

IDENTIFIKACE, REEDUKACE A PSYCHOTERAPIE DIFICILIT A PORUCH CHOVÁNÍ A PROŽÍVÁNÍ

Rudolf KOHOUTEK

Abstrakt: *Závady v chování a prožívání (dificility) a jejich srovnání s poruchami chování a poruchami osobnosti uvedenými v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN). Explorativní analýzou kasuistik pedagogicko-psychologických poraden a metodou Delphi bylo na základě výzkumu stanoveno 10 diagnostických jednotek, které se liší od poruch chování a poruch osobnosti uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Byla vytvořena teoretická koncepce difcilit a byly navrženy praktické konsekvence pro práci pedagogicko-psychologických poraden, školních psychologů (výchovných poradců) a učitelů s difcilními dětmi.*

Klíčová slova: *závady chování, poruchy chování, výzkum, difcility, poruchy osobnosti, diagnostika, identifikace difcilit, náprava difcilit a poruch chování, reedukace, psychoterapie*

Úvod

Problematika závad a poruch chování a prožívání dětí a mládeže patří mezi velmi závažné společenské problémy, které determinují další psychosociální rozvoj mladé generace.

Předpokladem adekvátního přístupu, respektive reedukace, resocializace, nápravy těchto závad a poruch je jejich kompetentní patopsychologická a psychopatologická klasifikace a identifikace.

V České republice vyšla první monografie *Závady a poruchy chování v dětském věku* od lékaře Pavla Vodáka a pedagoga Antonína Šulce v Praze v roce 1964. Poruchami psychického vývoje se zabýval také Josef Švancara (1974). Dílčí problémy z oblasti závad a poruch chování dětí zpracoval Pavel Říčan v knize *Agresivita a šikana mezi dětmi*, kterou vydal Portál v Praze (1995). V roce 1997 vydala Marie Vágnerová *Psychologii problémového dítěte školního věku a v roce 2008 s Jarmilou Klégrovou publikaci Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Stručnou monografii o dětské agresi vydal rovněž Ivo Čermák (1998).

Na Slovensku vyšla první významná monografie na toto téma od Ladislava Košča, Julia Marka a Ladislava Požára a kol. v roce 1975 pod názvem *Patopsychológia* a pod názvem *Poruchy učenia a správania*. V roce 1975 vyšla ve Slovenské republice ještě *Všeobecná psychopatológia* od J. Jakabčice a L. Požára.

Z periodik se o řešení problematiky závad a poruch chování u dětí a mládeže nejvíce zasloužily časopisy *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, *Pedagogika*, *Pedagogická orientace* a *Speciální pedagogika*.

Předmětem tohoto příspěvku je **návrh vědecko-praktické klasifikace deseti kategorií difícilit (závad chování)** a jejich obecné odlišení od poruch chování a poruch osobnosti. Hlavní metodou stanovení těchto kategorií byla analýza kazuistické dokumentace pedagogicko-psychologických a psychiatrických poraden pro děti a mládež.

Obecným cílem výchovy je rozvinutá a osobnostně přiměřeně dané věkové etapě zralá harmonická osobnost. Tohoto stavu však ve výchovném procesu nedosahuje poměrně velké množství dětí. U významného procenta dětí a mládeže dochází k problémovému vývoji chování a osobnosti pod vlivem mnoha různých faktorů. Vědy o výchově musí hledat cesty, jak účinněji pracovat s psychickými předpoklady a potenciální (možnou) osobností dětí, aby dosahovaly dobré adaptace a úspěšnosti v životě. Pedagogové mají možnost často jako první rozpoznat různé závady chování a prožívání, které signalizují ohrožení normálního, zdravého psychického vývoje žáka s důsledky pro jeho sociální a profesní začleňování.

Od pedagoga takové děti se závadami chování a prožívání vyžadují nestandardní, často tolerantnější a vskutku individuální přístup, který je však přesto ve svém výsledku málo uspokojivý nebo i neuspokojivý.

Pojem závada v chování a prožívání považujeme za synonymum pojmu difícilita.

V této přednášce se nebudeme primárně zabývat příčinami závad chování ani jejich nápravou, ale především klasifikací a identifikací. Chceme-li určit správný **individuální přístup**, správný typ výchovných incentív, stimulace, motivace a aktivace dítěte, musíme si vždy nejprve uvědomit, s jakým typem osobnosti máme co činit. Jiné typy výchovné stimulace budeme užívat u dětí se zakomplexovanou osobností, jiné u žáků se sníženými či disharmonickými mentálními schopnostmi, u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, u žáků neurotických, psychopatických atd. U různých typů problémových dětí je nutno utvářet kladné postoje a vlastnosti jejich osobnosti diferencovaně.

Teorii difícilit se zabývá **patopsychologie** jako věda o duševních procesech, stavech a vlastnostech na pomezí normy a patologie a jako věda o psychických průvodních jevech, které mají podíl na vzniku, průběhu a důsledcích jakékoliv životní nedostačivosti, nedosahující však stupně a kvality duševní abnormality nebo patologie (Košč a kol., 1975).

Za difícility považujeme shodně se Smékalem (1961) ty výchovné a výukové obtíže, které jsou ještě v rámci širší normy: nejsou tedy primárně organické, psychopatické, psychotické ani oligofrenické.

Difícility jsou částečně nebo zcela **reverzibilní**. Jsou to sice vývojově nepřiměřené (dysontogenetické), avšak **nepatologické** a **nedefektní** stavy psychiky, které se projevují společensky (případně i subjektivně) nepříznivě hodnocenými způsoby chování a prožívání.

Difícility mohou být podmíněny **multikondicionálně, polyetiologicky**, což je důležité jak pro jejich diagnostiku (ta by měla být osobnostní, komplexní), tak pro nápravu.

Při diagnostice difícilit vycházíme z projevů chování a prožívání dětí a mládeže. Podle vzdálenosti konkrétní formy chování od vlastní podstaty osobnosti můžeme projevy chování dítěte seřadit v určitém odstupňování, kterého je možno využít v diagnostice. Jde o **symptomy** (příznaky):

nahodilé – zcela necharakteristické pro osobnost,

sekundární – častěji se vyskytující nepodstatné projevy, spíše skupinové nebo věkové, vedlejší,

centrální – projevy, které přesně vyznačují specifickou individualitu osobnosti,

kardinální – projevy velmi významné, signifikantní, trvalé, rozhodující pro poznání dominujících vlastností dané osobnosti, vytvářející **syndrom chování**, který odkazuje přímo na podstatné rysy osobnosti.

Vždy si tedy musíme klást otázku, zda je pozorované chování nahodilé, sekundární, centrální nebo kardinální. Na rozdíl od poruch osobnosti a poruch chování se difícility častěji projevují symptomy pouze nahodilými nebo sekundárními; tyto úrovně symptomů bývají úžeji spojeny s vnějšími (exogenními) především sociálními podmínkami a jsou méně kotveny v osobnosti samotné. Poruchy osobnosti a poruchy chování jsou naproti tomu často podmíněny trvalejšími (endogenními) faktory a osobnostními rysy (např. genetickými).

Difícility jsou ve srovnání s poruchami chování a poruchami osobnosti:

- **krátkodobější**
- **jejich projevy jsou méně intenzivní**
- **jsou společensky méně závažné**
- **podmíněné a zapříčiněné jsou spíše exogenně, situačně a sociálně než endogenně, osobnostně, geneticky či biologicky**
- **prognosticky jsou častěji reverzibilní (tedy optimističtější)**

Klasifikace dětí a mládeže se závadami chování a prožívání

Podle **symptomatologie** (tj. projevovaných příznaků), která nám může pomoci jako metodika vyhledávání, **identifikace** jednotlivých typů dětí, si můžeme hlavní okruhy závad chování a prožívání (občasných, kratších, situačních a ještě nedosahujících kvantitativní ani kvalitativní úrovně a závažnosti poruch osobnosti a poruch chování uváděných např. v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) vydávané Ženevou) rozdělit do deseti skupin:

- 1) zvýšená psychická tenze
- 2) infantilismus
- 3) sociálně pedagogicky anormativní chování
- 4) zvýšená intropunitivita
- 5) parciální nedostatky komunikačních schopností a dovedností (zejména ústní i psané řeči) a poznávacích procesů
- 6) závary motoriky, lokomoce a praxie
- 7) psychomotorická instabilita
- 8) sociální, edukativní a kulturní zanedbanost

- 9) závady ve školské výkonnosti
- 10) závady profesní a studijní orientace a adaptace

Je třeba zdůraznit, že závady v chování (resp. dificulty) se mohou také kombinovat nebo přecházet v jinou, měnit se, a to zejména u dětí. Uvádíme-li symptomatologické členění, musíme rovněž na úvod konstatovat, že k diagnóze dificulty nemusí být zjištěn výskyt všech uváděných symptomů, v některých případech stačí dokonce jediný (např. dítě se občas zakoktává, má závady v oblasti čtení...). Některé symptomy mají nespecifickou povahu – mohou se vyskytovat u několika typů dificultí.

Každý příznak je nutno označit i z hlediska kvantity, např. neprojevuje se (0) zřídka (1), často (2), velmi často (3).

Velmi často se projevující příznaky (označení stupněm 3) přitom již mohou v určité kombinaci kompetentnímu odborníkovi signalizovat poruchu, nikoliv jen dificultitu.

1. Zvýšená psychická tenze

Mezi projevy *psychické tenze* patří:

- *tréma, chvění, třes rukou, hlasu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *přecitlivělá reakce na neúspěch, lítostivost, plačtivost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zasnění se a nepřítomnost duchem (0 – 1 – 2 – 3)*
- *špatná nálada (vypadá nespokojeně) (0 – 1 – 2 – 3)*
- *tísňivé prožívání vlastního vzhledu a jeho změny (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zvýšená duševní zranitelnost, sebepodceňování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *citové strádání (0 – 1 – 2 – 3)*
- *měnění barvy v obličeji, návaly krve, skvrny v obličeji, blednutí (0 – 1 – 2 – 3)*
- *strach z běžných věcí (např. z výšky, samoty, tmy, zvířat (0 – 1 – 2 – 3)*
- *okusování nehtů (0 – 1 – 2 – 3)*
- *bolesti hlavy, břicha, pocity slabosti při negat. medicínských nálezech (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zvýšená potivost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *pomrkávání, záškuby v obličeji, pohazování rukou, ramenem (0 – 1 – 2 – 3)*
- *pokašlávání, posmrkávání, aniž je člověk nachlazen (0 – 1 – 2 – 3)*
- *časté mnutí ucha, brady, kroucení si vlasů, poštipování se, cucání prstů (0 – 1 – 2 – 3)*

Četnost výskytu příznaků a intenzita této tenze je dána konkrétním psychickým i tělesným stavem dítěte a podmínkami sociálního prostředí, které na dítě působí.

Zvláštní specifickou skupinu dětí se zvýšenou psychickou tenzí tvoří *děti fyzicky a psychicky týrané* a zneužívané (Vágnerová, 1997), a to často osobami, které pro ně měly představovat zdroj jistoty a bezpečí. To vše zhusta vede i k poškození celkového rozvoje osobnosti.

Od dificulty projevující se jen zvýšenou psychickou tenzí musíme diferencovat různé neurotické poruchy.

Neurotické poruchy se rozdělují z hlediska převažujících klinických projevů, např. na fobické úzkostné poruchy, panickou poruchu a obsedantně kompulzivní poruchu.

U fobické úzkostné poruchy jsou v popředí různé formy strachu, např. strach z ostrých předmětů, z vody, z létání, z uzavřených prostorů, z hmyzu, z hadů, z nemoci, z krve atd. Jedná se o specifické fobie.

Agorafobie je strach z otevřených prostranství, ale i velkých uzavřených prostorů jako jsou letadlo, metro, obchodní domy atd. Patří sem i strach z opuštění domova, z cestování. Je to samostatná diagnostická jednotka, která se vyskytuje dvakrát častěji u žen, tak jako specifické fobie, generalizovaná úzkostná porucha a panická porucha. Agorafobie bývá spojena s panickou poruchou, se sekundárními depresivními stavy a četnými tělesnými stesky.

Speciálně je vydělována *sociální fobie*. Její výskyt u mužů a žen je stejný. Jedinec trpící sociální fobií má přehnaný strach ze ztrapnění v kontaktech s lidmi a ve společenských situacích (dotyčný zčervená, potí se, má stažené hrdlo, třes rukou, chvění hlasu a různé vegetativní symptomy). Příznaky úzkosti vedou k nepříjemným emočním pocitům, k obavám z pozorování a negativního hodnocení, k vyhýbání se nepříjemným situacím, k vyhýbavému chování obecně, k sociální izolaci a v extrémních případech až k sebevraždě. Přitom postižení jsou si vědomi toho, že jejich obavy i chování jsou přehnané, nepřiměřené.

Propanickou poruchu je typická periodicky se opakující masivní úzkost. Vznikající náhle, bez objektivního nebezpečí. Panika má náhlý začátek s několikaminutovým trváním. Stav je provázen nesnesitelným strachem, že člověk ztrácí nad sebou kontrolu, že zešílí, že zemře. Jednou prožitá ataka vede k určité fixaci a opakování.

Jinou diagnostickou jednotkou je *generalizovaná úzkostná porucha*, zahrnující trvalé, nadměrné obavy, úzkosti a zlé předtuchy obecného charakteru z každodenních životních událostí. Postižení žijí v neustálém úzkostném napětí a očekávání. Příznaky nejsou vázány na žádné specifické situace. Úzkostné poruchy způsobují výraznou zátěž a sociální maladaptaci postiženého.

Obsedantně kompulzivní porucha se vyznačuje neodbytnými vtírajícími se myšlenkami, představami (obsesemi) nebo akty (kompulzemi). Obsese zahrnují strachy ze špíny, nákazy, z poškození, ze ztráty, z toho, že nebylo něco uděláno, nebo že to nebylo uděláno žádaným způsobem. Kompulze (činy) snižují úzkost, kterou obsese (představy) vyvolaly. Časté jsou celé kompulzivní rituály, které podle víry pacienta mají zabránit budoucí „katastrofě“ nebo nebezpečí, jež hrozí jemu, jeho blízkým nebo zabraňující zlu, které by on mohl způsobit.

U těchto poruch je užívána *psychoterapie*, která – podle tíže různých symptomů a přidružených poruch je doplněna *farmakoterapií*. Bývá aplikovaná analytická a dynamicky orientovaná psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Mimo KBT je v mnohých případech přínosná hypnóza a doplňující podpůrná terapie s relaxačními technikami. Účinný bývá nácvik sociálních dovedností, skupinová psychoterapie a sociální podpora.

2. Infantilismus (parvuloismus)

Mezi typické a pozorováním a rozhovorem snadno zjistitelné příznaky *infantilismu* patří:

- *chování psychosociálně odpovídá nižšímu věku (0 – 1 – 2 – 3)*
- *věku nepřiměřená hravost (0 – 1 – 2 – 3)*

- *mnoho zdobnělin v řeči (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nepřiměřená mazlivost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nepřiměřená naivita (0 – 1 – 2 – 3)*
- *emoční labilita (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nesamostatnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *egocentričnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *fantazijní zaměřenost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedostatek zájmu o práci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nadměrná závislost na pomoci druhých při práci, při oblékání (0 – 1 – 2 – 3)*
- *vyhledává přátelství převážně mladších nebo naopak starších (0 – 1 – 2 – 3)*
- *kladení důrazu na nápadnost v oblékání, účesu i obouvání (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zanedbávání vypracování úkolů (0 – 1 – 2 – 3)*
- *celkově dětinské chování a prožívání (0 – 1 – 2 – 3)*

To vše při inteligenci v mezích normy.

Mimořádně velký dopad na přizpůsobení dítěte mají projevy nezralosti, nezpůsobivosti ve vztahu k zahájení školní docházky do základní školy a později ve vztahu k volbě povolání a studia.

Nástup dítěte do školy znamená důležitou změnu, vážný předěl v jeho životě. Dopusud si bezstarostně hrálo, nyní však bude musit ukázněně pracovat. Dosud mohlo zanechat hry, když je přestala bavit, a přejít k jiné činnosti. Brzy se však bude muset umět soustředit a soustavně vyvíjet volní úsilí ke splnění pracovních úkolů, a to i těch, které je nebudou zajímat. Dosud se může dítě spontánně, bez dovození pohybovat, brzy však bude muset ukázněně sledovat vyučování, přijmout uložené úkoly, pracovat na nich a dokončit je ve stanoveném čase.

Dítě **pro školu doposud nezralé (nezpůsobivé)** má při vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně např. tyto typické projevy chování:

- nechce odejít od rodičů, brání se, pláče
- nenavazuje kontakt, je negativistické, nemluví, je bázlivé
- chová se bez zábran, má příliš uvolněné chování, tyká dospělým, je vtíravé
- bez individuální pomoci není schopno plnit příkazy
- snadno se rozptýlí, je nesoustředěné
- přerušuje práci, odmítá pokračovat, vstává z místa, zpívá si při úkolu
- má potíže s vyjadřováním, je s ním "těžká domluva"
- má evidentně malou slovní zásobu
- celkově se jeví jako příliš dětské, hravé
- jeví se, jako by bylo rozumově opožděné
- má závady ve výslovnosti (patlá, resp. šišlá, huhňá, breptá, koktá atp.);
- je zjevně neklidné
- má slabý grafický projev
- jeho chování odpovídá nižšímu věku
- nemá dostatečně rozvinuté hygienické návyky
- do školy se doposud netěší.

Infantilismus je třeba diferencovat od mentální retardace a demence.

Mentální retardace je postižení, při kterém dochází k lehkému, středně těžkému, těžkému a hlubokému zaostávání vývoje intelektových schopností a dovedností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v sociálním chování. Mentálním postižením nebo mentální retardací je nazýváno trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo např. v důsledku organického poškození mozku.

Infantilní osobnost se může v pozdějším věku projevat i v nezralosti profesní a studijní orientace a adaptace.

3. Sociálně pedagogicky anormativní chování

Mohou se vyskytovat např. tyto příznaky **anormativního** chování:

- *agresivita, destruktivnost, trápení zvířat a hmyzu, šikanování ostatních (0 – 1 – 2 – 3)*
- *výbuchy zlosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zlomyslnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *krádeže a podvádění, lhavost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *drzost, vulgární vyjadřování, hrubost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *negativismus vůči autoritám, hádky a spory s dospělými (0 – 1 – 2 – 3)*
- *záškoláctví, toulavost, přespávání mimo domov, žádný nebo malý pocit viny při přestupcích (0 – 1 – 2 – 3)*
- *členství v závadové skupině, volba nevhodných kamarádů (0 – 1 – 2 – 3)*
- *vedení k odporu proti učiteli, vychovateli, vedoucímu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *závady v sebeřízení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nežádoucí hodnotová orientace, pití alkoholických nápojů (0 – 1 – 2 – 3)*
- *oplzlé řeči, předčasné sexuální zkušenosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *experimentování s nevhodným tetováním (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k závislosti na nikotinismu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *experimentování s drogami (0 – 1 – 2 – 3)*

Od sociálněpedagogicky anormativního chování je třeba odlišit *disociální poruchu osobnosti* (F 60.2), která se projevuje například trvalou podrážděností a poruchou chování během dětství a v adolescenci, lhostejností k citům druhých, naprostou a trvalou nezodpovědností a nerespektováním sociálních norem, pravidel a závazků, nízkou frustrační tolerancí a nízkým prahem pro spuštění agrese, výraznou tendencí ke svádění viny na jiné (výrazná extrapunitivita) a *vážnou poruchu chování* (F 91) ve smyslu Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize), která a obsahuje velmi vážné symptomy – problémový jedinec např. používá zbraň, která může jiným lidem způsobit vážné tělesné poškození (např. pátku, cihlu, rozbitou láhev, nůž, střelnou zbraň); projevuje tělesnou krutost k jiným lidem (např. oběti svazuje, řeže nebo pálí), schválně zakládá požáry s rizikem, že způsobí vážnou škodu nebo s úmyslem ji způsobit, spáchá zločin, kde dochází ke konfrontaci s obětí (včetně vytržení kabelky, vydírání, přepadení zezadu a škrceň), nutí jinou osobu k sexuální aktivitě, vnikne do domu, budovy nebo auta někoho jiného.

Podle stupně společenské závažnosti se poruchy chování dělí na:

Disociální chování – objevuje se většinou v určité vývojové fázi (např. v pubertě), ale může být i projevem lehké mozkové dysfunkce nebo neuróz. Jde o difilicilní, obtížné, nepřiměřené, nespolečenské chování, které se však za určitých okolností dá zvládnout přiměřenými pedagogickými postupy. Lze ho pozitivně ovlivňovat. Př. neposlušnost, různé druhy přestupků, odmítání apod.

Asociální chování – projevuje se závažnějšími problémy, které jsou v rozporu se společenskými normami. Dítě překračuje morální normy, společenské normy, ale nedostává se do konfliktu s právními předpisy. Asociální člověk nemá adekvátní sociální citění a schopnost empatie. Př. záškoláctví, útky, závislostní chování apod.

Antisociální chování – jedná se v podstatě o trestnou činnost. Jedinec překračuje zákon a přitom většinou poškozuje nejen sám sebe, ale i své okolí. Př. krádeže, organizovaný zločin, sexuální delikty apod.

Jestliže výchova selže z jakéhokoliv důvodu a závada či porucha chování nabude velké závažnosti, pak je dítě umístěno do školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, kde stát vykonává náhradní rodinnou péči institucionální výchovou.

To se děje např. v případech:

- kdy rodiče nejsou z různých důvodů schopni zajistit podmínky pro zdárný vývoj jejich dítěte v rodině;
- kdy porucha chování je takového stupně a intenzity, že ohrožuje zdárný vývoj dítěte; kdy v důsledku poruchy chování dítě porušuje zákonné normy a jeho chování by bylo v případě jeho trestné odpovědnosti posuzované jako trestný čin;
- kdy v důsledku poruchy chování dítě porušuje zákonné normy, je již trestně odpovědné a ústavní (ochranná) výchova je mu nařízena (uložena) jako alternativní trest;
- kdy v důsledku poruchy chování dítě mezi 12–15 rokem porušuje zákonné normy způsobem, za který by byl dospělému uložen výjimečný trest. (Pipeková, 2006, s. 366)

Patří sem: dětské domovy (pro děti bez poruch chování), dětské výchovné ústavy, výchovné ústavy pro mládež, dětské diagnostické ústavy a diagnostické ústavy pro mládež. Rozhodnutí, kam bude dítě umístěno, záleží na závažnosti závady či poruchy, na věku, na pohlaví a na druhu navštěvované školy.

V poslední době také vznikají dobrovolné diagnostické ústavy, kam jsou děti a mladiství umístěni na žádost rodičů, a ne z nařízení soudu. Týká se to právě např. Středisek výchovné péče (SVP) nebo ústavů pro nezletilé matky s dětmi s nařízenou ústavní výchovou. (Helena Pelcová, 2008).

4. Zvýšená intropunitivita

Osoba se zvýšenou **intropunitivitou** má např.:

- *strach nebo nadměrný ostych před cizími lidmi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *snadnou duševní zranitelnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon nést těžce i nepatrné napomenutí (0 – 1 – 2 – 3)*

- *přehnanou reakci na případný neúspěch (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon podléhat zákonitosti nadměrné motivace (0 – 1 – 2 – 3)*
- *tendenci při zkoušení mluvit potichu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neschopnost uplatnit své znalosti, snížené sebevědomí (0 – 1 – 2 – 3)*
- *obtížné přizpůsobování se v nových situacích (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k odmítání slovní komunikace (0 – 1 – 2 – 3)*
- *potřebu ujišťování o správnosti svého postupu a potřebu systematického výchovného vedení k adekvátní sebedůvěře a adaptabilní komunikaci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon chovat se nejistě a „podezřele“ při vyšetřování přestupků i když je sám(a) nevinný(a), apod. (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k samotářství (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sebepodceňování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neschopnost se s ostatními sblížit (0 – 1 – 2 – 3)*
- *uzavřenost, projevuje se často tichou vzdorovitostí, pasivním negativismem (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k nesmělosti, plachosti, přílišné podřidivosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *přeceňuje ostatní lidi (0 – 1 – 2 – 3).*

Děti s intropunitivním zaměřením bývají někdy označovány za děti s **komunikačními problémy** (Vágnerová, 1997). Pojem „dítě s komunikačními problémy“ považujeme za *nadřazený* pojmu intropunitivní zaměření osobnosti.

Další komunikační problémy mohou být způsobeny např. zdravotními handicapy a poruchami smyslů (zejména sluchu, zraku, hmatu, receptivní nebo expresivní složky řeči apod.).

Pasivní typ sociální adaptace, intropunitivní zaměření osobnosti úzce souvisí se sebehodnocením dětí, mládeže a dospělých.

Diagnostika intropunitivity je poměrně snadná již na základě metody pozorování a rozhovoru, příp. i dotazníku a projekčních technik.

Intropunitivní dificultitu je nutno diferencovat od poruch osobnosti (dřívější název psychopatie).

Poruchy osobnosti jsou tvořeny trvalými povahovými odchylkami vytvářejícími disharmonickou, nevyváženou a nenormální osobnost u níž jsou některé složky osobnosti a psychiky maladaptivně příliš zdůrazněny nebo příliš potlačeny a minimalizovány. Jde např. o tyto poruchy osobnosti: paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionskou, anankastickou, anxiózní, vyhýbavou, závislou aj.

Reedukace a psychoterapie

Reedukaci intropunitivity je vhodné doplňovat individuálně zvolenou psychoterapií.

Racionální psychoterapie se zabývá adekvátním a pro klienta srozumitelným logickým výkladem, poučením (persuazí), explikací a klarifikací podstaty a příčin jeho potíží a doporučením mentálně hygienických opatření a postupů. Může být obohacena o dlouhodobé regulační či psychagogické vedení ke správnému životnímu a pracovnímu stylu a k adekvátnímu systému hodnot. Má blízko k edukaci, k výchově a vzdělávání a duševní hygieně (psychohygieně).

Sugestivní psychoterapie a hypnoterapie se zabývá jednorázovými či systematickými terapeutickými sugescemi, které je možno aplikovat buď přímo v hypnóze, nebo u méně hypnabilních jedinců i v situaci pouhého bdělého raportu. Nepůsobí primárně na logické myšlení a jednání klienta, ale na jeho emotivitu a sugestibilitu. Někteří klienti reagují lépe na autoritativní, „otcovskou“ sugesci terapeuta, jiní zase na permissivnější, přesvědčivě aplikovanou „mateřskou“ sugesci doprovázenou sociální podporou.

Abreaktivní psychoterapie, resp. hlubinná abreaktivní psychoterapie (HAP), resp. regresní terapie využívá k navození abreakce asociativní pamětní vzpomínky na duševní a psychosomatické problémy, které člověk prožil v minulosti ve stresujících a traumatizujících situacích, kdy byl ve stavu zúženého vědomí až nevědomí. Někdy se používá i různých psychofarmak, které navozují stav mezi bděním a spánkem.

Tréninková psychoterapie má ráz kognitivně behaviorálních a discentních výcvikových technik a programů. Jde např. o systematické desensibilizační cvičení za stále zhoršovaných averzivních podmínek.

Aplikují se zásady na posílení sebedůvěry, sebehodnocení a volního úsilí zaměřeného na autokorekci (dovednost opravovat vlastní chyby a nedostačivosti) s cílem zvýšit duševní zdraví. Klienti se učí hledět vstříc překážkám, nesklánět se a neklesat před nimi. Zvyšují si svalový tonus, učí se chodit vzpřímeně, hrdě. Využívá se i autogenního tréninku.

Imaginativní psychoterapeutické techniky. Redukují se postupně chorobné postoje a reakce klientů a podněcují se k dospělému, odpovědnému a zralému jednání. Využit lze např. katatymně imaginativní psychoterapie (zkratka KIP) vyvinuté Hansem Carlem Leunerem (1997). Jde o techniku řízeného denního snění vycházející z hlubinně a psychodynamicky orientované terapie, jejíž teoretická východiska jsou poplatná Jungově analytické psychologii a psychoanalýze. Vychází přitom z předpokladu, že v obsazích denních snů se na symbolické úrovni projevuje předvědomí, nevědomí a vnitřní konflikt (Svoboda, 2003)

Kombinovaná eklektická a integrativní psychoterapie je ordinována podle uvážení příslušného psychoterapeuta (Kratochvíl, 2006). Kombinuje se např. racionální psychoterapie s relaxačními postupy (využívají se i různé diskety), individuální psychoterapie se skupinovou. Využívá se i arteterapie.

Eklekticko-syntetická a integrativní koncepce psychoterapeutů zabývajících se dificitami je rovněž možná.

5. Parciální nedostatky komunikačních (zejména řečových) schopností a dovedností a poznávacích procesů

Mezi symptomy této dificity resp. poruchy patří:

- *narušení zvuku řeči, např. huhňavost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *narušení plynulosti a tempa řeči, např. breptavost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *narušení článkování řeči, např. patlavost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *závady řeči doprovázející jiné dominantní postižení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *závady hlasu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *potíže ve čtení a jazycích, ač např. v matematice dobře prospívá (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zaměňování slov a písmen – na konci prvního ročníku i později pozměňuje*

- tvarově nebo zvukově podobná písmena, např. r-z, k-h, d-t, n-m, a-e, p-g, d-b (0 – 1 – 2 – 3)*
- *slabikuje, není schopno při čtení sledovat obsah čteného (i ve vyšší třídě) (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *obtížně skládá i jednoduchá slova (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *při čtení vyslovuje s obtížemi těžší skupiny souhlásek a neznámá slova (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *přehazuje či vynechává při čtení hlásky a slabiky, hlavně koncové (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *přehazuje či vynechává hlásky a slabiky při psaní (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *píše s gramatickými chybami (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *domýšlí si koncovky a slabiky (často chybně) (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *zaměňování tvarově či zvukově podobných písmen: s-z, p-q, m-n, h-k, z-c, b-d, t-j (0 – 1 – 2 – 3)*

Rozlišování zrcadlových písmen souvisí s vývojem uvědomělého poznávání pravé a levé strany. Někdy je čtení jen nápadně pomalé, těžkopádné, ale bez typických chyb. V písemném projevu dítěte často vynechává a přidává písmenka, nerozlišuje tvrdé a měkké slabiky: di-dy atp., špatně píše tvary písmen, zaměňuje je, přehazuje pořadí písmen ve slově (dysortografie bývá asi v 60 % spojena s dyslexií).

Závady a poruchy motoriky v souvislosti dyslexií jsou zkoumány již v šedesátých letech 20. století. V roce 1960 sestavil Z. Žlab soubor zkoušek k diagnostice laterality a LMD, který se na některých pracovištích užívá dodnes. Tvoří ho sedm zkoušek zaměřených na percepci a motoriku: házení a chytání tenisového míčku, koordinace horních a dolních končetin při pochodu na místě (u ribstolu), vizuomotorická zkouška barevným kruhem, zkouška pravolevé orientace, Z. Matějčkův obkreslovací test, zkouška reprodukce rytmu a vyšetření řeči se zaměřením na specifické poruchy. Motorika je zdůrazňována i v klasické práci Otakara Kučery a kol. (1962) věnované lehkým dětským encefalopatiím. Z. Třesoňová (1974) v obsáhlém výzkumu zaměřeném na dítě s LMD věnuje značnou pozornost vývoji motoriky a diagnostice motorického vývoje. Spojení dyspraxie s dysgnózií (vývojová porucha schopnosti poznávat předměty) popsal Ivan Lesný (1989) a označil jako dy-dy syndrom, tedy syndrom dysgnózie – dyspraxie. Řadí jej mezi malá mozková postižení, za nejčastější příčinu považuje poruchu v oblasti středních závitů hemisfér. Mnoho odborných informací o vnímání a motorice při LMD je uvedeno v práci M. Černé a kol. (1999).

Vnímání závislosti mezi dyslexií a poruchami motoriky bylo zřejmě již v minulých desetiletích. V baterii testů, které používala v osmdesátých letech 20. století H. Tymichová, ředitelka první školy pro dyslektiky v Karlových Varech, byl zařazen Orientační test dynamické praxe J. Míky. Z. Matějček v knize *Dyslexie* (1987) uvádí souvislosti mezi artikulační neobratností, neobratností v mikromotorice očí a špatnou koordinací jemné motoriky při psaní.

Součástí *Diagnostiky specifických poruch učení* J. Nováka (2002) je Zkouška jemné motoriky, která vychází z Lurijova neuropsychologického vyšetření. Při dlouhodobém ověřování se ukázalo, že stávající vyšetření J. Míky a I. Lesného obsahují položky, které nemají pro sledované účely dostatečnou diagnostickou hodnotu. V jiné

práci J. Novák rozlišuje dysgrafii motorickou a ortografickou (častější označení dysortografie). Spolu s J. Smutnou zjistili závislost mezi úrovní jemné motoriky a auditivní analýzou a syntézou (1996).

Z uvedeného stručného přehledu vyplývá, že české pojetí specifických poruch učení a lehkých mozkových dysfunkcí v sebe vždy zahrnovalo oblast motoriky a pohybové koordinace. Se zpřesňováním diagnózy se zkvalitňuje reedukace a zlepšuje se porozumění obtížím dítěte (Zelinková, 2003).

Kvalitativně vážnější *specifická porucha čtení* (F81.0), která je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (v 10. revizi) zařazena mezi specifické vývojové poruchy školních dovedností, musí mít přítomny tyto dva znaky:

1) Skóre přesnosti anebo chápání čteného je nejméně 2 standardní odchylky pod očekávanou úrovní pro chronologický věk a obecnou inteligenci dítěte, přičemž jak schopnost čtení, tak i IQ je hodnoceno podle individuálně provedeného testu, standardizovaného pro danou kulturu a vzdělávací systém.

2) Anamnéza vážnějších potíží při čtení nebo skóry testu, které splňují první (výše uvedené) kritérium v dřívějším věku, a skór v písemném testu, který je nejméně 2 standardní odchylky pod úrovní očekávanou pro chronologický věk a IQ dítěte.

Specifická porucha čtení není přímým důsledkem vadné zrakové nebo sluchové ostrosti ani neurologické poruchy.

Mezi další parciální nedostatky poznávacích funkcí patří např.: snížená výkonnost v oblasti některé duševní funkce; poruchy vývoje řeči; počítání na prstech; obtížné odpoutávání se od názoru a obtížné vypracování číselných pojmů – *dyskalkulie*, velké potíže při kreslení a malování – *dyspinxie* apod.

Děti s narušenou komunikační schopností a dovedností jsou většinou integrovány v třídách základních škol hlavního vzdělávacího proudu. Většina pedagogů na základní škole však má pouze teoretické nebo žádné zkušenosti s problematikou narušené komunikační schopnosti. Integraci dětí s narušenou komunikační schopností v základních školách by proto prospěla přítomnost speciálního pedagoga-logopeda.

Adekvátní rozvoj komunikačních schopností a dovedností podle Kateřiny Walkové (2007), předpokládá rovněž:

- správný mluvní vzor od raného věku dítěte;
- podnětné a stimulující mluvní prostředí;
- logopedickou depistáž – cílené vyhledávání jedinců s podezřením na narušenou komunikační schopnost;
- účinnou spolupráci rodiny, logopeda a školského zařízení;
- systematickou, pravidelnou a dlouhodobou logopedickou péči v případě vážnějších závada a poruch;
- další vzdělávání pedagogických pracovníků mateřských a základních škol v logopedické problematice.

6. Závady motoriky, lokomoce a praxe

U jedinců s těmito problémy se vyskytuje např.:

- *mimořádně neúhledný a výtvarný projev (0 – 1 – 2 – 3)*
- *potíže v prostorové orientaci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *kostrbaté písmo s nepřiměřeným tlakem (0 – 1 – 2 – 3)*

- *neobratnost a nesamostatnost v sebeobsluze (0 – 1 – 2 – 3)*
- *manuální nezručnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *potíže v rýsování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neobratnost v tělocviku, nešikovnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neuspořádanost pohybů při chůzi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *upadnutí, úrazy, poranění (0 – 1 – 2 – 3)*
- *částečně ochrnutá ruka, noha, kulhání (0 – 1 – 2 – 3)*
- *přecvičená levá ruka, protože nelze používat pravou (0 – 1 – 2 – 3)*
- *překřížená lateralita (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nevyhraněná lateralita (0 – 1 – 2 – 3)*
- *grimasování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *třesy, záškuby (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezvládnuté pohyby (0 – 1 – 2 – 3)*
- *závada uspořádání, plynulosti a souhry aktivních volních pohybů (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zhoršené vnímání vlastního těla (0 – 1 – 2 – 3)*

Podstatným předpokladem školní úspěšnosti je dosažení určitého stupně rozvoje motorických schopností. Proto je důležitá diagnostika tohoto rozvoje motoriky i ve vztahu k různým poruchám centrální nervové soustavy. Motorika je jedním ze základních aspektů chování, a proto má být při jeho hodnocení také sledována.

Pro posouzení adekvátnosti motorického vývoje existuje **Ozereckého škála**. Tuto metodu vytvořil **N. I. Ozerecký**, její originální verze vyšla v Rusku v roce 1923. Určena pro posouzení adekvátnosti motorického vývoje. Test byl několikrát přepracován. Nejnovější verzí je americká úprava testu z roku 1978.

Popis testu: N. I. Ozerecký považoval za důležité ukazatele motorického vývoje koordinaci, přesnost a spojení různých pohybů. Tato zkouška obsahuje 46 takto zaměřených položek, rozdělených do 8 subtestů. Pro každou věkovou kategorii je určeno několik úkolů, které má dítě tohoto věku splnit. Zkouška umožňuje posoudit úroveň dílčích pohybových kompetencí: měří jak hrubou motoriku, tj. pohyblivost těla a dolních končetin, tak jemnou motoriku, tj. manuální zručnost a pohyblivost rukou, resp. prstů. K dispozici je i zkrácená verze, která obsahuje jen 14 položek.

Škálu lze použít jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi pro individuální vyšetření dětí, u nichž je podezření na opoždění motorického vývoje, resp. celkové opoždění, např. v rámci nějaké komplexnější poruchy, např. mentální retardace. Je doporučována i pro diagnostiku dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, resp. ADHD syndromem, a pro děti se specifickými poruchami učení.

Americký psycholog Joy Paul Guilford (1897–1987) se pokusil o vytvoření dvourozměrné matice psychomotorických schopností, kde sledoval takové parametry, jako jsou síla, impulz, rychlost, statická přesnost, dynamická přesnost, koordinace a pohyblivost, a to postupně celého těla, trupu, končetin, rukou, prstů (Smékal, 2002).

Ke zhodnocení schopnosti pohybové koordinace byly vytvořeny různé testy, například test sdružených pohybů (dvěma pákami současně se řídí pohyb hrotu, který má sledovat zakřivenou čáru) Studie ukázaly, že existuje těsný vztah mezi úspěchem při těchto zkouškách a ovládnutím strojů (Sillamy, 2001).

Podrobně se problematikou diagnostiky či terapie těchto dětí zabývá např. anglická dětská lékařka A. Kirbyová v knize *Nešikovné dítě* (2000).

Od poruch motoriky, lokomoce, praxe a laterality je třeba diferencovat *poruchu se stereotypními pohyby* uvedenou v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod značkou F98.4. Tato porucha chování se projevuje tak, že dítě (mladistvý), produkuje stereotypní pohyby v takové míře, že si způsobuje tělesné poškození nebo výrazně postihuje normální aktivity. Porucha přitom trvá nejméně měsíc. Postižený přitom jinou duševní poruchou ani poruchou chování netrpí.

Je také třeba odlišit poruchy, které vznikají na *organickém* či *somatickém základě*, např. následky dětské mozkové obrny.

7. Psychomotorická instabilita

Mezi typické příznaky psychomotorické *instability* patří např.:

- *velká živost, pohyblivost až neklid (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedovede klidně sedět, vrtí se, vybihá z místa (0 – 1 – 2 – 3)*
- *mluví bez vyzvání, skáče druhým do hovoru (0 – 1 – 2 – 3)*
- *jedná zbrkle, impulzivně, bez rozmyšlení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedokáže uspokojivě spolupracovat (0 – 1 – 2 – 3)*
- *pohybuje se překotně, naráží do předmětů, padá (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nevydrží dlouho u jedné hry, činnosti, práce (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nepozornost, rozptýlenost, závary pozornosti, nedovede se soustředit (0 – 1 – 2 – 3)*
- *brzy se unaví (0 – 1 – 2 – 3)*
- *náladovost, spory, konflikty (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nápadně se střídají dny, kdy se mu(ji) vše daří, a dny, kdy je nezvladatelný (á) a má samý neúspěch (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nevhodně vykřikuje (0 – 1 – 2 – 3)*
- *chová se bez náležitého odstupu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *při práci se zabývá vedlejší činností (0 – 1 – 2 – 3)*
- *drobné i větší úrazy (0 – 1 – 2 – 3).*

Zelinková (2003) se věnuje specifickým závadám a poruchám učení a jejich příčinami, problematice dyslexie, dyspraxie a LMD, a to i v souvislosti s motorikou.

Nově zaváděné termíny jsou syndromy označené zkratkami jako ADHD a ADD.

Pro poruchy chování, jejichž hlavním znakem je hyperaktivita, impulzivita a porucha koncentrace pozornosti, je užívána diagnostická kategorie ADHD. Poruchy vývoje jemné motoriky včetně specifických poruch řeči můžeme označit jako dyspraxii. Pojem ADHD – označuje poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou. ADD je porucha pozornosti bez hyperaktivity, ODD je opoziční chování. Další třídění je ADHD bez agresivity a ADHD s agresivitou

Lehká mozková dysfunkce (LMD) je označení pro řadu projevů dítěte na bázi strukturálních změn CNS, jež se odchyľují od běžné normy. Jeví se tak jako nezvyklé, nápadné a zvláštní (nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadnosti a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita nebo hypoaktivita,

nesoustředěnost, malá vytrvalost, impulzivita, překotnost, výkyvy nálad a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy vnímání apod.. (Slowik, 2007).

Nápadná pohyblivost se označuje jako motorický neklid. U některých *hyperkinetických dětí* (s ADHD) se také může vyskytovat specifická vývojová porucha motorické funkce, která se projevuje jako nápadná dyspraxie, neobratnost a nešikovnost (syndrom neobratného dítěte), dělá jim problém například zasáhnout míčem cíl, zavázat tkaničky u bot, navlékat korálky, úhledně psát nebo kreslit. Bývá jim vyčítáno, že často něco pokazí nebo rozbijí, mají obvykle horší známku z tělocviku a mohou se stát pro svou nemotornost terčem posměšků. Poměrně často se mezi nimi vyskytují leváci.

Přibližně u poloviny dětí s tikovými poruchami se současně vyskytují hyperkinetické příznaky. Tiky jsou opakované, bezděčné a nepravidelné svalové záškuby, které nejčastěji postihují svalstvo mimické (mrkání, krčení nosu, otvírání úst), ale mohou postihnout i jiné svalové skupiny. Existují také tiky zvukové a hlasové, při kterých dítě vydává různé rušivé zvuky, vyřadí některá slova nebo útržky vět. Kombinace tiků svalových a hlasových se typicky objevuje u závažné formy tikové poruchy – Tourettova syndromu, u kterého může docházet také k nutkavému vyřazení vulgárních výrazů (Drtilková, 2007).

Výchova, která se zakládá na lásce a úctě k vyššímu řádu, je neúčinnější prevencí všech psychických a psychosomatických onemocnění, a proto i neklidu v člověku a mezi lidmi.

Pro oblast hrubé motoriky – delší procházky, výlety, horské túry (ne se ovšem nechat pohodlně vyvézt lanovkou nahoru, raději namáhavě vystupovat pěšky), jízda na kole, veslování, plavání, skákání na trampolíně, přes švihadlo, skákání v pytli, tanec, džezgymnastika, odklizení sněhu, zametání, práce na zahrádce – okopávání, pletí atd.

Pro oblast jemné motoriky – všechny ruční práce bez pomoci elektrických nástrojů: pilování, modelování, háčkování, pletení, česání ovoce, čištění zeleniny (loupání brambor nebo jablek), hnětení těsta, navíjení provázku (Prekopová, Schweizerová, 2008).

Za určitých okolností lze psychomotorickou instabilitu označit podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) za **hyperkinetickou poruchu** – F90, která může být specifická pro domov nebo pro školní třídu.

Podmínkou např. je, že kombinace některých vybraných příznaků musí přetrvávat nejméně 6 měsíců a jsou takového stupně, že jsou maladaptivní a v rozporu s úrovní vývoje dítěte. Porucha se objevuje před 7. rokem věku, ne později.

Monograficky se problematikou dětí s nedostatkem pozornosti a hyperaktivitou (**ADHD** = Attention Deficit Hyperactivity Disorder) zabývá např. Gordon Serfontain (1999), dětský neurolog v dětské nemocnici v Sydney. Uvádí, že se zmíněné poruchy vyskytují až u 20 % chlapecké a 8 % dívčí populace.

U nás se v souvislosti s touto poruchou využíval koncept **LDE** (Kučera, 1961).

8. Sociální, edukativní a kulturní zanedbanost

Jedinec s touto difiilitou se projevuje např.:

- *špatná příprava na vyučování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *výukové nedostatky, ač je normálně rozumově nadané (0 – 1 – 2 – 3)*
- *obtížné chápání výkladu nové látky pro velké mezery ve znalostech (0 – 1 – 2 – 3)*

- *primitivní a vulgární formy sociální komunikace (0 – 1 – 2 – 3)*
- *malou slovní zásobu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *vývojové závady řeči mluvené i psané (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedbalou úpravu zevnějšku (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nepořádek v osobních věcech (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o četbu časopisů a knih (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o kulturní záležitosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o divadelní hry a vážné filmy (0 – 1 – 2 – 3)*
- *opožděný somatický vývoj, nižší vzrůst, nízká hmotnost atd. (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedostatky v návycích osobní hygieny (0 – 1 – 2 – 3)*
- *odpudivý zápach (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nečistota pomůcek (0 – 1 – 2 – 3)*

Rodina sociálně zanedbaných dětí však bývá často primitivní (simplexní), málo psychosociálně a kulturně podnětná nebo dokonce defektní (alkoholismus, drogy, trestná činnost, duševní choroba aj.) a výchovně pravidelně nedostačivá (insuficientní).

Narušená rodina (neúplná, defektní, krizová atp.) vytváří horší předpoklady pro utváření osobnosti dětí než rodina úplná a nenarušená. Neúplnost rodiny, zejména pro rozvod, koreluje pozitivně např. se symptomy úzkosti.

K projevům psychosociální zanedbanosti se často přidružují další závady a poruchy: zvýšená psychická tenze až neuróza, antisociální chování atp.

Hostilní (nepřátelský) vztah rodičů a dítěte vede často k týrání dětí, k jejich zneužívání (např. pohlavnímu), někdy dokonce až k jejich fyzické likvidaci.

Od sociální zanedbanosti je nutno odlišit *děti se sociokulturním handicapem*. Může jít například o děti emigrantů, které mají ztíženou adaptaci na nové prostředí kvůli svým národním zvykům a jazykové bariéře

9. Závady ve školské výkonnosti

Jedinec se závadami ve školské výkonnosti:

- *má těžkosti v učení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *dosahuje podprůměrných výsledků ve výuce, ač vyvíjí značné úsilí (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neučí se logicky a racionálně (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má negativní vztah ke škole a k učení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *je nechápavý(á) (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má sklon k mechanickému učení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *novou látku chápe pomale a těžkopádně (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zdá se být přetížen(á), duševně vyčerpaný(á) (0 – 1 – 2 – 3)*
- *mívá sníženou sebedůvěru (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má pocity nedostačivosti až méněcennosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *projevuje pasivní negativismus, odmítá sociální komunikaci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má málo rozvinutou abstrakční schopnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *obtížně aplikuje poučky v praxi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má nepřesné i běžné pojmy a představy (0 – 1 – 2 – 3)*
- *bývá intelektuálně pasivní (0 – 1 – 2 – 3)*

U závažných nedostatků v prospěchu a výrazných neúspěchů ve škole je třeba nejprve zjistit, o jaký typ neúspěchu jde, zda se jedná o trvalejší a celkovou tzv. **absolutní** školní neúspěšnost (tj. výukovou nedostačivost, vyplývající z nedostatečně rozvinutých intelektových schopností), nebo o občasnou či částečnou **relativní** školní neúspěšnost (žák vykazuje špatný prospěch z příčin mimointelektových), které většinou lze odstranit. U relativní školní neúspěšnosti jsou výkony žáka ve vyučování nižší než jeho rozumové (mentální) schopnosti a předpoklady. Může být způsobena např. krizovou situací, zvýšenou unavitelností, neurotickou reaktivitou, dočasně sníženou motivací apod.

Absolutní a relativní školní neúspěšnost je obrazem i důsledkem individuálních rozdílů mezi žáky, které zjišťujeme nejenom v jejich osobnosti (např. v jejich úrovni a struktuře nadání, charakteru, zájmu o učení, v emotivitě, motivaci, harmonické či disharmonickém vývoji osobnosti), ale i v rozdílných podmínkách rodinné výchovy. Špatný prospěch a neprospěch nejsou většinou monokauzální, ale častěji polykauzální záležitosti. Přitom mají všechny případy špatného prospěchu svou individuální souhrn příčin a podmínek, vlastní vývoj a dynamiku.

Relativní školní neúspěšnost může být podmíněna příčinami sociálně-psychologickými, biologicko-psychologickými a intrapsychickými. Přitom platí, že jediný osamocený handicap (např. horší rodinné podmínky) nemusí mít automaticky záporný determinující účinek na školní úspěšnost žáka. Většinou jde při školní neúspěšnosti o kombinaci více podmínek a příčin.

10. Závady profesní a studijní orientace a adaptace

Za závady profesní a studijní orientaci a adaptaci považujeme:

- *nerozhodnost v tom, jaké povolání nebo školu si má vybrat (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o další studium (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o konkrétní profesi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *lenivost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neomluvené absence (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k fluktuaci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedodržování hygienických pokynů při práci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedodržování bezpečnostních pokynů při práci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neadekvátnost a nereálnost volby povolání (studia), a to buď z hlediska schopností nebo motivace apod. (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neangažovanost při volbě povolání či studia (0 – 1 – 2 – 3)*
- *pasivitu nebo lhostejnost k vlastní budoucnosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *projevy obtížné adaptace na studium či profesi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *projevy záporného vztahu k vybranému studiu či profesi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *snahu přestoupit na jiný obor nebo z oboru odejít (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k profesní labilitě jedince v určité profesi (0 – 1 – 2 – 3)*

V procesu sebepoznání a sebepochopení i dozrávání pro volbu (výběr) povolání (studia) hraje velkou roli profesní orientace na školách a také psychologické poradenství. Psychologické vyšetření osobnosti žáka a prognóza úspěchu žáka ve škole a později i v povolání (srovnáním vlastností osobnosti žáka s profesiogramem) má často vysokou hodnotu. Většina lidí může zastávat celou řadu různých povolání, neboť existují rozsáhlé

možnosti kompenzace, vyrovnání nedostatků přednostmi a zejména možností výcviku specifických profesních dovedností a návyků.

Informace o výsledcích psychologického vyšetření může sehrát významnou úlohu při poznávání žáka pedagogy a také v procesu sebepoznání a sebehodnocení žáka. Žák, který sám sobě dobře rozumí, má větší předpoklad dobrého přizpůsobení než žák, jehož úroveň sebepoznání a sebepochopení je malá. Sebepoznání a sebepochopení vlastně znamená, že člověk dovede přesně popsat své klady, nedostatky, zkušenosti, potřeby a cíle, dovede předvídat své chování a snadněji své chování řídí a kontroluje. Sebepoznání a sebepochopení přispívá k jeho přiměřené akceptaci sebe sama, což je jeden z cílů psychologického poradenství. Vždyť podstatou poradenství je informovat zkoumanou osobu o úrovni jednotlivých znaků její osobnosti se zřetelem k ovlivňování (psychokorekci) a sebevýchově jejích mezilidských vztahů, vztahu k sobě samému a úspěšnosti ve zvoleném povolání (resp. studiu).

Osoby s větší informovaností o své osobnosti a o pracovních prostředích si lépe volí povolání než lidé s menší informovaností. Adekvátnost volby povolání je částečně také funkcí věku, protože čas poskytuje více příležitostí pro shromažďování informací. Osoby s adekvátnější volbou povolání mají diferencovanější vědomosti o povoláních, znají i profesiografické nároky povolání.

Problematika závad profesní a studijní orientace se často objevuje u dětí parvuloidních, nezralých, s infantilními rysy osobnosti.

Ondřej Janovec (2009) uvádí, že na mladé lidi je při studiu vyvíjen čím dál větší tlak, zvyšují se požadavky na výsledky studia, rozšiřuje se množství studijních oborů, které se čím dál více specializují na danou problematiku. Ve světě velkých možností a příležitostí, kde si mladá dívka nebo muž může vybrat přesně obor „ušitý“ na míru jeho schopnostem a představám, dochází také k tomu, že mladí lidé jsou „zmatení“ a nedokáží se orientovat v nabídkách a možnostech souvisejících s dalším studiem, a tak směřující jejich cestu blízké budoucnosti. Ať už je tento stav způsoben nerozhodností při výběru nebo nezájmem o svůj další osud, mělo by okolí zasáhnout a pomoci tomuto mladému člověku se zorientovat v něm samém a pomoci mu vybrat obor studia odpovídající jeho představám, ale zároveň také schopnostem a dovednostem. Existuje velké množství odborných pracovišť zabývajících se poradenstvím týkajícím se studijních předpokladů a možností. Některým lidem stačí pouze „naťuknout“ různé varianty, jiní potřebují několik sezení, kde za pomoci odborného pracovníka se postupně dopracují jak k poznání sebe sama, tak svých schopností a uvědomění si reálnosti dosažení svých představ a přání.

Poradenské služby orientované na pomoc při vzdělávání a výchově dětí i na pomoc při profesní a studijní orientaci jsou v našem školství realizovány již od šedesátých let dvacátého století. Byly zakotveny ve vyhlášce MŠČSR č. 130/1980 Sb. V roce 2005 vstoupila v platnost nová vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (č. 72/2005 Sb.).

Pedagogicko-psychologické poradny poskytují především komplexní pedagogicko-psychologické vyšetření dětí a dospívajících. K nejčastěji řešeným otázkám patří zjišťování příčin problémů v učení a chování, profesní a studijní orientace žáků (tzv. kariérové poradenství) atd. Zvláštním druhem edukativních poraden jsou poradny speciálně-psychologické, které se věnují žákům se zdravotním postižením.

Poskytují speciálně pedagogické a psychologické poradenství pro děti se zrakovým, sluchovým, mentálním či tělesným postižením, podílejí se na přípravě individuálního vzdělávacího programu integrovaných žáků, zajišťují školám metodickou podporu.

Poradenské služby poskytované přímo ve škole lze považovat za nejdůležitější složku v prevenci vzniku vzdělávacích i výchovných problémů. Každý žák či student má mít zajištěny vhodné podmínky nejen pro vzdělávání, ale i pro rozvoj osobnostních kvalit svého života. Ředitelé základních i středních škol jsou odpovědní za kvalitu školních poradenských služeb. Pedagogicko-psychologické poradenství zpravidla zajišťuje učitel – výchovný poradce, školní metodik prevence, školní speciální pedagog, psycholog z PPP nebo přímo školní psycholog. Poradenský tým na škole by měl vyhledávat rizikové žáky a studenty, ale i celé třídy, a to především z hlediska prevence školní neúspěšnosti a projevů nežádoucího chování. Na druhé straně by měl poskytovat podporu při volbě vzdělávací cesty, která směřuje k profesnímu uplatnění, podporovat a integrovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Obvykle se jedná o mimořádně nadané žáky nebo žáky s vývojovými poruchami učení, někdy o jedince z jiného kulturního prostředí. Ti všichni potřebují individuální podporu při úpravě vzdělávacích metod či odbornou pomoc při vytváření individuálního vzdělávacího plánu.

Vzhledem k tomu, že pro žáky základních škol je otázka budoucího povolání někdy složitá, vznikla myšlenka iniciovaná Ministerstvem práce a sociálních věcí a Národním vzdělávacím fondem sestavit kalendář, který bude žákům posledních ročníků pomáhat při rozhodování „kam dál“. První vydání tohoto kalendáře bylo v roce 2001. Tento kalendář vznikl s cílem vytvořit základní materiál pro rozhodování a také k usnadnění diskuze o budoucím povolání mezi žáky, učiteli, rodiči a výchovnými poradci.

Rozhodování se o budoucím povolání je pro mladého člověka velmi těžké a jeho výběr může výrazně ovlivnit celý další budoucí život mladé dívky nebo chlapce. Určitě ne všichni mladí své nápady dlouhodoběji promýšlejí a umějí si představit, co všechno jejich vybraný obor a profese obnáší.

Je proto žádoucí povinná konzultace představ žáka o svém budoucím výběru povolání nebo školy s odborným poradenským pracovníkem, který je kompetentní k tomu, aby zhodnotil reálnost a prognózu plánů mladého člověka.

Reedukace a psychoterapie difícilit

Reedukace je označení takových speciálně-pedagogických metod, které rozvíjejí nebo upravují porušené funkce a činnosti.

Je třeba difícilitám chování a prožívání věnovat zvláštní pozornost, protože jejich včasné podchycení může znamenat zamezení rozvoje vážných poruch chování, poruch osobnosti a chorob u dětí a mládeže. Pedagog má možnost často jako první rozpoznat různé zvláštnosti, závady a poruchy chování a prožívání, které signalizují ohrožení normálního zdravého psychického vývoje žáka (studenta) a důsledky pro jeho sociální začleňování. Tím, že na tyto problémy upozorní specializované odborníky (psychology, psychiatry atp.) a ve spolupráci s nimi účinně pomáhá při jejich řešení, provádí vlastně i depistáž a prevenci dalšího narůstání těžkostí. Od pedagoga takové děti se závadami a poruchami chování a prožívání vyžadují nestandardní, často tolerantnější

a vskutku individuální přístup, který je však přesto ve svém výsledku nezřídka málo uspokojivý, zvláště se zřetelem k nárůstu počtu problémových dětí v posledních letech. Problémové děti a mládež bychom mohli v řadě případů diagnostikovat jako difilicilní. Difilicity můžeme napravit v podstatě jak psychologickými prostředky, tak speciálně pedagogickými nebo léčebně pedagogickými.

Psychoterapie jako léčebná metoda a technika může být v podstatě racionální, sugestivní, abreaktivní, tréninková, imaginativní nebo kombinovaná, individuální nebo skupinová.

Racionální psychoterapie se zabývá adekvátním a pro klienta srozumitelným logickým výkladem, poučením (persuazí), explikací a klarifikací podstaty a příčin jeho potíží a doporučením mentálně hygienických opatření a postupů. Může být obohacena o dlouhodobé regulační či psychagogické vedení ke správnému životnímu a pracovnímu stylu a k adekvátnímu systému hodnot. Má blízko k edukaci, k výchově a vzdělávání a duševní hygieně (psychohygieně).

Suggestivní psychoterapie a hypnoterapie se zabývá jednorázovými či systematickými terapeutickými sugescemi, které je možno aplikovat buď přímo v hypnóze, nebo u méně hypnabilních jedinců i v situaci pouhého bdělého raportu. Nepůsobí primárně na logické myšlení a jednání klienta, ale na jeho emotivitu a sugestibilitu. Někteří klienti reagují lépe na autoritativní, „otcovskou“ sugesci terapeuta, jiní zase na permissivnější, přesvědčivě aplikovanou, „mateřskou“ sugesci doprovázenou sociální oporou.

Abreaktivní psychoterapie, resp. hlubinná abreaktivní psychoterapie (HAP), resp. regresní terapie využívá k navození abreakce asociativní pamětní vzpomínky na duševní a psychosomatické problémy, které člověk prožil v minulosti ve stresujících a traumatizujících situacích, kdy byl ve stavu zúženého vědomí až nevědomí. Někdy se používá i různých psychofarmak, které navozují stav mezi bděním a spánkem. Existují i inhalační narkotika. Dochází k řízenému uvolňování tenzí, úzkostí a strachů. Též hlubinná abreaktivní psychoterapie či regresivní terapie.

Tréninková psychoterapie má ráz kognitivně behaviorálních a discentních výcvikových technik a programů. Jde např. o systematické desensibilizační cvičení za stále zhoršujících se averzivních podmínek.

Aplikují se zásady na posílení sebedůvěry, sebehodnocení a volního úsilí zaměřeného na autokorekci (dovednost opravovat vlastní chyby a nedostačivosti) s cílem zvýšit duševní zdraví. Klienti se učí hledět vstříc překážkám, nesklánět se a neklesat před nimi. Zvyšují si svalový tonus, učí se chodit vzpřímeně, hrdě. Využívá se i autogenního tréninku.

Imaginativní psychoterapeutické techniky. Redukují se postupně chorobné postoje a reakce klientů a podněcují se k dospělému, odpovědnému a zralému jednání. Využit lze např. katatymně imaginativní psychoterapie (zkratka KIP) vyvinuté Hansem Carlem Leunerem (1997). Jde o techniku řízeného denního snění vycházející z hlubinně a psychodynamicky orientované terapie, jejíž teoretická východiska jsou poplatná Jungově analytické psychologii a psychoanalýze. Vychází přitom z předpokladu, že v obsazích denních snů se na symbolické úrovni projevuje předvědomí, nevědomí a vnitřní konflikt (Svoboda, 2003).

Kombinovaná ekletická a integrativní psychoterapie je ordinována podle uvážení příslušného psychoterapeuta (Kratochvíl, 2006). Kombinuje se např. racionální

psychoterapie s relaxačními postupy (využívají se i různé diskety), individuální psychoterapie se skupinovou. Využívá se i arteterapie.

Eklekticko-syntetická a integrativní koncepce psychoterapeutů zabývajících se domácím násilím je uznávána jako možná.

Chceme-li určit správný individuální, resp. reedukační přístup, správný typ výchovných incentív, stimulace, motivace a aktivace dítěte, musíme si nejprve uvědomit, o jaký typ závad chování, poruch chování nebo poruch osobnosti jde. Jiné typy výchovné stimulace budeme užívat u dětí se zakomplexovanou osobností, jiné u dětí se sníženými či disharmonickými mentálními schopnostmi, u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, u dětí neurotických atd. U různých typů problémových dětí je nutno diferencovaně utvářet žádoucí a kladné postoje, názory a vlastnosti jejich osobnosti.

Oslabení motoriky může ovlivnit řadu školních schopností, dovedností a výkonů. Dítě může mít problémy s výběrem aktivit v tělesné výchově v důsledku pohybové neobratnosti, zapojením do kolektivu, neobratností při hrách v jemných pohybech, menší obratností mluvidel, což ovlivňuje komunikaci, s vnímáním svého těla a prostoru a v neposlední řadě také potíže při psaní.

V souvislosti s motorikou se projevují deficity kognitivních funkcí. Jsou jimi např. nedostatečná úroveň rozvoje grafomotoriky, která se může projevovat pomalým psaním, obtížemi při nápodobě tvarů písmen. Dále dítě může mít potíže v geometrii a v dalších předmětech vyžadujících alespoň částečnou zručnost. Motorika je totiž jedním z prostředků poznávání, umožňuje manipulaci s předměty a je tak východiskem pro chápání matematických operací.

Serfontein (1999) nám ukazuje, jak na učitele mohou působit děti se závadami a poruchami hrubé i jemné motoriky a nabízí i určitá praktická řešení.

Děti se závadou či poruchou *hrubé motoriky* nám připadají těžkopádné, nemotorné, jejich pohyb je nekoordinovaný. V hodinách tělocviku se jen těžko mohou měřit se svými vrstevníky a ve třídě se stává, že „zakopávají“ o lavice, židle a části nábytku. Ruku v ruce s těmito problémy jde podceňování a pocit méněcennosti. Hrubá motorika se týká všech svalových skupin, schopnosti cíleně pohybovat různými částmi těla a koordinace pohybů v závislosti na vnějších i vnitřních vlivech, jako je gravitace, stranová orientace a těžiště těla. Cílem nápravných cvičení je naučit dítě pohybovat se plynule a efektivně a v neposlední řadě napomoci i lepší orientaci v prostoru a vnímání vlastního těla. Dítě s poruchou hrubé motoriky potřebuje individuálně koncipovaný program cvičení. Zpočátku není vhodné zařazovat ho do skupinových cvičení a her. Pedagog by se měl zaměřit na překonání konkrétního problému, se kterým se dítě potýká.

Mezi doučovací metody, které jsou zaměřené na zlepšení hrubé motoriky, patří základní pohybové aktivity, jako např. chůze pozpátku, dopředu a do stran. Dítě chodí po rovné, klikaté, široké nebo úzké dráze, může překonávat různé překážky a přitom mít ruce v různých polohách. K náročnější aktivitě pro děti s poruchou hrubé motoriky patří skákání přes švihadlo. Kombinuje se při ní jak technika, tak rytmus, rovnováha a pohybová koordinace.

Žáci se závadou či poruchou *jemné motoriky* mají obvykle potíže při manipulaci s předměty nebo v úkonech spojených s přesnou prací prstů. Jejich problémy se projeví při psaní, kreslení, zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, spojování předmětů dohromady

a stříhání. Ruční práce a výkresy těchto žáků připomínají výtvary daleko mladších dětí. Někteří z nich mohou být velice pohybově nadaní, co se týče hrubé motoriky, ale jejich schopnosti v oblasti jemné motoriky bývají podprůměrné.

Zde Serfontein (1999) uvádí aktivity, jako obkreslování, nalévání vody do nádoby, stříhání, zapínání knoflíků nebo třeba zavazování tkaniček, které pomáhá rozvíjet jemnou motoriku a koordinaci. Pro starší děti je vhodné např. vyšívání.

Cvičení pro rozvoj motoriky by učitelé a rodiče měli vybírat podle věku dětí. Pro žáky na druhém stupni ZŠ jsou vhodná složitější cvičení nebo ty jednodušší udělat náročnější.

Ke správnému rozvoji motoriky patří také **vnímání vlastního těla**. Podle Serfonteina (1999) se tento pojem týká uvědomění vlastního těla a jeho schopností. Aktivity jsou koncipovány tak, aby dítěti pomohly rozvíjet správné představy o poloze a funkci jednotlivých částí těla. Jsou jimi např. pojmenování částí těla. Dítě obkreslí křídou na zem nebo tužkou na arch papíru obrys svého spolužáka v životní velikosti. Potom si děti vymění role v obkreslování. Do obrysu vlastního těla na arch papíru žáci dokreslují detaily – rysy obličeje, nehty na ruce apod. Skládání puzzle. Při pantomimě děti předvádějí lidská povolání a činnosti, například řidiče autobusu točícího volantem, policistu řídícího dopravu, listonoše roznášejícího poštu a šéfkuchaře, jak se činí v kuchyni.

S tím je spojen pojem tělesné schéma, který užívají podle Kotasové (2000) autoři zabývající se studiem procesů tvořících základ realizace komplexního motorického jednání. Narážejí přitom na složitost vztahů mezi motorickým, gnostickým a emocionálním systémem a pokoušejí se vysvětlit, jak se uskutečňuje součinnost mezi těmito systémy v průběhu motorického jednání. V obecnějším pojetí je možno chápat využívání tohoto pojmu jako snahu zachytit a popsat na základě dosaženého stupně poznání mnohotvárnost a specifčnost vztahů mezi fyzickými (neurofyziologická báze realizace motorické reakce) a psychickými (gnostické a emocionální komponenty pohybového aktu) atributy motorického projevu jedince.

Odchytky v rozvoji grafomotorických schopností difilicilního dítěte se projevují zejména nerovnoměrným nebo opožděným vývojem vzhledem ke svému věku. Ve školním období při nácviu psaní by mohly nedostatky v rozvoji grafomotoriky předznamenávat potíže a nesoulad psychomotorických schopností.

Grafomotorické závady a poruchy se nejčastěji objevují ve spojení se špatnou koordinací pohybů těla a artikulačních orgánů, která znesnadňuje správnou výslovnost. Je to důsledek vztahu motorických funkcí s psychikou dítěte a zráním jeho nervového systému. Včasné rozpoznání individuálních problémů a nedostatků dítěte v grafomotorickém rozvoji může proto významně posílit prevenci poruch psaní, které by se objevily až ve školním období. Zpomalené tempo psaní i nedostatečná automatizace grafomotorických pohybů by pak dítěti přinášely vážné problémy při všech jeho snahách o písemné vyjadřování (nejen v hodinách psaní). Pokud by přetrvávaly problémy s osvojováním správných tvarů písmen, jeho písemný projev by byl nejen neúhledný, kostrbatý, neurovnaný, ale i špatně čitelný a nesrozumitelný. Začne-li si navíc své potíže více uvědomovat, může to oslabovat i jeho vnitřní motivaci k psaní, což má za následek obsahově chudý a netvořivý písemný projev (Lipnická, 2007).

České republice existuje systém výchovného poradenství, který na základě vyhlášky o poskytování poradenských služeb ve školství zahrnuje školská poradenská

zařízení: pedagogicko-psychologické poradny a speciálněpedagogická centra, dále školní poradenská pracoviště při základních a středních školách. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy zřídilo Institut pedagogicko-psychologického poradenství, který je metodickým pracovištěm pro celý systém výchovného poradenství (Pešová, Šamalík, 2006). Pracovníky v pedagogicko-psychologických poradnách jsou psychologové, speciální pedagogové, metodik prevence, sociální pracovníce a někde i sociální pedagogové. Pro práci s dětmi s určitým druhem omezení jsou určena speciálněpedagogická centra, kde působí psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníce. Ve školních poradnách je školní psycholog, školní speciální pedagog, školní metodik prevence a výchovný poradce. Při poradenské práci se musí rozlišovat mezi lehčími a těžšími obtížemi. Pokud jde o vážnější poruchy vyžaduje se spolupráce nejen s rodinou a školou, ale s psychiatrem nebo jinými specializovanými zdravotními odborníky.

Reedukace znamená převýchovu, znovu obnovenou výchovu speciálně pedagogickými postupy, metodami práce zaměřených na rozvoj porušených nebo nevyvinutých funkcí.

Není stejný reedukační postup pro všechny děti, ale vychází z individuality dítěte a konkrétních projevů závady nebo poruchy. Jako východisko pro reedukaci je potřebná kvalitní diagnostika potíží, míra jejich závažnosti, projevy a stav psychických funkcí.

Určují se metody a pomůcky k reedukaci a oblasti, na které by se tento proces měl zaměřit. Při reedukaci se začíná na úrovni, kterou dítě ještě zvládá, teprve potom se obtížnost zvyšuje. Začíná se např. u závad a poruch motoriky, lokomoce a praxe nácvikem perцепčně motorických funkcí, které tvoří podklad obtíží, a z těch je potřeba vycházet a rozvíjet je. Např. u dětí s dysgrafií začíná nácvik vždy uvolňovacími cviky celé ruky, zaměřuje se jak na hrubou, tak na jemnou motoriku, cvičí se i koordinace pohybů. Pokud je porucha kombinovaná s dysortografií či dyslexií, zařazuje se i cvičení smyslového vnímání – zrakové a sluchové percepce. Při reedukaci se používá přístup, při němž je zapojeno co nejvíce smyslů v kombinaci se slovem, pohybem a rytmicizací. Důležité je vytváření cvičení zaměřených přímo na konkrétní obtíž a sledování toho, jaký mají efekt. Některé děti potřebují i po ukončení reedukace v běžném školním prostředí další péči, např. toleranci pomalejšího tempa psaní, snížené kvality písma a úpravy sešitů apod. Nezbytnou podmínkou je citlivý osobní přístup k dítěti i jeho rodičům.

Stejně jako u jiných závad a poruch platí: čím dříve začneme s dítětem pracovat, tím je větší naděje na zlepšení. Reedukace je dlouhodobý proces. Hlavním úkolem je naučit dítě žít v běžných životních podmínkách. Situace je horší v případech, kdy závada či porucha nebyla adekvátně diagnostikována. V běžné třídě může být individuální přístup pro učitele komplikovaný, ale on může žákovi s difícilitou či poruchou učení pomáhat tím, že mu poskytne více času na splnění úkolů, může je zkrátit, využít různých pomůcek. Učitel by měl by dávat především úkoly, které jsou splnitelné, a umět žáka pochválit.

Závěr

Rozvoj osobnosti není u všech dětí stejný a často ani optimální. Pedagogové i psychologové musí hledat cesty, jak účinněji než dosud pracovat s psychickými možnostmi a potenciální osobností všech žáků, aby dosahovali úspěšnosti ve škole, v pracovním procesu i v životě.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat závadám chování dětí a mládeže, jejich zjišťování, klasifikaci, prevenci a nápravě.

Bylo navrženo deset kategorií závad chování, které je třeba přesně diferencovat od poruch chování a poruch osobnosti.

Má-li škola s problémovými dětmi úspěšně pracovat, musí být pracovníci školy informováni nejenom o podstatě výukových potíží a poruch chování, ale i formách depistáže dětí se závadami a poruchami chování, o nápravné činnosti a o možnostech průběžné a systematické spolupráce s PPP, s orgány péče o děti a rodinu, se soudy, policií atd.

Problematické poruch chování zapříčiněných poruchami osobnosti, neurotickými a mentální retardací či demencí je přitom třeba řešit ve spolupráci s psychiatrickými zařízeními pro děti a mládež.

Dificility, tj. výchovné a výukové obtíže, které hodnotíme ještě v rámci širší normy, jsou řešitelné pedagogickými a psychologickými prostředky.

Dificility jsou většinou determinovány celým komplexem podmínek a příčin, což je důležité jak pro jejich diagnostiku, tak pro nápravu.

Podmínky a příčiny vzniku závad chování (dificilit) mohou být:

- *biogenní* – například vliv vrozených faktorů vč. dědičnosti
- *sociogenní* – např. parentogenie (příčiny tkví v rodině), pedagogenie (příčiny tkví ve výchově ve škole nebo v rodině – Helus, 1991)
- *psychogenní* – tkvící například v intelektuální pasivitě, ve vystupňovaných pubertálních povahových změnách apod.

Úkolem pedagogických pracovníků je záměrně, cílevědomě a soustavně působit na vychovávané a vzdělávané jedince tak, aby byl zajištěn pozitivní rozvoj jejich osobnosti.

Aby bylo výchovné působení účinné, je nutno nejprve děti ve výchovném a vzdělávacím procesu důkladně poznat. Toto poznání je základem. Proto provádíme během své výchovné práce pedagogickou diagnostiku. Rozpoznaný stav je pak východiskem pro individuální reedukační přístup k dětem a pro případně zajištění další adekvátní specializované odborné péče.

IDENTIFICATION, RE-EDUCATION AND PSYCHOTHERAPY OF BEHAVIORAL AND EXPERIENTIAL DIFFICULTIES AND DISORDERS

Abstract: Behavioral and experiential difficulties and their comparison to behavioral disorders and personality disorders listed in the International Classification of Diseases (ICD). Through an exploratory analysis of casuistry of pedagogical and psychological counseling centers and the Delphi method, 10 diagnostic units which differ from the behavioral and personality differences listed in the International Classification of Diseases were defined. A theoretical concept of difficulties was designed and practical consequences for pedagogical and psychological counseling centers, school psychologists (educational counselors) and teachers working with children with difficulties proposed.

Key words: behavioral difficulties, behavioral disorders, research, difficulties, personality disorders, diagnostics, identification of difficulties, rectification of behavioral difficulties and disorders, re-education, psychotherapy