Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta

SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ A CHOVÁNÍ

Zdeňka Michalová

Studijní text pro distanční vzdělávání

ÚSTAV PROFESNÍHO ROZVOJE PRACOVNÍKŮ VE ŠKOLSTVÍ
Centrum dalšího vzdělávání učitelů

Praha 2003

Zdeňka Michalová: Specifické poruchy učení a chování

Ediční řada: Studijní texty pro distanční vzdělávání
Garant: PhDr. Jana Kohnová

Ústav profesionálního rozvoje pracovníků ve školství
Centrum dalšího vzdělávání učitelů

Rukopis neprošel jazykovou korekturou redakce; také záznamy použité literatury nebyly redakcí upraveny podle platné bibliografické normy.

Obsah

1. Vzdělávání jedinců se specifickými vzdělávacími potřebami v procesu integrace.....

1. 1. Poradenský systém v ČR.....

1. 2. Individuální výchovně vzdělávací plán.....

2. ADHD (Attention Deficit Hyperacitivity Disorder = porucha pozornosti s hyperaktivitou).....

2. 1. Co to tedy hyperaktivita ve svém důsledku je?.....

2. 2. Terminologická problematika poruch chování s hyperaktivitou.....

2. 2. 1. Názory odborné veřejnosti na užití termínů ADD/ADHD či LMD.....

3. Intervence v PPP pro děti s ADHD a jejich rodiče.....

4. Specifické vývojové poruchy učení.....

4. 1. Definice specifických vývojových poruch učení.....

4. 2. Specifické vývojové poruchy učení v Mezinárodní klasifikaci nemocí.....

4. 3. Druhy specifických poruch učení.....

4. 3. 1. Dyslexie.....

4. 3. 2. Dysortografie.....

4. 3. 3. Dysgrafie.....

4. 3. 4. Dyskalkulie.....

4. 4. Další poruchy, promítající se do obtíží s osvojením učiva.....

4. 5. Příčiny specifických vývojových poruch učení.....

4. 6. Výskyt specifických vývojových poruch učení.....

4. 7. Projevy specifických vývojových poruch učení.....

4. 8. Odraz specifických vývojových poruch ve výuce.....

5. Doporučená literatura ke studiu jednotlivých kapitol.....

Úvod

Ač již bylo o specifických poruchách učení napsáno i řečeno mnohé, stále se ještě lidé trpící těmito poruchami setkávají s mnohým nepochopením a odmítáním, často až v překvapivě blízkém okolí. Zásluhou vytrvalé osvětové činnosti již nejsou tyto poruchy široké veřejnosti zcela neznámým problémem. Každoročně jsou organizovány desítky odborných seminářů ať již pro odborníky, učitele, laickou veřejnost, vydávají se četné publikace s danou problematikou, nabízí se široká síť poradenských služeb, rozmanité formy pomoci.

Tento distanční text si proto klade za cíl seznámit posluchače pouze s nejobecnějším základem uváděné problematiky a předpokládá, že studující budou samostatně vyhledávat a plnit zadávané úkoly v průběhu studia za pomoci i další uváděné povinné i doporučené literatury v závěru distančního textu.

Tento text je určen pro studující distančního vzdělávání a poskytuje základní poznatky z problematiky specifických poruch učení (dále již SPU) a chování (dále již SPCH) a integrace. Poskytuje základní pojmový aparát a je podstatný pro pochopení obtíží dětí s SPU a SPCH, pro jejich učitele a vychovatele. Studijní text je určen především pedagogům, ale lze jej použít i při distančním vzdělávání dalších pomáhajících profesí.

Text je koncipován jako studijní a pracovní materiál s pochopitelným důrazem na samostudium. Z hlediska struktury textu rámečky slouží ke zdůraznění nejdůležitějších definic, pojmů, fakt. Méně důležité informace k zapamatování jsou odlišeny proloženým typem písma. Po obsahové stránce je základem každé kapitoly výklad dané problematiky s cílem podat studujícím základní orientaci v ní. Pro usnadnění pochopení jsou uváděny v úvodu každé kapitoly konkrétní příklady z praxe jako vstup k následujícím teoretickým poznatkům. Na závěr každé kapitoly je uvedeno shrnutí.

Po prostudování každé kapitoly následují otázky a úkoly, u nichž se předpokládá, že budou písemně vypracovávány a v seminářích rozebírány.

Nejčastěji užívané zkratky v textu jsou následující:
IVP – individuální vzdělávací plán
PPP – pedagogicko-psychologická poradna
SPC – speciálně pedagogické centrum
SVP – středisko výchovné péče
SPU – specifické poruchy učení či SVPU – specifické vývojové poruchy učení
(v praxi se užívají oba pojmy jako rovnocenné)
SPCH – specifické poruchy chování

Na závěr děkuji především Mgr. Daně Švingalové, Ph.D. za její podnětné připomínky a diskusi včetně lektorování textu.

Hodně úspěchů při studiu textu Vám všem přeje

autorka

1. VZDĚLÁVÁNÍ JEDINCŮ SE SPECIFICKÝMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI V PROCESU INTEGRACE

Cílem této kapitoly je:

- **Vymezit změny, které se udály v naší republice po roce 1989 a měly vliv na změnu v systému vzdělávání jedinců se specifickými vzdělávacími potřebami;**
- **Popsat pedagogicko-psychologické poradenství v ČR jako podpůrný systém ve školské soustavě;**
- **Seznámit s individuálním vzdělávacím plánem jako prostředkem k dosažení optimálního vzdělávání dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami**.

Z rozhovoru s matkou integrovaného žáka X.Y., 11 let, kvadruparetická forma DMO integrovaného do malotřídní školy:
„... Tři roky jsme měli syna ve škole při Jedličkově ústavu. Tři roky odloučení, pobytu na internátu. Díky ochotě pana ředitele nyní již přes rok jsme zase celá rodina pohromadě. Syn si našel nové kamarády a chce se mi častokrát plakat dojetím, když pro něj přijedu do školy a vidím, jak mu všichni pomáhají a jak si s nimi chlapec rozumí…."

Po roce 1989 se v našem školství dospělo k nutnosti **integračních trendů** ve vzdělávání, a to ve všech typech školských zařízení. Právo na vzdělávání každého dítěte bez rozdílu, zda se jedná o jedince s postižením či intaktního, je zajištěno v Listině práv a svobod, která je též součástí Ústavy České republiky (článek 33 dle usnesení předsednictva ČNR 2/1993).

Dřívějším trendem bylo vycházet v rámci oboru speciální pedagogiky z diferenciace postižených podle druhu postižení, což odpovídalo **medicínskému hledisku**. Z tohoto členění pak vycházelo budování sítě škol, tzv. speciálních, určených tomu kterému příslušnému postižení. Vzdělávali se tedy individuálně jedinci s mentálním postižením, sluchovým, zrakovým, tělesným, atd. **Aktuální snahou všech zainteresovaných na dané problematice je nyní při zařazování jedince do některého z typu škol, vycházet z hloubky a stupně postižení.** Děti s lehčím, případně až středně těžkým postižením, docházejí do běžných základních škol a vzdělávají se v tzv. hlavním vzdělávacím proudu, speciální školy slouží především pro žáky s těžším postižením a pro žáky s více vadami.

Legislativní zakotvení vzdělávání zdravotně postižených v procesu integrace bylo poprvé stanoveno roku 1991 **zákonem ČNR č. 390/1991 Sb. o předškolních a školských zařízeních** (dále ve znění zákona 190/1993,

138/1995). **Na tento zákon navazují příslušné vyhlášky MŠMT ČR o mateřských školách, č. 35/1991, o základní škole č. 291/1991, novela č. 225/1993 a o střední škole č. 354/1991.** Obsahem těchto zákonů je mj. řešení individuálního vřazování dětí a žáků do běžných typů mateřských, základních a středních škol a jsou ustanoveny podmínky pro práci v integrované třídě. Tato opatření byla podrobně zpřesňována v metodických pokynech MŠMT ČR k integraci dětí a žáků do škol a školských zařízení pro příslušný školní rok. **Do 6.6. 2002 aktuální metodický pokyn na dané téma nesl označení 16 138/98-24 s platností od 1.9. 1998**. Metodický pokyn se řídil zásadou, že děti a žáci se specifickými vzdělávacími potřebami mohou být integrováni do škol a školských zařízení běžného typu pouze v případě, pokud je pro ně v daném typu školského zařízení zajištěna speciálně-pedagogická péče. Stanovoval úkoly pro školské úřady, ředitele školy, PPP a SPC.

Vyhláška MŠMT ČR O speciálních mateřských školách a základních školách č. 399/1991, která byla novelizována pod č. 127/1997 se zabývá, jak již je zřejmé z jejího názvu, problematikou speciálních a specializovaných tříd a speciálních škol. Ve vyhlášce jsou stanovena pravidla pro zřizování speciálních tříd podle jednotlivých druhů postižení pro děti a žáky se zrakovými a sluchovými vadami, vadami řeči, s tělesným a mentálním postižením, pro žáky s více vadami, s diagnózou autismu a žáky hluchoslepé, dále pak pravidla pro zřizování specializovaných tříd pro žáky se specifickými vývojovými poruchami učení a chování. V tomto případě jsou sice žáci vzděláváni odděleně od hlavního proudu za stabilního využívání veškerých speciálně-pedagogických prostředků, forem a metod práce, ovšem mají možnost navazovat adekvátní sociální vztahy se svými zdravými vrstevníky v době mimo vyučování.

6. 6. 2002 byla schválena Směrnice Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení č.j. 13 710/2001-24 ze dne 6.6. 2002 a Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování č.j. 13 711/2001-24, dle které aktuálně veškeré integrační snahy ve školství od školního roku 2002/2003 probíhají.

1. 1. Poradenský systém v ČR

Poradenský systém v naší republice můžeme označit jako podsystém školské soustavy. Jeho hlavním smyslem a zároveň úkolem je přispívat k optimalizaci procesu výchovy a vzdělávání v rámci školy a rodiny. Je zakotven v dosud stále platné, i když nevyhovující vyhlášce 130/1980, ve které je zmiňována z aktuálně působících poradenských zařízení pouze pedagogicko-psychologická poradna a výchovný poradce. Již několik let se připravuje novela této vyhlášky, která by zohlednila i ostatní poradenská zařízení vznikající

po roce 1990.

Poradenství v ČR poskytuje své služby dětem a mládeži se zdravotním postižením i bez tohoto postižení ve věku od 3 do 19 let, jejich rodičům a dalším zákonným zástupcům, učitelům a ostatním pedagogickým pracovníkům škol a školských zařízení. (IPPP, Praha 1997)

V současné době je systém pedagogicko-psychologického poradenství v ČR tvořen:

- **Výchovnými poradci v jednotlivých typech škol, v některých školách školními psychology a školními speciálními pedagogy**
- **Pedagogicko-psychologickými poradnami**
- **Speciálně-pedagogickými centry**
- **Středisky výchovné péče**

Celý systém je zaštítěn **Institutem pedagogicko-psychologického poradenství** jako organizací s celorepublikovou působností, která byla zřízena MŠMT ČR v roce 1994. Jejím úkolem je řešit aktuální koncepční otázky pedagogicko-psychologického poradenství, zajišťovat koordinaci poradenského systému a dalšího vzdělávání poradenských pracovníků.

Činnost uvedených institucí navazuje na práci učitelů, vychovatelů, mistrů odborného výcviku a dalších pedagogických pracovníků, kteří v rámci své výchovně-vzdělávací práce plní úkoly prvního poradenského kontaktu s dětmi, mladistvými a jejich rodiči.

Výchovní poradci pracují na všech typech základních, středních a speciálních škol a učilišť. Jedná se o pedagogy, kteří kromě své aprobace by měli mít další vzdělání v oboru formou studia dané discipliny na pedagogické či filosofické fakultě. Na svých školách pak tito učitelé plní především úkoly prvního poradenského kontaktu v oblasti výchovy, vzdělávání a volby další profesní přípravy žáka. Kromě toho na škole pracují i tzv. školní preventisté, i když někdy je tato funkce spojena právě s funkcí výchovného poradce, jejichž hlavním úkolem je zabývat se prevencí sociálně-patologických jevů v rámci zařízení.

Školní psychologové a školní speciální pedagogové nemají svou funkci dosud plně legislativně vymezenou. Hlavním úkolem těchto odborných pracovníků je snižování rizika vzniku výchovných a výukových problémů u žáků, reedukace a kompenzace obtíží apod. Jde tedy především o primární prevenci jejich působení.

Pedagogicko-psychologické poradny vznikaly na našem území koncem 60. a počátkem 70. let. Zajišťují psychologické a speciálně-pedagogické služby dětem a mládeži, jejich rodičům a učitelům včetně vychovatelů, a to na všech stupních a typech škol. Těžištěm práce poraden je psychologická péče,

poradenství a odborné konzultace v otázkách osobnostního a vzdělávacího vývoje dětí a mládeže.

Speciálně-pedagogická centra začala vznikat od roku 1990 na základě tlaku na systémové řešení poradenské péče v souvislosti s integrací dětí s postižením vyvolaného především rodiči těchto dětí. Proto MŠMT ČR rozhodlo vytvořit síť SPC, která by zabezpečovala působení a dosah poradenského servisu po celé republice a formou vyjíždějících pracovníků, především speciálních pedagogů a případně psychologů, zajišťovala realizaci nových trendů v péči o děti s postižením, a to i v raném a předškolním věku. Tato centra byla nejprve zřizována při speciálních školách, postupně však začala vznikat též jako samostatná pracoviště. Svoji poradenskou péči směřují na děti a mládež s určitým typem postižení většinou od 3 let věku klienta až do doby ukončení školní docházky. Zároveň centra poskytují služby školám a školským zařízením, kde jsou integrováni žáci se zdravotním postižením (se specifickými vzdělávacími potřebami).

Činnost SPC je stanovena vyhláškou MŠMT ČR O speciálních školách a speciálních mateřských školách (399/1991, novela 127/1997).

Střediska výchovné péče byla zřizována od roku 1991 jako samostatná zařízení nebo jako součást speciálních škol, v současné době spadají především metodicky pod diagnostické a výchovné ústavy. Jsou zaměřena především na prevenci a terapii sociálně patologických jevů u dětí a mládeže a s tím související poradenskou práci. Těžištěm činnosti SVP je činnost terapeutická a provádění depistáže problémových jedinců a skupin v oblasti chování. Součástí každého SVP by měla být i lůžková část. SVP nemají ustálenou územní působnost, jejich rozložení by mělo korigovat s potřebností služeb střediskem nabízených v těch kterých konkrétních územních oblastí republiky; v současné době je jich na území ČR asi kolem 26.

Činnost SVP je dána zákonem ČNR 395/1991 O školských zařízeních, § 31a.

1. 2. Individuální výchovně vzdělávací plán

Diagnostický proces provedený na odborném pracovišti je samozřejmě příkladem komplexního, a zároveň týmového přístupu různých odborníků k danému problému, v našem případě ke stanovení či vyloučení příčiny obtíží ve smyslu např. SPU, tudíž ke stanovení komplexní diagnózy, která v sobě zahrnuje dokonalé postižení podstaty problému a doporučení pro jeho korekci, kompenzaci, reedukaci.

Kde je rozsah poruchy takový, že by opravňoval k zařazení do specializované třídy, má škola nárok požádat o příplatek, tzv. finanční normativ, sloužící k zajištění péče o integrovaného žáka. Na takovéto dítě však škola musí zajistit vypracování individuálního vzdělávacího programu, který stanoví postup vzdělávání dítěte a nápravu zjištěných obtíží. Ten pak musí vycházet z komplexní a kvalitní diagnózy, jež je

nejenom cílem diagnostického procesu, ale zároveň jeho základním stavebním kamenem.

Pokyn MŠMT č.j. 23 472/92 - 21 k tomu říkal:
„Individuální programy mají charakter smlouvy mezi vedením školy, vyučujícími a rodiči dítěte. Vypracovávají se krátce a rámcově v písemné formě. Výsledky se hodnotí slovně. Tento postup lze uplatnit na základní i na střední škole. Ve výjimečném případě nezbytného opakování ročníku umožní individuální učební program využívat učiva žákem již osvojeného jako základu, který je dále rozvíjen a doplňován.
Je nezbytné, aby všechna navrhovaná pedagogická opatření byla projednána s rodiči žáka a jejich souhlasný či nesouhlasný názor byl respektován."

V zahraničí, např. ve Švédsku, USA, v Holandsku jsou s individuálními vzdělávacími programy a jejich tvorbou a použitím mnohem větší zkušenosti než v našem prostředí. V našem školství nelze dosud obsah tohoto programu pevně a závazně stanovit a předepsat, změnu přináší jmenovaná směrnice MŠMT ČR z 6. 6. 2002, kde je IVP a jeho konstrukt dán v příloze.

Individuální vzdělávací program by měl být stručný, výstižný a mělo by se podle něj doopravdy pracovat. Setkáváme se s otázkou, kdo by tento plán měl zpracovávat. Domnívám se, že by to měl být třídní učitel, který programu dá konečnou podobu a formu, ovšem podklady k tomuto plánu mu dodají učitelé jednotlivých předmětů, může se poradit se speciálním pedagogem, školním psychologem, výchovným poradcem, pracovníkem PPP, SPC apod. Individuální program schvaluje a podpisem stvrzuje ředitel školy, dále by neměl chybět podpis třídního učitele a všech pedagogů, kteří žáka vzdělávají a do jejichž předmětu se porucha dítěte promítá, speciálního pedagoga, rodičů, u starších dětí je vhodné, když se podpisem podílí i žák. Součástí musí být i kontrola programu, v níž by se mělo stručně objevit zhodnocení a efektivita (co se podařilo splnit, co nikoliv, proč, v čem je nutné pokračovat, zda byl program příliš lehký či naopak náročný apod.)

Individuální vzdělávací program by měl vždy obsahovat:

- základní údaje o žákovi, tj. jméno, příjmení, datum narození, školu, ročník;
- závěr z vyšetření specializovaného pracoviště, pedagogicko-psychologické poradny, SPC apod. (diagnóza, projevy poruchy, zvolený typ reedukace, kdo bude reedukaci provádět, jak často bude dítě zváno na kontroly, s kým z odborných pracovníků je možno postup při reedukaci konzultovat;

- jak se dítě projevuje ve školním prostředí s ohledem na svou poruchu - pohled učitele;
- určení doby platnosti individuálního programu;
- určení období, na které je individuální program stanoven;
- určení základních vzdělávacích cílů - čeho chceme u žáka během určeného období dosáhnout v rámci obecné výuky v běžné hodině (český jazyk, matematika, cizí jazyky atd., týká se všech předmětů, do nichž se porucha promítá);
- určení základních reedukačních cílů - čeho chceme u dítěte dosáhnout v rámci kompenzace SVPU;
- určení metod hodnocení, klasifikace a tolerance dítěte;
- určení speciálních pomůcek, kterých bude dítě používat při reedukaci a v běžných hodinách včetně finanční kalkulace;
- způsob podílení se rodičů na realizaci práce dle IVP;
- způsob podílení se žáka na realizaci IVP.

Co tedy k individuálnímu vzdělávacímu programu říci závěrem?

Program stanoví cíle pro příští výukové období, obsahuje zároveň hodnocení a kontrolu výsledků. Doporučuje se obecně sestavit na jeden školní rok a alespoň jednou za rok by se měli sejít všichni, kteří se na programu podílejí, aby zhodnotili efekt nápravy a určili cíle pro příští rok. Praxe však ukazuje, že stanovení programu na deset měsíců je velice dlouhá doba a nelze zcela reálně na tak dlouhou dobu odhadnout prognostický vývoj obtíží. Je proto lépe scházet se alespoň jednou za čtvrt roku.

Požadavky na dobrou formulaci cíle IVP:

1. Cíl musí být pro dítě významný.
2. Cíl musí být rozsahem přiměřený, méně znamená více.
3. Cíl musí být konkrétní, zaměřený a mj. se týkat i chování.
4. Cíl se musí týkat „výskytu něčeho", nikoliv „nepřítomnosti něčeho".
5. Cíl má určit začátek něčeho, nikoliv konec.
6. Cíl musí být realistický.
7. Dodržování cíle musí stát dítě i celé jeho sociální prostředí přiměřené úsilí.

V plánu nesmí chybět, které speciální pomůcky budou při nápravě použity, stanoví se dále úlevy s ohledem na nejzávažnější potíže dítěte a konkrétní výukové, případně výchovné cíle.

Dosažené výsledky zhodnotíme zhruba dvěma možnými způsoby, buď objektivními metodami, mezi které řadíme didaktické testy či ověření výsledku reedukace nezávislým odborníkem, nebo subjektivně, posouzením učiteli, rodiči, samotným dítětem.

Důležité je si uvědomit, že návrh plánu musí být dán do souladu s možnostmi školy. Pokud nebyl projednán oficiálně s rodiči dítěte, není možno jej považovat za plnohodnotný, ale pouze za předběžný. Plán musí být pro rodiče k dispozici v písemné formě a podobě, ideální je, když rodiče mají jeho jednu kopii u sebe. Práce jak při tvoření plánu, tak při jeho plnění je vždy ukázkou týmové práce.

Schéma pro vytvoření IVP v MŠ

1. Jméno dítěte
2. Datum narození
3. Bydliště
4. MŠ, třída
5. Základní údaje o dítěti, podstatné pro řešení problému
6. Závěry a doporučení odborného pracoviště
7. Specifika vývoje, stanovení cílů, metody a formy práce, potřebné pomůcky:
    a) motorika (hrubá motorika a možnosti pohybu v prostoru, jemná motorika rukou pro vývoj kreslení a psaní, artikulační motorika, lateralita – dominance ruky)
    b) návyky sebeobsluhy – normální užívání x pomoc při jídle, při oblékání,při udržování pořádku v místnosti, hygienické návyky
    c) zájmy – vztahy k lidem (vrstevníci, dospělí – znak komunikace), k hračkám, k výuce – výběr činností pro dítě, důraz na zajímavost
    d) herní činnosti
8. Efektivita korekční práce
9. Organizace péče
10. Spolupráce s rodiči
11. Informace dalším učitelům
12. Spolupráce s dalšími odborníky

Podpisy: ředitel, rodiče (zákonní zástupci)

Nyní považuji za nutné uvést doporučenou rámcovou strukturu individuálního vzdělávacího programu tak, jak je nově uvedena jako Příloha č. 2 ke směrnici MŠMT ČR č.j. 13 710/2001 – 24 ze dne 6.6. 2002, dle které je vhodné IVP zpracovávat.

Doporučená rámcová struktura individuálního vzdělávacího programu
Jméno žáka: **Datum narození:**
Škola:
Třída:
Vyšetření dne:
(závěr vyšetření je přílohou IVP)

Učební dokumenty: (určení je třeba zejména v případě žáka s mentálním postižením)
Vyučovací předmět:
(konkrétní cíle, úprava organizace výuky, časové a obsahové rozvržení učiva, forma zadávání úkolů, způsob hodnocení a klasifikace, pedagogické postupy, organizace závěrečných zkoušek, apod.)

Speciálně pedagogická a psychologická péče:
(konkrétní určení a rozsah péče podle druhu postižení žáka a jeho vzdělávacích potřeb, organizace a způsob jejího zabezpečení, poskytovatel)

Nezbytné kompenzační a učební pomůcky, vybavení, učebnice, učební texty apod. včetně zdůvodnění:

Návrh případného snížení počtu žáků ve třídě včetně zdůvodnění:

Účast dalšího pedagogického pracovníka, tlumočníka znakového jazyka, dalšího pracovníka včetně zdůvodnění:

Předpoklad navýšení finančních prostředků:

Další důležité informace:

Spolupráce se zákonnými zástupci:
(domácí příprava, doporučené aktivity žáka ve volném čase, požadavek na lékařské vyšetření apod.)

Podíl žáka na řešení problému:

Jmenovité určení pracovníka poradenského zařízení spolupracujícího se školou:

Na vypracování IVP se podíleli: (vypsat příslušné spolupracující účastníky)
Datum:

Podpisy ředitele školy, třídního učitele, vyučujícího, zákonného zástupce, odpovědného pracovníka poradenského zařízení, případně též žáka:

SHRNUTÍ:

Školství v České republice prochází v současné době procesem transformace, jejímž cílem je vytvoření demokratické a humánní školy poskytující všem jedincům dané společnosti stejná práva na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a rozvoj jeho individuálních předpokladů (volně dle Zprávy o národní politice ve vzdělávání, Česká republika, OECD Paris 1996, Praha, Ústav pro informace ve vzdělání 1996).

Nejzásadnější koncepční změnou v ČR po roce 1989 ve školství je integrativní vzdělávání všech dětí bez rozdílu. Výchova a vzdělávání jedinců s postižením opouští hranice speciální pedagogiky a v zájmu integračních a následně inkluzivních trendů se přesouvá postupně do všech typů škol a školských zařízení. Cílem je zaměřit se nikoliv na postižení každého jedince, ale především na jeho osobnost v oblasti celistvého rozvoje a na posilování sociálních vztahů uvnitř skupiny, jíž se dítě s postižením stává členem. Svou přítomností obohacuje edukační složku každého ze spolužáků, což platí řečeno i opačně.

V souvislosti s koncepčními změnami ve školství se také vyvíjejí další požadavky i na systém pedagogicko-psychologického poradenství. V důsledku toho dochází ke změnám jak v obsahu poradenských činností, tak v systému poradenských institucí (IPPP, VP, PPP, SPC, SVP). Hlavním úkolem současnosti je zajistit funkční propojení optimalizované sítě poradenských pracovišť mezi sebou, jejich návaznost na práci učitelů a výchovných poradců na školách a podpora jejich působení zavedením uceleného systému vzdělávání a rozvoje poradenských pracovníků.

Otázky k zamyšlení:

- Jak by se dalo upravit prostředí Vaší školy, učiliště, apod. tak, aby nebyl problém provést integraci kteréhokoliv jedince se specifickými vzdělávacími potřebami. Využijte k zamyšlení další literaturu týkající se integrace (viz. seznam doporučené literatury).
- Jaké mají možnosti děti a žáci vzděláváni ve speciálních a specializovaných třídách a speciálních školách k navazování sociálních vztahů s ostatními dětmi a žáky v době mimo vyučování?
- Jaký je rozdíl mezi integrací a inkluzí?
- Co si představujete konkrétně pod jednotlivými body v požadavcích na dobrou formulaci cíle individuálního vzdělávacího programu?

Úkoly:

1. Vypracujte vzorový individuální vzdělávací program pro integrovaného žáka, kterého máte ve vlastní péči.
2. Na základě studia literatury se seznamte s integračními trendy ve státech západní Evropy
3. Prostudujte obsah metodických pokynů k integraci dětí a žáků do škol a školských zařízení, a to od roku 1993 do roku 1998 a sledujte změny názvů těchto pokynů v označení, pro koho jsou určeny a jejich obsahové úpravy. V čem se jednotlivé Metodické pokyny liší od aktuální Směrnice MŠMT ČR č.j. 13 710/2001-24?

2. ADHD (ATTENTION DEFICIT HYPERACITIVITY DISORDER = PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU)

Cílem této kapitoly je:

- **pochopit terminologické souvislosti ADHD, ADD, LMD**
- **orientovat se v symptomech signalizujících uvedenou poruchu**

Ze zprávy třídní učitelky dívky K.V., 9 let, ADHD, nadprůměrný intelekt: „... K.V. je někdy velice milá, přítulná, všechny úkoly plní rychle a téměř bez chyb. V příští hodině však není schopna vypracovat vůbec nic ani přes moji snahu ji při práci povzbuzovat. Rozhlíží se po třídě, vyrušuje sousedy, otáčí se, leze pod lavici. Když jí domlouvám, o přestávce slibuje nápravu, ale po chvíli se celá situace opakuje. Dostane-li špatnou známku za nedokončené cvičení, spustí příšerný pláč a vzteká se, sousedce, která dostala z práce jednotku jednou vzteky roztrhla celou stránku v sešitě. Dokonce si sama podepsala poznámku v žákovské knížce, když jsem upozorňovala rodiče, že K.V. v hodině nepracuje tak, jak by měla. Zavedli jsme ve třídě zvláštní bodování za výsledky ve škole během celého týdne. K.V. je stále nejhorší. O polední přestávce přeházela úmyslně bodování dětí na nástěnce. Někdy si myslím, zda nemá „pokřivený charakter"…"

Děti, které mají problémy s chováním ve svém užším i širším sociálním prostředí, mohou mj. trpět **hyperkinetickou poruchou (F90).**

Pojem dítěte s ADHD se v našem domácím prostředí stal za posledních několik desítek let pojmem dostatečně známým. Problematika těchto dětí je přijímána zcela věcně, někdy však více méně kriticky a možná v každodenní záslužné mravenčí pedagogické práci někdy i s nepochopením. Existují praktické a konkrétní výsledky péče o tyto děti ve třídách specializovaných i běžných, existují zkušenosti z práce s těmito dětmi v rámci alternativních činnostních forem (např. tábory pro děti s SPU a ADHD). Stále se nám však i přes veškerou osvětu vyskytují otázky pedagogické a didaktické, týkající se zefektivnění výchovy a výuky těchto dětí. Přes 50% dětí trpících ADHD má výrazné problémy v sociálních vztazích s vrstevníky **(Michalová, 2001)**. Tyto děti jsou agresivnější, dotěrnější, hlučnější, sociálně odvrhovanější. Mnohé z nich vidí své okolí jako nepřátelštější, než skutečně je, a proto reagují agresí i na (u jedince bez obtíží) zanedbatelné provokace.

Žáci s ADHD se vyskytují téměř v každé běžné třídě základní školy. Jsou však tendence ze strany učitelů nezahrnovat je do skupiny žáků integrovaných, neboť mj. na první pohled na těchto dětech není patrný žádný handicap na rozdíl od dětí s postižením fyzickým či smyslovým. Každý pedagog ze své vlastní

praxe však ví, jak je náročné takovéto dítě vzdělávat, jak dokáže narušit i dobře dopředu připravenou hodinu. To je vlastně ten nejzávažnější důvod způsobující snahy učitelů tyto děti vyčleňovat z hlavního vzdělávacího proudu a segregovat je ve specializovaných třídách.

2. 1. Co to tedy hyperaktivita ve svém důsledku je?

Jedná se mj. o poruchu aktivační úrovně dítěte.

Hyperkinetický syndrom dětského věku se vyznačuje poruchami, jejichž základními znaky jsou krátké rozpětí pozornosti a její zvýšená rozptýlenost. V ranném dětství je nejnápadnějším příznakem netlumená, špatně utříděná a špatně řízená extrémní hyperaktivita, která však může být v průběhu dalšího ontogenetického vývoje případně vystřídána hypoaktivitou. **Častými symptomy jsou rovněž impulzivita, výrazné kolísání nálad, u některých jedinců přítomnost agresivity.** Často se objevuje vývojové zpoždění určité schopnosti, jakož i omezené mezilidské vztahy. **Označení hyperaktivní či hyperkinetické dítě mluví o jednom ze symptomů a tím je neklid, nevypovídají však nic o příčině tohoto neklidu**. Prevalence této poruchy, která u dětí s ADHD postihuje dysfunkce fronto-striatového funkčního systému **(Koukolík, 2000)** je v jednotlivých státech rozličná zřejmě v závislosti na užívaných diagnostických metodách. Vyjdeme-li z DSM-IV zjistíme, že postihuje 3-5% jedinců ve školním věku. Klidnou nás však nesmí nechat skutečnost, že k této poruše se často přidává **až v 50% (In: Mc Ardle, O¨Brien, Kolvin, 36, 1995, s. 280)** opoziční a antisociální porucha chování. Pravdou ovšem je, že účinná terapeutická, pedagogická, příp. farmakologická opatření mohou zamezit pozdějším potížím s adaptací dospívajících, jako jsou například již uvedené poruchy chování nespecifického charakteru, agresivita, apod.

Barkeley (1990) uvádí, že 20-25% dětí s ADHD má poruchy čtení, **Du Paul (1994)** předpokládá výskyt 20-40% dětí se specifickou poruchou učení mezi dětmi s ADHD. V roce 1989 **Kavangh (1989)** píše, že u poruch čtení se porucha pozornosti nachází ve 33-41%, v ojedinělých případech někdy až u 80%. Ve stejných pramenech zaznamenáme údaj, hovořící o 35% dětí s ADHD, které musí alespoň 1x za školní docházku opakovat ročník.

2. 2. Terminologická problematika poruch chování s hyperaktivitou

Poprvé byla tato porucha pospána ve **čtyřicátých letech 20. stol**., kdy důraz byl kladen na organické postižení a diagnóza se nazývala **syndromy duševních poruch mozku (brain disorders)**. Tyto poruchy zapříčiňoval chybný vývoj

způsobený a) strukturální poruchou mozku b) aktuálním poškozením CNS (traumatem, infekcí, hypoxií) c) nadměrnou nebo nedostatečnou stimulací - chybnou funkcí.

V 60. letech 20. stol. popisuje v naší republice Kučera **lehkou dětskou encefalopatii (zkratka LDE),** Straus a Lehtinen v zahraničí v identickou dobu hovoří o „brain damage syndrom", Amadtuda a Gesell ve svých pracích r. 1949 shrnují získané poznatky o klientech pod názvem diagnózy „minimal brain damage".

60. léta 20. stol. jsou charakterizována zjištěním vzájemné souvislosti mezi uvedenou diagnózou a dyslektickými obtížemi, způsobenými dysfunkcí převodu mezi levou a pravou mozkovou hemisférou. V naší republice Třesohlavá začíná hovořit **o dětech s LMD**, setkáváme se i s termínem minimální mozková dysfunkce, ve světovém kontextu pak Denhoff a Laufer diagnostikují tzv. „cerebral dysfunctions".

Z výše uvedených shrnutých informací vyplývá, že termíny lehká mozková dysfunkce, minimální mozková dysfunkce či lehká dětská encefalopatie s jejich širokým symptomatologickým záběrem vedl k názoru, že mozek dětí je nějakým způsobem anomální. Tyto výše uvedené termíny vycházely z etiopatogenetických představ a ukázaly se jako ne zcela odpovídající. Každé dítě, které se vyznačuje symptomy poruch pozornosti či nápadně zvýšenou motorickou aktivitou, bylo automaticky v minulosti nazváno dítětem s LMD (dítě trpící lehkým mozkovým poškozením malého rozsahu). Toto označení navrhli odborníci v Oxfordu v roce 1962, nedefinovali však přesně, co tento termín obsahuje. Problémem bylo ne vždy zcela správné interpretování souboru příznaků.

Po konferenci v Oxfordu roku 1963 termín LMD definovala skupina pracovníků The National Institute of Blindness and Neurological Diseases (NIBND). Definici uvádí **Clements (1966, s. 9-10):**

„LMD zahrnuje děti průměrné nebo nadprůměrné všeobecné inteligence s určitými poruchami učení a chování v rozsahu od nejlehčích až po těžké, které jsou spojené s deviací centrálního nervového systému. Deviace se mohou vyskytovat samostatně, nebo v kombinaci s oslabením percepce, řeči, paměti, kontroly pozornosti, zvýšenou impulzivností nebo poruchou motorické funkce."

Komise současně definovala i etiologické faktory, které se mohou uplatnit při vzniku tohoto syndromu: *„Aberace mohou vzniknout z genetických nebo biochemických nepravidelností, z perinatálního mozkového poškození nebo z jiných onemocnění či poranění, vyskytujících se v období, které je kritické z hlediska vývoje a maturace centrálního nervového systému"* **(Somorová,**

1974, s. 506).

Na přelomu 70. a 80. let 20. stol. jsou patrné z hlediska dané poruchy snahy o kladení důrazu na nejrušivější symptom z celého obrazu poruchy, a to na hyperaktivitu, z toho **vzniká název pro diagnózu hyperkinetický syndrom. V 80. letech pak bylo před tento symptom přidáno označení porucha pozornosti.**

V roce 1980 se tedy dočteme v manuálu DSM III (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti), že se místo termínu LMD navrhuje k užívání termín Attention Deficit Disorder (ADD). V MKN -10 se používá označení hyperkinetické poruchy, pod nimiž je zařazena porucha aktivity a pozornosti (F 90.0) a hyperkinetická porucha chování (F 90.1). Na rozdíl od LMD převážně vychází ze symptomatického popisu.

Ke změně názvu této stanovené diagnostické kategorie dochází v roce 1987, přidává se výraz „hyperactivity" a do podvědomí se termín dostává jako Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Překládáme jako dítě s poruchou pozornosti s hyperaktivitou, např. dle **Glóse (Glós, 1997),** další možnost užití v českém prostředí je hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti **(Paclt a Florian, 1998).** Na tomto místě považuji za vhodné uvést definici ADHD. U **Barkeleyho (1990, s. 47)** je uvedena takto:

„ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Často se projevuje v raném dětství. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony."

V diagnostickém manuálu psychických odchylek a poruch **(DSM IV, 1994)** je též uvedena definice hyperaktivity. Jejím základem je neschopnost brzdit momentální impulzy a regulovat svoje chování vývojově odpovídajícím způsobem.

Pro nás to tedy znamená při práci s jedinci s ADHD, abychom zvládali hyperaktivitu ve smyslu narušení úrovně aktivace posuzovat ve vztahu k celkové aktuální vývojové úrovni dítěte.

2. 2. 1. Názory odborné veřejnosti na užití termínů ADD/ADHD či LMD

Spektrum názorů na sjednocení odborné i laické veřejnosti v užívané terminologii (ADHD/ADD x LMD) není zdaleka jednotné ani po roce 2002, v klinické praxi se stále používá především pojem LMD. Pro potřeby speciálně-pedagogické praxe se však jeví jako lepší a vhodnější název ADHD či ADD, který je krokem ke změně náhledů na problematiku ve smyslu posunu k popisu chování jako dostatečné substance k přidělení diagnózy. Lze tedy shrnout, že dřívější diagnózy, včetně LMD, se snažily postihnout etiologii poruchy, označení hyperkinetické poruchy v MKN -10 a ADHD,ADD v DSM -IV jsou behaviorálním vyústěním těchto poruch.

Uvedený behaviorální popis zvýrazňuje význam rodičovské a pedagogické diagnostiky. V případě ADHD/ADD jde o podmínku, bez které nelze diagnózu přidělit, protože obtíže se musí projevit alespoň ve dvou odlišných prostředích, v nichž dítě pobývá.

Ve speciálně-pedagogické praxi to znamená pracovat s diagnózou, která jasněji hovoří, kde jsou problémy dítěte. Na druhé straně však chybí etiologické hledisko, které by hovořilo o příčinách daného stavu, což je také v určitých případech velice podstatné.

V současnosti převažuje názor, že jde o psychosociální nemoc (Train 1997, Goldstein 1992). Autoři prezentují názor, že chování dítěte manifestuje způsob, kterým přistupuje široké sociální okolí k němu a kterým toto okolí akceptuje jeho vnější behaviorální projevy. Za předpokladu, že se upraví vztah okolního prostředí k němu, jeho problémy se dají částečně řešit. Problém ADHD považují sice za chronický, který se nedá vyléčit, ale zároveň za určitých podmínek ovlivnitelný.

Sam a Michael Goldstein (1992) na základě posledních studií ukazují, že u dětí s ADHD se pravděpodobně vyvíjejí sociální a emocionání problémy, dále obtíže v chování a učení. Pokud však tyto děti pocházejí ze stabilních rodin, kde mají vedení a podporu, je pravděpodobnost zlepšení a celkového vyrovnání se s ADHD výrazně lepší.

Roland a Horn (1999, s. 326) prognosticky uvádějí, že **průběh hyperkinetických poruch má tři možnosti:**

1. **ústup symptomů - vyléčení (většinou příznaky ustoupí v období adolescence)**
2. **přetrvávání symptomů do dospělosti**
3. **přechod symptomů do jiných poruch**

Čekat na spontánní ústup problémů není proto omluvitelné.

Kritériem pro stanovení diagnózy deficitu pozornosti - hyperaktivity se

věnuje např. DSM III - R z roku 1987 a využívá se i Connersova škála **(Roland - Horn, 1999).**

Aplikaci diagnostických kritérií podle DSM III - R uvádějí i **Paclt a Florian (1998).** V souladu **s DSM - IV** i my můžeme konstatovat, že ADHD/ADD je behaviorální expresí dřívějších diagnóz poruch, které se pokoušely zmapovat především etiologické faktory jejich vzniku. O ADHD můžeme uvažovat při výskytu 10 z celkových 14 příznaků, pokud jde o děti ve věkovém pásmu 3-5 let, při 8 ze 14 u 6-12letých a konečně při výskytu 6 ze 14 u 13-18letých dospívajících jedinců.. Uvedení autoři doporučují využívat též posuzovací škálu (rating scales) kvůli určení míry odchylky daného dítěte od jeho vrstevníků stejného pohlaví a mentálního věku.

Abychom však mohli poruchu skutečně diagnostikovat jako ADHD, popsané symptomy se musí objevovat po delší časové období, minimálně po dobu 6 měsíců. Vyskytne-li se u dětí z minoritních skupin, je třeba posuzovat jejich případnou poruchu ve vztahu k ostatním dětem z téhož prostředí a s identickým mentálním věkem.

DuPaul a Stoner (1994,s. 20) uvádějí kritéria ADHD Americké Psychiatrické Asociace DSM-IV, 1991, upravená pro potřeby školských zařízení:

A. Nejméně 6 z následujících symptomů musí přetrvávat po dobu nejméně 6 měsíců, a to v intenzitě nepřiměřené pro daný vývojový stupeň dítěte:

Často věnuje neúměrnou pozornost detailům, dělá chyby z nedbalosti ve školních úkolech a při dalších aktivitách, mívá obtíže v koncentraci pozornosti na zadávané úkoly či při hrách, často vypadá, že neposlouchá, co se mu říká, nepracuje dle instrukcí, nedokončuje práci, má nepořádek na svém místě, ve svých věcech - nejedná se však o projevy opozičního chování či vzdoru; má obtíže v organizování svých úkolů a aktivit, oddaluje plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí, často ztrácí věci nezbytné pro školu a zájmové aktivity, nechá se snadno rozptýlit cizími podněty s danou aktuální věcí nesouvisejícími, je zapomětlivý v denních činnostech.

B. Alespoň čtyři z následujících symptomů hyperaktivity - impulzivity přetrvávají nejméně 6 měsíců v takovém stupni, který je neslučitelný s vývojovou úrovní dítěte:

1. Často třepe rukama nebo nohama, vrtí se na židli.
2. Často opouští místo ve třídě nebo v situaci, v níž se očekává, že zůstane sedět.
3. Často běhá kolem v situaci, kde je to nevhodné.
4. Často není schopen klidně si hrát, nebo provádět klidnější činnosti ve volném

   čase.

5. Často vyhrkne odpověď, aniž si poslechne celou otázku.
6. Často má obtíže při stání v řadě, při hrách nebo skupinových činnostech.

SHRNUTÍ:

Problematika dětí s ADHD (LMD) byla prvně v našich zemích dána ve známost v roce 1904, kdy na tuto poruchu upozornil v Pedagogických rozhledech profesor Heveroch článkem „Dítě neposeda".

V 60. letech problematiku těchto dětí zdůrazňoval především prof. Kučera a uváděl ji pod názvem lehká dětská encefalopatie. Za její příčinu uváděl drobné difuzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu, vzniklé v období prenatálním, perinatálním či postnatálním před dobou dospělosti.

Postupně, pod vlivem především anglosaských odborníků, se u nás začíná používat pojem lehká mozková dysfunkce, někteří autoři, např. Černá (1999) používá termín lehké mozkové dysfunkce vzhledem k rozmanitosti a rozličnosti jednotlivých symptomů u dílčích diagnostikovaných případů.

V praxi psychologické a medicínské se setkáme též s názvem minimální mozkové dysfunkce (MMD).

Aktuální současné označování poruchy je následující: specifické poruchy chování. Často se však preferuje název, který upozorňuje na nejčastější projevy daného syndromu, a to:
hyperkinetický syndrom
hyperaktivní syndrom
porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)
porucha pozornosti (ADD)
opoziční chování (ODD, čili Oppositional Deviant Disorder) - zatím se u nás toto označení používá velice zřídka.

Lze říci, že postupně se odborná veřejnost přiklání k názoru, že hlavním etiologickým faktorem způsobujícím ADHD je dědičnost (Train, 1997). I když nelze striktně jednotlivé faktory oddělit, podíl jejich vlivu se v současnosti odhaduje procentuálně následujícím způsobem:
50 - 70 % - dědičnost,
20 - 30 % - komplikace během těhotenství a za porodu,
10% - pozdější vlivy.
Výskyt v populaci je většinou zmiňován od 5 - 15% populace,

postihuje častěji chlapce než dívky.

Otázka k zamyšlení:

- Pročtěte v literatuře základní zásady práce s hyperaktivním dítětem a promyslete, jak je budete aplikovat na konkrétního Vašeho žáka. Zpracujte si v bodech též jeho kazuistiku, která Vás může dovést k hlavním příčinám jeho obtíží.

Úkoly:

1. Seznamte se dle doporučené literatury s hlavními zásadami práce s dětmi s ADHD. Jakých forem práce, metod a prostředků použijete v reálné situaci při práci s dětmi s touto poruchou, budete-li učit:
   a) ve specializované třídě
   b) v běžné třídě základní školy, kde budou děti s ADHD integrovány?
2. Jaký je rozdíl mezi ADHD, ADD, ODD, LMD
3. Nastudujte z literatury a dalších mediálních zdrojů etiologii dané poruchy a doplňte je konkrétně do následující tabulky:
   etiologické souvislosti vzniku LMD (ADHD/ADD):
   faktory vnitřní (endogenní):
   faktory vnější (exogenní): a) organické a somatogenní
   b) psychogenní a sociogenní
4. Z literatury se seznamte s ontogenetickým vývojem jedince s ADHD od věku novorozeneckého do dospělosti

3. INTERVENCE V PPP PRO DĚTI S ADHD A JEJICH RODIČE

Cílem této kapitoly je

- **seznámit čtenáře se smyslem intervenčních technik pro děti s ADHD a jejich rodiče**
- **uvést alespoň některé alternativní metody práce s těmito dětmi**

Matka chlapce, ADD, 8 let, průměrné intelektové schopnosti:
„...Už si vůbec nevíme rady. Stále nosí poznámky, že nedokončuje práci, stále za domácí úkoly dokončujeme to, co nestihne ve třídě. O víkendu jsem již matematiku dopsala za něj, abychom mohli jít taky na chvíli ven. Domácí úkol píšeme s přestávkami dvě hodiny, a to obden. Z toho téměř 45 minut syna přesvědčuji, že úkol napsat musíme. Říká mi, že jsem na něj zlá, že se pořád učíme. Než úkol doděláme, běhá na WC, napít, protože zrovna teď má strašnou žízeň, apod. Museli jsme přestat chodit na modelářský kroužek, protože ten den, kdy probíhal, jsme vůbec nezvládali večer přípravu do školy. Manžel mi vyčítá, že syna trápím, že nezvládám dělat teplé večeře a že mou zásluhou je doma peklo…"

Podpora rodičů ze strany odborníků je nezbytná, neboť nesprávný postoj sociálního okolí může být hlavním zdrojem vyskytujících se problémů.
V PPP se setkáváme většinou z hlediska ADHD (ADD) poruchy se dvěma typy rodičů:
a) ti, kteří přicházejí a nevědí, proč jejich dítě má nějaké problémy v chování a učení
b) ti, kteří vědí, že dítě má poruchu pozornosti s hyperaktivitou či bez hyperaktivity, ale domnívají se, že stále nevědí, jak k dítěti přistupovat, jak pomoci nejen jemu, ale vlastně i sobě.
Jak tedy z hlediska intervence můžeme rodičům v PPP pomoci?
Vycházíme ze zkušeností, že rodiče od nás potřebují především praktickou radu a strategii, která by jim mohla pomoci v průběhu každodenních situací a každodenního života.

V prvotním kontaktu nám jde vždy především o objasnění příčin a projevů obtíží jejich dítěte, jde nám o posílení výchovné kompetence rodičů. Je nám jasné, že pokud jsou rodiče ve své situaci příliš nejistí a nedokáží odhadnout, jak k dítěti přistupovat a jak s ním komunikovat, mají tendence ho spíše přetěžovat a nesprávně využívají následně jeho možností.

Již z úvodního rozhovoru, který předchází jakékoliv další vyšetření, nám bývá zřejmé, že rodiče mají např. k dítěti ambivalentní postoj, nevyrovnané

požadavky - jednou příliš vysoké, podruhé neúměrně nízké, jak rychle ztrácejí trpělivost, jak na daný problém rezignují, či jak mají vytvořený nereálný obraz o dítěti. Proto nabízíme další možnosti práce s dítětem v prostředí poradenského pracoviště.

Během jednotlivých setkání vedeme rodiče k poznání, které z projevů dané poruchy lze ovlivnit a jakým způsobem. Zaměřujeme se především na:
emoční labilitu dítěte,
zvýšený motorický neklid,
oslabení percepčně-kognitivních funkcí,
nadměrnou neúčelnou pohyblivost,
sníženou koncentraci pozornosti,
artikulační neobratnost.

Lze využít alespoň orientačně **schéma terapeutického programu dle E.V.Hooydonka a B. Oberaurera (1998)**, sloužícího mj. i k identifikaci příčiny poruchy praxe. Je tvořen čtyřmi oblastmi:
1. Oblast vnímání - zahrnuje schopnost zaměřit pozornost, orientovat se, vnímat celek, vnitřní zpracování, vnímání detailu, diferenciaci - hledání vztahů; obtíže v oblasti vnímání znemožňují dítěti uspět ve všech oblastech ostatních. Terapie se musí zaměřit na vnímání a udržení pozornosti. Mezi cvičení, která doporučujeme, patří např. vyhledávání podobností předmětů či obrázků, jejich třídění dle předem stanoveného znaku, přiřazování podle vlastnosti, hry typu pexeso, puzzle. V domácím prostředí je vhodné pověřovat dítě prostíráním stolu, tříděním prádla, apod.
2. Oblast poznávání - zahrnuje schopnost hodnotit - poznat, přiřadit vlastnost, orientovat se v prostoru a čase, poznat význam „něčeho", pochopit použití. Těžkosti v této oblasti stěžují aktuálně zapamatování a vytváření asociací. Klient je rychle unavený, ztrácí zájem o věc, je bezradný. Mezi vhodná cvičení patří hry na vytváření asociací (je to jako...), hry na přiřazování věcí k symbolům, cvičení na prostorovou a PLO orientaci, vytváření prostoru pro aktivní používání známých věcí.
3. Oblast plánování - zahrnuje schopnost určit si cíl, postupovat dle plánu, vybrat si možnosti, průběžně hodnotit a analyzovat činnost. Obtíže zde se projevují zbrklým konáním, nepromyšlenými kroky v činnosti, nesamostatností, nekritičností. Vycházíme z poznatků, že pokud dítě nechápe smysl činností, je těžké ho vůbec motivovat. Proto udávané úkoly musí být zpočátku krátké a takové, aby je dítě bylo schopno vykonávat a aby z nich mělo bezprostřední užitek (podej si koláč, nalij si kakao...). Důležitou podmínkou úspěchu je verbalizování činnosti i verbalizace řešení - i tehdy, když dítě samo nemá potřebu hovořit o tom, co a proč dělá. Musíme tedy my v tom případě vysvětlovat význam a smysl počínání, minimálně jako projev úcty k dítěti.

4. Oblast vlastní činnosti (konání) - zahrnuje schopnost zahájit činnost, pokračovat v ní, vydržet u ní, dokončit ji - tzn. dosažení cíle, kontrola dosáhnutého záměru. Mnoho klientů totiž nemusí mít velké problémy v předcházejících oblastech, ale v této selžou. Neumí totiž začít či dokončit určitou činnost. Musíme vzít v úvahu, že podkladem problémů může být nedostatek praktických zkušeností s danou činností, málo opakovaných zážitků.

Jednou z dalších možností terapeutického vedení dítěte, jehož cílem je posílení pozornosti, rozvoj percepčně-kognitivních funkcí, ale hlavně nácvik přístupu k dítěti a pravidelné práce s ním v atmosféře klidu a pohody ze strany rodičů, je program **KUPOZ pro děti školního věku (autorkou je PhDr. P. Kuncová) a program HYPO pro děti věku předškolního a žáky prvních tříd (autorkou PhDr. Z. Michalová, Ph.D.).** Oba programy probíhají formou pravidelných čtrnáctidenních konzultací, při nichž se rodiče opětovně dozvídají zcela nenásilným způsobem, jak mají učit své dítě, jak ho vychovávat, jak budovat jeho sebevědomí a sebeúctu. Kromě toho samozřejmě potřebují zvládat vlastní pocity, vlastní problémy, vyrovnat se s výčitkami, že ostatním sourozencům v rodině nevěnují tolik pozornosti, apod.

Další z možností práce s rodiči dětí je jejich setkávání s rodiči dětí se stejnými obtížemi. Potřebují totiž vidět, že nejsou se svými problémy sami, že existují lidé ochotní se podělit o své zkušenosti, kteří si budou vzájemně chápavě a aktivně naslouchat. Možnost setkávat se mají při účasti ve skupinách pro rodiče a děti s ADHD. např. **v rámci psychorelaxačních cvičení či při kognitivně-behaviorální terapii (KBT).**

Metoda EEG - biofeedback je jednou z dalších alternativních metod, jak pracovat s dítětem s uvedenou poruchou s cílem posílit jeho pozornost. Tento způsob práce doporučujeme u dětí, jejichž intelekt je nadprůměrný a kde nedostatečná koncentrace pozornosti je alfou a omegou všech jejich problémů ve školním i domácím prostředí.

EEG - biofeedback je neuropsychoterapeutická metoda. Její teoretickou bází jsou poznatky o schopnosti měnit svou psychickou aktivitou neurofyziologické parametry mozkové aktivity. Jedná se vlastně o využívání principu biologické zpětné vazby. Zpětná vazba je způsob, kterým se seznamujeme s případnou dysfunkcí naší centrální nervové soustavy.
Psychoterapie EEG - biofeedbacku je založena na:
1. práci s klientem,
2. práci s jeho EEG signálem,
3. využití počítačové technologie pro vedení zpětnovazebného tréninku.

Při práci s klientem se uplatňují jak metody symptomatické psychoterapie, mezi které např. řadíme autogenní trénink, imaginaci, relaxaci, tak i metody psychoterapie dynamické.
Intervence do fungování regulace CNS je mimořádně efektivní pro ovlivňování

funkčních a organických poškození (poruch), které se rozvíjejí na geneticky predisponovaném terénu, často se však jedná i o získané dysfunkce mozkové aktivity, podmíněné i neadekvátním působením sociálního prostředí a ambivalencí výchovného působení. **Indikacemi jsou převážně dysfunkce ve smyslu hyper či hypoaktivity, způsobující změnu aktivační úrovně jedince. Tím je oslabena kortikální regulace chování a důsledkem se stává narušená či snížená schopnost sebekontroly jedince.**

Indikace jednotlivých tréninkových modelů vycházejí z přesně stanoveného diagnostického pojetí a na jeho základě se stanovuje vlastní rozsah tréninku. **Výhoda této metody na rozdíl od jiných psychoterapií spočívá v časové ohraničenosti s trvalým účinnostním efektem, není pouhou jednorázovou „konvulzí" na posílení identity jedince.**

Závěrem chci říci, že existuje mnoho dalších alternativních metod, jak s takovýmito dětmi pracovat. Neexistuje však žádný stoprocentně platný správný univerzální způsob práce a zaručený přístup, který by byl obecně použitelný pro každé dítě a jeho vychovatele. Čas je dobrý učitel a mnoho rodičů a učitelů zvládá s postupujícími dny, měsíci a roky práci s dětmi s ADHD snadněji. Hlavní zásadou, kterou však lze obecně doporučit - postupujme po malých krocích, stanovujme si krátkodobé a reálné cíle a na ně zaměřujme své úsilí a pozornost a buďme důslední. Vše ale musí probíhat v situaci, kdy jsme dítěti schopni svým konáním sdělovat, že jej milujeme takové, jaké je a že nám záleží na něm jako na osobnosti, která je prvořadá. Nesrovnávejme ho s ostatními dětmi s daným syndromem ani s dětmi bez jakýchkoliv obtíží. I v tom spočívá mistrovství vychovatele.

SHRNUTÍ:

Většina dospělých, rodičů, učitelů i vychovatelů předpokládá, že dítě školního věku je již v takovém stádiu schopnosti zvládání vlastní autoregulace, že musí umět své hyperaktivní projevy tlumit. Často se proto hyperaktivita zaměňuje s poruchou chování nespecifického charakteru. Hlavním problémem jedinců s ADHD je jejich neschopnost dodržovat stanovené normy chování v sociálním prostředí, v němž se pohybují, tudíž nejsou schopni chovat se přiměřeným způsobem. Hyperaktivní jedinci mívají problémy v kolektivu nejen s dospělými, ale i s dětmi, neboť jejich chování ve vrstevnické skupině bývá pro všechny často nepochopitelné v určité probíhající situaci. V dospělosti mívají jedinci s ADHD často obtíže v oblasti sociální adaptace a sebehodnocení, často se u nich může objevit sklon k asociálnímu chování.

Úkoly:

1. Na základě průzkumu prováděného v letech 1996-98 vyplynuly následující POSTOJE UČITELSTVA K HYPERAKTIVITĚ:
   - *hyperaktivní dítě vyvolává napětí ve všech lidech, kteří s ním jsou v delším či dokonce každodenním kontaktu*
   - *projev hyperaktivního dítěte ruší, vyčerpává, dráždí*
   - *učitelé se domnívají, že dítě - školák musí být na takovém stupni autoregulace chování a jednání, že jeho hyperaktivní projevy často jsou ztotožňovány s nevychovaností, drzostí, schválností*
   - *učitelé mají tendence hyperaktivní dítě srovnávat s jedincem s nedostatkem motivace pro školní práci, tudíž ho obviňují z lenosti, neochoty pracovat, z nezájmu o výuku, až ve 22% učitelé hodnotí své žáky s hyperaktivitou jako agresivní*

   Dejte tyto poznatky do souladu se zjištěními předních odborníků z literatury a proveďte formou konceptů srovnání jejich zkušeností. Využijte např. knihy Allana Traina, Sandry Rieffové, Amandy Kirbyové (viz. Seznam doporučené literatury).
2. Vyhledejte z internetu a literatury další druhy alternativních metod práce u nás i ve světě s dětmi s ADHD a sestavte o nich referát pro ostatní studenty z ročníku.
3. V čem tkví hlavní podpora rodiny dítěte s ADHD ze strany odborníků?
4. Co je podstatou psychorelaxačních cvičení?
5. Předmětem spolupráce rodičů a školy by neměla být pouze péče o jeho učební profil, ale i o profil celé jeho osobnosti.

   Dr. David Lewis ve své knize Help Zour Child Through School, citované mj. v časopise **Děti a my (1995, č. 5, s. 32)** uvádí několik rad pro rodiče ve smyslu co dělat pro dobrou komunikaci mezi rodiči a učiteli. Dobře si je pročtěte a přetvořte je tak, aby byly určeny pro pedagogy. U každého bodu si uvědomte, co je v něm nejpodstatnější. Připravte kazuistiku konkrétního žáka a dle následujících bodů si připravte setkání a rozhovor s jeho zákonným zástupcem.

   1. Seznamte se s učiteli svého dítěte.

   2. Než si budete stěžovat, prozkoumejte skutečnosti z obou stran.

   3. Pokud jste rozčílený, vždy se zklidněte než si promluvíte s učitelem.

   4. Než se setkáte s učitelem, napište si otázky, na které se ho chcete zeptat, sepište si, čeho byste rádi dosáhli.

   5. Vyjádřete své stanovisko jasně a pevně a pak s učitelem zkoumejte, jaké praktické kroky by bylo možno podniknout, aby se překlenuly všechny problémy.

   6. Představte si, jak by vám bylo v pozici učitele. Ptejte se sami sebe, co

byste dělali na jeho místě. Pomůže vám to dohodnout se na uspokojivém řešení.

7. Pozorně naslouchejte a mluvte, když je to vhodné. Neostýchejte se zeptat, pokud něčemu nerozumíte. Nesouhlasíte-li s něčím, co bylo řečeno, tak to řekněte a zdvořile vysvětlete, proč nesouhlasíte.

6. V časopise Výchovný poradce (viz. seznam literatury, rok 2001, 2002) si pročtěte výzkum, který se zabývá **vlivem** pobytu ve specializované třídě na rozvoj sebehodnocení dítěte se specifickou poruchou chování a učení. Na jeho základě a na základě všech poznatků teoretických i praktických uveďte, jaké jsou vztahy hyperaktivního dítěte s vrstevníky, rodiči, vychovateli.

4. SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY UČENÍ

Cílem této kapitoly je:

- **Seznámit se s definicí specifických poruch učení a objasnit rozdíl mezi poruchami specifickými a nespecifickými; zaměřit se na schopnost rozlišení specifických chyb od nespecifických; zorientovat se v etiologii dílčích poruch**

Z rozhovorů s rodiči dětí s SPU:
Chlapec, dysgrafik, 3. tř. ZŠ
„…Než přijdeme z práce, chceme, aby si napsal úkol na papír. Teprve, když mu celou práci zkontroluji, může psát znovu do sešitu. Nevím, jestli to dělá schválně, ale častokrát má v čistopise více chyb než v předloze a písmo vypadá, jako kdyby to psal jeho kocour Mikeš…"

Chlapec, 7. tř., přetrvávající dyslexie, dysortografie
„….Vůbec nechce číst. Na nápravy jsme přestali chodit hned ve třetí třídě, protože jsme si tam pořád hráli s obrázky, obtahovali slabiky, ale ke čtení jako takovému jsme se stejně nějak nedostali. Když se má naučit na písemku a chci, aby to zvládl s obstojným výsledkem, musím si s ním sednout a všechno mu předčítat. On si dobře pamatuje. Velký problém jsou ale diktáty. Doma napíše diktát na jednotku, ve škole píše ten samý a je to chyba na chybě. Obzvláště v druhých půlkách cvičení. Takže z diktátů má skoro stále pětky…"

4. 1. Definice specifických vývojových poruch učení

Specifické poruchy učení nazýváme vývojovými z toho důvodu, že se objevují jako vývojově podmíněný projev. Nejsme si jisti, zda všechny SPU mají skutečně biologický podklad, ale jisté je, že provázejí člověka až do dospělosti. Při zkoumání anamnézy některých dětí, u nichž dyslektické obtíže diagnostikujeme, nejsme schopni v současné době vyloučit jako etiologický faktor vzniku nízký komunikační práh mezi jednotlivými členy rodiny – je poměrně jisté, že určitá komunikační deprivace v raném věku dítěte může být způsobena převahou přijímaných informací zprostředkovaně sdělovacími prostředky na úkor vedených rozhovorů mezi dítětem a jeho rodiči. Prof. Fabera mj. na 16. světovém kongresu International Reading Association v Praze v roce 1996 dokazoval, že **určité partie mozku jsou aktivovány během plnění fonologických úkolů souvisejících se čtením jinak a na jiných místech u jedinců s dyslexií a u nedyslektiků, a to i v době, kdy se navenek domníváme, že u jedince již jeho dyslektické obtíže pominuly.**

Dyslektické obtíže se však v plném rozsahu začnou projevovat teprve

v období školní docházky dítěte do základní školy v souladu s kladením nároků na jeho specifické schopnosti pro čtení, pravopis, psaní, počítání. Poruchy se projevují nedokonalou schopností vnímat, mluvit, číst, psát, ovládat pravopis nebo počítat. Nejsou ani spojeny primárně se smyslovým handicapem jedince a se snížením nebo opožděním rozumového vývoje (Novotná, Kremličková,1997). Právě proto označujeme tyto poruchy jako specifické – z důvodu jejich odlišení od poruch nespecifických, způsobených například smyslovým handicapem či celkovým opožděným vývojem intelektových schopností, častou absencí dítěte ve škole z důvodu nemoci, záškoláctví apod. Z. Matějčkem jsou tyto nespecifické poruchy učení nazvány termínem „nepravé dyslexie čili pseudodyslexie" (Matějček, 1993, s. 97)

Definice, kterou roku 1976 vydal Úřad pro výchovu v USA, je uvedena Matějčkem (sec. cit. 1993) následujícím způsobem:

„Specifické poruchy učení jsou poruchami v jednom nebo více psychických procesech, které se účastní v porozumění řeči nebo v užívání řeči, a to v mluvené i psané. Tyto poruchy se mohou projevovat v nedokonalé schopnosti naslouchat, myslet, mluvit, číst, psát nebo počítat. Zahrnují stavy, jako je např. narušené vnímání, mozkové poškození, LMD, dyslexie, vývojová dysfázie atd. Následující definice, pocházející z roku 1980, je formulována skupinou expertů Národního ústavu zdraví ve Washingtonu v USA společně s odborníky z Ortonovy společnosti, opět uvedena Matějčkem (1993**): „Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha může vyskytovat souběžně s jinými formami postižení (jako např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná výuka nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů."**

Dle Matějčka (1995) jsou poruchy učení souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci nervového systému. Vlastní termín poruch učení byl v moderní době uveden do odborné literatury Samuelem Kirkem roku 1963.

Pokorná (1997) se domnívá, že v české odborné literatuře není jasně definována terminologie SPU. Je používáno různorodých termínů –

specifické poruchy učení, specifické vývojové poruchy učení či krátce vývojové poruchy učení. Pod uvedené termíny se ukrývají jiné, těmto podřazené: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dysmuzie, dyspinxie.

4. 2. Specifické vývojové poruchy učení v Mezinárodní klasifikaci nemocí

Specifickými poruchami učení se zabývá též 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí ve svém oddíle Duševní poruchy a poruchy chování. Najdeme je v kategoriích F80-F89 Poruchy psychického vývoje. Vzhledem k důležitosti a nutnosti pracovat s dítětem s SPU týmově (učitel, speciální pedagog, psycholog, neurolog, …) je vhodné vyznat se i v následujících diagnózách:

F 80.	**Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka**
F 81.	**Specifické vývojové poruchy školních dovedností**
F 81. 0.	**Specifická porucha čtení**
F 81. 1.	**Specifická porucha psaní**
F 81. 2.	**Specifická porucha počítání**
F 81. 3.	**Smíšená porucha školních dovedností**
F 81. 8.	**Jiné vývojové poruchy školních dovedností**
F 81. 9.	**Vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná**
F 82.	**Specifická vývojová porucha motorické funkce**
F 83.	**Smíšené specifické vývojové poruchy**

(Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování, 1992)

4. 3. Druhy specifických poruch učení

4. 3. 1. Dyslexie

Dyslexie znamená specifickou neschopnost naučit se číst běžnými výukovými metodami. Její současné definice jsou založené na diskrepanci mezi inteligencí, naměřenou dle inteligenčního testu a na výkonu ve čtení, měřeném standardizovanými čtenářskými texty v provedení Matějčka a jeho spolupracovníků. Diskrepance, o které jsme se zmiňovali, se věkem mění v závislosti na inteligenční úrovni dotyčného, záleží však i na spolehlivosti a citlivosti použitých testů. Za signifikantní se považuje v raném dětství dvouleté opoždění ve čtení, později, když se čtecí schopnosti téměř stabilizují, nemusí být již tak významné. Mírnější formy poruchy, nebo ty, které jsou spojeny s vysokým IQ, nemusí být objeveny až do středního školního věku či

naopak objeveny jsou, ale rodiče si nepřejí, aby jejich dítě bylo za dyslektika označené. Právo rodičů rozhodovat o dítěti je třeba respektovat i v případě našeho přesvědčení, že se dítěti vlastně ubližuje, škodí. Na druhou stranu někteří rodiče znají své dítě velice dobře a jsou schopni citlivě vystihnout jeho problémy a pomoci mu důsledně s jejich řešením.

Samotného termínu dyslexie je v literatuře užíváno ve dvou významech:
a) *V **širším slova smyslu*** znamená označení celého komplexu specifických vývojových poruch učení z důvodu jejich častého společného výskytu u jedince, užívá se tedy jako pojem obecný. V současnosti je hojně užívaný termín specifické vývojové poruchy učení (SVPU) či zkráceně specifické poruchy učení (SPU)
b) *V **užším slova smyslu*** odlišuje tento termín poruchu čtení od ostatních poruch psaní a pravopisu. Označuje tedy jeden z druhů SPU.

Také u nás hojně užívaný termín dyslektik označuje v širším slova smyslu jakéhokoliv žáka se specifickou poruchou učení jak ve čtení, tak v psaní či pravopisu. S tímto označením se setkáme především v běžné praxi pro rychlé a snadné dorozumění mezi odborníky. V souvislosti se současnými trendy speciální pedagogiky, zdůrazňujícími osobnost jedince s postižením, by bylo vhodnější upřednostňovat termín „žák se specifickou vývojovou poruchou učení" obecně, v užším slova smyslu „žák s dyslexií", „žák s dysortografií" atd. V otázce definice dyslexie dosud nedošlo k sjednocení; jsou tendence k výskytu definic nových a nových. Ve svém příspěvku „Tři nové definice dyslexie" uveřejněném ve Sborníku specifických poruch učení a chování Z. Matějček předkládá k diskusi dvě nové definice Ortonovy Dyslektické společnosti v USA, přijaté Americkou Psychiatrickou Asociací. Sám autor článku však konstatuje, že „... žádná definice aktuálního a živoucího společenského problému není definitivní, byť by byla zaštítěna jakkoli věhlasnou komisí. " (Z. Matějček, In: Sborník 1994, s. 8). Pro naši práci s dyslektickými dětmi vyjdeme z příspěvku Z. Žlaba (1986), který praví, že **specifická porucha čtení se projevuje neschopností naučit se číst, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a žije v prostředí, které mu dává dostatek potřebných podnětů k žádoucímu společenskému a kulturnímu rozvoji.**

Co patří mezi typické dyslektické chyby?

– obtížné rozlišování tvarů písmen
– snížená schopnost spojovat psanou a zvukovou podobu hlásky
– obtíže v rozlišování tvarově podobných písmen
– nerozlišování hlásek zvukově si blízkých
– obtíže v měkčení
– nedodržování správného pořadí písmen ve slabice, či slově - tzv. inverze

– přídavky písmen, slabik do slov
– vynechávání písmen, slabik ve slovech
– domýšlení si koncovky slova dle správně přečteného jeho začátku
– nedodržování délek samohlásek
– neschopnost čtení s intonací
– nesprávné čtení předložkových vazeb
– nepochopení obsahu čteného textu
– dvojí čtení - žák čte nejprve slovo, slabiku či jeho část šeptem pro sebe, pak teprve vyslovuje nahlas

4. 3. 2. Dysortografie

Dysortografie je specifická porucha pravopisu, velice často se vyskytuje ve spojení s dyslexií. J. Swierkoszová uvádí, že se s dysortografií často setkává u žáků s napravenou dyslexií, kteří i na druhém stupni ZŠ mají problémy v oblasti pravopisu (Swierkoszová, J. , In.: V. Lechta a kol., 1990). Navenek se tedy projevuje u žáků narušenou schopností osvojovat si pravopis jazyka přes přiměřenou inteligenci a běžné výukové vedení, kterého se jim dostává. Typická je např. neschopnost dodržet pořadí písmen při psaní ve slově, nedostatky v měkčení, v nesprávném dodržování délek samohlásek, neschopnost aplikovat i dobře naučená gramatická pravidla do písemné podoby, chybí cit pro jazyk, jehož důsledkem je snížená schopnost např. skloňovat a časovat příslušné druhy slov. V žádném případě, jak vyplývá z výše uvedeného, porucha nepostihuje celou oblast gramatiky, dotýká se pouze tzv. specifických dysortografických projevů. **Podkladem často bývá nedostatečně rozvinutá oblast sluchové percepce (sluchová paměť, analýza, syntéza, audiomotorická koordinace, příp. i fonematický sluch).** Nesmíme však zapomenout, že obtíže mohou vyplývat i z dysfunkce pravé mozkové hemisféry a promítají se u některých dětí i na druhém stupni ZŠ do záměny tvarově podobných písmen. **Dysortografie se také může rozvinout na bázi poruchy dynamiky duševních procesů**: na podkladě hyperaktivity, případně hypoaktivity je negativně ovlivněn průběh procesu psaní, žák se snadno unaví a není schopen správně aplikovat třeba i dobře naučené gramatické učivo do písemné podoby. Shrňme problematiku dysortografie uvedením **typických znaků** dle Žlaba (1988). Ten rozlišuje dysortografii:

a) *auditivní*, při níž jde o primární narušení procesů sluchové diferenciace a analýzy a oslabení bezprostřední auditivní (sluchové) paměti; žáci mají problémy v zachycení pořadí jednotlivých hlásek ve slově, smysl slova však chápou.

b) *vizuální*, při níž je snížena kvalita vizuální (zrakové) paměti. Jedinec není schopen si dokonale vybavit písmena (grafémy), tvarově i sluchově podobná. Žák není schopen napsané chyby v textu správně identifikovat

a i při poskytnutí možnosti delšího času na opravu jich zvládá zachytit a opravit pouze velmi sporadické množství, ba dokonce někdy i chyby přidělá tam, kde původní pravidlo aplikoval správně.

c) *motorickou*, která souvisí s namáhavostí a pomalostí vlastního aktu psaní. Příčinou je narušení jemné motoriky ve smyslu vývojové dyspraxie. Vlastní grafický projev odčerpává veškerou koncentraci pozornosti žáka, nedostává se jí již na uvědomělé aplikování gramatických pravidel a vlastní kontrolu napsaného cvičení. Na tomto místě můžeme zvážit, zda vlastně tedy dysortografie není jen typem vývojové dysgrafie, související s dyspraxií žáka.

Závěrem je nutné si dále uvědomit, že **s věkem dítěte se mění obraz poruchy v jeho výkonnosti.** Zhruba do třetí třídy se objevují klasické dysortografické chyby včetně záměn tvarů písmen, inverzí, různých zkomolenin slov, postupně je těchto chyb méně, ovšem dítě i ve vyšší třídě potřebuje na správné napsání více času než žák bez poruchy. Pokud je vyvíjen tlak na zvýšení rychlosti při písemném projevu, je typickým jevem, že se i u staršího žáka dysortografické chyby znovu objeví, přibudou, obzvláště u dětí zároveň i s dysgrafií, chyby pravopisné a to i v jevech, které dítě bezpečně ústně ovládá. Proto všichni odborníci doporučují poskytovat žákovi s dysortografií větší časový prostor pro vypracovávání písemností, nestresovat ho časovými limity a upřednostňovat u něj ústní zkoušení před písemným.

Co patří mezi specifické chyby dysortografického charakteru?

- **grafické záměny zvukově podobných hlásek (b-d, z-s, h-ch)**
- **obtížná výbavnost naučeného tvaru písmene v písemné podobě, snížená schopnost spojení psané a slyšené podoby hlásky – záměny tvarově podobných písmen v písemné podobě**
- **chyby z artikulační neobratnosti**
- **chyby v měkčení na akustickém podkladě**
- **chyby v důsledku sykavkových asimilací**
- **neschopnost dodržovat pořadí písmen, slabik ve slově, inverze**
- **přidávání nepatřících písmen a slabik a do slov**
- **neschopnost dodržování délek samohlásek**
- **neschopnost rozlišovat hranice slov ve větě**
- **problémy ve slabikách a slovech se slabikotvorným r, l**

4. 3. 3. Dysgrafie

Dysgrafie je specifickou poruchou psaní, čili grafického projevu jako takového. Samotný proces psaní vyčerpává dysgrafikovu kapacitu koncentrace pozornosti tak, že již není schopen se plně soustředit na obsahovou a gramatickou stránku projevu. Převaha obtíží je v narušení

úrovně jemné motoriky. Písmo těchto dětí bývá neupravené, kostrbaté, hůře čitelné až nečitelné, nepamatují si dlouho tvary písmen, zaměňují je, vlastní proces psaní je neúnosně pomalý vzhledem k fyzickému věku dítěte, neobratný, těžkopádný.

Nyní bychom ještě shrnuli znaky dysgrafie, které jsou důkazem pro učitele i u jedinců staršího věku, že jejich obtíže jsou právě dysgrafického charakteru:

- **obecně nečitelné písmo, a to i přes dostatečný čas a pozornost věnovaný danému úkolu**
- **tendence k směšování psacího a tiskacího písma, nepravidelná velikost, rozličnost tvarů, nerovnost linií, nerovnoměrný sklon, častá neschopnost dodržet psaní na řádku**
- **nedopsaná slova či písmena, vynechávání slov v souvislém textu**
- **nepravidelné uspořádání na stránce vzhledem k řádkám a okrajům**
- **nepravidelná hustota mezi slovy a písmeny**
- **často atypický úchop psacího náčiní či křečovitý úchop prstů ve špetce s prolomeným ukazovákem přesto, že ruka se nám jeví celkově uvolněně**
- **zvláštní držení těla při psaní**
- **typické bývá diktování si polohlasem sledu písmen, bedlivé pozorování vlastní píšící ruky**
- **výrazně pomalé tempo práce, neskonalé úsilí při veškerém písemném projevu**
- **obsah napsaného v časové tísni velice často na žádném stupni školního vzdělávání nekoordinuje se skutečnými žákovými (studentovými) jazykovými dovednostmi a schopnostmi**

Základní zásadou práce s dysgrafikem je umožnit mu snížit vliv psaní na výsledek učení a vyjádření znalostí. Proto se snažme pozměnit zadání úkolů a našich nároků na studenta tak, aby byly v souladu s jeho potřebami pro učení. Především bychom se měli snažit změnit poměr napsané práce k možnosti vyjádřit se ústně, měli bychom zvážit objem písemné práce, kterou po studentovi budeme požadovat bez pomoci počítače, dále by bylo vhodné zvážit složitost psaného úkolu, užití nástrojů k vytvoření psaného produktu a formát písemné práce.

Pokud problém žáka či studenta je doopravdy na podkladě motorické neobratnosti a s ní související dysgrafie, budeme se v rámci integrace snažit v přístupu k dysgrafikovi o následující (musíme si uvědomit, že dysgrafie se promítá do všech předmětů):

- umožněme žákovi (studentovi) poskytnout více času na písemný úkol včetně tvorby poznámek, přepisů, ale i testů
- dopřejme takovýmto žákům (studentům), aby své úkoly začali zpracovávat skutečně včas, a to i v rámci domácí přípravy (zadávejme vše s dostatečným časovým předstihem)
- do domácí přípravy zabudujme úkoly, při nichž bude trávit žák (student) v knihovně, snažme se, aby takto mohl nahradit část písemného úkolu
- podporujme, aby se žáci již od druhého stupně ZŠ učili psát na počítačové klávesnici – zvýší se tak rychlost a čitelnost jejich písemného úkolu
- rozdělujme psaní na úseky a naučme dělat to samé žáky (studenty); učme je jednotlivým úsekům psacího procesu (hledání nápadu na téma obsahu psaného, psaní nanečisto včetně sběru materiálu, sestavení textu, závěrečná korektura; zde je vhodné zvážit, zda by se neosvědčilo hodnotit tyto části písemné práce izolovaně, aby byly všechny fáze práce ohodnoceny. Pokud je psaní příliš pracné, dovolte žákovi (studentovi), aby učinil spíše nějaké ediční poznámky, než aby ručně opisoval celou práci; preferujme práci na počítači
- na počítači může žák – student vypracovat koncept práce, zkopírovat jej a dle něj zkontrolovat napsanou práci – učitel tak může hodnotit obě části práce
- nehodnoťme známkou gramatiku u konceptů, hrubých návrhů, jednoduchých a stručných úkolů, u kterých nám jde především o obsah
- podporujme u žáků (studentů) používání korekčních programů
- místo komplexních poznámek předkládejme žákům a studentům částečně vyplněná schémata, která bude moci doplnit o detaily
- odstraňme kritéria úpravy a pravopisu k hodnocení některých vypracovaných úloh, zejména v naukových předmětech
- vytvořme takové úkoly, které budou postupně hodnoceny podle specifických částí psacího procesu
- umožněte žákům a studentům psát poznámky ve zkratkách. Pokud se student naučí pracovat s vlastním repertoárem zkratek ve vlastním sešitě, bude se mu to velice hodit v budoucnu při zapisování rozličných poznámek
- snažme se redukovat aspekty při přepisování – dejme při výkladu např. papíry s již natištěnými hlavními problémy, resp. Klíčovými body ve výkladu, ať se mohou zaměřit především na pochopení látky a nikoliv na její přepisování
- dovolte psát těm, kterým to vyhovuje, tiskacím písmem
- dovolte i starším žákům a studentům používat na psaní linkované sešity s šíří linek dle jejich výběru. Nesmíme však zapomenout, že někteří studenti však píší malými písmeny úmyslně, aby zamaskovali nesprávný pravopis
- dovolme žákům (studentům) používat papír a psací náčiní rozličných

barev
- dovolte dysgrafikům při matematice používat čtverečkovaný či linkovaný sešit

Dále zvažte i v rámci zabudování do individuálního vzdělávacího programu:

- zda zabudovat průběžné a pravidelné úkoly do žákova (studentova) rozvrhu, které budou psány ručně; detaily ohledně rozsahu takových úkolů budou samozřejmě záviset i na věku a přístupu studenta, ale mnoho studentů by chtělo mít lepší rukopis, pokud jsou toho schopni; zde je důležité dohodnout se i s odborníky, např. v PPP
- pokud má žák s psaním a jemnou motorikou velký problém, je možné zvážit, zda by pro něj nebyla vhodná ergoterapie, prvky synergetické terapie apod. (jedná se o možnost poskytnutí intenzivní pomoci jedinci v této oblasti)
- nezapomeňme si uvědomit, že způsob a technika psaní se zakóduje velice brzy a zda má někdy vůbec smysl vést diskuse, někdy až boj se žákem či studentem, zda má psát tím či oním způsobem či náčiním – měli bychom si být jisti, že to, co po žákovi požadujeme, bude mít opravdu výraznou účinnost na výsledek jeho práce, v opačném případě je vhodnější ponechat výběr písma a psacího náčiní na něm samotném
- i když žák bude používat počítač pro většinu svých písemností, vytvořme i přesto rovnováhu mezi touto metodou, umožňující žákovi (studentovi) zaměřit se na obsah a pravopis psaného dokumentu a mezi přiměřenými požadavky na psaní ručně

4. 3. 4. Dyskalkulie

Dyskalkulie je specifickou poruchou matematických schopností ve smyslu neschopnosti operovat s číselnými symboly. Podle Košče (1990) jde o strukturální poruchu matematických schopností, která má svůj původ v genově nebo perinatálně podmíněném narušení těch partií mozku, které souvisí s přiměřeným anatomicko-fyziologickým zráním matematických funkcí; nemá však za následek poruchu mentálních funkcí.

Příznaky dyskalkulie jsou velice pestré, podle nich dělíme dyskalkulii do dalších typů.

Typy dyskalkulie:

1. ***Praktognostická*** – žák má narušenu matematickou schopnost manipulace s předměty konkrétními či nakreslenými a jejich přiřazování k symbolu čísla (paralelní přiřazování čísla k počtu a naopak, přidávání, ubírání, sestavování, odpočítávání na počítadle, apod.). Postižena může být i schopnost řadit předměty podle velikosti nebo rozpoznávat vztahy v dimenzi více – méně.

2. ***Verbální*** – u žáka vázne schopnost slovně označovat operační znaky, vázne

pochopení matematické terminologie ve smyslu určování o... více, o... méně, krát... více, méně, nezvládá slovně označovat matematické úkony, množství a počet prvků nebo i jen odpočítávat číselnou řadu; na slovní výzvu není žák schopen ukázat počet prstů, označit hodnotu napsaného čísla, apod.
3. ***Lexická*** – typická je pro žáka neschopnost číst matematické znaky a jejich kombinace, symboly, jako jsou číslice, vícemístná čísla s nulami, hlavně uprostřed, tvarově podobná čísla apod. Jedná se o obdobu dyslexie v oblasti čtení číslic a čísel.
4. ***Grafická*** – projevuje se narušenou schopností psát numerické znaky, žák se neumí vyrovnat s příslušným grafickým prostorem, mívá problémy v geometrii. Jedná se o obdobu dysgrafie, ovšem v oblasti matematiky.
5. ***Operacionální*** – žák nezvládá provádění matematických operací; operace zaměňuje, nahrazuje složitější operace jednoduššími, písemně řeší i velice lehké úkoly.
6. ***Ideognostická*** - jedná se o poruchu v chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi, v chápání čísla jako pojmu, jedinec nedovede zpaměti vypočítat příklady, které by vzhledem ke své inteligenci a dosaženému fyzickému i mentálnímu věku měl zvládnout zcela bez obtíží.

4. 4. Další poruchy, promítající se do obtíží s osvojením učiva

Dnes je již jisté, že mezi specifickými poruchami učení existuje mnohem větší diskrepance a přesah, než jsme se domnívali.
Proto si uvedeme některé z dalších obtíží, které způsobují určité, někdy i výrazné obtíže při zvládání učební látky:
Dyspinxie – specifická porucha kreslení, je charakteristická nízkou úrovní kresby, neschopností zobrazit určité předměty a jevy adekvátně v závislosti na věku.
Dysmuzie – specifická porucha hudebních schopností, jedná se o narušení schopnosti vnímání a reprodukce hudby a rytmu. Relativně patří mezi častější specifické poruchy, nemá ale tak závažný dopad na výuku, jako dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie. Novotná a Kremličková (1997) dělí dysmuzii na expresivní, jež neumožňuje dítěti reprodukovat třeba i velice známý hudební motiv, který dokáže běžně identifikovat a totální, což je nedostatek hudebního smyslu vůbec. V tomto druhém případě jedinec hudbu nechápe, neidentifikuje ji, nepamatuje si ji.
Dyspraxie – porucha motorické obratnosti v různých oblastech nebo-li podle MKN 10. revize „specifická vývojová porucha motorické funkce“; podílí se na utváření celkové pohybové charakteristiky chování. Dle Říčana a Krejčířové (1995) příčinu není možné hledat pouze v oblasti motorické, ale i v oblasti procesů poznávacích. V již uvedené MKN 10 (1992, s. 218) se uvádí, že

„ …porucha, jejímž hlavním rysem je vážné postižení vývoje pohybové

koordinace, které nelze vysvětlit celkovou retardací intelektu ani specifickou vrozenou nebo získanou nervovou poruchou (jinou než tou, kterou lze předpokládat u abnormity koordinace). Motorická neobratnost je obvykle spojena s určitým stupněm poškození výkonu při vizuálně prostorových kognitivních úkolech. Pohybová koordinace dítěte při jemných nebo hrubých motorických úkonech by měla být signifikantně pod úrovní očekávanou u dítěte tohoto věku a inteligence. To se nejlépe zjistí pomocí individuálně aplikovaného standardizovaného testu pro jemnou nebo hrubou motorickou koordinaci. Potíže s koordinací by měly být přítomny od raného vývoje (tj, neměly by být získané) a neměly by být důsledkem přímého působení jakýchkoliv defektů zraku, sluchu ani žádné diagnostikovatelné sluchové poruchy. Zahrnuje: syndrom neobratného dítěte, vývojovou poruchu koordinace, vývojovou dyspraxii."

4.5. Příčiny specifických vývojových poruch učení

Potřebujeme-li se naučit číst a psát, musíme mít řádným způsobem rozvinuty určité funkce, podmiňující úspěšnost ve čtení, psaní, počítání. U bezproblémového dítěte jsou základní schopnosti, jak říká Matějček (1993, s. 72), uspořádány do určité soustavy nebo vzorce, a to tak, že jejich vzájemná souhra mu umožňuje naučit se číst. Je-li základní vzorec porušen, pak s největší pravděpodobností můžeme očekávat nápadný neúspěch ve čtení a psaní, tedy projev některé ze SPU.

Příčiny specifických vývojových poruch učení nacházíme v poruchách vnímání, řeči, motoriky apod. **Při hledání příčin, podmiňujících vznik SPU, se jedni badatelé přikláněli k názoru hledat hlavní příčiny v genetické bázi, druzí spíše v poškození mozku.** Pojetí našich autorů vychází z prací O. Kučery v Dětské psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích v Praze, který na základě rozboru případů svých dětských klientů rozlišil čtyři základní skupiny dyslektiků dle etiologie:

1. skupina, značena **E encefalopatická** – zastoupena **50% případů;** u dyslektiků bylo prokázáno drobné poškození mozku získané v době před porodem, při porodu nebo časně po porodu.
2. skupina, značena **H hereditární** – v anamnéze **20% dyslektiků** se odrážely zřetelné důkazy o přítomnosti poruch sdělovacích funkcí v blízkém příbuzenstvu dítěte.
3. skupina, značena **HE hereditárně-encefalopatická – etiologicky u 15%** klientely vznikla dyslexie na podkladě kombinace obou výše uvedených vlivů.
4. skupina, značena **N nejasná – u 15%** se jedná o nejasnou etiologii, případně o etiologii neurotickou.

(Zpracováno dle Matějčka, 1993)

Obecně můžeme říci, že se zdá nepravděpodobné, aby za SPU mohl pouze

jeden jediný činitel, který by jejich existenci zapříčiňoval. Spíše se zdá, že se na vzniku potíží musí podílet více faktorů v rámci komplexního působení. Takováto existence, příčinnost, je potom známá jako vícefaktorová.

4. 6. Výskyt specifických vývojových poruch učení

V naší populaci a našich podmínkách se SPU vyskytují u **5,6% školních dětí** (jedná se o údaj ze statistické ročenky 1998/1999 a 1999/2000). Z těchto údajů vyplývá, že v daných letech je celkový počet žáků s SPU v populaci žáků ZŠ 59 578, přičemž celkový počet žáků na ZŠ je asi 1 071 318. Integrovaných v běžných třídách je žáků s SPU 47 828, 10 519 žáků s SPU je zařazeno do specializovaných tříd.

Výskyt SPU je závislý na mnoha činitelích exogeního a endogeního charakteru, mezi které můžeme např. uvést:

- **strukturu jazyka;**
- **užité metody při výuce čtení, psaní, pravopisu, počítání;**
- **gramatiku jazyka;**
- **úroveň diagnostické péče;**
- **úroveň reedukační péče;**
- **vzdělávací možnosti a podmínky.**

Z hlediska pohlaví je mezi dyslektiky 4-10x více chlapců než dívek. Tento převyšující počet chlapců lze snadno vysvětlit silnější lateralizací mozku muže oproti mozku ženskému, který je považován z funkčního hlediska za univerzálnější. Celkové zrání mozkové tkáně probíhá totiž u dívek rychleji než u chlapců a je také dříve dokončeno. *Specializace jednotlivých funkcí v hemisférách však probíhá rychleji u chlapců než u dívek, z čehož vyplývá výhoda pro chlapce v případě, když splnění úkolu po nich požadovaného vyžaduje činnost jedné hemisféry. Pokud je pro splnění úkolu nutná spolupráce obou hemisfér, jsou oproti chlapcům ve výhodě děvčata. Rozdíl v příslušných psychických funkcích a jejich vývoji je natolik velký, že by stálo zamyslet se nad tím, zda by nebylo vhodné vyučovat alespoň v počátcích v nižších ročnících jinými metodami chlapce a dívky, již v rámci jakési prevence úspěšného zvládání počátečního čtení, psaní, počítání.*

4. 7. Projevy specifických vývojových poruch učení

Ač jsou názvy jednotlivých diagnóz pro každé diagnostikované dítě stejné, skutečný obraz poruchy je u každého dítěte zcela individuální. Podle převažující problematiky lze podle Jaroslava Šturmy (1995) vydělit následující typy:

1. Dyslexie na podkladě percepčních deficitů

a) Oslabení v oblasti sluchové percepce

Jedinci s tímto oslabením mají výrazné problémy ve sluchové analýze a syntéze, fonematickém sluchu, sluchové paměti. Sluchovou analýzu a syntézu nelze od sebe dost dobře oddělit, přesto lze tvrdit, že výraznější nedostačivost ve sluchové analýze více ovlivňuje písemný projev dítěte, hlavně jeho neschopnost udržet správné pořadí písmen ve slovech, obtíže v sluchové syntéze negativně ovlivňují spíše výkon ve čtení

b) Převaha obtíží v oblasti zrakové percepce

Obtíže v tomto případě vyplývají z nedokonalé schopnosti zrakové analýzy a vizuální diferenciace, dochází k záměnám u tvarově podobných hlásek, ke kinetickým inverzím a k častým výpustkám hlásek a slov.

2. Dyslexie s převahou obtíží v oblasti motorické

Pro jedince s tímto deficitem je typická pomalost až těžkopádnost při čtení a četný výskyt dalších specifických chyb v důsledku narušení artikulační obratnosti a verbálně motorických aktivit. Dítěti činí obtíže změnit pružně nastavení mluvidel při výslovnosti, dochází u něj k ulpívání na jednom nastavení, tzv. perzeveraci. Jedná se vlastně o pohybovou neobratnost v artikulační mikromotorice a o nedostatečnou schopnost složitější koordinace artikulačních pohybů.

3. Dyslexie na podkladě:

a) ***integračních obtíží***

Převaha problémů se shromažďuje v procesech syntézy, z čehož vyplývá, že hlavní obtíže se začínají projevovat ve chvíli osvojování a zdolávání větších celků při čtení –slabik, slov. Čtení u těchto dětí zůstává na velmi nízkém stupni bez ohledu na náročnost čteného textu.

b) ***ideognostických obtíží***

Zde je typická převaha obtíží v pochopení symbolické povahy písemného projevu. Při čtení chybí plynulost, typická je nápadně přetrvávající pomalost v kvantitativním zvládání textu. Na vyšší úrovni se tyto obtíže projevují nízkým stupněm porozumění čteného textu.

4. Dyslexie s poruchami dynamiky základních psychických procesů

a) ***Dyslexie u hyperaktivního dítěte***

Vlastní průběh čtení a psaní včetně veškerých ostatních mentálních procesů (zraková percepce, sluchová percepce, hl. analýza a syntéza...) probíhají u dítěte velmi rychle, bez kontroly, bez tolik potřebné zpětné vazby; u jedince nedochází k tolik potřebné integraci dějů. Při písemném projevu je typické pro dítě, že cokoliv napíše dříve, než se řádně rozmyslí. Ve výsledku jeho písemné práce proto objevujeme výpustky koncovek slov, zkomoleniny, zkratky, chybějící diakritická znaménka apod.

b) ***Dyslexie u hypoaktivního dítěte***

Pro dítě hypoaktivní jsou typické nedostatky v souhře mozkových hemisfér, zesilující se právě v časové tísni dítěte, tak známé hlavně při psaní pětiminutovek, čtení na čas, diktátů apod. Hypoaktivní dítě velice zdlouhavě

píše, těžce hledá v paměti správné gramatické tvary slov, není schopen stačit pracovnímu tempu ostatních bezproblémových dětí.

5. Dyslexie z hlediska vzájemného vztahu verbální a názorové složky intelektu

a) ***Typ s převahou názorové složky***

Čtení těchto dětí bývá průměrné, slabé je však porozumění čtenému textu, nejsou schopny pochopit různé metafory, uniká jim smysl pro humor, nerozumí slovním skrývačkám, hádankám. Jak uvádí Matějček (1993), typická je pro tyto žáky neschopnost orientace v prostoru, nedovedou měřit, obtíže mají i v sociálních vztazích, neboť svými projevy vyvolávají negativní hodnocení jak u vrstevníků, tak dospělých. Nemají totiž potřebnou tzv. sociální distanci.

b) ***Typ s převahou verbální složky***

6. Dyslexie z hlediska lateralizace mozkových hemisfér

a) Typ s převahou levé hemisféry na počátku čtenářského vývoje - L typ

Pro žáky s tímto typem dyslexie je typické velmi rychlé čtení s množstvím chyb. Většinou u nich došlo k nedostatečnému zvládnutí počáteční etapy čtení, tzv. percepční a zvládání textu tak probíhá více pomocí levé, řečové, hemisféry. Pokud chceme těmto dětem pomoci, musíme korekce obtíží zaměřit na posílení hemisféry pravé, na rozvoj a automatizaci prostorové a pravo-levé orientace.

b) ***Typ s dlouho přetrvávající převahou pravé hemisféry - P typ***

U těchto žáků bývá čtení poměrně přesné, ale trhané a neúměrně pomalé. Čtení na rozdíl od typu předcházejícího zůstává na úrovni percepční, z čehož vyplývá, že korekci obtíží musíme zaměřit na posílení hemisféry levé (naslouchání čtenému textu, čtení slabik, jejich postřehování, nácvik melodie mluvené řeči apod. dočítání neúplných slov, vět, textů apod...).

4. 8. Odraz specifických vývojových poruch ve výuce

Specifická porucha učení na základě výše řečeného převážně dominuje v českém jazyce. Promítá se však i do dalších vyučovacích předmětů. Nyní jen ve stručnosti uvádíme, v kterých vyučovacích předmětech a jejich oblastech na druhém stupni ZŠ a následně na škole střední může specifická porucha učení negativně působit.

český jazyk

– pravopis

– sloh, hlavně v písemné podobě

– čtení pro schopnost vlastního učení

– četba a vedení čtenářských deníků

– reprodukce čteného textu v důsledku nedobré čtenářské kvality - např. dvojí čtení, přetrvávající převážně i v tzv. skryté formě ve vyšších třídách ZŠ

– mluvnice, tvarosloví, aplikace gramatických pravidel do písemné podoby, obtíže může činit i větný rozbor

matematika

– pochopení vztahu mezi čísly a konkrétním množstvím
– pochopení smyslu slovní úlohy, jejího zadání, problémy s formulací odpovědi
– prostorové a plošné vztahy v geometrii
– analogie, časové souvislosti
– číselné řady sestupné, vzestupné
– pamětné počítání včetně násobilky, dělení
– matematické vzorce, jejich vštípení, výbavnost, použití

cizí jazyk
– problémy ve čtení stejné jako v českém jazyce
– obtíže v zapamatování si nových tvarů písmen
– obtíže v zapamatování si slov
– jiná akustická a grafická podoba slov při stejném obsahovém významu
– neobvyklá výslovnost
– neobvyklý pravopis

naukové předměty
– důraz na získávání informací čtením
– samostatná práce s uloženým textem
– psaní výpisků z mnoha stran textu - obzvláště pro dyslektika náročné
  – nesprávný zápis informací do sešitu a zpětně jejich špatné naučení se ze sešitu
u přírodovědných předmětů - názvosloví
– osvojení si definic, vzorců
– aplikace naučených definic a vzorců
– symbolika písmen a číslic

hudební výchova
– obtíže v dodržování a pochopení rytmu
– problémy se zapamatováním melodie a její reprodukcí
– náročné - zvládnutí not v notové osnově
– osvojení si znalosti z dějin hudby v důsledku nesprávných zápisků z tabule apod.

tělesná výchova
– případně obtíže vyplývají z celkové menší obratnosti - na 2. stupni ZŠ vzácnější, objevuje se spíše u těžkých forem SPU

pracovní výchova
– případně obtíže vyplývají z celkové menší motorické obratnosti - na 2. stupni ZŠ vzácnější, objevuje se spíše u těžkých forem SPU

Upozornění: Obecně si musíme uvědomit, že v této kapitole jsou uvedeny

nejčastější možné projevy, znesnadňující žákům s SPU osvojování nových vědomostí a dovedností. Variabilita možných projevů je však velká, ne všechny se musí nutně objevit u každého diagnostikovaného dítěte!!!

SHRNUTÍ:

Práce s dítětem se specifickou poruchou učení je pro učitele vždy velice náročná. Učitel (vychovatel) musí vynaložit mnohem větší úsilí při pedagogické činnosti s těmito dětmi, ovšem výsledek práce neodpovídá vždy vynaloženému úsilí.

Specifické vývojové poruchy učení patří do skupin poruch psychického vývoje. Tyto pojmy jsou řazeny k pojmům dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dysmúsie, dyspinxie.

Osoby se specifickými poruchami učení jsou považovány za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Dítě se jeví jako bystré „jako normální", dobře vidí, slyší, netrpí žádným viditelným tělesným postižením, ale neslyší to, co slyšet má a nevidí, co by vidět mělo a nemůže se naučit zcela jednoduchý pohyb. Je neobratné. Děti s SVPU mají omezený slovník, nerozumí řadě významů a výrazů, obtížně se vyjadřují, chybí jim cit pro jazyk, obtížně chápou strukturu mateřského jazyka, jeho gramatická pravidla.

Diagnostika SVPU.

Zjištění příčin školních neúspěchů je významným východiskem pro volbu nápravných opatřeních. Při diagnostikování specifických poruch učení se musíme opírat o poznatky o vývoji a poruchách percepčních a kognitivních funkcí. Jde především o vnímání, jeho význam při orientaci v prostředí, smysluplnost vnímání, zejména pak vnímání zrakové a sluchové, vnímání časového sledu, vnímání prostoru, psychomotorický vývoj, poruchy ve vnímání tělesného schématu, proces paměti a poruchu zapamatování informací.

Nutné poskytnutí podpory na základě včasného rozpoznání potíží musíme zvažovat také při prevenci SPU. Zjistilo se, že již u dětí předškolního věku je možno zaznamenat některé projevy, které můžeme z hlediska SPU považovat za rizikové faktory. Proto se u dětí předškolního věku a školních začátečníků provádí screening poruch učení a psaní. Jsou to preventivní programy,

které vedou k rozvoji oslabených funkcí těchto dětí, k rozvoji řeči, pozornosti a práce schopnosti. Deficity dílčích funkcí vedou k oslabení základních schopností a v souvislosti s tím k obtížím v učení a chování.

Otázky k zamyšlení:

- Z hlediska Vaší profese a Vašeho pracovního prostředí - které dítě byste považovali za nejvíce problematické pro učitele - dítě hyperaktivní, hypoaktivní či hyperaktivní v kombinaci se specifickou poruchou učení či hypoaktivní se specifickou poruchou učení?
  Napište na toto téma stručnou úvahu se zdůvodněním.
    - Jakým způsobem se pokusíte navázat vztah k dítěti nebo mladistvému s uvedenými poruchami.
- Představte si jednotlivé Vaše žáky s SPCH a SPU a uvědomte si, jaké zájmy projevují a co by mohlo povzbudit tedy jejich motivaci pro výuku.
- Jak zvýšit sebevědomí a schopnost komunikace žáka s poruchou učení, u něhož vidíme snahu, ale výsledky neodpovídají vynaloženému úsilí.

Úkoly

1. Vybavte si konkrétního žáka s SPU, kterého máte v péči a po dobu dvou týdnů si dělejte konkrétní každodenní poznámky, jak jste tohoto žáka pozitivně motivovali při výuce a jak na to reagoval. Porovnejte s poznatky kolegů v rámci semináře.
2. Srovnejte u jednotlivých autorů, co říkají o rozumových předpokladech dětí s SPU.
3. Jakým způsobem lze pracovat s dítětem s oslabením dílčích deficitních funkcí v rámci prevence SPU.
4. Vypracujte přehled reedukačních a korekčních metod pro jednotlivé SPU, využijte více literárních zdrojů.

5. DOPORUČENÁ LITERATURA KE STUDIU JEDNOTLIVÝCH KAPITOL

5. 1. Vzdělávání jedinců se specifickými vzdělávacími potřebami v procesu integrace

z á k l a d n í:

Monatová, L.: Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska. Brno, Paido 1996
Kerrová, S.: Dítě se speciálními potřebami. Praha, Portál 1997

Další doporučená literatura:

Janoušek, J.: Společná činnost a komunikace. Praha, Svoboda 1984
Jesenský, J.: Prostor pro integraci. Praha, Comenia Consult 1993
Jesenský, J.: Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Praha, Karolinum 1995
Jesenský, J.: Kontrapunkty integrace zdravotně postižených. Praha, Karolinum 1995
Jesenský, J., ed.: Integrace - znamení doby. Praha, Karolinum 1998
Jesenský, J.: Příspěvek k rozvoji teorie integrace zdravotně postižených. Speciální pedagogika, 1996,č.3
Matějček, Z.: Myšlenka integrace a specifické poruchy učení. Speciální pedagogiky, 92/93, č.1, s. 10-13
Mertin, V.: Individuální vzdělávací program. Praha, Portál 1995

5. 2. ADHD (Attention Deficit Hyperacitivity Disorder = porucha pozornosti s hyperaktivitou)

z á k l a d n í:

Černá, M. a kol.: Lehké mozkové dysfunkce. Praha, UK 1999
Jucovičová, D., Žáčková, H.: Metody práce s dětmi s LMD. Praha, D+H 1996
Jucovičová, D., Žáčková, H.: Metody práce s dětmi s LMD - především pro rodiče a vychovatele. Praha, D+H 1997
Jucovičová, D., Žáčková, H.: Metody práce s dětmi s LMD- především pro učitele a vychovatele. Praha, D+H 1997
Kirbyová, A.: Nešikovné dítě. Praha, Portál 2000

Další doporučená literatura:

Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál 2000
Michalová, Z.: Exkurz do problematiky specifických poruch chování (a učení). Karolinum, Praha 2003

Michalová, Z.: Pozornost a cvičení k jejímu posílení. Tobiáš, Havlíčkův Brod 2003
Michalová, Z.: Vliv pobytu ve specializované třídě na rozvoj sebehodnocení dítěte se specifickou poruchou chování a učení. I. část - Výchovné poradenství - zpravodaj IPPP ČR a APPŠ, prosinec 2001, 28-29/1, s. 7 - 16
Michalová, Z.: Vliv pobytu ve specializované třídě na rozvoj sebehodnocení dítěte se specifickou poruchou chování a učení. II. část - Výchovné poradenství - zpravodaj IPPP ČR a APPŠ, prosinec 2001, 28-29/2, s. 10 - 22
Michalová, Z.: Vliv pobytu ve specializované třídě na rozvoj sebehodnocení dítěte se specifickou poruchou chování a učení. III. část - Výchovné poradenství - zpravodaj IPPP ČR a APPŠ, duben 2002, 30, s. 11-24
Michalová, Z.: Pohled učitelů a rodičů na obtíže dětí s ADHD (srovnání dětí ve třídách specializovaných a běžných). Speciální pedagogika - časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky, 1, UK Praha **2002**, s.14-31, MIČ 47014, ISSN 1211-2720
Michalová, Z.: Problematika dětí s ADHD (LMD) a možnosti v přístupu pedagoga k nim. In Sborník přednášek z konference " Současná škola a její problémy 26. - 28. 3. 2001, PPP v Kutné Hoře, s. 21 - 34**, 2002**
Prekopová, J., Schweizerová, Ch.: Neklidné dítě. Praha, Portál 1994
Riefová, S.: Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD. Praha, Portál 1999
Serfontein, G.: Potíže dětí s učením a chováním. Praha, Portál 1999
Train, A.: Specifické poruchy chování a pozornosti. Praha, Portál 1997
Train, A.: Nejčastější poruchy chování u dětí. Praha, Portál 2001

5. 3. Intervence v PPP pro děti s ADHD a jejich rodiče

z á k l a d n í:
Matějček, Z.: Praxe dětského psychologického poradenství. Praha, SPN 1991

Další doporučená literatura:
Dinkmeyer, D., Mc Key, G.: STEP: Efektivní výchova krok za krokem. Praha, Portál 1996
Matějček, Z.: O rodině vlastní, nevlastní a náhradní. Praha, Portál 1994
Paclt, I., Florian, J.: Psychoterapie dětského a dorostového věku. Praha, Grada Publishing, 1998.
Pausewangová, E.: 150 her k utváření osobnosti. Praha, Portál 1993

5. 4. Specifické poruchy učení

z á k l a d n í:
Matějček, Z.: Dyslexie. Praha, H H 1995
Michalová, Z.: SPU na 2. stupni ZŠ. Havlíčkův Brod, Tobiáš 2000

Jucovičová, D., Žáčková, H.: Metody hodnocení a tolerance dětí se specifickými poruchami učení. Praha, D+H 1996

Další doporučená literatura:

Matějček, Z.: Vývojové poruchy čtení. Praha, SPN 1978
Matějček, Z.: Dyslexie. Praha, SPN 1988
Matějček, Z.: Dyslexie- specifické poruchy čtení. Praha, HH 1993
Michalová, Z.: Didaktogenní poruchy, in Sborník SPUCH, Praha, Portál 2000
Michalová, Z.: Obtíže žáků při výuce čtení v důsledku didaktogenní poruchy, in Speciální pedagogika, 3, 2000, s. 135-143
Novák, J.: Dyskalkulie - specifické poruchy počítání. Metodika rozvíjení početních dovedností se souborem pracovních listů. Augusta, Litomyšl 1997
Pokorná, V.: Poruchy chování u dětí a jejich náprava. Praha, Karolinum,1992
Pokorná, V. : Teorie, diagnostika a náprava SPU. Praha, Portál 1997