nic platné. Okolí nebylo připraveno účinně pomoci.“* Podle Zelinkové a Čedíka (2013, s. 42–46) se prožívání SPU může promítat čtyřmi různými způsoby. Zasunuté pocity neúspěchu, témata, kterým se vyhýbáme, činnosti, které nám připomínají negativní zážitky z minulosti, můžeme vytěsnit. Úskalí spočívá v tom, že v zátěžové situaci se může nečekaně projevit chování, které je pro ostatní nepochopitelné (agrese, sebeobviňování, odkládání řešení) a které vyplývá z nezpracovaných a vytěsněných situací. Druhou možností je souboj, kdy již od školy jedinec svádí se SPU neustálý boj. Někdy je potřeba si přiznat, že některý cíl by mě stál příliš mnoho sil anebo že jej prostě nezvládnou, protože je příliš náročný. Zde se jedná o reálné zvážení situace a nikoli o prohru. Někdy se také můžeme setkat s jedincem, který SPU používá jako důvod k sebelítosti. Ta bývá příčinou jeho neúspěchu. Jedinec sebelítostí maskuje např. nedostatek

vůle, nechuť pracovat na sobě, riskovat a zkoušet, strach ze selhání. Optimálním způsobem je vyrovnání se s přítomností SPU, kdy jedinec si je vědom svých obtíží, ale zná i své pozitivní charakteristiky.

Také v dospělosti lze se specifickými poruchami učení pracovat. Je dobré si uvědomit, jaké obtíže u jedince existují, které typy úkolů činí potíže, a zároveň poznat jeho silné stránky, přednosti a talenty. Zřejmě se jedinec při psaní a korekci textů (či práci s čísly) neobejde bez pomoci druhých (rodiny, přátel, spolupracovníků) a to vyžaduje rozhodnutí, zda se ke SPU přiznat či nikoli. Jedinec si také může vtipovat situace, které jsou pro něj náročné a vyžadují od něj více času. Určité postupy si lze zautomatizovat, což naopak čas šetří (Zelinková, Čedík 2013, s. 81, 82).

Důležitou dovedností, která může jedincům se SPU pomoci, je vhodná organizace času a hospodaření s časem, jak upozorňuje Zelinková s Čedíkem (s. 82–86). To souvisí s plánováním aktivit, kdy je třeba vybrat svoje priority a neodkladné úkoly, odhadnout jejich časovou náročnost, sestavit si plán činností pro daný den, týden či delší období, zapracovat do něj i časovou rezervu a čas pro odpočinek. Jedincům se SPU obvykle vyhovuje vykonávat pouze jeden úkol a po jeho splnění přejít k dalšímu. Vhodným pomocníkem v tomto ohledu mohou být diáře, přehledy, plánovací kalendáře v elektronické či papírové podobě.

Zároveň je možné využívat různé techniky při práci s textem, jako je např. přehlédnutí textu jako celku, abychom pochopili jeho strukturu a téma, barevné vyznačování podstatných informací, zpracování výpisků nebo osnovy textu, utřídění informací do myšlenkové mapy. V tomto smyslu by jedinec měl znát svůj styl učení, který mu nejlépe vyhovuje (zabývat se otázkou „Jak se učím?“), a postupně jej zdokonalovat (Zelinková, Čedík 2013, s. 88, 89). Samozřejmě mohou být přínosné i informační a komunikační technologie (např. počítačové předčítání textu, překladače, slovníky, nastavení typu a velikosti písma, barvy pozadí stránky, programy na kontrolu pravopisu, na převod mluvené řeči do psaného textu nebo pro tvorbu myšlenkových map aj.).

Kirk, Reid (in Bartoňová 2019, s. 76) uvádějí, že „*problémem je i tzv. nálepkování (označení poruchy). Někteří považují nálepkování za kontraproduktivní, jiní za velmi užitečné. Je třeba zdůraznit, že nálepka nemá být používána samoučelně.*“ Má sloužit k posunu k větší osobní odpovědnosti, sebeřízení a sebeobhajobě a může být zásadní vzhledem k dosažení úspěchu v zaměstnání. Lidé se SPU často disponují výjimečnými schopnostmi, ale je potřeba je také ve svém zaměstnání umět využít.

Činnost mozku, který pracuje odlišně, může způsobovat v běžném životě obtíže. Musíme si však uvědomit, že člověk se SPU se na problémy dívá jinak, přemýšlí jinak a to může být inspirací a zdrojem nápadů. Uvedené dokládá i výběr známých jmen, kdy se jedná o osoby, které se přítomností dyslexie netajili, nebo jejichž životopisné údaje o těchto obtížích svědčí:

„Tom Cruise (herec), Kiera Knightley (herečka), Pablo Picasso (malíř), Henry Ford (zakladatel známé automobilky), Winston Churchill (politik), John F. Kennedy (politik), Hans Ch. Andersen

(spisovatel), Agatha Christie (spisovatelka), Thomas Edison (vynálezce), John Lennon (hudebník) a další“ (Krejčová, aj. 2018, s. 9).

Reid (in Bartoňová 2019, s. 74) došel k závěru, že důležitým faktorem, který ovlivnil budoucí život dospělých jedinců s dyslexií, byla skutečnost, zda jim byla poskytnuta podpora v rodině. Zkušenosti ukazují na velký vliv rodinného zázemí, kdy někteří z členů rodiny mohou pomoci jedincům s parciálními nedostatky (např. s časovým rozvržením úkolů, s kontrolou pravopisu, psaním mailů). Dospělé osoby se SPU již by měli znát své předpoklady, „*pochopit, jakým způsobem zpracovávají informace, vymyslet strategie, jak zvládnout odlišný způsob myšlení, a rozvinout taktiku k vypořádání se s každodenním životem*“ (Bartoňová 2019, s. 75).

4 Systém péče o jedince s parciálními nedostatky

Systém péče o jedince s parciálními nedostatky se většinou soustřeďuje zejména na období školní docházky a přípravy na zaměstnání. Jak víme z předchozích kapitol, v předškolním věku a i dříve se mohou určité náznaky a projevy ukazovat, ale k diagnostice SPU a často i ADHD dochází ve školním věku. Péče v předškolním období se obvykle soustřeďuje na stimulaci harmonického rozvoje dítěte ve všech složkách, na posilování oblastí, které vykazují určité opoždění či nedostatky, na podporu komunikace, samostatnosti a soběstačnosti dítěte v míře odpovídající jeho věku.

4.1 Péče o jedince s parciálními nedostatky ve školním věku

Jedinci s parciálními nedostatky patří do skupiny jedinců se **speciálními vzdělávacími potřebami**. Z tohoto důvodu legislativa, která se vztahuje na děti, žáky, studenty se speciálními vzdělávacími potřebami, je platná také pro jedince se SPU a ADHD. V téměř každé třídě základní školy se můžeme setkat s žákem či žáky se SPU nebo ADHD, takové je začlenění této skupiny do běžného vzdělávacího proudu. Můžeme říci, že se jedná o skupinu žáků nejlépe a nejvíce integrovanou. I proto je tak podstatné vzdělávání učitelů v projevech, přístupech a možnostech těchto žáků. Bývá to totiž nejčastěji právě učitel, kdo odhalí první projevy SPU, kdo si všimne určitých známek v chování žáka s ADHD, kdo upozorní rodiče, že by bylo vhodné vyšetření ve školském poradenském zařízení. A bude to zase učitel, který bude uplatňovat a do praxe uvádět doporučení ze školského poradenského zařízení, bude hledat vhodné přístupy k žákovi, aby mohl využít svých předpokladů, bude hledat cesty, aby si určité učivo osvojil, společně s žákem budou zjišťovat, jaké způsoby práce mu vyhovují a umožňují podat dobrý výkon. Bude se také snažit o přiměřené hodnocení, kdy žák neztratí motivaci k dalšímu učení a ideálně ani touhu po vědění obecně, přesto však obdrží reálnou zpětnou vazbu, kterou využije pro svůj další pokrok.

Je třeba upozornit i na skutečnost, že ne vždy se podaří SPU odhalit již na základní škole. Víme o tom, že při nadprůměrných schopnostech nebo při nízkých nárocích ve škole může jedinec SPU účinně kompenzovat. Na střední či vysoké škole bývá již taková kompenzace

nedostačující, se vzrůstajícími nároky se obtíže začínají zřetelněji projevovat a jedinec tím může být zaskočen (Zelinková, Čedík 2013). I v takovém případě je možné odborné vyšetření, které může pomoci ujasnit si druh nedostatků, příčiny chybovosti či určitého chování, jedinec může získat náhled na svoje obtíže a může dostat doporučení, jakým způsobem dále postupovat, jak zmírnit projevy SPU během studia či při zaměstnání.

Na úrovni školy péči o jedince se SPU a ADHD přebírají jednak učitelé, kteří žáky vyučují, dále **školní poradenské pracoviště**, které zahrnuje výchovného poradce, metodika prevence a popřípadě také školního speciálního pedagoga a školního psychologa. Je třeba si uvědomit, že škola zajišťuje podstatnou část péče o tuto skupinu žáků (pedagogická diagnostika, aplikace podpůrných opatření do výuky, sociální začlenění žáků se SPU a ADHD, kariérové poradenství ad.). Jedním z navržených podpůrných opatření mohou být a často bývají předměty speciálněpedagogické péče, které ve škole zajišťuje speciální pedagog nebo jiný odborník (např. z pedagogicko-psychologické poradny) a které bývají zaměřeny na reedukaci SPU, rozvoj grafomotorických dovedností, rozvoj vizuálně percepčních dovedností, nácvik sociální komunikace apod. dle potřeb konkrétního žáka (MŠMT 2023).

Nejčastěji odbornou diagnostiku SPU a ADHD provádí školská poradenská zařízení, v našem případě **pedagogicko-psychologické poradny**, které dále poskytují poradenskou činnost žákovi, rodičům i učitelům, mohou realizovat reedukaci pro žáky se SPU a ADHD, provádí metodickou činnost ve školách, spolupracují se školním poradenským pracovištěm a další činnosti. Je samozřejmostí, že pro efektivní působení nastavených opatření je nezbytná průběžná a oboustranná spolupráce školy, poradenského zařízení a samozřejmě žáka a jeho rodiny.

Jak už bylo zmíněno výše, SPU i ADHD je záležitostí celoživotní a bývá pro jedince zátěží. Ne každý se dokáže vyrovnat s obtížemi života sám. Jsou období nebo situace, kdy je vhodné vyhledat další péči. Zde máme na mysli **psychologickou podporu** žáka, ale i celé jeho rodiny. Musíme si uvědomit, že obtíže žáka ve škole se promítají do fungování celé rodiny, do vzájemných vztahů, do volnočasových aktivit a podobně. Dále se může jednat o zásadní rozhodnutí v životě jedince, kdy je možné si vyžádat pohled odborníka na danou věc (např. volba střední školy či její změna, výběr profese, nebo později změna zaměstnání), ale i každodenní situace, které přináší do života členů rodiny napětí, nesoulad a konflikty. Zde může psycholog poradit způsoby a možnosti, jak dané situace řešit, může být doporučena i rodinná terapie.

Poradenskou činností se zabývají také různé neziskové organizace, DYS-centra (Praha, Brno), soukromé osoby poskytující psychologické či speciálněpedagogické služby apod. U žáků nejen s ADHD je možné využít také služeb střediska výchovné péče, pokud mají rodiče pocit, že chování žáka překračuje společenské normy anebo k tomu jsou tendence. Při komplexní péči o jedince s parciálními nedostatky nesmíme zapomenout ani na spolupráci s lékařskými obory dle charakteru obtíží žáka (neurologie, psychiatrie, klinická logopedie apod.), kdy např. u jedinců s ADHD může být v závažných případech nasazena farmakologická léčba.

4.2 Stimulační programy, terapie a techniky vhodné pro jedince s parciálními nedostatky

Pro zajištění komplexnosti péče o jedince s parciálními nedostatky je vhodné využít také různé druhy stimulačních programů a terapií. V této kapitole si uvedeme některé z nich, které jsou nejznámější či nejpoužívanější pro tuto skupinu jedinců, ale i ty, které si své místo v praxi teprve nacházejí.

Programy PhDr. Pavly Kuncové

Program **KuMOT** je určený pro děti ve věku 5–8 let, pracuje se v menších skupinkách dětí. Celý program je zaměřen zejména na oblast rozvoje motoriky, ale nejen na ni. Zaměřuje se také na oblast komunikace, lepší ovládnutí přicházejících impulsů, schopnost vyjadřovat pozitivní city a ovládnutí agrese. Je složen z 10 lekcí, které probíhají 1x za týden (KUPROG 2023).

Oblíbený program **KuPOZ** má své těžiště v domácí práci s rodičem pod vedením odborníka. Je určen dětem od 8 do 12 let věku a jejich rodiny. Program trvá 15 týdnů a pracuje se 15 minut denně, přičemž jednou za 2 týdny je instruktáž odborníkem. Program je zaměřen zejména na rozvoj pozornosti, schopnost pravidelné práce, zážitky úspěchu, odbourání časového stresu, zlepšení při školní práci, ale také na rozvoj zrakového a sluchového vnímání (KUPROG 2023).

Jak napovídá název programu **KuPREV**, program je zaměřen na prevenci. Program pomáhá dítěti s orientací ve světě, usnadňuje adaptaci při zahájení povinné školní docházky. Základem je opět domácí práce pod vedením odborníka. I tento program je rozložen do 15 lekcí a je vhodný pro děti předškolního věku. Lze jej opakovat s rostoucí náročností (KUPROG 2023).

Kognitivně-behaviorální terapie

„Kognitivně-behaviorální terapie představuje soubor strategií, jejichž cílem je dosáhnout kognitivních, emočních a sociálních změn a změn v chování“ (Šauerová 2016, s. 150). V průběhu terapie se dítě (a i rodiče) učí sebekontrolu, učí se přenášet nabyté sociální dovednosti do jednotlivých sociálních situací.

Zooterapie

Zooterapie využívá kontaktu v našem případě dítěte s ADHD se zvířetem. Významně se využívá v případech, kdy částečně nahrazuje sociální kontakty jedince s jinými lidmi. Na jedince také významně působí pozitivní a bezpodmínečné přijetí jedince zvířetem, vzájemný kontakt, respektování potřeb zvířete apod. Nejčastěji se využívá hipoterapie (terapeutické působení koně) a canisterapie (terapeutické působení psa). Využívání těchto terapeutických metod má řadu zásad a překračuje již rámec tohoto textu, proto pro podrobnější informace si dohledejte publikační zdroje přímo k tomuto tématu.

EEG biofeedback

Jedná se o terapeutickou techniku, která umožňuje regulaci elektrické aktivity nervové soustavy s využitím speciálního počítačového programu, který převádí snímanou aktivitu mozku do jednotlivých prvků počítačové hry. Tato hra vydává zpětně informace o úspěšnosti tréninku pomocí zrakové a sluchové dráhy i taktilního cití. Podstatou je, že mozek se učí lépe, efektivněji a snadněji pomocí hry. Trénink trvá dle potřeb každého jedince tak dlouho, než se způsob fungování osvojí. *„Trvale přejde na nově naučený způsob regulace organismu, čímž se odstraní dosavadní poruchy a obtíže. Naučí se správně střídat a využívat jednotlivá užší frekvenční pásma a po dostatečně dlouhou dobu se v nich udržet, což je právě záležitostí řídicí činnosti centrálního nervového systému“* (Pražské specializované centrum EEG Biofeedback 2023).

Expresivní terapie

Expresivní terapie využívají jinou formu vyjádření než výhradně slovní (využívají hudbu, obraz, navozenou situaci, příběh, pohyb...). Mezi tyto terapie řadíme např. muzikoterapii, arteterapii, dramaterapii, taneční terapii, biblioterapii. Zaměření těchto terapií je velmi široké dle konkrétní terapie, používají celou řadu různých přístupů a metod a také cílové skupiny mohou být velmi různorodé. Vždy záleží na cíli, s nímž danou terapii realizujeme, a na daném jedinci, zda je určitá technika pro něj vhodná a užitečná. Expresivní terapie velmi často pracují s emocemi a nezaměřují se primárně na výsledek, ale na proces tvorby a způsob vlastního sebevyjádření.

MAXÍK

Maxík je stimulační program pro předškoláky a děti s odloženou školní docházkou, avšak mohou jej využívat i děti v 1. a 2. ročníku základních škol, u nichž z určitých důvodů nastaly obtíže v učení. Jedná se o 15 společných lekcí rodičů a dětí, jejichž obsahem je nácvik pohybových stereotypů, komunikačních dovedností, rozvoj dílčích funkcí (např. zrakového a sluchového vnímání, prostorové orientace, seriality, intermodality), grafomotorických dovedností a v neposlední řadě i koncentrace pozornosti (Maxík 2023).

ROPRADEM

Program pro ROzvoj PRAcovního TEMpa vznikl pro děti s pomalým pracovním tempem, které negativně ovlivňuje jejich školní výkony. Nejčastějšími obtížemi souvisejícími s pracovním tempem je nedokončování úkolů z důvodu nedostatku času, chyby v aplikaci gramatiky, kterou však ústně ovládají, obtíže se zápisky v hodinách (nezvládnou opsat vše z tabule), což vede k horším výsledkům a následně ke snížené motivaci pro školní práci. Program rozvíjí nejen vybrané dílčí funkce, ale zaměřuje se také na logické myšlení, schopnost organizace práce či pozornost (Chytré hraní 2024).

Vybrané programy publikované pro veřejnost

Na reedukaci dílčích funkcí, příp. jejich orientační diagnostiku se zaměřují i některé vybrané publikace z oboru speciální pedagogiky. Zde máme na mysli zejména program Brigitte Sindelarové publikovaný v knize s názvem **Předcházíme poruchám učení**. Jednoduchou metodou lze provést orientační diagnostiku oslabených dílčích funkcí a následně dle doporučení pomocí rozvojových cvičení pracovat s oslabenými funkcemi. Jedná se o program vhodný pro děti před nástupem povinné školní docházky nebo na jejím počátku. Další možností je publikace **Diagnostika dítěte předškolního věku**, která čtenáře seznamuje s tím, co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let. Jedná se o zpracovanou metodiku autorek Jiřiny Bednářové a Vlasty Šmardové, která se zaměřuje na přípravu dítěte na vstup do základní školy napříč různými oblastmi (např. motoriky a grafomotoriky, percepce, myšlení a řeči, sebeobsluhy, hry). Nelze také opominout publikaci **260 cvičení pro děti raného věku** od autora Waltera Strassmeiera. Jedná se o soubor cvičení na podporu vývoje dítěte od narození do 5 let věku. Hry a cvičení umožňují orientačně zjišťovat také vývojovou úroveň dítěte v různých oblastech. Z výše uvedených publikací si můžete všimnout zaměřenosti vybraných titulů na věkovou skupinu dětí mladšího věku, jelikož tyto programy cílí na prevenci vzniku, příp. rozvoje obtíží ve školním věku.

Seznam použitých zdrojů

BABTIE, P., EMERSON, J., 2018. *Dítě s dyskalkulií ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1304-8.

BARTOŇOVÁ, M., 2019. *Specifické poruchy učení a chování*. Opava: Slezská univerzita. ISBN 978-80-7510-338-3.

ČSÚ, 2022. *Školy a školská zařízení 2021/2022. Analytická část – 2. Základní vzdělávání*. Online. 2022-08-31. Praha: Český statistický úřad. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240219195845/https://www.czso.cz/csu/czso/analyticka-cast-230042-22>. [archivováno 2024-02-19T19:58:45Z]. [citováno 2024-02-19].

GAVENDOVÁ, N., 2021. *Kognitivně-behaviorální přístupy pedagoga v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2501-2.

HUTYROVÁ, M., a kol., 2019. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1523-3.

CHYTRÉ HRANÍ, 2024. ROPRATEM. In: *Chytré hraní*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231202052538/https://www.chytrehrani.com/ropratem>. [archivováno 2023-12-02T05:25:38Z]. [citováno 2024-01-13].

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2023. *Katalog podpůrných opatření: dílčí část pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu specifických poruch učení a chování*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-625-9.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2015. *Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5347-8.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.

KREJČOVÁ, L., BODNÁROVÁ, Z., ŠEMBEROVÁ, K., BALHAROVÁ, K., 2018. *Specifické poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie*. 2. aktual. vyd. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1219-3.

KUPROG, 2023. Školení pro odborníky. In: *KUPROG*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20220124161815/https://www.kuprog.cz/programy>. [archivováno 2022-01-24T16:18:15Z]. [citováno 2023-11-08].

MAXÍK, 2023. Co je to Maxík. In: *Maxík*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231224062245/http://www.muimaxik.snadno.eu/Co-je-to-Maxik.html>. [archivováno 2023-12-24T06:22:45Z]. [citováno 2023-12-30].

MEDŘICKÁ, H., KUNČÍKOVÁ, M., NOVÁK, V., 2007. ADHD. *Neurologie pro praxi*. Online. roč. 8, č. 4, s. 219–221. ISSN 1803-5280. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240219200929/https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/04/08.pdf>. [archivováno 2024-02-19T20:09:29Z]. [citováno 2024-02-19].

MICHALOVÁ, Z., 2016. *Specifické poruchy učení*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 978-80-7311-166-3.

MKN-10 – *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230710142358/https://mkn10.uzis.cz/>. [archivováno 2023-07-10T14:23:58Z]. [citováno 2023-07-17].

MKN-11 – *Náhled české verze Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230602140247/https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>. [archivováno 2023-06-02T14:02:47Z]. [citováno 2023-07-17].

MŠMT, 2023. Předměty speciálně pedagogické péče. In: *MŠMT*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230327164945/https://www.msmt.cz/vzdelavani/predmety-specialne-pedagogicke-pece>. [archivováno 2023-03-27T16:49:45Z]. [citováno 2023-08-01].

PACLT, I., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4.

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

POKORNÁ, V., 2010. *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-773-2.

PRAŽSKÉ SPECIALIZOVANÉ CENTRUM EEG BIOFEEDBACK, 2023. EEG Biofeedback. In: *Pražské specializované centrum EEG Biofeedback*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231030222906/https://www.eeg-biofeedback.cz/>. [archivováno 2023-10-30T22:29:06Z]. [citováno 2023-11-08].

PTÁČEK, R., PTÁČKOVÁ, H., 2018. *ADHD – variabilita v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2930-8.

REIMANN-HÖHN, U., 2018. *ADHD a ADD v dospívání: dozrávání a překonávání krizí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1362-8.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol., 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. akt. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

SWIERKOSZOVÁ, J., 2005. *Sdecitické boruchy umečů. Specifické poruchy učení*. 1. vyd. Ostrava: Pedagogická fakulta. ISBN 80-7368-042-4.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2016. *Hyperaktivita nebo hypoaktivita – výchovný problém?* Bratislava: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-8168-348-0.

VALENTA, M., a kol., 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.

VALENTA, M. (ed.), 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, M., KREJČOVÁ, L., HLEBOVÁ, B., a kol., 2020. *Znevýhodněný žák: deficity dílčích funkcí a oslabení kognitivního výkonu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0621-9.

VOLEMANOVÁ, M., 2023. Prevence poruch učení začíná hned po narození. In: *Šance dětem*. Online. Aktualizováno 2023-09-01. ISSN 1805-8876. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20230604163332/https://sancedetem.cz/prevence-poruch-uceni-zacina-hned-po-narozeni>. [archivováno 2023-06-04T16:33:32Z]. [citováno 2023-07-21].

WINTER, B., 2018. *Jak na ADHD a problémy s pozorností*. 1. vyd. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1304-6.

ZELINKOVÁ, O., 2008. *Dyslexie v předškolním věku?* 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-321-5.

ZELINKOVÁ, O., 2017. *Dyspraxie: Vývojová porucha pohybové koordinace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1266-9.

ZELINKOVÁ, O., 2003. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10. přepr. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

ZELINKOVÁ, O., ČEDÍK, M., 2013. *Mám dyslexii: Průvodce pro dospívající a dospělé se specifickými poruchami učení*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0349-0.

ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D., 2017. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporné klady ADHD v dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0204-4.

| | |
|--------------|--|
| Název | Speciální pedagogika jedinců s parciálními nedostatky |
| Autorka | Ing. Zuzana Palounková, Ph.D. |
| Recenzentka | Mgr. Zdeňka Braumová, Ph.D. |
| Vydavatel | Technická univerzita v Liberci Studentská 1402/2, Liberec |
| Schváleno | Rektorátem TUL dne 14. 2. 2024, čj. RE 9/24 |
| Vyšlo | v březnu 2024 |
| Vydání | 1. |
| ISBN | 978-80-7494-689-9 |
| Č. publikace | 55-009-24 |

Tato publikace neprošla redakční ani jazykovou úpravou.

