



EDUKACE A ROZVOJ OSOB S PORUCHAMI PSYCHICKÉHO VÝVOJE A CHOVÁNÍ

Studijní opora Katedry pedagogiky
Pedagogické fakulty Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

1 Obsah

2	Problematika výchovy a vzdělávání dítěte s poruchou psychického vývoje	4
2.1	Členění dle Mezinárodní klasifikace nemocí:	4
2.2	Etiologie specifických poruch učení	4
2.3	Projevy specifických poruch učení	5
	Dyslexie	5
	Dysgrafie	6
	Dysortografie	6
	Dyskalkulie	7
	Dyspinxie	7
	Dysmúzie	7
	Dyspraxie	7
2.4	Legislativní rámec vzdělávání žáků se SPU	8
2.4.1	Paragrafy ze školského zákona	8
2.4.2	Vyhlášky ve školství	8
2.4.3	Individuální vzdělávací plán	9
2.4.4	Poradenský systém	10
2.4.5	Školská poradenská zařízení	10
3	Problematika výchovy a vzdělávání dítěte s hyperkinetickou poruchou	14
3.1	Etiologie	15
3.1.1	Biologické příčiny genetické	15
3.1.2	Biologické příčiny negenetické	15
3.1.3	Neurobiologické poruchy	15
3.1.4	Psychosociální příčiny	16
3.2	Projevy	16
3.2.1	Deficity pozornosti	16
3.2.2	Impulzivní jednání a chování	16
3.2.3	Hyperaktivita	17
3.2.4	Obtíže v sociální oblasti	17
3.2.5	Obtíže v emocionální oblasti	17
3.2.6	Výkony dítěte	17
3.3	Diagnostika a terapie	17
3.3.1	Diagnostika	17
3.3.2	Terapie	19
3.4	Výchova a vzdělávání žáků se syndromem ADHD	20
3.4.1	Integrace a inkluzivní vzdělávání	20
3.4.2	Legislativní rámec	20
3.4.3	Vzdělávání žáků se syndromem ADHD v České republice	21
3.5	Přístup k dítěti s ADHD ve škole	23
3.5.1	Obecné zásady	23
3.5.2	Postupy a zásady reedukace	23
4	Problematika výchovy a vzdělávání dítěte s poruchou chování	27
4.1	Normy, pravidla, socializační odchylka	27
4.1.1	normy	27
4.1.2	Pravidla	27
4.1.3	Socializační odchylka	28

4.2	Porucha chování.....	28
4.3	Klasifikace poruch chování	29
4.4	Etiologie poruch chování.....	32
4.5	Projevy dětí s poruchami chování.....	33
4.6	Legislativní rámec pro vzdělávání žáků s poruchami chování.....	34
4.7	Výchovně vzdělávací proces žáků s poruchami chování	36
4.8	System poradenství	37

2 Problematika výchovy a vzdělávání dítěte s poruchou psychického vývoje



Cíle:

Po prostudování této kapitoly dokážete:

- Rozčlenit specifické vývojové poruchy školních dovedností dle mezinárodní klasifikace nemocí.
- Charakterizovat jednotlivé specifické poruchy učení.
- Vymezit etiologii SPU.
- Charakterizujete poradenský systém, který poskytuje péči dětem se SPU.

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 učení může vyskytnout 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 nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů (Bartoňová, 2010, s. 9).

2.1 Členění dle Mezinárodní klasifikace nemocí:

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).

2.2 Etiologie specifických poruch učení

V počátcích zkoumání specifických poruch učení vznikala spousta teorií

UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM

Pedagogická fakulta

o příčinách vzniku SPU, ale ani u jedné nedošlo k sepsání společných příčin. Tak se nestalo ani do dnešního dne. Jediné na čem se odborníci shodují je, že obtíže nesouvisí se sníženou inteligencí nebo s nepodněným prostředím, ale že jsou způsobeny jistými funkčními nedostatky centrální nervové soustavy.

Jako první se začal podrobněji příčinami SPU zabývat Kučera v šedesátých letech 20. století v Dětské psychiatrické léčebně, kde zkoumal skupiny dyslektiků. Na výsledky jeho výzkumu navázal Matějček (1993, s. 77-78), který podle něj zpracoval čtyři hlavní příčiny vzniku SPU:

1. **Lehká mozková dysfunkce (LMD)** – postihuje asi 50% případů,
2. **dědičnost** – ve 20 % případů,
3. **příčiny smíšené** – kombinace LMD a dědičnosti – tvoří asi 15% výskytu,
4. **neurotické nebo nezjištěné etiologie** – až u 15%.

Zkoumání příčin vzniku SPU se liší podle přístupu jednotlivých výzkumníků, kdy každý z nich na ně pohlíží z různých úhlů. Novým přístupem je oproštění od názorů nahlížejících na uvedenou problematiku SPU z hlediska jednotlivých příčin, ale zaměřují se na systémové hledání příčin. Dnešní výzkumy uvádějí více faktorů příčin vzniku SPU mezi něž řadí neurofyziologické, psychologické, neuropsychologické, speciálně pedagogické, sociologické i lingvistické kořeny, čímž je podpořena myšlenka více příčinnosti (srov. Bartoňová, 2012, s. 37).

Faktory ovlivňující vznik SPU můžeme rozdělit podle Bartoňové (2012, s. 38-45) do tří rovin:

- **Biologicko-medicínská rovina** je zaměřena na genetickou výbavu člověka, na dědičnost hlavních znaků i na neurologické pojetí (struktura a funkce mozku).
- **Kognitivní rovina** se zabývá deficitem v různých oblastech poznávacích procesů (deficity fonologické, vizuální, v oblasti řeči a jazyka, v procesu automatizace, v oblasti paměti, v časovém uspořádání).
- **Sociální přístup** jeho obsahem jsou vnější podmínky (rodina a škola), v nichž jedinec vyrůstá.

Zelinková (2003, s. 32) ve své publikaci uvádí také tři roviny vzniku SPU, oproti Bartoňové však považuje za poslední faktor rovinu behaviorální, do které řadí rozbor chování při čtení, psaní a při běžných denních aktivitách.

Na základě současných teorií můžeme konstatovat, že nalézt dva jedince s úplně stejnou specifickou poruchou učení je prakticky nemožné. Příčiny SPU mohou být různé a navíc se vyskytují ve spoustě kombinací na různé úrovni závažnosti. Z toho důvodu nahlížíme na žáka s SPU komplexně a bereme v potaz celou jeho osobnost.

2.3 Projevy specifických poruch učení

Dyslexie je specifická porucha čtení, projevující se neschopností naučit se číst běžnými výukovými metodami.

Primárními projevy jsou nesnáze s rozpoznáním a zapamatováním jednotlivých písmen, zvláště pak v rozlišování písmen tvarově podobných (b-d, s-z, t-j). Problémem může být i rozlišení zvukově podobných hlásek (a-e-o, b-p). Ve škole mají žáci s dyslexií pomalejší výkon, větší chybovost a taktéž mají problémy s vyjadřováním

kvůli malé slovní zásobě. Při čtení se často a rychle unaví, protože se musí velice soustředit, a to pro ně znamená vynaložit velké úsilí a hodně času. A vzhledem k tomu, že se obtížně soustředí a nedovedou se delší dobu koncentrovat na jednu činnost, je pochopitelné, že jim četba přináší strach a ne radost. Také dochází během četby k přeskokování slov i celých řádků. (srov. Bartoňová, 2012, s. 29-31). Všeobecně postihuje základní znaky čtenářského výkonu – rychlost, správnost a porozumění čtenému textu. K porozumění čtenému textu je nezbytné identifikovat slova a analyzovat jejich skladbu ve větě. Současně musí dojít k rozpoznání nesoucího významu jednotlivých slov či celé věty. Žák sice může číst sebelépe, ale bez porozumění čte pouhá písmena a sdělovaný obsah mu zcela unikne.

Dysgrafie je specifická porucha grafického projevu postihující zejména celkovou úpravu písemného projevu. Je vázána na estetickou úroveň psaní, tedy především na čitelnost a úpravu. Dochází k narušení jemné i hrubé motoriky, automatizace pohybu, motorické a senzorio-motorické koordinace. Projevy dysgrafie bývají někdy spojovány i s dyspexií (tj. specifická porucha kreslení). Specifická porucha psaní je podle Zelinkové (2003, s. 92) *způsobena deficitem především v následujících oblastech: hrubá a jemná motorika, pohybová koordinace, celková organizace organismu, zraková a pohybová paměť, pozornost, prostorová orientace, porucha koordinace systémů, které zajišťují převod sluchového nebo zrakového vjemu do grafické podoby, tj. spojení foném-grafém při psaní diktátu a spojení mezi tiskacím a psacím písmem.*

Nejčastější obtíže má žák s osvojením jednotlivých písmen, se spojením hlásky s písmenem a se správným řazením písmen ve slově. U tvarově podobných písmen dochází k jejich záměně a k obtížím se samotným zapamatováním tvarů. Písmo celkově je rozmazané, mnohdy až nečitelné, mívá opačný sklon, nejednotnou velikost a je rozházené. Při psaní můžeme pozorovat špatné držení psacího náčiní, což vede k většímu přitlaku. Psaní žákovi zabírá více času kvůli pomalejšímu tempu psaní a náročnosti na jeho koncentraci. Žák se musí více soustředit na úpravu písma, což ho zaměstnává natolik, že obsahová a gramatická stránka projevu ustupuje do pozadí. Při časově omezených úkolech je žák pod velkým tlakem, a aby úkol dokončil v daném limitu a obsahově správně, klesá kvalita písma. Nejvíce k tomu dochází při diktátech, kdy se zvyšuje počet chyb. V tomto případě obsah jazykových schopností nesouhlasí se skutečnými schopnostmi (srov. Bartoňová, 2012, s. 32; Zelinková, 2003, s. 42). Dysgrafie a její obtíže nejsou otázkou pouze při nácviu psaní či v českém jazyce, ale prostupuje i do ostatních vyučovacích předmětů. Stejně jako v mateřském jazyce píše řadu slov tak, jak je slyší, v anglickém jazyce tomu není jinak. Navíc v angličtině je to složitější, jelikož skoro všechna slova se jinak píše a jinak vyslovují. Dalším příkladem je matematika, kdy žák není schopen napsat správný zápis čísel či vyřešit slovní úlohy.

Dysortografie neboli specifická porucha pravopisu postihuje jen část gramatiky jazyka. Jedná se o tzv. specifické dysortografické jevy, vynechávky, záměn tvarově podobných písmen v písemné podobě – inverze a chyby z artikulační neobratnosti. Ačkoli jsou si písmena artikulačně a zvukově vzdálená, dochází k jejich záměně na základě nedokonalé zrakové diferenciaci tvarů během čtení a tyto chyby jsou přenášeny do psaného projevu (srov. Matějček, 1993, s. 88). Žák má obtíže při osvojování a aplikování gramatického učiva. I přesto, že má gramatický jev naučen a dokáže jej bez problému slovně vysvětlit, není často schopen jej prakticky použít. Toto se projevuje převážně u časově limitovaných úloh. Tato porucha se mnohdy objevuje v

kombinaci s dyslexií. Vystupují zde do popředí specifické poruchy řeči, výslovnosti a nedostatky ve sluchovém vnímání. Při nedostatcích ve sluchovém rozlišování hlásek, které jsou si artikulačně podobné, dochází k asimilacím a k obtížím v rozlišení měkkých a tvrdých slabik (srov. Matějček, 1993, s. 87)

Za příčiny vzniku považuje Matějček (1993, s. 87-90) dysfunkce levé, tj. řečové mozkové hemisféry, dysfunkce pravé, tj. neřečové mozkové hemisféry, poruchy v dynamice duševních procesů především jako hypoaktivita (pomalost, nesmyslnost a chaos v psaní) a hyperaktivita (rychlost v písmu, rychlost v analýze a syntéze slov, zkomoleniny koncovek, zkratky slov a vynechávání háčeků a čárek).

Podle Průchy, Walterové a Mareše (2009, s. 62) jsou *typickými projevy záměny krátkých a dlouhých samohlásek, tvrdých a měkkých slabik (dy-di, ty-ti, ny-ni), záměny sykavek. Dítě vynechává, přidává, zaměňuje písmena, či slabiky, píše slova dohromady.*

Dysortografie a dyslexie jsou často dohromady považovány za komplexní poruchu psaného projevu. V konečném součtu můžeme dysortografii považovat i za důsledek či průvodní jev dysgrafie při časově náročných zadáních, jak píše v předchozí části.

Dyskalkulie specifická porucha, která postihuje matematické schopnosti. Stejně jako u dyslexie to znamená, že žák podává znatelně horší výkony, než je vzhledem k jeho věku a rozumovým schopnostem předpokládáno (Simon, 2006, s. 19). L. Košč (1972, s. 3) definuje dyskalkulii takto: „Vývojová dyskalkulie je strukturální porucha matematických schopností, která má svůj původ v genově nebo perinatálními noxami podmíněném narušení těch partií mozku, které jsou přímým anatomicko-fyziologickým substrátem věku přiměřeného vyžívání matematických funkcí, které ale nemají za následek současně i poruchy všeobecných mentálních schopností.“ Zjednodušeně se žák nedokáže naučit počítat, i když jeho inteligence a příležitosti k učení jsou v normě. Dítě má problémy pochopit symbolickou povahu čísla. Nedokáže se odpoutat od konkrétních názorných představ. Je to tedy porucha abstraktního myšlení, které je základem matematiky (Matějček, 1988, s. 79).

Dyspinxie je specifická porucha kreslení. Tento pojem je používán pouze v české literatuře, protože v zahraničních zdrojích je zahrnut jako součást ostatních specifických poruch učení. Ve většině případů se dyspinxie samostatně nevyskytuje, známé jsou pouze ojedinělé případy. Kresebný projev je primitivní s nápadně nízkou úrovní neodpovídající věku dítěte. Žák má problém přenést trojrozměrnou představu na plochu papíru. Obtíže se objevují i v napodobování a překreslování určitých sestav čar nebo ploch (Matějček, 1988, s. 78).

Dysmúzie, stejně jako dyspinxie je ryze českým termínem. Jde o specifickou poruchu hudebních schopností. Postihuje vnímání a reprodukci hudby a rytmu, rozlišování tónů a zapamatování si melodie (Bartoňová, 2004, s. 12).

Dyspraxie tento termín je používán opět hlavně u nás. V 10. Revizi mezinárodní klasifikace nemocí je dyspraxie vedena pod názvem specifická vývojová porucha motorické funkce. Jde o poruchu obratnosti a motoriky, která přináší problémy s koordinací pohybů. Kontrola mozku záměrných pohybů je zhoršena a žák má problémy při vykonávání složitějších úkonů. Dyspraxie se promítá do mnoha oblastí a dítě se zdá být nemotorné a pomalé. Můžou se objevovat řečové poruchy, které se spojují s pojmem verbální dyspraxie (Selikowitz, 2000, s. 108).

2.4 Legislativní rámec vzdělávání žáků se SPU

2.4.1 Paragrafy ze školského zákona

V této části se zaměříme pouze na podstatné paragrafy ze školského zákona, které nějakým způsobem ovlivňují a vymezují vzdělávání žáků se specifickou poruchou učení.

Jedním z prvních paragrafů, kterým se budu věnovat je **§ 4 týkající se rámcových vzdělávacích programů** (dále jen RVP), kde se hovoří především o konkrétních cílech, formách, délce a povinném obsahu vzdělávání obecně. RVP také upravuje a vymezuje podmínky vzdělávání pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Dále pojednává o principech pro tvorbu školních vzdělávacích programů, které jsou popsány v § 5. Rámcovým vzdělávacím programem se budu podrobněji zabývat v pozdější části této kapitoly.

Školní vzdělávací program pro vzdělávání musí být v souladu s Rámcovými vzdělávacími programy. **Školními vzdělávacími programy** se zabývá **§ 5**, který říká, že obsah vzdělávání může být uspořádán do předmětů nebo jiných ucelených částí učiva. Je vydáván ředitelem školy nebo školským zařízením.

Přímo **§ 16 týkající se vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami** upravuje podmínky vzdělávání žáků s SPU. Hned na začátku je jasně definováno, že: „Dítě, žák a student se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.“ Paragraf pojednává o právech těchto žáků na vzdělávání, jeho obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám; o zajištění poradenské pomoci školským zařízením; o zabezpečení potřebných podmínek, učebnic a pomůcek.

Aby žáci s SPU mohli být vzděláváni podle předchozích podmínek, je jim vypracován Individuální vzdělávací plán (dále IVP), který je psán přímo pro jejich potřeby. IVP je popsán částečně v **§ 18, týkající se individuálních vzdělávacích plánů**. Podrobněji se mu věnuje **§ 6** vyhlášky č. 73/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, (více v kapitole 1.3).

Další součástí školské legislativy jsou vyhlášky, které mají za úkol upřesnit, doplnit a podrobněji vymezit práva a povinnosti stanovené v jednotlivých zákonech. Vydávají je ministerstva, která jsou k tomu zákonem zmocněna, v našem případě Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT).

2.4.2 Vyhlášky ve školství

Pro vzdělávání žáků s SPU je významná vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 73/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Tyto vyhlášky podrobněji definují okolnosti a podmínky vzdělávání těchto žáků.

Na školský zákon navazuje vyhláška **č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních** a její novela **č. 116/2011 Sb.** Tato vyhláška vymezuje, komu a za jakých podmínek jsou odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby umožněny. Typy školských poradenských zařízení jsou pedagogicko-psychologická poradna a speciálně pedagogické centrum.

Vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a mimořádně nadaných se blíže zabývá vyhláška **č. 73/2005 Sb.** a její novela **č. 147/2011 Sb.** Tato vyhláška zejména upravuje další okolnosti speciálního vzdělávání uskutečňované s pomocí podpůrných a vyrovnávacích opatření odlišných nebo

poskytovaných nad rámec individuálních pedagogických opatření. Vzdělávání žáků s SPU může dle této vyhlášky probíhat: formou individuální integrace, formou skupinové integrace, ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, nebo kombinací uvedených forem.

2.4.3 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán (dále IVP) je dokument vypracovaný pro žáky s SPU, který má za úkol zabezpečit jejich speciálně vzdělávací potřeby. Vychází ze Školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření a z dalších doporučení. Cílem je umožnit žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem a bez ohledu na učební osnovy (srov. Zelinková, 2003, s. 220).

Stanovená speciální péče o dítě jde ruku v ruce se spoluprací školy, rodiny a dítěte. IVP přesně udává, jak bude spolupráce a speciální péče fungovat, a tudíž je zásadní, aby na jeho vyhotovení participovaly všechny strany.

Vypracovává jej třídní učitel před nástupem žáka do školy, nejpozději však do jednoho měsíce po nástupu žáka do školy nebo po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb, ve spolupráci s poradenskými zařízeními, popřípadě s výchovným poradcem či školním psychologem, zákonným zástupcem dítěte nebo zletilým žákem. Úpravy IVP jsou možné v průběhu celého školního roku. Za jeho zpracování je odpovědný ředitel příslušné školy, který seznámí zákonné zástupce žáka nebo zletilého žáka s jeho obsahem. Na schůzce jsou přítomni všichni, kteří se buď podíleli na jeho vypracování anebo jsou vyučujícím žáka s SPU.

IVP obsahuje všechny významné skutečnosti důležité pro úspěšnou integraci žáka, o kterých se podrobněji zmiňuje Bartoňová (2010, s. 94-96):

- vyšetření PPP, SPC či střediska výchovné péče (dále SVP) a datum vyšetření
- základní údaje o žákovi
- výchozí učební dokumenty
- vyučovací předmět
- speciálně-pedagogickou a psychologickou péči
- seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů
- účast dalšího pedagogického pracovníka, popř. asistenta
- spolupráci se zákonnými zástupci
- podíl žáka na řešení problému
- jmenovité určení pracovníka PPP, SPC či SVP
- seznam jmen lidí, kteří se podíleli na vypracování
- podpisy ředitele školy, třídního učitele, vyučujícího, zákonného zástupce žáka
- způsob hodnocení a klasifikace
- pedagogické postupy a metody
- návrh na snížení počtu žáků ve třídě
- konkrétní cíle, úprava organizace výuky
- časové a obsahové rozvržení učiva
- formu zadávání úkolů
- předpokládané navýšení finančních prostředků.

Vymezení obsahové části taktéž nalezneme ve vyhlášce č. 73/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Možnostem zpracování IVP se také ve svých publikacích věnují např. Mertin (1995) nebo Zelinková (2003).

V závěru IVP je uveden seznam jmen poradenských pracovníků spolupracujících se školou při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Poradenští pracovníci jsou součástí poradenského systému, který se dělí na školská poradenská zařízení a školní poradenskou službu.

2.4.4 Poradenský systém

Systém pedagogicko-psychologického poradenství je komplexní síť poradenských služeb určených dětem, mládeži a jejich rodičům, učitelům a dalším pedagogickým pracovníkům. Standardní poradenské služby jsou poskytovány zdarma a podmínkou jejich poskytnutí je písemný souhlas žáka či jeho zákonného zástupce. Poradenský servis je jednou ze základních a primárních podmínek pro úspěšnou integraci.

Mezi hlavní činnosti poradenského systému patří celková diagnostika žáka, poradenství a terapie, vypracování odborných podkladů, reedukační péče, pořádání různých vzdělávacích programů, přednášek a odborných kurzů, poskytnutí pomoci pedagogům a výchovným poradcům.

Poradenství pro žáky s SPU je poskytováno subjekty ve škole, tzv. školní poradenská služba - školní psycholog, školní speciální pedagog, asistent pedagoga, výchovný poradce, školní metodik prevence či mimo školu tzv. školská poradenská zařízení - pedagogicko-psychologické poradny (PPP), Dys-centra, speciálně pedagogická centra (SPC), střediska výchovné péče (SVP) a Institut pedagogicko-psychologického poradenství (IPPP).

2.4.5 Školská poradenská zařízení

Pedagogicko-psychologická poradna

Hlavní náplní poradny je provádět odborná vyšetření žáka, tedy diagnostiku, intervenci, reedukační péči, terapii a prevenci, a následné vypracování odborného posudku. Činnost PPP zajišťuje psycholog, speciální pedagog a sociální pracovníce ambulantně na pracovišti poradny či návštěvami zaměstnanců ve školách a školských zařízeních.

V rámci diagnostiky žáka s SPU se PPP zaměřuje na analýzu školní zralosti, zjišťování příčin specifických poruch učení, vytváření podkladů pro integraci žáků s SPU a poruchami chování. Nápravná péče je věnována reedukaci SPU a reedukaci poruch grafomotoriky (srov. Bartoňová, Vítková, 2007, s. 50).

Dys-centra

Dys-centra jsou dobrovolná, nezávislá a nezisková sdružení občanů a právnických osob, která se zaměřují na problematiku specifických poruch učení a chování. Spolupracují a navazují na diagnostickou činnost pedagogicko-psychologických poraden, kterou doplňují o oblast terapeutickou (Bartoňová, 2005, s. 86). Činnost Dys-center je zaměřena především na reedukaci specifických poruch učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie) a snaží se intenzivně spolupracovat s rodinou dítěte v rámci aktivního zapojení do výukových programů. Učitelům poskytují metodickou pomoc při vytváření IVP a při upřesnění metod hodnocení žáků s SPU.

Kromě poradenských zařízení mimo školu fungují i školní poradenské služby,

které mohou využívat žáci i rodiče.

Poradenské služby ve škole

Pro komplexnější zajištění poradenských služeb mohou žáci navštěvovat a spolupracovat se školním psychologem, školním speciálním pedagogem a asistentem pedagoga v prostorách školy.

Přítomnost **školního psychologa** na základních školách není doposud povinná, z důvodu jejich financování. Školní psycholog pomáhá učitelům při zpracování IVP, individuálně pracuje s integrovanými žáky a pečuje o ně, poskytuje poradenskou činnost učitelům a osobní konzultace rodičům.

Školní speciální pedagog v současnosti nepůsobí na všech školách. Mezi jeho základní činnosti patří práce s žákem s SPU a jeho zařazení do speciálně pedagogické péče, spolupráce s odbornými zařízeními a poskytnutí metodické podpory učitelům a asistentům pedagoga.

Asistent pedagoga vykonává přímou pedagogickou činnost. O tom, zda na škole bude asistent pedagoga, žádá ředitel školy. Svou žádost musí odůvodnit a stanovit cíle, kterých chce ve škole za pomoci asistenta dosáhnout. Pracovní náplní je nejčastěji zajištění pomoci pedagogům při komunikaci a spolupráci se žáky či zákonnými zástupci.



Pojmy k zapamatování

Pokuste si zapamatovat a definovat následující pojmy:
Dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyspraxie, dyskalkulie, dysmuzie.



Kontrolní otázky a úkoly

1. Pokuste se vymezit 4 základní příčiny vzniku specifických poruch učení.
2. Jmenujte roviny faktorů ovlivňující příčiny vzniku SPU.
3. Vyberte si jednu ze specifických poruch učení a podrobně popište její projevy.
4. Pokuste se uvést, které paragrafy ve školském zákoně ovlivňují a vymezují vzdělávání žáků se specifickou poruchou učení.
5. Vypište, jaká významné skutečnosti by měl obsahovat IVP žáka se SPU.
6. Uveďte, kdo se podílí na tvorbě IVP žáka se SPU.
7. Kde může rodič dítěte se SPU nalézt odbornou pomoc?
8. S pomocí doporučené literatury se sami pokuste navrhnout reedukační metody žákovi s jednou z výše zmíněných SPU.



Shrnutí

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.

Příčiny těchto specifických poruch nejsou jasně vymezené. Jediné na čem se odborníci shodují je, že obtíže nesouvisí se sníženou inteligencí nebo s nepodnětným prostředím, ale že jsou způsobeny jistými funkčními nedostatky centrální nervové soustavy. Každá ze SPU má své typické projevy, které jsou vždy odrazem toho, jaká část mozku je narušena. Vzdělávání žáků se SPU ošetřuje školský zákon. V ČR je rozvinutý poradenský systém, který žákům se SPU poskytuje odbornou pomoc.




Doporučená literatura



Použitá literatura

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2005, 420 s. ISBN 80-86633-37-3.
2. BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2005, 267 s. ISBN 80-86633-38-1.
3. BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2007, 247 s. ISBN 978-80-7315-158-4.
4. BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I, II: reedukace specifických poruch učení*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 152 s. ISBN 80-210-3822-5.
5. BROŽOVÁ, Dana. *Poradenská podpora a možnosti edukace žáků s poruchami učení v širším smyslu*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 190 s. ISBN 978-802-105-329-8.
6. HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 217 s. ISBN 978-80-247-3070-7.
7. JABLONSKÝ Tomáš a Ondrej MATUŠKA. *Východiska inkluzivní didaktiky*. In LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 120 - 143 s. ISBN 978-807-367-679-7.
8. KRATOCHVÍLOVÁ, Jana, Jiří HAVEL a Hana FILOVÁ. *Analýza školních vzdělávacích programů jako prostředek kvalitativního rozvoje inkluze na I. stupni ZŠ*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 97 s. ISBN 978-80-210-5779-1.
9. LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 435 s. ISBN 978-807-367-679-7.
10. MATĚJČEK, Zdeněk. *Dyslexie - specifické poruchy čtení*. 2. upr. a rozš. vyd. Jinočany: H & H, 1993, 270 s. ISBN 80-85467-56-9.
11. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
12. POKORNÁ Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010, 333 s. ISBN 978-80-7367-817-3.
13. PRŮCHA, Jan, Jiří MAREŠ a Eliška WALTEROVÁ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003, 322 s. ISBN 80-7178-772-8.

- 
14. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009, 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
 15. VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 322 s. ISBN 80-244-0698-5.
 16. VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
 17. ZÁPOTOČNÁ Ol'ga. *Specifické poruchy učení*. In LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 304 - 319 s. ISBN 978-807-367-679-7.
 18. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších dovedností*. Vyd. 10. , zcel přeprac. a rozš. Praha: Portál, 2003, 263 s. ISBN 80-7178-800-7.

3 Problematika výchovy a vzdělávání dítěte s hyperkinetickou poruchou



Cíle

Po prostudování této kapitoly a příslušné doporučené literatury dokážete:

- vymezit pojem ADHD, ADD,
- charakterizovat projevy ADHD, ADD,
- popsat etiologii hyperaktivity,
- charakterizovat legislativní rámec ošetřující vzdělávání žáků s hyperkinetickou poruchou.

Termín **ADHD** je zkratkou z anglického Attention Deficit Hyperactivity Disorder a označuje neurovývojovou poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou a impulzivitou (Šlapal, 2007). Označení ADHD není objevem posledních let, ale bylo použito již v roce 1980 ve třetí revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-III, dnes je v platnosti již čtvrtá revize DSM-IV), a to jako výsledek výzkumů hyperaktivity a koncentrace pozornosti prováděných v USA v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století (Zelinková, 2009).

V České republice se dále používá termín **hyperkinetická porucha**, který vychází z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), vytvořené Světovou zdravotnickou organizací. Podle ní je porucha zařazena do skupiny F 90 Hyperkinetické poruchy, která se dále člení na skupiny: F. 90. 0 Porucha aktivity a pozornosti, F. 90. 1 Hyperkinetická porucha chování, F. 90. 8 Jiné hyperkinetické poruchy a F. 90. 9 Hyperkinetické poruchy NS. Pojetí obou manuálů, tedy americké DSM-IV a evropské MKN-10 není identické.

V současné době se v praxi České republiky stále více prosazuje termín ADHD, i u nás však procházela terminologie svým vývojem. Projevy chování dětí odpovídající syndromu ADHD se ve 40. letech minulého století zabýval MUDr. Karel Macek, který v roce 1949 použil termín **lehké poškození centrální nervové soustavy**. V 60. letech zavedl O. Kučera termín **lehká dětská encefalopatie**, který byl postupně nahrazen pojmem **lehká mozková dysfunkce (LMD)**. (Vojtová, 2010) Z pohledu dnešní praxe, kdy nové zobrazovací techniky umožňují rozlišovat různé odchylky v mozku u různých psychických poruch, se jeví termín lehké mozkové dysfunkce (LMD) jako zastaralý. Nový termín zdůrazňuje poruchu pozornosti samostatně (u dítěte se neobjevuje impulzivita a hyperaktivita, porucha je označována zkratkou **ADD**) nebo v kombinaci s hyperaktivitou a impulzivitou (zkratka **ADHD**) a umožňuje tak zvolit co nejvhodnější terapeutické postupy (Drtilková, 2007).

3.1 Etiologie

Příčiny ADHD nejsou doposud zcela objasněny. Porucha pozornosti je syndrom, projevuje se tedy skupinou různých příznaků (symptomů), které mohou vznikat z různých příčin. Munden (2002, s. 47) považuje ADHD za „*klasický příklad bio-psycho-sociální poruchy. Symptomy jsou výsledkem jedinečného biologického a psychického ustrojení jedince, jeho životních zkušeností a vlivu prostředí, v němž se nalézá.*“

Za hlavní příčinu je odborníky považována dysfunkce mozku, která může být způsobena drobným poraněním mozku v raných vývojových obdobích, tedy v období prenatálním, perinatálním či postnatálním, nebo je získaná dědičností či vlivem neurobiologických poruch.

3.1.1 Biologické příčiny genetické

Dědičnost poruchy je předmětem řady výzkumů. U dětí rodičů s ADHD lze s poloviční jistotou očekávat, že budou mít podobné potíže (Zelinková, 2009). ADHD se také častěji dědí v mužské linii, je 5x vyšší pravděpodobnost přítomnosti poruchy u dítěte, které má otce s touto poruchou (srov. Drtílková, 2007, Train, 1997).

3.1.2 Biologické příčiny negenetické

V období prenatálním ovlivňují vznik poruchy onemocnění matky, kouření, alkohol a drogy či nedostatečný přísun kyslíku. Dalším kritickým okamžikem je porod, zvláště protražovaný nebo předčasný, spojený s hypoxií nebo úrazem hlavy, nepříznivý vliv má nízká porodní váha plodu (Drtílková, 2007). Ke vzniku poruchy může dojít také vlivem infekčních či horečnatých onemocnění v období do dvou let věku dítěte, tedy v období postnatálním (Bartoňová, 2010).

Toxiny z vnějšího prostředí (nikotin, alkohol a drogy, olovo)

V dnešní době již jen málokdo pochybuje o negativním vlivu nikotinu na plod v době těhotenství. Nejen, že se zvyšuje riziko předčasného porodu, dítě má nízkou porodní hmotnost a je více ohroženo syndromem náhlého úmrtí novorozence, nikotin má vliv také na přítomnost syndromu ADHD. Podle Zelinkové (2009) kouřilo v těhotenství asi 22% matek dětí s ADHD, u dětí bez ADHD to bylo pouze 8% matek (1996). Z výzkumů provedených na zvířatech dále vyplývá, že nikotin ovlivňuje uvolňování dopaminu v mozku a způsobuje hyperaktivitu (Zelinková, 2009).

Vývoj dítěte v těhotenství zcela nepochybně negativně ovlivňuje také alkohol a drogy. Souvislost mezi syndromem ADHD a tím, že matka v těhotenství alkohol, anebo drogy brala, zatím žádná studie neprokázala, ale příznaky u dětí těchto matek jsou syndromu ADHD nápadně podobné (Riefová, 2010).

Další životu nebezpečnou látkou je olovo. Pokud dojde k otravě, což se v dnešní době již nestává, projevuje se dítě po vyléčení podobně jako dítě s ADHD, nepozorností a hyperaktivitou (Munden, Arcelus, 2002).

3.1.3 Neurobiologické poruchy

S rozvojem zobrazovacích technik dochází v posledních letech k pokroku ve zkoumání mozku a jeho odchylek, které by mohly být příčinou syndromu ADHD.

Zobrazovací studie například ukázaly změny v pravém frontálním laloku mozku, který významně souvisí s úrovní pozornosti a impulzivity (Drtílková, 2007).

Abychom se dokázali soustředit, musí náš mozek fungovat správně. K tomu potřebuje dostatečné množství přenašečů nervových signálů, tzv. neurotransmiterů (Riefová, 2010). Biochemická měření ukázala u velké části dětí s ADHD odchylky v jejich produkci, zejména v produkci dopaminu a noradrenalinu, přičemž tyto neurotransmitery zodpovídají za emoce, motorickou aktivitu, ovlivňují verbální paměť a jsou důležitým regulátorem pozornosti a chování (Drtílková, 2007).

3.1.4 Psychosociální příčiny

Ve vývoji obtíží spojených s ADHD nepochybně hrají svou roli dispozice dítěte k nadměrné aktivitě, pohyblivosti, náladovosti a způsob výchovy. Pokud si dítě nemůže utvářet správné vzory chování a komunikace, je posilováno negativní chování a nežádoucí projevy (Zelinková, 2010). Na druhou stranu je třeba si uvědomit, že symptomy ADHD mohou výchovu značně zkomplikovat. Výzkumy biologických mechanismů probíhajících v těle člověka jsou dnes již tak daleko, že není možné považovat za příčinu syndromu ADHD pouze špatnou nebo nedostatečnou výchovu (Munden, Arcelus, 2002).

3.2 Projevy

Chování dítěte musíme vždy hodnotit ve vztahu k vývojovému stupni, ve kterém se v dané chvíli nachází. Potíže s koncentrací pozornosti, výbuchy emocí, impulzivita či odpor vůči pravidlům mohou potkat v určitém věku každé dítě (Pokorná, 2001).

Primárními projevy syndromu ADHD jsou **deficity v pozornosti, impulzivní jednání a chování a hyperaktivita**. Tyto příznaky buď izolovaně, nebo ve svém souhrnu predisponují dítě k dalším obtížím, a to v sociální nebo emocionální oblasti či ve výkonech dítěte. U dětí s ADHD se také často projevuje další postižení, nejčastěji poruchy řeči, poruchy učení, úzkostnost, poruchy nálady a somatické potíže (Vojtová, 2010).

3.2.1 Deficity pozornosti

Děti nedovedou udržet pozornost, špatně se soustředí a lehce se nechají vyrušit tím, co se děje kolem. Brzy se unaví, nevnímají, když jim někdo něco říká, nic si nepamatují a stále něco ztrácejí (Jucovičová, Žáčková, 2007). Děti se obtížně soustředí nejen ve škole, ale i při dalších běžných činnostech v praktickém životě, při motorických dovednostech jako je jízda na kole nebo plavání a také při komunikaci se svým okolím (Munden, Arcelus, 2002).

3.2.2 Impulzivní jednání a chování

Děti reagují bez rozmyšlení, nejsou schopny dohlédnout důsledky svého jednání, často jednájí nepřiměřeně podnětu. Neumí své chování plánovat a tlumit je. Často „skáčou do řeči“, z tématu na téma, často neudělají vše, co mají ne proto, že by to nedokázaly, ale proto, že si nevyslechnou pokyn až do konce (Jucovičová, Žáčková, 2007). Neschopnost ovládnout se a potřeba na všechno reagovat, ať už vhodně nebo nevhodně, je považována za hlavní nedostatek dětí se syndromem ADHD. Vedlejší

podnět nebo událost je rozptyluje a odvádí od toho, co právě mají dělat (Munden, Arcelus, 2002).

3.2.3 Hyperaktivita

Děti jsou zvýšeně aktivní, hlučné, neklidné, neschopné setrvat na jednom místě, vrtí se, bezděčně pohybují rukama nebo nohama. Velmi rychle se unaví, to ale neznamená, že by častěji odpočívaly. Některé unavené děti jsou naopak ještě aktivnější. Často bývají přetažené, odpočívat neumí nebo špatně usínají (Jucovičová, Žáčková, 2007).

3.2.4 Obtíže v sociální oblasti

Vlivem impulzivního jednání a nepozornosti mají děti s ADHD potíže s pravidly chování a v sociální oblasti. Děti s ADHD jsou často v konfliktu s druhými a v důsledku unáhlených reakcí a nepřiměřených projevů mají málo kamarádů, resp. nejsou schopni si kamarádství udržet. Jejich vrstevníci je odmítají a opakovaný neúspěch má zásadní vliv na jejich sebevědomí (Munden, Arcelus, 2002).

3.2.5 Obtíže v emocionální oblasti

Děti s ADHD bývají silně emočně labilní, pozorujeme u nich časté výkyvy nálad. Jejich citové reakce jsou někdy nespočitatelné. Mají nízké sebevědomí, jsou nejistí a úzkostní. Munden, Arcelus (2002) uvádí, že 33% dětí prožívá stavy, které lze označit za deprese, 30% dětí trápí úzkostné poruchy a u více než 50% dětí s ADHD se objevují emoční problémy.

3.2.6 Výkony dítěte

Primární příznaky ADHD vážně postihují schopnost dítěte učit se. Děti mají problém nastartovat práci na úkolu a dovést ji do konce. Podávají nevyrovnaný výkon v práci ve škole, jednou úkol splní, podruhé ne. Jsou neorganizované a dají se snadno vyrušit z práce, což vede k častému neúspěchu ve škole (Vojtová, 2010). Školní výkon také komplikují specifické poruchy učení, které se vyskytují u 20 – 25% dětí s ADHD (Zelinková, 2009).

Rodiče mnohdy očekávají, že jejich dítě ze syndromu ADHD vyroste, to se ale v 65 – 80% případů nestane. Projevy sice s věkem přestávají být tak závažné, ale trvají až do dospělosti (Zelinková, 2009). Existuje úzká souvislost mezi syndromem ADHD a neschopností se uplatnit ve společnosti. Mnoho dospělých s ADHD nerado vzpomíná na dětství, stres ve škole, neúspěchy, deprese. Na druhou stranu z řady dětí se syndromem ADHD vyrostli velmi úspěšní lidé (Riefová, 2010). Lidé se syndromem ADHD jsou energičtí a mohou být i velmi talentovaní.

3.3 Diagnostika a terapie

3.3.1 Diagnostika

Rozhodnout, že dítě trpí syndromem ADHD není jednoduché a ten, kdo tak činí, musí věnovat pozornost řadě vlivů, které na dítě působí. Diagnózu může stanovit pouze

psycholog nebo speciální pedagog ve školském poradenském zařízení (pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum, školní poradenské pracoviště), nebo psychiatr či neurolog ve zdravotnickém zařízení. Uvedení odborníci by se měli dítěti dále věnovat a pomáhat nejen jemu, ale i rodičům a pedagogům zvládat projevy poruchy (Jucovičová, Žáčková, 2007).

Vyšetření musí být komplexní, nejde jen o pohled lékařský a psychologický, posouzeny musí být také symptomy a studijní, osobní a rodinná anamnéza. Aby bylo možné dítěti účinně pomoci, je třeba stanovit diagnózu přesně, tedy odlišit syndrom ADHD od jiných psychických nebo psychologických poruch (Munden, Arcelus, 2002).

Lékařské vyšetření

Potíže dítěte mohou být projevem jiného tělesného nebo psychického onemocnění. Lékař musí na základě výsledků různých vyšetření rozhodnout, zda se nejedná např. o schizofrenii, autismus, psychózu, poruchu osobnosti nebo emoční poruchu, respektive tato onemocnění vyloučit (Pokorná, 2001). V rámci vyšetření je třeba zvážit rizikové faktory, jako je problematické a rizikové těhotenství, obtížný porod, zdravotní stav matky, požívání alkoholu nebo kouření. Lékař musí vyhodnotit dosavadní průběh zdravotního stavu dítěte a zjistit, zda nemá potíže se sluchem, zrakem nebo řečí (Munden, Arcelus, 2002).

Psychologické vyšetření

Základem pro psychologické vyšetření jsou **informace od rodičů**, dále hodnocení **schopností dítěte** a také vyšetření chování pomocí **posuzovací škály** (Pokorná, 2001).

Rodiče mají každodenní zkušenost se svým dítětem a jeho potížemi, rozhovor s nimi je tedy velmi důležitý. Je třeba jej vést tak, aby se rodiče soustředili na informace o problému, co nejvíce narušuje chod rodiny, jaké jsou vztahy mezi sourozenci a jaké situace přináší nejvíce obtíží. Rozhovor by měl být věcný (Pokorná, 2001).

Psychologické vyšetření se zaměřuje na zjištění intelektové úrovně dítěte, hodnotí percepční a školní výkony, vývoj řeči a sociální a emoční schopnost adaptace. Součástí vyšetření je také hodnocení úrovně pozornosti, paměti, vizuálně-motorických a organizačních dovedností (Pokorná, 2001).

Při speciálním vyšetření se používají různé posuzovací škály, například Connersova posuzovací škála hyperaktivity, škála symptomů navržená Rutterem, Du Paulem nebo dotazník Pelhamův. Jde o dotazníkové materiály, které jsou předkládány rodičům, učitelům, lékařům a dítěti samotnému (Pokorná, 2001).

Studijní, rodinná a osobní anamnéza

Pro stanovení diagnózy nestačí, aby se vyšetřující seznámil se zdravotním stavem dítěte. Zajímá se také o zdravotní stav rodičů, případně širší rodiny a zjišťuje, zda v rodině není nebo nebyl ještě někdo další, kdo by měl podobné potíže jako dítě. Dále musí posoudit také to, jak dítě prospívá ve škole, jak zvládá požadavky na něj kladené, jaké má vztahy se spolužáky a učiteli. Zajímá se o to, v jakých situacích má dítě problémy a jak je řeší, jaký vliv mají na něj, ale i na rodinu a přátele. Teprve když má všechny dostupné informace, může stanovit diagnózu (Munden, Arcelus, 2002).

3.3.2 Terapie

Farmakoterapie

Léky mohou dětem se středně těžkou až těžkou poruchou pomoci změnit jejich chování a myšlení a tím také školní výkony. Lékař by měl vždy spolupracovat s dítětem a jeho rodiči a důvody pro předepsání léků dobře vysvětlit. Dítě by mělo chápat užívání léků jako pomoc, nikoli jako trest za své chování (Munden, Arcelus, 2002).

Dětem předškolního věku jsou nejčastěji předepisovány léky označované jako stimulancia, které by měly posilovat neurotransmitery, tlumit neklid a posilovat koncentraci pozornosti (Vojtová, 2010). V České republice se z této kategorie léků používá pouze methylphenidát (Ritalin), který patří do skupiny psychotropních látek podobných amfetaminu, tedy drogám jako je pervitin, speed nebo kokain. Je návykový, a proto je jeho předepisování komplexně poměrně kontroverzní. K dalším u nás dostupným lékům patří: Provinil, Vigil nebo skupina léků označovaných jako nootropika, které ovlivňují reaktivitu dítěte, kognitivní funkce a tím také jeho školní výkony. Vždy je třeba respektovat individualitu pacienta a po určitou dobu jej sledovat, protože nikdy nelze předem říci, jak na daný lék zareaguje (Šlapal, 2007).

Train (1997) uvádí, že na léky dobře reaguje přes 70% dětí. Je však třeba mít na paměti, že léky sice ovlivňují fungování mozku dítěte, jeho myšlení a chování, ale nic neléčí. Proto farmakoterapie sama o sobě nestačí a dítě by se mělo souběžně v rámci jiných forem terapií snažit naučit, jak udržet pozornost a zvládat své projevy a chování (Munden, Arcelus, 2002).

Psychoterapie

Na všechny, kteří dítě s ADHD vychovávají, jsou kladeny velké nároky. Neustálé problémy dítěte a jeho neklid se na ně často přenáší a tak výchovu dítěte znesnadňují. Aby mohl vychovatel dítěti pomoci, měl by se naučit zůstat klidný, měl by být laskavý a důsledný. Zejména důslednost je důležitá, protože přináší dítěti řád a tím mu pomáhá události v jeho životě zvládat (Pokorná, 2001). Psychoterapie tedy není zaměřena jen na dítě, ale také na ty, kteří jsou s ním v kontaktu, tedy především na rodiče a učitele.

Při práci s dětmi se využívají techniky, které jsou postaveny na **behaviorální terapii**. Ta se snaží, s využitím principů učení, u dítěte změnit nežádoucí reakce a vzorce chování za reakce žádoucí. Z používaných technik se osvědčila zejména **Analýza ABC** (analýza události, které předchází nežádoucímu projevu chování a které po něm následují s cílem změnit některé události a tak nežádoucí chování omezit) a **pozitivní posilování** (srozumitelně popsat očekávané chování, vysvětlit důsledky nežádoucího chování, správné chování odměnit a na nežádoucí v rozumné míře nereagovat). (Munden, Arcelus, 2002) K behaviorálním metodám řadí Train (2001) také trénink asertivity, učení nápodobou či metodu smlouvy.

Psychoterapie zaměřená na učitele se snaží působit na učitele tak, aby se naučili dítě s ADHD chápat, aby využívali nových metod a přistupovali k dítěti vhodným způsobem. **Trénink učitelů** je zaměřen na změnu způsobu výkladu, na to, aby dokázali dávat pozitivní zpětnou vazbu a seznámili se s dalšími možnostmi opatření, která lze při výuce dětí s ADHD přijmout. Cílem není naučit se redukovat projevy hyperaktivity dítěte, ale pomoc učitelům změnit podmínky výuky tak, aby dítě bylo schopné podávat lepší výkon (Zelinková, 2009).

Pokud se rodina potýká s problémy ve vztazích mezi jednotlivými členy, komunikace je nejasná a nejednoznačná apod. je na místě **rodinná terapie**. Problém ADHD se vždy týká celé rodiny, ovlivňuje všechny její členy, a proto se terapie neomezuje pouze na dítě, ale snaží se zlepšit komunikaci mezi všemi členy rodiny tak, aby se jim společně dařilo nalézat vlastní způsob řešení problémů (Munden, Arcelus, 2002).

Nezastupitelná je **individuální práce** s dítětem. Dítě by se mělo cítit s terapeutem bezpečně, protože jen v atmosféře důvěry bude schopno svěřit mu své myšlenky, pocity a zkušenosti (Munden, Arcelus, 2002). Terapeut může zvolit formu hry či využít dalších technik, včetně alternativních metod, jako je například EEG – biofeedback, při které dítě posiluje žádoucí činnost mozku. Ke klidu dítěte může přispět například **muzikoterapie** nebo **arteterapie**. **Relaxaci** napomáhá klidná, pomalá hudba. Využít lze také **dramaterapie**, která úspěšně působí proti stresu a pomáhá dítěti nacvičit pozitivní způsob chování v různých situacích (Jucovičová, Žáčková, 2007).

3.4 Výchova a vzdělávání žáků se syndromem ADHD

3.4.1 Integrace a inkluzivní vzdělávání

Integrace je pojem, který se začal ve světě objevovat od 60. let 20. století a označuje úsilí o reformu stávajícího systému vzdělání. Soustředí se na právo dětí s postižením na vzdělání, vzdělání ve škole v místě bydliště a reorganizaci stávajícího systému speciálního školství. Oproti tomu se **inkluzi** soustředí především na kvalitu vzdělávání poskytovaného žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, ke kterým patří také žáci se syndromem ADHD, v běžném vzdělávacím proudu, resp. jde o způsob, jakým by se školy hlavního vzdělávacího proudu měly všem svým žákům věnovat (Vaďurová, 2009).

V **integrovaném vzdělávání** je podstatou problému dítě a jeho postižení. Integrace žáka je podpořena zřízením funkce asistenta pedagoga nebo osobního asistenta a úpravou prostředí, dál již záleží na žákovi, zda je schopen obsah a formu vyučování zvládnout. V **inkluzivním vzdělávání** není ústředním problémem dítě s postižením, ale systém vzdělávání a kompetence učitelů, které musí být takové, aby dokázaly uspokojit individuální potřeby a podporovaly maximální rozvoj všech žáků (Vaďurová, 2009).

Integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol podporuje také vzdělávací politika v České republice. Po roce 1989 došlo k zásadní změně v koncepci našeho školství v tom smyslu, že výchova a vzdělávání dětí s postižením neprobíhá výhradně ve speciálních školách, ale stává se realitou všech typů škol a školských zařízení. Trend individuální integrace podporuje i současná platná legislativa (Vítková, 2004).

3.4.2 Legislativní rámec

V mezinárodním měřítku již Všeobecná deklarace lidských práv, přijatá v roce 1948, zaručuje právo na vzdělání. Nárok na bezplatné a povinné vzdělání zaručuje dětem též Úmluva o právech dítěte, vydaná OSN v roce 1989, ke které tehdejší ČSFR

přistoupila v roce 1991. Jako první dokument konkrétně zmiňuje také děti s postižením a děti různého sociálního původu (srov. Vaďurová, 2009, Úmluva o právech dítěte).

Právo na vzdělání však neznamená automaticky právo na integraci či inkluzivní vzdělání. Právo na inkluzivní vzdělávání poprvé jasně formuluje Prohlášení ze Salamanky a Akční rámec pro speciální vzdělávání z roku 1994. Za základní princip inkluze považují společné učení všech dětí bez ohledu na jejich obtíže či odlišnost. První volbou dítěte s postižením již není speciální škola, to však neznamená, že by tyto dokumenty jejich další existenci odmítaly. Dalším mezinárodním dokumentem, který potvrzuje právo každého jedince na inkluzivní vzdělávání, je Prohlášení OSN o právech osob s postižením z roku 2006 (Vaďurová, 2009).

V České republice probíhalo vzdělávání dětí s postižením segregovaně až do 90. let 20. století. Odklon nastal až s přijetím zákona č. 564/1990Sb. o státní správě a samosprávě ve školství, který uvádí možnost integrace žáků s postižením. Tento trend pak dále potvrzuje Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol z roku 2002 (Vaďurová 2009). Až teprve zákon o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání č. 561/2004 Sb. (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů zavádí povinnou školní docházku pro všechny děti bez výjimky, ruší tedy institut osvobození od povinné školní docházky. Ze vzdělání nikoho nevyklučuje a za primární způsob vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami považuje individuální integraci do běžné základní školy (Vaďurová, Pančocha, 2010). Na školský zákon č. 561/2004 Sb. navazuje vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Problematikou inkluze osob s postižením do vzdělávání a pracovního a společenského života obecně se v České republice dále zabývají dokumenty Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009, na který navazuje Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením pro období 2010 – 2014. Zvýšit míru inkluzivního pojetí vzdělávání si klade za cíl také přípravná fáze Národního akčního plánu inkluzivního vzdělávání, která byla schválena vládou v roce 2010 (srov. Vaďurová, Pančocha, 2010, Národní akční plán inkluzivního vzdělávání).

3.4.3 Vzdělávání žáků se syndromem ADHD v České republice

Vzdělávání žáků se syndromem ADHD u nás probíhá v běžných základních školách, ve speciálních třídách při běžných základních školách nebo ve speciálních školách pro děti se specifickými poruchami učení a chování. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v §16 definuje **žáky se speciálními vzdělávacími potřebami**, k nimž mohou patřit také žáci se syndromem ADHD. Zákon rozlišuje žáky se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním. Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem (zákon 561/2004 Sb., zákon č. 370/2012 Sb., kterým se mění školský zákon).

Speciální vzdělávací potřeby žáků zjišťuje školské poradenské zařízení, jehož činnost probíhá v souladu s vyhláškou č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských

služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a její novelou, vyhláškou č.116/2011 Sb. Školská poradenská zařízení jsou pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Poradna na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky vypracovává odborný posudek a doporučuje zákonným zástupcům a řediteli školy zařazení žáka do příslušné školy a třídy a vhodnou formu jeho vzdělávání. Poradny a centra dále poskytují zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům poradenské služby v oblasti vzdělávání žáků se speciálně vzdělávacími potřebami. Přímo na školách poskytuje poradenské služby výchovný poradce a metodik prevence (vyhláška 72/2005 Sb.).

Další podrobnosti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami formuluje vyhláška č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a její novela, vyhláška č. 147/2011 Sb. Rozlišuje formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením, a to **individuální integraci**, **skupinovou integraci** a **speciální školy** (školy samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením). Individuální integraci se rozumí vzdělávání na běžné škole, což je přednostně preferovanou formou vzdělávání, pokud to odpovídá potřebám a možnostem žáka a podmínkám a možnostem školy (vyhláška 73/2005 Sb.).

Individuální vzdělávací plán

V případě potřeby je pro individuálně integrovaného žáka sestaven individuální vzdělávací plán. Vychází ze školního vzdělávacího programu školy, ve které je žák integrován, ze závěrů vyšetření školským poradenským zařízením, vyjádření zákonného zástupce žáka nebo přímo zletilého žáka, případně zohledňuje doporučení praktického lékaře žáka či dalšího odborníka. Individuální vzdělávací plán je součástí dokumentace žáka a měl by obsahovat údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče, údaje o cílech vzdělávání, časovém a obsahovém rozvržení učiva, vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka, seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, návrh případného snížení počtu žáků ve třídě, závěry z vyšetření. Za zpracování individuálního vzdělávacího plánu zodpovídá ředitel školy, plán se vytváří nejpозději 1 měsíc po nástupu žáka do školy (vyhláška 73/2005 Sb.).

Individuální vzdělávací plán (IVP) by měl být prostředkem koordinace přístupu k žákovi, shrnuje informace o specifických potřebách žáka a možnostech a dostupných zdrojích školy. Pro volbu správné strategie vyučování potřebuje učitel především dostatek informací o schopnostech a dovednostech žáka. Vytvoření vhodného IVP pak závisí nejen na porozumění potřebám žáka, ale také na porozumění očekáváním rodičů žáka, na materiálním a technickém vybavení školy a personální situaci školy (Lang, Berberichová, 1998).

Asistent pedagoga

Pomocí přizpůsobit se školnímu prostředí může žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami asistent pedagoga. Ten pomáhá pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, při komunikaci se žáky a spolupráci se zákonnými zástupci žáka (vyhláška 73/2005 Sb.).

3.5 Přístup k dítěti s ADHD ve škole

3.5.1 Obecné zásady

V této kapitole jsou shrnuty zásady, které formulují autorky Jucovičová, Žáčková (2007) a které platí v přístupu k dítěti se syndromem ADHD obecně, tedy jak doma, tak ve škole. Jejich charakteristika se zde soustředí na doporučený přístup učitele:

- Vytvořit **klidné, citově proteplené prostředí**: učitel by se měl snažit být klidný a vyrovnaný i ve vypjatých situacích a tak dávat dítěti příklad a neprohlubovat jeho afekt; dávat najevo, že je mu oporou a rozumí jeho problémům.
- Stanovit **řád, hranice, „mantinely“ v chování dítěte**: laskavý přístup v rovnováze s dodržováním určitého řádu, pravidel, na jejichž tvorbě se může dítě aktivně podílet, při porušení pravidel následuje sankce; pravidelný režim dne dává dítěti jistotu a pocit bezpečí.
- Být **důsledný**, stanovená pravidla důsledně dodržovat, kontrolovat pravidelně a často s okamžitou zpětnou vazbou, vést dítě k vyvození důsledků vlastního jednání
- **Sjednotit výchovné postupy** všech vyučujících ve škole
- Soustředit se na **kladné stránky osobnosti dítěte** a umožnit mu prožívat i úspěch, chválit i za malé, dílčí pokroky, oceňovat snahu, posilovat žádané způsoby chování, negativní chování spíše ignorovat
- **Usměrňovat aktivitu dítěte** a dodávat mu přiměřené podněty, nekárat za to, že neseď v klidu, když se např. soustředí na čtení.

Opatření v podmínkách školy

Pokorná (2001) uvádí následující opatření, která mohou prospět nejen dětem s ADHD, ale i ostatním, protože i na ně budou mít zklidňující vliv:

- **Prostředí třídy** by mělo **působit** útulným, **klidným dojmem**, bez zbytečných zrakových podnětů (přehnaného množství obrázků, výzdoby, divokých barev).
- Dítě s ADHD by mělo mít v zorném poli **pouze pomůcky**, které potřebuje **pro splnění zadaného úkolu**.
- **Činnosti**, které jsou **spojeny s rychlostí a závoděním nejsou vhodné**, protože podporují impulzivní jednání a zbrkllost.
- Děti s ADHD by měly **dostávat úkoly** přiměřené věku, ale **relativně kratší**.
- Dítě **musí rozumět zadání úkolu**, je třeba se přesvědčit, zda instrukci rozumí.
- V průběhu hodiny **dodržovat navyklé rituály**, dítě bude klidnější, když bude vědět, jaká činnost následuje, usnadňují mu orientaci v průběhu hodiny.
- **Podporovat dobré vztahy** dítěte s ADHD s vrstevníky.

3.5.2 Postupy a zásady reedukace

Při reedukaci ADHD je třeba mít na paměti důležitý fakt, na který upozorňuje ve své knize Olga Zelinková (2009, str. 200): „*Při počátečním působení nemůže být prvotním cílem úprava chování dítěte, ale kroky směřují nejprve ke změně podmínek, v nichž dítě žije, aby ubylo negativních podnětů, které mohou působit jako spouštěcí mechanismy. Z toho vyplývá, že účastníky reedukačního procesu musí být dospělí (rodina i škola), vrstevníci a dítě samo.*“

K základním reedukačním postupům patří pozitivní posilování s mírnými tresty, častá zpětná vazba, jednoznačné a srozumitelné instrukce a pokyny, které dítě zopakuje, respekt ke stylu učení, pravidelný denní režim. O vhodnosti chování se nediskutuje, musí být jednoznačně stanovená pravidla. Spolužákům je třeba přiměřenou formou vysvětlit podstatu obtíží (Zelinková, 2009).

Pro zlepšení výkonu dítěte navrhuje Riefová (2010) provést **změny v prostředí třídy**, např. posadit žáka dopředu, blízko učitele, omezit rozptylující podněty (vizuální zmatek), využívat studijní kouty nebo kabinky (lavice s přepaženým prostorem), zhasínat světla. Dále doporučuje **rozvíjet organizační dovednosti dítěte**, tzn. denně používat kalendář pro zaznamenávání úkolů a záznamy kontrolovat, zopakovat domácí úkoly na konci vyučování, seznam každodenních povinností přilepit na lavici. Důležité je **rozvíjet komunikaci mezi rodiči a školou**, tedy vyžadovat, aby rodiče podepisovali denní nebo týdenní zprávy, rodičům častěji telefonovat a sdělovat i pozitivní postřehy, zvat je na porady do školy. Učitel by měl mít **individuální přístup k žákům**, stanovit stálé požadavky na žáka a následky jejich neplnění, poskytnout více času na zpracování informace, dokončení prověrky. Ve výuce by měl používat více názornosti, praktických ukázek, poskytovat příležitosti k pohybu, chválit vzorné chování, poskytovat pravidelnou zpětnou vazbu. Dále autorka doporučuje naučit žáka zklidňujícím postupům a strategií „přemýšlej, než odpovíš“ a umožňovat spolupráci s jinými dětmi ve dvojicích nebo malých skupinách. Třída by měla být bezpečným prostředím, ve kterém se žáci mohou svobodně vyjadřovat bez obav, že budou zesměšněni. Na závěr autorka zdůrazňuje, že reedukace dítěte s ADHD je **týmová práce**, které se účastní výchovný poradce, psycholog, speciální pedagog a rodiče, ale také učitelé z jiných tříd, kteří přichází se žákem do kontaktu.



Pojmy k zapamatování

Pokuste si zapamatovat a definovat následující pojmy:

ADHD, ADD, hyperaktivita, impulzivita, koncentrace, pozornost, LMD, neurotransmitter.



Kontrolní otázky a úkoly

1. ADHD je syndromem, pokuste se vyjmenovat některé jeho symptomy.
2. Zamyslete se a uveďte, proč zejména nikotin má negativní vliv na vývoj plodu a tím i zvyšuje riziko vzniku hyperaktivity u dětí.
3. Uveďte psychosociální podněty, které vedou k nežádoucímu ovlivňování vývoje obtíží spojených s ADHD u dětí.
4. Pokuste se charakterizovat projevy ADHD u dětí.
5. Vymezte rozdíl mezi ADHD a ADD.
6. Jaké metody se používají při diagnóze hyperaktivity u dětí?
7. Nahlížíte na farmakoterapii jako na vhodnou pro děti s ADHD.
8. Jmenujte obecné zásady v přístupu k dítěti s ADHD.



Shrnutí

Termín ADHD označuje neurovývojovou poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou a impulzivitou. Příčiny ADHD nejsou doposud zcela objasněny. Porucha pozornosti je syndrom, projevuje se tedy skupinou různých příznaků (symptomů), které mohou vznikat z různých příčin, jakou jsou příčiny biologické (genetické, negenetické) neurobiologické, psychosociální. Primárními projevy syndromu ADHD jsou deficity v pozornosti, impulzivní jednání a chování a hyperaktivita. Diagnostika musí být komplexní, nejde jen o pohled lékařský a psychologický, posouzeny musí být také symptomy a studijní, osobní a rodinná anamnéza. Vzdělávání žáků se syndromem ADHD u nás probíhá v běžných základních školách, ve speciálních třídách při běžných základních školách nebo ve speciálních školách pro děti se specifickými poruchami učení a chování.



Použitá literatura

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Specifické poruchy učení*. In PIPEKOVÁ, Jarmila at al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido 2010, 401 s. ISBN 80-7315-198-0
2. DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ et al. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 268 s. ISBN 80-7262-419-5
3. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 80-7367-485-4
4. HALOWELL, Edward M. a John J.RATEY. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. 1. vyd. Praha: Návrat domů 2007, 306 s. ISBN 80-7255-154-5
5. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství D + H 2007. 128 s. ISBN 80-903869-1-4
6. LANG, Greg a Chris BERBERICHOVÁ. *Každé dítě potřebuje speciální přístup: vytváření integrovaných a inkluzivních tříd*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 152 s. ISBN 80-7178-144-4
7. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 120 s. ISBN 80-7178-625-X
8. POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. vyd. Praha: Portál 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9
9. RIEF, Sandra R. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 4. vyd. Praha: Portál 2010. 256 s. ISBN 80-7367-728-2
10. ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido 2007. 55 s. ISBN 80-7315-160-7

11. TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. 1. vyd. Praha: Portál 1997. 168 s. ISBN 80-7178-131-2
12. TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-503-2
13. VAĎUROVÁ, Helena. *Historický vývoj a současné pojetí inkluzivního vzdělávání*. In BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ et al. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami III*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. s. 53-66. ISBN 80-210-5032-7
14. VAĎUROVÁ, Helena a Karel PANČOCHA. *Přípravenost na inkluzivní vzdělávání z pohledu pedagogických pracovníků*. In BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ et al. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami IV*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. s 53-63. ISBN 80-210-5331-1
15. VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9
16. VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 330 s. ISBN 80-210-5159-1
17. ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. 11. vyd. Praha: Portál, 2009. 264 s. ISBN 80-7367-514-1

4 Problematika výchovy a vzdělávání dítěte s poruchou chování



Cíle

Po prostudování této kapitoly dokážete:

- dokážete klasifikovat poruchy chování z několika možných hledisek,
- charakterizovat dítě s poruchou chování,
- vymezit základní legislativní rámec pro vzdělávání dětí s diagnózou porucha chování,
- popsat poradenská zařízení, která poskytují péči dětem s diagnózou porucha chování.

4.1 Normy, pravidla, socializační odchylka

4.1.1 normy

Bendl (2001) považuje normy za základní stavební prvek společnosti jako řádu, můžeme je chápat ve trojím smyslu. Zaprvé, co je ve společnosti obvyklé, tradované, osvědčené. Zadruhé, co je dovolené, přípustné. A zatřetí, co je potřebné, nutné a správné. Podle Rotterové (1973) normy upravují vztahy mezi lidmi, dávají jim řád, zabezpečují práva jedince, umožňují předvídat chování člověka a dávají jedinci větší pocit jistoty.

Díky normám jedinec ví, jak se má ve společnosti chovat. Důležité je, proč člověk normy dodržuje, můžeme pro to najít čtyři důvody. Prvním důvodem je strach z toho, co bude následovat, pokud nedodrží normu. Druhý důvod je založen na absenci energie postavit se proti dané normě i přes vnitřní odpor. Třetím důvodem je pak motivace, zda se jedinci vyplatí dodržet daná pravidla. A čtvrtý, nejpozitivnější důvod spočívá v tom, že se jedinec podřizuje normě z vlastního přesvědčení (Bendl, 2001).

4.1.2 Pravidla

Aby se žáci mohli vzdělávat v třídním kolektivu a aby se stali jeho součástí, je nutné, aby přijali společná pravidla – pravidla slušného chování (nehádat se, klepat na dveře, omluvit se za pozdní příchod), chovat se hezky ke svému sousedovi v lavici, neposmívat se druhým, naučit se chovat tak, aby to usnadňovalo život v rámci skupiny. Učitel má dohlížet na způsob, jakým žáci ve třídě mluví, má dbát na to, aby se nevytvořily vztahy založené na síle a slabosti. Podle Augerové a Boucharlata (2005) mají pravidla ve třídě 4 funkce.

- dávají pocit jistoty - aby se žák mohl naplno soustředit na výuku, potřebuje se ve třídě cítit bezpečně, musí mít naprostou jistotu, že ve třídě není možné dělat cokoliv, a

že učitel má vše pod dohledem, učitel musí seznámit žáky s pravidly a povinnostmi hned na začátku školního roku.

- pomáhají strukturovat osobnost - právě ve škole si má žák osvojit určitá pravidla na intelektuální a společenské rovině a jsou to právě nároky a pravidla, které učitel na žáky klade, které jim pomáhají budovat a strukturovat vlastní osobnost.
- pravidla pomáhají socializovat - třída představuje určitou mikrosociálnost, ve které musí proběhnout proces socializace, aby mohla dobře plnit své funkce.
- pravidla vznikají společně - žáci by se měli podílet na utváření společných pravidel, v takovém případě jsou navíc schopni pravidla respektovat mnohem lépe, než když se pouze podřizují dospělým nebo musí poslouchat nařízení, k nimž se nemohou nijak vyjádřit (Auger & Boucharlat, 2005).

4.1.3 Socializační odchylka

Jde o odchylku či systém odchylek v průběhu socializace, které mohou vést k poruše chování. *„Při vymezování socializační odchylky záměrně zdůrazňujeme parametr její závažnosti, neboť v obvyklém procesu lidského zrání a učení dochází u jednotlivců k určitým diferenciacím v projevu“* (Svoboda, Smolík, 2012, s. 28). Tyto odlišnosti mohou být vnímány jako projevy individuality a společnost se s nimi vyrovná v rámci tolerančního limitu. V případech, kdy běžné kázeňské mechanismy společnosti selhávají, se dítě s odlišným průběhem socializace či s odlišnými prvky v procesu socializaci stává subjektem specializovaného diagnostického poměrování. Při posuzování úrovně a závažnosti jeho projevu hrají roli především intenzita projevu, čas – ve které se sledované porušování normy odehrává, frekvence výskytu porušování sociální normy či souboru norem, mentální úroveň jedince, aktuální „nastavení“ jedince. Na podkladě těchto kritérií sledujeme projev dítěte a v případě stanovení závažné úrovně socializační odchylky diagnostikujeme jedince jako dítě s poruchou chování.

4.2 Porucha chování

Nejčastěji používanou definicí bývá definice z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10), která charakterizuje poruchu chování (F91) jako: *„opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle)“* (MKN-10).

Naše legislativa také vymezuje definici poruchy chování. Je ukotvena ve vyhlášce 438 (2006, § 10, odst. 1, 2, 3) a definuje děti se závažnými poruchami chování jako děti: *„které jsou důsledkem svého psychického oslabení, vážně ohroženy ve svém vývoji, děti s poruchami pozornosti a soustředění spojené s hyperaktivitou, které není možné zvládat běžnými výchovnými postupy a metodami nebo děti experimentující s návykovými látkami nebo drogově závislé“*. Také vymezuje děti s extrémními poruchami chování, které jsou ukotvené ve stejné vyhlášce (2006, § 11, odst. 1) a definuje je jako: *„děti, které jsou opakovaně nedovoleně na útěku a dopouštějí se jednání, které má znaky trestné činnosti, děti, které není možné zvládnout výchovnými“*

postupy, organizací a prostředky používanými v běžných zařízeních, děti, u nichž jsou násilné projevy chování spojeny s náznaky duševních poruch, sexuálních úchylek, u nichž se však jeví specializovaná péče jako vhodná součást léčebného působení, děti s drogovou závislostí, děti mladší 15 let, kterým byla uložena ochranná výchova, děti, kterým soud uložil ochrannou výchovu, přestože již jsou trestně odpovědné, ale z osobnostních či výchovných důvodů je vhodné dokončit v daném zařízení započatý proces výchovných a socializačních změn“ (Vojtová, 2010, s. 122).

Speciálně pedagogický přístup vystihuje definice Sdružení pro národní zdraví a speciální vzdělávání z roku 1992. Je definovaná s ohledem na dopad poruch chování do života jedince. Sdružení pro národní zdraví a speciální vzdělávání poruchu chování a emocí charakterizuje takto: „je výrazem pro postižení, kdy se chování a emocionální reakce žáka liší od odpovídajících věkových, kulturních nebo etnických norem a mají nepříznivý vliv na školní výkon včetně jeho akademických, sociálních, předprofesních a osobnostních dovedností“ (Vojtová, 2008, s. 88).

Také je poukazováno na to, že se jedná o poruchy, které mají dlouhotrvající charakter, nejde tedy o nějaké přechodné reakce na zátěžové situace z prostředí jedince. Dalším ukazatelem je, že se poruchy chování musí vyskytovat nejméně ve dvou různých prostředí jedince, ale aspoň jedno z nich musí souviset se školou a musí přetrvávat i přes individuální intervenci ve vzdělávacím programu. Poruchy chování a emocí mohou existovat i spolu s jiným postižením nebo poruchami (Vojtová, 2008).

Jednu ze základních charakteristik dítěte s poruchami chování definoval Bower v roce 1981 a jejich platnost byla potvrzena i současnými výzkumy.

Řadíme zde:

- **Neschopnost učit se** – pokud ji nemůžeme vysvětlit intelektovými, smyslovými nebo zdravotními problémy,
- **Neschopnost navazovat uspokojivé sociální vztahy s vrstevníky a učiteli,**
- **Nepřiměřené chování, emotivní reakce v běžných podmínkách,**
- **Celkový výrazný pocit neštěstí nebo deprese,**
- **Tendence vyvolávat somatické symptomy, jako je bolest, strach, a to ve spojení se školními problémy** (Vojtová, 2010, s. 121).

4.3 Klasifikace poruch chování

O jaký druh poruchy chování se jedná, vymezuje právě klasifikace poruch chování. Je mnoho druhů poruch chování a každá je jiná. Liší se svým zaměřením, mohou mít popisný či vysvětlující charakter. Lze je tedy klasifikovat podle různých faktorů (Vojtová, 2010).

Klasifikace poruch emocí a chování je strukturovaným tříděním do kategorií a podkategorií. Existují různé klasifikace, které se liší v souvislosti s interpretací problematiky z různých pohledů vědeckých oborů a s variabilitou příčinných vlivů. Klasifikace je také nutno podřídit pochopení normy dané společností (Vojtová, 2009, Vitásková, 2005).

Klasickým českým dělením je **dělení poruch chování podle věku dítěte**. Dělí se podle typických poruch chování pro určité věkové období a podle poruch chování, které se vyskytují ve více nebo ve všech věkových obdobích. Poruchy chování v období 6 – 15 let věku dítěte se nazývají **dětská delikvence** neboli prekriminalita, v období 15 – 18 let jde o **juvenilní delikvenci** neboli delikvenci mladistvých a po 18tém roce už jde o **kriminalitu dospělých**. Delikventní děti a mladiství často trpí i dalšími emocionálními poruchami a poruchami chování (Vašutová, 2009, Vojtová, 2009).

V odborné literatuře speciální pedagogiky najdeme **sociální klasifikaci poruch chování**. Stěžejním náhledem se v této klasifikaci stává stupeň společenské závažnosti poruch (Renotiérová, Ludvíková, 2006). Podle stupně společenského narušení se poruchy dělí na **disociální** (nesprávné návyky), **asociální** (porušení morálky a etických pravidel společnosti) a **antisociální** (delikvence, trestné činy, porušení právních norem). V dnešní době tato terminologie nevyjadřuje podstatu problému a neodpovídá společenskému standardu jednorázového dělení. Rozdělení poruch chování je postaveno normativně, nenahlíží na dítě v celkovém kontextu a neodpovídá inkluzivním kontextům pedagogiky (Janků, 2009, Vašutová, 2009).

Disociální chování – porucha chování se sociálním základem – projevují se nebo jsou důsledkem narušení výchovného procesu či širších sociálních vztahů. Mohli bychom disociální chování charakterizovat jako nespolečenské, nepřiměřené chování, bez výraznější nenávisti. Dá se zvládnout přiměřenými pedagogickými postupy s pomocí odborníků prostřednictvím poradenství nebo ambulantní terapeutické péče. Hranice mezi poruchou chování a poruchou chování se sociálním základem je velmi úzká. Je to společensky nepřijatelnější forma poruchy chování. Problémy se často týkají sociálního mikroprostředí dítěte, související s jeho vývojovým obdobím. Nejčastěji jde o kázeňské přestupky například proti školnímu řádu, neposlušnost, vzdorovitost, lži, negativismus a další porušení norem. Mohou být také reakcí na výchovné postoje a nepochopení dospělých (Hartl, Hartlová, 2000, Vojtová, 2009).

Asociální chování – neničí ještě úrovně společenských hodnot, ale neodpovídá mravním hodnotám dané společnosti. Jedinec, který se chová asociálně, se vylučuje ze společnosti, ale nevystupuje proti ní. Výrazně ovlivňuje sociální vztahy jedince. Od disociálních poruch se liší hlavně svou intenzitou a svým dopadem. Asociální chování bývá vázáno na starší školní věk dítěte a bývá až patologickou záležitostí (Vojtová, 2009, Vocilka, 1994).

Antisociální chování – delikvence - představuje nejzávažnější formu chování. Jedinec přestupuje zákon a svým jednáním s následnými důsledky poškozují společnost. Jde o uvědomované protispolečenské kriminální chování a je namířeno proti společenským normám a společnosti. Může být pro společnost nebezpečné a vyznačuje značnou míru recidivy. Spojuje se s agresivitou a je motivováno úsilím škodit. Jediní si své „špatné“ chování uvědomují a chovají se tak záměrně. Může vést až k ničení nejvyšších hodnot a zahrnuje veškeré protispolečenské jednání dané trestním řádem společnosti (Vocilka, 1994, Hartl, Hartlová, 2000, Vojtová, 2009).

Dalším typem klasifikace poruch chování je **medicínské hledisko**. Tato klasifikace je mnohem přijatelnější. Je mezinárodním standardem dle světové zdravotnické organizace WHO. Klasifikace MKN-10 třídí poruchy chování z hlediska medicínského a dělí je do skupin podle jejich symptomů. Zaměřuje se hlavně na odlišnosti poruch chování mezi sebou. Dívá se na postižení a fungování jako na

výsledek interakce mezi fyzickou a mentální kondicí člověka a jeho sociálním a materiálním prostředím. Dělí se na základních pět kategorií F90 – F94, jsou to hyperkinetické poruchy chování, poruchy chování, smíšené poruchy, emoční poruchy chování a poruchy sociálních funkcí (Vojtová, 2010, Vojtová, 2009, Vašutová, 2009).

Poruchy chování (F91):

- **poruchy chování ve vztahu k rodině** – kombinace agresivního nebo disociálního chování s výrazným narušeným vztahem k ostatním dětem – jedná se o všepřonikající poruchy, které mění motorickou, emoční, volní, kognitivní, řečovou psychosociální úroveň dítěte, což mu zabraňuje úspěšně se adaptovat ve společnosti,
- **nesocializovanou poruchu chování** – vyznačuje se také disociálním a agresivním chováním s narušeným vztahem k ostatním,
- **socializovanou poruchu chování** – vyznačuje se agresivním a asociálním chováním ve vztahu ke skupině,
- **opoziční vzdorovité chování** – objevuje se u mladších dětí, které se projevují vzdorovitým, neposlušným chováním bez delikventních činů a asociálního a agresivního chování (MKN – 10).

Pokud jsme dítě zařadili do jedné z medicínských kategorií, není to ještě důvod, abychom ho zařadili do vzdělávání ve speciálně pedagogickém rámci. Neukazují na speciálně pedagogické potřeby dítěte. Medicínská klasifikace je především zaměřena na poruchu a odlišení od jiných poruch, slouží především lékařům (Vojtová, 2009).

Další klasifikací, o které se zmíním, je **dimenzionální klasifikace**. Užívá se hlavně v psychologii a ve speciální pedagogice. Pracuje s projevy chování, jaký stupeň odpovídá daným projevům, v jaké hloubce se porucha nachází, a jak moc je chování jedince odlišné od chování běžného. Posuzuje se pomocí posuzovacích škál.

Skupiny dimenzionální klasifikace jsou:

- **poruchy chování** – otevřená agrese, jak slovní tak verbální, ničení věcí, vzdor, negativismus, problémy s autoritami, nezodpovědnost
- **osobnostní problémy, psychické problémy** – úzkostní chování, uzavřenost, izolace všechno co souvisí s tím, že se jedinec uzavírá prostředí a společnosti
- **nevyzrálost** – problémy s pozorností, roztržitost, lenost a další projevy, které nejsou v souladu s výchovnou normou
- **socializovaná agrese** – agrese ve skupině, loupeže, identifikace s delikventní skupinou, záškoláctví (Vojtová, 2009).

V praxi můžeme také využívat moderní speciálně pedagogickou klasifikaci, která využívá stupně či míry postižení, jako jsou lehké poruchy chování, středně těžké poruchy chování, těžké poruchy chování a závažné poruchy chování. Podle symptomů agresivity dělíme poruchy chování na agresivní (násilí, šikana) a neagresivní (lhaní, toulky). (Vágnerová, 2005, Vašutová, 2009)

Na poruchy chování nahlíží také pedagogika. Jde o **školskou klasifikaci** poruch chování. Její koncept vychází z Myschkera. Rozděluje poruchy chování do 4 skupin a respektuje školské i psychiatrické hledisko:

- **poruchy chování s externími vlivy** – hyperaktivita, agrese, porucha pozornosti, impulzivita.
- **poruchy chování s interními vlivy** – strach, komplex méněcennosti, úzkostnost, ztráta zájmu, poruchy spánku.
- **nezralé sociální vztahy** – snížená schopnost koncentrace, infantilismus, snadná unavitelnost, snížení výkonnosti.
- **socializovaná delikvence** – násilnické chování, vznětlivost, nezodpovědnost, poruchy vztahů (Janků, 2009, Vojtová, 2008).

V psychologické literatuře se můžeme také setkat s pohledem na poruchy chování skrze přítomnost agresivity. Je tedy rozlišováno neagresivní porušování sociálních norem, mezi něž se řadí lži, podvádění, záškoláctví, útěky a toulání. Druhou kategorií je agresivní chování, které práva jiných lidí omezuje ve větší míře a je proto označováno za závažnější. Mezi oběma typy poruch chování není přesná hranice a mohou se různým způsobem kombinovat (Vágnerová, 2005, OSU, 2009).

4.4 Etiologie poruch chování

Multifaktoriální charakter je charakteristika příčin poruch chování. Často se navzájem kombinují a ovlivňují. Příčin existuje mnoho, ale nejčastěji se dělí na velké dva okruhy. Na biologické a psychosociální příčiny (Vojtová, 2008, Vágnerová, 2005).

Základní speciálně pedagogické členění je dělí na vnitřní (endogenní) a vnější (exogenní) příčiny. Pokud bychom se řídili tímto členěním, došli bychom k následujícímu dělení:

- **Osobnostní charakteristiky a genetické dispozice** – fyziologické poruchy, vývojové vady, duševní odchylky způsobené vadou v mozku, nedostatky či nadbytky hormonů – endogenní faktory.
- **Oslabení nebo poruchy CNS, mentální retardace** – endogenní faktory
- **Vliv sociálního rodinného prostředí** – anomální osobnost rodiče, neúplná dysfunkční rodina, abnormální rodinné prostředí – exogenní faktory.
- **Subdeprivační a deprivační zkušenosti dítěte** – poruchy v komunikaci mezi dítětem a rodiči, porucha socializace – exogenní faktory
- **Životní prostředí a jeho vliv** – rozdíly v hodnocení chování v různých kulturách, životní krize a ztráta smyslu života, zátěžové situace – exogenní faktory (Vágnerová, 2000, Vitásková, 2005).

Příčiny poruch chování bývají buď v individuální, nebo sociální rovině. Roviny jsou často propojeny a tím se ještě násobí a také posilují. Jednodušším dělením příčin je na biologické a psychosociální biologické faktory (Vojtová, 2008, Vágnerová 2000).

Biologické rizikové faktory

Narušení struktury či funkce CNS a také genetické dispozice mají značný podíl na vzniku poruch chování. Disharmonický vývoj se vlivem genetických dispozic projevuje hlavně na úrovni temperamentu. Projevem může být úzkost, citlivost, vzdorovitost, impulzivita, nízká schopnost empatie, vyšší dráždivost. Vlivem genetických dispozic se poruchy chování objevují v raném věku a jsou velmi málo ovlivnitelné. Projevují se například odmítavým postojem k sociálním normám a také tvořením pravidel vlastních, kdy jedinec především myslí na uspokojování svých potřeb. Zásah do biologické struktury organismu, jako je infekce, zranění, otrava, vystavení záření toxinů, to jsou také příčiny, které působí na rozvoj poruch chování a emocí. Oslabení nebo porucha především v období prenatálním nebo perinatálním mívá také za následek impulzivitu, zvýšenou emocionální nevyrovnanost a nižší schopnost sebeovládání, což bývá často základem vzniku poruch chování. Výzkumy dokazují, že děti, které trpí depresivními sklony, mají počátky v rodinné historii (Vojtová, 2008, Vágnerová, 2005, Vágnerová, 2000).

Psychosociální rizikové faktory

Rizika spojená se sociálním okolím dítěte, s jeho vnějším prostředím, příležitostmi a bariérami, vycházejí z učení, které ovlivňuje právě jeho chování, vytváří mu návyky pro chování. Je dokázáno, že psychosociální faktory se podílejí spíše na vývoji poruch chování a emocí, než na jejich vzniku. Mezi základní psychosociální faktory patří rodinné prostředí a s tím spojené rozchody rodičů, jejich duševní onemocnění a například patologické chování členů rodiny. Pokud dítě nežije v prostředí plném lásky a nejsou zde upevňovány primární vazby, pak se jistě podporuje vznik poruch chování. Také špatné modely chování v rodině podněcují dítě. Také modely chování, kdy se dítě nápodobou učí nežádoucím chování a přijímá také nevhodný hodnotový systém. Dalším vážným rizikem je zneužívání, zanedbávání a týrání dětí. To způsobuje nejen vznik poruch chování, ale také problémy jako jsou například deprese, posttraumatické poruchy, delikvence, impulzivita a nepozornost. Rizika se netýkají jen rodinného prostředí, ale zahrnují také školní prostředí a vrstevnické skupiny, ve kterých se dítě pohybuje. Působí na něj celá společnost (Vojtová, 2008, Vágnerová, 2005, Vágnerová, 2000, Vításková, 2005).

4.5 Projevy dětí s poruchami chování

Znaky dítěte, které má poruchy chování, se většinou navzájem kombinují a jejich výskyt je shodný u většiny dětí, ale i přesto je tato skupina různorodá. Projevy poruch chování závisí také na osobních kvalitách a individualitě dítěte. Děti se projevují různě, ale jsou minimálně tři faktory, které je spojují:

- chovají se vždy nepřátelsky,
- bývají za své chování často obviňovány
- zažívají osktrakismus a izolaci (Vágnerová, 2005, Vojtová, 2008).

Poruchy chování ovlivňují dítě především ve třech oblastech. V **individuální oblasti**, kdy vývoj charakteru určuje také socializaci a edukaci dítěte, zvnitřňuje hodnoty, normy a požadavky sociálního okolí. V **sociální oblasti** je důležitá sociální

interakce. Druzí lidé dávají dítěti obraz o něm samém, ukazují mu, jak by se mělo vnímat, jaký je, co dokáže. Podle toho si dítě dále buduje své sebehodnocení, podle něhož vstupuje do interakce se svým okolím. V **oblasti životní perspektivy** je důležitá školní úspěšnost, kde se poruchy chování stávají bariérou v dosahování takové úrovně, která odpovídá potencialitě dítěte. Dítě je ze vzdělávání často vylučováno, opakuje ročníky a střídá školu za školou (Vojtová, 2008).

Dítě s poruchou chování se dá charakterizovat jako dítě, s narušenými a neuspokojivými vztahy, jak s dospělými, tak s vrstevníky. Zažívají odmítání, segregaci ve škole, v rodině a kolikrát i mezi vrstevníky. Jejich mnohdy agresivní chování může být předpokladem pro budoucí delikvenci a trestnou činnost, pokud se agresivita neřeší již od raného dětství (Vitásková, 2005, Vágnerová, 2005).

4.6 Legislativní rámec pro vzdělávání žáků s poruchami chování

Jedním ze základních legislativních rámců je pro vzdělávání žáků s poruchami chování je školský zákon. **Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**. Školský zákon ustanovuje obecné podmínky vzdělávání, zásady vzdělávání i cíle vzdělávání a vymezuje také vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (žáci se SVP). Podle §16 školského zákona dítětem nebo žákem se SVP je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Do skupiny osob se zdravotním postižením patří i žáci s vývojovými poruchami chování, do skupiny osob se zdravotním znevýhodněním patří děti zdravotně oslabené, dlouhodobě nemocné nebo s lehčími zdravotními poruchami, které vedou k poruchám učení a chování a vyžadují zohlednění při vzdělávání. Do skupiny sociálně znevýhodněných patří též jedinci s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. (§16 školského zákona)

§18 školského zákona upravuje vzdělávání žáků podle individuálního vzdělávacího plánu a upravuje jeho náležitosti.

§51 školského zákona upravuje hodnocení výsledků vzdělávání žáka se SVP. Žáci mají možnost volby mezi klasickým hodnocením známkami a slovním hodnocením, případně kombinací obou.

Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy

Zákon č. 383/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů definuje účel a působnost školských zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou činnost, tj. diagnostických ústavů, dětských domovů, dětských domovů se školou, výchovných ústavů a středisek výchovné péče a práva a povinnosti dětí zde umístěných.

Vyhláška MŠMT č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky je dalším dokumentem, který určuje a

doplňuje organizaci vzdělávání, uvádí počty žáků ve školách a třídách a uvádí pravidla pro udělování výchovných opatření (§17 výchovná opatření).

Vyhláška MŠMT č. 116/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních určuje podmínky pro poskytování psychologických nebo speciálně pedagogických služeb a komu jsou tyto služby poskytovány (§1 vyhlášky), dále definuje obsah poradenských služeb (§2 vyhlášky), které by měly přispívat k rozvoji dítěte, jeho zájmů, dovedností v takových podmínkách, které potřebuje pro svůj zdravý rozvoj a vývoj, zabývá se prevencí sociálně patologických jevů. V paragrafu 3 rozlišuje základní dva typy školských poradenských zařízení, a to: pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP) a speciálně pedagogické centrum (SPC) a popisuje jejich činnosti. Dále definuje činnosti školního výchovného poradce, školního metodika prevence, školního psychologa a školního speciálního pedagoga.

Vyhláška MŠMT č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných upravuje vzdělávání žáků se SVP, které se uskutečňuje v několika formách:

- Individuální integrace
- Skupinová integrace
- Speciální škola (škola samostatně zřízená pro žáky se zdravotním postižením)
- Kombinace výše uvedených forem

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření.

Vyrovňovacími opatřeními při vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním se rozumí využívání pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků, poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga. Škola tato opatření poskytuje na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka, průběhu a výsledků jeho vzdělávání, popřípadě ve spolupráci se školským poradenským zařízením.

Podpůrnými opatřeními při vzdělávání žáků se zdravotním postižením se rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka. (Vyhláška č. 147/2011 Sb.)

Dále tato vyhláška upravuje vzdělávání žáků bez zdravotního postižení, kteří mohou být za určitých podmínek vzdělávání ve speciálních školách.

Vyhláška MŠMT č. 438/2006 Sb., kterou se stanoví podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. Tato vyhláška upravuje nejen provoz a činnosti těchto zařízení, přestupy dětí, ale také definuje:

- Děti vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku jejich neurologického poškození a psychického onemocnění (§9 vyhlášky), kam patří i děti se závažnými a extrémními poruchami chování
- Děti se závažnými poruchami chování (§10 vyhlášky)
- Děti s extrémními poruchami chování (§11 vyhlášky)

Do výchovných ústavů nebo specializovaných oddělení na výchovně léčebnou péči pro děti s extrémními poruchami chování jsou děti umísťované jen na nezbytně nutnou dobu (MŠMT, 2012).

4.7 Výchovně vzdělávací proces žáků s poruchami chování

Individuální integrace znamená, že se žák vzdělává v běžné třídě běžné školy nebo ve speciální škole, ale určené pro žáky s jiným druhem postižení. Tato forma vzdělávání zajišťuje zachování žáka v přirozené heterogenní skupině a tím posiluje snahu o minimalizaci jeho vyčleňování. Současně se intaktní děti učí přijímat rozdíly a respektovat určité odchylky. Tato forma vzdělávání je doporučena, pokud odpovídá potřebám a možnostem žáka a podmínkám a možnostem školy. (Vondrová, 2008).

I přes výhody individuální integrace, mohou vznikat i problémy, zvláště u žáků s problémovým chováním. Často tito jedince působí rušivě, je jim věnována větší pozornost ze strany pedagogů a to nemusí vyhovovat všem ostatním žákům třídy nebo jejich rodičům. Zvláště v případě kumulace problémových žáků v jedné třídě může situace negativně ovlivnit vzdělávání všech jedinců dané třídy a výsledky jejich vzdělávání. Proto je velmi nutné individuální integraci zvážit a posoudit možnosti všech zúčastněných pedagogů.

V případě integrace žáka do běžné střední školy se často využívá **individuální vzdělávací plán (IVP)**. IVP vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo odborného lékaře a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka.

Skupinová integrace znamená, že žák se vzdělává ve třídě, oddělení, konzervatoři nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem postižením.

Pro děti s vývojovou poruchou chování je možné i **individuální vzdělávání**, kterého mohou využívat i žáci bez zdravotních potíží, ale je možné pouze na prvním stupni základní školy. O povolení individuálního vzdělávání žáka rozhoduje ředitel školy, kam vyl žák přijat k plnění povinné školní docházky, na základě písemné žádosti zákonného zástupce. K písemné žádosti zákonného zástupce musí být připojeno i vyjádření školského poradenského zařízení. Osoba, která bude žáka vzdělávat, musí splňovat podmínky dané školským zákonem. (Zákon č. 561/2004 Sb., §41)

Děti se závažnými poruchami chování a děti s extrémními poruchami chování bývají na základě rozhodnutí soudu o ústavní, ochranné výchově umístěny diagnostickým ústavem do **dětského domova, dětského domova se školou, výchovného ústavu nebo oddělení specializovaného na výchovně léčebnou péči**. Účelem těchto zařízení je zajišťovat náhradní výchovnou péči v zájmu zdravého vývoje dítěte, jeho řádné výchovy a vzdělání.

Další možností vzdělávání pro žáky se specifickými poruchami chování je **základní škola pro žáky se specifickými poruchami chování (SPCH)**. Děti absolvují diagnostický pobyt na škole pro žáky se SPCH, kde se malému třídnímu kolektivu věnuje tým odborníků. Po ukončení diagnostického pobytu (až 6 měsíců) je vypracována „Zpráva o diagnostickém pobytu“, která slouží jako podklad k rozhodnutí, zda se bude dítě dále vzdělávat na ZŠ pro žáky se SPCH či na své kmenové škole. Děti se mohou vzdělávat na ZŠ pro žáky se SPCH v plném rozsahu (1. – 9. ročník) nebo mohou v kterémkoli ročníku přestoupit na běžnou školu, pokud si tak přejí rodiče nebo se jejich problémy upraví.

4.8 Systém poradenství

Poradenské služby jsou poskytovány dětem, žákům, studentům jejich zákonným zástupcům, školám, školským zařízením i široké veřejnosti a řídí se vyhláškou č. 116/2011 Sb. Služby jsou poskytovány bezplatně a to na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení. Podmínkou poskytnutí psychologické nebo speciálně pedagogické poradenské služby je předání informací o rozsahu, povaze, trvání, cílech a postupech následné služby a písemný souhlas žáka nebo jeho zákonného zástupce.

Účelem poradenských služeb je přispívat k:

- vytváření vhodných podmínek pro zdravý tělesný a psychický vývoj žáků, pro jejich sociální vývoj, pro rozvoj jejich osobnosti před zahájením vzdělávání a v průběhu vzdělávání
- naplňování vzdělávacích potřeb a rozvíjení schopností, dovedností a zájmů před zahájením a v průběhu vzdělávání
- prevenci a řešení výukových a výchovných obtíží, projevů různých forem rizikového chování, které předchází vzniku sociálně patologických jevů a dalších problémů souvisejících se vzděláváním
- vytváření vhodných podmínek pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním
- zmírňování důsledků zdravotního postižení, znevýhodnění a sociálního znevýhodnění a prevenci jeho vzniku a jiné. (Vyhláška č. 116/2011 Sb., §2).

Poradenské služby je možné rozdělit do dvou úrovní:

1. **Poradenské služby ve školách**
 2. **Poradenské služby poskytované školskými poradenskými zařízeními, což jsou pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra.**
- **Poradenské služby ve školách** jsou obvykle zajišťovány výchovným poradcem, školním metodikem prevence a někdy mohou být zjišťovány školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem.
 - **Školská poradenská zařízení**

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)

Poskytuje své služby ambulantně, na pracovišti poradny, nebo návštěvami ve školách a školských zařízeních.

Speciálně pedagogické centrum (SPC)

Poskytuje poradenské služby při výchově a vzdělávání žáků se zdravotním postižením, dětí s hlubokým mentálním postižením a při pochybnostech při zařazení také při výchově a vzdělávání žáků se zdravotním znevýhodněním. Jedno centrum poskytuje poradenské služby v rozsahu odpovídajícímu jednomu nebo více druhům zdravotního postižení.

Středisko výchovné péče

Poskytuje poradenskou a preventivně výchovnou péči dětem a mládeži, která má negativní jevy chování a není důvod pro výkon ochranné nebo ústavní výchovy ve speciálních výchovných zařízeních (Vocilka, 1994). Péči poskytuje dětem, které jsou v riziku nebo už mají poruchy chování rozvinuté (Janků, 2009).

System středisek výchovné péče je definován zákonem 109/2002 Sb. a střediska jsou součástí školských zařízení preventivně výchovné péče (Janků, 2009).

Smyslem střediska výchovné péče je zachytit již první signály problémů či poruch chování a poskytnout radu nebo péči, a tím předejít dalším problémům. Cílem je také odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování a prevence vzniku poruch závažnějších (Vocilka, 1994, Janků, 2009).

Důležité hledisko je, že pobyt ve středisku výchovné péče je dobrovolný. Podmínkou péče také je, že zatím nebyl důvod k nařízení přísnějších výchovných opatření, a proto je tedy nutný souhlas rodičů k pobytu (Janků, 2009).

Činnost ve středisku je diagnostická, poradenská, psychoterapeutická, výchovná a vzdělávací. Pracují buď ambulantně, celodenně nebo internátně (Janků, 2009).

Při práci je důležité klást velký důraz na to, aby se opracovalo s celou rodinou a to jak v sociálním, tak školním prostředí. Musíme do práce zapojit všechny osoby, které s dítětem pracují. Zapojit co nejširší sociální prostředí dítěte, jako jsou i kamarádi, učitelé, partneři, party apod. (Vocilka, 1994).



Pojmy k zapamatování

Pokuste si zapamatovat a definovat následující pojmy:

norma, pravidla, socializační odchylka, porucha chování.



Kontrolní otázky a úkoly

1. Pokuste se charakterizovat dítě s poruchou chování, dle vlastních zkušeností z praxe a porovnejte je s charakteristikou dle Bowera.

2. Pokuste se vysvětlit, proč je sociální klasifikaci poruch chování v dnešní době již překonaná.
3. Vymezte etiologii poruch chování dítěte.
4. Jaké tři základní projevy charakterizují dítě s poruchou chování?
5. Popište, v jakých oblastech ovlivňuje dítě porucha chování.
6. Vymezte, jaké jsou možnosti ve vzdělání, z hlediska integrace, žáků s diagnózou porucha chování.
7. Popište možnosti poradenství pro děti s diagnózou porucha chování.
8. Charakterizujte služby, které poskytují střediska výchovné péče.
9. Uveďte, v čem se SVP liší od jiných poradenských zařízení.
10. Uveďte klady a zápory integrace žáků s diagnózou porucha chování.



Shrnutí

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje poruchu chování (F91) jako: „opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle)“ (MKN-10). Existují různé klasifikace, které se liší v souvislosti s interpretací problematiky z různých pohledů vědeckých oborů a s variabilitou příčinných vlivů. Příčin poruch chování existuje mnoho, ale nejčastěji se dělí na velké dva okruhy. Na biologické a psychosociální příčiny. Znaky dítěte, které má poruchy chování, se většinou navzájem kombinují a jejich výskyt je shodný u většiny dětí, ale i přesto je tato skupina různorodá. Ve výchovně vzdělávacím procesu žáků s poruchami chování se využívá zejména individuální integrace, skupinové integrace, individuálního vzdělávání. Děti se závažnými poruchami chování a děti s extrémními poruchami chování mohou být na základě rozhodnutí soudu o ústavní, ochranné výchově umístěny diagnostickým ústavem do dětského domova, dětského domova se školou, výchovného ústavu nebo oddělení specializovaného na výchovně léčebnou péči. V ČR je rozvinutý systém poradenství.



Použitá literatura

1. AUGER, M. T., & BOUCHARLAT, Ch. (2005). *Učitel a problémový žák*. Praha: Portál.
2. BENDL, S. (1998). *Strašidlo nekázně aneb Hledání východiska ze školských labyrintů*. Praha: TH.
3. BENDL, S., (2001). *Školní kázeň – metody a strategie*. Praha: ISV
4. BENDL, S. (2011). *Kázeňské problémy ve škole*. Praha: Triton.
5. ROTTEROVÁ, B. (1973). *Kázeň a problematika jejího vytváření*. Praha: Universita Karlova.

6. BARTOŇOVÁ, Miroslava., BAZALOVÁ, Barbora., PIPEKOVÁ, Jarmila. 2007. *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
7. PITNEROVÁ, Pavla. 2011. *Základy speciální pedagogiky*. Brno, 2011. Přednáška.
8. PIPEKOVÁ, Jarmila. (ed.) *Kapitoly se speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 353 – 370 s. ISBN 80-7315-120-0.
9. PITNEROVÁ, Pavla. 2011. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, 2011. Přednáška.
10. SMOLÍK, A., SVOBODA, Z. (2013). Aplikace zátěžových programů u dětí se závažnou odchylkou v oblasti socializace.
11. VOJTOVÁ, Věra. 2008. *Kapitoly z etopedie 1. Přístupy k poruchám chování v současnosti*. 2. vyd. Brno: MU, 2008. 136 s. ISBN 80-210-4573-6.
12. VONDROVÁ, Jitka. *Problematika skupinové integrace žáků se specifickými vývojovými poruchami chování*. Brno, 2008. 130 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
13. JANKŮ, Kateřina. *Dítě s poruchou chování a emocí*. Vyd. 1. Ostrava: Repronis, 2009, 82 s. ISBN 978-80-7368-764-9.
14. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
15. MATOUŠEK, Oldřich a Andrea MATOUŠKOVÁ. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 336 s. ISBN 978-807-3678-258.
16. VAŠUTOVÁ, Maria. *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. 278 s. ISBN 80-7042-691-8.
17. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Etopedie: Vybrané okruhy etopedické problematiky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě – Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-7368-123-4.
18. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Dítě s poruchou chování a emocí*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2009. 80 s. ISBN 978-80-7368-764-9.
19. VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 330 s. ISBN 978-802-1051-591.
20. VOJTOVÁ, Věra. *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Vyd. 2. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4573-6.