

Speciální pedagogika v praxi

Komplexní péče o děti se SPUCH

- Diagnostika a současný systém péče
- Komunikace ve školní a rodinné edukaci
- Nápravné programy a pomůcky
- Edukační a relaxační techniky



Speciální pedagogika v praxi

- Diagnostika
a současný systém
péče
- Komunikace
ve školní a rodinné
edukaci
- Nápravné programy
a pomůcky
- Edukační a relaxační
techniky



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Publikace vznikla v souvislosti s grantovým projektem Grantové agentury ČR: Autorita a její proměny v edukačním prostředí (hlavní řešitel Alena Vališová). Období let 2010–2012, r. č. P407/10/0796.

Autorský kolektiv:

Hlavní autor/editor: PhDr. Markéta Šauerová, Ph.D.

Mgr. Klára Špačková, Ph.D.

Mgr. Eva Nechlebová, Ph.D.

Markéta Šauerová, Klára Špačková, Eva Nechlebová

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA V PRAXI

Komplexní péče o děti se SPUCH

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400

www.grada.cz

jako svou 5050. publikaci

Recenzovali:

prof. PhDr. Alena Vališová, CSc.

doc. PhDr. Pavel Tilinger, CSc.

Mgr. Jitka Zemanová

Autorka fotografií PhDr. Markéta Šauerová, Ph.D.

Odpovědná redaktorka Hana Vařáková

Sazba a zlom Antonín Plicka

Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka

Počet stran 248

Vydání 1., 2012

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

© Grada Publishing, a.s., 2012

ISBN 978-80-247-4369-1

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-8186-0 (ve formátu PDF)

ISBN 978-80-247-8187-7 (ve formátu EPUB)

OBSAH

POUŽITÉ IKONY	9
ÚVOD	11
1. SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ A CHOVÁNÍ	13
1.1 Historický vývoj specifických poruch učení	13
1.1.1 <i>Historický vývoj specifických poruch učení v zahraničí</i>	13
1.1.2 <i>Historický vývoj specifických poruch učení u nás</i>	15
1.2 Historický vývoj specifických poruch chování	18
1.3 Specifické poruchy učení – charakteristika	21
1.3.1 <i>Přehled symptomů specifických poruch učení</i>	25
1.3.2 <i>Druhy specifických poruch učení</i>	26
1.4 Specifické poruchy chování – charakteristika	34
1.4.1 <i>Pojmy LMD a ADHD</i>	34
1.4.2 <i>Přehled symptomů specifických poruch chování</i>	40
1.5 Současný systém péče o žáky se specifickými poruchami učení a chování	41
1.5.1 <i>Školy</i>	41
1.5.2 <i>Pedagogicko-psychologické poradny</i>	42
1.5.3 <i>Speciálněpedagogická centra</i>	43
1.5.4 <i>Střediska výchovné péče</i>	44
1.5.5 <i>Dys-centra</i>	44
1.5.6 <i>Zdravotnictví</i>	44
1.5.7 <i>Soukromý sektor</i>	45
2. DIAGNOSTIKA	47
2.1 Úvod do problematiky diagnostiky	47
2.2 Druhy diagnostiky	48
2.3 Typy diagnostiky	49
2.4 Diagnostický proces	49
2.4.1 <i>Východiska diagnostického procesu</i>	49
2.4.2 <i>Vstupní diagnostika – anamnéza</i>	50
2.4.3 <i>Diagnostické metody</i>	51
2.4.4 <i>Diagnostika specifických poruch učení a chování</i>	62
2.4.5 <i>Diagnostika specifických poruch učení a chování na základní škole učitelem</i>	65

3. KOMUNIKACE VE ŠKOLNÍ A RODINNÉ EDUKACI	73
3.1 Komunikace ve škole	73
3.2 Teorie sepětí školy a rodiny	74
3.2.1 <i>Faktory ovlivňující komunikaci rodič–učitel–žák</i>	<i>76</i>
3.2.2 <i>Mediace – podpora komunikace ve školní edukaci</i>	<i>84</i>
3.3 Podpora společných prožitků a komunikace v rodinné edukaci	85
3.3.1 <i>Oblasti podpory</i>	<i>86</i>
3.3.2 <i>Podpora interakcí v rodině ze strany veřejně činných organizací</i>	<i>91</i>
4. ZPŮSOBY PRÁCE S DĚTMI SE SPECIFICKÝMI PORUCHAMI UČENÍ A CHOVÁNÍ	95
4.1 Rehabilitace	96
4.2 Kompenzace	97
4.3 Terapie	98
4.3.1 <i>Neuropsychologická terapie dyslexie</i>	<i>98</i>
4.3.2 <i>Kognitivně-behaviorální terapie</i>	<i>100</i>
4.3.3 <i>Psychoanalytická psychoterapie</i>	<i>101</i>
4.3.4 <i>Rodinná terapie</i>	<i>102</i>
4.3.5 <i>Další druhy terapeutických postupů</i>	<i>104</i>
5. NÁPRAVNÉ (REEDUKAČNÍ) PROGRAMY	137
5.1 Percepčně-motorická nápravná cvičení	141
5.2 MAXÍK	142
5.3 HYPO	142
5.4 Feuersteinova metoda	143
5.5 Programy Kuncové	143
5.5.1 <i>KUPREV</i>	<i>143</i>
5.5.2 <i>KUMOT</i>	<i>143</i>
5.5.3 <i>KUPOZ</i>	<i>144</i>
5.5.4 <i>KUPUB</i>	<i>145</i>
5.5.5 <i>KUKUČ</i>	<i>145</i>
5.6 Trénink jazykových schopností podle D. B. El'konina – V Krajíně slov a hlásek	145
5.7 Já na to mám	145
5.8 Využití informačních technologií v nápravných programech	146
5.8.1 <i>Počítačové reedukační programy</i>	<i>147</i>
6. NÁPRAVNÉ (REEDUKAČNÍ) POMŮCKY	159
6.1 Zraková percepce	160
6.2 Sluchová percepce	162
6.3 Pozornost	165
6.4 Motorika, jemná motorika, grafomotorika	166
6.5 Pravolevá orientace	170

6.6	Matematické představy	171
6.7	Další pomůcky pro reedukaci a výuku dětí se specifickými poruchami učení a chování	174
7.	EDUKAČNÍ TECHNIKY PODPORUJÍCÍ OSOBNOSTNÍ ROZVOJ U DĚTÍ SE SPECIFICKÝMI PORUCHAMI UČENÍ A CHOVÁNÍ	183
7.1	Pozitivní scénář života	183
7.2	Profil mé osobnosti	185
7.3	Videotréning interakcí	188
7.4	Skupiny osobnostního a sociálního rozvoje	189
	7.4.1 Cílové kompetence ve skupinách osobnostního rozvoje	190
	7.4.2 Metody rozvoje kompetencí	190
	7.4.3 Vrstevnické skupiny	193
7.5	Režimová opatření	193
7.6	Neurolingvistické programování	194
8.	RELAXAČNÍ TECHNIKY	197
8.1	Základní relaxační techniky	197
8.2	Základní relaxační polohy	200
8.3	Relaxační postupy a techniky	201
	8.3.1 Relaxace na bázi dechových cvičení	201
	8.3.2 Autogenní trénink – relaxační technika podle Schultze	203
	8.3.3 Jacobsonova metoda – metoda progresivní relaxace	204
	8.3.4 Alexandrova technika	205
	8.3.5 Bensonova relaxační odpověď	205
	8.3.6 Aromaterapie	206
	8.3.7 Bodová relaxace	206
	8.3.8 Sofrologická technika – tělesná relaxace	207
	8.3.9 Couéismus (čti kuéismus)	207
	8.3.10 Psychowalkman	207
	8.3.11 EEG Biofeedback	208
8.4	Kdy je cvičení relaxačních technik nevhodné?	211
9.	MASÁŽ JAKO PROSTŘEDEK RELAXACE	213
9.1	Automasáž obličeje a hlavy	214
9.2	Míčková facilitace – míčkování	215
	9.2.1 Základní mechanismus účinku	216
9.3	Reflexologie	217
	SLOVNÍČEK POJMŮ	219
	LITERATURA	225

SHRNUTÍ	237
SUMMARY	239
JMENNÝ REJSTŘÍK	241
VĚCNÝ REJSTŘÍK	243
AUTORKY PUBLIKACE	247

POUŽITÉ IKONY

	cíle a obsah kapitoly
	zopakujte si
	doporučená literatura
	poznámka
	terminologické okénko
	kazuistika
	pracovní úkoly, kontrolní otázky

ÚVOD

Markéta Šauerová

Počet dětí se specifickými vzdělávacími potřebami v praxi narůstá. Je důležité, abychom při práci s těmito dětmi znali dostatečně dobře primární příčiny vzniku těchto obtíží, stejně jako je důležité vědět, jakými způsoby předcházet vzniku sekundárních obtíží. Tyto komplikace nejčastěji vznikají na základě nevhodného výchovného působení, nevhodných způsobů komunikace či volbou nevhodných nápravných metod. Právě na tuto oblast se autorky textu zaměřují nejvíce, tedy zejména na způsoby komunikace a využití různých nápravných, terapeutických a relaxačních postupů, vedoucích k eliminaci či zmírnění dosavadních obtíží dítěte a zabraňujících vzniku sekundárních symptomů (jako je např. agresivita, nesoustředěnost, emocionální rozlady).

Text kolektivní monografie je zaměřen především na edukační a reedukační aspekty při práci s dětmi se specifickými poruchami učení a chování (SPUCH). Je určen pro studující, kteří se v praxi budou setkávat s jedinci vyžadujícími specifický edukační přístup.

Těžiště publikace tkví v komplexním pojetí reedukace a terapie dětí se SPUCH. Poukazuje na možnosti, jichž lze využít jak v institucionální péči, tak v péči rodinné. Text se věnuje rovněž otázkám komunikace mezi učiteli a rodiči ve výchovné situaci s ohledem na kontext realizovaných sociálních interakcí (zejména s ohledem na faktor specifických poruch u dítěte).

Jednotlivé kapitoly zahrnují úkoly a otázky podporující praktické aktivity studentů tak, aby je vedly ke konfrontaci konkrétních jevů se známou teorií a vytvářely schopnost studentů pedagogicky myslet a zdůvodněně jednat.

Publikace je rozdělena do devíti základních kapitol. První kapitola se věnuje historii, základní charakteristice, příčinám vzniku SPUCH, jejich základnímu členění a současnému systému péče o žáky se SPUCH.

Druhá část se zabývá základy diagnostiky SPUCH.

Třetí kapitola pojednává o problematice komunikace ve školní a rodinné edukaci se zaměřením na problematiku edukace dítěte s poruchami učení a chování. Důraz je kladen na problematiku okruhy ve vzájemné interakci vychovatel (učitel)–rodič. V rámci této části je pozornost zaměřena rovněž na otázky související se zařazením mediace do školního prostředí a s problematikou vrstevnické mediace. Hluběji je rozpracována oblast podpory komunikace

v rodinné edukaci. Oblasti komunikace věnují autorky zvýšenou pozornost, neboť právě volba vhodných způsobů a strategií komunikace, stejně jako volba vhodných komunikačních prostředků, napomáhá redukovat obtíže dětí během edukačního procesu. Naproti tomu volba nevhodných prostředků zvyšuje riziko vzniku sekundárních výchovných obtíží a ztěžuje výchovnou práci s konkrétním jedincem.

Čtvrtá část nastiňuje způsoby práce s dětmi s poruchami učení a chování, pozornost zaměřuje především na využití různých druhů terapeutických postupů při edukaci a reedukaci dětí se SPU a SPCH. Zvláštní pozornost je věnována možnostem využití pohybových aktivit a vhodné volbě těchto aktivit vzhledem k široké symptomatologii SPUCH (zejména syndromu ADHD a ADD).

Pátá kapitola se samostatně zabývá reedukačními programy využívanými v oblasti speciálněpedagogické nápravy SPUCH.

Na tuto část navazuje text zaměřený na bližší seznámení s reedukačními pomůckami, které jsou používány k nápravám v oblasti jednotlivých funkcí.

Sedmá kapitola se soustředí na techniky podporující osobnostní rozvoj dítěte s těmito obtížemi, především na možnosti využití principů utváření pozitivního scénáře života, principů osobnostní a sociální výchovy a vlivů vrs-
tevnické skupiny.

Předposlední a poslední kapitola obsahují návrhy, jak je možné v komplexní péči o děti s poruchami učení a chování využít vybrané relaxační metody a masáže (včetně automasáží).

Autorky při zpracování textu vycházejí z vlastních bohatých zkušeností s použitím jednotlivých technik a postupů.

1. SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ A CHOVÁNÍ

Klára Špačková

⇒ Cíle kapitoly

Po prostudování této kapitoly dokážete:

- popsat historický vývoj péče o děti se SPUCH;
- orientovat se v přehledu symptomů SPUCH;
- charakterizovat úlohu jednotlivých institucí v systému péče o žáky se SPUCH.

⇒ Obsah kapitoly

- Historický vývoj péče o děti se SPUCH
- Přehled symptomů SPUCH
- Současný systém péče o žáky se SPUCH

1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ

1.1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ V ZAHRANIČÍ

Jako první vývojová porucha učení byla na konci 19. století popsána **specifická porucha čtení** (dyslexie). Anglický lékař W. Pringle Morgan publikoval v roce 1896 případ chlapce, který se při normální inteligenci nebyl schopen naučit číst. Stejně jako **J. Hinshelwood** (oftalmolog, jenž uveřejnil první monografii o vývojové poruše čtení) se domníval, že příčinou daných obtíží je jakási forma **vrozené oční slepoty**. Možný původ poruchy hledali oba v hereditárních spojitostech, ale také v poškození mozkové tkáně (Matějček, 1995).

Ve dvacátých letech 20. století publikoval ve Spojených státech svou první studii neurolog a psychiatr **S. T. Orton**, který na dlouhou dobu ovlivnil a naměřoval vývoj problematiky SPU. Orton (1925, in Snowling, 2001) popsal, že dyslektici mají problém s psanými symboly, zvláště pak s reverzibilními písmeny (*b/p, p/q*). Vytvořil tak představu o dyslexii jako **vizuálně-percepční poruše**.

SPU zůstaly výhradně v zájmu zdravotních odborníků až do šedesátých let, kdy se získané poznatky začaly uplatňovat v praxi. Vyšlo najevo, že mnohé z obtíží popisovaných na základě studia vybraných dětí, s nimiž přicházela zdravotnická veřejnost, se vyskytují i u běžné populace dětí. Například záměna vizuálně podobných písmen (*d* a *b*) se ukázala jako součást normálního vývoje čtenářských dovedností. Předmětem výzkumu se tak na rozdíl od zkoumání klinického vzorku staly **epidemiologické studie** (studie reprezentativního vzorku dětí) (Snowling, 2001).

Výzkum sedmdesátých let se soustředil na to, jak odlišit **specifické obtíže se čtením od obecných obtíží se čtením** (obtíží se čtením na podkladě širších problémů s učením). Základním východiskem pro odlišení obou skupin dětí (se specifickými versus obecnými poruchami čtení) se stal vztah mezi čtenářskými dovednostmi a inteligencí u normální populace. Většinou platí souvislost čím chytřejší dítě, tím snadněji se učí číst.

Dítě, které čte hůře, než se očekává vzhledem k jeho IQ, je označeno za dítě se specifickou poruchou čtení. Mluvíme o tzv. **diskrepantním přístupu** v problematice SPU (Snowling, 2001).

Podobně jako u medicínského přístupu však ani diskrepantní hledisko nebylo dostačující. Mnoho z takto diagnostikovaných žáků se specifickými poruchami, po krátké intervenci nebo i bez ní při opakovaném testování, již kritéria pro přidělení diagnózy SPU nesplňuje¹. Problémem obou přístupů je také otázka, zda mají definice SPU čtenářský problém popsat, nebo vysvětlit. Zatímco medicínský přístup chápe SPU jako syndrom, který má neurobiologický podklad, diskrepantní přístup se zaměřuje pouze na oblast čtení (Snowling, 2001).

V průběhu devadesátých let se proto objevují názory, že dyslexii je nutné chápat jako poruchu, již lze **popsat na několika úrovních a která se vyvíjí s věkem a v závislosti na vlivu prostředí**. Jak poukazuje Frithová (1995), mezi mozkem, myslí a chováním existuje úzké spojení, a proto pokud chceme dyslexii pochopit, musíme porozumět všem úrovním – biologické, kognitivní i behaviorální.

Úkolem výzkumu **behaviorální úrovně** je popsat vzorce obtíží a jejich změn ve vývoji. Důležité je ale též porozumět jejich **kognitivním podkladům**. Dysfunkce přitom může být v jedné mentální komponentě nebo také může být výsledkem interakce mezi dvěma či více kognitivními deficity. V neposlední

¹ Je nutné si uvědomit, že ne všechny děti, které mají v počátcích vývoje gramotnosti obtíže, jsou žáci se SPU. Příčinou selhávání může být kromě SPU například nízká sociokulturní úroveň rodiny nebo nevhodně zvolená výuková metoda. Mluvíme o tzv. **nespecifických poruchách učení** (blíže např. Kucharská, 2005).

radě je nezbytné porozumět, jak **biologické dispozice** daných obtíží mohou vést k subtilním narušením v kognitivní i behaviorální úrovni.

Neméně podstatné je však porozumět i **vlivu prostředí**. Právě vnější faktory (rodinné zázemí, kvalita instrukcí) hrají pravděpodobně důležitou roli v tom, zda a v jaké intenzitě se kognitivní deficit projeví na behaviorální úrovni.



Zkuste přiřadit následující témata výzkumů v oblasti SPU k jednotlivým rovinám dyslexie podle Frithové (1995): zrakové vnímání, sluchové vnímání, genetické abnormality mozku, opožděný vývoj řeči, porozumění čtenému, krátkodobá verbální paměť.

1.1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ U NÁS

Také v naší odborné literatuře se s problematikou SPU poprvé setkáme na začátku 20. století. V roce 1904 uveřejnil pražský psychiatr **A. Heveroch** článek „O jednostranné neschopnosti naučiti se čísti při znamenité paměti“. Na základě svých pozorování dospěl k názoru, že se i u jinak normálně se vyvíjejícího dítěte může objevit **neschopnost naučit se číst a psát**. Popsal případ jedenáctiletého děvčete a nabádal pedagogy, aby si takovýchto případů více všímali. Bohužel, jak sám předpověděl, zůstalo zkoumání a praktická péče o tyto děti (stejně jako v zahraničí) na dlouhou dobu jen v medicínské oblasti (Matějček, 1995).

Další odborníci, kteří u nás výrazně přispěli k rozvoji problematiky SPU, byli spjatí s Psychiatrickou léčebnou v Havlíčkově Brodě, později i Dětskou psychiatrickou léčebnou v Dolních Počernicích. Zde v padesátých letech 20. století tým lékařů a dětských psychologů (**J. Langmeier, O. Kučera, Z. Žlab, J. Jirásek, Z. Matějček** aj.) vytvořil jakousi ústřednu pro nápravnou a léčebnou péči o děti se SPU. (Jen poznamenejme, že organizace nápravné péče o děti se SPU byla v té době v evropských zemích spíše raritou.)

V průběhu šedesátých let se začalo dařit získané poznatky více uplatňovat v praxi. V Brně (1963) a v Praze (1967) byly zřízeny první experimentální **specializované třídy**. Na začátku sedmdesátých let byla zahájena výuka v první základní škole pro žáky se SPU v Karlových Varech.

V roce 1972 byla vydána směrnice MŠMT, jež legislativně vymezila zřizování specializovaných tříd. Oficiálnímu přijetí problematiky ve školství pomohlo

také zřízení **pedagogicko-psychologických poraden**, které se začaly zabývat diagnostikou a publikační činností. V sedmdesátých letech byla vytvořena řada diagnostických materiálů, metodických příruček, pomůcek i odborných textů, z nichž některé jsou dodnes používány (Kucharská, 2004).

V průběhu osmdesátých let se problematika přesouvá stále více ze specializovaných tříd do běžných tříd a důraz je kladen na vzdělávání učitelů základních škol. Do začátku devadesátých let se podařilo rozvinout a stabilizovat **pětistupňový systém nápravné péče** (Matějček, 1995):

1. Nejlehčí formy SPU napравuje přímo v základních školách v rámci normální výuky **třídní učitel** (učitel např. přizpůsobuje žákovi se SPU výukové metody, zadává doplňující cvičení, uplatňuje základní nápravné techniky).
2. Některé školy pro žáky se SPU zřizují tzv. **minidyslektické třídy**, kde jsou žáci se SPU z jednoho ročníku spojeni na výuku českého jazyka. Ostatní předměty absolvují se svou kmenovou třídou. Výuku českého jazyka vedou u žáků se SPU/SPCH speciální pedagogové.
Jinou možností je zřízení tzv. **kabinetu dyslexie** či jiných SPU, vybaveného speciálními pomůckami a metodickými materiály. Tento kabinet vede speciální pedagog nebo proškolený učitel. Ten také s dětmi pracuje v malých skupinách (2–4 děti) a děti sem docházejí místo určitých vyučovacích hodin.
3. V případech závažnějších obtíží provádějí s dětmi **nápravná cvičení rodiče**, a to pod kontrolou pracovníka z pedagogicko-psychologické poradny.
4. Dítě je zařazeno do **specializované třídy**.
5. Nejtěžší případy, které vyžadují komplexní péči, je možné hospitalizovat **v dětských psychiatrických léčebnách**.

Po roce 1989 se v péči o děti se SPU, stejně jako o ostatní zdravotně postižené žáky, stále více prosazuje snaha o **integraci**. Individuální integrace v běžné třídě je vymezena **vyhláškou č. 73/2005 Sb.**, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, jako přednostní forma vzdělávání žáka se zdravotním postižením.

Ochota běžných škol přijímat žáky se SPU do svých tříd a poskytovat jim řádnou pomoc je podporována **navýšeným normativem**. V případě potřeby je možné vypracovat pro integrovaného žáka **individuální vzdělávací plán**, který je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Obsahuje například údaje o poskytování individuální péče žákovi, údaje o cíli vzdělávání či seznam kompenzačních a učebních pomůcek. Individuální vzdělávací plán na základě doporučení školského poradenského pracoviště zpravidla vypracovává třídní učitel.

Stejně jako v zahraničí se však také naše odborná veřejnost dosud potýká s nejednotnými terminologickými vymezeními i diagnostickými postupy v přístupu k problematice SPU. Tato situace pravděpodobně přispívá ke stále zvyšujícímu se počtu takto diagnostikovaných žáků, ale též k velkým rozdílům ve výskytech těchto žáků v různých regionech (od méně než 1 % po více než 13 %).

Dosavadní snahy o sjednocení a zpřísnění diagnostických kritérií však přes nemalé úsilí zatím nevedou k cíli (k nesporné diagnostice poruch a zvýšení úrovně čtenářství). Někteří odborníci proto opouštějí kategoriální pojetí SPU a chápou dané obtíže jako variaci normálního vývoje. Odborná skupina pracovníků PPP i vysokých škol (Mertin, Kucharská a kol., 2007) v souladu s daným pojetím navrhla a představila **třístupňový model péče**.

Třístupňový model péče směřuje mnohem větší díl péče o žáky s výukovými obtížemi na **běžného učitele**, který bez nutnosti provedení odborného vyšetření a stanovení diagnózy v případech výukových obtíží poskytne potřebným žákům **intenzivní cílenou pomoc**. Dále tento třístupňový model péče klade důraz na **prevenci obtíží**. Vzhledem k dnes již obecně přijímanému názoru, že vznik obtíží lze datovat do doby před začátkem školní docházky, umožňuje poskytovat specializovanou péči již v předškolním věku. V oblasti prevence a podněcování rozvoje gramotnosti se počítá také s posílením úlohy rodiny. Diagnóza SPU je pak vyhrazena pouze pro nejzávažnější poruchy, u kterých ani po dlouhodobé intenzivní pomoci nedošlo ke zmírnění obtíží. Mluvíme o tzv. **preventivně-intervenčním modelu péče** o tyto žáky.



Zamyslete se nad tím, jak může rodina u dítěte předškolního věku ovlivnit průběh vývoje čtenářství na začátku školní docházky.



KUCHARSKÁ, A. Prevence, intervence a terapie specifických poruch učení. In HADJ MOUSOVÁ, Z. a kol. *Intervence pedagogicko-psychologického poradenství III*. Praha: PedF UK, 2004. ISBN 80-7290-146-X.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie. Specifické poruchy učení*. 2. vyd. Jinočany: H&H, 1995. ISBN 80-85787-27-X.

MERTIN, V., KUCHARSKÁ, A. a kol. *Integrace žáků se specifickými poruchami učení – od stanovení diagnostických kritérií k poskytování péče všem potřebným žákům*. Praha: IPPP ČR, 2007. ISBN 978-80-86856-40-7.

SNOWLING, M. *Dyslexia*. Oxford: Blackwell Publisher Ltd., 2001. ISBN 0-631-22144.

1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ SPECIFICKÝCH PORUCH CHOVÁNÍ

Historický vývoj problematiky specifických poruch chování úzce souvisí s vývojem problematiky specifických poruch učení. V některých pojetích dokonce pojem SPCH do sebe všechny SPU pojímá.

Na začátku 20. století se objevily první práce, které popisovaly děti **vzpurňé, temperamentní, s poruchami pozornosti a paměti**. Dané projevy v chování dětí nebyly přičítány špatné výchově, ale **poraněním mozku**. Autoři popisovali uvedené změny v chování u dětí po úrazech hlavy a po prodělané virové encefalitidě. Začalo se mluvit o „**lehké mozkové dysfunkci**“ (*Minimal Brain Dysfunction*) (Pokorná, 2001).

K termínu lehká mozková dysfunkce (LMD) se přiklonili odborníci i na mezinárodní konferenci v roce 1962. V roce 1963 vymezila komise složená z předních odborníků, lékařů a psychologů pod vedením S. Clementse (in Třesohlavá a kol., 1983) syndrom LMD jako **formu onemocnění spojenou s odchylkami funkcí CNS**, která se **může manifestovat v různých poruchách** (percepce, tvoření pojmů, paměti, řeči, pozornosti, impulzivnosti nebo motorických funkcí). Mezi hlavní oblasti **příznaků LMD** byly zařazeny: nálezy v testech měřících psychické výkony, poškození percepce a vytváření pojmů, specifické neurologické znaky, poruchy řeči a smyslového vnímání, poruchy motorických funkcí, poruchy učení, poruchy myšlení, fyzikální charakteristika, citová charakteristika, charakteristika spánku, schopnost navázat kontakt s okolím, změny fyzického vývoje, charakteristika speciálního chování, změny osobnosti a poruchy koncentrace a pozornosti.

Téměř současně však začínají přibývat kritické výhrady k používání daného pojmu a jeho koncepce. Poukazují na fakt, že zdaleka ne u všech pacientů s příznaky syndromu LMD se daří diagnostikovat neurologické odchylky. Syndrom LMD je dále kritizován pro velkou rozmanitost popisovaných příznaků. Podle mnohých odborníků se diagnóza LMD stala „odpadkovým košem“ pro jinak těžko zařaditelné symptomy (Pokorná, 2005).

Na konci šedesátých let se v Severní Americe začalo prosazovat nové pojetí vycházející z behaviorálních tradic popisu chování. Objevuje se diagnóza **hyperkinetický syndrom**. Bez ohledu na příčinu klade důraz na nejrušivější symptom – **neklid**. V mezinárodně používané příručce Americké psychiatrické společnosti pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch se od šedesátých let objevuje termín ADD, později ADHD. Oba nové pojmy **ADD** (*Attention Deficit Disorder*) a **ADHD** (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*) kladou důraz na další symptom – na **poruchu pozornosti** (Malá, 2000).

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 v současné době užívá označení **hyperkinetické poruchy**, pod nimiž je zařazena **porucha aktivity a pozornosti** (F90.0) a **hyperkinetická porucha chování** (F90.1).

Výčet základních symptomů hyperkinetických poruch se oproti pojetí LMD zobecnil a zúžil na:

- **poruchy kognitivních funkcí** (porucha pozornosti, selektivního procesu, exekutivních funkcí, motivace, úsilí a vytrvalosti, slovní a pracovní paměti, vizuospatální porucha);
- **motoricko-percepční poruchy** (hyperaktivita, neurologické *soft signs*, neobratnost, porucha vizuomotorické koordinace);
- **poruchy emocí a afektů** (explozivita, emoční labilita);
- **impulzivita;**
- **sociální maladaptace** (neadekvátní kontrola svých reakcí k okolí, familiárnost nepřislušná věku, neschopnost souhry s vrstevníky) (Malá, 2000).

Jak shrnuje Vágnerová (2001), odlišnost užívaných termínů se může projevit nejen změnou v postoji při hodnocení příčiny obtíží, ale i v **oblasti nápravy** (např. větším důrazem na psychosociální faktory) a odklonem od používání **medikace** (řešící pouze jednoznačně organicky podmíněné obtíže).

U nás má problematika SPCH bohatou tradici a jak jsme již uvedli, úzce souvisí s vývojem **problematiky SPU**. Historie dnešního pojetí má svůj počátek na přelomu čtyřicátých a padesátých let v pražském Sociodiagnostickém ústavu a v prvních pedopsychiatrických zařízeních (např. Dolní Počernice).

MUDr. Macek zaznamenal u některých dětí sotva znatelné antropologické, smyslové, somatické a neurologické nálezy, které spojoval s drobným poškozením mozkové tkáně z perinatálního období (období kolem porodu). Společná pozorování lékařů, psychologů i sociálních pracovníků poukázala u těchto dětí i na odchylky v chování a učení. Tým odborníků kolem MUDr. Kučery vytvořil původní koncept poruch nazvaných „**lehká dětská encefalopatie**“. Již v padesátých letech tak vyšly první časopisecké studie, stejně jako základní knižní dílo kolektivu autorů *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích* (1961, in Třesohlavá a kol., 1983). Za rozhodující etiologický činitel bylo považováno poškození mozkové tkáně a porucha vyžadovala především medicínský přístup.

V průběhu šedesátých let se podobně jako v zahraničí ustálilo používání termínu „**lehké mozkové dysfunkce**“. Za jedinou příčinu lehkých mozkových dysfunkcí nadále nebylo považováno drobné mozkové poškození, ale spolu

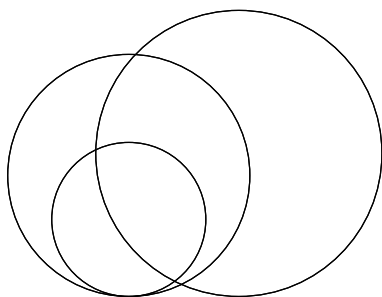
s genetickými, deprivacími i emočními činiteli se stalo pouze jednou z možných příčin.

V duchu tohoto pojetí můžeme vymezit vztahy mezi jednotlivými pojmy následovně:

- termíny LMD a mozkové poškození se z velké části překrývají;
- většina mozkových poranění vyvolá mozkovou dysfunkci, ne všechny mozkové dysfunkce však vznikají na základě mozkového poškození;
- dysfunkce CNS jsou příčinou SPU;
- některé lehké mozkové dysfunkce se však neprojeví jako poruchy učení, ale mohou se projevit především nápadnostmi v chování dítěte (Matějček, 1995).



Popište znázornění vztahů mezi uvedenými pojmy (drobné mozkové poškození, LMD, SPU) na základě pojetí podle Matějčka (1995, s. 28):



Jak byste znázornili vztah mezi termíny ADHD a SPU?

V devadesátých letech se i u nás pod vlivem zahraniční literatury a vývoje stavu poznání o této problematice začíná stále více prosazovat označení **ADD/ADHD**. Jak jsme již uvedli výše, výhodou používání daného pojmu je zpřesnění terminologického vymezení.

V pedagogické a poradenské praxi se kromě pojmů LMD a ADHD ustálilo používání termínu **specifické poruchy chování**. Tento výraz poukazuje na specifičnost původu daných obtíží. Na rozdíl od jiných poruch chování nejsou SPCH způsobeny nesprávným vedením ze strany vychovatelů, ale na základě nedostatečného rozvoje kognitivních a motoricko-percepčních funkcí a poruch emocí (Pokorná, 2005).



MATĚJČEK, Z. *Dyslexie. Specifické poruchy učení*. 2. vyd. Jinočany: H&H, 1995. ISBN 80-85787-27-X.

POKORNÁ, V. Porucha aktivity, pozornosti a hyperkinetické poruchy. In HADJ MOUSSO-VÁ, Z. a kol. *Vybrané problémy pedagogicko-psychologického poradenství I*. Praha: PedF UK, 2005. ISBN 80-7290-215-6.

1.3 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ – CHARAKTERISTIKA

Specifické vývojové poruchy **učení nepříznivě ovlivňují vzdělávací proces a osobnostní rozvoj jedince, negativně působí na rozvoj intelektových a kognitivních funkcí**. Proto musíme těmto funkcím věnovat zvýšenou pozornost a vědomě je vhodnými metodami rozvíjet.

Jedinci se SPU netvoří skupinu vyznačující se stejnými problémy. Můžeme se setkat se žáky, u nichž převládají obtíže pouze ve čtení, psaní, případně jen v matematice, ale je také možné, že se jednotlivé poruchy učení mohou u téhož žáka navzájem kombinovat. Obecně však platí, že SPU zasahují psychiku člověka a promítají se do sféry sociální i pedagogické.

Výsledky řady výzkumů (např. Kšajt, 1999; Pokorná, 1998) ukazují, že děti se SPUCH bývají častěji neúspěšné v plnění výukových požadavků. Dlouhotrvající neúspěšnost negativně ovlivňuje postoje spolužáků k těmto dětem a často tak přispívá k **nevýhodné pozici ve třídní skupině**. Děti s dyslexií se mnohem častěji stávají předmětem posměchu ostatních spolužáků, zpravidla se cítí osamělé a některé nenavázaly pozitivní vztah k jinému žákovi ze třídy². Řada vyčleněných dětí se snaží v kolektivu zaujmout, a to pomocí sociálně nevhodných způsobů interakce. Někdy se stávají třídními šašky, někdy volí agresivní způsob chování, v jiných případech používají různé formy uplácení (dárky, vypracovávání domácích úkolů apod.).

Postavení dítěte ve třídě zároveň určuje utváření jeho **postoje ke škole** a k výuce, promítá se i do výkonnosti každého žáka. SPU tedy neohrožují žáka jen po stránce naukové, ale i po stránce sociální. Zvláště v těch případech, kdy se nevhodné sociální strategie kvůli reakcím okolí fixují.

² Pokorná (1998) uvádí, že pozitivní vztah nenavázalo v daném průzkumu 14 % sledovaných dětí.

Přes velký zájem a rozvoj výzkumné činnosti v oblasti SPU za posledních čtyřicet let musíme bohužel konstatovat, že se zatím nepodařilo koncept SPU jednoznačně vymezit. V literatuře narazíme na nejrůznější pojetí i přístupy, často protichůdné. Problémem je jistě dosud **nesjednocená a nepřehledná terminologie**, ale také fakt, že nové výzkumné poznatky se aplikují do praxe velmi pomalu. Nejen u nás, ale i v zahraničí tak mnohdy přetrvává pojetí SPU ve víceméně nezměněné podobě od šedesátých let 20. století.

Nejčastěji v literatuře nacházíme definice vycházející z pojetí dyslexie přijaté **Světovou neurologickou federací v roce 1968** (in Matějček, 1995), které vymezují:

- oblast obtíží SPU (rozvoj základních školních dovedností);
- faktory, které se primárně na vzniku daných obtíží nepodílejí.

V různých obměnách jsou tak SPU definovány následovně.



Specifické poruchy učení jsou poruchy projevující se obtížemi při nabývání čtení, psaní a pravopisu při běžném výukovém vedení, přiměřené inteligenci a sociokulturní příležitosti.

Nevýhodou těchto definic je, že se blíže nevyjadřují **k primárním příčinám SPU**. Jak si však dále ukážeme, právě v této oblasti panují mezi odborníky asi největší neshody. Mezi konkrétní příčiny, které bývají v souvislosti se SPU uváděny, můžeme zařadit: deficity v senzorické oblasti, v obecných schopnostech učení (pozornost, asociativní učení), deficity jazykových kompetencí a poruchy motorických funkcí.

Tyto obtíže mohou podle řady odborníků vznikat buď na podkladě dědičnosti, podle jiných na bázi specifických, drobných poškození mozku (odtud také plyne používání pojmu LMD – lehké mozkové dysfunkce). Tato poškození mají za následek zhoršené použití příslušné funkce.

Obecně se jako **základní příčiny projevů SPU** uvádějí:

- **Encefalopatická příčina** (bývá uváděna v 50 % případech). Jde o drobné poškození mozku získané v průběhu prenatálního vývoje, v období perinatálním (během porodu) a postnatálním (v průběhu dalšího vývoje).

- **Biologické příčiny.** Řada autorů poukazuje na rozdílnost v biologických faktorech každého jedince. Zdůrazňují zejména genetické rozdíly, strukturní rozdíly v mozku a rozdíly ve fungování mozku (Mertin, 1999). Součástí biologických příčin může být i uvažovaný gen odpovědný za dyslexii, bývá lokalizován na šestém nebo patnáctém chromozomu (Mertin, 1999). Plomin (1996) se domnívá, že přenos dyslexie může být zaviněn více geny, které působí současně.
- **Hereditární příčina.** V anamnézách u dětí se SPU nalézáme podobné obtíže u dalších rodinných příslušníků. Někdy je nacházíme jen jako výčet obtíží, kterými například trpěl rodič, aniž by příslušnou diagnózu měl stanovenou (je nutné brát v potaz vývoj kvality diagnostiky a celkové změny v přístupu k dětem se SPU). Často se také vyskytují obdobné projevy u sourozenců.
- **Kombinovaná příčina.** Obtíže dítěte vznikají na základě kombinace výše uvedených příčin. V anamnéze nacházíme specifické projevy u dalších rodinných příslušníků, a zároveň se jako rizikový faktor může ukazovat nešetrně vedený porod či problematický průběh těhotenství, silná žloutenka po porodu apod. Michalová (2004) uvádí, že množství dětí se SPU na tomto podkladě je v populaci kolem 15 %.
- U části dětí nejsou jasné příčiny vzniku těchto obtíží, případně se jedná o obtíže neurologického charakteru.

Následující kazuistika slouží jako příklad kombinace několika příčinných faktorů najednou.



Dívka je odeslána k vyšetření na popud třídní učitelky kvůli obtížím ve zvládnání školních požadavků v první třídě. Učitelka uvádí jako příčinu školních obtíží nepozornost, věnování se jiné činnosti, následnou pláčivost dítěte při pokárání. Ostatní děti se začínají dívce posmívat, že je hloupá. Dívka nastoupila do školy téměř v sedmi letech, je narozená v září, využilo se „přirozeného“ odkladu školní docházky.

Osobní anamnéza:

Průběh těhotenství v normě, plodová voda při porodu však jevila známky přenášení. Porod postupoval přiměřeně rychle (druhé dítě), obtíže vyvstaly v poslední porodní fázi, dítě nešlo vyjmout z porodních cest, mělo omotaný pupečník kolem sebe. Apgar skóre bylo v normě (9, 10, 10).

Poporodní péče v normě, mírná novorozenecká žloutenka (doporučeno více přímého slunce), dítě klidné, kojeno, bez obtíží, přirozený rytmus bdění, spánku, krmení.

Na počátku batolecího období sledovaného dítěte otec těžce onemocněl rakovinou, veškerá péče matky byla věnována léčbě, péči o pacienta po chemoterapii, následně péči o pacienta po transplantaci kostní dřeně. Aktivita matky směrem k dětem (v rodině je ještě sourozenec) byly po dobu deseti měsíců omezeny na základní péči, patrný byl výrazný tlak na samostatnost obou dětí.

Adaptace dítěte na mateřskou školu dobrá, nástup do mateřské školy vzhledem k situaci rodiny předčasný (ve dvou a půl letech), sociální kontakty přiměřené, respektování autority učitelek. Občas neochota spolupracovat (povídat v ranním kroužku), učitelky udávají nedostatečnou slovní zásobu dítěte, nízký intelekt. Vzhledem k narození dítěte v září nastupuje dívka do školy téměř v sedmi letech.

V současné době je viditelná výrazná potřeba dítěte hrát si, nedozrálост pro nástup do školy, neochota plnit jakékoli požadavky učitelky, která navíc nevolí vhodné způsoby motivace (poznámky, pětky, odesílání na hanbu).

Dítě je v péči alergologa a rovněž klinického psychologa, objevují se projevy dušnosti, které matka neguje v jakémkoli jiném prostředí než ve škole. Při vyšetření dítě rovněž nekašle. Je pravděpodobné, že se jedná o somatické projevy. Závěr z klinického vyšetření – sociální nezralost, vyšší úzkostnost dítěte.

Rodinná anamnéza:

Babička nastoupila do školy již v pěti letech, uměla číst. Po dvou měsících školní docházky se ukázalo, že sice číst umí, ale obráceně – vzhůru nohama a zprava doleva. Jako dítě byla velmi drobounká a často vystavená posměchu, což vedlo k výrazné introverzi dítěte.

Matka byla jako dítě výrazně hyperaktivní, do dospělého věku má nevyhraněnou laterální, řadu činností provádí levou rukou. Preferuje levou nohu, levé oko.

Otec docházel do pedagogicko-psychologické poradny kvůli obtížím s koncentrací pozornosti, výrazné hypoaktivitě a obtížím ve čtení. Jako dospělý absolvoval terapii kineziologie One Brain, obtíže od té doby neguje.

Sourozenec (starší bratr) dochází do poradny kvůli obtížím v koncentraci pozornosti, hyperaktivitě, impulzivitě.

SPU je nutné chápat jako **multifaktoriální postižení**. Zároveň zde působí řada dalších činitelů, které mohou v mnoha případech působit jako neutralizující činitel, a to i při vzniku drobných poškození, na druhé straně jiné faktory mohou velmi mírné obtíže silně zvýraznit.

Někteří autoři poukazují na vnější příčiny, jako je třeba **nevhodná výuka, charakteristiky domácího prostředí, způsob, jak je strukturována škola**. Upozorňují například na to, že konstrukt poruchy učení odvádí pozornost od povahy školního vzdělávání jako zdroje selhání a připisuje jej jednoznačně dítěti. Tak poruchy učení slouží k zakrytí pravé povahy selhání ve čtení a brání produktivnějšímu úsilí o nalezení efektivního způsobu výuky čtení.

Tento názor lze pak do jisté míry konfrontovat se současným pojetím inkluzivní pedagogiky, kdy uvažujeme, že v rámci pedagogiky je nezbytné přistupovat ke každému dítěti individuálně, tedy není nutné vytvářet koncepty jednotlivých poruch či postižení.

Mertin (1999) uvádí, že se v pedagogické literatuře objevuje názor, že je žádoucí, aby došlo ke splynutí speciální pedagogiky s běžnou pedagogikou. Běžná pedagogika se pak stane speciální a speciální bude zrušena.

Podle téhož autora (Mertin, 1999) hraje důležitou roli při rozvoji dyslexie vliv rodiny. Poukazuje na to, že hlasité předčítání dětem předškolního věku hraje klíčovou roli při dalším rozvoji čtenářství.

V tomto ohledu tedy lze uvažovat, že pokud jsou rodiče rovněž dyslektiky, mohou mít k hlasitému čtení negativní postoj, či negativní postoj ke čtenářství jako takovému. Pak bychom ovšem neměli hovořit o dědičných vlivech vzniku dyslexie, ale o vlivech vnějšího prostředí.

1.3.1 PŘEHLED SYMPTOMŮ SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ

Mezi nejčastější projevy poruch učení patří:

- poruchy soustředění – krátkodobé;
- poruchy pravolevé a prostorové orientace – záměna pravé a levé strany, obtížná orientace;
- poruchy sluchového vnímání, vnímání a reprodukce rytmu – neschopnost rozlišovat přírodní zvuky i elementy lidské řeči;
- poruchy zrakového vnímání – neschopnost rozlišovat jednotlivé detaily vnímání tvarů, nezvládnutí očních pohybů;
- poruchy řeči – porozumění, vyjadřování, výslovnost;
- poruchy jemné a hrubé motoriky – pohyby těla, nohou, rukou, prstů;
- poruchy chování vznikající jako následek projevů SPU – neustálé upozorňování na sebe, neurotické projevy, strach, napětí;
- nedostatečná lateralizace – nevyhraněná lateralizace (Zelinková, 1998).

V souvislosti s uváděním nejčastějších projevů poruch učení nelze opomenout další podstatné symptomy, a to tzv. **naučenou bezmocnost a maladaptivní atribuci**. Často se stává, že dítě pod tlakem vyšetření a interpretace zjištěných dat věří tomu, že trpí neměnnou poruchou. To ovlivňuje celkovou motivaci dítěte a zároveň se promítá do hodnocení jeho vlastní úspěšnosti. U dětí se specifickými poruchami učení (ale i chování) se v praxi setkáváme mnohem častěji s nevhodnou kauzální atribucí a nedostatečným sebehodnocením.

Děti mají častěji tendenci připisovat jakýkoli úspěch i neúspěch vnějším příčinám, někdy neúspěch vnímají jakou svou vlastní vinu.

V takovém případě je velmi těžké najít vhodný způsob motivace při nápravných cvičeních.