

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Intervenční přístupy v podpoře žáků se specifickou poruchou chování ve  
Zlínském kraji

Intervention approaches in support of pupils with ADHD in Zlinsky region

Bc. Karolína Valentová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Felcmanová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2019

## **Prohlášení**

Odevzdáním této diplomové práce *Intervenční přístupy v podpoře žáků se specifickou poruchou chování ve Zlínském kraji* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením paní PhDr. Lenky Felcmanové, Ph.D. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12.7.2019

.....

Karolína Valentová

## **Poděkování**

Děkuji paní PhDr. Lence Felcmanové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné rady a připomínky při konzultacích, poskytnutí podkladů potřebných k dokončení práce a ochotný a vlídný přístup.

Rovněž děkuji pracovníkům Krajské pedagogicko-psychologické poradny Zlín a dále všem zúčastněným, kteří ochotně věnovali svůj čas dotazníkovému šetření a rozhovorům, bez nichž by výzkumná část této práce nemohla vzniknout.

## **ABSTRAKT**

Tématem diplomové práce jsou intervenční přístupy využívané v podpoře žáků se specifickou poruchou chování. Hlavním cílem práce je zmapovat obsah poradenských služeb Zlínského kraje, které jsou poskytovány žákům se specifickou poruchou chování ve školách a ve školských poradenských zařízeních, konkrétně v pedagogicko-psychologických poradnách. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V první kapitole budou definovány základní pojmy. V následující kapitole budou představeny klasifikace specifické poruchy chování z medicínského hlediska a jejich diferenciací, rizikové faktory vzniku specifické poruchy chování, hlavní a přidružené projevy specifické poruchy chování a její důsledky. Ve třetí kapitole se budeme zabývat intervencemi a možnostmi léčby specifické poruchy chování včetně prevence. V této kapitole budou také nastíněny některé zahraniční přístupy k žákům se specifickou poruchou chování. Výzkumná část obsahuje kapitolu věnovanou metodologii výzkumu. Jsou zde obsaženy cíle výzkumu, výzkumné otázky, metody sběru dat a definice výzkumného vzorku. V následující kapitole je již provedena analýza a interpretace dat. Kapitola je zakončena zodpovězením výzkumných otázek. Z výzkumu vyplývá obsah poradenských služeb, které jsou poskytovány pedagogicko-psychologickou poradnou a školou spolu s vhodnými intervenčními přístupy k žákům s diagnostikovanou specifickou poruchou chování.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Porucha chování, specifická porucha chování, ADHD, intervence, kognitivně-behaviorální přístup

## **ABSTRACT**

The theme of the master thesis is the intervention approaches used to support pupils with a specific behavioral disorder. The main aim of the thesis is to map the content of the consultancy services in Zlin Region, which are provided to pupils with specific behavioral disorders in schools and school counseling facilities, specifically pedagogical-psychological counselling centres. The thesis is divided into theoretical and practical parts. Basic concepts will be defined in the first chapter. The following chapter presents classification and differentiation of specific behavioral disorder from a medical point of view, risk factors of development of specific behavioral disorder, major and associated shows of specific behavioral disorder and its consequences. The third chapter deals with interventions and treatment options for specific behavioral disorders including prevention. Foreign approaches to pupils with a specific behavioral disorder are also outlined in this chapter. The researching part contains a chapter devoted to the methodology of research. There are included research objectives, research issues, data collection methods and the definition of a research sample. The following chapter already provides data analysis and interpretation. The chapter concludes by answering research questions. The research shows the content of the advisory services that are provided by pedagogical-psychological counselling centres and the school, along with appropriate intervention approaches to pupils with diagnosed specific behavioral disorder.

## **KEY WORDS**

Behavioral disorder, specific behavioral disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, intervention, cognitive-behavioral approach

## Obsah

Úvod .....	8
1 Teoretická východiska .....	10
1.1 Úvod do terminologie .....	10
1.2 Klasifikace poruch chování .....	13
1.2.1 Klasifikace z medicínského hlediska .....	13
1.2.2 Klasifikace dle dimenzionálního hlediska .....	15
1.2.3 Klasifikace z hlediska školské praxe .....	16
1.2.3 Klasifikace ze společenského hlediska .....	16
2 Žák se specifickou poruchou chování .....	18
2.1 Specifické poruchy chování .....	18
2.2 Rizikové faktory vzniku specifických poruch chování .....	24
2.3 Projevy specifických poruch chování .....	26
2.3.1 Porucha pozornosti .....	27
2.3.2 Hyperaktivita .....	28
2.3.3 Impulzivita .....	29
2.3.4 Další přidružené projevy .....	30
2.4 Důsledky specifických poruch chování .....	32
3 Intervenční přístupy k dětem a žákům se specifickou poruchou chování .....	35
3.1 Intervence .....	35
3.2 Terapeutické postupy a metody při léčbě ADHD .....	36
3.2.1 Farmakoterapie .....	39
3.2.2 Psychoterapeutické intervence .....	40
3.2.3 Pedagogické a speciálněpedagogické intervence .....	41
3.2.4 EEG trénink (biofeedback) .....	45
3.2.5 Alternativní léčba .....	45
3.3 Prevence .....	46

3.4 Zahraniční přístupy k žákům se specifickou poruchou chování.....	47
4 Výzkumné šetření.....	51
4.1 Cíl výzkumu .....	51
4.2 Výzkumné otázky.....	51
4.3 Metodologie výzkumu.....	52
4.3.1 Dotazník .....	52
4.3.2 Interview.....	53
4.4 Popis výzkumného vzorku .....	53
5 Analýza a interpretace dat .....	58
5.1 Zodpovězení výzkumných otázek .....	67
6 Diskuse .....	70
Závěr.....	73
Seznam použité literatury .....	76
Seznam grafů .....	80
Seznam příloh.....	81

## Úvod

Diplomová práce *Intervenční přístupy v podpoře žáků se specifickou poruchou chování ve Zlínském kraji* je jedním z příspěvků k problematice specifické poruchy chování a poskytuje vhled do intervenčních přístupů k žákům, kteří mají tuto poruchu diagnostikovanou.

Téma žáka se specifickou poruchou chování se v posledních letech dostává více do popředí. Velmi často je můžeme shledat také v kategorii zvané SPUCH, tedy specifické poruchy učení a chování. Specifická porucha chování je porucha, která neovlivňuje inteligenci, ale přesto má výrazný vliv na školní úspěšnost a svými projevy ovlivňuje také socializaci žáka. Přetrvávajícím problémem, se kterým se můžeme v praxi stále setkávat především u starší generace učitelů, kteří mnohdy poruchu chování „neuznávají“, je vnímání žáka se specifickou poruchou chování jako žáka nevychovaného nebo drzého. Mnohdy také učitelé neví, jak s tímto žákem pracovat a volí spíše nevhodné strategie než ty účinné. Problém však nemusí být pouze na straně učitelů. Také se můžeme setkat s rodiči, kteří nechtějí spolupracovat, snahu vzdají nebo se raději podvolí projevům svého dítěte.

Diplomová práce je strukturována na dvě části, teoretickou a výzkumnou.

V první kapitole se věnuji základní terminologii a definici pojmů. Následně je čtenáři poskytnuta základní orientace v možnostech klasifikování poruch chování.

V kapitole týkající se specifické poruchy chování jsem se zaměřila především na klasifikace z lékařského hlediska, dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí Americké psychiatrické asociace (DSM-5). V této obsáhlé kapitole pozornost věnuji také diferenciaci uvedených klasifikačních systémů, rizikovým faktorům vzniku poruchy, projevům a důsledkům specifické poruchy chování.

Ve třetí kapitole zaměřené na intervenci jsou uvedeny jednotlivé možnosti léčby a terapeutické přístupy u nás. Jsou jimi farmakoterapie, psychoterapie, pedagogické a speciálněpedagogické intervence, EEG trénink a alternativní léčba. Následně představuji některé zahraniční intervenční přístupy. Nelze opomenout také prevenci. Tato kapitola, především část věnovaná pedagogické a speciálněpedagogické intervenci, je velmi podstatná, neboť na ni navazují výzkumnou částí práce.



Ve výzkumné části již operuji s poznatky získanými v části teoretické. Jejím cílem je především zmapování obsahu poradenských služeb. Dále se věnuji také analýze možností vhodných intervenčních přístupů poskytovaných žákům se specifickou poruchou chování v praxi a získání informací o podpoře žáka se specifickou poruchou chování ve škole a školských poradenských zařízeních, prostřednictvím dotazníkového šetření a rozhovorů. Výsledky získaných a zpracovaných dat však nebudu zobecňovat, neboť vycházejí z daného, předem stanoveného území, ze kterého jsem data sbírala, a to ze Zlínského kraje.

# 1 Teoretická východiska

V úvodu této kapitoly se krátce seznámíme s oborem speciální pedagogiky zabývající se poruchami chování, které jsou ústředním tématem této diplomové práce. Následně budou představeny základní pojmy, které budou v textu použity. Cílem podkapitoly zaměřené na základní terminologii bude především vymezit poruchy chování a specifické poruchy chování, a představit jejich pojetí jednotlivými autory věnujícími se této problematice. Na závěr budou rozebrány jednotlivé klasifikace poruch chování, s nimiž se můžeme v odborné literatuře setkat.

## 1.1 Úvod do terminologie

Obor speciální pedagogiky, který se zabývá problematikou poruch chování, se nazývá etopedie. Ta se roku 1969 vyčlenila z psychopedie a etablovala se tak jako samostatná speciálně pedagogická disciplína. Vojtová (2009, s. 8) uvádí, že tato disciplína „se zabývá edukací, reedukací a zkoumáním edukace jedinců s poruchami emocí a chování“ a jejím cílem je „podporovat dítě s dispozicí k poruchám emocí a chování v riziku jejich rozvoje v jeho aktivním přístupu k vlastnímu vzdělávání tak, aby dosáhlo na svůj vzdělávací potenciál a s tím související profesní dovednosti.“ Cílovou skupinou etopedie je celá populace dětí a mládeže, neboť by neměla být opomíjena ani prevence rizikového chování v běžném edukačním prostředí. Vojtová (ibid.) také vyčleňuje další tři skupiny dětí a mládeže, které jsou předmětem péče etopedie. Jsou to děti (žáci) v riziku, s problémy chování a s poruchou chování.

Jak již bylo zmíněno, je třeba definovat základní pojmy, které se budou v této práci častěji vyskytovat. Jsou to pojmy **porucha chování** a **specifická porucha chování**. Ty se od sebe významně liší, a přestože se budeme v práci zabývat prioritně specifickými poruchami chování, je třeba poruchy chování také zmínit a vzájemně od sebe odlišit alespoň rámcově. Důležitost diferenciací spočívá právě ve vhodně zvolených vzdělávacích a intervenčních přístupech. Poslední termín, který bude uveden a je pro práci stěžejní, je pojem **intervence**.

**Porucha chování** je v odborné literatuře obvykle definována jako negativní odchylka v chování jedince od všeobecně uznávané normy. Již výše bylo naznačeno, že lze poruchy chování rozdělit na dvojí, a to **nespecifické** a **specifické**.

**Nespecifické** jsou ty, které vznikají z příčiny výchovně-sociálního či psychického negativního vlivu. (Ženatová in Janderková a kol., 2016)

Jařabáč (2018, s. 8) ve své publikaci uvádí několik definic poruchy chování, z nichž jednu formulovala Nývltová (2010, s. 145): „*Pojmem poruchy chování se označuje takové chování, při němž dochází k porušování sociálních norem, a to ve věku, kdy by dítě mělo být již schopno pochopit a dodržovat je.*“ Autorka se ve své podstatě shoduje s Vágnerovou (2014), která poruchy chování chápe jako odchylku chování v oblasti socializace. Jedinec se projevuje tak, že nerespektuje běžná pravidla, která odpovídají jeho věku a rozumovým schopnostem. Z toho plyne, že daná osoba tedy normy chápe, ale není schopna se jim podřídit anebo je respektovat. Kaleja (2013, s. 14), vycházející z definice Vitáskové (2005), poruchy chování definuje následovně: „*Porucha chování je každá negativní odchylka od normy mající obraz trvalého a vědomého jednání označeného jako nežádoucí projevy v chování, které mohou vyústit až do stádia delikvence, kriminality, nebo dokonce do poruchy osobnosti.*“ Následující definici formulovanou v roce 1992 Sdružením pro Národní duševní zdraví a speciální vzdělávání uvádí Vojtová ve své publikaci (2009, s. 88), jako definici, která odpovídá přístupu speciální pedagogiky beroucí ohled na dopad tohoto postižení, a jež je schválena akademickou i politickou odbornou veřejností Evropy i Spojených států amerických. Sdružení pro Národní duševní zdraví a speciální vzdělávání má sídlo v USA. Definice zní:

*„I. Pojem porucha emocí nebo chování 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.*

*Současně je toto postižení:*

- a) něco víc, než přechodná víceméně předvídatelná reakce na stresující události z jeho prostředí;*
- b) vyskytuje se současně nejméně ve dvou různých prostředích, z nichž alespoň jedno souvisí se školou;*

c) *přetrvává i přes individuální intervenci v rámci vzdělávacího programu (pokud se tým odborníků ve svém posudku neshodne na základě historie daného jedince, že intervence bude neúčinná).*

*Poruchy emocí nebo chování mohou koexistovat s jiným postižením.*

*II. Tato kategorie může zahrnovat děti a mladistvé se schizofrenií, emocionálními poruchami, úzkostnými poruchami nebo jinými trvalými poruchami chování a jeho ovládnutí, jestliže mají celkový nebo částečný nepříznivý vliv na školní výkon.“*

Následující pojmy, specifické poruchy chování a intervence, budou uvedeny pouze okrajově, neboť jim jsou podrobně věnovány samostatné kapitoly.

**Specifické (vývojové) poruchy chování**, dříve nazývány také lehká dětská encefalopatie, či lehká mozková dysfunkce, jsou typické svými základními projevy: poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou, které se již od raného dětství projevují natolik výrazně, že budí pozornost. Tyto poruchy jsou na rozdíl od poruch chování definovaných výše vrozené, nebo časně získané. Primárně jsou biogenní a rozvíjejí se na základě narušených mozkových funkcí. (Žáčková, Jucovičová, 2017; Vágnerová, 2005) Termín specifické poruchy chování je u nás užíván od 80. let 20. století. (Swierkoszová in Jucovičová, Žáčková, 2010)

Kromě užívání termínu specifické (vývojové) poruchy chování se v současnosti můžeme setkat s dalšími pojmy: syndromem ADHD a hyperkinetickou poruchou. Oba tyto termíny jsou převzaty z lékařské literatury. ADHD vychází z klasifikačního systému Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-5) a hyperkinetické poruchy jsou používány v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Přestože se oba termíny zčásti překrývají, v odborné školské literatuře a v pedagogicko-psychologické poradenské praxi se můžeme setkat spíše s užitím pojmu ADHD, který je popisnější a častěji užívanější také mezi laiky. Označení hyperkinetické poruchy se objevuje především ve zdravotnictví. (Swierkoszová, 2006; Žáčková, Jucovičová, 2017)

**Intervence** je dle Slovníku speciálněpedagogické terminologie (Kroupová a kol., 2016, s. 226): „V širším slova smyslu zákrok, v užším pojetí (z pohledu etopedie) cílený, předem promyšlený zásah směřující k přerušení, zamezení nebo úpravě probíhajícího procesu. Nabízí aktivity, které pomohou vybudovat si nové stereotypy ve svém chování. Účelem intervence je změna chování. Intervenční opatření mají za cíl vytvořit rozdílné způsoby chování, než jaké měl jedinec před jejich zavedením. Odchylka v chování před zavedením intervence a po její aplikaci musí být zřetelná a vyhodnotitelná. Každý konkrétní intervenční program má své cíle, strukturu, metody.“

Obecně lze tedy říci, že intervence v etopedii je záměrná podpora a působení na chování jedince vhodně zvolenými přístupy, které vedou k viditelné pozitivní změně. Paclt (in Boďová, Hutýrová, Růžička, 2013, s. 71) shrnul základy pedagogických intervenčních přístupů následovně:

- „pozitivní posilování spolu s mírnými tresty;
- častá zpětná vazba;
- instrukce a pokyny;
- respektování stylů učení;
- nácvik metakognitivních strategií;
- sebekontrola a sebehodnocení.“

## **1.2 Klasifikace poruch chování**

Rovněž jako v ostatních disciplínách speciální pedagogiky, i při členění poruch chování se můžeme setkat s několika klasifikacemi, které na poruchy chování nahlízejí z různých hledisek. Tato jejich odlišnost je spojena s úhlem pohledu konkrétního vědeckého oboru. Přestože jsou poruchy chování vnímány odlišně, je důležité, aby byla zachována interdisciplinarita. Níže uvedené základní klasifikace odpovídají hledisku medicínskému, dimenzionálnímu, pedagogickému a společenskému.

### **1.2.1 Klasifikace z medicínského hlediska**

V lékařské literatuře se setkáváme se dvěma základními klasifikačními systémy. Jednou z možností klasifikování poruch chování je klasifikace podle **Mezinárodní**

**klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10).** Tato klasifikace je užívána převážně v evropských zemích a je považována za jednu ze základních a také nejpoužívanějších. Vojtová (2009) uvádí, že přestože je tato klasifikace často užívaná, nejedná se o kategorie, které stanovují zařazení do speciálního vzdělávání a poukazují na speciální vzdělávací potřeby dětí. Pro tyto potřeby je nutné vycházet z klasifikace pedagogické, neboť jak autorka dále podotýká, zaměření medicínské klasifikace je především na poruchu a odlišení od poruch jiných.

Poruchy chování klasifikované dle MKN-10 nalezneme v kategorii nazývané se **Poruchy chování a emoci s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (F90 – F98).** Pod tento jednotící název jsou řazeny konkrétní poruchy, a to:

- F90 Hyperkinetické poruchy
- F91 Poruchy chování
- F92 Smíšené poruchy chování a emoci
- F93 Emoční porucha se začátkem specifickým pro dětství
- F94 Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání
- F95 Tiky
- F98 Jiné poruchy chování a emoci se začátkem obvykle v dětství a dospívání. (MKN-10, 2018)

Přestože je v této práci uváděna 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, vzhledem k aktuálnosti je třeba zmínit, že je již zveřejněno nové vydání, 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Tato verze MKN-11 byla zveřejněna 18. června 2018 a dle oficiálních informací na webových stránkách WHO je k dispozici pro členské státy, aby se mohly připravit na její užívání v dané zemi, včetně překladů do svých jazyků. Po schválení by měla MKN-11 platit od 1. ledna 2022. (WHO, 2019)

**Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5)** podle Americké psychiatrické asociace je další, lékaři hojně užívanou, klasifikací. Je rozdělen do diagnostických kategorií, které jsou dále doplněny diagnostickými kritérii, specifiky určujícími míru závažnosti, diagnostickými znaky a mnoha dalšími informacemi, např.: vývoj a průběh, diferenciální diagnóza či komorbidita, které mají napomoci ke správnému určení diagnózy. (Raboch a kol., 2015)

V klasifikaci DSM-5 nalézáme v kategorii **Neurovývojové poruchy** skupinu onemocnění, které jsou typické svým brzkým počátkem, obvykle se projevují ještě před zahájením školní docházky. Do této kategorie spadají:

- Poruchy intelektu
- Poruchy komunikace
- Porucha autistického spektra
- Porucha pozornosti s hyperaktivitou
- Specifická porucha učení
- Poruchy motoriky
- Tikové poruchy
- Jiné neurovývojové poruchy. (Raboch a kol., 2015)

### **1.2.2 Klasifikace dle dimenzionálního hlediska**

*„Dimenzionální hledisko zajišťuje podrobnou deskripci sledovatelných jevů, souvisejících s projevy poruch chování.“* (Kaleja, 2013, s. 28) Vojtová (2009) také říká, že tato klasifikace pracuje s dimenzí projevů chování jedince a sleduje, jaký stupeň poruchy tomuto chování odpovídá, jaká je hloubka a jak výrazné a odlišné je chování jedince od normy. Kaleja (2013) ve své publikaci uvádí, že nejčastěji užívanou dimenzionální klasifikací je systém ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment). Tento systém byl počátkem 60. let minulého století založen Dr. Achenbachem, jehož cílem bylo vytvořit diferencovanější obraz psychopatologie dětí a adolescentů, než který byl nabízen v té době převažujícím diagnostickým systémem. (ASEBA, 2019) Tato klasifikace je nejčastěji užívána psychology a speciálními pedagogy v anglosaských zemích a je vhodná pro všechny věkové skupiny, tedy ne pouze k diagnostikování dětí a mladistvých. Klasifikace ASEBA se dělí na tři kategorie:

- Externalizované poruchy chování: porušování norem a pravidel a agresivní chování.
- Internalizované poruchy chování: depresivní symptomy projevů s úzkostným chováním, uzavřenost s depresivními projevy, psychosomatické potíže.
- Neseskupené dimenze: sociální problémy, psychické problémy, problémy v pozornosti. (Kaleja, 2013; Vojtová, 2010)

### 1.2.3 Klasifikace z hlediska školské praxe

Mezi klasifikacemi užívanými ve školství můžeme narazit na značné mezery v české pedagogické a speciálněpedagogické literatuře, která nemá vlastní klasifikační kategorie a vychází již dlouhodobě ze zahraničních autorů. S těmito kritérii se můžeme setkat u Vojtové (2009), která uvádí autory dva. Klasifikaci, již stanovili autoři Cole, Visser, Upton a která bude níže uvedena, řeší tři základní oblasti – konflikt, násilí a závislost. Dále těmto konkrétním oblastem věnuje pozornost Kaleja (2013), který jednotlivé pojmy podrobněji analyzuje.

- Porucha chování vyplývající z konfliktu (lhaní, krádeže, záškoláctví)
- Porucha chování spojená s násilím (agresivní chování a šikana, loupeže)
- Porucha chování související se závislostí (závislostní chování, drogová závislost). (Vojtová, 2009)

Za opěrný bod při tvorbě klasifikace poruch chování ve školství by bylo vhodné zvolit zaměření se na dobu vzniku poruchy. Jak uvádí Theiner (2007) ve svém příspěvku Poruchy chování u dětí a dospívajících v Psychiatrii pro praxi, jsou předpokládány dvě vývojové cesty, které vedou k poruchám chování:

- časný začátek vzniku poruchy v dětském věku,
- porucha chování s pozdním začátkem v adolescenci.

Pro každé toto období je typické chování, které se může objevit. V předškolním věku to je nejčastěji vzdorovitost a lži (v tomto období spíše bájná lživost), v pozdějším věku se přidružují např. agrese, šikana či záškoláctví.

### 1.2.3 Klasifikace ze společenského hlediska

Tato klasifikace vychází z povahy konfrontace mezi jedincem a společností. Závažnost poruchy chování je diferencovaná do stupňů. Odborníci (Kaleja, 2013; Vojtová, 2009) při jejím vymezení vycházejí z původní klasifikace poruch chování, stanovené Milošem Sovákem. Stupně poruchy chování dle sociální klasifikace jsou:

- Disociální chování, také označováno jako porucha chování se sociálním základem, představuje takové projevy chování, které by měly být pro pedagoga zvládnutelné běžnými postupy. Obvykle je to nevhodné či nepřiměřené chování, které překračuje



společensky stanovenou normu, nicméně se jedná o jeho nejmírnější formu. Nejčastěji se to týká kázeňských přestupků, vzdorovitosti, negativismu či neposlušnosti.

- Asociální poruchou chování se rozumí porucha chování, při níž jsou v rozporu mravní normy, nejsou však překračovány právní předpisy. Od disociálního chování se liší svou intenzitou a dopadem, uvádí Vojtová (2009) a Kaleja (2013) dodává, že jedinec v důsledku poškozuje svým jednáním především sebe. V tomto případě se obvykle setkáváme s krádežemi, toulkami a záškoláctvím, konzumací alkoholu, případně jiných drog, a také se sebezpoškozováním.
- Antisociální porucha chování je nejtěžším stupněm poruchy chování ze společenského hlediska a jedná se o úmyslné protisociální jednání, při němž jedinec porušuje zákony a jiné právní normy, poškozuje nejen sám sebe, ale i společnost. V odborné literatuře se můžeme také setkat s termínem delikvence, jsou však významově totožné. Mezi tyto projevy zahrnujeme vandalismus, krádeže, vraždy, sexuální delikty, organizovaný zločin aj. (Kaleja, 2013; Vojtová, 2009)

V úvodní části kapitoly jsme byli seznámeni s oborem speciální pedagogiky, zaměřeným na poruchy chování, etopedií. Dále byly definovány základní pojmy, které jsou pro práci stěžejní a také byly představeny rozdíly mezi poruchami chování a specifickými poruchami chování, kterým se budeme věnovat podrobněji v následující kapitole a na něž navážeme možnými intervenčními přístupy k žákům se specifickými poruchami chování. Závěrečná část kapitoly je zaměřena na představení klasifikací poruch chování, se kterými se můžeme setkat nejen v odborné literatuře, ale také v praxi. Ačkoli byla představena čtyři hlediska, ze kterých klasifikace vycházejí, nejčastěji se setkáváme s klasifikací podle lékařské literatury, ať už se jedná o Mezinárodní klasifikaci nemocí, nebo Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.

## 2 Žák se specifickou poruchou chování

V odborné literatuře jsou žáci se specifickou poruchou chování nejčastěji popisováni jako žáci, kteří se velmi často vyznačují vnitřním i vnějším neklidem a nepozorností. Obvykle jsou to ti žáci, kteří mají „nálepku“ zlobivého a nevychovaného dítěte, jejichž chování je především ve školním, ale i domácím prostředí nevhodné. Zvládnutí projevů chování spolu s udržením pracovní morálky a pozornosti, je pro jedince s diagnostikovanou specifickou poruchou chování velmi náročné. Tyto obtíže mohou mít také vliv na jejich školní úspěšnost. Můžeme říct, že ji doslova ohrožuje. (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013; Munden, Arcelus, 2002)

Train (2001) uvádí, že tyto děti jsou na první pohled jako děti zdravé, bez výrazných obtíží, pouze působí tak, že jsou zlobivé či vzdorovité schválně, což následně ztěžuje jejich interakci s okolím.

V této kapitole se tedy budeme věnovat problematice specifických poruch chování a jejímu pojetí v odborné literatuře. Následně budeme seznámeni s rizikovými faktory vzniku poruchy chování spolu s odlišnostmi ve vývoji dítěte se specifickou vývojovou poruchou chování. Na závěr kapitoly budou vymezeny projevy chování u žáků se specifickou poruchou chování včetně jejich důsledků.

### 2.1 Specifické poruchy chování

Barkley (in Janderková a kol., 2016) specifické poruchy chování definuje: *„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzoryckých nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emocionálních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoliv se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojeny s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou, a společností.“*

Specifickými poruchami chování jsou nazývány ty poruchy, které mají neurobiologický základ a pro něž je typický výskyt kognitivních a percepčních deficitů, dále

jsou u nich přítomny problémy v koncentraci pozornosti a v aktivační úrovni. (Ženatová in Janderková a kol., 2016)

Michalová (2007) tyto poruchy řadí mezi tzv. spektrální poruchy, jelikož se vyskytují u různých lidí v různé míře a stupni závažnosti.

Již v předchozí kapitole v rámci definování základních pojmů bylo uvedeno stručné seznámení se specifickými poruchami chování a jejich odlišení od poruch chování. Podstatné je, že specifické poruchy chování jsou vrozené, případně získané krátce po porodu, z čehož plyne, že děti trpící touto poruchou své jednání a chování zpočátku nedokážou ovlivnit. (Swierkoszová in Jucovičová, Žáčková, 2010) Tamtéž byla představena čtyři klasifikační hlediska poruch chování. Pro potřeby této kapitoly je stěžejní hledisko medicínské. Niže budou uvedeny dvě klasifikace, jejichž obsah je pro tuto kapitolu podstatou. Jedná se o Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5.

### **Hyperkinetické poruchy podle MKN-10**

V Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revizi jsou hyperkinetické poruchy k nalezení pod kódem F90.

Hyperkinetické poruchy jsou dle MKN-10 skupina poruch, pro něž je charakteristický brzký začátek objevující se nejčastěji v prvních pěti letech života jedince. Tyto poruchy se projevují nedostatečnou vytrvalostí a nestálostí v činnostech, dále je zde přítomna nadměrná aktivita, která je těžko ovladatelná. Současně se objevuje častá kombinace s impulzivitou. U hyperkinetických dětí dochází ke střetu s normami, nicméně se spíše jedná o neúmyslné porušování pravidel než o vzdorovité chování proti autoritě. (MKN-10, 2018)

Diagnostická kritéria potřebná ke stanovení diagnózy poruchy pozornosti a aktivity uvádí Drtílková (2007). Příznaky musí vzniknout před 7. rokem věku s délkou trvání nejméně 6 měsíců. Pro diagnostikování a potvrzení poruchy pozornosti musí být přítomno alespoň 6 příznaků z 9, u hyperaktivity musí být přítomny 3 z 5 příznaků a impulzivita musí mít přítomný 1 projev ze 4.

Hyperkinetické poruchy jsou dále členěny na čtyři podkategorie: (MKN-10, 2018)

- F90.0 Porucha pozornosti a aktivity
- F90.1 Hyperkinetická porucha chování
- F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy
- F90.9 Hyperkinetická porucha NS (nespecifikovaná)

### **F90.0 Porucha pozornosti a aktivity**

Tato diagnóza je stanovena, pokud jedinec splňuje daná kritéria, kterými jsou nedostatek pozornosti spolu s hyperaktivitou, nebo je-li přítomen syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Zároveň však musí být vyloučena přítomnost poruchy chování.

### **F90.1 Hyperkinetická porucha chování**

Stanovení diagnózy hyperkinetické poruchy chování je oprávněné v případě, že se jedná o naplnění výše uvedených kritérií poruchy aktivity a pozornosti (tedy nedostatek pozornosti s hyperaktivitou a/nebo syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou) spolu s přidružením poruchy chování.

Drtílková (2007) uvádí, že u dětí s diagnostikovanou hyperkinetickou poruchou chování se musí dlouhodobě a ve zvýšené míře objevovat vzdorovitost, agresivita, lhaní, krádeže, záškoláctví a jiné. Jak sama kritéria napovídají, můžeme s jistotou uvést, že hyperkinetická porucha chování je kvůli přidružení poruch chování složitějším a závažnějším typem poruchy.

## **Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) podle DSM-5**

Porucha pozornosti s hyperaktivitou neboli ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) je v DSM-5 k nalezení ve skupině neurovývojových poruch.

Porucha je specifická narušenou schopností udržet pozornost, případně je doplněna o další příznaky hyperaktivity a impulzivity, které mohou, ale nemusí být přítomny. ADHD má počátek v dětství a projevuje se příznaky, které nejsou adekvátní věku nebo vývojové úrovni jedince. Přestože bylo ADHD dlouho označováno za poruchu typickou pro dětství a u dospívajících, je třeba zmínit, že tato domněnka je již překonána. V DSM-5 je ADHD označováno za poruchu celoživotní, neboť jisté projevy přetrvávají i do dospělosti, pouze však v mírnější formě. (Raboch a kol., 2015)

Aby bylo možné stanovit diagnózu, je třeba, aby diagnostikovaný jedinec splňoval kritéria, jež jsou stanovena v diagnostickém manuálu.

Diagnostická kritéria: (Raboch a kol., 2015)

- A. Dle tohoto kritéria je třeba, aby byla u jedince přetrvávající nepozornost (A1) odpovídající uvedeným příznakům v DSM-5, a to v délce po dobu delší než 6 měsíců, na stupni, který neodpovídá vývojové úrovni jedince, a spolu s negativním dopadem na jeho sociální a jiné aktivity, a/nebo hyperaktivita a impulzivita (A2) se stejnými stanovenými podmínkami, jako je tomu v bodě A1. Přetrvávajících příznaků z uvedených musí být šest (nebo více) u nepozornosti, a stejně tak u hyperaktivity a impulzivity.
- B. Tento bod stanovuje přítomnost několika příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity před 12. rokem věku.
- C. Příznaky nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity se projevují ve dvou nebo více prostředích.
- D. Příznaky, které se objevují u jedince, snižují úroveň života ve školním, sociálním či pracovním prostředí nebo na ně mají očividně negativní vliv.
- E. Přítomnost příznaků se nedá vysvětlit jiným duševním onemocněním, u něhož by se vyskytovaly.

Následně poruchu pozornosti s hyperaktivitou rozlišujeme podle přítomných příznaků: (Raboch a kol., 2015)

- F90.2 Kombinovaná porucha
- F90.0 Porucha s převahou nepozornosti
- F90.1 Porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity
- F90.8 Jiné specifikované poruchy pozornosti s hyperaktivitou
- F90.9 Nespecifikovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou

### **F90.2 Kombinovaná porucha**

Tento typ ADHD je diagnostikován v případě, že po dobu 6 měsíců jsou naplněna obě kritéria – A1 (nepozornost), A2 (hyperaktivita a impulzivita).

## **F90.0 Porucha s převahou nepozornosti**

Pokud se po dobu 6 měsíců objevují příznaky z kritéria A1 (nepozornost), ale nejsou přítomny příznaky kritéria A2 (hyperaktivita a impulzivita), je stanovena tato diagnóza.

## **F90.1 Porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity**

Porucha s převahou hyperaktivity a impulzivity je diagnostikována, pokud je po dobu předchozích 6 měsíců splněno kritérium A2 (hyperaktivita a impulzivita), ale ne A1 (nepozornost).

Specifikovat lze také stupeň závažnosti, který může být trojí. Jedná se o poruchu **mírnou**, u které se objevuje málo příznaků, **středně těžkou**, která je mezistupněm poruchy mírné a těžké, a **těžkou**. U těžké poruchy je již přítomno příznaků více a mohou být natolik závažné, že mají negativní dopad na fungování jedince v životě. Tyto příznaky se objevují nad rámec stanovení diagnózy. (Raboch a kol., 2015)

## **Diferenciace klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-5**

Rozdíly mezi těmito dvěma klasifikačními systémy se nemusejí zdát výrazné, nicméně tomu tak není a opak je pravdou. Prvního rozdílu si lze povšimnout již v samotném názvu poruchy. Termín hyperkinetická porucha je na rozdíl od více zevšeobecnělého ADHD užíván spíše v lékařské praxi, kdežto pojem ADHD se v posledních letech velmi popularizoval a mnohdy je až nadužíván laicky.

Oba tyto pojmy jsou v publikacích popisovány jako poruchy se začátkem charakteristickým pro období dětství. Ptáček a Ptáčková (2018) však poukazují na další rozdílnost, kterou je popis ADHD jako poruchy celoživotní. Tato změna, se kterou se v MKN-10 nesetkáme, je důležitá, neboť je doloženo, že porucha může působit problémy i v pozdějším věku života.

Paclt (2007) uvádí rozdíly mezi klasifikacemi následovně: v MKN-10 jsou stanovena kritéria pro poruchu aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování. Pro diagnostikování hyperkinetické poruchy se musí u jedince vyskytovat všechny uvedené složky v domácím i školním prostředí. Pokud tomu tak není, diagnóza není stanovena. Totéž u hyperkinetické poruchy chování, u které se musí navíc vyskytovat porucha chování.

Podle DSM-5 je ADHD diagnostikováno vždy, jestliže se tato porucha vyskytuje alespoň v jednom z uvedených prostředí a pokud se vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou, tedy porucha pozornosti nebo hyperaktivita a/nebo impulzivita.

U diagnostických kritérií dle MKN-10 a DSM-5 tedy dochází k částečnému překrývání. Pod ADHD spadají mírnější poruchy, ale ne poruchy chování. Tyto závažnější poruchy zachycují kritéria podle MKN-10. (Paclt, 2007) To popisovala také Drtílková (2007), která uváděla diagnostická kritéria pro hyperkinetickou poruchu jako přísnější než pro diagnózu syndromu ADHD. V DSM-5 nejsou kritéria odpovídající skupině hyperkinetické poruchy chování, jako je tomu v MKN-10. Diagnóza poruchy aktivity a pozornosti podle MKN-10 tudíž odpovídá kombinovanému typu ADHD. Vzhledem k mírnějším kritériím pro ADHD je také vyšší počet dětí, které mají diagnostikovanou tuto poruchu, ve srovnání s počtem dětí, které mají diagnostikovanou hyperkinetickou poruchu chování, uvádí Drtílková (ibid.).

I v této práci je užíván spíše termín ADHD, případně synonymně pojem specifická porucha chování, neboť jak již bylo uvedeno a jak uvádí také Drtílková (2007) a další, termín ADHD je diagnostikován častěji a také je rozšířenější v poradenské praxi.

Spolu s termínem ADHD se setkáváme také se zkratkou ADD, která popisuje poruchu pozornosti bez hyperaktivity. Munden a Arcelus (2002) žáky s tímto znevýhodněním popisují jako ty, kteří zůstávají mnohdy bez povšimnutí, jejichž problémy souvisejí s impulzivitou a sníženou schopností koncentrovat pozornost, avšak bez nadměrné motorické aktivity (hyperaktivity). Této skupině se podle autorů začala věnovat pozornost později. Stejně jako u osob s ADHD se příznaky objevují v takové míře, která není adekvátní věku a rozumovým schopnostem.

Ve speciálněpedagogické praxi se neseťkáváme pouze s klasifikováním podle MKN-10 nebo DSM-5. Ženatová (in Janderková a kol., 2016) jako další z možností členění poruch chování uvádí tři kategorie. Jsou jimi syndrom ADHD, syndrom ADD, syndrom ADHD/ADD. Při tomto rozlišování vychází z Vágnerové (2005). Syndrom ADHD popisuje jako poruchu pozornosti, hyperaktivity a impulzivity, u syndromu ADD je převaha poruchy pozornosti, syndrom ADHD/ADD je s převahou hyperaktivity a impulzivity. Z toho nám vyplývá, že přestože autorka kategorie pojmenovává ve zkratkách, významově jsou totožné s kategoriemi uvedenými v DSM-5.

S další variantou rozlišení tohoto syndromu, se kterou se můžeme setkat, je členění na typ **hyperaktivní** nebo **hypoaktivní**. (Ženatová in Janderková a kol. 2016) V praxi se častěji setkáváme s jedinci prvního typu.

U jedince **hyperaktivního typu** se nejčastěji setkáváme s neklidem, zvýšenou pohybovou a celkově motorickou aktivitou. Projevuje se u nich jistá chaotičnost a nesystematičnost. Typickým znakem jsou také ukvapené reakce. **Hypoaktivní typ** je naopak charakterizován sníženou pohybovou aktivitou až apatií vůči okolním podnětům. Tito jedinci působí, jako by byli v útlumu až v denním snění. Pracovní tempo obou typů je značně kontrastní. Hyperaktivní jedinci jsou rychlí až zbrklí, se vším jsou ihned hotovi, aniž by se nad činností dlouhodoběji pozastavili. U dítěte s hypoaktivitou se pracovní tempo vyznačuje extrémní pomalostí. (Ženatová in Janderková a kol., 2016)

## 2.2 Rizikové faktory vzniku specifických poruch chování

*„Příčiny vzniku poruch chování mohou být různé, obvykle jde o kombinaci biologických i sociálních faktorů, které se vzájemně ovlivňují.“* (Vágnerová, 2014, s. 716)

Příčiny vzniku této poruchy u dítěte tedy nejsou vždy jasné a obvykle se jedná o multifaktoriální působení vlivů. Častou příčinou je uváděna genetika, která v odborné literatuře převažuje. Například autoři Munden a Arcelus (2002) uvádějí vliv genetiky a s tím spojené vyšší riziko dědičnosti, konkrétně po mužské linii. Ptáček a Ptáčková (2018) mluví o vícegeneračním problému dědičnosti ADHD v souvislosti s pravděpodobností výskytu ADHD také u sourozenců postiženého. Také Drtílková (2007) zdůrazňuje převahu genetických příčin a dále uvádí jistou náchylnost dítěte ke vzniku ADHD či hyperkinetické poruchy, ta je podle ní geneticky „naprogramovaná“ a určitou mírou přispívá k tomu, zda se u dítěte porucha rozvine, nebo ne. Čermáková, Papežová a Uhlíková (in Žáčková, Jucovičová, 2017, s. 19) syndrom ADHD popisují jako „vrozený neurovývojový syndrom, který se projevuje oslabením či narušením funkcí (dysfunkcí) těch oblastí mozku, které souvisejí s tzv. exekutivními (výkonnými) funkcemi.“ Podle Vágnerové (2014) se dědičnost poruchy promítá především na úrovni temperamentových vlastností jedince, ty jsou znatelné při neadekvátních způsobech reagování na podněty.

Je třeba mít na paměti, že pouze genetika není to, co ovlivňuje vznik poruch či postižení. Svůj podíl mají také negenetické faktory, jako prostředí, zejména rodina, psychika



či stres. Tyto faktory mohou vznik a již zmíněnou náchylnost k poruše potlačit, ale také podpořit. (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013) Jucovičová a Žáčková (2010) o takových faktorech mluví jako o poškozeních, která vznikla negativním působením různých vlivů v období těhotenství, při porodu nebo časně po něm, resp. v raném dětství. Lze je tedy popsat jako poškození vzniklá v období prenatálním, perinatálním a raně postnatálním. Mezi nimi jsou uváděny jako nejčastější příčiny ovlivňující vznik ADHD drobná difúzní poškození mozku jako hypoxie (nedostatek kyslíku) nebo krvácení do mozku, která vznikají v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Dalšími příčinami mohou být špatný zdravotní stav matky v průběhu těhotenství, nedonošenost nebo přenošenost dítěte či komplikované porody, a také úrazy hlavy nebo infekční a horečnatá onemocnění. (Jucovičová, Žáčková, 2010; Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013)

Vágnerová o příčinách vzniku poruchy mluví jako o kombinaci biologických a sociálních faktorů, nemůžeme proto zanedbat ani vliv sociálního prostředí, které je dítěti nejbližší. Jedná se především o působení rodiny a školy. Svůj podíl má i širší sociální prostředí, jako vrstevnické skupiny, přátelské vztahy, či zájmy konkrétního jedince. I ty mohou vývoj ADHD ovlivnit pozitivním či negativním směrem, zejména v období dospívání. (Žáčková, Jucovičová, 2017)

Výchova v rodině také ovlivňuje chování dítěte, ale je důležité mít na paměti, že symptomy provázející ADHD ji výrazně komplikují. Proto velmi záleží na přístupu rodiny, zejména na optimálně zvoleném výchovném stylu a na výchovných a režimových opatřeních, kterými lze chování dítěte změnit. (Žáčková, Jucovičová, 2017; Munden, Arcelus, 2002) Munden a Arcelus (ibid.) popisují, že u syndromu ADHD se nedá přímo hovořit o výsledku špatného rodičovského přístupu, neboť dispozice dítěte, které mohou být nepříjemné a rozčilující, rodičovské přístupy velmi ovlivňují. Dále se na změně chování jedince podílejí efektivní terapie, léčba a vhodné intervenční přístupy. Žáčková a Jucovičová (ibid.) uvádějí, že právě výchovná opatření a přístup k dítěti mohou projevy hyperaktivity ovlivnit pozitivním, nebo negativním směrem. V tomto bodě se shodují s Vágnerovou (2014), která rodinu popisuje jako prostředí, které dítěti poskytuje základní zkušenost se sociálním prostředím. Tato zkušenost pak může být pozitivní, ale také negativní. Proto je třeba do výchovy zařadit vhodné výchovné strategie. Jestliže budou rodiče dítě vychovávat s laskavým přístupem a trpělivostí spolu s hranicemi, které budou dítěti jasně stanovené, je mnohem vyšší šance na úspěch a zdárný vývoj dítěte. Pokud je však v rodině nastolen

liberální výchovný styl, nebo naopak neadekvátní tlak, zvyšuje se riziko, že se k primárním projevům ADHD přidruží i porucha chování. (Žáčková, Jucovičová, 2017)

V neposlední řadě je důležitým faktorem ovlivňujícím vývoj dítěte s hyperaktivitou působení školního prostředí. Ve školním prostředí se dítě setkává s přijetím druhých a prostřednictvím pohybu v tomto sociálním prostředí si dítě ověřuje způsoby chování, které jsou přijatelné, a které naopak ne. Pokud si dítě osvojí negativní způsoby chování, přístup k němu není vstřícný, ale naopak je tvrdý, může se to stát základem pro vznik a rozvoj poruch chování. (Žáčková, Jucovičová, 2017)

Shrneme-li uvedené příčiny vzniku ADHD a rizikové faktory, které se na něm podílejí a kterých dle výše uvedeného výčtu není málo, můžeme pouze potvrdit, co bylo uvedeno již v předchozí kapitole. Specifické poruchy chování jsou především problematikou vrozenou, případně časně získanou v kombinaci s vlivy prostředí. Žáčková a Jucovičová (2017) uvádějí, že rizikové faktory ve vývoji syndromu ADHD lze celkově shrnout jako vlivy životních a sociálních zkušeností jedince, které jej formují. Podle Munden a Arcelus (2002, s. 47) je ADHD „*klasickým příkladem bio-psycho-sociální poruchy. Symptomy poruchy jsou výsledkem jedinečného biologického a psychického ustrojení jedince, jeho životních zkušeností a vlivu prostředí, v němž se nalézá.*“

Děti stížené touto poruchou své chování zpočátku nemohou a nedokážou ovlivnit, avšak správnými výchovnými a intervenčními přístupy a vhodně zvolenou terapií lze projevy chování, které specifickou poruchu chování provázejí, ovlivnit tak, aby jedince v běžném životě nezatěžovaly, nebo je lze alespoň dostatečně minimalizovat. V průběhu života se člověk se syndromem ADHD učí jeho projevy a své chování ovlivňovat i pomocí volných mechanismů. Ty však bývají u jedinců se syndromem ADHD do určité míry oslabeny. (Žáčková, Jucovičová, 2017)

### 2.3 Projevy specifických poruch chování

Mezi základní symptomy specifických poruch chování či ADHD řadíme **poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu**. Tyto projevy se nejčastěji objevují u dětí školního věku, nejvýrazněji okolo osmého a desátého roku, ale můžeme je zaznamenat již od dětství, např. děti v novorozeneckém a kojeneckém období mohou být neklidnější, plačtivější, mívají také přidružené poruchy biorytmu (problémy se spánkem, projevující se

obvykle převráceným režimem) a stravovací obtíže. Výjimkou není ani nerovnoměrný motorický vývoj. Zmíněné problémy však přetrvávají, přestože mají děti své potřeby uspokojeny. (Pugnerová, Kvintová, 2016; Žáčková, Jucovičová, 2017)

V průběhu života v určitých vývojových etapách se tyto projevy různě proměňují – některé se stávají výraznějšími, jiné se zmírňují nebo zanikají. (Žáčková, Jucovičová, 2017) Pugnerová (in Pugnerová, Kvintová, 2016) to zčásti připisuje zrání organismu a spolu s tím i zrání centrální nervové soustavy, protože spolu s vývojem dítěte mohou některé nevhodné projevy chování vymizet.

Podle Pokorné (2010) je důležité mít povědomí o vývoji dítěte, neboť všechny projevy je třeba hodnotit s ohledem na něj. Autorka uvádí, že všechny děti mohou mít v určité vývojové fázi obtíže, které by svými symptomy připomínaly právě specifické poruchy chování.

### **2.3.1 Porucha pozornosti**

Porucha pozornosti, jeden z hlavních projevů syndromu ADHD, se vyznačuje omezenou a sníženou schopností dlouhodobě koncentrovat pozornost na určitou činnost. (Žáčková, Jucovičová, 2017)

Poruchu pozornosti můžeme pozorovat již od dětství, především při hře. Dítě je u výběru hry a hračky nestálé a dlouhodobě ničemu nevěnuje pozornost. Velmi výjimečně jej něco zaujme natolik, že svou pozornost udrží déle a že ho činnost baví.

Nepozornost a její důsledky se projevují ve všech oblastech života jedince trpícího touto poruchou, především je můžeme pozorovat ve vztahu ke škole a studiu. U dětí a žáků majících sníženou schopnost udržet pozornost se častěji objevuje chybovost, nedostatek vytrvalosti a neschopnost soustředit se po delší časový úsek, což úzce souvisí se schopností učit se, která je pro ně velmi náročná. Vzhledem k nestálé pozornosti se pravidelně stává, že tyto žáky velmi rychle rozptýlí nové podněty, které se objeví v centru jejich zájmu a často je tak odlákají od původně vykonávané činnosti. Tak se stane, že žák utíká „od jednoho k druhému“. Pokud nakonec dojde ke snaze o delší soustředění, jejich pozornost se velmi rychle vyčerpá. S poruchou pozornosti souvisí také neschopnost udržet pořádek ve svých věcech. Děti často zapomínají pomůcky a neustále něco hledají. (Drtílková, 2007, Munden, Arcelus, 2002; Reimann-Höhn, 2018)

Dalším negativním dopadem spojeným s omezenou délkou koncentrace pozornosti je ztížený příjem nových informací a na to navazující jejich zpracování a zapamatování, jak uvádějí Žáčková a Jucovičová (2017). Podle autorek dítě hůře reaguje na méně stručné informace nebo na sdělení, které obsahuje více položek, jelikož se mu informace těžko vnímají a pamatují. Munden a Arcelus (2002) popisují, že mnoho neschopností a nedostatků, které u osob s ADHD můžeme pozorovat, jsou důsledkem snížené schopnosti koncentrace pozornosti.

V neposlední řadě má nepozornost dopad na samotný kolektiv a chod školní třídy, a také na výuku a práci učitele. (Žáčková, Jucovičová, 2017)

Ilustrativní příklady příznaků poruchy pozornosti dle DSM-5 a MKN-10:

- obtížně koncentruje pozornost při činnostech, s tím je spojená zvýšená chybovost,
- nedokončuje úkoly a vyhýbá se jim, má problémy s organizováním a systematickým rozložením úkolů,
- zdá se, že neposlouchá a nevnímá druhé.

### **2.3.2 Hyperaktivita**

Hyperaktivita neboli zvýšená motorická aktivita je popisována jako nejnápadnější a také nejnáročnější projev ADHD, neboť se jedná o děti velmi aktivní, které svůj neklid nedokážou ovládnout. (Reimann-Höhn, 2018)

Je třeba respektovat zvýšenou pohybovou aktivitu, která je přirozená a provází dětství. Pohybová aktivita zhruba do tří let věku roste, poté však dochází k obratu a jejímu postupnému snižování. U dětí s ADHD je prokázáno, že byly velmi aktivní již v období prenatálního vývoje. (Munden, Arcelus, 2002) Pokud zmíněná zvýšená aktivita přetrvává, je třeba jí věnovat pozornost, přestože odlišnost dětí s hyperaktivitou od dětí intaktních se začíná nejvýrazněji projevovat v období nástupu školní docházky.

Hyperaktivní děti jsou velmi živé, nápadně pohyblivé, často se vrtí, pobíhají a nedokážou vydržet na jednom místě. Obtížně se je daří zklidnit, nedokážou se ztišit a jsou nepřiměřeně upovídané. Žáčková a Jucovičová (2018) dále uvádějí zvýšené riziko úrazů, především kvůli špatnému odhadu hranice mezi bezpečností a nebezpečím. S nástupem předškolní či školní docházky se objevuje problematické podřizování se stanovenému režimu. Paradoxem této poruchy je projev únavy, který se vyznačuje opačnou reakcí

organismu. Obvyklým projevem únavy dítěte je zklidnění až útlum a potřeba odpočinku, u dětí s ADHD se objevuje vyšší reaktivita, podrážděnost a zvýšená pohybová aktivita.

V průběhu dozrávání až do dospívání se výrazný psychomotorický neklid zmírňuje. (Žáčková, Jucovičová, 2017) Někteří autoři (Munden, Arcelus, 2002; Reimann-Höhn, 2018) uvádějí, že se vnější neklid proměňuje ve vnitřní neklid čili nervozitu.

#### Ilustrativní příklady příznaků hyperaktivity dle DSM-5 a MKN-10:

- neustále je v pohybu (poklepává nohama nebo rukama, neposedí),
- nevydrží na jednom místě, neustále odchází nebo pobíhá okolo,
- těžko zachovává klid a tichost, je hlučný a vyrušuje i tehdy, kdy je to nejméně vhodné.

### **2.3.3 Impulzivita**

Impulzivitu můžeme popsat jako nedostatečnou schopnost působit na své chování vlastní vůlí. (Žáčková, Jucovičová, 2017) Gordon (in Munden, Arcelus, 2002) k tomu uvádí: *„Kořenem ADHD je relativní neschopnost zdržet se reakcí na cokoli, co je v dané chvíli nejzajímavější nebo nejpřitažlivější.“*

Podle Žáčkové a Jucovičové (2017) je u člověka s hyperaktivitou impulzivita přítomna po celý život. Základní dovednost, kterou se děti musí naučit a kterou lze impulzivitu ovlivnit, je dostatečná vůle. Především pro děti raného věku je impulzivita problém, protože ji ještě nedokážou dostatečně ovlivnit volními mechanismy – ty se navíc u hyperaktivních dětí vyvíjejí opožděně a nerovnoměrně. Přestože se děti postupem času naučí své chování ovládat vůlí, neobejde se to bez obtíží, např. jsou časté problémy v adaptaci na školní prostředí a režim v něm nastolený, či podřízení se autoritě. Děti mají také tendence být „paličaté a postavit si hlavu“, jak dále uvádějí autorky.

V dětském věku se impulzivita projevuje především zbrklým jednáním, skákáním do řeči druhých a neschopností se ovládnout. Impulzivní děti jednájí více chaoticky a nahodile než plánovitě, obvykle nevidí hranice svého jednání. Tyto děti vystihuje popis „co na srdci, to na jazyku“, velmi často vyřknou nevhodné věci bez rozmyšlení a bez ohledu na druhé. Děti také velmi často podléhají vlivům, které přicházejí z vnějšku. (Drtilková, 2007; Reimann-Höhn, 2018)

Důsledky impulzivity zasahují především do sociální roviny. Její projevy mohou dětem způsobit nepřijetí okolím, zánik vztahů, které dítě navázalo, až sociální vyloučení (izolaci). (Reimann-Höhn, 2018)

#### Ilustrativní příklady příznaků impulzivity dle DSM-5 a MKN-10:

- obvykle není schopen čekat, je netrpělivý, ve škole často vyhrkne odpověď bez rozmyslu,
- často je nadměrně upovídaný,
- přerušuje a vyrušuje ostatní nebo skáče do řeči.

Za problémem zvýšeného psychosomatického neklidu, emočních problémů či projevů agresivity podle Krejčí (in Stuchlíková 2005) může stát také hypokinéza, což znamená nedostatek pohybu. Hypokinéza následně vede ke zvýšené impulzivitě, podrážděnosti a snížené schopnosti koncentrace pozornosti a sebekontroly. U dětí je navozována nedostatečným přísunem přirozených pohybových aktivit. Krejčí (ibid.) dále uvádí, že je proto třeba dětem zpřístupnit především prožitkové pohybové aktivity a tělesná cvičení, v tomto případě tedy nejde o výkon, ale o radost z pohybu.

#### **2.3.4 Další přidružené projevy**

Ačkoli jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita nejvýraznějšími projevy specifických poruch chování, nejsou jedinými. Boďová, Hutyrová, Růžička (2013) uvádějí další projevy v oblastech:

- **Percepce a motorika** – jedinci s poruchou pozornosti a hyperaktivitou mohou mít oslabení ve sluchové i zrakové percepci. Odborníci (Ptáček, Ptáčková, 2018; Pugnerová, Kvintová, 2016) u těchto dětí popisují obtíže v rozlišování barev a zhoršené sluchové vnímání.

Ztížená koordinace motoriky a motorické problémy souvisejí také s prostorovou a tělovou orientací. Vývoj motoriky je u těchto dětí opožděn, deficit se projevuje také v oblasti jemné a hrubé motoriky. (Ptáček, Ptáčková, 2018; Pugnerová, Kvintová, 2016)

- **Myšlení, řeč a paměť** – ADHD je porucha, která nemá vliv na inteligenci, tyto děti jsou v oblasti intelektu obvykle průměrné nebo nadprůměrné. Projevuje se však

snížená schopnost abstraktního myšlení a ulpívání v myšlení. Konkrétní myšlení u dítěte převažuje. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

Narušená komunikační schopnost u dětí s ADHD nejčastěji zahrnuje možnost opožděného vývoje řeči, nepravidelnosti v řeči a zvýšený výskyt koktavosti, obtíže se také mohou projevit v expresivní a receptivní složce řeči. (Ptáček, Ptáčková, 2018; Pugnerová, Kvintová, 2016)

Ptáček a Ptáčková (2018) popisují problémy s pamětí jako problémy, které jsou velmi často zapříčiněny sníženou schopností koncentrace pozornosti, neboť než jedinec informaci uloží do paměti, je třeba se na její příjem soustředit a vnímat ji. U dětí s ADHD není oslabena pouze pracovní paměť, ale také paměť krátkodobá i dlouhodobá, jak zmiňují Pugnerová a Kvintová (2016). Děti s ADHD nemají poruchy paměti ve smyslu neschopnosti zapamatování, ale v nedostatku schopnosti identifikovat a rozlišit důležitost informací. (Ptáček, Ptáčková, ibid.)

- **Emoce a chování** – Pugnerová a Kvintová (2016) a Stuchlíková (2005) popisují častý výskyt neurotických návyků a tiků, ke kterým se přidávají také stereotypní pohyby. Děti s ADHD mají vyšší náchylnost k úzkostným poruchám. Tyto děti jsou emočně více labilní, podrážděné a mají sníženou schopnost kontrolovat své reakce na podněty z okolí. Michalová (2007) v této oblasti popisuje také nízké sebehodnocení a špatné sebepřijetí, náladovost a vztahovačnost a sníženou schopnost respektovat stanovená pravidla a autoritu.
- **Motivace** – u dětí s ADHD je motivace na prvním místě a je velmi důležitou podmínkou úspěšnosti v realizovaných činnostech. Nedostatečná motivace je možnou příčinou problémů, které ADHD provázejí. (Boďová, Hutýrová, Růžička, 2013) Michalová (in Boďová, Hutýrová, Růžička, 2013) popisuje dvojí motivaci, vnitřní a vnější. Vnitřní je přirozená zvědavost dítěte, jeho zájem, kdežto vnější úzce souvisí se školním a rodinným prostředím. Především u dítěte se specifickou poruchou chování je třeba motivaci intenzivně podněcovat.
- **Sociální interakce** – v této oblasti se nejčastěji vyskytují obtíže v mezilidských vztazích, např. problematické navazování přátelství a jeho udržení, nebo komplikované vztahy s rodiči a jinými členy rodiny. (Munden, Arcelus, 2002) Ptáček a Ptáčková (2018) oslabení v sociální oblasti připisují především impulzivité.

Někteří autoři, např. Vágnerová (in Boďová, Hutýrová, Růžička, 2013), do výčtu přidružených projevů řadí také poruchy spánku, které jsou náročné nejen pro děti samotné,

ale také pro zbylé členy rodiny, neboť způsobují únavu všem zúčastněným, dále poruchy příjmu potravy a zvýšenou úrazovost. Ptáček a Ptáčková (2018) k tomu uvádějí narušení exekutivních funkcí jako podklad neschopnosti plánovat, organizovat, řešit problémy nebo regulovat své chování, potlačit ho nebo naopak iniciovat.

Symptomy jako vyšší míra úrazovosti, poruchy spánku nebo problémy v sociální rovině jedince však mohou být chápány i jako důsledky základních symptomů.

Malá (in Pokorná, 2010) rozděluje symptomatologii podle oblastí s několika popsánymi projevy v každé z nich, Pokorná (ibid.) k tomu dodává, že jedinec se specifickou poruchou chování nemusí vykazovat všechny symptomy, které jsou v oblastech popsány:

1. Poruchy kognitivních funkcí – tato oblast projevů je nejrozsáhlejší a problémy zde patřící mohou být porucha pozornosti ze zrakového a sluchového hlediska, snížená schopnost prostorové představivosti, motorický neklid, porucha exekutivních funkcí, narušená analýza a syntéza, snížená schopnost ve výběrovosti podnětů, snížená motivace, vytrvalost, sebeovládání aj.
2. Poruchy motoricko-percepční – zde se projevuje zvýšená pohybová aktivita bez schopnosti odpočinku, zbrklý a nekoordinovaný výkon motoriky, motorická neobratnost spolu s poruchou vizuomotorické koordinace, možné neurologické odchylky projevující se v koordinaci pohybů, pravolevé orientaci apod.
3. Porucha emocí a afektů ve smyslu lability
4. Impulzivita – chování jedince je nepředvídatelné, chaotické, má ukvapené reakce a závěry, obvykle se nepoučí z chyb.
5. Sociální maladaptace – neadekvátní chování, výrazná lability v emocionálních projevech, snížená schopnost empatie, neschopnost respektovat pravidla a přizpůsobit se vrstevníkům apod.

## 2.4 Důsledky specifických poruch chování

Specifické poruchy chování a jejich důsledky v životě člověka nelze opomenout, nicméně zde budou nastíněny pouze stručně, neboť by bylo nad rámec této práce se jimi zabývat, protože záměrem není rozebírat jejich dopad, ale především, jak předejít jejich dalšímu rozvoji vhodnými intervenčními přístupy a reedukačními metodami.



Munden a Arcelus (2002) popisují, že zhruba u poloviny jedinců stížených touto poruchou zmíněné obtíže při dosažení dospělosti do značné míry vymizí nebo se jejich projevy zmírní. Raboch a kol. (2015) však uvádějí, že nemalá část osob, jež byly v dětství diagnostikovány jako děti s ADHD, mají přetrvávající problémy i v dospělosti. Drtílková (2007) naproti tomu ve své publikaci tvrdí, že porucha přetrvává a pokračuje do období dospělosti u více než poloviny dětí s hyperkinetickou poruchou.

Jak bylo uvedeno, v DSM-5 je syndrom ADHD popsán jako porucha s celoživotním dopadem. Důsledky se tedy netýkají pouze období dětství a dospívání, kde je ADHD spojeno s negativním vlivem na školní výkon, horšími studijními výsledky a případným sociálním vyčleněním.

Raboch a kol. (2015) uvádějí, že u dospělých se důsledky poruchy pozornosti a hyperaktivity negativně promítají primárně v zaměstnání, kde jsou spojeny se zhoršeným pracovním výkonem, docházkou a celkově s horšími pracovními výsledky. Objevovat se mohou také interpersonální konflikty, které opět podporují pravděpodobnost sociální izolace. U osob s ADHD vzniká také riziko rozvinutí poruchy chování, asociálního chování, nebo vznik závislosti na užívání návykových látek a zvyšuje se pravděpodobnost zranění sebe, případně druhých. Mezi důsledky bylo zmíněno také zvýšené riziko obezity, Ptáček a Ptáčková (2018) to však komentují především v souvislosti s užívanými farmaky určenými k léčbě ADHD. Přestože je medikace a její vliv na rozvoj obezity tématem mnoha diskuzí, nedostatek studií a výzkumů k tomuto problému nepodávají validní výsledky, které by vztah mezi obezitou a farmakologickou léčbou potvrdily, shrnuli autoři.

Již výše byly nastíněny odlišnosti projevů ADHD v průběhu života, které uvádějí Žáčková a Jucovičová (2017). Dochází k jejich proměně a vývoji. V určitých fázích vývoje jsou některé výraznější a jiné se zmírňují a ustupují. Některé se také projevují v jednotlivých vývojových etapách a můžou vystupovat na povrch již od dětství, jiné se objeví v pozdějším věku života a mohou být spojovány s vlivem sociálního prostředí. V dospělosti bývají projevy hyperaktivity různorodé, což je ovlivněno zráním centrální nervové soustavy spolu s působením okolního prostředí, ve kterém jedinec žije. Dochází tedy k diferenciaci a individualizaci projevů hyperaktivity, poruchy pozornosti a impulzivitu. Autorky shrnuly přetrvávající projevy syndromu ADHD v dospělosti následovně:

- hyperaktivita, která však slábne,
- poruchy pozornosti a paměti projevující se nesoustředěností a zapomnětlivostí,

- impulzivita, netrpělivost a zbrkllost, nervozita,
- vnější neklid je obvykle transformován do vnitřního neklidu,
- emoční labilita, psychické poruchy,
- snížená schopnost dlouhodobě vykonávat klidnější aktivitu, nestálost ve vykonávaných činnostech, a také neschopnost být „nečinný“, v klidu,
- problémy v organizování činností,
- nižší sebehodnocení,
- vysoká pracovní výkonnost, kreativita a originalita.

Lze si povšimnout, že se autorky úplně neshodují s důsledky, které jsou popsány v DSM-5. Jucovičová a Žáčková (2017) na ně na rozdíl od Rabocha a kol. (2015) nahlíží mírněji, až pozitivněji, např. vyzdvihují v rámci ADHD vysokou pracovní výkonnost a kreativitu, kdežto Raboch a kol. (2015) popisují hyperaktivitu jako negativní aspekt v zaměstnání.

V kapitole *Žák se specifickou poruchou chování* jsme byli seznámeni se specifickými poruchami chování, jejich pojetím v klasifikačních systémech MKN-10 a DSM-5. Následně byly popsány rozdílnosti mezi těmito klasifikačními systémy. Obsáhlá část kapitoly byla věnována rizikovým faktorům a příčinám vzniku specifické poruchy chování a následně jejím projevům. Nebyly však vymezeny pouze tři základní a nejvýraznější symptomy, ale také ty, které specifické poruchy chování doplňují a doprovázejí. Přestože je syndrom ADHD vnímán jako vrozená porucha ovlivněná geny, jisté negativní vlivy byly popisovány i mezi negenetickými faktory, proto je velmi důležitá prevence, a to již před početím dítěte. Kapitola byla zakončena důsledky specifických poruch chování a jejich vlivy na život člověka v dospělosti. Nejvýrazněji však důsledky zasáhnou jedince v dětství a dospívání, neboť porucha má především dopad na jeho chování a vzdělávání, odtud do dalších oblastí života.

Jestliže se však obtíže objeví a jsou správně rozpoznány, je nejdůležitější stanovit řešení problému prostřednictvím vhodně zvolených přístupů ve výchově a vzdělávání, případně jinak indikovanou léčbou. (Train, 2001; Munden, Arcelus, 2002)

Přístupům k žákovi s ADHD je věnována následující kapitola a výzkumná část této práce.

### 3 Intervenční přístupy k dětem a žákům se specifickou poruchou chování

Kapitola *Intervenční přístupy k dětem a žákům se specifickou poruchou chování* úzce koresponduje s názvem této práce a je pro ni stěžejní. Bude popsán a definován pojem a cíl intervence spolu s jejími hlavními úkoly. Následně budou představeny možnosti léčby a intervenční přístupy, které jsou vhodné u žáků s ADHD. V závěru kapitoly budou uvedeny zahraniční přístupy k žákům s ADHD.

Tato kapitola je také úzce spojena s výzkumnou částí práce, se kterou se v kapitole týkající se výsledků šetření a přínosu pro praxi prolíná.

#### 3.1 Intervence

Intervence je druh speciální podpory, který je poskytován žákům s určitým problémem. Moussová (in Valentová a kol., 2013) popisuje intervenci obecně jako zásah nebo aktivitu směřovanou k ovlivnění určitého jevu či situace. Tato aktivita má jasně stanovený cíl a je tedy vykonávána záměrně. Intervence v poradenství je pojmána jako jakýkoli zákrok, který posune jak samotný proces, tak i situaci nebo klientův stav.

V této práci se pojednává o problematice žáků se specifickou poruchou chování, mluvíme tedy o intervenci, která je zaměřena na chování žáka a stereotypy v něm. Vhodně zvolenou podporou směřuje k aktualizaci motivace jedince, k znovunabytí jeho možností a schopností. Velmi podstatnou roli při stanovení formy, jakou bude intervence probíhat, hraje vnitřní předpoklad jedince ke změně. (Vojtová, 2009)

Intervence jsou v rámci etopedie pedagogická opatření, jež jsou užita k zasažení do přirozených sociálních situací v životě jedince s poruchami chování a emocí, přičemž je důležité co nejméně omezovat jeho sociální vztahy. Hlavním úkolem intervence je „*naplánovat zásah, který by sledoval řešení určitého konkrétního problému.*“ (Vojtová, 2009, s. 118) Vojtová (ibid.) dále uvádí cíle intervence, kterými jsou přerušování, zastavení a změna nežádoucích tendencí v chování jedince. Intervenční opatření slouží k vytvoření takových způsobů chování, které jsou odlišné od těch původních. Změna po zavedení těchto způsobů chování musí být znatelná a hmatatelná.

Při intervenci pedagog pracuje s rizikovými faktory jedince v kontextu školy i jeho osobnosti, a také v mimoškolním prostředí, konkrétně rodinném a veřejném. Aktivita jsou

cíleně zaměřeny na hlavní rizikové faktory a koordinaci edukace, podpory a provázení jedince. (Vojtová, 2009)

Vojtová (2009) popisuje následující zásady intervence:

- podstatou je zaměřit se na problém v chování a reflektovat jej ještě tehdy, než bude chování jedince za hranicí tolerance a únosnosti,
- dále je třeba na dítě nahlížet jako na celek, vnímat tedy kontext osobnostní, sociální i edukační,
- pedagog dítěti prostřednictvím intervence zprostředkovává jeho vnitřní svět a dítě si na tomto základě buduje vlastní životní postoje a perspektivy,
- klást důraz na interdisciplinární spolupráci.

Ptáček a Ptáčková (2018) tvrdí, že přestože je ADHD porucha, která významně ovlivňuje vývoj a sociální uplatnitelnost jedince, není poruchou, která ho přímo ohrožuje. S tím však úplně nemůžeme souhlasit, neboť jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole mezi důsledky, ADHD již není řazeno mezi poruchy dětského věku, ale je považováno za poruchu celoživotní. Odborně neřešené ADHD tedy může mít dopad na jedince v celé šíři, přestože se jeho projevy v průběhu života transformují a v případě, že není vhodným způsobem regulováno, mohou se k němu přidružit další poruchy a problémy. Z toho plyne, že jisté ohrožení je přítomno i v pozdějším věku. Sami autoři (ibid.) dále uvádějí, že stanovení léčby je velmi důležité, protože jedinec má možnost své schopnosti dále rozvíjet, a tak zvýšit šanci na dosažení jistého stupně sociálního, vzdělanostního a následně i profesního postavení. **Proto je třeba zvolit adekvátní výchovná opatření, terapii nebo jakýkoli vhodný a odpovídající druh léčby.**

### **3.2 Terapeutické postupy a metody při léčbě ADHD**

Stanovení správné diagnózy dítěte je v mnoha ohledech velmi důležité. Přestože diagnóza může dát dítěti určitou „nálepku“, díky pojmenování problému mohou být nalezena také jeho řešení, vhodné přístupy a opatření. Velmi podstatný je v této situaci interdisciplinární přístup ve spolupráci s rodinou.

Pugnerová a Kvintová (2016) uvádějí, že práce s jedincem s diagnostikovanou specifickou poruchou není jednoduchá a měli by se na ní podílet především ti, kteří jsou s dítětem v nejbližším vztahu, tedy rodina, učitelé, vychovatelé. Nelze opomenout také lékaře a terapeuty, pokud je nastolen tento druh léčby. (Drtílková, 2007) Základní podmínkou pro úspěšnou spolupráci je podle Pugnerové a Kvintové (2016) vytvoření pozitivní atmosféry, která je naplněna porozuměním. Při práci s dítětem s ADHD je důležité mít na paměti, že žádná diagnóza není úplně totožná, protože každé dítě je jiné a vyžaduje individuální přístup podle svých vlastních potřeb a možností. Přesto však Matějček (in Pugnerová, Kvintová, 2016) stanovil několik „obecných“ zásad, podle kterých se lze řídit při práci s dítětem s ADHD. Některé z těchto zásad autorky uvedly ve své publikaci:

1. Trpělivost a klid – při dodržování této zásady si lze povšimnout, že v průběhu věku dochází ke zlepšování a zmírňování, případně kompenzaci některých obtíží.
2. Povzbuzovat a chválit, nejen za dobrý výkon, ale hlavně za projevenou snahu – systém odměn by měl být dodržován důsledně, neboť je pro dítě zpětnou vazbou a motivací zároveň.
3. Pravidelný režim – u dítěte s ADHD je dobré vytvořit si denní rituály, ty mu pak pomáhají s orientací v každodenním životě. Tato zásada je popisována jako nezbytná pro porozumění dítěte svému okolí.
4. Spolupracovat s dítětem – cílem práce s dítětem je zamezit vzniku nevhodného chování a riziku vzniku chyb, které by se mohly objevit, především pokud by bylo odkázáno samo na sebe.
5. Málo a často je více než dlouhodobě a soustavně – tato zásada znamená rozdělit práci po menších úsecích, zařadit mezi aktivity oddechové a relaxační chvílky, vytvořit pestrý program, resp. střídat činnosti.
6. Využít zájem – pokud se u dítěte projeví záliba v nějaké činnosti, je dobré ji podporovat a rozvíjet.
7. Zabránit pocitům méněcennosti – vzhledem k výrazným projevům ADHD jako je nepozornost, nadměrná pohybová aktivita a impulzivita je dítě v riziku školní neúspěšnosti, proto je třeba kompenzovat aktivity, ve kterých je „slabé“, těmi, ve kterých může růst a u kterých je perspektiva zažití úspěchu.
8. Vytvořit ovzduší spolupráce v rodinném prostředí – rodinné prostředí, ve kterém je na jednom místě důslednost i trpělivost a laskavost, má vliv na zlepšení situace dítěte. Je třeba dítě podporovat a brát ho takové jaké je, ne upozorňovat na jeho nedostatky.

9. Spolupracovat se školou, s učiteli – vzhledem k náročnosti poruchy je obzvlášť u dítěte se specifickou poruchou chování důležité propojení spolupráce školy, rodiny, popřípadě lékařů. Četnost konzultací ve škole je mnohem vyšší než u intaktních dětí. Autorky uvádějí, že učitel znalý problematiky ADHD je ten, který dokáže respektovat individuální potřeby dítěte a zmírňuje rušivé elementy, které mohou vzniknout při vyučování.
10. Častá zpětná vazba – pozitivní zpětná vazba, která je dítěti poskytována, mu může napomoci ke zlepšení a také k pochopení svého chování.
11. Vhodná volba povolání – tak jako byla výše uvedena potřeba výběru pestré činnosti, stejně vhodné je vybírat podle tohoto kritéria také zaměstnání, které by bylo proměnlivé s možností uvolnění se prostřednictvím pohybu, ne stereotypní a sedavé, kde je jedinec nucen se dlouhodobě soustředit. Jestliže dítě jeví zájem o určitou oblast, disponuje dovednostmi k tomu potřebnými, je třeba jej v tom podpořit.

Pugnerová a Kvintová (2016) k účinnosti terapie doporučují zahrnout všechny výše uvedené „matějčkovské“ zásady spolu s vhodně zvolenými výchovnými opatřeními, psychoterapií, farmakoterapií aj. Dále popisují cíl terapie jako pomoc dítěti ke zvládnutí režimu dne a maximálnímu využití svých schopností a mentální kapacity ve škole a ke zlepšení vztahu s osobami ve svém okolí. Každé dítě je třeba posuzovat podle jeho individuálních schopností a vytvářet postupy jemu „šité na míru“, jak uvádí Drtílková (2007).

Ptáček a Ptáčková (2018) uvádějí směry, kterými se v současnosti udávají metody a postupy v léčbě ADHD:

1. *„farmakologický přístup,*
2. *behaviorální/psychosociální přístup,*
3. *kombinace postupů.“*

Pugnerová a Kvintová (2016) k tomuto výčtu dodávají také EEG trénink (biofeedback) a alternativní léčbu, jako další z možných způsobů léčby.

### 3.2.1 Farmakoterapie

Podle Ptáčka a Ptáčkové (2018) je farmakoterapie řazena mezi nejúspěšnější metody léčby u osob s ADHD. Paclt (2007) ji popisuje jako velmi účinnou léčbu a nezbytnou součást k celkové terapii syndromu ADHD. Pugnerová a Kvintová (2016) u farmakologické léčby uvádějí dva druhy možných léčiv, které lze jedinci podávat. Jednou skupinou je využití stimulantů, druhou skupinou jsou nestimulační léčiva. Ne každému dítěti jsou farmaka indikována, ale pokud je tato léčba na místě, je vhodné ji zahájit mezi pátým a sedmým rokem.

#### Stimulancia

Stimulancia jsou nejužívanější medikací u syndromu ADHD. Mohou být indikována v krátkodobé či dlouhodobé formě. S krátkodobým účinkem se jedná o *Ritalin*, s dlouhodobým účinkem se jedná o přípravek *Concerta*. Stimulancia ovlivňují kognitivní funkce, motoriku i sociální oblast života jedince. Jejich užívání vede ke zlepšení stavu žáka: zvyšují úroveň koncentrace pozornosti, mohou snižovat únavu a zvyšovat výkon při plnění školních povinností. Dále ovlivňují zvýšenou motorickou aktivitu, neposlušnost, impulzivní chování aj. Díky vlivu na tyto popsané projevy se zlepšuje i sociální přijetí žáka ve školní skupině. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

#### Ne-stimulancia

Tento druh medikace je využíván až v posledním desetiletí a nejčastěji se jedná o přípravek *Stratter*. Informací a studií o tomto typu léčby však není mnoho, popisují Ptáček a Ptáčková, 2018. Jeho výhodou je dlouhodobější účinek, který ale nastupuje později než u stimulantů. Rozdělení účinku lze popsat jako u stimulantů, má vliv na kognitivní funkce, motoriku a sociální oblast. Zvyšuje pozornost, snižuje hyperaktivitu a impulzivitu spolu s agresí a afektivními reakcemi. Tyto změny se dále promítají ve školní úspěšnosti a mezilidských vztazích, čímž se jedinci může zlepšit sebehodnocení a sebevědomí. (Ptáček, Ptáčková, ibid.) Podle Paclta (2007) lze u tohoto typu farmakoterapie bez užití stimulantů využít také některá *tricyklická antidepresiva*. Vhodná jsou především u pacientů, kteří trpí také tiky nebo úzkostmi.

Farmakoterapie je určena ke zmírnění a změně projevů ADHD a také k redukci nežádoucího chování. Má pozitivní vliv na krátkodobou paměť, díky užívání medikamentů

se zvyšuje schopnost dlouhodobého soustředění. (Drtílková, Šerý in Pugnerová, Kvintová, 2016)

Podle Drtílkové (2007) lze u některých dětí symptomy poruchy zmírnit až eliminovat pouze výchovnými a psychologickými prostředky, aniž by byla nastolena medikace. Využití psychologických a výchovných prostředků spolu s vhodnou úpravou režimu a prostředí by měla být první forma opatření, která by měla být vyzkoušena.

### **3.2.2 Psychoterapeutické intervence**

Tento druh terapie je uváděn jako nezbytná součást léčby, neboť se nesoustředí pouze na dítě s ADHD, ale také na celou rodinu a její členy. Při psychoterapeutické léčbě se dítě soustředí na nácvik řízení svého chování, rodiče se naopak učí přístupy k dítěti a procházejí nácvikem pomoci dítěti při každodenních činnostech. (Pugnerová, Kvintová, 2016) Velmi významné je také zapojení učitelů ke spolupráci při terapii, neboť stejně jako rodiče, tak i oni se učí, jak mohou dítěti pomoci projevy poruchy zvládat. Tyto získané dovednosti pro jedince nejsou jednorázové či krátkodobé, ale jsou užitečné po celý život (Webster-Stratton in Ptáček, Ptáčková, 2018)

Cílem terapie je v první řadě posílení spolupráce mezi členy rodiny, zejména té nukleární – rodiče, dítě s ADHD, případně sourozenci. Dále je terapie zaměřena na zlepšení komunikace s okolím v prostředí, ve kterém se dítě pohybuje, zlepšení schopnosti zvládat projevy ADHD a podporu sebevědomí dítěte. (Ptáček, Ptáčková, 2018)

Jako velmi vhodná je dle odborníků uváděna kognitivně-behaviorální psychoterapie. Podle Paclta (2007) z ní vychází většina postupů aplikovaných u osob s ADHD. Pokud se kombinuje s farmakoterapií, jeví se jako nejúčinnější léčebný postup. (Goetz, Uhlíková in Pugnerová, Kvintová, 2016) Přestože je v České republice behaviorální terapie stále řazena především do kompetencí psychologů, v zahraničí je již považována za stěžejní intervenční přístup pedagogů k dětem s ADHD, proto budou postupy kognitivně-behaviorální terapie rozebrány v následující podkapitole 3.2.3 *Pedagogické a speciálněpedagogické intervence*.

Pokud tedy pomineme kognitivně-behaviorální terapie, mezi psychoterapeutické postupy u osob s ADHD řadíme především individuální a rodinnou terapii.



## Individuální terapie

Tato forma terapie je založena na vztahu jednoho klienta a jednoho terapeuta. Práce probíhá individuálním způsobem, je tedy velmi závislá na schopnostech terapeuta. Důležitou podmínkou individuální terapie je vytvoření bezpečného prostředí a přátelského vztahu prostřednictvím prožití pozitivních zkušeností. Tyto zkušenosti určují, jakým směrem se bude terapie ubírat. (Munden, Arcelus, 2002)

Velmi osvědčené techniky pro navázání vztahu mezi dětským klientem a terapeutem jsou hry a prvky expresivních terapií.

## Rodinná terapie

Munden a Arcelus (2002) uvádějí, že syndrom ADHD je velmi často považován za problém zasahující celou rodinu, ne pouze dítě s touto poruchou. Při terapii obvykle nejde o hledání příčin, ale o nalezení řešení problémů, které byly způsobeny projevy poruchy. Cílem rodinné terapie je, aby členové rodiny pochopili, popřípadě změnili své vzájemné působení směrem ke zmírnění problémů dítěte s ADHD, popisuje Train (2000) a Munden a Arcelus (2002) doplňují, že velmi důležité je nastolit mezi členy rodiny porozumění a zlepšit komunikaci, která je základem každého vztahu.

Rodinná terapie je vhodná především v rodinách, na kterou mají projevy ADHD negativní dopad a jejíž členové nedokážou sami pracovat na zlepšení situace přes její náročnost. Vztahy mezi členy jsou v takovéto rodině obvykle velmi napjaté. (Munden, Arcelus, 2002)

### **3.2.3 Pedagogické a speciálněpedagogické intervence**

Pro školní prostředí, ve kterém se dítě se specifickou poruchou chování vyskytuje, je pro pedagoga nebo speciálního pedagoga stěžejní podat dítěti co nejcitlivěji reflexi jeho chování a být nápomocný při pochopení chování druhých, uvádí Presslerová (in Valentová, 2013). Jak autorka dále říká, pedagogické a speciálněpedagogické intervence by měly vycházet z individuality každého jedince. Děti se specifickou poruchou chování potřebují důsledné vedení propojené s klidem a trpělivostí pedagoga.

Vojtová (2009) uvádí hlavní úkoly etopédie v rámci intervence:

- eliminovat nebo odstranit zdroje nežádoucích vlivů,

- probudit zájem k činnosti, usměrňovat aktivity,
- navodit důvěru,
- podporovat pozitivní sociální vztahy,
- napomocť jedinci v orientaci ve svém chování a v reakcích okolí, motivovat jej ke změně modelů chování, dokázat chování poznávat a zhodnotit jej v přirozených i uměle vytvořených situacích,
- posilovat odolnost jedince.

Pedagogická a speciálněpedagogická podpora žáků se specifickou poruchou chování je nejčastěji realizována v prostředí školy, kterou žák navštěvuje. Obvykle je to škola hlavního proudu. Dále těmto žákům poskytují péči pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra, střediska výchovné péče případně neziskové organizace. (Barkley in Michalová, 2006; Presslerová in Valentová a kol., 2013) Do této formy podpory můžeme zařadit také spolupráci s rodinou, neboť jednotnost a intenzivní spolupráce pedagogických pracovníků a rodiny v podpoře jedince se specifickou poruchou chování jsou zcela zásadním předpokladem pro dosažení efektivity intervence. (Boďová, Hutýrová a Růžička 2013) Tato spolupráce může mít různé formy, např. pravidelné schůzky s rodiči, osobní či telefonické konzultace, víkendové pobyty, písemná komunikace prostřednictvím žákovské knihy nebo sešitu k tomu určenému apod.

Podpora ve škole zahrnuje především speciálněpedagogický a individuální přístup v rámci vyučování. Individuální podpora může být jedinci poskytována také mimo vyučování formou reedukačních a kompenzačních aktivit. (Barkley in Michalová, 2006) Programy, které jsou často využívány v podpoře dětí se specifickou poruchou chování jsou HYPO, KUPOZ, KUMOT nebo Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování. (Michalová, 2006)

Pedagogicko-psychologické poradny mají především roli diagnostickou, ta je však neoddelitelná od intervence. Od stanovení diagnózy se odvíjí stanovení konkrétních podpůrných opatření, která mají směřovat k řešení situace a zlepšení stavu žáka. (Mousová in Valentová a kol., 2013)

Nyní budou představeny zmíněné programy HYPO, KUMOT a KUPOZ včetně vybraných metod kognitivně-behaviorálního přístupu.

## **HYPO**

Autorkou programu HYPO, jehož název vychází z hyperaktivita a pozornost, je Zdeňka Michalová. Program je určený pro děti předškolního věku, protože i v tomto období jedinci vykazují znaky specifické poruchy chování. Jedná se o hyperaktivitu a oslabení v percepčních a kognitivních funkcích. Program HYPO tedy slouží ke stimulaci percepčně-kognitivních funkcí a k posílení pozornosti. Lze jím rozvíjet také komunikační dovednosti, senzomotorické dovednosti a sociální zručnost. Vhodný může být také pro intaktní děti první třídy základní školy k procvičení dílčích dovedností. (Michalová, 2006)

## **KUMOT, KUPOZ**

KUMOT i KUPOZ jsou programy, které byly vytvořeny Pavlou Kuncovou a jsou určeny dětem mladšího školního věku k rozvíjení poznávací schopnosti (KUPOZ) a rozvoji motoriky (KUMOT). (Michalová, 2006)

KUPOZ je založen na domácí práci, která je konzultována s poradenským pracovníkem. Výhodou programu je, že rozvíjí nejen poznávací schopnosti, ale má pozitivní vliv na vazbu mezi dítětem a rodičem. Při této činnosti dítě zažívá úspěchy, což má vliv také na jeho vnitřní motivaci a snižování pocitu úzkosti. (Michalová, 2006)

KUMOT probíhá ve skupině dětí, kde je trénována jemná i hrubá motorika a motorika mluvidel. Vyjma rozvoje motoriky je program zaměřen na lepší adaptaci na školní prostředí, rozvoj sociálních dovedností, nácvik ovládnutí agresivity a střídání pocitů napětí a uvolnění. (Michalová, 2006)

## **Kognitivně-behaviorální přístup**

Behaviorální přístup je založen na odstranění symptomů a naučených návyků. Je to proces vedoucí ke změně chování prostřednictvím přímého učení. (Gabura, Pružinská in Procházka et al., 2014) Procházka et al. (2014) dále uvádějí, že při behaviorálním přístupu je důležité využívat konkrétních příkladů nežádoucího chování jedince a transformovat je na možná správná řešení. Cílem je, aby dítě pochopilo správná řešení a snažilo se jich využívat ve svém každodenním životě.

Elliot a Place (2002) ve své publikaci uvádějí hlavní formy behaviorální terapie. Několik možností z nich uvedeme a představíme v této práci:

- pozitivní posilování,
- trest,
- vyhasínání,
- vyloučení (time-out),
- nápodoba, aj.

### **Pozitivní posilování**

Behaviorální technika pozitivního posilování je využívána k vyvolání žádoucí reakce na podněty nebo žádoucího chování prostřednictvím ocenění jedince. Odměna ovšem musí být taková, aby dítě motivovala, a protože je každé dítě jiné, je potřeba najít to, co udělá konkrétnímu dítěti radost a na co dobře reaguje. (Munden, Arcelus, 2002) Procházka et al. (2014) uvádějí důležitý prvek této metody, a to spolupráci rodičů a vzájemnou motivaci.

U této techniky je důležité, aby rodiče dítěti popsali velmi přesně, jaké chování se od něj očekává, tedy co je přijatelné a co naopak ne, a následně si ověřili, zda to dítě pochopilo. Spolu s tímto požadavkem je potřeba stanovit, co bude následovat, pokud bude žádoucí chování dodržováno, tzn. odměňování. Úkolem rodičů je také neupozorňovat na každý projev nežádoucího chování. Pokud je dítě na vše upozorňováno, velmi lehce může nabýt pocitu, že se mu nic nedaří a veškeré snahy by mohlo vzdát. (Procházka et al., 2014)

### **Vyloučení (time-out)**

Technika vyloučení, někdy pojmenovávána také jako oddechový čas, je založena na principu odtržení jedince od zdrojů pozitivního posilování při výskytu nežádoucího chování. (Elliot, Place, 2002) Přestože je tato technika popisována jako účinná, je zde zvýšené riziko narůstání nežádoucího chování. Jako příklad lze uvést dítě s ADHD, které je posláno na chodbu, aby se zklidnilo, a to za účelem úniku z hodiny bude své chování opakovat. Je proto velmi důležité, aby pedagog tuto formu velmi zvažil a používal střídmě.

### **Analýza ABC**

Zkratka ABC vychází z anglických termínů, kterými jsou A – antecedent events (přecházející události), B – behaviour (chování), C – consequent response (následná odpověď). (Munden, Arcelus, 2002)

Tato technika je založena na předpokladu, že většina vzorců chování je ovlivněna událostmi, které danému projevu chování předcházejí, a událostmi, které po něm následovaly. Změnou těchto událostí před a po daném chování můžeme také docílit změny

v množství výskytu jeho projevů a změny celkového chování jedince. Rodiče při této technice hrají důležitou roli, neboť zaznamenávají události, které nežádoucímu chování předcházely a které po tomto chování následovaly. Spolu s terapeutem poté zkoušejí vytvořit schéma, které pomůže vysvětlit okolnosti nevhodného chování, které se může projevovat v určitou dobu, na určitém místě apod. Terapeut dále vede rodiče k uvědomění vlastních reakcí na chování jejich dítěte, neboť někdy se jim může stát, že ve snaze nevhodnému chování zamezit jej naopak podpoří. (Munden, Arcelus, 2002)

### **3.2.4 EEG trénink (biofeedback)**

Tato metoda založena na principu (biologické) zpětné vazby slouží k posílení žádoucí aktivizace nervové soustavy, především ke trénování pozornosti, soustředění, sebeovládání a sebekázně a také relaxace. (Drtílková, 2007; Pugnerová, Kvintová, 2016) Prostřednictvím elektrod, které má dítě připevněny k hlavě, jsou snímány mozkové vlny. Jejich průběh se dostává buďto do žádoucího nebo nežádoucího pásma. Při této metodě dochází k autoregulačnímu učení mozku. *„Mozek dostává okamžitou, cílenou a přesnou informaci o „rozladění“ mozkových vln, pomocí které se může naučit, jak tyto mozkové vlny uvést do souladu. (...) V mozku se pomocí EEG tréninku rozvíjí proces učení nových a vhodnějších frekvencí mozkových vln. Mozek si příslušné postupy osvojuje a pak používá automaticky,“* popisují Pugnerová, Kvintová (2016, s. 183).

### **3.2.5 Alternativní léčba**

Alternativní léčbu lze nazývat také přírodní léčbou. Pod tímto pojmem se skrývá např. homeopatie, čínská medicína, vitamíny, diety aj. Tento druh léčby se v posledních letech stále více dostává do popředí, přesto patří mezi metody léčby, které v medicíně nejsou oficiálně schváleny nebo uznány. Pokud je zvolena tato cesta terapie, i přesto je důležité se poradit s ošetřujícím lékařem, který by měl konkrétní přípravek zhodnotit. (Drtílková, 2007; Pugnerová, Kvintová, 2016)

### 3.3 Prevence

Prevenčí rozumíme předcházení nebo zamezení vzniku nežádoucích jevů. Z teoretického hlediska je považována za nejúčinnější a nejméně nákladné řešení, v praxi je na ni kladen nejmenší důraz. (Kroupová a kol., 2016)

Podle Vágnerové (2014) je právě v problematice poruch chování důležité zaměřit se na prevenci. Je dobré, pokud můžeme vhodnými preventivními programy zamezit vzniku poruchy chování, případně podchytit a napravit jejich rozvoj v raných fázích vývoje jedince.

Jedlička a kol. (2015) preventivní opatření člení do tří kategorií. Přestože je dána jakási struktura těchto opatření, v praxi se mezi sebou aktivity prolínají.

**Primární prevence** jsou taková opatření, která jsou celospolečenská a směřují k upevnění zdraví, dodržování norem a zákonitostí a posílení morálky. Primární prevenci dále dělíme na specifickou a nespécifickou. **Specifickou** prevencí myslíme předcházení konkrétním společenským problémům, které jsou již vytyčeny státními orgány, jako ministerstvo školství, obecní úřad aj. Obvykle se jedná o programy proti drogovým závislostem, rasismu, šikaně apod. Také se setkáváme s prevencí **nespecifickou**, tedy osvětovou činností. Tento typ univerzální prevence je určen běžné populaci. Zde spadají aktivity, které jsou zacíleny na rozvoj komunikačních kompetencí a sociálních dovedností, dále směřují žáky ke kvalitnímu trávení volného času a zvyšují odolnost jedince vůči stresu a jiné zátěži. (Jedlička a kol., 2015)

Jestliže je již prevence zaměřena na konkrétního ohroženého, případně oslabeného jedince, mluvíme o **sekundární prevenci**. Obvykle se jedná o žáka, u kterého se vyskytuje rizikové chování a vyžaduje specifický pedagogický nebo psychologický přístup. Složky sekundární prevence jsou **depistáž**, která je charakterizována aktivním vyhledáváním znaků vykazujících riziko, případně objevením časných obtíží v dětské populaci, a **intervence**, která představuje první pomoc, pokud nastane krizová situace. (Jedlička a kol., 2015)

**Terciární prevence** je již zaměřena na jedince se závažnými obtížemi a poruchami. Tyto osoby jsou již negativními jevy poznamenány natolik, že mohou trpět společenskou stigmatizací a marginalizací. Cílem terciární prevence je snížit škody způsobené touto situací a předcházet jejich opakování a zhoršování. (Jedlička a kol., 2015)

### 3.4 Zahraniční přístupy k žákům se specifickou poruchou chování

V zahraničí jsou intervence ADHD v prostředí hlavního vzdělávacího proudu řešeny na základě víceúrovňových systémů podpory. Nejčastěji jsou uváděny modely *Positive Behavior Intervention and Support* (PBIS) neboli Podpora pozitivního chování, se kterou budeme pracovat i v této práci, a *Response to Intervention* (RTI), v překladu Reakce na intervenci. (Fabiano, Pyle, 2019).

V těchto modelech jsou systematicky navrhovány intervenční strategie a podpora a probíhá v nich přednostně realizace intervencí v rámci vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu než prostřednictvím speciálního vzdělávání. (Fabiano, Pyle, 2019)

#### **Podpora pozitivního chování (PBIS)**

Podpora pozitivního chování je model, jehož teoretická východiska mají kořeny v aplikované behaviorální analýze. Využívá preventivní a intervenční postupy, které jsou již ověřené k poskytnutí co nejvyšší podpory žákům nejen v oblasti chování, ale také v emoční, sociální a vzdělávací oblasti. (ČOSIV, 2018)

V zahraničních publikacích se můžeme setkat také se zkratkou SWPBIS (*School-Wide Positive Behavior Interventions and Supports*), která významově odpovídá PBIS, ale je konkretizována školním prostředím. Je popisována jako celoškolská iniciativa, jež je zacílena na vytvoření pozitivního vzdělávacího prostředí. (Kincaid et al. in Karhu, Nähri, Savolainen, 2018) Tento systém přichází ze Spojených států za účelem podpory začlenění všech žáků do hlavního vzdělávacího proudu a také jako reakce na zvýšení četnosti výskytu žáků s problémy v chování ve škole. (Walker, Horner in Karhu, Nähri, Savolainen, 2018)

Při tomto přístupu k žákům a školskému systému obecně je velmi důležitý pozitivní postoj učitelů k inkluzi. S touto otevřeností přicházejí také změny ve vzdělávacím systému, ve školním prostředí jako je struktura týmu pracovníků, spolupráce mezi nimi, nebo kvalitnější interakce mezi učitelem a žákem, která je velmi důležitá. (Karhu, Nähri, Savolainen, 2018) Pozitiva, která můžeme díky PBIS zaznamenat, jsou nejen lepší vzdělávací výsledky žáků, ale také spokojenost učitelů. (ČOSIV, 2018) Karhu, Nähri, Savolainen (2018) uvádějí, že systémy, které podporují pozitivní chování žáků, mohou usnadnit také jejich úspěšné začlenění do školní skupiny, což ovlivňuje také jejich sebepojetí a sebevědomí.

Fabiano a Pyle (2019) uvádějí tři úrovně systémů podpory:

1. stupeň je univerzální intervence – v podmínkách České republiky o něm lze mluvit jako o prevenci. Tento stupeň lze obecně charakterizovat jako předcházení negativním jevům a důsledkům negativního chování. Především se jedná o preventivní programy pro všechny žáky a o zásah do chování jedinců, kteří vykazují známky negativních projevů chování, ne však tak vysoké intenzity, aby potřebovali vyšší stupeň intervence. Obvykle se jedná o běžně používané strategie učitelů, které však nemusejí být za intervence považovány. Mezi tyto zásahy jsou řazeny: *úprava prostředí* školy a třídy tak, aby podporovalo žádoucí chování žáků, *zavedení rutinních postupů*, které v žácích vzbuzují pocit jistoty a bezpečí, *stanovení očekávaného chování žáka*, tzv. pravidla chování. (ČOSIV, 2018)
2. stupeň je cílená intervence – tato intervence je pro žáky, kteří navzdory základnímu stupni intervence a silné podpoře mají výraznější obtíže v chování. Tito žáci potřebují ještě dodatečnou podporu. Intervence druhého stupně je potřeba více strukturovat, poskytovat jedincům častější zpětnou vazbu a aktivněji monitorovat chování jedince. Jsou to přístupy, které jsou charakterizovány mírnou intenzitou.
3. stupeň je indikovaná intervence – tyto intervenční přístupy jsou již spjaté s vysokou intenzitou a navazují na druhou úroveň. Intervence třetího stupně jsou definovány jako specializované, intenzivní a individualizované. Intenzivní strategie ze třetího stupně mohou být přidány do technik stupně jedna a dva, ze kterých může být vytvořen komplexní léčebný balíček, který je přizpůsobený individuálním potřebám žáka.

Intervence, které se jeví jako účinné dle zahraničních šetření, popisuje Fabiano a Pyle (2019) v článku týkajícím se osvědčených postupů intervence ADHD. Tato šetření byla realizována ve Spojených státech a jsou přiřazena k výše uvedeným úrovním intervencí:

#### Good Behavior Game (GBG)

GBG je třídní celoroční program založený na analýze chování, který je popisován jako účinný při prevenci negativních jevů. Byl tedy přiřazen k základnímu stupni podpory. Tato hra dobrého chování spojuje chování jednotlivců a jejich skupinové důsledky, tedy dopad chování jedince na kolektiv.

Hra spočívá v rozdělení třídy na dva týmy. Jsou zde jasně stanovená pravidla, která jsou umístěna tak, aby k nim měl každý z žáků přístup. Žáci jsou informováni o možnosti



získat privilegia stanovená učitelem, pokud budou pravidla dodržovat. V případě, že někdo z týmu pravidlo poruší, učitel to zaznamenává. Pokud mají týmy na konci období méně než stanovený počet porušení pravidel, získávají odměnu, kterou si zvolili.

### Daily Report Card (DRC)

Tento denní výpis o chování žáka je popisován jako jedna z nejrozšířenějších behaviorálních intervencí. Dítěti je tak poskytována okamžitá zpětná vazba od učitele týkající se jeho cílového chování. Důsledky jsou podmíněny schopností dítěte splnit stanovený cíl. DRC je popisován jako klasický postup při intervenci druhého stupně podpory.

### Token Economies

Žetonová ekonomika, která spadá do třetí úrovně podpory a zahrnuje definování souboru chování, za které může žák vydělávat nebo ztrácet body (žetony). Určité chování je ohodnoceno žetonem či body. Nasbírané body jsou později vyměňovány za odměny. Tato strategie zahrnuje odměny a častější odezvy na výkon žáka, obvykle pozitivní.

Fabiano a Pyle (2018) podotýkají, že mnoho intervencí je možno využít na více úrovních a při různých intenzitách. Jako příklad byl v publikaci uveden DRC, který může být využit jak celoplošně v jedné třídě pro všechny žáky, tak ve třetím stupni podpory pro jednoho žáka s konkrétním problémovým chováním. Dále upozorňují na nutnost úpravy behaviorální intervence pro prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje a jeho odpovídající vývojové úrovni. Během léčby je velmi důležité, aby učitelé a všichni, s nimiž je jedinec ve styku, sledovali chování žáka a monitorovali efekt zvolených intervenčních strategií.

### CICO (Chec-in, Check-out)

Podpora CICO je další možností ovlivňování chování žáků vycházející z modelu podpory pozitivního chování. (Carr in Karhu, Nähri, Savolainen, 2018) Tato metoda byla prozatím realizována ve Spojených státech a Finsku na školách, které fungují v systému PBIS.

CICO je popisován jako specifický přístup podpory pro žáky s problémy v chování. Dále je zaměřen na změnu tohoto chování. Hlavním cílem je tedy pomáhat jednotlivcům měnit jejich chování směrem, který poskytuje příležitosti k dosažení cílů společensky přijatelným způsobem. (Karhu, Nähri, Savolainen, 2018) Crone, Hawken a Horner (in Karhu, Nähri, Savolainen, 2018) uvádějí, že CICO zahrnuje použití denního výpisu

a každodenní komunikaci mezi rodinou a školou, což umožňuje rodičům být součástí podpory. Tato spolupráce má vliv i na školní úspěšnost. Jeho jedinečnost však spočívá v kladení důrazu na podporu zapojení žáků ve škole a posilování pozitivní komunikace s dospělými.

### Funkční analýza chování (FACH)

Funkční analýza chování (z angl. Functional Behavioral Assessment) je soubor metod využívaný také v prostředí České republiky a je řazen do třetího stupně intervencí v systému PBIS. FACH vychází z behavioristického směru psychologie a je postavena především na metodě přímého pozorování. Metoda je vzhledem ke své náročnosti využívána především u řešení výrazně problematických případů poruch chování, ne u takových, které lze zvládat jednoduššími prostředky. (Bučilová Kadlecová, Krejčová, Mertin, Eretová, 2010)

FACH je určena ke sběru informací o chování žáka, které je označeno za problematické. Včetně sběru informací o chování je funkční analýza chování využívána také k identifikaci příčin tohoto chování, ke zjištění jeho projevů a důsledků. Následně slouží k hodnocení chování, hledání souvislostí a vhodných intervenčních postupů, které by směřovaly k snížení či odstranění daného chování. (Bučilová Kadlecová, Krejčová, Mertin, Eretová, 2010)

Domníváme se, že kapitola věnovaná intervencí, je stěžejní částí celé této práce i díky úzkému vztahu k její výzkumné části. Byly zde představeny možnosti ovlivňování chování žáků prostřednictvím farmakoterapie, psychoterapie a pedagogické a speciálněpedagogické intervence. V poslední podkapitole jsme byli seznámeni se zahraničními přístupy k žákům s ADHD a víceúrovňovým systémem podpory, který se především ve Spojených státech amerických rozrůstá a přináší pozitivní výsledky a důkazy o jeho fungování.

## 4 Výzkumné šetření

Po teoretických kapitolách, které se věnovaly především uvedení do problematiky specifických poruch chování a intervence, která je pro práci s žáky s těmito poruchami klíčová, se tato část práce věnuje představení realizovaného výzkumného šetření. Jelikož se jedná o výzkumnou činnost ve vědní disciplíně speciální pedagogice, podkladem pro tuto metodologickou část byly odborné publikace zabývající se pedagogickým a sociálním výzkumem. V této části budou popsány hlavní a dílčí cíle výzkumu a bude představen výzkumný vzorek, který byl do šetření zahrnut. Také zde budou popsány metody, které byly zvoleny ke sběru a analýze výzkumných dat.

### 4.1 Cíl výzkumu

Výzkumným cílem této diplomové práce je **zmapovat obsah poradenských služeb ve Zlínském kraji ve vztahu k podpoře dětí a žáků s problémy chování.**

Dílčími cíli bylo zjistit, jak probíhá intervence a jaké jsou využívány intervenční přístupy u dětí se specifickou poruchou chování ve školách a ve školských poradenských zařízeních, konkrétně v pedagogicko-psychologických poradnách. Dále také zjistit, jakým způsobem probíhá spolupráce mezi školou, kterou navštěvuje žák se specifickou poruchou chování, rodinou a pedagogicko-psychologickou poradnou.

### 4.2 Výzkumné otázky

Ve vztahu k výzkumnému cíli a dílčím cílům, které hlavní cíl doplňují, jsme stanovili výzkumné otázky:

1. Jaké služby a podporu pedagogicko-psychologické poradny nabízejí ve prospěch žáků se specifickou poruchou chování?
2. Jak probíhá metodická podpora školy ze strany pedagogicko-psychologické poradny při vzdělávání žáků se specifickou poruchou chování?
3. Jaká doporučení a podpůrná opatření jsou v případě žáků se specifickou poruchou chování navrhována k aplikaci ve školním a domácím prostředí žáka?

## 4.3 Metodologie výzkumu

Reichel (2009) popisuje výzkum jako „poznávací proces“, který vychází z teorie, v závislosti na ní prozkoumává realitu a na podkladě zjištěných informací o ní se vrací zpět k teorii, kterou rozšiřuje. Vztah mezi teorií a výzkumem se tak vzájemně podněcuje, obohacuje a zdokonaluje.

Pedagogický výzkum lze podle Chrásky (2016) vymezit jako činnost, která je záměrná a systematická. Při této činnosti se vhodně zvolenými metodami zkoumají stanovené hypotézy v reálném prostředí. Výzkum v pedagogice, tak jako v ostatních vědách, má svá pravidla a fáze postupu.

Můžeme se setkat se dvěma možnostmi, jak vést proces výzkumu, jedná se o výzkum **kvantitativně orientovaný** a **kvalitativně orientovaný**.

Pro výzkumné šetření diplomové práce byl zvolen smíšený design. Podle Hendla (2016) smíšený výzkum spočívá v kombinaci kvantitativních a kvalitativních metod v rámci jedné studie. Metody sběru dat, které jsme zvolili pro získání výsledků, byly **dotazník** a **interview**, který měl v tomto šetření především doplňující funkci. Při sběru dat byl tedy využit smíšený model výzkumu, analyzovat je však budeme pouze kvalitativně.

### 4.3.1 Dotazník

Dotazník, který řadíme mezi kvantitativní metody, je považován za velmi často využívanou metodu sběru dat. Tato metoda probíhá písemnou komunikací. Písemně jsou pokládány otázky i získávány odpovědi. Dotazník by měl být dopředu promyšlen a jasně formulován. (Chráska, 2016) Formy, se kterými se u dotazníku obvykle setkáváme, jsou otevřené (nestrukturované) a uzavřené (strukturované). V této práci byl využit dotazník s možností otevřených odpovědí. Otevřené položky mají svou výhodu v získání obsáhlejších a výstižnějších odpovědí, poskytují možnost dostat se více ke sledovaným jevům. Nevýhodou je jeho obtížné zpracovávání, které vyžaduje kategorizaci získaných dat, jak uvádí Chráska (ibid.).

### 4.3.2 Interview

Interview, synonymně pojmenované jako rozhovor, je kvalitativní metoda sběru dat, která je založena na verbální komunikaci respondenta a tazatele, popisuje Chráska (2016). Autor dále vyzdvihuje výhodu, kterou přináší interview, a to možnost navázání uvolněného a otevřeného vztahu s respondentem, což mnohdy ovlivňuje jeho úspěšnost v získávání stanovených dat. Interview může být strukturované, nestrukturované nebo polostrukturované. Pro účely této práce byla zvolena forma polostrukturovaného interview.

Jako metodu k analýze a následné interpretaci dat jsme zvolili kvalitativní postup **otevřeného kódování**. Tato metoda byla zvolena jako ideální vzhledem k otevřeným otázkám dotazníku i rozhovoru. Odpovědím respondentů budou přiřazeny jednotlivé kódy, které pomohou získaná data kategorizovat a usnadní tak interpretaci jejich výsledků. Hendl (2016) uvádí, že tyto kategorie jsou velkou výhodou při redukci dat. Tato redukce ovšem nesmí zbavit data potřebného kontextu. Některé položky dotazníku budou pro zprostředkování informace o rozložení a četnosti výpovědí respondentů prezentovány prostřednictvím grafů, týká se to především úvodních položek dotazníku zaměřených na zjišťování informací o respondentech zapojených ve výzkumném šetření, které jsou představeny v následující podkapitole.

## 4.4 Popis výzkumného vzorku

Výzkumného šetření se zúčastnily dvě cílové skupiny. Jednu skupinu tvořili pracovníci pedagogicko-psychologické poradny, druhá skupina byla tvořena školními speciálními pedagogy. Jak název práce napovídá, šetření se konalo v rámci Zlínského kraje. Výzkumný vzorek byl vybrán prostřednictvím záměrného výběru. Tyto dvě skupiny respondentů byly zvoleny ke zjištění realizace intervence u žáků se specifickou poruchou chování ve školách a školských zařízeních, konkrétně se jednalo o základní školy a školská poradenská zařízení.

Speciální pedagogové základních škol byli osloveni na základě informací uvedených na internetových stránkách jednotlivých základních škol obcí Zlínského kraje. Nejčastěji se jednalo o školní speciální pedagogy ze Zlína, Vsetína, Kroměříže, Otrokovic aj. Pracovníci

byli osloveni nejprve telefonicky, poté jim byly rozeslány emaily s potřebnými informacemi a odkazem na dotazník.

Stejným způsobem byli vybíráni pracovníci pedagogicko-psychologických poraden. Jelikož je ve Zlínském kraji Krajská pedagogicko-psychologická poradna, byli dotazováni speciální pedagogové jednotlivých poboček. Pro doplnění informací jsme požádali o několik výpovědí také kolegy psychology.

Rozhovory jsme měli možnost vést se třemi pracovníky – jedním speciálním pedagogem a dvěma psychology. Sloužily především k doplnění dotazníkového šetření a probíhaly pod záštitou vedoucí jednoho z pracovišť, díky které jsme mohli spolupracovat s ostatními pracovníky KPPP Zlín. Otázky, které byly obsaženy v rozhovoru, byly totožné s otázkami v dotazníku pro pracovníky pedagogicko-psychologické poradny. Vzhledem k jeho doplňující funkci a polostrukturovanému vedení bylo výhodou, že jsme mohli některé otázky a odpovědi dále rozvíjet.

Dotazníkové šetření bylo realizováno online formou přes server [www.survio.cz](http://www.survio.cz). Dotazníky byly rozděleny na dvě skupiny, samostatně pro pracovníky z pedagogicko-psychologické poradny a samostatně pro školní speciální pedagogy. Odpovědi byly anonymní, což bylo mnohdy výhodou, neboť někteří z respondentů své odpovědi bohatě rozvedli. Nevýhodou této anonymity je, že ke konkrétnímu respondentovi nemůžeme přiřadit jednotlivé odpovědi a hledat tak mezi nimi souvislost. Proto je musíme vnímat pouze jako dvě skupiny výzkumných vzorků.

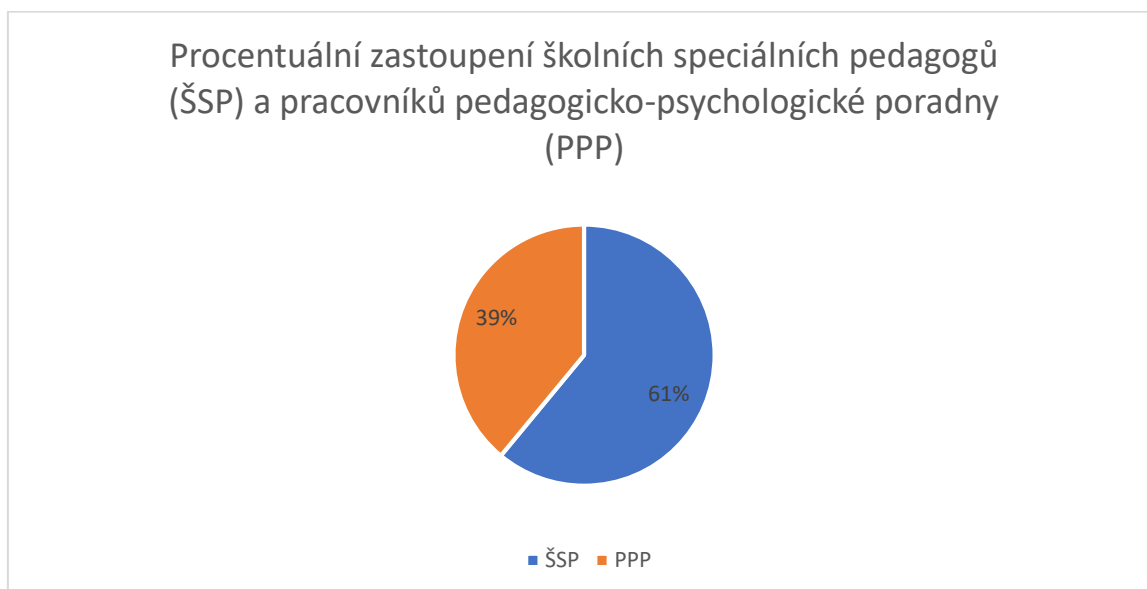
Vzhledem k etickým aspektům práce byly dotazníky anonymní a oslovení respondenti měli možnost volby vyplnění dotazníku přijmout nebo odmítnout. Taktéž tomu bylo u realizace rozhovorů. Dotazovaní byli seznámeni s tématem i cílem této práce, zachováním anonymity a opatřeními proti zneužití poskytnutých výpovědí. Vzhledem k plnoletosti všech zúčastněných nebyl podepsán informovaný souhlas, ale byl pouze poskytnut verbální souhlas s účastí při rozhovoru a pořízením jeho záznamu.

Počet dotazníků, které jsme rozeslali k vyplnění byl 68, z toho se navrátilo 23 vyplněných. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 34 % respondentů, viz Graf 1 – Celková účast dotazníkového šetření. Z uvedených 23 dotazníků bylo 14 zodpovězených školními speciálními pedagogy (61 %) a 9 pracovníky pedagogicko-psychologické poradny

(8 speciálních pedagogů a 1 psycholog), kteří tvořili zbylých 39 % výzkumného vzorku viz Graf 2 – Procentuální zastoupení školních speciálních pedagogů a pracovníků pedagogicko-psychologické poradny.



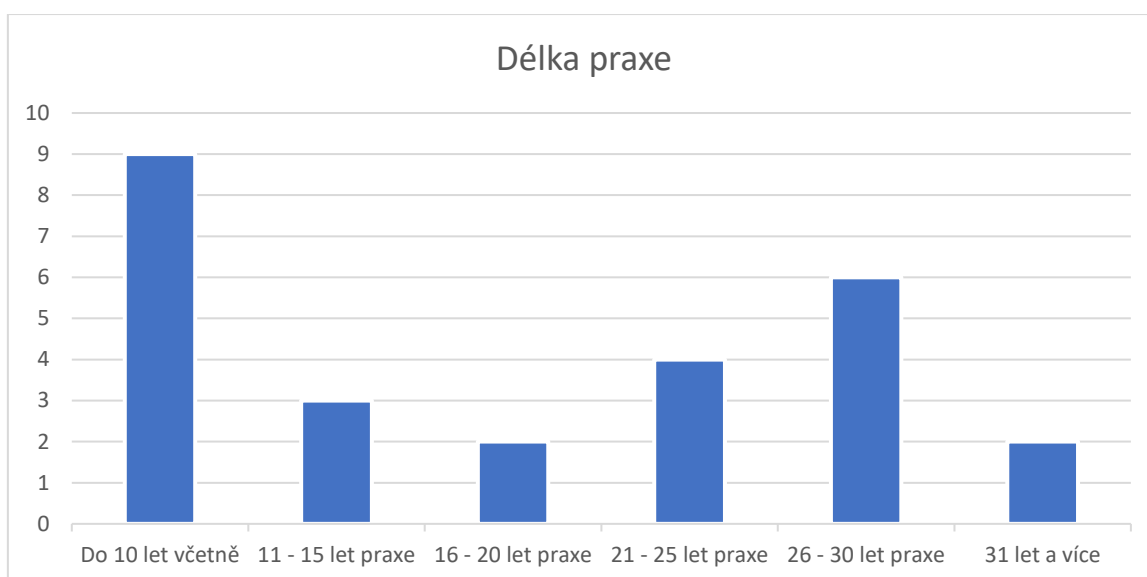
Graf 1 – Celková účast dotazníkového šetření



Graf 2 – Procentuální zastoupení školních speciálních pedagogů a pracovníků pedagogicko-psychologické poradny

V rámci šetření jsme se respondentů dotazovali na jejich dosažené vzdělání a délku praxe. Také zde budou prostřednictvím Grafu 4 – Četnost setkávání se žáky se SPCH představeny hodnoty, jak často se respondenti setkávají s žáky se specifickou poruchou chování.

Všichni účastníci dotazníkového šetření včetně těch, se kterými byly vedeny rozhovory (celkem 26 respondentů) mají dosažené vysokoškolské vzdělání. Jelikož ale ne všichni konkretizovali studium bakalářské, magisterské nebo doktorské, nebudeme tyto hodnoty graficky a procentuálně znázorňovat. Délka praxe respondentů se pohybovala v rozmezí od 20 měsíců po 38 let praxe. Nejpočetnější skupinou byli respondenti s délkou praxe do 10 let včetně, jak vykazuje Graf 3 – Délka praxe.

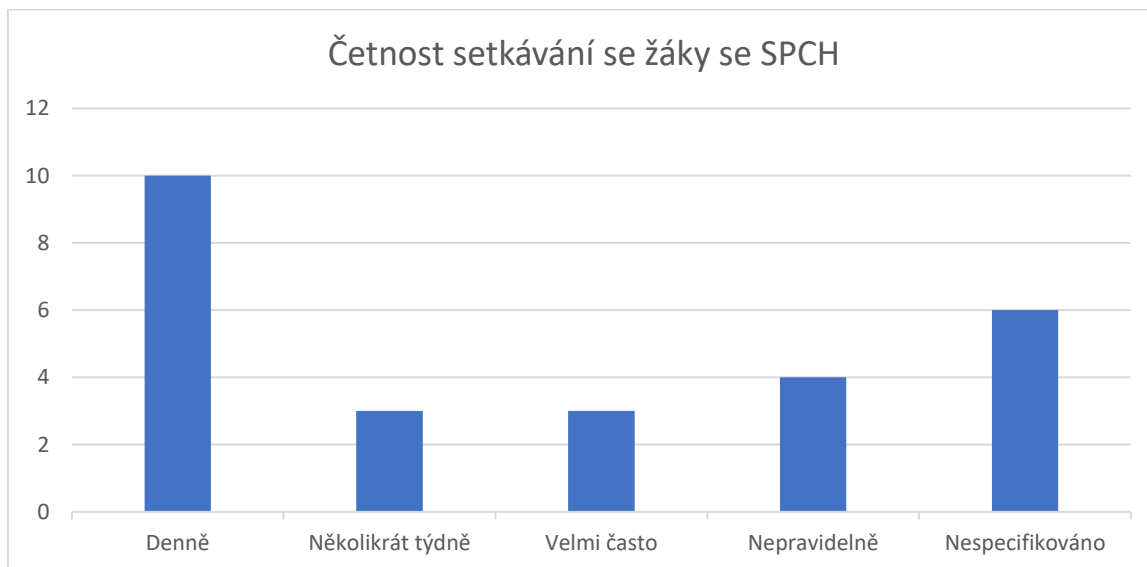


Graf 3 – Délka praxe

Četnost setkání se žáky se specifickou poruchou se velmi liší nejen mezi všemi respondenty, ale dokonce i mezi jednotlivými pracovníky pedagogicko-psychologické poradny a školními speciálními pedagogy. Výskyt specifické poruchy chování se tedy nedá nijak zevšeobecnit a musí být v úvahu vzata délka praxe a zkušenosti pracovníka. Odlišná frekvence setkávání s žáky se specifickou poruchou bude zřejmě ovlivněna také zaměřením respondenta, neboť pokud se jedná o psychologa, množství setkání bude pravděpodobně vyšší. Přesto však jeden respondent z pracovníků pedagogicko-psychologické poradny odpověděl: „*Jako speciální pedagog řeším spíše specifické poruchy učení než chování. Přesto by měly být specifické poruchy chování také zahrnuty do kompetencí speciálního*



*pedagoga, především z pedagogického hlediska a řešení intervenčních metod.“ Toto vyjádření je velmi důležité a koresponduje s našim úmyslem nahlížet na specifické poruchy chování především z perspektivy speciálně pedagogické intervence.*



Graf 4 – Četnost setkávání se žáky se SPCH

Graf 4 tedy znázorňuje nejvyšší hodnoty u každodenního setkávání se žáky se specifickou poruchou chování. Tyto odpovědi jsme získali především od školních speciálních pedagogů a psychologů pedagogicko-psychologické poradny. Taktéž tomu bylo u kategorie Nespecifikováno, do níž opět spadali školní speciální pedagogové. Zbylé kategorie byly poměrně rovnoměrně rozloženy mezi respondenty.

Následující kapitola je již věnována analýze a interpretaci získaných dat z dotazníkového šetření a rozhovorů. V kapitole nebudou konkretizovány jednotlivé otázky dotazníku, které byly pokládány respondentům, ale budou shrnuty do kategorií vytvořených prostřednictvím otevřeného kódování. I zde byla u některých položek zvolena prezentace prostřednictvím grafů.

## 5 Analýza a interpretace dat

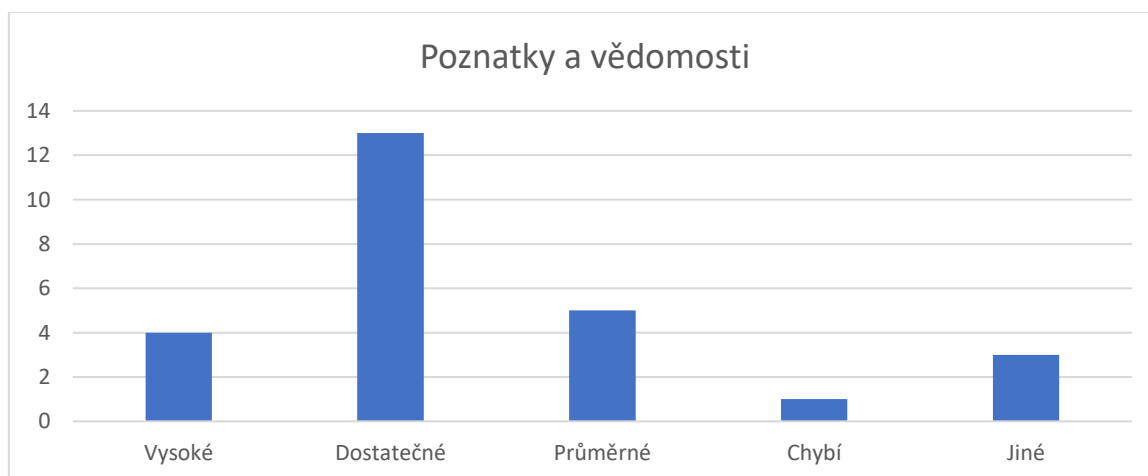
Jak již bylo uvedeno výše, analýza dat byla provedena prostřednictvím metody otevřeného kódování a vytvořením kategoriálního systému, v němž budou výsledná data interpretována. Kategorie, které vznikly díky kódování jsou:

- Poznatky a vědomosti o specifické poruše chování
- Analýza projevů specifické poruchy chování
- Podpora poskytována žákovi se specifickou poruchou chování
  - Metody a intervenční přístupy v podpoře žáka se specifickou poruchou chování
- Podpora poskytovaná rodičům žáka se specifickou poruchou chování
- Podpora poskytovaná škole, kterou navštěvuje žák se specifickou poruchou chování
- Spolupráce mezi pedagogicko-psychologickou poradnou, školou a rodiči

K interpretaci získaných dat byly využity způsoby doslovné transkripce a shrnujícího protokolu, které popisuje Mayring (in Hendl, 2016). V našem případě se jedná o shrnutí informací z dotazníků a rozhovorů ve stručnější a méně objemné výpovědi doplněné o přesně citované přepisy rozhovorů a části dotazníků.

### Poznatky a vědomosti o specifické poruše chování

Součástí dotazníkového šetření a rozhovorů bylo zjišťování subjektivních pocitů o nabytých poznacích a vědomostech týkajících se problematiky specifické poruchy chování, které jsou znázorněny v Grafu 5 – Poznatky a vědomosti o SPCH.



Graf 5 – Poznatky a vědomosti o SPCH

Většina respondentů je s úrovní vlastních vědomostí a poznatků o specifické poruše chování spokojena a hodnotí je jako dostačující, přesto však pociťují potřebu se dále vzdělávat a sledovat vývoj a novinky v této oblasti. Teoretické znalosti byly hodnoceny lépe než praktické zkušenosti, neboť podle některých respondentů jsou znát nedostatky v metodice pro uvedení do praxe.

Několik dotazovaných uvádělo jako formu dalšího rozvoje samostudium: „*Průběžně se vzdělávám – odborné semináře, workshopy, studium odborné literatury.*“ nebo „*Postupně doplňuji a obnovuji o další poznatky z různých školení a seminářů. Vše využívám v praxi.*“

Přínosem je pro některé respondenty také rodinné prostředí, neboť několik z nich uvádělo zkušenost s vlastním dítětem: „*Poznatky jsou bohaté, i z rodinného prostředí, ale stále je, co se učit.*“ Díky tomu mohou mít pro rodiče větší porozumění, jak uváděli jiní. Jeden respondent také uváděl obohacující zkušenosti z působení ve výchovném ústavu.

Spolu se znalostmi a vědomostmi byli respondenti dotazováni také na potřebu jejich rozšíření, zde byly odpovědi víceméně jednotné: „*Určitě ano, stále je potřeba se vzdělávat.*“ Někteří z respondentů uváděli spíše samostudium než organizovaná školení zaměstnavatelem, s tím jsme se setkali pouze v jedné odpovědi. Respondenti by ocenili především metodické vedení. Některým respondentům schází dlouhodobý výcvik, jednorázové kurzy obvykle probírají pouze hlavní témata, což po letech praxe není moc přínosné a prohlubující. „... *Chybí dlouhodobé kurzy. Praha dělá skupiny pro děti a rodiče, mají ucelený program, to by bylo super.*“ Zajímavá odpověď, se kterou jsme se setkali ve vztahu k metodickému vedení v této oblasti, byla: „*Řídím se především intuicí, selským rozumem.*“

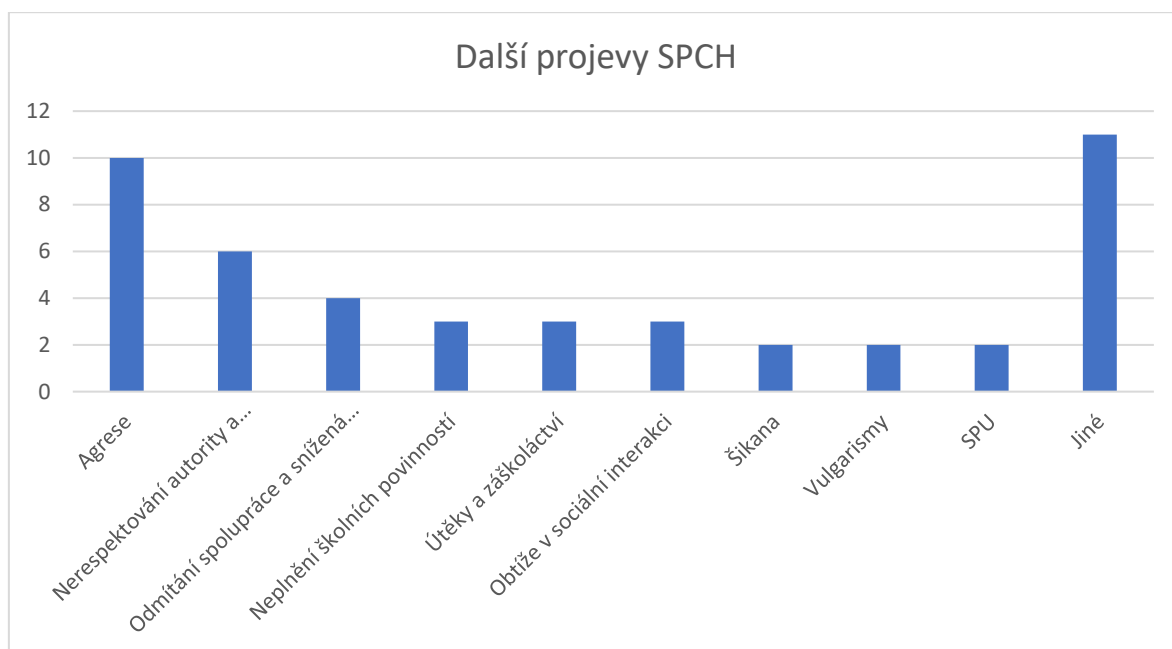
### **Analýza projevů specifické poruchy chování**

Tato kategorie je úzce provázána s druhou kapitolou této práce a týká se projevů specifických poruch chování. Dotazovali jsme se respondentů, jaké projevy u žáků se specifickou poruchou chování zaznamenali nejčastěji.

Většinou byly uváděny hlavní projevy specifické poruchy chování hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti. Respondenti však zmiňovali další přidružené obtíže, které jsme shrnuli do kategorií: agrese, odmítání spolupráce a nízká motivace, nerespektování

autority a pravidel, neplnění školních povinností, úteků a záškoláctví, obtíže v sociální interakci, šikana, vulgarismy, specifické poruchy učení (SPU) a jiné.

V kategorii jiné jsou řazeny projevy, které se vyskytovaly pouze ojediněle, jsou to: obtíže v komunikaci, citová labilita, hypoaktivita, zvýšená unavitelnost, obtíže v paměti, vzdor, negativismus, krádeže, sebepoškozování, lhaní a poruchy autistického spektra. Tyto přidružené obtíže jsme zaznamenali v Grafu 6 – Další projevy SPCH.



Graf 6 – Další projevy SPCH

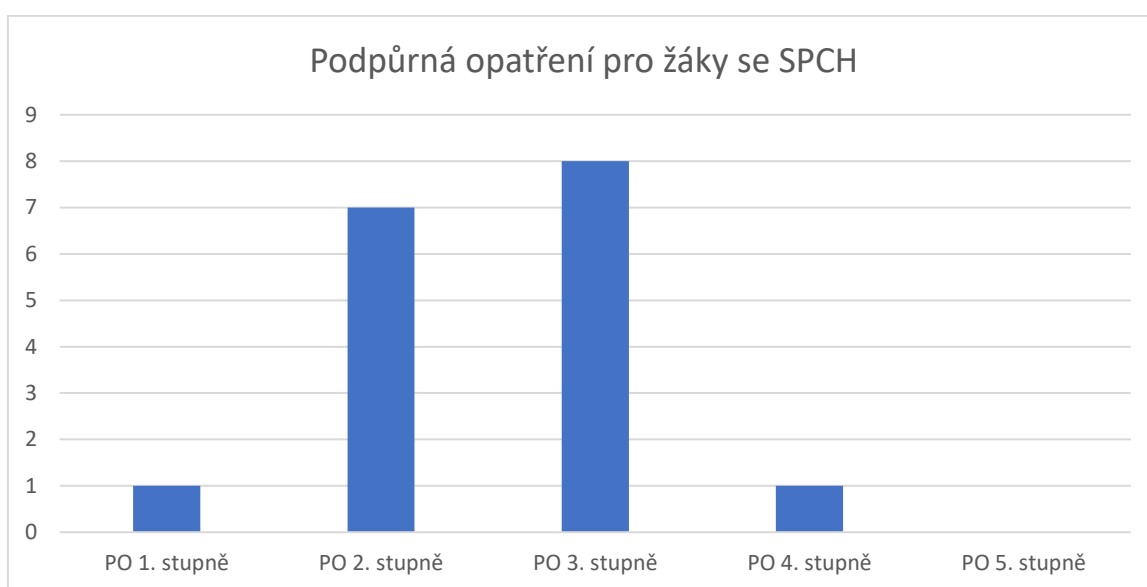
### Podpora poskytovaná žákovi se specifickou poruchou chování

V této rozsáhlé oblasti byla pozornost zaměřena dvěma směry. Podpora poskytovaná žákovi ze strany pedagogicko-psychologických poraden a podpora poskytovaná žákovi ve školním prostředí. Následně, v souvislosti s podporou žáka se specifickou poruchou chování, byla vytvořena podkategorie zaměřená na konkrétní metody a intervenční přístupy, které jsou využívány při práci se žáky se specifickou poruchou chování.

Podpora ze strany pedagogicko-psychologické poradny spočívá primárně v diagnostice žáka. Dále poskytuje konzultace rodičům a pomoc se stanovením výchovných opatření, konzultace učitelům žáka se specifickou poruchou chování, nastavení podpůrných opatření pro školu a nasměrování zákonných zástupců a učitelů ke spolupráci s dalšími odborníky, případně poskytuje kontakty pro získání informací, jak dále postupovat. Také

poskytují poradenství, metodické a terapeutické vedení. Reedukační péče a individuální vedení jsou poskytovány ve velmi omezené míře v závislosti na časových možnostech pracovníků.

Stupeň podpůrných opatření, která náleží žákovi se specifickou poruchou chování jsme znázornili v Grafu 7 – Podpůrná opatření pro žáka se SPCH. Zde vycházíme z odpovědí pracovníků pedagogicko-psychologické poradny. Odpovědi, kde se vyskytovalo PO 1.-3. stupeň jsme rozdělili ke každému stupni, tzn. 1.,2. i 3. stupeň PO. Respondenti se ve výpovědích většinou shodovali na podpůrných opatřeních 2. a 3. stupně. To uváděli také školní speciální pedagogové.



Graf 6 – Podpůrná opatření pro žáky se SPCH

Spolu s nastavením příslušného stupně podpůrných opatření poskytují pedagogicko-psychologické poradny žákovi se specifickou poruchou chování podporu formou zpracování Doporučení pro školu. Respondenti uvádějí, že toto doporučení obsahuje obvykle vhodné výchovné přístupy, návrhy těchto přístupů, rady pro rodiče a učitele, podklad pro zpracování individuálního vzdělávacího plánu, přidělování asistenta pedagoga, předmět speciálněpedagogické péče, při výukových obtížích pedagogickou intervencí, aj.

V rozhovoru pracovník pedagogicko-psychologické poradny uvádí: „V pedagogicko-psychologické poradně se musí upřednostnit věci, které jsou legislativně povinné. Reedukace a přímá práce s žáky se musí omezit a směřovat na školu. Nicméně jsou

*rodičům a žákům se specifickou poruchou chování nabízeny dva programy: KUPOZ a RoPraTem.*“ Jak bude dále uvedeno, nabízení této služby není standard vzhledem k počtu klientů, časové tísní a základními službami, které pedagogicko-psychologické poradny poskytují, zůstávají diagnostika žáka, nastavení podpůrných opatření a metodické vedení školy.

Vzhledem k tomu, že pedagogové vycházejí z doporučení stanovených pedagogicko-psychologickou poradnou, výpovědi školních speciálních pedagogů a pracovníků pedagogicko-psychologické poradny se v mnohém shodovaly. Podpora žáka probíhá především vypracováním plánu pedagogické podpory, individuálního vzdělávacího plánu a přidělením asistenta pedagoga. Dále úpravami prochází organizace vyučování a pracovní místo žáka. Je důležité nastavit pravidla a spolupracovat s rodiči a dalšími zainteresovanými osobami. Velmi potřebný je také individuální přístup při práci s dítětem. Konkrétní metody, které byly pracovníky pedagogicko-psychologické poradny a školními speciálními pedagogy popsány, budou uvedeny níže.

#### Metody a intervenční přístupy v podpoře žáka se specifickou poruchou chování

Z hlediska pedagogicko-psychologické poradny, kde se reedukace a intervence realizují jen velmi sporadicky nebo se nerealizují vzhledem k nedostatku času vůbec, jsme data k osvědčeným a vhodným metodám a intervenčním přístupům ve školním prostředí získávali velmi těžce. Spíše než vedení žáků, je podle jednoho respondenta podstatné vést dobře učitele. Především se to týká těch učitelů, kteří ignorují doporučení nebo odmítají změnu přístupu k žákům, kteří ji vyžadují a práce je pak složitější: „... *Jen menší procento učitelů je v seberozvojovém procesu, ten zbytek se nic nového učit nemusí... říct učiteli, že jeho metoda přístupu k dítěti či dospívajícímu není úplně v pořádku, tak to je často jako odjištěný granát v ruce.*“ Podle jiného dotazovaného jsou metody mnohdy efektivní pouze za spolupráce rodiny.

Dle respondentů je účinná individualizace a diferenciací ve výuce, trpělivý a vstřícný přístup a důslednost při dodržování stanovených pravidel, případně nastolení sankcí za jejich porušení a výhod při jejich dodržování. Také se osvědčila metoda pracovat krátce a často. Další účinná opatření jsou např. rozvoj pozornosti v rámci reedukace, zařazování pohybových a relaxačních chvil, využití relaxačních pomůcek, střídání činností. Nicméně

každé dítě je jiné, tedy i přístupy se nedají vždy zobecnit. Z tohoto důvodu je podstatné nalézt metody a intervence šité na míru, jak uvedli další respondenti.

Z rozhovoru s jedním z respondentů jsme shrnuli podstatné informace týkající se přístupu k žákům se specifickou poruchou chování. Jak již bylo uvedeno výše, základem je stanovit jasná a výstižná pravidla požadovaného chování. Velmi důležité je nepředjímat jejich chování jako špatný úmysl, ocenit snahu, když nastane a nekárat zbytečně a nadměrně. Také je potřeba mít vyučovací hodinu připravenou a strukturovanou. Výhodou je také zapojit neverbální komunikaci a vytvořit si s žákem signály, které použije, pokud něco potřebuje, zamezí se tak častému vyrušování při výuce.

Ze zkušeností týkající se metod a přístupů k žákům se specifickou poruchou chování, které uvedli školní speciální pedagogové: „*Individuální, klidný přístup, názornost, střídání činností možnost relaxace nebo vybití o přestávce (tělocvična, hudebna), kroužky pro tyto děti, „Dohody“*“ nebo „*Jasně, krátce sdělit požadavek na chování, postupy, stanovit si jasná pravidla ve třídě, zasloužená pochovala, ocenění, trpělivost, výuka spojená s pohybem, spolupráce všech zúčastněných pracovníků, rodičů,...*“, jsme ty osvědčené a účinné shrnuli následovně: individuální, klidný a trpělivý přístup, časté střídání aktivit v kratších úsecích, jasné a stručné pokyny, stanovení si pravidel, důslednost, častá komunikace s žákem a rodiči, sjednocení přístupu doma a ve škole, využívání oblastí, o které se žák zajímá, a ve kterých vyniká a posilování zdravého sebevědomí žáka. Dále je vhodné využívat metody aktivního učení, metody názorně demonstrativní, metody reproduktivní upevňující zapamatování a metody kooperativní výuky. Respondenti také uváděli jako efektivní výuku spojenou s pohybem a možností relaxace. Při práci se žáky se specifickou poruchou chování, je také důležité více zapojit motivaci. Setkali jsme se s výpověďmi, které obsahovaly také vytváření kroužku pro tyto děti, využívání „dohod“, využití prvků muzikoterapie, dramaterapie, ergoterapie a podpůrné „rogersovské“ terapie. Nelze také opomenout pochvalu, pokud je na místě a zasloužená. Nejedná se pouze o pochvalu za výkon, ale především za snahu, kterou žák vyvinul. Tato zpětná vazba, kterou žákovi poskytneme, má velmi důležité funkce, a to motivační a posilující.

V neposlední řadě se respondenti shodovali v pozitivním vlivu medikace, přítomnosti asistenta pedagoga, vypracovaného individuálního vzdělávacího plánu a spolupráce školského poradenského zařízení a rodiny, pokud k ní dochází.

## Podpora poskytovaná rodičům žáka se specifickou poruchou chování

Tato tematická oblast je zaměřena na podporu rodiny žáka se specifickou poruchou chování. Jedná se o podporu poskytovanou ze strany pedagogicko-psychologické poradny a ze strany školy. Podpora rodiny je velmi důležitá, protože se mnohdy jedná o rodiče, kteří problematiku specifické poruchy chování neznají a nevědí, jak s těmito dětmi pracovat, nemají povědomí o vhodných a nevhodných výchovných strategiích. Proto je potřeba poskytnout jim náležitou podporu, povzbuzení a doporučení vhodných výchovných opatření. Respondenti také hovořili o rodičích, kteří spolupráci odmítají i přes nabídky pomoci ze strany školy prostřednictvím školního poradenského pracoviště, nebo doporučení školského poradenského zařízení.

Jak uvádí jeden z respondentů: *„S rodiči je nutné také pracovat, a to především respektujícím způsobem, s empatií, a výše uvedenými schopnostmi. Získat je ke spolupráci je důležité, a v některých případech velmi těžké, někdy i nemožné. A s tím je třeba počítat.“* To dále dokazuje další respondent: *„Rodiče získávají doporučení z poradny, praxe je však taková, že ve většině případů se přehazuje zodpovědnost na školu, rodiče s dětmi nepracují, problém bagatelizují nebo úplně přehlíží...“*

V opačném případě, kdy rodiče spolupracovat chtějí, projevují snahu a zájem, jsou poskytována nejprve obecná doporučení pro specifickou poruchu chování. Těmi jsou režimová opatření, jednotnost ve výchově, důslednost, klid a trpělivost, stanovení pravidel a hranic, strukturovaná domácí příprava a práce v kratších úsecích, střídání pohybové aktivity a relaxace, správná životospráva, podpora dítěte v mimoškolních aktivitách a další. Jak uvedl jeden z respondentů, je velmi důležité, aby rodiče dokázali nejprve zorganizovat sebe a byli tak pro dítě pozitivním vzorem.

Rodičům jsou také poskytována doporučení ke spolupráci s odbornými lékaři (klinický psycholog, pedopsychiatr, neurolog), střediskem výchovné péče, neziskovými organizacemi nebo poradnou pro rodinu. Další možností je poskytování odkazů na vhodnou literaturu. Ve škole je rodičům poskytnuto, kromě doporučení konzultace ve školském poradenském zařízení: poučení pro domácí přípravu spolu s nastavením jasných hranic i v domácím prostředí, doporučení na zařazení společné aktivity v průběhu dne, dohlížet na trávení volného času, spolupráce mezi rodičem a učitelem, spolupráce se školním psychologem a/nebo školním speciálním pedagogem, vypracování IVP, zřízení asistenta pedagoga, úprava pracovního prostředí doma i ve škole.



## **Podpora poskytovaná škole, kterou navštěvuje žák se specifickou poruchou chování**

Pedagogicko-psychologická poradna poskytuje podporu škole různými formami. Metodická podpora školy probíhá nejčastěji formou konzultací a návštěv školy. Tyto návštěvy jsou realizovány jedenkrát za půl roku, spíše jedenkrát za rok, vzhledem k časové tísní pracovníků. „*Pokud však nastane krizová situace, lze podporu zahájit ihned telefonicky nebo přes e-mail,*“ uvádí respondent. Jestliže se jedná o náročný případ, setkání se může zintenzivnit i na jedenkrát za měsíc, to je ale velmi výjimečné.

Opatření, která poradna poskytuje vycházejí z vyhlášky č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Nejčastěji je škole doporučena úprava metod (strukturalizace a vizualizace učiva, využití názorného materiálu, „krokové“ zadávání úkolů), úprava v organizaci (obvykle navýšení času na činnost, nebo jeho redukce), úprava prostředí (úprava pracovního místa a změna zasedacího pořádku), předmět speciálněpedagogické péče nebo pedagogická intervence. Tato doporučení jsou velmi individuální. Odvíjí se od stupně podpůrného opatření, které klientovi náleží. „*Velkou výhodou prvního stupně podpůrných opatření je, že si může škola mnohé zajistit sama,*“ uváděl jeden z respondentů.

Dotazovaní mezi doporučení nabízená škole jmenovali také spolupráci se střediskem výchovné péče a metodikem prevence pedagogicko-psychologické poradny pro práci s kolektivem třídy.

Školní speciální pedagogové nejčastěji uváděli v podpoře, která je poskytována škole, jíž navštěvuje žák se specifickou poruchou chování: individuální vzdělávací plán, plán pedagogické podpory, asistent pedagoga, nabídka spolupráce a konzultací ze strany PPP, SPC, SVP a OSPOD. Konkrétní uvedená doporučení jsou: zohlednění některých projevů, režimová doporučení, spolupráce s rodinou, úprava metod výuky, úprava hodnocení žáka apod. Jeden z respondentů však uvedl: „*Opatření ze strany PPP mohou být jakákoliv, pokud rodina nespolupracuje, nic nefunguje a pro pedagogy běžné ZŠ se práce s žákem se SPCH stává marným bojem.*“

Nespokojenost ze strany speciálních pedagogů jsme shledali pouze u jednoho z respondentů, který popisoval, že doporučení většinou vychází ze skript a publikací. Doporučení je dle respondenta odtrženo od prostředí, z jakého dítě pochází, od školy či vrstevnických skupin, ve kterých se pohybuje. Poradny nemají prostor ověřit pravdivost uvedených informací. Největší nedostatek spatřuje v malé časové dotaci, kvůli které poradny

nestíhají plnit dlouhodobou práci s těmito žáky. V porovnání s ostatními dotazníky a rozhovory jsme další podobné reakce neshledali. Odpovědi však neobsahovaly ani reakce opačného charakteru.

V otázce metodického vedení školy byly velmi čteně uváděny konzultace s pracovníky školského poradenského zařízení, poradenství ze strany školního poradenského pracoviště, které je poskytováno pedagogům dle potřeby, další možnosti vzdělávání a účast pedagogů na vzdělávacích seminářích.

### **Spolupráce mezi pedagogicko-psychologickou poradnou, školou a rodiči**

Jednou z dotazovaných oblastí byla také spolupráce a funkčnost komunikace mezi pedagogicko-psychologickou poradnou, školou a rodiči. Tato spolupráce musí probíhat na vysoké úrovni, aby byla efektivní a bylo dosaženo požadovaných výsledků. „*Důležité je jednotné působení a stanovení si jednotných požadavků v oblasti výchovy,*“ jak odpověděl jeden z respondentů.

Ze strany školy a také ze strany pedagogicko-psychologické poradny se velmi často vyskytovala odpověď, že tato spolupráce nelze zobecnit, neboť je velmi individuální. Respondenti se shodovali, že je to mnohdy závislé právě na přístupu rodiny: „*Spolupráce PPP x škola x rodina funguje pouze za kvalitního přístupu rodiny...*“ Další respondent uvádí: „*Spolupráce PPP a škola – na velmi dobré úrovni, občas vážne spolupráce s rodiči.*“ Dotazovaní také zmiňovali, že se obvykle v těchto případech jednalo o rodiny ze sociálně znevýhodněného nebo odlišného kulturního prostředí, případně o rodiny neúplné a se střídavou péčí. Z výpovědí tedy vyplývá, že spolupráce mezi pedagogicko-psychologickou poradnou a školou, konkrétně školními speciálními pedagogy, je hodnocena kladně, mnohdy na výborné úrovni. Spolupráce s rodiči je různá a velmi se odráží od jejich zájmu. Jako příklad uvedeme výpovědi respondentů: „*Snaží se škola i PPP, rodiče mají papír a myslí si, že udělali vše, co mohli.*“ A také: „*Opět je to ryze individuální. Jsou případy, kdy spolupráce je vynikající a posuny u žáka jsou znát, avšak na druhou stranu 50 % rodičů spolupracovat nechce... Teprve až se něco stane a vstupují do vztahu OSPOD a Policie, dochází k nějaké činnosti...*“. Tyto výpovědi jsme získali od školních speciálních pedagogů, pracovníci pedagogicko-psychologické poradny spolupráci s rodiči hodnotí následovně: „*Většinou bez potíží.*“ nebo „*To záleží na přístupu těchto lidí celkově. Jsou-li vstřícní, jde vše lépe, pokud jsou odmítaví, je to samozřejmě horší.*“ Role rodičů při spolupráci je nepochybně

velmi důležitá, měli by být otevření spolupráci a postupovat ochotně podle pokynů odborníků, jak uváděl v rozhovoru jeden z pracovníků pedagogicko-psychologické poradny.

Formy komunikace, které byly uváděny nejčastěji jsou telefonická komunikace, komunikace písemnou formou prostřednictvím e-mailu a zpráv a doporučení a také osobní setkání. Forma a průběh osobních setkání byly však uváděny výše v podpoře školy, proto zde nebudou více popisovány.

Setkání triády pedagogicko-psychologické poradny, školy a rodičů hromadně respondenti popisovali jako ne úplně realizovatelnou. Tento problém spočívá v nedostatku času a „v důsledku nedostatečně nastavených současných práv a povinností zainteresovaných stran.“ Komunikace tedy probíhá spíše ve dvojicích: pedagogicko-psychologická poradna a škola, pedagogicko-psychologická poradna a rodiče, škola a rodiče. „Aby došlo k přímému setkání všech tří stran, musela by nastat krizová situace,“ uvádí při rozhovoru dotazovaný.

## 5.1 Zodpovězení výzkumných otázek

V této části kapitoly budou zodpovězeny výzkumné otázky, které byly stanoveny na počátku realizace tohoto výzkumného šetření. Můžeme však říct, že k jejich rámcovému zodpovězení došlo již v průběhu interpretace dat v jednotlivých oblastech. Díky zodpovězeným otázkám budeme moci v následujících kapitolách stanovit zhodnocení a závěry práce.

### 1. Jaké služby a podporu pedagogicko-psychologické poradny nabízejí ve prospěch žáků se specifickou poruchou chování?

K zodpovězení této otázky jsme čerpali z odpovědí, které nám poskytli pracovníci pedagogicko-psychologické poradny při dotazníkovém šetření a rozhovorech. Odpovědi na tuto výzkumnou otázku byly rozloženy v oblastech podpory poskytované žákovi, škole i rodičům, a úzce spolu souvisejí vzhledem k důležitosti spolupráce mezi všemi zúčastněnými.

Služby, které poskytuje pedagogicko-psychologická poradna všem žákům se speciálními vzdělávacími potřebami se shodují se službami poskytovanými žákům se

specifickou poruchou chování. Těmito službami jsou dle respondentů především diagnostika a stanovení podpůrných opatření pro školu. Dále pracovníci poskytují možnost konzultace pro rodiče a učitele a jejich metodické vedení. Také je v poradnách realizována intervence, reedukace a individuální vedení, ale pouze v omezených případech. Pedagogicko-psychologické poradny poskytují kontakty na další odborníky. Pro děti se specifickou poruchou chování se jedná nejčastěji o střediska výchovné péče, pedopsychiatri, klinické psychology a neurology.

Jak již bylo uvedeno, pedagogicko-psychologická poradna poskytuje dva programy pro žáky se specifickou poruchou chování. Těmito programy jsou RoPraTem a KUPOZ. Program KUPOZ jsme popisovali v kapitole 3.2.3 *Pedagogické a speciálně pedagogické intervence*, zkratka RoPraTem vychází z názvu Program pro rozvoj pracovního tempa.

## **2. Jak probíhá metodická podpora školy ze strany pedagogicko-psychologické poradny při vzdělávání žáků se specifickou poruchou chování?**

Tuto výzkumnou otázku můžeme zhodnotit a zodpovědět jak prostřednictvím výpovědí pracovníků pedagogicko-psychologické poradny, tak i díky odpovědím školních speciálních pedagogů.

Metodická podpora školy pedagogicko-psychologickou poradnou probíhá nejčastěji formou konzultací a návštěv školy. Jak bylo sděleno, ideální stav návštěv škol by měl být každého půl roku, ovšem nelze to vždy uskutečnit, proto návštěvy probíhají spíše jednou za rok. Návštěva školy probíhá nejprve náslechem, poté pozorováním žáka ve vyučování a následným rozбором situace. Pravidelné konzultace byly uváděny především ve vztahu k výjezdům do škol, nebo na vyžádání pedagogů. Konzultace a poradenství bývá realizováno také telefonicky anebo písemnou komunikací (e-mail). Mimo to jsou pořádána setkávání výchovných poradců, přednášky a besedy.

Odpovědi na otázky ohledně metodického vedení byly ze strany školních speciálních pedagogů velmi obdobné jako v případě pracovníků pedagogicko-psychologických poraden. Nejčastější odpovědí byla možnost konzultace a poradenství, které je poskytováno pedagogům dle potřeby. Uváděny byly také další možnosti vzdělávání a účast pedagogů na vzdělávacích seminářích.

### **3. Jaká doporučení a podpůrná opatření jsou v případě žáků se specifickou poruchou chování navrhována rodičům a školám?**

Opět i tato výzkumná otázka má provázanost mezi oblastmi týkajícími se podpory, které jsme otevřeným kódováním stanovili. Tuto otázku zodpovíme zejména z výpovědí respondentů z pedagogicko-psychologické poradny, avšak část věnovanou podpoře rodičům doplníme o výpovědi školních speciálních pedagogů.

Po diagnostice žáka je velmi důležité stanovit příslušný stupeň podpůrných opatření. Když jsme respondentům pokládali otázku, který stupeň podpůrných opatření obvykle náleží žákům se specifickou poruchou chování, nejvíce se jich shodovalo na stanovení 2. a 3. stupně. To znázorňuje Graf 7 – Podpůrná opatření pro žáka se SPCH.

Vzhledem k tomu, že doporučení pro práci se žáky se specifickou poruchou chování, která jsou navrhována rodičům a školám jsme podrobně popsali výše, uvedeme je zde pouze rámcově. Nejčastěji se mezi respondenty vyskytovalo doporučení individuálního přístupu. Dále jsou škole poskytována doporučení týkající se úpravy metod, organizace a prostředí, případně zavedení předmětu speciálněpedagogické péče nebo pedagogické intervence. Velmi důležitý je také jednotný přístup mezi všemi, kteří jsou s žákem se specifickou poruchou chování ve styku. Rodičům jsou nejčastěji doporučována režimová opatření – je velmi důležité nastavit režim dne, který se bude pravidelně opakovat, neboť pro každé dítě je velmi důležité nabýt pocit jistoty. Tak jako učitelům, i rodičům je doporučováno nastavit si pravidla a být v jejich dodržování důslední. Velmi podstatná je také spolupráce s dalšími odborníky.

## 6 Diskuse

**Hlavním cílem** práce bylo *zmapovat obsah poradenských služeb ve vztahu k podpoře dětí a žáků s problémy v chování*. Splnit tento cíl se podařilo, což dokazuje zodpovězená první výzkumná otázka spolu s popsány oblastmi podpory žáka, rodiny i školy, které jsme uvedli v části věnované analýze a interpretaci dat. Díky výpovědím pracovníků pedagogicko-psychologické poradny i školních speciálních pedagogů jsme získali informace o podpoře poskytované všem žákům se speciálními vzdělávacími potřebami a následně informace k podpoře žáků se specifickou poruchou chování. **Dílčí cíle**, se kterými také korespondovaly výzkumné otázky, jsme stanovili dvojí:

*1. Zjistit, jakým způsobem probíhá intervence a jaké jsou využívány intervenční přístupy u dětí se specifickou poruchou chování ve školách a ve školských poradenských zařízeních*

V rámci výzkumného šetření jsme zjistili obtíže při realizaci intervence ve školských poradenských zařízeních. Tento problém má kořeny především v nedostatku času, který by mohl být věnován přímé činnosti s žáky se specifickou poruchou chování a množství klientů, kteří poradnu navštěvují. Intervenční přístupy a metody, které se respondentům osvědčily jsou popsány v 5. kapitole v oblasti, která popisuje podporu žáka se specifickou poruchou chování.

Při psaní této diplomové práce jsme využívali značné množství literatury k problematice specifické poruchy chování a intervence, ve kterých se vhodné intervenční přístupy a metody a techniky využitelné při práci se žáky se specifickou poruchou shodovaly a opakovaly. Obvykle se jednalo o obecné přístupy k těmto žákům.

Možnosti nebo také osvědčené metody a intervenční přístupy, které respondenti využívají v praxi nejčastěji byly také součástí oblasti *Podpora poskytovaná žákovi se specifickou poruchou chování*. Ve vztahu k doporučeným přístupům při práci se žáky se specifickou poruchou chování uvedeme obecné zásady nejen pro učitele, ale také pro rodiče, které stanovili Procházka et al. (2014) a Munden a Arcelus (2002), a které se shodují s výše uvedenými:

- je vhodné posadit dítě do blízkosti učitele,
- rozsáhlejší aktivity a úkoly, které má dítě splnit členit na dílčí kroky,
- dopřát dítěti občasnou úlevu, např. jej poslat něco vzkázat, donést, zařídit apod.,
- nehodnotit pouze výkon, ale především snahu, což je pro děti motivačním faktorem,

- důležité je volit vhodná slova při komunikaci s dítětem s ADHD,
- nevěnovat pozornost pouze dětem, ale pracovat i s jejich rodiči,
- dětem s ADHD stanovovat dosažitelné cíle,
- pomoci dítěti najít aktivitu, která mu jde a podpořit jej v ní, vzroste díky tomu jeho sebevědomí,
- věnovat pozornost také emocím dítěte, jejich pocitům, obavám, nebo strachu.

Pokud bychom mohli k těmto zásadám doplnit ty, které nám v rámci výzkumného šetření vyplynuly jako podstatné, byly by to tyto:

- otevřenost spolupráci mezi rodinou, školou, školským poradenským zařízením a dalšími odborníky,
- jednotný přístup všech, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání žáka se specifickou poruchou chování,
- individuální přístup k jedinci,
- nastolit jasná a výstižná pravidla spolu s důsledností, trpělivostí a laskavostí při jejich uplatňování,
- nastavit režimová opatření a střídat pohybové a relaxační aktivity,
- poskytovat žákovi častou zpětnou vazbu.

## *2. Zjistit jakým způsobem probíhá spolupráce mezi školou, kterou navštěvuje žák se specifickou poruchou chování, rodinou a pedagogicko-psychologickou poradnou*

Prostřednictvím dotazníkového šetření jsme zjistili, že spolupráce mezi všemi třemi subjekty zároveň probíhá velice ojediněle. Také jsme došli k závěru, že spolupráce mezi pracovníky školy, pedagogicko-psychologické poradny a rodinou je velmi závislá právě na přístupu rodiny. Dokládali to respondenti ve svých výpovědích, ve kterých byla spolupráce mezi pedagogy a pracovníky poradny hodnocena kladně, avšak ne vždy tomu bylo u hodnocení spolupráce s rodinou.

Jelikož bylo respondenty nejednou uvedeno, že úspěšnost intervence a účinnost stanovených opatření začíná v rodině, rozhodli jsme se zde uvést alespoň pár zásad pro zlepšení této situace. Zásady vycházejí z Katalogu podpůrných opatření – dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sociálního znevýhodnění (Felcmanová, Habrová a kol., 2015) a pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění (Žampachová, Čadilová

a kol. 2015). Katalog týkající se sociálního znevýhodnění byl vybrán, protože mezi rodinami, s nimiž je dle respondentů obtížná spolupráce byly uváděny právě ty sociálně znevýhodněné.

Základem úspěšného setkávání odborníků a rodičů je:

- vytvoření atmosféry důvěry mezi zúčastněnými, která podněcuje ke spolupráci a vzbuzuje u rodičů pozitivnější postoj ke škole.

Tomu můžeme napomoci následovně:

- vytvoříme přívětivé pracovní prostředí,
- rovnoprávný vztah mezi všemi zúčastněnými,
- nastavení systému zpětné vazby,
- návštěvy pracovníků v rodinném prostředí žáka,
- neformální společenská setkání a účast rodičů na školních akcích,
- účinně motivujeme žáka ke školní docházce,
- podporujeme žáka ve vzdělávání,
- ve školním prostředí by se měli všichni cítit bezpečně pro možnost bez ostychu komunikovat.

Závěrem lze tedy shrnout, že spoluúčast rodiny při podpoře žáka se specifickou poruchou chování můžeme považovat za poloviční, ne-li větší úspěch.

Výsledky výzkumu včetně poznatků a dat získaných v průběhu šetření nelze zobecnit, jelikož jsou platné pouze pro dané území a to znamená, že jsme neměli možnost porovnat realizaci podpory u žáků se specifickou poruchou chování celorepublikově. Dotazníkové šetření spolu s rozhovory byly realizovány v prostředí Zlínského kraje, což vyplývá ze samotného názvu diplomové práce.

Domníváme se, že tímto můžeme kapitolu a výzkumnou část uzavřít, neboť výzkumné otázky byly zodpovězeny a cíle výzkumné části práce splněny.



## **Závěr**

Ve své diplomové práci jsem se věnovala intervenčním přístupům využitelným u žáků se specifickou poruchou chování. Tuto tematiku jsem si zvolila z vlastního zájmu o zmíněnou problematiku a také z důvodu pedagogické praxe v pedagogicko-psychologické poradně, která se konala v průběhu navazujícího magisterského studia a osobní zájem více prohloubila.

Teoretická část diplomové práce byla zpracována na podkladě analyzované odborné literatury. V této části se promítly dvě stěžejní oblasti, které jsem podrobněji zpracovávala, jedná se o specifickou poruchu chování a intervenci.

Cílem první kapitoly teoretické části bylo terminologicky vymezit základní pojmy, které se v práci vyskytují. V této kapitole byly od sebe odlišeny termíny porucha chování a specifická porucha chování. Na závěr zde byly představeny klasifikace poruchy chování.

Ve druhé kapitole jsem se věnovala pojetí specifické poruchy chování z hlediska lékařské literatury. Vycházela jsem z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí Americké psychiatrické asociace (DSM-5), tyto klasifikace jsem pak vzájemně porovnávala. Rozsáhlá část kapitoly byla věnována rizikovým faktorům, které se podílejí na vzniku poruchy, projevům a důsledkům specifické poruchy chování včetně jejich přetrvávání v dospělosti.

Třetí kapitola týkající se intervence obsahuje možnosti terapie a léčby specifické poruchy chování včetně intervenčních přístupů využívaných v zahraničí. Tato kapitola má představovat přehled metod a technik, které jsou v odborné literatuře popisovány jako účinné při terapii specifické poruchy chování. Na tuto kapitolu již navazují výzkumnou částí práce, ve které je popsána metodologie práce spolu s metodami, které jsem využívala při výzkumném šetření, a následná analýza a interpretace získaných dat.

Cílem práce bylo nejednou zmiňované zmapování obsahu poradenských služeb ve vztahu k podpoře žáků se specifickou poruchou chování. Výzkumné šetření se konalo v rámci Zlínského kraje. Na obsah poradenských služeb nenahlížím pouze z hlediska podpory poskytované pedagogicko-psychologickou poradnou konkrétnímu žákovi, přestože i tato oblast se ve výzkumné části promítla, ale především na jejich obsah jako celek. Jako „balíček“, který poskytuje školské poradenské zařízení žákovi, rodině a škole, potažmo všem, kteří se podílí na jeho výchově a vzdělávání. Tudiž jednotlivé oblasti podpory, které

díky kódování vznikly odpovídají obsahu zmiňované poradenské služby. Jako poradenskou službu také považuji přímou podporu školou, resp. školním poradenským pracovištěm. Lze si povšimnout, že výzkumné otázky, cíle i samotné oblasti podpory se často prolínaly a vzájemně tak doplňovaly.

Jeden ze závěrů, který mi z této práce vyplynul je nedostatek času a prostoru pracovníků z pedagogicko-psychologických poraden, který by mohli věnovat přímé práci s dětmi ve smyslu intervencí a reedukací, neboť i ty jsou součástí poradenských služeb. Je zřejmé, že změna tohoto systému nezávisí přímo na nich, neboť jak uváděl jeden z respondentů výše, prioritně se musí splnit povinnosti stanovené legislativou. Také školní speciální pedagogové si toho jsou vědomi, avšak jak hodnotili někteří respondenti, důsledek tohoto nedostatku času se může odrážet na doporučení žákovi, které tak může být vytrženo z kontextu a odtrženo od okolních vlivů, které pracovník poradny nestihl během krátkého času zaznamenat.

Dále pro mě z výzkumného šetření této práce vyplývá nedostatek možností dalšího vzdělávání v této oblasti. Jak bylo uvedeno v závěru Diskuse, toto tvrzení se nedá zobecnit a vnímat jako celoplošně platný problém, jelikož respondenti, kteří zodpovídali dotazníkové šetření a rozhovory pocházeli z oblasti Zlínského kraje. Aby mohli pedagogové kvalitně a efektivně pracovat s žáky se specifickou poruchou chování, je také na místě poskytnout jim dobré metodické vedení a kvalitní přípravu do praxe, rozšířit pravidelné a dlouhodobější kurzy, a to nejen pro začínající pedagogy, speciální pedagogy a pracovníky poraden. Požadavek na metodické vedení pracovníků škol by neměl být opomenut, jelikož přestože diagnostiku provádějí především psychologové, intervence, reedukace a jiné jsou v režii učitelů, kteří jsou s žáky v každodenním kontaktu a kteří mají možnost se nejvíce podílet na změně chování žáka.

Domnívám se, že tato práce může být přínosná nejen pro pedagogy, ale také pro širokou veřejnost a pro ty, kteří přijdou do styku s žákem se specifickou poruchou chování.

Pro mne osobně přínos práce hodnotím kladně především díky seznámení se s víceúrovňovým systémem podpory a modelem podpory pozitivního chování, který je využíván v zahraničí. Při realizaci této práce jsem měla možnost zúčastnit se dvou zahraničních přednášek k této tematice. Jedním z přednášejících byl Steve Goodman z USA, další přednášku vedla Margaret van Oudheusden, která působí v Holandsku. Model podpory

pozitivního chování u nás ještě není rozšířený, přestože vychází z behaviorálního přístupu. Je to zřejmě z důvodu, že behaviorální přístup je u nás stále více doménou psychologů než pedagogů a speciálních pedagogů.

Na výše zmíněné zahraniční přístupy navážu ve vztahu k čerpání inspirace ze zahraničí dotazovanými. Při rozhovorech jsem se ptala, zda pracovníci pedagogicko-psychologických poraden využívají přístupy osvědčené v zahraničí, nebo je alespoň transformují na naše podmínky. Odpověď byla ve všech případech záporná. Jeden z respondentů uváděl, že při práci někdy využívají zahraniční literaturu, kterou máme oficiálně přeloženou do českého jazyka, zbylí respondenti uvedli jako důvod to, že tyto přístupy u nás nejsou standardizované.

Pozitivně však hodnotím právě zájem, který se mi při rozhovoru podařilo vyvolat na téma zmíněné podpory pozitivního chování. V tom spatřuji také přínos diplomové práce. Jakési představení existence jiných přístupů k žákům, které lze ve školách realizovat.

Mým osobním cílem je pak pokračovat v této práci i nadále, prostřednictvím mimoškolního vzdělávání se v této oblasti jako jsou aktivní účast na přednáškách nebo případných kurzech.

## Seznam použité literatury

BOĐOVÁ, V., HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKA, M. *Možnosti intervence u osob se specifickými poruchami chování a poruchami chování I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3723-1.

BUČILOVÁ KADLECOVÁ, J., KREJČOVÁ L., MERTIN, V., ERETOVÁ, N. *Pedagogická intervence u žáků ZŠ*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010 ISBN 978-80-7357-603-5.

DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.

ELLIOT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0182-0.

FELCMANOVÁ, L., HABROVÁ M. a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sociálního znevýhodnění: dílčí část*. [online] 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. [cit. 2019-07-03] ISBN 978-80-244-4692-9. Dostupné z: <http://inkluzi.upol.cz/ebooks/katalog-szn/katalog-szn.pdf>

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKA, M., SPĚVÁČEK, J. *Prevence rizikového a problémového chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3725-5.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. akt. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

JANDERKOVÁ, D. a kol. *SPU a ADHD*. Praha: Raabe, 2016. ISBN 978-80-7496-215-8.

JAŘABÁČ, I. *Kontrakt (dohoda) jako předpoklad reedukace žáka s poruchou emocí a chování na základní škole*. 1. vyd. Ostrava: Montanex, 2018. ISBN 978-80-7225-453-8.

JEDLIČKA, R. a kol. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5447-5.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.

- KALEJA, M. *Teorie a praxe etopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-419-1.
- KROUPOVÁ K. a kol. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5264-8.
- MICHALOVÁ, Z. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007 ISBN 80-7311-075-X.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.
- PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
- POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.
- PROCHÁZKA R. et al. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4451-3.
- PTÁČEK, R., PTÁČKOVÁ, H. *ADHD – variabilita v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8.
- PUGNEROVÁ M., KVINTOVÁ J. *Přehled poruch psychického vývoje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016 ISBN 9780-80-247-5452-9.
- RABOCH, Jiří; HRDLIČKA, Michal; MOHR, Pavel; PAVLOVSKÝ, Pavel a PTÁČEK, Radek ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- REIMANN-HÖHN, U. *ADHD a ADD v dospívání: dozrávání a překonávání krizí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1362-8.
- STUHLÍKOVÁ, I., a kol. *Zvládání emočních problémů školáků*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-534-2.
- SWIERKOSZOVÁ, J. *Specifické poruchy chování: diagnostika – reedukace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-7368-238-9.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.

VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství I*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2013. ISBN 978-80-7290-710-6.

VALENTOVÁ, L. a kol. *Školní poradenství II*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2013. ISBN 978-80-7290-629-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-0696-5.

VOJTOVÁ, V. *Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4573-6.

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

ŽAMPACHOVÁ, Z., ČADILOVÁ, V. a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění: dílčí část*. [online] 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. [cit. 2019-07-03] ISBN 978-80-244-4689-9. Dostupné z: <http://inkluzi.upol.cz/ebooks/katalog-pas/katalog-pas.pdf>

## Seznam internetových zdrojů

ASEBA, Origins. *Aseba.org* [online]. ©2019 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <http://www.aseba.org/aboutus/asebaorigins.html>

ČOSIV, Inspiromat. *Cosiv.cz* [online]. ©2018 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: [https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2019/03/PBIS\\_uvod.pdf](https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2019/03/PBIS_uvod.pdf)

ČOSIV, Inspiromat. *Cosiv.cz* [online]. ©2018 [cit. 2019-07-02]. Dostupné z: [https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2019/03/PBIS\\_pilire.pdf](https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2019/03/PBIS_pilire.pdf)

FABIANO, G.A., PYLE, K. *Best Practise in School Mental Health for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Framework for Intervention*. School Mental Health. [online]. 2019. [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <https://link.springer.com.ezproxy.is.cuni.cz/article/10.1007/s12310-018-9267-2#citeas>

KARHU, A., NÄHRI, V., SAVOLAINEN, H. *Inclusion of pupils with ADHD symptoms in mainstream classes with PBS*. International Journal of Inclusive Education [online]. 2018. [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/13603116.2017.1370741>

*Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů: desátá revize*. [online]. Akt. vyd. k 1.1.2018, 2., opravené vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>

THEINER, P. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, 8(2), 85-87. ISSN 1803-5272 [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2007/02/09.pdf>

World Health Organization, ICD-11. *Who.int* [online]. ©2019 [cit. 2019-05-28] Dostupné z: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

## **Seznam grafů**

Graf 1 – Celková účast dotazníkového šetření

Graf 2 – Procentuální zastoupení školních speciálních pedagogů a pracovníků pedagogicko-psychologické poradny

Graf 3 – Délka praxe

Graf 4 – Četnost setkávání se žáky se SPCH

Graf 5 – Poznatky a vědomosti o SPCH

Graf 6 – Podpůrná opatření pro žáky se SPCH



## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Dotazník pro pracovníky pedagogicko-psychologické poradny

Příloha č. 2 – Dotazník pro školní speciální pedagogy

## **Příloha č. 1**

### Dotazník pro pracovníky pedagogicko-psychologické poradny

1. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a délka praxe?
2. Jaké jsou Vaše poznatky či vědomosti o SPCH? Jsou dostatečné? Zhodnoťte je, prosím.
3. Ocenili byste metodické vedení či rozšíření vědomostí a znalostí v této oblasti?
4. Setkáváte se se žáky se SPCH ve své praxi? Jak často?
5. Jaké projevy žáků se SPCH jste zaznamenali nejčastěji?
6. Jaké služby PPP nabízejí obecně všem žákům se SVP?
7. Jaké služby PPP nabízejí pro žáky se SPCH?
8. Jak probíhá podpora konkrétního žáka se SPCH?
9. Jaké stupně podpory náleží žákům se SPCH obvykle?
10. Jaké metody a intervenční přístupy v podpoře žáků se SPCH se Vám osvědčily nebo naopak neosvědčily?
11. Jaké intervenční přístupy jsou podle Vás vhodné ve školním prostředí?
12. Jaká jsou nabízena doporučení rodičům žáka se SPCH?
13. Jaká jsou nabízena doporučení a podpůrná opatření pro školu, kterou navštěvuje žák se SPCH?
14. Jak probíhá metodická podpora pracovníků školy, kterou navštěvuje žák se SPCH?
15. Jak funguje spolupráce PPP x škola x rodiče v případě, že se jedná o žáka se SPCH?

## **Příloha č. 2**

### Dotazník pro školní speciální pedagogy

1. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a délka praxe?
2. Jaké jsou Vaše poznatky či vědomosti o SPCH? Jsou dostatečné? Zhodnoťte je, prosím.
3. Ocenili byste metodické vedení či rozšíření vědomostí a znalostí v této oblasti?
4. Setkáváte se se žáky se SPCH ve své praxi? Jak často?
5. Jaké projevy žáků se SPCH jste zaznamenali nejčastěji?
6. Jak probíhá podpora konkrétního žáka se SPCH?
7. Jaké metody a intervenční přístupy v podpoře žáků se SPCH se Vám osvědčily nebo naopak neosvědčily?
8. Jaké intervenční přístupy jsou podle Vás vhodné ve školním prostředí?
9. Jaká jsou nabízena doporučení rodičům žáka se SPCH?
10. Jaká jsou nabízena doporučení a podpůrná opatření ze strany PPP pro školu, kterou navštěvuje žák se SPCH?
11. Jak probíhá metodická podpora pracovníků školy, kterou navštěvuje žák se SPCH?
12. Jak funguje spolupráce PPP x škola x rodiče v případě, že se jedná o žáka se SPCH?