

**Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky**



PORUCHY POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU - ADHD

Autor: Barbora Hainová
Starolázeňská 308/33
159 00 Praha 5

Obor studia: Učitelství na speciálních školách

Typ studia: Prezenční magisterské studium

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

duben Praha 2006

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

V Praze dne 19. 4. 2006



Barbora Hainová

OBSAH

ÚVOD

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Úvod

1.2. Poruchy chování

1.2.1. Definice poruch chování

**Velmi děkuji PhDr. Zdeňce Michalové, Ph.D. za její odborné vedení,
trpělivost a pomoc při sestavování mé diplomové práce.**

1.2.1.1. Definice poruch chování

1.2.1.2. Příznaky

1.2.2. Klasifikace poruch chování

1.3. Příčiny

1.3.1. Biologické

1.3.2. Sociálně psychologické a environmentální

1.3.2.1. Negativní vlivy

1.3.2.2. Kognitivní

1.3.2.3. Emocionální

1.3.2.4. Psychomotorické

1.3.2.5. Jazykové

1.3.2.6. Pohlaví

1.3.2.7. Adaptace

1.4. Specifické poruchy chování

1.4.1. Agrese

1.4.2. Deprese

1.4.3. Úzkost

1.4.3.1. Úzkostný spektrum

1.4.3.2. Úzkostná porucha

1.4.3.3. Úzkostná porucha s panickými záchvaty

1.4.3.4. Úzkostná porucha s obsedními myšlenkami

1.4.3.5. Úzkostná porucha s fobickými projevy

OBSAH

ÚVOD	9
1. TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1. Chování	11
1.2. Poruchy chování	12
1.2.1. Dělení poruch chování	13
1.2.1.1. Dělení podle vzniku	13
1.2.1.2. Dělení podle příčin	14
1.2.1.3. Dělení podle intenzity	14
1.2.1.4. Dělení podle společenské závažnosti	15
1.2.1.5. Další dělení	15
1.2.2. Nejčastější projevy poruch chování	16
1.3. Socializace	22
1.3.1. Pojem socializace	22
1.3.2. Socializace v jednotlivých vývojových obdobích	23
1.3.2.1. Novorozenecké období	23
1.3.2.2. Kojenecké období	23
1.3.2.3. Batolecí období	23
1.3.2.4. Předškolní věk	24
1.3.2.5. Školní věk	25
1.3.2.6. Puberta	26
1.3.2.7. Adolescence	26
1.4. Specifické poruchy chování	28
1.4.1. Etiologie SPCH	28
1.4.2. Problematika LMD	29
1.4.3. ADHD/ADD	30
1.4.3.1. Historie ADHD/ADD	30
1.4.3.2. Příčiny vzniku ADHD/ADD	33
1.4.3.3. Příznaky a diagnostická kritéria ADHD/ADD	34
1.4.3.4. Subtypy ADHD	37
1.4.3.5. Výskyt ADHD/ADD	37

1.4.4.	Popis jednotlivých vývojových stupňů s charakteristikou ADHD	.....	38
1.4.4.1.	Novorozenecké období	.....	38
1.4.4.2.	Kojenecké období	.....	38
1.4.4.3.	Batolecí období	.....	38
1.4.4.4.	Předškolní věk	.....	39
1.4.4.5.	Školní věk	.....	40
1.4.4.6.	Adolescence	.....	40
1.4.4.7.	ADHD v dospělosti	.....	41
1.4.5.	Terapeutické a léčebné přístupy k ADHD	.....	41
1.4.5.1.	Kognitivně – behaviorální terapie	.....	41
1.4.5.2.	Medicínský přístup	.....	42
1.4.5.3.	EEG Biofeedback	.....	42
1.4.5.4.	Psychoterapeutické přístupy	.....	44
1.5.	Vliv sociálního prostředí na chování jedince	.....	45
1.5.1.	Rodina	.....	45
1.5.2.	Funkce a poruchy rodiny	.....	46
1.5.3.	Současná rodina	.....	47
1.5.4.	Výchova	.....	48
1.5.4.1.	Styly rodinné výchovy	.....	48
1.5.4.2.	Výchovné postoje rodičů	.....	49
1.5.4.3.	Výchovné postupy předcházející poruchy chování	.....	49
2.	PRAKTICKÁ ČÁST	.....	51
2.1.	Cíl práce	.....	51
2.2.	Východiska praktické části na základě zahraničních poznatků	....	51
2.2.1.	Adolescence	.....	51
2.2.2.	ADHD v dospělosti	.....	52
2.3.	Vlastní šetření	.....	55
2.3.1.	Charakteristika zařízení	.....	55
2.3.1.1.	Nejčastější typy poruch vyskytujících se v zařízení	.....	56
2.3.1.2.	Vřazování žáků s poruchami chování	.....	58
2.3.1.3.	Specifika výchovně vzdělávacího procesu ve škole pro žáky s SPCH	....	60
2.3.2.	Charakteristika zkoumaného vzorku	.....	63

2.3.2.1. Počet žáků s ukončenou PŠD	63
2.3.2.2. Střídání škol	64
2.3.2.3. Diagnózy žáků	65
2.3.2.4. Ukázka zprávy z psychologického vyšetření vybraných žáků	66
2.3.3. Předpoklady	67
2.3.4. Metody šetření	67
2.3.4.1. Dotazník	67
2.3.4.2. Dotazník vlastního šetření	70
2.3.5. Zpracování sebraných dat	71
2.3.6. Ověření předpokladů	81
3. ZÁVĚR	83

SEZNAM PROSTUDOVANÉ, CITOVANÉ A POUŽITÉ LITERATURY
PŘÍLOHY

ANOTACE

Cílem diplomové práce je zmapování úspěšnosti bývalých žáků speciální základní školy v dalších školských zařízeních. Chceme zjistit, jakým způsobem ovlivňuje specifická porucha chování jejich adaptaci na nová prostředí.

V teoretické části jsou uvedeny poznatky vztahující se ke specifickým poruchám chování, se zaměřením na problematiku syndromu ADHD/ADD. Dále je zde popsán proces socializace ve všech věkových obdobích vývoje a rodina jakožto významný činitel při vytváření a formování základní společenských hodnot a postojů jedince.

Empirická část je zaměřena na provedení průzkumu absolventů Speciální základní školy pro žáky s SPCH, který se týká jejich úspěšnosti v dalším vzdělávání na středních školách. Následuje zpracování dotazníků s údaji vyplněnými rodiči absolventů SpZŠ pro žáky s SPCH, které byly použity k potvrzení či vyvrácení námi stanovených hypotéz

ANNOTATION

The goal of the dissertation is to map out the achieved success of former students from the special school for pupils with behavioral disorder in farther educational institutions. We would like to uncover how the surrounding adaptation is affected by the behavioral disorder.

In the theoretical part there are facts concerning the behavioral disorder focused on the ADHD/ADD syndrome issue. The process of socialization described in all stages and the family as a remarkable factor of generating the basic social values and approaches is below.

The empiric part is focused on research completion among former students of the Primary School for Children with Behavioral Disorder. It is concerned in student' success in further training at secondary schools. The process of question-forms with statements completed by former students' parents follows. These are applied either to confirm or refute the defined hypothesis.

ÚVOD

Když se v 60 letech začalo psát o dětech s lehkou mozkovou encefalopatií (LME), čímž měli autoři na mysli takové děti, které se ve svém chování vymykaly běžným zavedeným společenským normám, nikdo v té době nepřepokládal, že počet těchto dětí bude stále narůstat a čím dál víc bude třeba hledat, v čem spočívají příčiny jejich projevů.

Později se přijal název „lehké mozkové dysfunkce (LMD). Přijetím konceptu lehké mozkové dysfunkce našimi odborníky došlo ke změně chápání vývojových poruch v porovnání s konceptem lehkých dětských encefalopatií. Kromě posunu k psychologické či funkční rovině v definování těchto poruch došlo i ke změně chápání jejich etiologie.

Od roku 1992 se v zahraniční literatuře upustilo od termínu LMD a hovoří se o ADHD/ADD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder/Attention Deficit Disorder). Upřesňují se diagnostické metody a problematika jedinců s danou poruchou byla ještě podrobněji zpřesněna. Termín ADHD/ADD umožňuje tvoření dalších diagnostických kategorií.

Touto problematikou se zabývá řada autorů, kteří popisují různé projevy dětí, ale veškeré publikace a práce se vztahují především k dětem školního věku, tzn. k věkové hranici 6 -15 let. V současnosti se čím dál více hovoří o nárůstu počtu těchto dětí v běžných školách, kde je škola v jisté míře schopna za vhodných podmínek děti dále vzdělávat. Objevují se ovšem i děti s diagnózou takové hloubky, jež jim za stávajících podmínek téměř znemožňuje vzdělávat se na běžné základní škole, a je třeba pro ně vytvářet vhodné vzdělávací programy ve školách speciálních.

V odborné literatuře se velice zřídka setkáváme s popisem či jakýmkoliv statistickým vyjádřením zaměřujícím se na vývojový stupeň adolescence a na dospívání jedinců s ADHD/ADD, kteří ukončí povinnou školní docházku. Není proto zřejmé, jakým způsobem se vypořádávají se svým postižením a jak se dále zapojují do života.

Známé je členění, na kterém se shoduje většina českých i zahraničních autorů, udávající tři skupiny jedinců, u kterých dojde buď k pozdějšímu zrání centrální nervové soustavy, nebo ke kompenzování projevů poruch či k tendenci k antisociálnímu chování.

Ve své práci jsem se zaměřila na bývalé žáky speciální základní školy, kteří byli vzdělávání pomocí speciálních vzdělávacích metod, forem a prostředků práce, jejichž cílem bylo eliminovat výskyt negativních vzorců chování. Cílem mé diplomové práce je zmapování úspěšnosti dalšího vzdělávání bývalých žáků základní školy pro žáky se

specifickými poruchami chování v dalším školském zařízení (OU, SOU, SŠ,...). Zajímalo nás, jakým způsobem se budou schopni adaptovat na změnu školního prostředí a jaké jsou jejich další možnosti začlenění do života.

V této kapitole se zaměřujeme na poruchy chování, které vznikají jako následek odchylky od normy, přičemž zároveň se uvádí kritéria pro určitou část populace. Důležitá je zejména otázka, jaké podmínky musí být splněny, aby se jedinec mohl přizpůsobit a které příslušejí náležitě na přístup k problematice poruch chování a sociálně-ovocných odchylkách.

„Chování je souhrn všech vnějších projevů člověka... Zahrnuje sloky, vzorce i náhledy, postoje, úmysly, vnitřní, adaptivní i maladaptivní... U člověka je chování voličně, čili, určité, postupně, záměrné i nezáměrné, průběh, struktura, funkce a účel je odlišný od toho, jak se má jevit, jak se má chovat jako středně člověk...“ (Průcha, Walterová, 2001, s. 79)

„Chování je souhrn všech vnějších projevů člověka... Zahrnuje sloky, vzorce i náhledy, postoje, úmysly, vnitřní, adaptivní i maladaptivní... U člověka je chování voličně, čili, určité, postupně, záměrné i nezáměrné, průběh, struktura, funkce a účel je odlišný od toho, jak se má jevit, jak se má chovat jako středně člověk...“ (Průcha, Walterová, 2001, s. 79)

Člověk (1976, s. 49) uvádí, že chování je hodnocení obecně pomocí chování, a to jakýsi druh společného způsobu vědomí věku patří k:

- „včetně všech projevů (sloky, úmysly, vnitřní, adaptivní i maladaptivní)“
- „včetně všech projevů (sloky, úmysly, vnitřní, adaptivní i maladaptivní)“
- „včetně všech projevů (sloky, úmysly, vnitřní, adaptivní i maladaptivní)“
- „včetně všech projevů (sloky, úmysly, vnitřní, adaptivní i maladaptivní)“

Chování je souhrn všech vnějších projevů člověka... Zahrnuje sloky, vzorce i náhledy, postoje, úmysly, vnitřní, adaptivní i maladaptivní... U člověka je chování voličně, čili, určité, postupně, záměrné i nezáměrné, průběh, struktura, funkce a účel je odlišný od toho, jak se má jevit, jak se má chovat jako středně člověk... (Průcha, Walterová, 2001, s. 79)

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. CHOVÁNÍ

V této kapitole se zaměříme na poruchy chování, které vznikají jako negativní odchylky od normy, přičemž normou se rozumí kritéria pro určitou část populace. Domníváme se, že je tedy nezbytně nutné představit několik základních definic pojmu, z kterého bude celá práce vycházet a které přinášejí náhled na přístup k problematice poruch chování z pohledu různých odborníků:

„Chování je souhrn všech vnějších projevů člověka, ... Zahrnuje složky vrozené i naučené, složky záměrné i bezděčné, adaptivní i maladaptivní, ... U člověka je výsledkem vnitřních stavů, sociálních podmínek, záměrného i nezáměrného působení, situace. V psychologii je chování širší pojem než jednání, jež se chápe jako záměrné chování ...“
(Průcha, Walterová, Mareš, 2001, s. 79)

„Jsou to objektivně pozorovatelné, zachytitelné a měřitelné úkony, činnosti, reakce, formy jednání a konání (spolu) určované psychikou jedince. Formuje se vlivem učení a zkušeností. Dělí se na chování vrozené (instinkt) a získané; dále na chování rozumové, vědomé (kontrolovatelné) a neuvědomované (bezděčné). Chování adaptivní směřuje k přizpůsobení jedince prostředí a k uspokojení jeho potřeb, maladaptivní chování je jeho porušenou variantou.“ (kol. autorů, Všeobecná encyklopedie Diderot, sv.3, s. 303)

Sagi (1995, s. 49) uvádí východiska pro hodnocení obecné normy chování, a to pokud dítě způsobem přiměřeným svému věku projevuje:

- vědomí vlastní hodnoty (sebehodnocení /sebedůvěra/ sebevědomí),
- schopnost komunikovat,
- odpovídající sociální chování,
- inteligenci,
- schopnost respektovat obecně uznávané hodnoty.

Jsou-li tyto podmínky splněny, dítě je šťastné, může se radovat ze svého života. V případě, že se jeden z příznaků v chování dítěte projevuje způsobem, který neodpovídá jeho věku, nejedná se o dítě postižené, musíme předpokládat odlišné chování.

1.2. PORUCHY CHOVÁNÍ

Pod pojmem poruchy chování rozumíme negativní odchylky v chování některých osob od normy, kdy jedinec nerespektuje normy chování na úrovni, která odpovídá jeho věku a rozumovým schopnostem. Takové chování se projevuje v interakci člověka s prostředím, jehož je součástí.

„Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy dítě není schopné respektovat běžné normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností. Základním rysem těchto poruch je chování, kterým jsou v různé míře, opakovaně a dlouhodobě (alespoň šest měsíců) narušovány sociální normy“. (Vágnerová, 1999, s. 124)

O poruchu chování se, podle Vágnerové (1999), jedná v případech, kdy jedinec normy chápe, rozumí jim, ale nepřijímá je nebo se jimi nedokáže řídit, protože v dané chvíli nebo trvale není schopen ovládat svoje chování.

„Projevy chování dětí a mládeže, které nerespektují ustálené společenské normy, se vyskytují hlavně u sociálně narušené mládeže, ale také u jedinců s jiným typem postižení. K jejich vzniku přispívá vliv nevhodného nebo nedostatečného výchovného působení a vlivy sociální nebo určité dispozice osobnosti na podkladě centrálního nervového systému (v tom případě se označují jako vývojové nebo specifické poruchy chování, hyperkinetický syndrom, v poslední době pod vlivem americké odborné literatury rovněž jako syndrom ADHD, tj. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti provázená hyperaktivitou, popř. ADD, tj. Attention Deficit Disorder, tam, kde porucha pozornosti hyperaktivitou provázena není). Poruchy chování můžeme hodnotit podle jejich společenské závažnosti a důsledků pro život jedince, např. dětský vzdor, záškoláctví, toxikomanie, loupež.“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2001, s. 170)

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM – IV) popisuje základní rysy poruch chování jako *„Narušování práv ostatních, nebo hlavních sociálních norem odpovídajících věku dítěte. Termínu poruch chování používáme u dětí mladších 18ti let, u starších jen výjimečně, pokud jejich klinický obraz nesplňuje kriteria pro disociální poruchu osobnosti“*.

Disociální poruchou osobnosti nazýváme takovou poruchu, která je pro danou osobnost charakterizující a má dlouhodobý, někdy i trvalý ráz. Svými příznaky může být podobná nebo i splývat s disociální poruchou chování. (Michalová, 2004)

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje poruchy chování u dětí jako „opakující se a trvalý (v trvání nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte (např. krádeže, rvačky a krutost vůči lidem a zvířatům, opakované lži, záškoláctví, útěky z domova).“ (Říčan, Krejčířová a kol., 1997, s. 178)

Diagnóza F91 – Poruchy chování (podle MKN-10) zahrnuje:

F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině

F91.1 Nesocializovaná porucha chování

F91.2 Socializovaná porucha chování

F91.3 Porucha opozičního vzdoru

F91.8 Jiné poruchy chování

F91.9 Porucha chování nespecifikovaná.

1.2.1. Dělení poruch chování

Poruchy chování můžeme rozdělit podle hledisek vzniku, rozsahu, intenzity, frekvence výskytu, věku nositele, speciálně pedagogických hledisek atd.

1.2.1.1. Dělení podle vzniku

V širším slova smyslu lze poruchy chování rozdělit na specifické a nespecifické.

Pod pojmem **specifické poruchy chování** chápeme takové poruchy chování, které vznikají vlivem působení různých faktorů (exogenních a endogenních) na podkladě existujícího a prokázaného oslabení nebo změn CNS ve smyslu neurologického postižení. Do této skupiny poruch řadíme syndrom ADD (Attention Deficit Disorder, porucha pozornosti bez hyperaktivity) a ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti provázená hyperaktivitou).

Nespecifické poruchy chování tvoří, vzhledem k symptomům, podobnou skupinu poruch s tím rozdílem, že u těchto jedinců chybí organický podklad. Řadíme sem např. lhaní, krádeže, vloupání, záškoláctví, útěky z domova, toulání atd.

1.2.1.2. Dělení podle příčin

Podle příčin lze poruchy chování dělit na skupinu poruch vzniklých na podkladě nervové poruchy nebo psychického onemocnění a poruch chování vzniklé na základě výchovné nebo sociální narušenosti.

Skupina **poruch chování vzniklých na podkladě nervové poruchy nebo psychického onemocnění** vyžaduje včasnou diagnostiku a spolupráci s psychologem či psychiatrem. Řadíme sem např. neurózy s narušenou schopností přizpůsobit se společenskému prostředí a psychopatie, která postihuje celou složku osobnosti dítěte a projevuje se svými charakteristickými rysy, mezi které patří např. nevyváženost a disharmonie osobnosti. U dětí bývají častěji zastoupeny jen psychopatické rysy; dalším onemocněním jsou různé psychózy, které přinášejí narušení vztahu jak s sobě samému, tak k ostatnímu světu.

Poruchy chování na základě výchovné nebo sociální narušenosti zahrnují problémy vzniklé na základě narušeného vztahu k sobě i okolí. Jejich charakteristickým rysem je nesoustředěnost, impulzivita, nepřijetí společenských norem, nedostatky v citové oblasti a časté deprese.

1.2.1.3. Dělení podle intenzity

Zde rozdělujeme takové poruchy chování, které vznikly na základě výchovné a sociální narušenosti. **Vocilka (1994)** dělí chování na asociální a antisociální.

Asociální chování neodpovídá společenské morálce. Není orientováno proti společnosti, ale proti osobě původce. Jedinec se svým chováním vylučuje ze společnosti. Častými projevy asociálního chování jsou útky a toulání, záškoláctví, sebepoškozování, sebevraždy či toxikomanie.

Antisociální chování je chování, které ve svých důsledcích poškozuje společnost, je protisociální. Jsou to např. krádeže, loupeže, zneužití, znásilnění, ublížení na zdraví, až zabití.

V odborné literatuře se setkáváme s dalším stupněm chování vyjadřující jeho intenzitu. Projevuje se drobnými prohřešky proti řádům, nikoli však proti společenským hodnotám a normám (vzdorovitost, neposlušnost). Takové chování označujeme jako **disociální**. Při bližším rozboru ho můžeme zahrnout, dle našeho názoru, do kategorie chování asociálního.

1.2.1.4. Dělení podle společenské závažnosti

Vágnerová (1999) rozděluje poruchy chování v dětském věku na poruchy agresivní a neagresivní.

Neagresivní poruchy chování nespojují porušování sociálních norem s agresivitou. Při posuzování této poruchy je významná schopnost akceptovat a chápat normu chování. Patří sem útěky a toulání, plánované krádeže, záškoláctví a lži.

Agresivní poruchy mají závažnější charakter, neboť při nich dochází k násilí a omezování práv ostatních. Patří sem týrání, vandalismus a násilné chování.

Podle Vocilky, Vágnerové a dalších autorů dochází ke kombinování poruch, a proto je obtížné určit mezi nimi přesnou hranici.

Další dělení poruch chování

1.2.1.5. Další dělení

Pipeková (1998) dělí poruchy chování podle kritéria stupně společenské nebezpečnosti, věku, složky osobnosti a jako zvláštní skupinu uvádí děti se syndromem LMD.

Klasifikace poruch chování **podle stupně společenské závažnosti** má u nás nejstarší tradici. A.Zikmund rozdělil v roce 1930 mládež na podkladě velikosti mravní odchylky do skupin: mládeže mravně ohrožená, mravně narušená a mládež mravně vadná. V roce 1968 podává Vaněk první systematickou klasifikaci patologického chování a podle kritéria chování a věku jedince hovoří o: výchovných potížích mládeže, juvenilní delikvenci a kriminalitě dospělých. Klímová v roce 1978 vymezil z pohledu společenské závažnosti a mravní narušenosti tyto skupiny: asociální poruchy chování a antisociální poruchy chování. Nejčastěji se však u nás používá členění poruch chování podle stupně závažnosti na: chování disociální (nepřiměřené, nespolečenské, nenabývá sociální dimenze), asociální (je v rozporu se společenskou morálkou) a antisociální (veškeré protispolečenské jednání).

Poruchy chování můžeme dělit z **hlediska věku** na poruchy pro určitý věk typické a na poruchy, které se vyskytují ve všech nebo více věkových obdobích. Z hlediska kriminality je sledována nejmladší věková skupina – děti ve věku od 6 do 15 let. Pokud se v tomto období dítě dopustí nějakého činu, bývá to označováno jako prekriminalita, dětská delikvence, dětská kriminalita. Druhou skupinou páchající trestnou činností jsou mladiství

ve věku od 15 – 18 let. Hovoříme o juvenilní delikvenci (kriminalitě mladistvých). V tomto věku je nejsilnější vliv vrstevníků a party. Třetí skupinu tvoří jedinci nad 18 let. Jedná se o rozsáhlou trestnou činnost s častými recidivami. V této souvislosti hovoříme o kriminalitě dospělých. V této skupině ještě rozlišujeme tzv. mladé dospělé ve věku 18 – 23 nebo 24 let, kteří by měli být více ovlivňováni speciálně pedagogickými prostředky než pouhou represí.

Třídění podle **převládající složky osobnosti** se v mnohém prolíná s psychologickým tříděním. Podle klasifikace Kalibána (1978) tvoří nejpočetnější skupinu mravně narušené (obtěžně vychovatelné) mládeže: jedinci s antisociálními projevy, které jsou projevem nevyrovnanosti v období puberty a adolescence; jedinci s neurotickými problémy, osoby s psychopatickým vývojem, osoby s LMD a jedinci s duševním nebo jiným postižením. Vocilka (1994) rozděluje problémové jedince podle převládající složky osobnosti na: neurotické, psychopatické, sociálně nepřizpůsobené a osoby se sníženými rozumovými schopnostmi.

Poruchy chování u dětí se syndromem lehké mozkové dysfunkce. Pro vznik nespecifických poruch chování jsou nejvýznamnější tyto příznaky LMD: problematický kontakt s okolím, zvláštnosti v citové oblasti, nízká frustrační tolerance, sociální chování, které neodpovídá věku nebo intelektu, změny osobnosti.

1.2.2. Nejčastější projevy poruch chování

Chování dítěte je výsledkem působení mnoha faktorů formujících osobnost dítěte, které se pak odráží v sociální oblasti, tj. v rodině, ve škole i mezi vrstevníky. V případě, že na dítě působí více negativních vlivů a jeho primární obtíže nejsou správně vnímány a ovlivňovány, může se u něho rozvinout tzv. nespecifická porucha chování, která s sebou přináší sekundární problémy v chování, které se vyznačují následovně:

1. Nadměrné upoutávání pozornosti

Nadměrné upoutávání pozornosti je považováno za poruchu, když přetrvává do školního věku. Dítě se tak snaží prosadit v kolektivu a projevuje se častým šaškováním (klaunismus). Takové projevy můžeme pozorovat u dětí s pocitem méněcennosti a u dětí citově a společensky neuspokojených. Šaškování je častější u chlapců, což souvisí s horší přizpůsobivostí nárokům společnosti. Abychom děti od těchto projevů oprostili, je nezbytně nutné na ně nebrat zřetel a posilovat vědomí jistoty a hodnoty. **(Matějček, 2000)**

2. Negativismus

Přetrvává-li období vzdoru a umíněného chování, které je typické pro raný dětský věk ještě do školního věku, lze hovořit o signalizující nerovnoměrnosti duševního vývoje. Ta se projevuje neschopností akceptovat normy a požadavky v chování kladené na jedince. Negativismus může vzniknout jako důsledek LMD či neurotismu, ale stejně tak může být důsledkem nesprávné výchovy (kladení nepřiměřených či rozcházejících se požadavků).

Langer (2001) uvádí: odmítání názorů autorit, negativistické reakce projevující se odmítáním poslušnosti a odmlouvání, jako typické projevy negativismu.

3. Lži

Lež je nástroj, který dítě používá k úniku ze situace, která je mu osobně nepříjemná a kterou neumí samo řešit. Lži hodnotíme ve vztahu k vývojové úrovni dítěte.

U dětí předškolního věku mluvíme spíše o *vymyšlení a fantaziích*, které plynou z nepochopení významu lži. U dětí školního věku jde o *obranný mechanismus* spojený se zapíráním a omlouváním školních výsledků.

Pravá lež má hlavní motiv, a tím je úmyslné oklamání a vědomí nepravdy. Lhaním chceme dosáhnout nějakého cíle. Závažné jsou lži *záměrné* s úmyslem ublížit jiné osobě a dosáhnout osobního prospěchu bez ohledu na ostatní. Při hledání příčin se hodnotí frekvence lži, posuzují se specifické situace, při kterých se dítě lži dopouští. Je nutné posuzovat účel, který dítě vedl ke lhaní. Zabránit opakování lži lze pouze trvalým posilováním společensky žádoucích postojů a zdůrazňováním hodnot. **(Matějček – Dytrych, 1997)**

Ondráček (1999) vyzdvihuje nutnost zaujmout odmítavý postoj ke lži jako skutku, ne k autorovi lži.

4. Krádeže

Pokud je dítě na takovém stupni vyspělosti, kdy je schopno rozeznávat odlišný vztah k vlastním a cizím věcem, a dokáže se řídit sociálními normami, může se jednat o krádež. Podle **Vágnerové (1993)** je krádež charakterizována především záměrností.

Velmi závažnou poruchou socializace jsou krádeže promyšlené a plánované. Takové se vyskytují již u dětí středního školního věku.

Čin krádeže se podobně jako lež posuzuje z hlediska lidské morálky. **Mádrová (1998)** zdůrazňuje složitost posuzování těchto činů u dětí, jejichž morální hodnocení se teprve vytváří.

Matějček – Dytrych (1997) uvádějí tyto hlavní příčiny krádeží:

- Krádeže pro druhé, za účelem získání určitého sociálního statusu mezi vrstevníky.
- Krádeže pro sebe, za účelem uspokojování nižších potřeb plynoucích z nedostatků v citových vztazích v rodinném prostředí.
- Krádež za účelem naplnění silné citové služby o něčem, co je dítěti odpíráno jako zbytečnost či něco nevhodného.
- Krádeže pro partu, za účelem získání uznání party, jedinec dodržuje „normy“ party, a to mu přináší pocit sounáležitosti se skupinou.
- Krádež jako zážitek, kdy nedostatek podnětů a pocit nudy vedou k touze po nebezpečí a dobrodružství.
- Krádež za účelem pomsty člověku, který se mu zdá nespravedlivý. Motivací není zisk, ale poškození druhého. Projevem nemusí být odcizení věci, ale třeba jen urážky a provokace.

Vágnerová (1993) považuje za nejzávažnější krádeže prováděné opakovaně v partě, která je pro pachatele oporou.

5. Agresivita

Pojem „agrese“ a „násilné chování“ je chápán různými autory různým způsobem. Obsahy obou pojmů se často překrývají.

Agresivita je víceméně trvalá vlastnost, kterou v dané míře máme všichni. V širším smyslu ji chápeme jako cílevědomé jednání, jímž chceme něčeho dosáhnout. (**Janata, 1997**)

Encyklopedický slovník charakterizuje agresivitu jako: „tendenci k útočnému či nepřátelskému jednání vůči druhé bytosti, kolektivu, instituci apod. nebo vůči sobě samému“.

U chlapců začíná agresivita růst v raném dětství a vyvíjí se otevřeně, skrytě a v podobě srážek s rodiči (**Loeber, 1997, In: Koukolník, Drtilová, 2001**). V průběhu života je stabilní, tzn. Že agresivní jedinec v dětství bude s vyšší pravděpodobností

agresivní i v dalším životě. **Koukolník** a **Drtilová** (2001) uvádí, část násilně se chovajících dětí a dospívajících se v dospělosti násilně chovat přestává a část dospělé, násilně se chovající mužské populace se násilně začne chovat až v dospělosti.

Rozlišit můžeme agresivitu přímou (vtipkování, karikování, pomluvy, nadávky, ponižování) a nepřímou, dále na agresivitu přiměřenou a nepřiměřenou.

6. Šikanování

Šikanování definuje **Kolář** (1997) jako „úmyslné jednání, které je namířené proti jinému subjektu a které útočí na jeho lidskou důstojnost“. Je to zvláštní druh agrese a někdy je velice obtížné ho rozpoznat. Jejím základním rysem je úmysl. Samotné jednání může spočívat buď v bezprostředním konání pachatele, anebo v tom, že se pachatel nějakého jednání zdrží.

Příčiny šikanování mohou být:

- vrozený sklon člověka k násilí
- snaha ukázat druhým svoji tvrdost
- pokles hodnot přátelství a lásky
- nedostatek jiné činnosti

Agresory bývají častěji chlapci, ale ani dívky nejsou výjimkou. Na vzniku takového chování se podílí celá řada faktorů, mezi nimi: povaha dítěte, rodinné prostředí a s ním spojená péče a výchova, nízké sebeocenění a podpora party.

Obětí se stává dítě, které je dlouhodobě vystaveno útokům jiných a do tohoto postavení se dostalo náhodně a dočasně. Takové děti bývají úzkostné a tiché, nemají mnoho kamarádů ve škole a na ostatní působí dojemem citově a fyzicky labilních jedinců.

S agresory je třeba vytrvale pracovat, posilovat jejich empatické citění, naučit je používat některé sociální dovednosti a jejich aktivity směřovat k pomoci ostatním.

Kolář (1997) uvádí tyto typy patologického chování:

- a) fyzická agrese a používání zbraní
- b) slovní agrese a zastrašování
- c) krádeže, ničení a manipulace s věcmi
- d) násilné a manipulativní příkazy

Podle **Langera** (2001) dochází k vážným projevům šikanování zvláště později koncem prepuberty a v dalších obdobích dospívání a také u dospělých a to zejména formou psychického zastrašování.

7. Záškoláctví

Povinností dítěte je plnit povinnou školní docházku. Může se stát, že z nějakého důvodu tuto povinnost poruší. Důvodů k záškoláctví může být mnoho. Školní nezralost, neúspěchy ve školní práci, strach ze špatné známky, protest proti učiteli, strach z šikanování apod.

Kearney a Silverman (1990, In: Elliot, Place, 2002) došli k závěru, že u každého jedince je odmítání školy udržováno 1 – 4 významnými okolnostmi:

- 1) Vyhýbání se konkrétní obávané situaci či úzkost vztahující se ke školnímu prostředí.
- 2) Únik z nepříjemné společenské situace, kdy se problémy týkají neuspokojivých vztahů s ostatními lidmi. Svou roli hraje i hodnocení.
- 3) Chování vyvolávající pozornost okolí či jednání ovlivněné separační úzkostí. Cílem je zůstat doma s osobou blízkou.
- 4) Příjemné zážitky spojené s pobytem mimo školu.

Záškoláctví je porušení nebo odmítnutí povinností obraného nebo únikového charakteru. Pro nápravu je nezbytně nutné umět rozpoznat pravou příčinu konání. Na odstranění příčin by měli spolupracovat rodiče, učitelé a žák.

„Čím dříve, tj. v raném věku, se záškoláctví projeví, čím je častější a plánovanější, tím méně je příznivá prognóza nápravy“. (**Vágnerová, 1995**)

8. Útěky z domova a toulky

Útěkem dítě podniká únik z problémového nebo ohrožujícího prostředí. Stejně jako záškoláctví mají více příčin.

Útěky mohou být:

- Impulsivní – nepromyšlené, jednorázové; je to okamžitá reakce na určitý podnět (př. ponížení, nespravedlivý trest, ...).

- Plánované – důvodem jsou dlouhodobější problémy, z nedostatku citového zázemí, nepochopení okolím.

Příčiny toulky jsou obvykle hlubší a je často spojována s trestnou činností, užíváním drog apod. Osobnost dítěte se vyvíjí disharmonicky s psychickou deprivací jako následkem ochuzení citovými podněty.

9. Vandalismus

Pohnutkou k vandalismu je ničení bez jakékoliv příčiny (např. školního vybavení). Mimo jiné příčinou může být nedostatek podnětné činnosti a nuda.

10. Alkoholismus a drogová závislost

Podle MNK-10 (In: Pipeková, 1998) je syndrom závislosti na alkoholu chápán jako skupina jevů fyziologických (tělesných), behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se poznávání), v nichž má přijímání alkoholu u jedince větší přednost než jiné jednání.

Požívání alkoholu je v období dospívání spjata s větším rizikem než v dospělosti, neboť v období dozrávání je organizmus vnímavější na návykové látky, které právě v tomto věku mohou nejvíce narušit rozvoj celé osobnosti.

Droga je, podle definice Presla (1994) látka, která splňuje dva základní požadavky: 1) nějakým způsobem ovlivňuje naše prožívání objektivní reality, má tedy psychotropní efekt; 2) může vyvolat závislost. Závislost na droze se může vytvořit dvojího typu – fyzická a psychická závislost, která se projevuje:

- nezvladatelnou touhou po opakování braní drogy.
- tendencí ke zvyšování dávky.
- existencí abstinčního syndromu (= syndrom z odnětí).
- negativními důsledky pro jedince a společnost.

Za nejrizikovější skupinu jsou považováni děti a mladiství s nerovnoměrným vývojem osobnosti, jedinci nezralí, jedinci s nízkým sebevědomím či pocitem méněcennosti, nedostatkem zájmů či narušeným životním prostředím, ale i jedinci z prostředí, kde jsou zahrnováni nadměrnou péčí.

1.3. SOCIALIZACE

1.3.1. Pojem socializace

Volně řečeno lze socializaci označit jako celoživotní proces, v jehož průběhu si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování a jednání, jazyk, normy, kulturu, a začleňuje se tak do společnosti, přičemž proces socializace je určován jak vnějšími vlivy, tak vnitřními předpoklady jedince.

Skupina a společnost představují jak základní podmínku sociálního života jedince, tak mez jeho individuality. Jedinec postupně poznává normy dané společností a učí se jednat podle nich; tím se do dané společnosti včleňuje (Hrabal, 1992).

Socializace je „proces, kterým se jedinec začleňuje do sociální skupiny, přičemž si osvojuje normy ve skupině panující, její hodnoty, učí se sociálním rolím spojeným s určitými pozicemi a dalším dovednostem a schopnostem. Pokud jedinec pocítuje osvojené způsoby chování, postoje a představy jako svoje vlastní a samozřejmé, jsou tzv. internalizovány. ...“ (Jandourek, 2001).

Prostředkem socializace je sociální učení, tj. učení, k němuž dochází v rámci mezilidských vztahů, v rámci interakce. Dítě je pro takovou interakci vybaveno vrozenými socializačními dispozicemi. Další rozvoj v této oblasti už závisí na zkušenosti (tj. na specifické sociální stimulaci). Vrozená je jen základní aktivita, která slouží k tomu, aby upoutala pozornost a stimulovala rodiče k nějakému, obvykle dost specifickému chování, zaměřenému na dítě. Primární sociální interakce je tedy zajištěna mimo jiné i vrozenými předpoklady chovat se určitým, pro podporu této interakce žádoucím způsobem (Vágnerová, 1997).

Socializace osobnosti je uskutečňována záměrně a cíleně, ale i mimovolně působením přátel, kamarádů, médií, literatury atd. U každého člověka probíhá nepřetržitý proces sociálního učení, učení daného okolnostmi začleňování dotyčného jedince do různých společenských skupin a struktur. (Michalová, 2004)

Celý proces socializace dítěte se řídí identickými základními pravidly jako rozvoj ve všech ostatních oblastech. Mezi jednotlivými složkami vývoje existují těsné vztahy a vzájemné interakce. Rozvoj v jedné oblasti je stimulován vývojovým pokrokem v jiné a může být zároveň předpokladem dalších pozitivních změn (Vágnerová, 1997).

1.3.2. Socializace v jednotlivých vývojových obdobích

Následující kapitola byla volně zpracována podle autorů: **Vágnerové (1997), Langmeiera, Krejčířové (1998), Langmeiera (1991), Příhody (1970), Hartla (1993).**

1.3.2.1. Novorozenecké období

Novorozenecké období trvá přibližně 1 měsíc. Je to doba adaptace, během níž se dítě přizpůsobuje novým podmínkám. Učení novorozence je aktivizováno především v rámci sociální interakce. Nejvýznamnějším sociálním objektem je matka, jejíž chování má v této době vrozený charakter. Dochází k oboustranné adaptaci a postupnému rozvoji základního vztahu mezi rodiči a dítětem.

1.3.2.2. Kojenecké období

Kojenecký věk označuje první rok života dítěte. Dítě přichází na svět s určitými předpoklady reagovat preferencí sociálních podnětů. Svými projevy stimuluje obdobně dispozičně zajištěné chování dospělých lidí. To se pro dítě stává zdrojem sociální stimulace a nezbytným předpokladem dalšího učení. Rodiče i jiní dospělí jsou vybaveni vrozenými dispozicemi k takovému chování, které by rozvíjelo specifické schopnosti malého dítěte.

Sociální prostředí, tj. lidská společnost, je jednou ze složek světa, ve kterém dítě žije. Lidé, resp. všechny živé bytosti, mohou na dítě působit aktivně a selektivně. Sociální stimulace má větší význam než podněty z jiné oblasti, protože uspokojuje více základních potřeb.

Strach z cizích lidí a neznámých situací je v této době jedním z nejdůležitějších signálů normálního vývoje. Matka se stává prvním objektem, který je chápán jako trvalý. Jakmile toto dítě pochopí, začne si postupně uvědomovat i to, že je samostatnou bytostí.

1.3.2.3. Batolecí období

Batolecí věk zahrnuje dobu od jednoho do tří let života dítěte. Charakteristickým rysem této fáze je osamostatňování a uvolňování z různých vazeb a následná expanze do širšího světa. Schopnost snést a dokonce aktivně iniciovat separaci od matky je jedním z aspektů emancipace a představuje předpoklad pronikání do sociálního světa.

Socializace vede k osvojování si určitých sociálních rolí, tj. způsobů chování, které sociální okolí jedince očekává z hlediska jeho věku, pohlaví a společenského statusu. V převzetí a realizaci rolí je též vyjádřen vztah jedince k rolím. Sociální vztahy jedince, ať už to jsou postoje k jiným lidem či společenským institucím, událostem apod., v podstatě vyjadřují poměr jeho osobnosti k převzatým rolím.“ (Nakonečný, 1997)

Sociální role, které dítě získá, určují očekávání a požadavky, které k nemukají ostatní lidé. Tím je do určité míry sociálně predeterminován vývoj každého dítěte.

1.3.2.4. Předškolní věk

Předškolní období trvá přibližně od tří do šesti let. Konec se odvozuje od hlavního sociálního mezníku, nástupu dítěte do školy. Základním úkolem tohoto období je rozvíjení účelové aktivity, která musí být nějakým způsobem objektivně regulovaná, aby zůstala účelná. Dítě si postupně osvojuje základní normy chování, které mohou jeho aktivitu účelným způsobem regulovat. Poznat normy chování je jednodušší než se podle nich řídit. Tato schopnost závisí na rozvoji volních vlastností.

Normy chování

Kritéria pro určitou část populace se nazývají normou. Normy mají význam pro snadnější orientaci v prostředí, zejména sociálním. Jsou důležité i pro rozvoj osobní identity, protože umožňují vymezit obsah žádoucího chování. Hranice mezi tím, co je normální a co abnormální se zdá být často sotva postřehnutelná, obzvláště v oblasti poruch chování, a to jak specifického, tak nespecifického charakteru.

Individuální pojetí normy odráží osobnostní vlastnosti člověka. Nezanedbatelnou úlohu v tomto směru hraje i intelektová úroveň jedince a jeho informovanost v dané problematice. Dalším pohledem je funkční pojetí normy, kdy normálním se stává to, co je účelné. Tato norma je vázána na určitou situaci (Michalová, 2004).

Podle Koukolíka a Drtilové (2001) existuje pět teoretických pohledů na normalitu.

- Normalita jako zdraví neboli nepřítomnost psychopatologických příznaků – problém v interakci se společností a v kulturních rozdílech
- Normalita jako utopie – pohled klasické Freudovy psychoanalýzy, která považovala normální ego za „ideální fikci“

- Normalita jako soubor statistických průměrů v mnoha rozměrech – jako příklad lze uvést měření hodnoty IQ (inteligenční kvocient), kdy normální hodnota se pohybuje kolem 100 bodů
- Normalita jako proces – předpokládá vývoj člověka. To, co je normální teď už za několik let normálním být nemusí
- Pragmatický pohled na normalitu – normální jsou takové stavy a druhy chování, k jejichž zvládnání nejsou psychologové a psychiatři zvaní (**Orfer, Sabshin, 1991**
In: Koukolník, Drtinová, 2001)

Rozvoj sociálních dovedností

V předškolním věku se dítě učí také žádoucím vzorcům chování, které mají obecný charakter, tj. nejsou součástí jen některé role. Jde především o rozvoj prosociálního chování. Jeho rozvoj spočívá v kontrole agresivity, v rozvoji schopnosti empatie a s tím souvisí i nutnost potlačení vlastních aktuálních potřeb. Na rozvoji prosociálního chování se podílí rozvoj kognitivních kompetencí i vlastní emoční zkušenost, přičemž ta je ještě omezena vývojovou úrovní.

1.3.2.5. Školní věk

Vágnerová (1997) charakterizuje tento věk jako období od nástupu do školy, tj. asi od šesti až sedmi do jedenácti až dvanácti, kdy dítě přechází na druhý stupeň základní školy a pomalu vstupuje do puberty. Ve shodě s **Matějčkem (1994)** pak člení školní věk na:

- a) Raný školní věk – charakteristický adaptací dítěte na školu (trvá 2 roky)
- b) Střední školní věk – lze jej považovat za přípravu na dospívání (trvá přibližně 3 roky)
- c) Starší školní věk – neboli puberta (2. stupeň základní školy)

Socializace dítěte školního věku

V tomto věku nabývá na významu škola, která má svoje typické socializační požadavky. Společnost si vytváří představu určitého typu žáka, jehož znaky by měly mít všechny školní děti. Vytváří se určitá norma, která je sociokulturně podmíněna a je v dané společnosti stabilní. Dítě je ve škole vystaveno očekáváním, vyplývajícím z této normy, k jejímž respektování ho společnost tlačí. Jestliže dítě tyto normy nerespektuje, je

negativně hodnoceno a odmítáno. Některé děti však mají odlišné kompetence a jsou tak znevýhodněny.

1.3.2.6. Puberta

Puberta představuje takovou proměnu v životě jedince, která nějakým způsobem modifikuje všechny složky osobnosti. Je dalším důležitým sociálním mezníkem, kdy si jedinec volí další vzdělání, které již není povinné.

Podle Vágnerové (1997) se projeví nejvýraznější změny v:

1. *Sociálním poznávání* – nastávají velké změny v sebepojetí a sebehodnocení. Pubescent je schopen objektivní kritiky své osoby i s její negativní složkou. Jeho názory nejsou výhradně egocentrické a jsou diferencovanější.
2. *Sociální role pubescenta* – role je ovlivněna jeho zevnějškem a tendencí k emancipaci ze závislosti na rodině. Pubescent odmítá podřízenou roli a k dospělým je velice netolerantní, což se projevuje v přehnaném volání po rovnoprávnosti. Obecně se zvyšuje význam a vliv vrstevnické skupiny a nová role, kterou v ní získá má pro jeho identitu velký význam.
3. *Komunikaci s dospělým* – změnu v komunikaci pociťují oba komunikační partneři. Veškeré rozhovory většinou vedou k frustraci očekávání. U dospívajícího se projevuje sklon k věčnému argumentování, neschopnost a neochota naslouchat argumentům dospělých, popřípadě ochota komunikovat vůbec. V komunikaci s vrstevníky si vytváří charakteristické komunikační vzorce projevující se používáním ustálených obrátů.
4. *Pojetí norem a pravidel* – dochází k zpochybňování všeho, co bylo doposud považováno za platné, tedy i norem chování, zejména jsou-li prosazovány rodiči. V pubertě mají velký význam normy stanovené vrstevníky a pravidla skupiny mají většinou přednost před normami rodiny, resp. majoritní společnosti.

1.3.2.7. Adolescence

Toto období je druhou částí dlouhého úseku dospívání. Trvá přibližně od patnácti do osmnácti let, s individuální variabilitou v oblasti psychické a sociální. Vstup do této fáze je ohraničen pohlavním dozráním a dalšími dvěma mezníky v životě jedince. Jedním

z nich je biologického charakteru – pohlavní styk, zatímco druhý se vyznačuje ukončením povinné školní docházky. Během tohoto období dosahuje adolescent plnoletosti, což je chápáno jako mezník dospělosti. Období adolescence poskytuje jedinci čas a možnost, aby dosáhl předpokladů stát se dospělým ve všech oblastech, v nichž to současná společnost vyžaduje – v oblasti biologické, psychické a sociální.

Jedinec je čím dál více akceptován jako dospělý, a proto se od něj více vyžaduje chování, které by dospělosti odpovídalo. To se projevuje nejvíce v:

1. *Přijetí norem a pravidel chování* – adolescent normy akceptuje jako prostředek k regulaci chování, ale nemusí to znamenat, že se s nimi spokojí. Erikson v této souvislosti hovoří o autoidentifikaci (výběr vlastních norem a hodnot). Adolescent někdy běžné sociální normy a hodnoty nepřijme a dochází k tzv. antiidentifikaci s řádem společnosti.
2. *Komunikace* – objevují se nový komunikační prvek ve způsobu oslovování, kterým je vykání. To je považováno za důkaz dospělosti. Charakteristické znaky v komunikaci adolescentů se postupně vytrácí, vrací se ke komunikačním standardům.
3. *Sociální role* – Významně se mění role v rodině, kde se adolescent zbavuje subjektivně degradující role dítěte a stává se dospělým synem či dcerou se svými právy a povinnostmi. Profesionální role má nejprve přechodný charakter role studenta nebo učně, která předurčuje budoucí sociální zařazení.

1.4. SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ

Následující kapitola je důležitým teoretickým základem pro praktickou část této práce. Je proto nezbytně nutné důkladně vysvětlit veškerou terminologii vztahující se k dané problematice, popsat jednotlivé oblasti specifických poruch chování (dále SPCH), její příčiny, příznaky a kritéria, pomocí nichž tuto poruchu diagnostikujeme. Vzhledem k obsahu praktické části se v dalších podkapitolách zaměříme na projevy SPCH v období dopívání a jejich důsledků v oblasti adaptace dospělého jedince na sociální prostředí.

Specifické poruchy chování zahrnují poruchy chování, které vznikly na podkladě změn, oslabení či poškození, k němuž dochází v době vývoje a zrání centrálního nervové soustavy u člověka. Toto však zákonitě nemusí být podmínkou pro rozvoj poruch chování. Specifické poruchy chování jsou podmíněny narušením dílčích funkcí, které jsou odpovědné za řízení, regulaci a integraci různých projevů chování.

Děti s tímto postižením reagují nežádoucím způsobem, přičemž ale nejde o odmítání běžných norem chování, ale o neschopnost své chování ovládat. Specifické poruchy chování mohou být diagnostikovány již v časném dětství, a to nejpozději do 7 let, tj. do doby před nástupem do školy.

1.4.1. Etiologie specifických poruch chování

Příčina vzniku této poruchy je různá, může být způsobena vnějšími vlivy v prenatálním (infekční onemocnění matky, intoxikace, nedostatek kyslíku), perinatálním (mechanické poškození mozku, novorozenecká žloutenka, nedostatek kyslíku) a postnatálním období vývoje jedince (úrazy, infekční onemocnění do 2-6 let věku dítěte) nebo je způsobena vnitřními vlivy - hereditárně, kdy se projeví podmíněné dispozice k nerovnoměrnému zrání jednotlivých mozkových struktur.

Symptomy specifické poruchy chování mohou být velice variabilní a různě závažné. Je to porucha proměnlivá v závislosti na zrání a vlivech učení, které působí na jedince kompenzačně nebo naopak rušivě.

Podle Vágnerové (1999, s.280) se o poruchách chování obvykle mluví až ve středním školním věku, i když se u disponovaných dětí nebo za nepříznivých okolností

objevuje nežádoucí chování již v ranějším období. Takový projev může signalizovat budoucí závažnou poruchu, ale může mít i přechodné trvání u vývojové záležitosti.

SPCH postihují přibližně 3% populace, častěji se vyskytuje u chlapců než u dívek, což je dáno větší biologickou zranitelností chlapců a jejich nižší tolerancí ke specifickým školským požadavkům.

Tyl (1997) uvádí, že výskyt LMD za poslední léta vzrůstá, a to zhruba na 15% dětské populace. Tedy přibývá osob (dětí i dospělých), kteří jsou diagnostikováni pro některou z dysfunkcí.

1.4.2. Problematika LMD (lehká mozková dysfunkce)

V souvislosti se specifickými poruchami chování se vyskytuje v České republice nejednotná terminologie. V odborných knihách, časopisech i novinách se můžeme setkat s různým označením a pojmenováním velmi podobných symptomů: LMD (lehké mozkové dysfunkce) a ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou) či ADD (Attention Deficit Disorder, porucha pozornosti bez hyperaktivity).

Nevýhodou označení LMD je důraz na dysfunkci, tj. neschopnost obsaženou přímo v označení syndromu. Vymezení tohoto pojmu je velmi složitou otázkou, neboť zahrnuje široké pole příznaků. V popředí zájmu je příčina, která odpovídá za chování jedince.

Pojem LMD „představuje jakýsi sběrný koš pro všechny specifické vývojové poruchy dětského věku, kdy pod slovem specifické se skrývá vše, co není zjevně diagnostikovatelné.“ (Pazlarová In: Kucharská, 1996, s. 35)

V roce 1962 byl na konferenci v Oxfordu stanoven termín „lehká mozková dysfunkce“. Až do roku 1963 však nebyla sjednocena jeho definice, kterou vypracovala skupina odborníků v čele s Clementsem:

„LMD zahrnuje děti průměrné nebo nadprůměrné všeobecné inteligence s určitými poruchami učení a chování v rozsahu od nejlehčích až po těžké, které jsou spojené s deviací centrálního nervového systému. Deviace se mohou vyskytovat samostatně, nebo v kombinaci s oslabením percepce, řeči, paměti, kontroly pozornosti, zvýšenou impulsivností nebo poruchou motorické funkce“. (Clements, 1966, s. 9-10)

Komise současně definovala i etiologické faktory, které se mohou uplatnit při vzniku tohoto syndromu: „*Aberace mohou vzniknout z genetických nebo biochemických nepravidelností, z perinatálního mozkového poškození nebo z jiných onemocnění či poranění, vyskytujících se v období, které je kritické z hlediska vývoje a maturace centrálního nervového systému.*“ (Someroová, 1974: In kol. autorů, 2003)

Lehká mozková dysfunkce je: „*Starší označení pro poruchy učení a chování u dětí s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, u nichž je předpokládánou nebo prokázánou příčinou odchylka funkce centrálního nervového systému. Dnes se v podobném významu užívá termín hyperkinetický syndrom.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2001, s. 113)

1.4.3. ADHD/ADD

1.4.3.1. Historie ADHD

V manuálu DSM III (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti) uvádí v roce 1980 návrh změnu v užívání termínu ADD (Attention Deficit Disorder, porucha pozornosti bez hyperaktivity) na místo LMD. Ke změně dochází v roce 1987 a vychází se ze symptomatického popisu obtíží. K původnímu ADD se přidává výraz „hyperactivity“ a do povědomí se dostává termín ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou).

Název ADD/ADHD byl podle Mertina (1996, In: Kucharská, 1997) krokem ke změně náhledů na problematiku ve smyslu posunu k popisu chování jako rozhodujícího a dostačujícího předpokladu pro přidělení diagnózy.

„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních 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 spojené 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.“ (Barkley, 1990 In: Kucharská, 2000, s. 23)

Barkley (1998) rozděluje vývoj terminologie ADHD na pět period:

1. Mozkové poškození dítěte (1900 – 1950)

Prvními uznávanými autory, kteří se zabývali dětmi, které by dnes byly pravděpodobně diagnostikovány jako děti s ADHD, byli George Still a Alfred Tredgold. Still v roce 1902 popsal 43 dětí ze své klinické praxe, které charakterizoval jako děti agresivní, vzdorovité, nedisciplinované, nadměrně emocionální nebo vášnivé, které vykazují slabší vůli. Tyto děti popsal také jako mající problémy se zákonem, kruté a nečestné. Také si všiml, že tato specifická skupina dětí má těžké problémy s udržením pozornosti. Still v roce 1890 souhlasil s Jamesem, že nedostatek ve sféře pozornosti je jeden z klíčových prvků, jež stojí za tím, že tyto děti nemají morální kontrolu nad chováním.

Období minimální mozkové dysfunkce (u nás LMD) a minimálního mozkového poškození spadají do období, kdy se zrodil koncept mozkově zraněného dítěte (brain injured child). Právě zkratka MBD (minimal brain damage) znamená minimální mozkové poškození a druhý význam stejné zkratky znamená minimal brain disfunction. Tyto dva pojmy byly v 50. a 60. letech ztotožňovány.

V 50. a 60. letech vznikl koncept mozkově zraněného dítěte (brain injured child), kam spadá i pojem minimal brain dysfunction, jenž se do češtiny překládá jako lehká mozková dysfunkce, jež byl dříve ztotožňován s pojmem lehké mozkové postižení (minimal brain damage).

2. Zlatý věk hyperaktivity (1960 – 1969)

Na počátku této vývojové etapy se kritizoval termín MBD a tento také postupně ustoupil a místo něj se ujal termín syndrom hyperaktivního dítěte. Hyperaktivita byla v rámci DSM- II popsána jako vývojově nezhoubná, charakterizována nadměrnou aktivitou, neklidem, rozptýleností a krátkou dobou udržení pozornosti, zejména u malých dětí, s chováním obvykle slábnoucím od adolescence.

Převažující pohled do roku 1969 byl následující: hyperaktivita zůstala syndromem mozkové dysfunkce, i když menšího významu než se původně myslelo. Syndrom již nebyl připisován mozkovému poškození, místo toho jako převažující příčiny byly označeny mechanismy mozku. Prognóza byla formulována jako lehká, vývojově nepervazivní a děti z ní měly vyrůst pubertou. Léčba se soustředila na medikaci a psychoterapii ve spojení s minimálními podněty ve třídě.

(Pozn. slovo "pervazivní" znamená pronikající celou osobností člověka; jedná se o poruchy autistického spektra projevujících se v omezení schopností v oblasti sociální interakce, komunikace a imaginace.)

3. Teorie deficitu pozornosti (1970 – 1979)

Syndrom hyperaktivního dítěte byl rozšířen o impulzivitu, krátkou dobu pozornosti, nízkou frustrační toleranci, vyrušitelnost a agresivitu. Termín MBD (u nás LMD) byl kritizován, zejména pro nedostatek významné korelace mezi symptomy.

Na kritiku navázaly dvě významné osobnosti, jež přinesly nový pohled na teorii syndromu. Wender se zabýval MBD a popsal šest základních psychologických charakteristik syndromu - motorika, kognice - pozornost a vnímání, SPU – potíže v učení, kontrola impulsů, mezilidské vztahy, emoce.

Wenderův model byl překonán novými výzkumy a pohledem Souhlasové, která na syndrom pohlíží jako na model ztrát pozornosti (deficitu pozornosti). Syndrom byl přejmenován na ADD – Attention Deficit Disorder. V tomto období se začalo v USA s masivní medikací.

4. Diagnostická kritéria, nástup a pád deficitu pozornosti (1980 – 1989)

Toto období začíná vydáním DSM-III, kde se porucha objevuje pod pojmem ADD. Na ADHD se nahlíželo jako na vývojové, chronické postižení se silným biologickým a hereditárním zatížením mající za následek zhoršený školní i sociální výkon.

Terapie se zaměřila na dysfunkční rodiny a na zvládání vzteku u dětí a na nácvik sociálních dovedností.

5. Snímání mozkové aktivity, genetika a dospělí s ADHD (1990 – 1998)

Výzkumy na poli PET (pozitronová emisní tomografie), MRI (magnetická rezonance) a analýzy DNA ukazují, že ADHD je ovlivněno neurologickými a genetickými faktory spíše než vlivy prostředí.

Genetický výzkum odhalil, že původ ADHD je rodinný a pokud má rodič ADHD, pak je pravděpodobnost výskytu 57%, shoda výskytu u jednovaječných dvojčat je 81%.

Černá (1999) rozděluje světový historický vývoj konceptu LMD do tří etap.

1. Období prehistorie odborného zkoumání (1830-1930) - LMD, jak ji ustavili Gessel, Amatrudová, Strauss a Werner (mozkové poškození jako podstata a příčina projevů LMD) se stává podstatnou koncepcí.
2. Klasická éra zkoumání až do 60. let minulého století – tato éra je na jedné straně charakteristická prohlubováním poznatků, na straně druhé syntetizujícími pracemi nutnými pro terapii poruchy.
3. Poslední etapa trvá do současnosti - Pro současnost je typická mnohočetná podmíněnost LMD faktory biologickými, psychologickými a sociálními a co nejčasnější diagnostika.

1.4.3.2. Příčiny vzniku ADHD/ADD

Train (1997) vidí hlavní příčinu vzniku ADHD ve vrozených dispozicích dítěte. Mezi vrozené dispozice, které se podílejí na vzniku ADHD řadí: mozkové dysfunkce a dědičnost. Při mozkových dysfunkcích je narušena funkce neurotransmiterů a látek, které ovlivňují myšlení, cítění a schopnost koncentrace pozornosti. Jako nejednoznačné příčiny podílející se na vzniku ADHD uvádí: poškození mozku, alergie na stravu, otravu olovem a ostatní zdravotní faktory.

Riefová (1999) se ve své publikaci zmiňuje, že ještě ani dnes nemůžeme určit jednoznačnou příčinu vzniku ADHD/ADD. Hlavní podíl se v současnosti připisuje dědičnosti či jiným biologickým faktorům.

Možné příčiny ADD/ADHD dle Riefové (1999):

- genetické příčiny - v některých rodinách se ADHD vyskytuje opakovaně,
- biologické/fyziologické příčiny - řada odborníků popisuje ADHD jako neurologickou poruchu, která postihuje oblast mozku řídící zpracování impulsů a podílející se na schopnosti koncentrace,
- komplikace nebo poranění v těhotenství či při porodu,
- otrava olovem - např. ze znečištěného životního prostředí,
- strava - přímé spojení mezi složením stravy a ADHD zatím nebyl jasně prokázán,
- užívání alkoholu a drog v těhotenství.

Pokorná (2001) uvádí následující vlivy jako možnou příčinu vzniku ADHD/ADD:

- opožděné neurologické zrání,
- prenatální a postnatální poškození,
- zvýšený spád těžkých kovů a vliv radioaktivity,
- otrava olovem,
- vliv některých léků,
- vliv prostředí, především charakteristické rysy interakce mezi dítětem a rodiči.

Koukolík a Drtilová (2001) vidí příčiny vzniku ADHD v genetické zátěži, kouření nebo pití alkoholu v době těhotenství, které nežádoucím způsobem ovlivňuje mozek vyvíjejícího se plodu, a v působení nepříznivých sociálních vlivů, který se projevuje jako nesoulad mezi rodiči, rozpad manželství, kriminalita rodičů. Míru nepříznivého sociálního tlaku lze určit objektivním měření za použití tzv. Rutterova indexu psychosociální nepřízně.

1.4.3.3. Příznaky a diagnostická kritéria syndromu ADHD/ADD

Příznaky syndromu ADHD/ADD uvádí čeští autoři ještě ve smyslu termínu LMD. Společně se zahraničními autory se však shodují v příznacích projevujících se zejména v oblasti motoriky, emocionality, koncentrace a zvýšené impulzivity, jak je doloženo z níže uvedených definic:

Kučera (1961) uvádí jako časté příznaky změny nálad bez zjevné příčiny, impulzivitu, ochabování koncentrace pozornosti, zvýšenou pohyblivost, neobratnost v oblasti hrubé a jemné motoriky, poruchu prostorové orientace, poruchy myšlení atd.

Glós (1976) rozlišuje symptomy z hlediska pedagogického: hyperaktivita, poruchy pozornosti a schopnosti soustředění, emocionální labilita, percepční motorické oslabení, poruchy myšlení a řeči, neurologické příznaky.

Černá (1982) zmiňuje jako hlavní charakteristiky odchylky ve vnímání, motorice, pozornosti, myšlení, řeči, emocionalitě a chování.

Třesořlavá (1983) uvádí jako nejčastější příznaky: poruchy pozornosti, hyperaktivita, emocionální labilita, poškození percepce, impulzivita, duševní a fyzická unavitelnost, bolesti hlavy, infantilní chování, poruchy řeči a výslovnosti, SPU.

Sam a Michael Goldstein (1992, In: kol. autorů, Housarová (ed.), 2003) poukazují na vliv sociálního prostředí (narušená anebo neexistující interakce dítěte a okolí) na jeho sociální, emocionální problémy a obtíže v chování a učení.

Tyto poruchy znamenají především narušenou přirozenou interakci dítěte a rodinného prostředí, negativní modifikaci vzorců chování, nenaplnění základních lidských potřeb člověka. Zásadní význam ve smyslu pozitivního či negativního působení na dítě má rodina. Nevhodné nebo nepodnětné prostředí je rizikem rozvoje nesprávného chování nebo osobnostních charakteristik.

Train (1997, In: kol. autorů, Housarová (ed.), 2003) rozlišuje tři hlavní symptomy vyskytujících se u dětí s ADHD. Ty jsou doplněny o jednotlivá kritéria podle DSM IV:

1) poruchy pozornosti

- a) jedinec je neschopný zaměřit se na detaily
- b) problémy s udržením pozornosti při aktivitách ve volném čase
- c) jedinec neposlouchá osobu stojící přímo vedle něj
- d) není schopen postupovat podle instrukcí a dokončit zadané úkoly
- e) problémy s organizací aktivit, vyhýbá se úkolům vyžadující soustředění
- f) často ztrácí věci nezbytné pro plnění úkolů
- g) nechá se snadno rozptýlit vnějšími podněty
- h) v běžném životě se vyznačuje zapomnětlivostí

2) impulzivita

- a) jedinec často vykřikne odpověď, aniž by byla dokončena otázka
- b) potíže s vyčkáním, až na něj přijde řada
- c) často přerušuje ostatní a skáče jim do řeči (hry, konverzace)

3) hyperaktivita

- a) jedinec si často pohrává s rukama či nohama
- b) často opouští své místo ve třídě
- c) neustále pobíhá kolem dokola či leze po předmětech v situacích, kde je takové chování nevhodné (u adolescentů jde většinou jen o pocit neklidu)
- d) časté potíže s tichým vyplňováním volného času

- e) neustálé puzení k činnosti a pocit stálého podněcování k aktivitě
- f) často mluví

Specifické poruchy chování se diagnostikují podle znaků chování. Přesný výčet znaků uvádí Americký Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM – IV):

- Pokud je známek nepozornosti 6 a více a vyskytují se i známky C), jedinec pravděpodobně trpí *poruchou pozornosti*.
- Je-li známek hyperaktivity a impulzivity 6 a více (plus známky C), jedinec trpí pravděpodobně *hyperaktivní poruchou*.
- Má-li více než 6 znaků nepozornosti i hyperaktivity, jedinec trpí *kombinovanou poruchou pozornosti a hyperaktivity*. (Michalová, 2004)

Riefová (1999, s. 17) uvádí přehledně tyto projevy chování u dětí s poruchou pozornosti bez hyperaktivity (ADD) a s hyperaktivitou (ADHD) v tabulce č. 1:

Tabulka č.1 – Přehled poruch chování u dětí s ADD a ADHD

ADD	ADHD
<ul style="list-style-type: none"> • snadná rozptýlitelnost vnějšími podněty, • problémy s nasloucháním a s plněním pokynů, • potíže se zaměřením a udržením pozornosti, • potíže se soustředěním se na úkol a jeho dokončením, • nevyrovnaný výkon v práci, ve škole (jednou je schopen úkol splnit, podruhé ne; jeho výkon se mění neustále), • „vypínání“ pozornosti, což může vypadat jako „zasněnost“, • nepořádnost (žák ztrácí nebo nemůže najít svoje věci (sešity, tužky, knihy); na pracovním stolku a ve svém pokoji mívá dokonalou spoušť, 	<ul style="list-style-type: none"> • Vysoká míra aktivity: <ul style="list-style-type: none"> - vypadá, že je v neustálém pohybu, nenechá v klidu ruce ani nohy, vrtí se, padá ze židle, - vyhledává blízké předměty, s nimiž si hraje nebo je vkládá do úst, prochází se po třídě (nedokáže setrvat na místě). • Impulzivita a malé sebeovládání: <ul style="list-style-type: none"> - často něco vyhrkne, mnohdy nepřipadá - nemůže se dočkat, až na něj přijde řada - často skáče do řeči ostatním nebo je ruší - často nadměrně mluví, - dostává se do nesnází tím, že si věci nedokáže předem promyslet (nejdříve reaguje, pak přemýšlí), - nezřídka se zapojuje do fyzicky

<ul style="list-style-type: none"> • nedostatečné studijní dovednosti, • potíže se samostatnou prací. 	<p>nebezpečných činností, aniž by předem uvážil možné následky (např. skáče dolů z velké výšky, vjíždí na kole na silnici bez rozhlédnutí), proto se často zraní.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potíže s přechodem k jiné činnosti. • Agresivní chování, nepřiměřeně silná reakce na drobné podněty. • Sociální nevyzrállost. • Malá sebeúcta a značná frustrovanost.
---	--

1.4.3.4. Subtypy ADHD

- ADHD I – s převažující poruchou pozornosti, kognitivním deficitem - vyskytuje se rovnoměrně u obou pohlaví, základní příznaky ADHD, agresivita a poruchy chování jsou méně vyjádřeny. Častěji se vyskytuje deprese, úzkost, schizotypální organizace osobnosti, kognitivní a sociální obtíže.
- ADHD II – s převažující hyperaktivitou a impulzivitou - je častější u chlapců a k běžným příznakům vedle základních symptomů patří poruchy chování a agresivita. Častěji přetrvává do dospělosti a je u něj úspěšnější léčba stimulemi.
- ADHD III – s převažující poruchou chování a agresivitou - příznaky predisponují pacienty k antisociálnímu chování v dospělosti.
- ADHD IV – s deficitním systémem odměn - je spojen s vysokou impulzivitou a malou schopností empatie, je méně ovlivnitelný farmakoterapií.

1.4.3.5. Výskyt ADHD/ADD

Porucha je diagnostikována až kolem čtvrtého či pátého roku věku dítěte, a to z toho důvodu, že u dětí mladšího věku nemůžeme většinou příznaky dříve rozlišit, neboť děti málokdy vydrží u nějaké činnosti.

ADHD se mnohem častěji vyskytuje u chlapců než u dívek (v poměru 4:1 až 9:1). U dívek se často ADHD nerozpozná a častěji se u nich objevuje porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD).

Podle Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti postihuje 3-5% dětí ve školním věku. Další autoři udávají 8% výskytu ve školním věku, 2% výskytu v průběhu dospívání. (Koukolník, Drtilová, 2001)

DSM-IV odhaduje, že poměr chlapců a dívek s ADHD je 4:1.

Podle typu studie či použitého přístupu se liší odhadovaný výskyt ADHD. Odborná literatura uvádí hodnoty, že 3 až 5 % dětí je postiženo ADHD, ale odhad odborníků je 3 až 10 % dětí školního věku. (Riefová, 1999)

Jiní autoři uvádějí výskyt od 3 do 20 %. (Barkley, 1990; Shaywitz, 1995 In: Kucharská, 2000)

1.4.4. Jednotlivé vývojové stupně s charakteristikou ADHD

1.4.4.1. Novorozenecké období

Dítě s ADHD si již od okamžiku narození přináší do své sociální situace potíže, kterými si bez své viny a neuvědoměle vytváří konfliktní prostředí. Postoj matky k novorozenci s diagnózou ADHD ovlivňuje od počátku fakt, že si matka některé zvláštní projevy dítěte nedovede vysvětlit nebo že si je vysvětluje nesprávně. Děti s ADHD bývají neklidné, plačtivé, dráždivé, zlostné, mají přepjaté reakce, jejich stav se rychle mění, vyžadují zvýšenou péči. Matka se pak často cítí ve své roli nejistě, neví, zda zachází s dítětem správně.

Dítě s ADHD málo jí, je nenasycené a v důsledku toho se nachází ve stavu trvalého napětí a únavy. Subjektivně je pak příjem podnětů nepříjemný, dítě je nadměrně stimulováno, a proto je jeho aktivita zvýšená a nebývá smysluplná. (Vágnerová, 1993)

1.4.4.2. Kojenecké období

V porovnání s vrstevníky je obraz světa dítěte s ADHD nepřesný a chaotický. Jeho senzomotorický vývoj bývá opožděn, a to ve všech oblastech vývoje.

1.4.4.3. Batolecí období

Porucha pozornosti s hyperaktivitou se projevuje zejména ve zvýšené impulzivitě. Dítě se pohybuje zbrkle a často se zraňuje. Zjišťujeme opožděný vývoj pohybových schopností a řeči. Všechny tyto obtíže lze pozorovat v aktivitě, která je pro toto období

důležitá, ve hře. Dítě u ní dlouho nevydrží, často střídá činnosti, není schopné kooperativní hry a je z ní vylučováno vrstevníky. Objevují se problémy v oblasti jemné motoriky. Ve hře se odráží celá temperamentová složka osobnosti.

Batolecí období je typické pro tzv. fázi opozičního vzdoru, která je znakem normálního vývoje dítěte. Projevuje se v schopnosti uvědomění vlastního „já“. Toto fyziologické období je u ADHD dětí prodlouženo. (Vágnerová, In Třesohlavá, 1983)

U dítěte s ADHD je vzdor intenzivnější, často spojený se záchvaty vzteku. Dítě se těžko podřizuje řádu, nerado poslouchá. Přitom však projevuje zvýšenou vázanost na dospělé a vyžaduje jejich pozornost a péči. (Matějček, 1997)

1.4.4.4. Předškolní věk

S dětmi s ADHD se čím dál častěji setkáváme již v mateřských školách. Výskyt nepozornosti a hyperaktivity do 4 let věku dítěte nenaznačuje stálost syndromu ADHD v pozdějším věku. Pouze 48% dětí, jež byly v předškolním věku diagnostikovány jako ADHD, bude mít stejnou diagnosu i v pozdějším věku. Prevence a především pak náprava by měla přijít dostatečně brzy před započítím školní docházky, kdy případné kolizi se školou můžeme ještě předejít nebo ji alespoň zmírnit.

Tyto děti trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou, impulzivitou, poruchami spánku a usínání atd. Projevují se zbrklostí, jednáním bez rozmyslu, nedostatečnou koncentrací pozornosti, těkavostí, nočním pomočováním apod. Výrazný je též motorický neklid, vyskakování, vykřikování nebo naopak nápadná pomalost až apatie. Charakteristickým znakem dítěte s ADHD v předškolním věku je problematický vývoj řeči – opožděný vývoj, poruchy výslovnosti, zadržávání, pomalost. Tyto děti nás mohou překvapit výbornými znalostmi v určité oblasti a naopak neznalostí základních věcí. Celkové výkony dětí s LMD jsou velmi nestabilní

Děti s takovou poruchou jsou nadměrně náladové, vzteklé a málo adaptabilní. Jsou neposlušné, vzdorovité a odmlouvavé, zejména pokud jde o chlapce. Záchvaty vzteku jsou zvýšené oproti frekvenci a intenzitě v běžné populaci dětí tohoto věku.

Podle Riefové (1999) závisí způsob, jak děti s ADHD/ADD zvládají situace a jak se chovají, na konkrétním dni, situaci či konkrétní době. Je proto důležité najít pro dítě vhodnou metodu, kterou lze problémovému chování předcházet.

1.4.4.5. Školní věk

Škola znamená pro dítě s ADHD velikou zátěž; nové požadavky na chování, nároky na výkon. Nesmírně se tak rozšiřuje prostor pro konfliktní situace. Ve školním věku je častý rozpor mezi normální intelektovou kapacitou a nedostatečnou pracovní výkonností. Postoje okolí spolu se školním selháváním vedou k osamocení dítěte a rozvoji opozičního, vzdorovitého až delikventního chování, nebo k stažení, poklesu sebedůvěry, úzkosti, pocitům viny z vlastního neúspěchu, které mohou vyústit v sebevražedné jednání. Do dospělosti často přetrvává emoční nezralost, emoční labilita a sklon k impulzivnímu jednání. (Paclt, Florian, 1998)

Děti trpí také chudými sociálními dovednostmi. I když tyto děti vyvinou prosociální a vhodné chování, je to v takové intenzitě, že vyvolají odmítnutí, vyhýbavou nebo dokonce trestající reakci ze strany svých vrstevníků. Tento odpor tak prezentuje dezorientující situaci pro děti s ADHD, které se pokoušejí naučit vhodné sociální dovednosti, takže mnoho z nich mají běžně depresivní pocity a vnímají svou nedostatečnou sociální kompetenci.

Pouze menšina ze skupiny dětí trpících ADHD nemají sociální a jiné psychické poruchy a školní potíže (jejich hlavním problémem je pouze nepozornost a v důsledku toho nedobré školními výsledky) a ti pak v období adolescence dosahují nejlepších výsledků v porovnání s ostatními podskupinami ADHD. 30-45% z nich potřebují speciálně-pedagogickou pomoc.

1.4.4.6. Adolescence

Problémy tohoto období se nejvíce projevují v sociální oblasti. Jsou to zejména problémy s autoritami a vrstevníky projevující se nejvíce ve školním prostředí. Vývoj všech adolescentů se vyznačuje hledáním vlastní identity, které by mělo ústít v kladné sebepřijetí. U jedinců s poruchou chování bývá prožívání toto období ztíženo vnitřními i vnějšími vlivy, které na ně působí. Za nejvýznamnější vliv lze považovat působení rodiny a závažnost diagnostikovaného syndromu ADHD.

1.4.4.7. ADHD v dospělosti

Většina českých i zahraničních autorů se shoduje v poznatku, že ADHD je celoživotní diagnózou. Přesto se mohou její projevy v dospělosti značně lišit. Zatímco jedna třetina jedinců se jen s velkými obtížemi zařazuje do společnosti a jejich projevy často vygradují v antisociální až kriminální jednání, další dvě třetiny dospělých s ADHD se naučí projevy své poruchy kompenzovat, v lepším případě úplně vymizí v důsledku pozdějšího zrání centrální nervové soustavy.

Velkou roli v zvládnutí poruch chování v dospělosti hraje emoční labilita jedince vycházející z prostředí domova a rodinných vztahů, ve kterých dítě vyrůstalo, a v neposlední řadě jeho úroveň rozumových schopností.

1.4.5. Terapeutické a léčebné přístupy k ADHD/ADD

Hyperaktivita není projev nezralosti a děti z ní většinou spontánně nevyrostou, proto většina autorů zdůrazňuje precizní diferenciální diagnostiku pro správný léčebný postup u ADHD/ADD.

Terapie ADHD by měla zahrnovat různé přístupy a měla by být komplexní. Většina autorů rovněž zdůrazňuje interdisciplinární přístup, tj. přístup založený na spolupráci několika profesních skupin – psychologů, lékařů, učitelů, sociálních pracovníků atd. Chování jedince se může pozitivně změnit, pokud mu vytvoříme vhodné prostředí

Kratochvíl (1998) definuje terapii jako léčebnou činnost, působení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování a proces sociální intervence.

Terapie má za cíl zabránit vzniku a rozvoji poruch chování. Současné přístupy k ADHD/ADD jsou dva:

1.4.5.1. Kognitivně - behaviorální terapie (KBT)

Možný a Praško (1999, s. 31) uvádějí následujících deset charakteristických rysů KBT:

- *je krátká, časově omezená*
- *je strukturovaná, terapeut je aktivní a direktivní*
- *opírá se o vztah otevřené aktivní spolupráce mezi klientem a terapeutem*
- *vychází z teorií učení a teorií kognitivní psychologie*

- zaměřuje se na přítomnost
- zaměřuje se na konkrétní, jasně definované problémy
- stanovuje si konkrétní, funkční cíle
- zaměřuje se na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy
- uplatňuje vědeckou metodologii
- cílem je dosažení soběstačnosti klienta

Základní součástí KBT je vypracovávání „domácích úkolů“ klientem, aby byl schopen naučené dovednosti přenášet i do běžných situací, kde mu mohou pomoci.

1.4.5.2. Medicínský přístup

Pedagogicko- psychologická činnost je pouze částí poskytované péče populaci dětí s ADHD. Dalšími formami je farmakologická léčba, prováděná psychiatrem, v našich kulturních souvislostech poněkud znevýhodňovaná, s menší častostí než je tomu například v zahraničí.

Medicínský přístup je reprezentován farmakoterapií. Podporuje aktivitu nervových buněk (Tyl, Tylová, 2002). Kolem 70 % dětí s ADHD reaguje na léky dobře. Tyto děti se lépe koncentrují, jsou méně impulsivní a hyperaktivní

Lékem první volby jsou *stimulancia*, která zvyšují reaktivitu vůči stimulům a tím zlepšují pozornost, kognitivní a paměťové funkce. Stimulancia jsou účinná u 70–80 % dospělých pacientů s ADHD. Podávání stimulancií kontinuálně od dětství vykazuje lepší výsledky v dospělosti.

Z dalších léků jsou často používána *antidepresiva*, která ovlivňují psychomotorický neklid, poruchy nálady a úzkost. Tlumí hyperaktivitu, afektivní labilitu, zvyšují frustrační toleranci, snižují dráždivost a nepřímo zlepšují pozornost. Ojedinelá studie léčby ADHD prokázala snížení dráždivosti, agresivity, antisociálního chování, úzkosti a deprese. (Paclt, Florian, 1998)

1.4.5.3. EEG biofeedback

EEG biofeedback je další vysoce specifická metoda pro posílení žádoucí aktivace nervové soustavy, především pro trénink pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně (zklidnění impulzivity a hyperaktivity), zlepšení výkonu intelektu. (Tyl, 1999)

S touto metodou naši odbornou i laickou veřejnost seznámil PhDr. Jiří Tyl, který metodu do České republiky přivezl.

„EEG biofeedback je vysoce specifická metoda pro posílení žádoucí aktivace nervové soustavy, především pro trénink pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně (zklidnění impulzivitu a hyperaktivity), zlepšení výkonů intelektu.“ (Tyl, Tylová, 2002, s. 16)

Pomocí metody EEG-Biofeedback jsou snímány mozkové vlny klienta, které se pak zesilují. Průběh mozkových vln vidí před sebou na počítači „přeložený“ do podoby videohry, kterou hraje pouze silou své myšlenky. Mozek tak řídí sám sebe. Když narůstá aktivita v žádoucím pásmu vln, je dítě odměňováno body a zvukovým efektem. Když vzrůstá aktivita v nežádoucím pásmu, dítě odměny nedostává.

Terapeut na svém počítači sleduje výkon klienta a podmínky hry mu může zlehčovat nebo naopak ztěžovat. Tak mozek sám rozvíjí proces učení nových, vhodnějších frekvencí mozkových vln.

Účinek EEG biofeedbacku je trvalý, protože se *„jedná o učení – co se mozek při tréninku naučí, už se nelze „odnaučit“.“ (Tyl, Tylová, 2002, s. 16)*

Délka trvání tréninku záleží na závažnosti potíží a na věku. Podle závažnosti problémů je EEG biofeedback účinný v 60 – 90 % případů. U lehkých mozkových (poruch pozornosti, soustředění, poruch řeči, chování a učení) se v průběhu terapie zklidní chování, posílí sebeovládání a vůle. Zvýšením nervové regulace ustoupí impulzivita, neklid, roztěkanost a agresivita. Zlepší se chování jedince v mezilidských vztazích a jeho odolnost vůči stresu. U dětí trpících poruchou pozornosti došlo i ke zlepšení kognitivních funkcí a *„několik studií prokázalo statisticky průkazné zvýšení IQ.“ (Tyl, Tylová, 2002, s. 17)*

Tyto přístupy jsou dále ještě doplňovány individuální a rodinnou terapií, která se zaměřuje na zlepšení emoční přizpůsobivosti a na schopnost vyrovnávat se s problémy.

Terapii lze rozdělovat podle toho, v jakém prostředí je náprava, terapie nebo léčba uskutečňována:

- speciálně-pedagogická péče (zahrnuje formy nápravy, cvičení, poradenskou činnost i psychologickou činnost ve školství, v PPP,)
- psychologická péče (psychoterapeutická oblast činností v PPP, ambulanci nebo ve škole)

- psychiatrická a jiná lékařská péče (ambulance, klinika, psychiatrická léčebna)
- rodinná péče (rodina jako poskytovatel vhodné péče o dítě po intervenci v PPP)
- školní péče (individuální - prováděná speciálním pedagogem nebo psychologem; mediační vrstevnické programy ve škole řízené odborníkem, a zejména speciálně - pedagogický přístup k dětem při vyučování atd..)

1.4.5.4. Psychoterapeutické přístupy

Jedná se o léčebné působení na nemoc či poruchu psychologickými prostředky a dochází při ní ke změnám prožívání a chování klienta. Hlavním nástrojem léčby je slovo.

Kratochvíl (1998) rozděluje psychoterapii na:

- individuální - působení terapie je zaměřeno na jednotlivce
- hromadnou - terapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie na více pacientů současně
- skupinovou - využívá k terapeutickým účelům dynamiky vztahů mezi účastníky vytvořené terapeutické skupiny

M. Kavale-Pazlarová (1996, In: Kucharská) rozděluje formy nápravné péče a terapie poskytované v Pedagogicko-psychologických poradnách v Praze na:

- individuální náprava
- individuální psychoterapie
- skupinová psychoterapie
- psychoterapie s rodinou

Arteterapie

- **Šlemínová (2000)** charakterizuje arteterapii jako léčbu prostřednictvím obrazu. Využívá se zejména při léčbě neuróz, psychóz nebo různých závislostí.

Gestalt terapie

- Je to forma expresivní terapie zaměřená na přítomnost a na prožívání a vyjadřování emocí (**Kratochvíl, 1998**). Zaměřuje se na existenci člověka, jeho vztahy, pocity, jak je právě prožívá. Má tedy zážitkový charakter a je zacílena na osobní zkušenost klienta. Jejím cílem je převzetí odpovědnosti za svůj život, prožívání a rozhodnutí. Gestalt terapie je pro svůj tvořivý přístup uměním a zároveň systematickou vědou.

Videotrénink interakcí (VTI)

- V tomto přístupu se integruje více pohledů a zaměření, ve svém důsledku však, prostřednictvím komunikace, učí pozitivní změně. Sám o sobě však není samostatným terapeutickým přístupem.

Tato metoda vznikla v Nizozemí a její původní využití byla pomoc v domácím prostředí rodin. Postupem času se však přenesla do oblasti psychosociální sféry, školství a zdravotní péče. **(Beaufortová, 1997)**

Cílem metody je eliminovat negativní komunikační vzorec, a tím narůstají problematické chování dítěte prostřednictvím společné diskuze nad pořízeným videozáznamem.

V psychoterapeutickém vedení pacienta se zaměřujeme na posílení adekvátního sebevědomí, přijetí sebe sama a tím odpoutání se od projekce svých problémů do okolí a okolních lidí. Abychom mohli postupovat tímto směrem, je velmi důležitá týmová spolupráce všech pracovníků, kteří přicházejí do styku s pacientem.

1.5. VLIV SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ NA CHOVÁNÍ JEDINCE

1.5.1. Rodina

Rodina ve smyslu instituce vznikla na počátku dějin lidstva jako ochranné společenství, které chrání jedince před vnějším nebezpečím. Historicky pak byla rodina i místem vzdělávání, kde dítě získávalo vědomosti, dovednosti a návyky.

Rodina je primární sociální skupina, nejvýznamnější součást společenské mikrostruktury, která má rozhodující vliv na utváření bezprostředních vztahů jedince a společnosti.

Obecně lze říci, že rodina je společenství, které se uskutečňuje na společném biologickém, ekonomickém a kulturním základě ve vlastním materiálním a duchovním prostředí. **(Kraus, 1978)**

Rodina je založena na vztahu muže a ženy, na vztahu rodičů a dětí a na plnění rolí vyplývajících ze společenských norem. Rodina je zapojena do širokého společenského systému, k němuž patří příbuzenstvo, přátelé, sousedé, škola a další, kteří rodinu obklopují, jsou s ní ve styku a nějakým způsobem ji ovlivňují.

1.5.2. Funkce a poruchy rodiny

Podle **Dunovského (1986)** měla rodina ve svém vývoji řadu funkcí, které se postupně vyvíjely a přeměňovaly se. V dnešní společnosti plní rodina několik základních funkcí.

- Funkce biologicko – reprodukční
 - narození jedince geneticky vybaveného po rodičích, a to do rodiny. Nejlepší formou je plánované rodičovství; chtěné děti mají lepší perspektivy budoucího vývoje než děti nechtěné
 - poruchou této funkce může být odmítání rodičovství jedním z partnerů či v důsledku narození dítěte s postižením
- Funkce ekonomicko – zabezpečovací
 - nejen materiální zabezpečení rodiny, ale i v oblasti sociální, duševní až duchovní; poskytování životní jistoty svým členům.
- Funkce emocionální
 - základem této funkce je citová soudržnost členů rodiny-. Tyto vztahy jsou velice důležité, kdy v některých rodinách převažují hmotné faktory nad emocionálními
 - poruchy emocionality bývají příčinou většiny rodinných poruch. Dítě ztrácí citové zázemí, pocit bezpečí a jistoty
 - rodinný rozvrat, sociální opuštění, nezáměr rodičů či dokonce týrání a zneužívání se může projevit u dítěte poruchami chování, disharmonickým vývojem osobnosti atd.
- Funkce socializačně – výchovná
 - spočívá v kvalitě péče o dítě, ve výchově, v porozumění požadavkům dítěte a jeho potřebám a hlavně v přijetí dítěte takového, jaké je
 - tato funkce může být porušena ve chvíli, kdy se rodiče o dítě starat nemohou (nemoc, úmrtí rodičů), nedovedou (nezralost rodičů) či nechtějí (porucha osobnosti rodičů) – v tomto případě nejčastěji dochází k poruše ve všech složkách osobnosti dítěte: psychické, sociální a somatické
 - v extrémním případě se projevuje *hostilita* rodičů vůči dítěti (týrání, zneužívání), jejímž důvodem je psychopatologická osobnost rodičů
 - opakem je pak péče *nadměrná*, jejímž důsledkem je nesamostatnost dítěte či jeho neurotizace

Neplní-li rodina základní požadavky dané společenskou normou, mluvíme o poruchách rodiny. Podle **Dunovského** (1986) můžeme rodiny rozdělit do čtyř kategorií:

1. rodina funkční – zajišťuje dobrý vývoj dítěte; asi 85% všech rodin
2. rodina problémová – závažnější poruchy funkcí rodina, které nemají vliv na rodinný systém a vývoj dítěte; 12 – 13% rodin
3. rodina dysfunkční – porucha ohrožuje a poškozuje rodinu jako celek, zejména pak vývoj dítěte; 2% rodin
4. rodina afunkční – velké funkční poruchy ohrožující zdraví či život dítěte; 0,5% rodin

Pokud rodič nedokáže přiměřeně reagovat na dětskou potřebu bezpečí, dítě si nevytvoří žádoucí postoj a neuspokojenou potřebu pak zdůrazňuje zesilováním emočních projevů, nebo ji naopak potlačuje. Čím je dítě starší, tím se negativní reakce projevují častěji.

1.5.3. Současná rodina

Podmínka dobrého fungování rodiny ve vztahu k dítěti je uspokojovat jeho biologické, psychické a sociální potřeby. Pokud některé z těchto potřeb nejsou uspokojovány, vznikají obtíže a stresy, dítě je postupně frustrováno až deprimováno.

Současnou rodinu ovlivňuje mnoho významných činitelů. Jedním z nich je demokratizace vztahů, jejímž důsledkem je vznik partnerských vztahů na místo původních patriarchálních či vznik neúplných rodin.

Podle **Matouška** (1997) děti z neúplných nebo špatně fungujících rodin hůře prospívají v tělesném vývoji, mají horší výsledky ve škole, často se dopouštějí trestné činnosti, obtížněji zakládají nové rodiny jejich rozvodovost je vysoká.

Dalším faktorem je závislost rodiny na společnosti. Společenské faktory ovlivňují sociální nepřizpůsobivost nejen dětí, ale i dospělých. Nové změny ve společnosti vedou k negativním důsledkům v jednání. Pro zdravý vývoj jedince jsou důležité kladné vzory, které formují chování.

V současnosti u nás dochází k demografickému stárnutí a úbytku obyvatel. Silné ročníky odkládají rodičovství za účelem zvýšení kvalifikace a využití nových možností. (**Večerník, Matějů, 1998**).

Společnost i jednotlivec očekávají od rodiny plnění funkcí, které s sebou přinesl historický vývoj. Rodina je považována za primární sociální skupinu, protože celoživotně formuje a utváří osobnost člověka. V případě absence rodiny jedinec intuitivně hledá náhradní společenství.

1.5.4. Výchova

„První podmínkou dobré výchovy je porozumět dítěti“. (Langmeier, Matějček, 1974)

Podle Matějčka existuje pět základních psychických potřeb životně důležitých pro dítě, které musí být uspokojována, má-li se dítě vyvíjet v psychicky zdravou osobnost. Pokud jsou mu dlouhodobě odepřeny, začne být psychicky deprimováno.

1. potřeba náležitého přísunu podnětů
2. potřeba určitého řádu a smyslu v podnětech
3. životní jistoty (citové a sociální vztahy)
4. potřeba společenského uplatnění a identity
5. potřeba otevřené budoucnosti

Campbell (1992) považuje za nejdůležitějšího činitele vliv rodičů, prostředí domova a jeho atmosféru. Chování dítěte nezávisí jen na rodinném prostředí, ale ovlivňují ho také jeho vrozené povahové rysy. Ty ho sice budou provázet celý život, ale mohou se vlivem prostředí změnit nebo alespoň upravit. Pro dítě je tedy důležitější, jakým způsobem je o ně pečováno, než jeho povahové rysy.

1.5.4.1. Styly rodinné výchovy

Výchovným stylem rozumíme celkovou formu jednání rodičů vůči dětem. Rodičovské výchovné styly se mohou v průběhu času měnit. Pro některé děti je daný výchovný styl natolik stresující, že hledají uspokojení v závadových skupinách vrstevníků. Obecně lze říci, že existují tři základní výchovné přístupy:

1. autoritativní výchova – tento výchovný přístup nerespektuje individualitu dítěte
2. liberální výchova – spočívá v ponechání volnosti jednání; vyžaduje, aby rodiče byly pro děti vhodnými vzory
3. demokratická výchova – předpokládá respektování vzájemné součinnosti v rodině a spolupráci

Je třeba si uvědomit, že ačkoliv je mnohdy příčinou poruch chování chybný výchovný styl, jeho změna nestačí. Je nezbytně nutné vycházet z Matějčkovy klasifikace psychických potřeb, se zvláštním zaměřením na potřebu nastolení a dodržování určitého řádu, a systematicky toto chybné chování ovlivňovat.

1.5.4.2. Výchovné postoje rodičů

Výchovné postoje k dítěti se tvoří ve složitém procesu souvisejícím s celým vývojem osobnosti vychovatele. V jejich utváření spolupůsobí celá řada faktorů, mj. vztah k rodičům, inteligence a vzdělání, žebříček hodnot,...

Matějček (1992) uvádí tyto výchovné postoje:

- výchova zahrnující – často probíhá ve skryté formě, typické pro rodiče dítěte s postižením; dítě je trestáno a utlačováno (vědomě i nevědomě)
- výchova zanedbávající – setkáváme se s ní u rodin žijících na nízké socioekonomické úrovni a v rodinách běženců; děti nemají pevně stanovené hranice, nemají povědomí povinnosti
- výchova rozmazlující – představuje nezdravé citové lpění na dítěti, rodiče se stávají otroky svého dítěte a brzy přicházejí o autoritu; výsledkem je nesamostatné dítě
- výchova úzkostná – přílišné ochraňování dítěte, strach z ublížení; dítě je neerotizováno a zbavováno vlastní iniciativy, je frustrováno v základních psychických potřebách aktivity, volnosti a stimulace
- výchova perfekcionalistická – přepjatá snaha rodičů, aby jejich dítě vynikalo, dítě se stává nástrojem kompenzace jejich vlastní neuspokojenosti; dítě se projevuje obrannými postoji
- výchova protekční – snahou rodičů je, aby dítě dosáhlo těch hodnot, které oni pokládají pro život výhodné a významné, dítěti se ve všem pomáhá a odstraňují se mu z cesty veškeré překážky

1.5.4.3. Výchovné postupy předcházející poruchy chování

Rodiče i ostatní vychovatelé se musí vyzbrojit velkou trpělivostí. Je nutný laskavý, tolerantní a současně do určité míry i důsledný přístup. Výchova by měla směřovat k získání pozitivních vzorců chování. Vychovávající musí být schopen přijmout dítě takové,

jaké je, s jeho chybami a nedostatky. Je důležité zaměřit se na podporu kladů dítěte, ne jeho nedostatků. Rodiče mu musí dát najevo, že si ho cení jako osobnosti svými činy a postoji.

Hodnotit je třeba i snahu a dílčí zlepšení, ne jen konečný výsledek. Vychovatel nejen chválí, ale hlavně průběžně povzbuzuje, a to proto, aby se v něm rozvíjela odvaha vypořádat se s obtížnými úkoly. Dítě získává pocit vlastní ceny, která posiluje jeho sebedůvěru.

Pro dobrý vztah je jedním z důležitých prvků vzájemný respekt v rodině, vznikající ze vzájemné lásky a úcty. Toho lze dosáhnout nastolením přátelské atmosféry a velkým množstvím společně tráveného volného času, který posiluje rodinu jako celek.

Dítě potřebuje mít někoho, komu může důvěřovat, a tak si vytvářet kladné pocity, které ho přibližují k ostatním lidem. Některé děti dokáží využívat svých citů k manipulaci jiných lidí a tímto dojít k uspokojení svých potřeb.

Na rozvoj osobnosti má vliv i postavení dítěte mezi sourozenci. Ovlivňuje je vzájemné soutěžení, vzájemná odlišnost i nestejná výchova ze strany rodičů. Přehledná a jednoduchá pravidla, rituály a rutina pomáhají dětem se orientovat ve společnosti a získávat určitá stanoviska.

Dítě s projevy ADHD je nutné přijmout takové, jaké je. Pochopíme-li jeho situaci, můžeme přizpůsobovat vnější prostředí jeho potřebám. Rodiče by se měli snažit, aby dítě nebylo vystavováno situacím, ve kterých pravděpodobně neuspěje nebo ve kterých je pravděpodobný výskyt nežádoucího chování

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce je zmapování úspěšnosti bývalých žáků speciální základní školy v dalších školských zařízeních. Chceme zjistit, jakým způsobem ovlivňuje specifická porucha chování jejich adaptaci na nová prostředí.

2.2. VÝCHODISKA PRAKTICKÉ ČÁSTI NA ZÁKLADĚ ZAHRANIČNÍCH POZNATKŮ

K stanovení výše uvedených cílů jsme byli vedeni následujícími teoretickými poznatky z oblasti vývoje jedince s ADHD v období adolescence a dospělosti.

2.2.1. Adolescence

Případnými podstatnými obtížemi této vývojové úrovně je slabá školní práce a výkony, sociální problémy s vrstevníky a s autoritami, nízká sebeúcta. Je pravděpodobné, že porucha bude mít vliv na osobní spokojenost, sebepřijetí, a proto se otázka problémů sebeúcty stává v tomto období stěžejní, a to až do rané dospělosti.

V období adolescence se kromě výše uvedených potíží přidávají problematičtější témata identity, fyzického vývoje a zjevu, vrstevnického přijetí nebo vztahu k druhému pohlaví. Vyskytuje se také vyšší užívání a zneužívání drog a alkoholu.

Prediktorv výsledků dosažených v adolescenci:

Žádný prediktor sám o sobě není mimořádně významný v předpovědi výsledků adolescentů s ADHD.

- 1) K výkonům se pozitivně vztahuje socioekonomická úroveň rodiny a obecná úroveň inteligence dítěte, zejména studijních výsledků a úrovní zaměstnání.
- 2) Stupeň, do kterého děti zažily vztahové problémy s vrstevníky, naznačuje budoucí úroveň zkušenosti s problematikou mezilidských vztahů v dospělosti.
- 3) Stupeň agresivity a poruch chování v dětství predikuje slabší výsledky v mnoha různých oblastech adaptace, jež zahrnuje: slabší školní výsledky, společenské vazby a vztahy a zvýšené riziko zneužívání drog.

- 4) Stupeň rodinné patopsychologie, zejména rodinné anamnézy ADHD, přítomné v rodinách dítěte s ADHD souvisela se zvýšeným rizikem psychických a emočních problémů dětí s ADHD až do dospělosti.
- 5) Stupeň konfliktů a nepřátelství ve vztazích rodičů s dětmi je významně spojen se stupněm, do kterého se tyto konflikty, stejně jako obecně agresivní chování, objevují v adolescenci.
- 6) Stupeň ADHD v dětství je spojen pouze se stupněm školní úspěšnosti v adolescenci.

2.2.2. ADHD v dospělosti

Klinický obraz poruchy se v jednotlivých vývojových etapách mění a znalost průběhu onemocnění je pro stanovení diagnózy v dospělosti nezbytná.

Podle studie vypracované na Psychiatrické klinice 1. LF UK se ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) vyskytuje u 5–8 % dětí školního věku a podle různých studií u jedné třetiny až jedné poloviny pacientů přetrvává část obtíží do dospělosti. Příznaky ADHD se tedy vyskytují nejméně u 2 % dospělé populace. **(Pacit, Florian, 1998)**

Denckl (1976) vypracoval studii, kde u 31 – 66 % dospělých přetrvávají příznaky ADD/ADHD z dětství.

Koukolík (2000) uvádí, že prognóza ADHD je závažná. Přibližně 11 % dětí s ADHD bude mít alespoň jeden z hlavních příznaků syndromu i v dospělosti a asi 8 % dětí bude v dospělosti postiženo zcela vyvinutým syndromem. Nejnovější prokázaný názor je ten, že ADHD je považováno za rizikový faktor pro pozdější vývoj jedince.

Studium a texty **Weisse a Hechtmana** (1984), kteří se jako jedni z mála zabývali vývojem hyperaktivních dětí v dospělosti, došli k závěru, že problémy ADD/ADHD přetrvávají u 50 – 65 % osob, kteří dosáhnou dospělosti.

Barkley (1998, s. 202) hodnotí kritéria pro poruchu ADHD, vzhledem ke skutečným problémům a symptomům v dospělosti, nedostatečně citlivou.

- 18-28% má antisociální poruchu osobnosti (Antisocial Personality Disorder),
- 10-20% trpí poruchou zneužívání psychotropních látek (Substance Abuse Disorder),
- 67% z ADHD dětí nemají v dospělosti žádnou psychiatrickou diagnózu.

Další výzkumy v oblasti ADHD ukazují, že:

- 80% dospělých si stěžuje na neurotické příznaky - úzkost, smutek, somatické potíže,
- 75% udává problémy v mezilidských vztazích,
- 10% dospělých se pokusí o sebevraždu,
- 5% tento pokus nepřežije nebo mají smrtelnou nehodu.

Na základě současných poznatků definují **Tyl, Tylová (2002)** tři skupiny dospělých s ADHD, ještě ve smyslu LMD, u kterých:

1. Dochází k pozdějšímu zrání centrální nervové soustavy, a to bez následků. Tento jev je patrný přibližně u jedné třetiny dospělých s ADHD, přibližně od čtrnácti let věku dítěte. Patrně v této době začnou dozrávat dosud nedostatečně vyvinuté mozkové buňky, čímž dojde k lepšímu uvolňování neurotransmiterů. Zejména sem řadíme ty jedince, kteří trpěli nezralostí nervového systému v důsledku předčasného porodu či nízké porodní váhy.
2. U druhé třetiny jedinců příznaky ADHD přetrvávají, přičemž se je naučí kompenzovat. To znamená, že neurofyziologický obraz se nemění, ale vnější projevy mohou vymizet. Velký vliv na správnou kompenzaci má dobré výchovné (rodinné i školní) působení na dítě v průběhu vývoje a míra jeho intelektových schopností..
3. U třetí třetiny dospělých s ADHD, u kterých nedošlo k pozdějšímu zrání CNS ani k zvládnutí nových kompenzačních návyků, se často setkáváme se sociálními problémy. Těžko se přizpůsobují v povolání a velice obtížně se společensky zařazují.

Výše zmiňovaní autoři zastávají názor, že u většiny osob s ADHD (LMD) jde, bez odborné nápravy, o takzvanou „celoživotní diagnózu.“

Emocionální adaptabilita dospělých s ADHD je závislá na úzkém vztahu k emočnímu prostředí domova, zejména k psychickému zdraví členů rodiny, citové stabilitě a inteligenci. Školní úspěšnost závisí na kombinaci následujících faktorů: inteligence, hyperaktivita, chudý výchovný styl, socioekonomický status rodičů a citové prostředí doma. Výskyt ADD/ADHD od dětství a jeho přetrvávání v dospělosti s sebou často přináší negativní zkušenost se vzdělávacími institucemi. U této skupiny osob najdeme vyšší počet odložení povinné školní docházky, opakování ročníku, vyloučení ze

školy či nedokončení studia. Významnou roli zde hraje kombinace poruch pozornosti a specifických poruch učení (dále SPU), projevující se v problematickém zvládnutí školního trivía.

Páchání trestných činů je spojeno s citovou nestabilitou v dětství, méně s inteligencí, hyperaktivitou, socioekonomickým statusem, duševním zdravím členů rodiny, citovým prostředím v rodině a rodičovskou hyperprotektivitou. Stejně faktory jsou spojeny s výskytem zneužívání drog.

Zahraniční autoři se shodují v častých projevech ADHD v dospělosti. Mezi nejčastější řadí nedostatky v oblasti sociálních dovedností a přidružené psychické problémy.

Weiss a Hechtman (1984) naopak tvrdí, že kombinace poznávacích schopností - inteligence a emoční stability (agrese, nízká frustrační tolerance a vyšší citlivost) s rodinným prostředím (duševní zdraví členů rodiny, citové prostředí) a výchovné styly - jsou výrazným prediktorem úspěchu v dospělosti.

Dospělí s ADD/ADHD častěji trpí neurotickými příznaky jako jsou úzkost, smutek, a somatické problémy. Častěji u nich nalezneme citové poruchy, poruchy osobnosti (antisociální a hraniční poruchy), mají potíže v sociálních a komunikačních dovednostech. Poměrové rozdíly pohlaví ADHD v dospělosti jsou 1,8:1 až 2,6:1 ve prospěch mužů. Zvýšený stupeň problémů s ADHD je spojen se zvýšeným rizikem výskytu deprese. Závislost na drogách se u dospělých pohybuje mezi 32-53%.

Zneužívání prášků, antisociální chování až kriminální chování uvádí autoři **Hechtman, Weiss, & Perlman (1984)** jako časté projevy chování některých dospělých se syndromem ADHD. V této oblasti můžeme jen těžko zobecňovat, nicméně výskyt takových projevů je velice pravděpodobný u určitých skupin jedinců. Dále je nezbytně nutné zmínit nedostatek v oblasti sociálních dovedností a sebevědomí.

Jestliže není syndrom ADHD rozpoznán, diagnostikován, a proto neléčen, mohou se objevit i další psychiatrické poruchy, které vyžadují další léčbu v podobě medikace nebo psychoterapie. (**Ratey, Greenberg, Bemporad, & Lindem, 1992**).

Silver (2000) uvádí jako nejčastější projevy ADHD v dospělosti neschopnost adaptace a dalšího fungování jedince ve společnosti, které s sebou přináší nejružnější

důsledky. Mezi jinými například obtíže v hledání zaměstnání a zařazení se do pracovní činnosti., problémy se sebekázní a sebekontrolou, problémy v oblastech každodenních činností.

Obtíže v oblasti sociálních dovedností a adaptace mohou být velice stresující a mají negativní vliv na vznik dobrých vztahů mezi jedinci. Proto je u jedinců s ADHD větší pravděpodobnost výskytu rodinného násilí, rozvodů nebo opakovaného uzavírání manželství.

2.3. VLASTNÍ ŠETŘENÍ

2.3.1. Charakteristika zařízení

"Speciální základní škola pro žáky se specifickými poruchami chování" vznikla 1. 1. 1998 jako právní subjekt, jehož zřizovatelem se stalo MŠMT ČR. Na základě probíhajících změn škola přešla od 1. 1. 2001 pod správu Magistrátu hl. m. Prahy.

Škola má celopražskou působnost a je jediným plně organizovaným školským zařízením tohoto typu na území Prahy a celé ČR, řídí se *vyhláškou č. 73/2005, Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*, a *vyhláškou č. 48/2005, Sb. O základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky*. V současné době má 160 žáků ve 16-ti třídách, kde mohou žáci plnit docházku v plném rozsahu.

Klientem se stává dítě, které má diagnostikovanou poruchu chování. Převažující diagnózou pro vřazení jsou poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou, impulzivitou, poruchy sociální interakce, adaptace a komunikace.

Obecně lze říci, že společným znakem dětí vřazených v tomto typu školy je jejich nepřijetí širším okolím (rodina, škola, vrstevníci). Děti v důsledku svého handicapu mají problémy nebo přímo selhávají v navozování a udržování sociálních vztahů, ve vztazích k autoritám. Okolí hodnotí jejich vnější projevy chování jako obtížné, problémové nebo nepřijatelné. Komunikace těchto dětí je narušena v nejširším smyslu slova.

2.3.1.1. Nejčastější typy poruch vyskytujících se v zařízení

1) Syndrom ADHD s impulsivitou

Tento syndrom podle Diagnostické statistické příručky Americké psychologické společnosti (DSM – IV) postihuje 3 – 5 % dětí školního věku. V klientele žáků SpZŠ se vyskytuje cca v 80%.

Děti, které tento syndrom postihuje, bývají nápadně neklidné, nesoustředěné, s neschopností udržet si pozornost, chovají se jako by neposlouchaly, co jim kdo říká, nerespektují instrukce, určenou práci často nedokončí, mívají problémy s časovou i prostorovou organizací zadaných úkolů. Často ztrácejí své osobní věci a školní pomůcky, rozptylují je i slabé podněty, jsou zapomnětlivé.

Příznaky hyperaktivity se projevují neklidem končetin a trupu, vybíháním z místa, nápadným hlukem, neustálým mluvením a doprovodnými gesty.

Impulzivita se vyznačuje častým skákáním do řeči jiných lidí, netrpělivostí vyčkat, až na ně dojde řada, neschopností kontrolovat a tlumit své projevy, častou výbušností a neadekvátními reakcemi i na malé podněty. Dítě se snaží strhnout na sebe pozornost, jeho práce je hodnocena jako neuspořádaná, nepečlivá, nepromyšlená.

Poruchy pozornosti se vyznačují tím, že dítě není schopno se soustředit, koncentrovat svoji pozornost, nevydrží u jedné činnosti, nejeví o něco trvalý zájem. Zadanou práci nedokončí, má problémy při naslouchání, není schopno plnit více instrukcí, je snadno vyrušitelné a unavitelné.

2) Hypoaktivní dítě

V klientele žáků je jejich počet výrazně nižší než dětí hyperaktivních. Objevuje se u nich porucha pozornosti a impulzivity, ale v opačném pólu. Mívají velmi pomalé pracovní tempo, jsou snadno a často unavitelné, upadají do tzv. „denního snění“, mívají obtíže v navazování sociálních kontaktů a s komunikací s vrstevníky i dospělými.

3) Děti dlouhodobě hospitalizované (pro somatickou nebo psychickou poruchu)

Tato skupina zahrnuje děti, které tráví delší časové údobí v nemocnicích, dětských léčebnách a ozdravovnách. Často mění kolektiv nebo se v důsledku své nemoci či postižení do kolektivu svých vrstevníků dostávají později nebo se tam vůbec nedostanou. Určité drobné změny osobnosti nastávají při většině dlouhodobých onemocnění. U dětí bývá ochuzena oblast zájmů, motivace, bývají pasivnější. V souvislosti s chronickým

onemocněním se mohou vytvořit pocity méněcennosti, převažuje celkový útlum nebo naopak nadměrná kompenzace jako výrazné a neadekvátní sebeprosazování.

4) Děti s rysy autismu

Do této kategorie řadíme děti, u nichž převažují problémy v sociální oblasti, které vyplývají z jejich poruchy. Dítě obtížně vyjadřuje svá přání, pocity, problematicky vytváří nové komunikační vzorce, nesnadno chápe pro ně „nové“ situace. Vyžaduje určité stereotypní vazby, často se uzavírá do svého vlastního světa. Skupina vrstevníků toto dítě nedokáže přijmout, proto intenzivně vnímá jeho odlišnost až bizardnost.

Nejčastější skupinou žáků s autistickými rysy jsou žáci s Aspergerovým syndromem. Vzhledem k charakteru svého postižení však mívají problémy v sociálních vztazích, zejména pak ve vztazích s vrstevníky. Vlivem velmi úzce specializovaných a pro ostatní děti těžko pochopitelných zájmů i jisté sociální neobratnosti se tak děti s AS dostávají do sociální izolace, která může během dospívání vést až k rozvoji deprese. Intelekt dětí s AS se ale obvykle pohybuje v pásmu průměru až nadprůměru a tato porucha by nikdy neměla být diagnostikována člověku s IQ pod 70. (Hrdlička, Komárek, 2004) Děti s AS mají často na svůj věk velmi neobvyklé a intelektuálně náročné zájmy, vzhledem k nimž se jejich chování může laikovi jevit jako schválnost či následek špatné výchovy.

5) Děti s emočními problémy a obtížemi v chování

Neurotické obtíže mění chování i prožívání dítěte. Dítě je v trvalém napětí, prožívá úzkost a strach. Reaguje podrážděně, přecitlivěle, mívá problémy v sociální adaptaci.

Tato skupina zahrnuje především děti s úzkostnými a neurotickými projevy, které reagují na nové věci přemrštěnými reakcemi, mají zvýšenou emoční dráždivost nebo úzkostnou až nepřiměřenou fixaci na určitou osobu.

Často se jedná o děti spíš samotářské, sociálně hůře adaptované, mívají sníženou sebedůvěru a aspiraci. Ve školním prostředí se chovají nejistě, mívají panický strach ze selhání, neúspěchu, často reagují slovy: "nemohu, neumím, nezvládnou, nechci, mám strach". Obvykle po prožití prvních úspěchů reagují neadekvátně, bez radosti. Učí se úspěch zažívat.

6) Děti, jejichž problémy vyplývají z nepodněného rodinného prostředí

Do této kategorie řadíme děti s nedostatečnou výchovou z rodin s nízkou sociokulturní úrovní, tzv. „děti ulice“. Citově chladné rodiny nebo rodiny alkoholiků, psychopatologických rodičů nejsou schopny svým dětem poskytnout citovou oporu a dostatečnou stimulaci. Důsledkem toho vznikají problémy na základě narušeného vztahu k sobě a svému okolí, školu nevyjímaje.

Charakteristickým rysem je nepřijetí, ale i absence znalosti společenských norem, impulzivita, deprese, nízká motivace pro vzdělávání, apod..

7) Děti s SPCH v kombinaci s SPU

Specifické poruchy učení neklasifikujeme jako samostatnou kategorii, ale jejich symptomy prostupují všemi výše zmiňovanými skupinami.

Některé projevy poruch chování (odmitavost, slovní agrese, nechť ke škole, nízká frustrační úroveň) vznikají jako sekundární projevy SPU, zvláště u dětí, kde byla diagnostikována v pozdějším školním věku či tam, kde náprava SPU chyběla vůbec.

U dětí v této škole se porucha chování v kombinaci s SPU vyskytuje přibližně v 50%.

Je běžné, že symptomy jednotlivých poruch se často kombinují, a vzájemně ovlivňují. Obecně lze říci, že tyto děti málokdy zažívají úspěch, selhávají doma i ve škole.

Charakteristiky poruch a jejich projevy se vzájemně prolínají. Jejich přesné odborné diagnostikování je předpokladem a zároveň nedílnou součástí procesu vřazení dítěte do školy.

2.3.1.2. Vřazování žáků s poruchami chování

Do tohoto typu školy jsou vřazování pouze ti žáci, kteří mají z nejrůznějších důvodů problémy s chováním.

Jedná se o skupinu problémových dětí z rodin sociokulturně handicapovaných, kde rodinné nepodněné prostředí vytváří podmínky pro asociální chování. Dále je to skupina dětí, jejichž společenská adaptabilita je natolik snížena, že nejsou schopny dodržovat školní řád a režim školy, neméně významnou je skupina dětí s poruchami sociální interakce, adaptace, s narušeným mravním vědomím. V neposlední řadě sem patří i

skupina dětí psychicky deprimovaných, kteří nedovedou pracovat samostatně a potřebují stálý dozor, vedení a podporu.

Vřazení každého žáka do této školy by mělo předcházet kvalifikované stanovení diagnózy, která by zachytila co možná nejpřesněji rozsah a hloubku jeho problémů a to v co nejranějším stádiu vývoje poruchy chování. Platí zde obecná zásada: "čím dříve, tím lépe a snadněji". Návrh na vřazení žáka probíhá na základě doporučení pedagogicko-psychologické poradny, školního psychologa stávající školy, eventuálně dětského psychiatra, střediska výchovné péče nebo speciálně pedagogického centra, a to vždy bezpodmínečně se souhlasem rodičů nebo zákonného zástupce dítěte. Na základě této praxe zde neprobíhá zápis do prvního ročníku způsobem obvyklým na běžných základních školách.

U dětí, kde se vyskytují problémy zásadního charakteru již v předškolním věku, je nejvhodnější vřazení již v prvním roce školní docházky, tyto děti pak mají větší naději na úplnou adaptaci a na úspěšné zvládnutí školní docházky.

Žák je přijat do školy na diagnostický pobyt v délce trvání až šest měsíců (Vyhláška. 73/2005, Sb.). Po celou tuto dobu je stále žákem své kmenové školy.

Diagnostický pobyt je určen hlavně k upřesnění diagnózy nebo k potvrzení její správnosti. Problém nemusí být odhalen v předškolním věku, ale může souviset s výchovným stylem v rodině, nebo spočívat v nezájmu o dítě vůbec.

V případě stanovení diagnózy na organickém podkladě, který je častější u chlapců, bývá původní škola v počátcích k takovému žákovi tolerantnější. V jiných případech je žák ve škole označen za problémové dítě. Ne všechny projevy poruchy jsou patrné a zřetelné během ambulantních vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně. Teprve diagnostický pobyt na škole pro žáky s SPCH, v podmínkách malého třídního kolektivu za spolupráce týmu odborníků (speciální pedagog - etoped, školní psycholog, výchovný poradce) se daří postupně sestavovat co nejpřesnější obraz o dítěti. Nermalou měrou k tomu také přispívá častý kontakt s rodiči (zákonnými zástupci) a rozhovory s nimi.

Před ukončením diagnostického pobytu vypracuje třídní učitel spolu se zainteresovanými kolegy "Zprávu o diagnostickém pobytu", která je podkladovým materiálem k rozhodnutí o vřazení či nevřazení žáka do školy.

Ředitel speciální základní školy po předložení a prostudování všech vyčerpávajících materiálu s konečnou platností rozhodne o přijetí, či nepřijetí žáka a prokazatelným způsobem (písemně) předá toto rozhodnutí rodičům a kmenové škole.

Může nastat situace, že žák není do školy přijat z těchto důvodů:

- nepřesnost původní diagnózy
- potíže žáka přesahující odborné možnosti školy
- nedostatek kapacity školy

V případě nepřijetí se škola nezbavuje odpovědnosti a hledá vhodnou školu takového typu, která by lépe vyhovovala speciálním vzdělávacím potřebám žáka.

Za předpokladu, že se dítě stane kmenovým žákem školy pro žáky s SPCH, může zde plnit školní docházku v plném rozsahu (1.- 9. ročník), nebo může v kterémkoli období přestoupit na základní školu běžného typu, pokud se problém upraví nebo je-li to přání rodičů.

2.3.1.3. Specifika výchovně vzdělávacího procesu ve škole pro žáky s SPCH

Obraz dítěte s poruchou chování je natolik rozmanitý, že práce s ním vyžaduje velmi citlivý a profesionální přístup. Každý pedagog volí metody a formy práce podle svých profesionálních a osobnostních možností. Ty pak modifikuje především podle osobnosti svých žáků. Kromě klasických a běžně užívaných metod, forem a prostředků výchovně-vzdělávací práce uvádíme některá specifika, která se aplikují při vzdělávání dětí s poruchou chování.

1) Zvýraznění všech metod vedoucích ke zpevnění žádoucích prvků chování

Chování učitele ovlivňuje chování žáka a má tak přímý vliv na vlastní. Cílem je, aby děti pracovaly v uvolněné atmosféře bez napětí, v důvěryhodném prostředí. Dítě přichází do školy velmi často s narušeným vztahem ke vzdělání a škole jako instituci. Prvotním úkolem je, prolomit tuto bariéru a otevřít komunikaci v širším slova smyslu, nebo-li začít spolupracovat. Dítě je nutné za drobnost pochválit, protože na základě prožití kladné emoce dochází ke zpevnění žádoucích projevů chování. Učitel vědomě užívá kladného zpevňování, pojmenovává jednotlivé jevy, pokud možno negeneralizuje. V klidu a jasně dětem sděluje svá očekávání, čímž jim pomáhá daným

situacím rozumět, toto se jeví jako základní předpoklad pro správné plnění úkolu a tudíž o možnost dalšího ocenění. Případné impulsivní chování učitel netrestá, usměrňuje jej neverbální a verbální cestou.

2) Zvýšená míra tolerance vůči vnějším projevům chování zapříčiněných poruchou

Učitelé jsou zvyklí tolerovat odlišné projevy chování způsobené poruchou. Nejedná se o lhostejnost, nýbrž o vědomý nadhled. Je nutné si uvědomit, že odmítání a nepřiměřené reakce dětí jsou obranné reakce na často pro ně nepřehledné nebo neřešitelné situace. Tento přístup je možný za předpokladu důslednosti, tzn. dodržování stanovených pravidel a řádu. Normy a pravidla musí být jasně vymezeny a jednoznačně vysvětleny, aby bylo dítě schopno uvědomit si jejich překročení a z toho vyplývající důsledky. Pro učitele je důležité naučit se předcházet afektivnímu jednání dítěte na základě sledování spouštěcích mechanismů, event. umět odvést pozornost jiným směrem.

3) Strukturalizace činností

Potíže s roztěkaností a udržením pozornosti často dětem znemožňují nejen zadanou práci dokončit, ale mnohdy i začít. Osvědčuje se tzv. *strukturování činností*, které spočívá v jasné a jednoznačné instrukci při zadání úkolu. Dále následuje učitelovo utvrzení se v tom, že děti přijaly a pochopily zadání. Děti potřebují okamžitou zpětnou vazbu a potvrzení správnosti dílčího výkonu, aby byly schopny a především motivovány pokračovat v práci. Celkový výkon je nutné zhodnotit co nejdříve, pokud možno před dítětem, aby získávalo okamžitou zpětnou vazbu. Je třeba se soustředit na úspěchy a správnost provedení, než na soustavné upozorňování na případné chyby.

4) Individuální přístup

Charakteristiky, jimiž se děti navzájem liší a které mohou ovlivňovat jejich chování jsou zvláštnosti biologické, psychologické a sociokulturní. Učitelé musí tyto odlišnosti respektovat a k jednotlivým zvláštnostem (zdravotní stav, integrita osobnosti, temperament, emotivnost, tempo a styl učení) přistupovat individuálně. Důraz na individuální práci umožňuje především nízký počet žáků ve třídě a koordinovaná spolupráce dvou pedagogů v rámci školní třídy, či kooperace s ostatními pedagogy. Tento přístup nezbytně zahrnuje seznámení se s dokumentací, s osobnostními rysy dítěte, s poznáním rodinného prostředí, ze kterého dítě pochází. V

rámci potřeby (a nejen u specifických poruch učení) je možné a často využívané vypracování tzv. **individuálního vzdělávacího plánu** pro dané dítě na určité časové období, a **širší slovní hodnocení**.

5) Odlišná struktura vyučovací hodiny a vyučovacího dne

Chování a prožívání žáků ovlivňuje nepřeberné množství podnětů a impulzů (od klimatických podmínek až po lékovou medikaci). Tyto faktory ovlivňují průběh celého vyučovacího dne. Je nutné, aby volba činností, zadávání samostatné práce i tempo práce se podřizovalo momentální situaci vzhledem ke schopnosti dětí koncentrovat se na zadanou činnost. K tomuto účelu slouží zavedení odlišné struktury vyučovací hodiny a vyučovacího dne.

6) Rozvíjení komunikačních dovedností ve vztahu k dospělým

K tomuto cíli slouží organizování rekreačních pobytů v přírodě, výjezdy na hory, pobyty na školách v přírodě, ozdravné pobyty u moře, časté návštěvy divadelních a filmových představení, výstav a exkurzí. Tyto akce, které připravují sami pedagogové jim umožňují trávit s dětmi delší časový úsek v odlišných podmínkách než nabízí prostředí školní třídy.

7) Volnočasové aktivity jako prevence sociálně patologických jevů

Zde máme na mysli aktivity dětí, které vedou a organizují učitelé a pracovníci školy v odpoledních hodinách. Každý den probíhá blok různých aktivit podle zájmu a věku dětí (keramika, sportovní hry, výtvarný, jazykový, hudební kroužek, plavání, bruslení, cyklistika, práce s počítačem).

Na II. stupni pracuje školní klub. Jedná se o nabízenou různorodou činnost v oblasti kultury a sportu. Tvorbu a skladbu programu mají možnost ovlivnit i sami žáci.

Ve škole probíhají dětské terapeutická skupiny zaměřené na rozvoj psychosociálních dovedností. Dále se schází i rodičovská skupina zaměřená na rodiče nově příchozích žáků, sloužící k navození spolupráce, vzájemné důvěry a otevřenosti. Obě skupiny vede školený psychoterapeut.

2.3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku

2.3.2.1. Počet žáků s ukončenou povinnou školní docházkou (PŠD).

Tabulka č.2 – Počet žáků s ukončenou PŠD

Počet žáků	celkem	41	100%
	chlapci	37	90,2%
	dívky	4	9,8%

Speciální základní škola pro žáky se specifickými poruchami chování vznikla 1. 1. 1998, první žáci z devátých tříd ukončili PŠD v červnu 2001. Od roku 2001 do roku 2005 se jedná o pět devátých tříd s ukončeným vzděláním.

V počátcích měla škola ještě nižší kapacitu. Počet žáků ve třídě se řídil vyhláškou 127/1997, Sb., která povoluje maximální počet 10 žáků ve třídě. Změna nastala od roku 2005, kdy byla navýšena kapacita školy a dle nové vyhlášky 73/2005, Sb. byl navýšen i počet žáků ve třídě na 14 žáků.

Vzhledem k předcházejícím prostorovým kapacitám školy byl do roku 2005 pouze jeden devátý ročník, který ne vždy byl naplněn do maximálního počtu, proto číslo zkoumaného vzorku odpovídá číslu 41.

V rámci šetření jsme dotazníkovou metodou oslovili všech 41 žáků či jejich zákonných zástupců. V *tabulce č.2* vidíme, že z celkového počtu 41 žáků je zastoupeno 37 chlapců a 4 dívky, což odpovídá prezentovaným teoretickým předpokladům různých autorů, že syndrom ADHD se mnohem častěji vyskytuje u chlapců než u dívek, a to v poměru 4:1 až 9:1. Z celkového počtu 41 žáků Speciální základní školy, kteří představují 100% ukončilo PŠD v letech 2001 – 2005 90,2% chlapců a 9,8% dívek.

Z celkového počtu dotazovaných jsme obdrželi zpět 30 vyplněných dotazníků, na jejichž základě jsme zpracovali následující informace.

2.3.2.2. Střídání škol

Tabulka č.3 – Počet běžných ZŠ, které žáci navštěvovali před vřazením do SpZŠ

stupeň ZŠ počet škol	1. stupeň		2. stupeň	
	počet žáků	%	počet žáků	%
1	8	26,7	3	10
2	6	20	7	23,3
3	0	0	6	20
celkem	14	46,7	16	53,3

V tabulce č. 3 jsou vyjádřeny počty žáků vřazených do SpZŠ pro žáky s SPCH a množství základních škol, které žáci navštěvovali před vřazením.

Během studia 1. stupně ZŠ (1.-5. ročník) přešlo na SpZŠ 14 ze 30 dotazovaných žáků, což odpovídá přibližně 46,7%. Nejvíce žáků sem bylo přeřazeno ze své kmenové školy (26,7%), dalších 6 žáků (20%) mělo před vřazením zkušenost s přestupem z jedné školy na druhou.

U žáků, kde dochází k včasnému diagnostikování poruch chování a podchycení problému v jeho počátcích, je vyšší pravděpodobnost eliminace častého střídání škol z důvodů tzv. „špatného chování“, a tím zmírnění následných projevů chování. Tyto projevy bývají často důsledkem demotivace žáka a jeho vrůstající apatie a despektu ke vzdělání a škole jako instituci způsobených častými změnami. Žáci, u kterých je porucha včas odhalena, mohou být vzdělávání speciálními metodami a formami práce a těšit se speciálnímu přístupu stran pedagogů. Zejména u nich dochází k přístupnějšímu přijímání pozitivních vzorců chování.

Celkem 16 ze 30 respondentů (53,3%) bylo na SpZŠ vřazeno v průběhu studia na 2. stupni ZŠ (6.-9. ročník). Zatímco na prvním stupni mělo nejvíce žáků zkušenost s přechodem pouze z jedné školy, u žáků druhého stupně není častější střídání škol žádnou výjimkou. Dokonce 20% žáků vystříдалo 3 základní školy předtím, než byli přijati do SpZŠ pro žáky s SPCH.

Časté střídání škol může být způsobeno:

- obtížemi při diagnostikování u dětí předškolního nebo mladšího školního věku – projevy dítěte nejsou jednoznačné,
- pozdním zachycením problému,
- neochotou zákonných zástupců ke změně a řešení stávající situace

2.3.2.3. Diagnózy žáků.

Tabulka č.4 – Diagnózy žáků

Diagnóza		ADD		ADHD		Kombinovaná forma ADHD	
		počet	%	počet	%	počet	%
Celkem	30	6	20	7	23,3	17	56,6
Chlapci	26	3	10	7	23,3	16	53,3
Dívky	4	3	10	0	0	1	3,3

Z celkového počtu 30 dotazovaných je 26 chlapců a 4 dívky. Syndromy vyskytující se u dotazovaných jsou ADD (Attention Deficit Disorder), ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) a ADHD v kombinaci s SPU (specifické poruchy učení) nebo psychiatrickými problémy.

Syndrom ADD byl zastoupen u 6 dotazovaných, což představuje 20% ze všech dotazovaných. Z toho jsou 3 chlapci, ti představují 10%, a 3 dívky představující také 10% ze skupiny žáků s ADD. Ve výše uvedené *tabulce č.4* můžeme vidět, že u většiny dotazovaných dívek byl diagnostikován syndrom ADD, což opět koresponduje s teoretickými předpoklady. (Vágnerová, 1999)

Ve skupině, v níž byl diagnostikován syndrom ADHD bez další kombinace je zastoupeno 7 žáků, což činí 23,3% všech dotazovaných. Celá tato skupina se stává z chlapců.

Syndrom ADHD bývá často kombinován, a to se specifickými poruchami učení (SPU) nejrůznějšího typu. Nejčastějšími poruchami jsou dyslexie (porucha schopnosti čtení), dysgrafie (porucha motorické složky psaní) a dysortografie (vývojová porucha spojená s neschopností naučit se správně pravopis) a projevují se převážně u chlapců.

Velmi časté jsou u žáků s ADHD psychiatrické problémy, které vyžadují aktivní spolupráci s lékařem. Z výsledků v následující *tabulce č.5* je zřejmé, že ADHD v kombinaci s SPU nebo psychiatrickou diagnózou jsou u dotazovaných téměř ve shodném zastoupení.

Tabulka č.5 – Kombinovaná forma ADHD

Kombinovaná forma ADHD		ADHD + SPU		ADHD + Psychiatr. problémy	
Počet		<i>počet</i>	%	<i>počet</i>	%
Celkem	17	8	47,1	9	52,9
Chlapci	16	8	47,1	8	47,1
Dívky	1	0	0	1	5,8

2.3.2.4. Ukázka zprávy z psychologického vyšetření vybraných žáků.

Žák 1

Chlapec má výchovné potíže již od počátku školní docházky. Byl již vyšetřen ve 2 třídě. Od minulého vyšetření se projevy chlapce příliš nezměnily. V popředí obtíží je hyperaktivní typ LMD, a z toho vyplývající impulzivita, tendence k nezdrženlivosti, zvýšená aktivita. Je patrné, že v poslední době hyperaktivní chování a roztěkanost narůstá, což značně negativně ovlivňuje výuku v poměrně početné třídě. Podle sdělení třídního učitele se situace netřídě takto vyhrcoje, výuka ztrácí na kvalitě.

Kontakt navazuje chlapec snadno. Je přátelský, otevřený, usměvavý. Přiznává, že neposlouchá, že bývá trestán oprávněně. Během pohovoru a celého vyšetření se dobře soustředil, psychomotorický neklid je ale patrný, má narůstající tendenci. Dokáže psát úhledně – úroveň písma je však nestabilní – patrný vliv LMD.

Aktuální intelektový vývoj je výkyvový, celkově nadprůměrný. Výukové problémy nejsou.

Závěr: Je patrné, že náprava bude dlouhodobou záležitostí a bude při ní nutná spolupráce rodiny s odbornými psychiatrickými pracovníky. Doporučuji zařazení do speciální mikrotřídy pro děti s vývojovou poruchou učení a chování

Žák 2

Matka se obrátila na klinického psychologa přes dětskou lékařku chlapce s žádostí o pomoc při výchovných problémech syna. Doma i ve škole líčí výchovné problémy a nevladatelnost chlapce.

Při pohovoru je chlapec vstřícný, působí kontrastně ke svému věku, infantilně, nezrale. Jeho vývoj je nerovnoměrný až disharmonický, susp. na bázi LMD, chybí přiměřená seberegulace a náhled na důsledky svého jednání. Chlapec jedná impulzivně, zatím nemá náhled na své projevy. Stav je evidentně zhoršen probíhající pubescencí.

Opakující se výchovné problémy vedly postupně k pozici „černé ovce“ v rodině, což ještě zhoršuje jeho projevy (přidává vzdor, rivalita k neproblémovému sourozenci).

V případě vzrůstajících problému bylo doporučeno obrátit se na speciální pracoviště v Modřanech „Středisko pro děti a mládež“, kde se věnují poruchám chování ambulantní i pobytovou formou. Vracení chlapce do kmenové třídy se nedoporučuje, neboť by mohlo vést k ještě většímu nárůstu potíží.

2.3.3. Předpoklady

- P1: Absolventi Základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování se po ukončení této školy nejvíce hlásí na SOU a SOŠ.
- P2: Absolventi Základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování dokončí zvolený typ školy a bezproblémově nastoupí do zaměstnání.
- P3: I na dalším typu školy rodiče dále spolupracují se školou tak, jak byli zvyklí na škole předcházející.
- P4: I přes aplikaci speciálně výchovných metod a přístupů může na novém typu školy docházet k výchovným problémům.

2.3.4. Metody šetření

Pro získání odpovědí na stanovené otázky jsme si zvolili dotazníkovou metodu.

2.3.4.1. Dotazníková metoda

Dotazník je možné charakterizovat jako výzkumnou a diagnostickou metodu. Je to metoda hromadného získávání údajů pomocí písemných otázek. Při této formě dotazování chybí přímý kontakt tazatele s dotazovaným (respondentem), proto velice záleží na promyšlené formulaci otázek, na jejich pořadí, tedy celkově na konstrukci dotazníku.

Podstatou dotazníku je tedy uspořádaný soubor otázek zaměřených na určité postoje, názory, přání a zvláštnosti osobnosti zkoumaných osob. Na znění těchto otázek má

dotazovaný reagovat zakroužkováním té varianty, která nejvíce odpovídá skutečnosti nebo uvést vlastním zápisem názor na danou otázku.

Dotazníková metoda bývá dále charakterizována jako psychodiagnostická metoda založená na subjektivní výpovědi respondenta (o jeho vlastnostech, citech, postojích, zájmech). Dotazník se používá zpravidla tehdy, když se určitý jev zkoumá v širším měřítku u většího počtu osob. Slouží tedy stejnému účelu jako rozhovor, ale na rozdíl od něho nepřináší odpovědi ústní, ale písemné.

Pomocí dotazníku získáme hromadná data, která se potom statisticky zpracovávají.

Výhodou dotazníku je snadné a rychlé zpracování získaných údajů od respondentů. Mezi další pozitiva této metody patří to, že v krátké době lze získat velký počet údajů od mnoha osob (i značně vzdálených). Na rozdíl od rozhovoru se v dotazníku vyhneme subjektivním dojmům z přímého styku s respondentem. Vytváří se určitá anonymita dotazovaného a stimuluje se otevřenost jeho odpovědí.

Na druhé straně má však dotazník i celou řadu nevýhod. Jeho diagnostická hodnota závisí totiž v první řadě na respondentech, na úrovni jejich schopnosti introspekce. Nesmíme přehlédnout ani fakt, že mnoho lidí nemá chuť k písemnému vyjadřování a k dotazníkům obzvláště. Někteří lidé se písemně vyjadřují jen s obtížemi, nebo se vypovídají písemně ostýchají. Překážkou může být i nedostatek osobní interakce mezi dotazovaným a tazatelem, takže chybí možnost upřesnit otázku, která nebyla úplně pochopena, stejně jako možnost položit otázku doplňující. Nejpodstatnější výhradou dotazníku je však možnost záměrné zkreslení výpovědi respondentem. Zkoumaná osoba se může totiž snadno nadhodnocovat a jevit se ve společensky příznivějším světle.

Konstruování dotazníku je velmi obtížná činnost. Formulaci otázek musí být věnována maximální pozornost, aby jim dotazovaná osoba správně rozuměla. Mezi nejčastější typy otázek v dotazníku patří: otázky otevřené, polootevřené a uzavřené.

Otázky otevřené jsou takové, které zodpovězení zcela přenechávají na respondentovi a nedávají mu žádné varianty odpovědí. Použití těchto otázek je flexibilní a odpovědi získané tímto způsobem jsou spontánní. Nevýhodou je, že kvalita odpovědi je přímo závislá na respondentovi a jeho schopnosti vyjadřování. Tyto otázky se obtížně porovnávají a kladou vyšší nároky na analýzu.

Otázky polootevřené jsou kombinací otázek uzavřených a otevřených. Poskytují respondentovi kromě variant odpovědi i možnost spontánního vyjádření. Umožňují standardizaci a přitom předem nevnučují nějaké odpovědi.

Otázky uzavřené jsou takové, kdy respondentovi jsou přímo dány odpovědi, ze kterých si vybírá. Jejich výhodou je jasnost kontextu odpovědi a rychlé a snadné vyhodnocení. Nevýhodou je sugestivnost otázek, zaškrtávání i těch odpovědí, které názoru respondenta přesně neodpovídají, a možnost, že respondent nenajde pro sebe vhodnou odpověď.

Otázek v dotazníku nemá být mnoho, aby se při jejich vyplňování nesnížil zájem respondenta. Při jejich formulaci je nutné dodržování těchto zásad:

- vyhýbat se složitým větným celkům a dávat přednost jednoduchým, srozumitelným formulacím,
- neužívat příliš dlouhé otázky,
- zabránit výskytu víceznačných pojmů a cizích slov,
- respektovat možnosti a schopnosti respondenta,
- neudávat sugestivní otázky (nenaznačovat, nenapovídat odpověď),
- nedoporučují se otázky příliš intimní (odpovědi jsou často neupřímné a úmyslně zkreslené).

Dotazník se obvykle dělí na tři části: úvodní, střední a závěrečnou část. Toto dělení není závaznou normou, podle podmínek dochází k obměnám.

Úvodní část obsahuje informaci o cíli výzkumu a instituce (jméno tazatele), která výzkum provádí. V instrukcích se podtrhuje význam odpovědí, neboť je nutné zabezpečit vysoký stupeň jeho motivace. Dávají se také záruky, že odpovědi nebude zneužito, že poslouží pouze danému výzkumnému nebo diagnostickému účelu. Úvodní část obsahuje instrukci, jak dotazník vyplnit. To je nezbytné a nepostradatelné zvláště tehdy, není-li tazatel vůbec přítomen, aby mohl případné nejasnosti vysvětlit.

Střední (základní) část je těžištěm dotazníku. Nejprve obsahuje otázky navozující spolupráci s respondentem, potom otázky vyžadující především informace a posléze otázky nejobtížnější, které vyžadují údaje o postojích apod. Tyto otázky souvisejí se základním cílem výzkumu nejtěsněji.

Závěrečná část dotazníku obsahuje otázky týkající se faktických údajů o respondentovi (pohlaví, věk, povolání). Tato část se v uvedeném dotazníku nachází v

úvodní části, protože je vhodné respektovat možnou únavu zkoumané osoby. Na závěr je slušné poděkovat respondentovi za jeho účast.

Získané odpovědi jsou pak vlastním předmětem kvantitativní a kvalitativní analýzy vyhodnocování, případně další interpretace.

Důležitou fází použití dotazníkové metody, je fáze předvýzkumu. V této fázi si autor dotazníku ověřuje, jak zformulované otázky plní cíle výzkumu a jak dotazník odpovídá možnostem a schopnostem respondenta. Funkcí předvýzkumu je tedy odhalit případné nedostatky dotazníku.

2.3.4.2. Dotazník vlastního šetření

Pro získání požadovaných informací jsme zvolili dotazníkovou metodu. V našem dotazníku se vyskytuje takový typ otázek, který by podal co možná nejucelenější výpověď o současném stavu zařazení žáků Speciální základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování do dalších typů školských zařízení sekundárního vzdělávání a popřípadě vypověděl o možných problémech a obtížích při dalším studiu.

Dotazník (Příloha 1), který byl vypracován pro rodiče bývalých žáků, obsahuje 11 otázek a byl zpracován formou kvalitativního rozboru. Další požadované informace byly získány formou studia žakovské dokumentace.

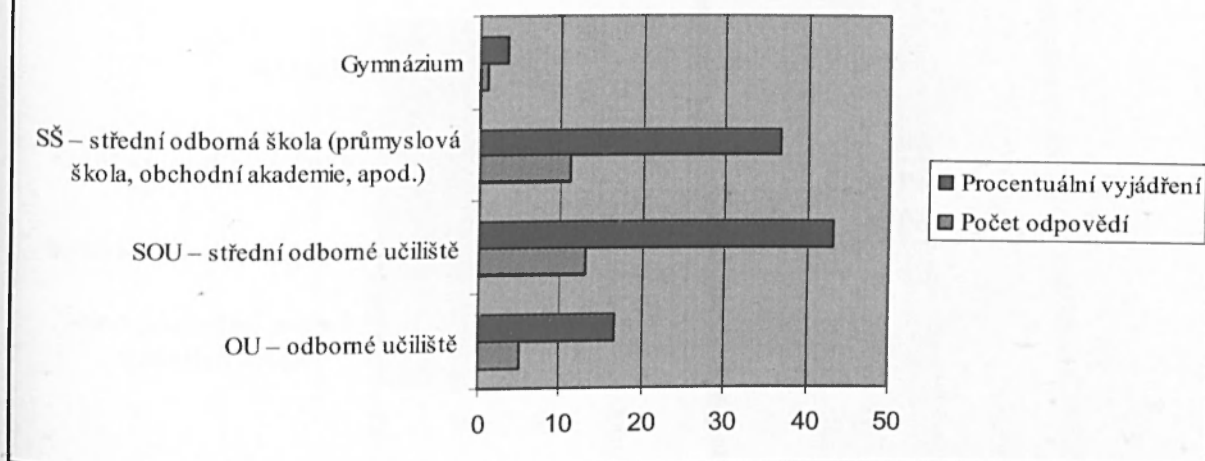
Výsledky prováděného rozboru jsou vždy vyjádřeny v celých číslech vyznačujících počet dotazovaných v příslušné kategorii. Dalším typem vyjádření je procentuální vyjádření rozebíraného vzorku.

2.3.5. Zpracování sebraných dat

Tabulka č.6 – Jaký typ vzdělávání jste zvolili pro své dítě po ukončení Základní školy?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
OU – odborné učiliště	5	16,7
SOU – střední odborné učiliště	13	43,3
SS – střední odborná škola (průmyslová škola, obchodní akademie, apod.)	11	36,7
Gymnázium	1	3,3

Graf č.1



Ze získaných výsledků vyplývá, že absolventi školy se především hlásí na střední odborná učiliště (43,3%). Tento výsledek je důsledkem nikoliv nedostačivých intelektových předpokladů žáků, ale často bývá způsoben z důvodu oslabených volných vlastností a nedostatečnou motivací k výuce, kterou většina žáků získala v průběhu přecházení z jedné základní školy na druhou. Jak vyplývá ze studia žákovské dokumentace a z *tabulky č.3*, 63,3% žáků takovouto negativní zkušenost získalo a, i přes působení pedagogů, ne všichni v průběhu docházky do speciální školy se dokázali s tímto handicapem vyrovnat.

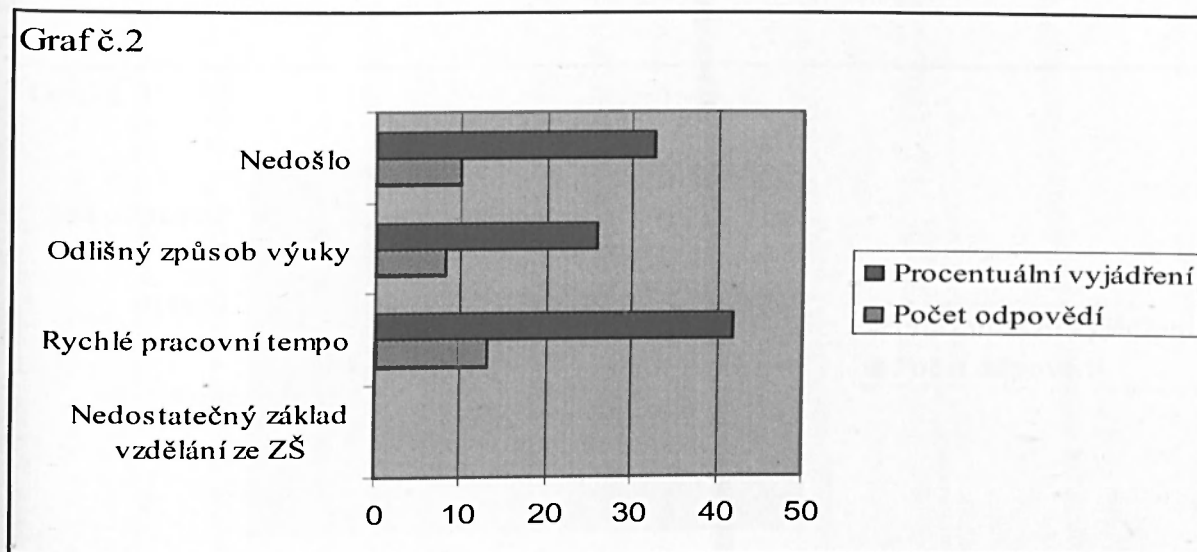
Zkušenost ze získaných dotazníků na základě odpovědí rodičů je taková, že teprve v průběhu docházky na SOU žáci dospěli k závěru, že je dobré získat úplné střední vzdělání a mnozí z nich se o jeho doplnění také dodatečně pokouší. Obdobná situace je i na

středních odborných školách (36,7%). Někteří absolventi, jak opět vyplynulo z rozboru, dokonce již studují na VŠ.

Tabulka č.7 – Došlo v rámci studia na střední škole / učilišti k nějakým závažným vzdělávacím problémům?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Nedostatečný základ vzdělání ze ZŠ	0	0
Rychlé pracovní tempo	13	41,9
Odlíšný způsob výuky	8	25,8
Nedošlo	10	32,5

Graf č.2



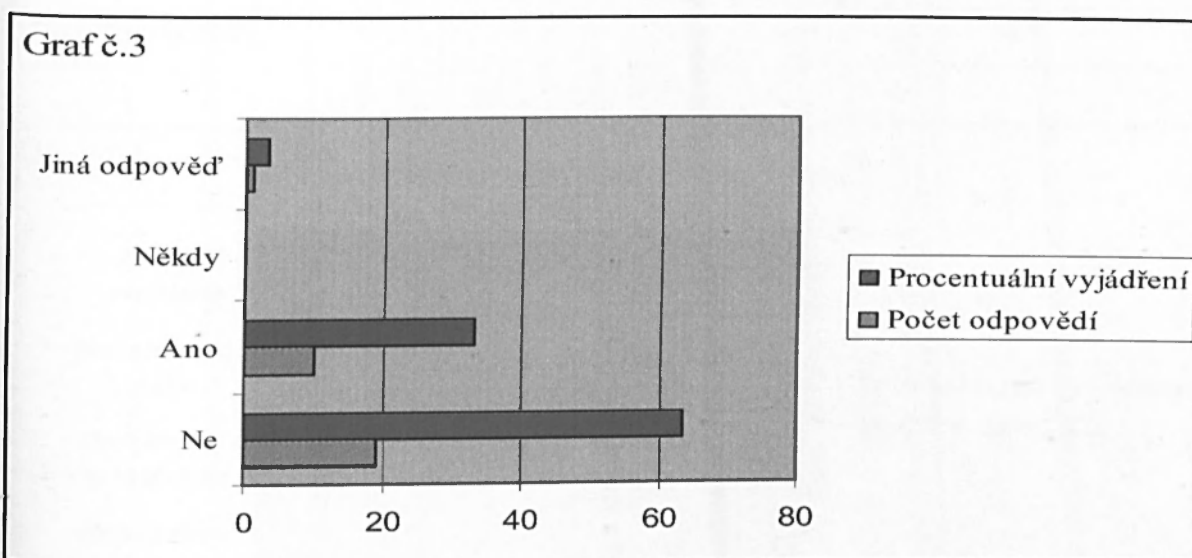
Jak je patrné z tabulky, absolventi SpZŠ nemají problémy s učivem jako takovým (32,5%). Znamená to, že přes kumulaci žáků se speciálními poruchami učení a chování v rámci jedné třídy, jsou žáci schopni zvládnout učivo předepsané osnovami základní školy.

Případné obtíže se spíše vztahují k menší akceptaci pomalého pracovního tempa žáků na středních školách vyplývajícího z jejich přetrvávající poruchy (41,9%). Pro určité procento žáků (25,8%) je problémem odlišný způsob výuky na některých typech škol. Z kvalitativního rozboru vyplývá, že se jedná především o nutnost zvládnout větší množství učební látky samostudiem. Zde opět žáci naráží na nízkou koncentraci pozornosti a z ní plynoucí neschopnost vydržet se učit po delší dobu, což je v současné době stále ještě předpokladem studia na SŠ.

Obtíže také vyplývají z přetrvávající těžší formy SPU na fonologickém podkladě, zde se tyto obtíže demaskují do problémů s cizím a mateřským jazykem – problém s osvojením slovní zásoby, apod.

Tabulka č.8 – Respektuje či respektovala škola případné přetrvávající obtíže dítěte, které vyplývaly z jeho specifické poruchy (ADHD, ADD, LMD)?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ne	19	63,3
Ano	10	33,3
Někdy	0	0
Jiná odpověď	1	3,3



Zde je zarážející, že i přes platnou legislativu – školský zákon 561/2004, Sb. §16, v němž, volně řečeno, je povinností školy poskytovat žákům se speciálními potřebami takové podmínky, aby mohli úspěšně absolvovat daný stupeň vzdělání a na něj navazující Vyhlášku 73/2005Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných - v 63,3% nejsou tyto poruchy akceptovány.

Lze se domnívat, že přes propagaci integrace těchto jedinců, je v současné době problémem dostatečná osvěta pedagogů na středních školách v dané problematice. Situace je v podstatě taková, jaká byla na přelomu 90. let 20. století ve školách základních, kdy se

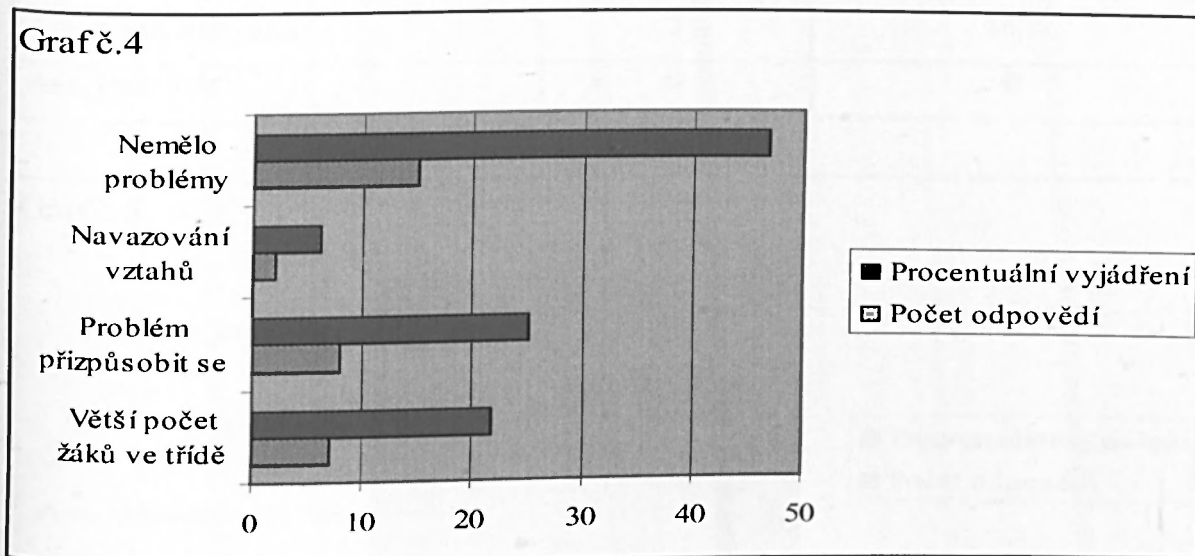
s integrací začínalo. Potěšitelné na druhou stranu je, že na některých školách již s takovými jedinci pracovat umí, jak vyplývá z údajů v tabulce.

Jeden z dotazovaných (3,3%) odpověděl, že dle jeho názoru, není uplatňování nároků na speciální podmínky pro své dítě dále třeba. To může být důsledkem buď pozdějšího dozrání CNS žáka nebo zvládnutím projevů svého chování prostřednictvím nově naučených vzorců chování.

Tabulka č.9 – Má/mělo dítě obtíže se začleněním v novém třídním kolektivu?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Větší počet žáků ve třídě	7	21,8
Problém přizpůsobit se	8	25
Navazování vztahů	2	6,2
Nemělo problémy	15	46,9

Graf č.4



Přibližně polovina žáků (46,9%) neměla problémy se začleněním v novém třídním kolektivu. To je třeba považovat za velký úspěch, vezmeme-li se v úvahu, že právě jedinci s ADHD/ADD mají především obtíže s navazováním vrstevnických vztahů – nikoliv tedy s dětmi mladšího či staršího věku, jak vyplývá i z odborné literatury (Goldstein, 1992, In: kol. autorů, Housarová (ed.) 2003).

Znamená to tedy, že zde se mohl projevit vliv terapeutického působení odborných pracovníků a pedagogů v SpZŠ, kde součástí práce se žáky školy je činnost v terapeutických skupinách, a to jak žákovských, tak rodičovských. V jejich rámci se

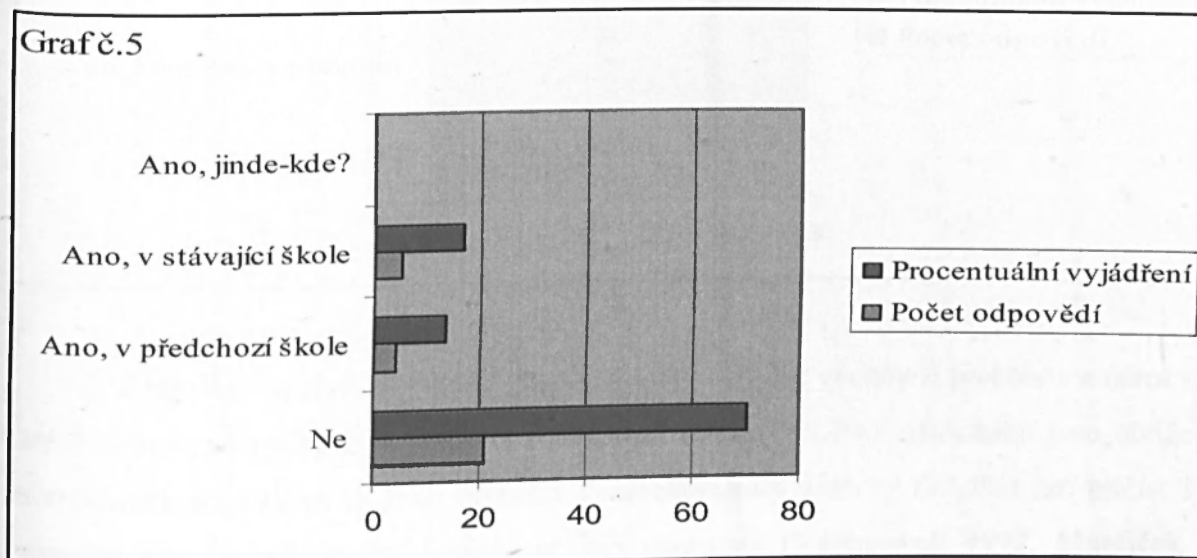
odborní pracovníci zaměřují právě na adekvátní řešení problémových situací každodenního života a na pozitivní sociální klima v rámci vrstevnické skupiny. Jedincům jsou navrhována možná řešení, jak neagresivní formou zvládat vzájemné kontakty. I přes toto působení u některých žáků problém v přizpůsobení přetrvává (25%).

Na základě kvalitativního rozboru je zřejmé, že to jsou ti, u nichž je SPCH v kombinaci s jinými obtížemi v podobě SPU nebo psychiatrických problémů (56,6%, viz. *tabulka č.4*), a jedinci, kteří často přicházeli do SpZŠ již i s nespecifickou poruchou chování. Další skupinu tvoří žáci, u nichž problémy přetrvávají vlivem nejednotného působení rodičů na žáka společně se školou.

Tabulka č.10 – Vyhledáváte i nadále spolupráci odborníka?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ne	21	70
Ano, v předchozí škole	4	13,3
Ano, v stávající škole	5	16,7
Ano, jinde-kde?	0	0

Graf č.5



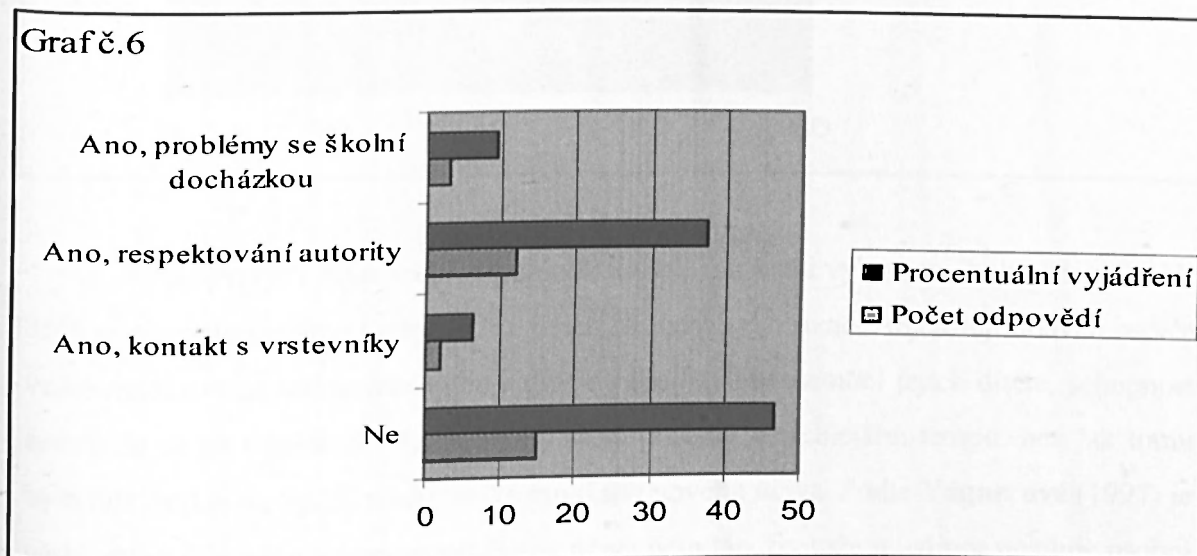
70% rodičů již nemá výraznou potřebu spolupracovat s odbornými pracovníky. Znamená to, že i problémy, které se ve školách vyskytnou a které jsou zřejmě z předcházejících *tabulek č.7 a č.9* jsou takového rozsahu, který jsou rodiny schopny zvládnout samy.

Dále ze získaných údajů vyplývá důvěra rodičů a žáků – absolventů SpZŠ v pracovníky školy, neboť v případě obtíží se dále obrazejí na ně a jejich radu a odbornou pomoc preferují před jiným odborným pracovištěm (13,3%). Potěšující též je, že v případě potřeby se rodina může obrátit o pomoc i na školu stávající (16,7%).

Tabulka č.11 – Objevují se během studia výchovné problémy?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ne	15	46,7
Ano, kontakt s vrstevníky	2	6,2
Ano, respektování autority	12	37,5
Ano, problémy se školní docházkou	3	9,4

Graf č.6

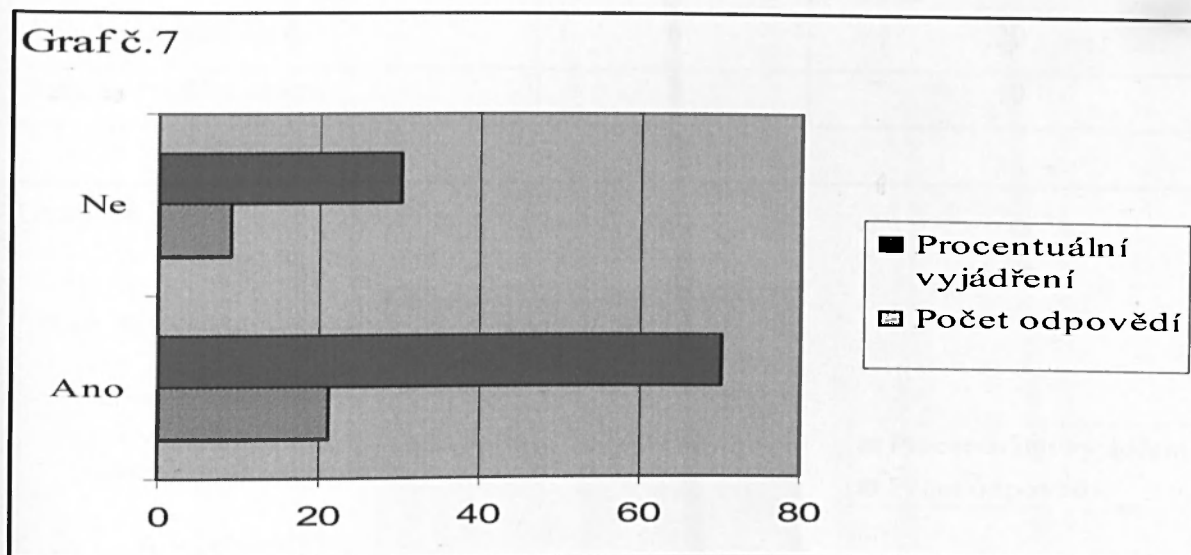


Z tabulky vyplývá, že většina absolventů nemá žádné výchovné problémy a nároky střední školy po výchovné stránce bez problémů zvládá (46,7%). Minimální jsou obtíže s vrstevnickými vztahy (6,2%). Problém s respektováním autority (37,5%) lze přičíst i danému vývojovému stádiu, v němž se žáci nacházejí (Vágnerová, 1997, Matějček, 1994).

Při bližším kvalitativním rozboru však lze vyzorovat, že se jedná o žáky, kteří uváděné problémy měli výrazněji i ve speciální škole, a tudíž u nich v určité formě stále přetrvávají. Jak je patrné z předchozích tabulek č.7 a č.9, nejedná se však zřejmě o tak hluboké problémy, které by vedly k nutnosti ukončit studium na vybraném typu školy.

Tabulka č.12 – Domníváte se, že má dítě šanci školu dokončit? Pokud ne, proč?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ano	21	70
Ne	9	30



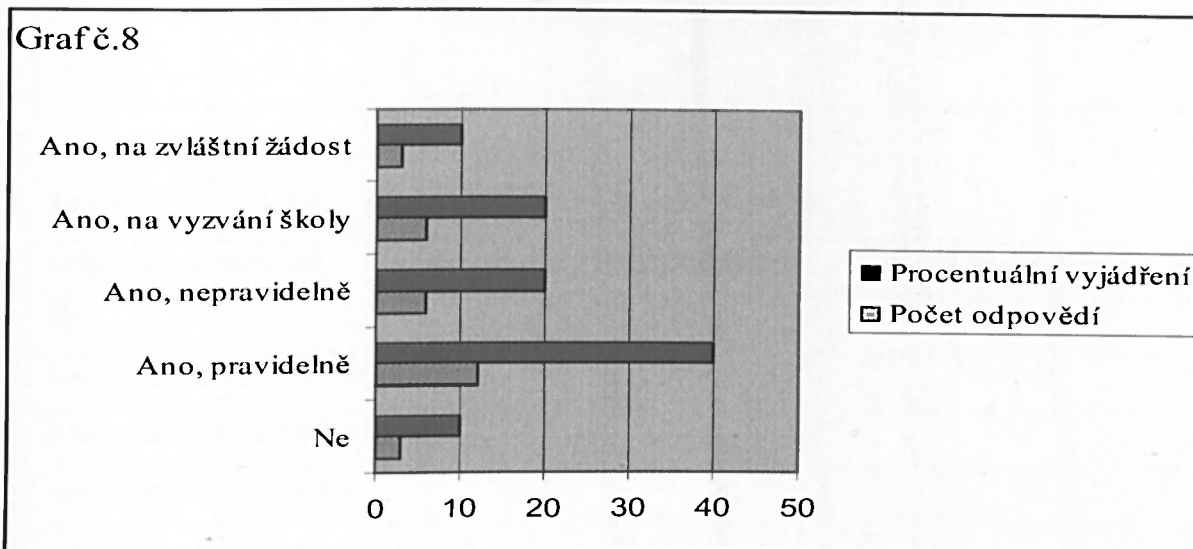
70% bývalých žáků SpZŠ, z pohledu rodičů, má šanci vybranou školu dokončit. Ve 30% se objevily negativní odpovědi a jejich důvody byly různé. Nejčastěji udávali rodiče velké množství zameškaných hodin z důvodu dlouhodobé nemoci jejich dítěte, schopnost soustředit se na výuku na střední škole, která probíhá v rychlejším tempu, než jak tomu bylo dítě zvyklé na SpZŠ, a také velké množství nového učiva. Podle Vágnerové (1997) je větší nápor nejasného a nesrozumitelného učiva odmítán, protože u jedince posiluje osobní nejistotu. U některých žáků se, podle výpovědí rodičů, začaly objevovat somatické potíže plynoucí ze strachu z nové školy.

Z odpovědí rodičů je zřejmé, že hodlají danou situaci řešit vyhledáním odborné pomoci a v případě potřeby uvažují o přerazení dítěte na SOU, kde nároky na studium nejsou tak vysoké a dítě by je lépe zvládalo a v důsledku toho by ustoupily i somatické potíže.

Tabulka č.13 – Dochází k aktivní spolupráci škola - rodič?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ne	3	10
Ano, pravidelně	12	40
Ano, nepravidelně	6	20
Ano, na vyzvání školy	6	20
Ano, na zvláštní žádost	3	10

Graf č.8

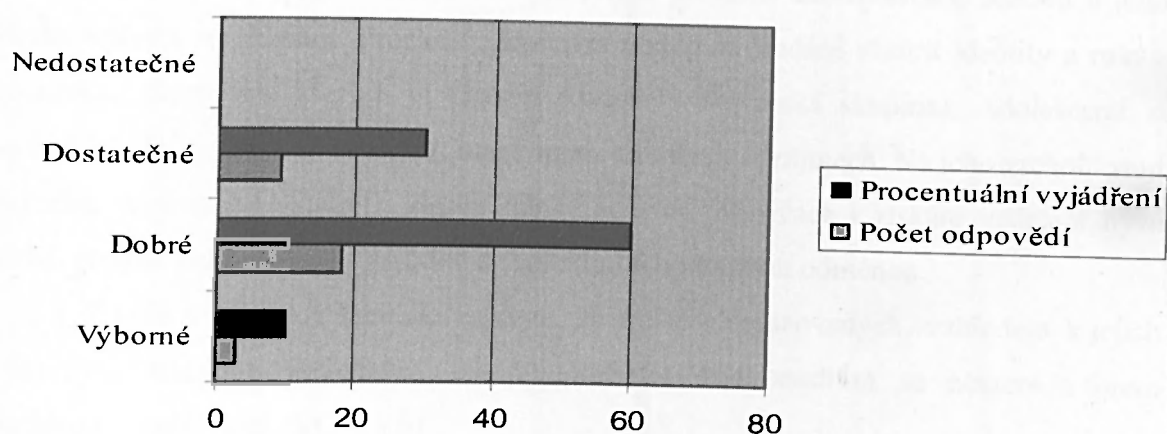


Jak vyplývá z odpovědí rodičů, 90% rodin se školou určitou formou spolupracuje, 40% dokonce pravidelně. Vezmeme-li v úvahu, že při nástupu do SpZŠ více jak polovina respondentů neměla dobrou zkušenost se spoluprací s kmenovou školou, je zřejmé, že v průběhu docházky do SpZŠ byl tento nedostatek odbourán a rodiče se spoluprací nevyhýbají ani nadále.

Tabulka č.14 – Jaké jsou školní výsledky Vašeho dítěte?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Výborné	3	10
Dobré	18	60
Dostatečné	9	30
Nedostatečné	0	0

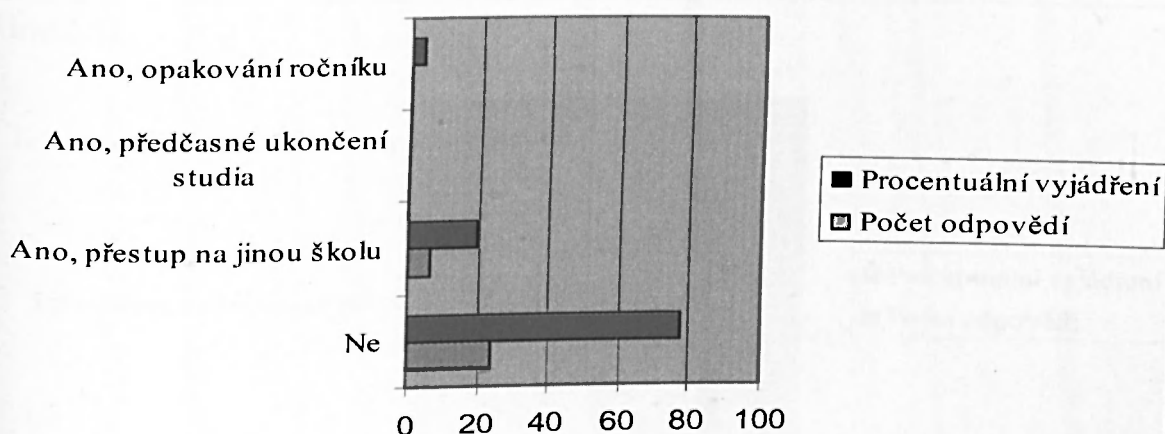
Graf č.9



Tabulka č.15 – Došlo v průběhu studia k nějakým změnám?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ne	24	77,5
Ano, přestup na jinou školu	6	19,3
Ano, předčasné ukončení studia	0	0
Ano, opakování ročníku	1	3,2

Graf č.10



Z tabulky č.14 a č.15 vyplývá, že studijní výsledky v podstatě odpovídají studijním výsledkům dosahovaným v průběhu docházky na SpZŠ. U některých žáků došlo ke zhoršení, které bývá typické i u adolescentů bez poruchy při přechodu na jiný typ školy.

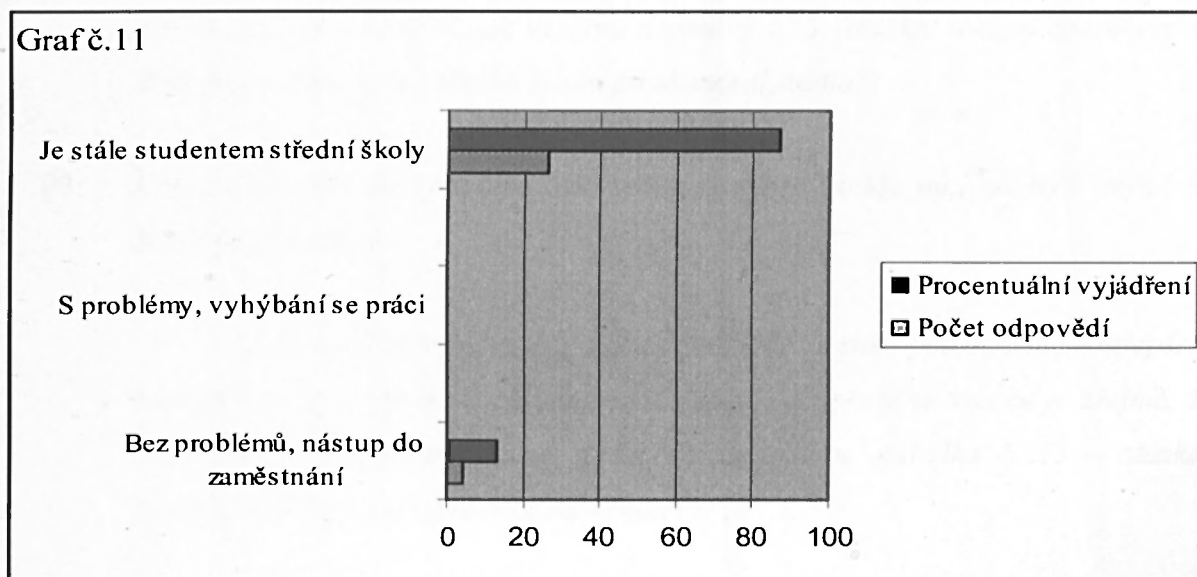
Žák je na konci povinné školní docházky motivován k usilovnější práci, protože se chce dostat na určitý typ školy. Jakmile je přijat, přestává tato motivace působit a jeho školní výkony se zhoršují. Prochází náročným obdobím hledání vlastní identity a role v sociálních skupinách, kterých je členem (rodina, vrstevnická skupina). Adolescenti si vytváří vlastní hodnotový žebříček, který se projeví v jejich zájmech. Na jeho vrcholu stojí zejména vrstevnické vztahy a vlastní tělové schéma. Motivace k získání vzdělání bývá slabá, protože není spojená s patřičně a subjektivně hodnotnou odměnou.

Z výše uvedených tabulek vyplývá, že u 10% dotazovaných, vzhledem k jejich výborným studijním výsledkům, lze předpokládat další studium na některé z forem terciárního vzdělávání (VOŠ, VŠ).

Tabulka č.16 – Jakým způsobem se Vaše dítě zařadilo do běžného života po skončení studia?

Odpovědi účastníků	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Bez problémů, nástup do zaměstnání	4	13,3
S problémy, nezájem o práci	0	0
S problémy, vyhýbání se práci	0	0
S problémy, porušování zákona	0	0
Je stále studentem střední školy	26	86,7

Graf č.11



Tabulka č.16 udává 86,7% bývalých žáků SpZŠ, kteří jsou stále studenty některého z uvedených typů sekundárních škol a z předešlých tabulek vyplývá, že je u nich velký

předpoklad dokončení studia. Z dotazovaného vzorku se zatím bezproblémově zařadilo do zaměstnání 13,3% respondentů. Otázka jejich úspěšnosti v dalším životě není součástí této práce a vyžadovala by rozsáhlejší průzkum.

2.3.6. Ověření předpokladů

P1: Absolventi Základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování se po ukončení této školy nejvíce hlásí na SOU a SOŠ.

Ze získaných údajů a uvedených šetření v tabulce č.6 (otázka: Jaký typ vzdělání jste zvolili pro své dítě po ukončení ZŠ?) se potvrdil předpoklad, že žáci, kteří ukončí povinnou školní docházku na SpZŠ se hlásí především na SOU a SOŠ. Ze sledovaného vzorku se na tyto typy škol přihlásilo 24 ze 30 žáků, což činí 80% všech dotazovaných.

P2: Absolventi Základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování dokončí zvolený typ školy a bezproblémově nastoupí do zaměstnání.

Vzhledem k tomu, že historie devátých ročníků na SpZŠ je velmi krátká a první žáci ukončili PŠD v roce 2001, nelze tento předpoklad potvrdit, protože většina bývalých absolventů této školy v současné době jsou ještě studenty zvolených škol a učilišť, jak vyplývá z tabulky č.15 (otázka: Jakým způsobem se Vaše dítě zařadilo do běžného života po ukončení studia?).

P3: I na dalším typu školy rodiče dále spolupracují se školou tak, jak byli zvyklí na škole předcházející.

Intenzivní práce pedagogů s rodiči na SpZŠ se stala podkladem pro zlepšení komunikace mezi školou a zákonnými zástupci. Ze získaného vzorku je zřejmé, že 90% rodičů dále pokračuje ve spolupráci se školou. (tabulka č. 13 – otázka: Dochází k aktivní spolupráci škola – rodič?)

P4: I přes aplikaci speciálně výchovných metod a přístupů může na novém typu školy docházet k výchovným problémům

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že výchovné problémy přetrvávají přibližně v 53,1% (tabulka č.11 – otázka: Objevují se během studia výchovné problémy?). Z kvalitativního rozboru odpovědí však vyplývá, že 37,5% respondentů má problémy s autoritou, což je projev typický adolescentnímu věku i u jedinců bez poruch chování. Kladným zjištěním je, že pouze u 6,2% dotazovaných se vyskytují problémy v oblasti vrstevnických vztahů, jež jsou u žáků s SPCH na základní škole dominantní.

3. ZÁVĚR

Tato diplomová práce si vzala za cíl zmapování úspěšnosti bývalých žáků speciální základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování v dalších školských zařízeních. Hlavním úkolem bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje specifická porucha chování jejich adaptaci na nová prostředí.

V první části naší práce bylo třeba vymezit základní terminologii vztahující se k dané problematice, kde jsme vyšli z obecného termínu „chování“, a vymezit odlišnosti od běžných forem chování, které vznikají na podkladě orgánového poškození centrální nervové soustavy u dětí v prenatálním, perinatálním a postnatálním období označované v současné době ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder) a ADD (Attention Deficit Disorder) a dále na základě sociálního vlivu. Proto jsme považovali také za důležité zmínit se o rodině a jejich výchovných stylech, což je jedna z hlavních složek působících na jedince s dominantní poruchou chování.

Dosud nebyla prováděna šetření, s jakou úspěšností se žáci s SPCH zapojují do dalšího vzdělávacího proudu po ukončení povinné školní docházky. Naše šetření se nezabývalo dětmi s lehčími formami SPCH, které jsou integrované v běžných základních školách. Cílem bylo zaměřit se na skupinu dětí s těžšími formami SPCH, které vzhledem ke své diagnóze není možno již vzdělávat v běžných školách, vzhledem k jejich nepřizpůsobivosti, hyperaktivitě, výrazné poruše pozornosti a dalším souvisejícím problémům. Chtěli jsme si také odpovědět na otázku, jestli tyto děti mají stejné možnosti vzdělávání při stejné výši intelektových schopností jako děti integrované v běžných základních školách.

K zjištění těchto informací jsme se obrátili na Speciální základní školu pro žáky se specifickými poruchami chování, která je dosud jediným plně organizovaným školským pracovištěm na území České Republiky a věnuje se vzdělávání a výchově dětí s těžšími formami specifických poruch chování.

Pro náš účel jsme použili dotazníkovou metodu, kde rodiče absolventů SpZŠ odpovídali na otázky vztahující se k dané problematice, tj. zda měli žáci problémy s přechodem na novou školu, se začleněním do třídního kolektivu, zda se u nich v průběhu studia objevily výchovné a vzdělávací problémy a co bylo jejich příčinou. Zda nová škola

akceptovala jejich odlišnosti, jak probíhá spolupráce školy a zákonných zástupců žáků a jaké je jejich zapojení do společnosti po ukončení středního vzdělávání vůbec.

Podle předpokladu, z celkového počtu oslovených vyplnilo a odeslalo náš dotazník přibližně 73% rodičů. Z odpovědí na dané otázky, které jsou zpracovány kvalitativně v tabulkách a grafech, vyplynulo následující.

Bývalí žáci SpZŠ jsou dobře připraveni pro další vzdělávání, co se týká množství získaných vědomostí, proto nemají problémy při přijímacích řízeních na jimi vybrané školy. Většina žáků z našeho vzorku ještě stále studuje a u některých z nich lze předpokládat, na základě informací z dotazníků, že budou ve studiu pokračovat i nadále.

Dále se potvrdilo, že většina žáků se naučila v průběhu povinné školní docházky zvládat své projevy chování, a tím nevybočovat z běžné populace svých vrstevníků. Některé přetrvávající negativní projevy chování (problémy s autoritou) jsou typické pro jedince tohoto věku.

Z celkového šetření také vyplývá, že žáci s časně rozpoznanou a diagnostikovanou poruchou chování nebyli vystaveni častému střídání škol, a tím u nich nedocházelo tak často k demotivaci ke školní práci a negativním postojům vůči škole jako instituci.

Soubor jednotlivých odpovědí nás přivedl k závěru, že děti s těžší formou poruch chování, u nichž je tato porucha včas diagnostikována a jsou pro ně vytvořeny vhodné podmínky pro výchovu a vzdělávání za pomoci speciálně pedagogického působení, metod a forem práce, se mohou po ukončení PŠD bez větších obtíží zařadit do dalšího typu vzdělávání.

Tento fakt nás vede k přesvědčení, že by mohlo dojít k posunu teoretického předpokladu (viz. Tyl, Tylová, 2002: U 1/3 jedinců s ADHD dochází k pozdějšímu zrání CNS, 1/3 kompenzuje a 1/3 se špatnými sociálními návyky) ve smyslu procentuálního snížení počtu dospívajících, u nichž porucha chování bez včasné intervence vyústí v delikventní jednání, ve prospěch jedinců, kteří za pomoci odborného působení svou poruchu dokáží kompenzovat naučenými vzorci správného chování.

Doporučení pro praxi vyplývající z práce jsou následující:

- včasná diagnostika,
- při zjištění závažných poruch chování, vřazení žáka do speciálního vzdělávání již v rámci 1. stupně ZŠ
- nastavení komplexní péče (speciální pedagog, psycholog, terapeut, psychiatr, lékař, neurolog)
- intenzivní spolupráce rodiny a školy
- semináře pro učitele středních škol za účelem zvýšení povědomí o problematice specifických poruch chování a o přístupech a speciálních metodách práce s dětmi s SPCH

SEZNAM PROSTUDOVANÉ, CITOVANÉ A POUŽITÉ LITERATURY

- **Barkley, R. A.** Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment, Guildoford Press, 1998
- **Beaufortová, K., Koběrská, P.** Videotrénink interakcí. Praha, SPIN, 1999
- **Campbell, R.** Potřebuji tvou lásku. Praha, Návrat, 1992
- **Clements, S. D.** Minimal Brain Dysfunction in Children. NIBND Monograph N3, Washington D.C.: US Public Health Service, 1996
- **Černá, M.** Lehké mozkové dysfunkce. 1. vyd. Praha, UK, 1982
- **Černá, M.** Lehké mozkové dysfunkce. 2. vyd. Praha, UK, 1999
- **DSM - IV:** Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994
- **Dunovský, J.** Dítě a poruchy rodiny. Praha, Avicenum, 1986
- **Elliot, J., Place, M.** Dítě v nesnázích : prevence, příčiny, terapie. Praha, Grada, 2002
- **Glós, J.** Deti L'MD a ich problémy v škole. Otázky defektologie, 1976
- **Hartl, P.** Psychologický slovník. Praha, Budka, 1993
- **Hechtman, L., Weiss, G., Perlman, T.** Hyperactives as young adults: Past and current substance abuse and antisocial behavior. American Journal of Orthopsychiatry, 54, 415-425, 1984
- **Hrabal, V.** Sociální psychologie pro učitele II. Praha, Karolinim, 1992
- **Hrdlička, M., Komárek, V.** Dětský artismus: Přehled současných poznatků. Praha, Portál, 2004
- **Janata, J.** Agrese a intolerance, Praha, Grada, 1999
- **Jandourek, J.** Sociologický slovník. Praha, Portál, 2001
- **Kolář, M.** Skrytý svět šikanování ve školách. Praha, Portál, 1997
- **Kolektiv autorů.** Speciálně pedagogická čítanka. Praha, PFUK, 2003
- **Kolektiv autorů.** Všeobecná encyklopedie. 1.-8. svazek. Praha, Diderot, 1999
- **Koukolík, F.** lidská mozek. Praha, Portál, 2000
- **Koukolík, F., Drtilová, J.** Zlo na každý den. Praha, Galén, 2001
- **Kratochvíl, S.** Základy psychoterapie. Praha, Portál, 1998
- **Kraus, B.** Sociologické problémy výchovy. Hradec Králové, PF, 1978
- **Kučera, O. a kol.** Psychopatické projevy při lehkých dětských encefalopatiích. Praha, SZN, 1961

- **Kucharská, A.** Sborník Specifické poruchy učení a chování 1996. Praha, Portál, 1996
- **Kucharská, A.** Sborník Specifické poruchy učení a chování 1997. Praha, Portál, 1997
- **Kucharská, A.** Sborník Specifické poruchy učení a chování 2000. Praha, Portál, 2000
- **Langer, S.** Mládež problémová její typy a možnosti uplatnění. Hradec Králové, Kotva, 1994
- **Langmeier, J.** Vývojová psychologie pro dětské lékaře. Praha, Avicenum, 1991
- **Langmeier, J., Langmeier, M., Krejčířová, D.** Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie. Praha, HH, 1998
- **Langmeier, J., Matějček, Z.** Psychická deprivace v dětství. Praha, Avicnum, 1974
- **Mádrová, E.** Zkuste být dítětem, Praha, Portál, 1998
- **Matějček Z., Dytrych Z.** Nevlastní rodiče a nevlastní děti. Praha, Grada, 1999
- **Matějček, Z.** Co, kdy a jak ve výchově dětí. Praha, Portál, 2000
- **Matějček, Z.** Děti a rodina. Praha, SPN, 1992
- **Matějček, Z.** Je dobré, aby děti věděly, že ve světě je určitý řád..1997
- **Matějček, Z.** O rodině vlastní, nevlastní a náhradní. Praha, Portál 1994
- **Matějček, Z., Dytrych, Z.** Děti, rodina a stres. Praha, Avicenum, 1994
- **Matoušek, O.** Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha, Slon, 1997
- **Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize.** MKN-10, Duševní poruchy a poruchy chování. Praha, Psychiatrické centrum, 1992
- **Michalová, Z.** Analýza dílčích aspektů specifických poruch. Praha, PFUK, 2004
- **Možný, P., Praško, J.** Kognitivně-behaviorální terapie. Praha, Triton, 1999
- **Nakonečný, M.** Motivace lidského chování. Praha, Academia, 1997
- **Ondráček, P.** Vyrušování, neposlušnost a odmítání spolupráce. Univerzita Pardubice, 1999
- **Paclt, I., Florian, J.** Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku. Praha, Grada, 1998
- **Pipeková, J.** Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno, Paido, 1998
- **Pokorná, E.** Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. Praha, Portál, 2001
- **Presl, J.** Drogová závislost. Praha, Maxdorf, 1994
- **Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J.** Pedagogický slovník. Praha, Portál, 2001
- **Příhoda, V.** Ontogeneze lidské psychiky. Praha, SPN, 1970

- **Ratey, J., Greenberg, S., Bemporad., J.R., Lindem, K.** Unrecognized attention-deficit hyperactivity disorder in adults presenting for outpatient psychotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4, 267-275, 1992
- **Riefová, S. F.** Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praha, Portál, 1999
- **Říčan, P., Krejčířová, D. a kol.** Dětská klinická psychologie. Praha, Grada, 1997
- **Silver, L.** Attention deficit/hyperactivity in adult lives. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2000
- **Train, A.** Specifické poruchy chování a pozornosti. Praha, Portál, 1997
- **Třesohlavá, Z.** LMD v dětském věku. Praha, Avicenum, 1983
- **Tyl, J.** LMD. Praha, Feedback institut, 1997
- **Tyl, J.** Metoda EEG - Biofeedback. Praha, Feedback institut, 1999
- **Tyl, J., Tylová, V.** Komplexní příručka pro pedagogy, lékaře, psychology ... i rodiče dětí s LMD. Praha, Feedback institut, 2002
- **Vágnerová, M.** Psychologie problémového dítěte školního věku. 2. vyd. Praha, Uk, 1993
- **Vágnerová, M.** Psychologie problémového dítěte školního věku. 2. vyd. Praha, UK, 1995
- **Vágnerová, M.** Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál, 1999
- **Vágnerová, M.** Variabilita a patologie psychického vývoje. Praha, Karolinum, 1993
- **Vágnerová, M.** Vývojová psychologie I. Praha, karolinum, 1997
- **Večerník, Matějů a kol.** Česká společnost 1989 - 1998. Praha, Academia, 1998
- **Vocilka, M.** Etopedie. Praha, SPN, 1994

PŘÍLOHY

Příloha č.1 – Dotazník

Informace z dotazníku jsou zpracované v kapitole 2.3.5. *Zpracování sebraných dat* na str. 71 - 81

1. Jaký typ vzdělání jste zvolili pro své dítě po ukončení Základní školy?
 - a) ZŠ (odlišně od učitelů)
 - b) SŠ (střední odborné učiliště)
 - c) ZŠ (střední odborná škola - průmyslová škola, obchodní akademie, apod.)
 - d) Gymnázium
2. Začal/a vaše dítě navštěvovat nějakou školu / učiliště / nějakým závažným vzdělávacím programem?
 - a) soustavně začal/a navštěvovat ZŠ
 - b) začal/a pracovat kempem
 - c) začal/a navštěvovat školu
3. Rozhodla/a si inspektor/ka školy případně převádějící učitel/ka, zda vaše dítě vyhovuje z hlediska specifické poruchy (ADHD, ADD, LMD)?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) neví
4. Může/dítě navštěvovat začleněním v novém třídním kolektivu?
 - a) ano, ihned po ZŠ
 - b) ano, pokud bude ve třídě
 - c) problém přizpůsobit se
 - d) navštěvovat vrtělo
 - e) ne
5. Může/dítě navštěvovat spoluprací odborníků?
 - a) ano
 - b) ano, v odborné škole
 - c) ano, v odborné škole
 - d) ano, pokud je

DOTAZNÍK

Jméno bývalého žáka

Kolik let docházel do školy pro žáky s SPCH Na Zlíchově 19, Praha 5.....

Rok, ve kterém ukončil na výše uvedené škole povinnou školní docházku

1. Jaký typ vzdělání jste zvolili pro své dítě po ukončení Základní školy?
 - a) OU (odborné učiliště)
 - b) SOU (střední odborné učiliště)
 - c) SŠ (střední odborná škola - průmyslová škola, obchodní akademie, apod.)
 - d) Gymnázium
2. Došlo v rámci studia na střední škole / učilišti k nějakým závažným vzdělávacím problémům?
 - a) nedostatečný základ vzdělání ze ZŠ
 - b) rychlé pracovní tempo
 - c) odlišný způsob výuky
3. Respektuje či respektovala škola případné přetrvávající obtíže dítěte, které vyplývaly z jeho specifické poruchy (ADHD, ADD, LMD) ?
 - a) ne
 - b) ano
 - c) někdy
4. Má/mělo dítě obtíže se začleněním v novém třídním kolektivu?
 - a) nová skupina žáků
 - b) větší počet žáků ve třídě
 - c) problém přizpůsobit se
 - d) navazování vztahů
 - e) nemá/nemělo
5. Vyhledáváte i nadále spolupráci odborníka?
 - a) ne
 - b) ano, v předchozí škole
 - c) ano, v stávající škole
 - d) ano, jinde – kde?

6. Objevují se během studia výchovné problémy?
- a) ne
 - b) ano, kontakt s vrstevníky
 - c) ano, respektování autority
 - d) ano, problémy se školní docházkou
7. Domníváte se, že má dítě šanci školu dokončit? Pokud ne, proč?
- a) ano
 - b) ne,
 -
 -
 -
 -
8. Dochází k aktivní spolupráci škola – rodič?
- a) ne
 - b) ano, pravidelně
 - c) ano, nepravidelně
 - d) ano, na vyzvání školy
 - e) ano, na vlastní žádost
9. Jaké jsou školní výsledky Vašeho dítěte?
- a) výborné
 - b) dobré
 - c) dostatečné
 - d) nedostatečné
10. Došlo v průběhu studia k nějakým změnám?
- a) ne
 - b) ano, přestup na jinou školu
 - c) ano, předčasné ukončení studia
 - d) ano, opakování ročníku
11. Jakým způsobem se Vaše dítě zařadilo do běžného života po ukončení studia?
- a) bez problémů, nástup do zaměstnání
 - b) s problémy, nezáměr o práci
 - c) s problémy, vyhýbání se práci
 - d) s problémy, porušování zákona
 - e) je stále studentem střední školy