

PSYCHOLOGICKÁ IDENTIFIKACE DĚTÍ S DVOJÍ VÝJIMEČNOSTÍ

Mgr. et Mgr. Ivana Smítková

Abstrakt

Příspěvek se věnuje problematice psychologické identifikace dětí s dvojí výjimečností s ohledem na jejich specifické potřeby a charakteristiky. Zároveň přináší některé praktické zkušenosti z oblasti psychologické diagnostiky těchto dětí ve spojení s ilustrační kazuistikou.

Abstract

The contribution is devoted to the issue of psychological identification of twice-exceptional children with regard to their specific needs and characteristics. It also brings some practical experiences from the area of psychological diagnostics of these children in connection with the illustrative casuistry.

Spojení vysokého nadání s deficitem v některé oblasti je pro mnoho lidí nepochopitelné. Možná proto děti s dvojí výjimečností zůstávají tak často skryté a jejich potenciál nevyužitý. Zbytečně se tak stávají jakýmsi „ztracenými poklady“ naší společnosti.

Kdo jsou „lidé s dvojí výjimečností“

Uvnitř různorodé skupiny nadaných se vyskytují některé rizikové podskupiny dětí, které častěji trpí určitými problémy a navenek se projevují velmi osobitým způsobem. Z těchto důvodů je největším problémem již identifikace jejich nadání. Následně pak vyžadují výrazně odlišný výchovně vzdělávací přístup. Mezi tyto nejohroženější podskupiny nadaných odborná literatura zařazuje zejména nadané s extrémně vysokým IQ, kreativně nadané děti, nadané předškoláky, nadané adolescenty, nadané dívky, podvýkonné nadané děti, nadané děti s dvojí

výjimečností, sociálně znevýhodněné nadané děti a nadané děti z odlišného kulturního prostředí.

Lidé s dvojí výjimečností jsou jedinci s mimořádnou schopností, která je spojená s určitým handicapem. Z části je lze zařadit ke skupině podvýkonných.

Za jedince s dvojí výjimečností jsou považováni zejména nadaní:

- s poruchami sluchu;
- s poruchami zraku;
- s fyzickým či dalším zdravotním handicapem;
- se specifickými vývojovými poruchami učení;
- s poruchou pozornosti a aktivity (ADHD, ADD);
- s poruchou autistického spektra (nejčastěji Aspergerovým syndromem);
- s poruchami řeči (zejména vývojovou dysfázií);
- s mentální retardací (u neintelektových druhů nadání);
- se sdruženými poruchami.

Děti s dvojí výjimečností bývají velmi nadané, ale školní výsledky a výkony tomu často zdaleka neodpovídají, jejich zadané školní úlohy bývají nedokončeny, nejsou schopny pracovat pod časovým tlakem a bojí se jakéhokoliv selhání. Většinou bývají hodnoceny jako žáci s průměrnými schopnostmi.

Nedostatek intelektuálních podnětů a omezený přístup k ostatním jedincům s podobnými zájmy, schopnostmi a směřováním jsou pro všechny nadané děti často rizikovými faktory, které přispívají k sociálním či emocionálním problémům. Většina odborníků se v literatuře shoduje na obecné strategii, že intervence by se měla především zaměřit na rozvoj talentu, přestože je doprovázen poruchou. Ze zkušeností vyplývá, že zaměření se na rozvoj talentu spíše než na nápravu deficitů přináší více pozitivních výsledků a minimalizaci problémů se sociálním a psychickým přizpůsobením.

Často se ukazuje, že se tato nadaná populace dobře uplatňuje například v umění, v technických a přírodovědných oborech, mnozí vynikají v geometrii, mechanice, tvořivosti. Je možné, že se právě tyto děti uplatní v současné technické společnosti a zejména multimediální budoucnosti mnohem lépe než všeobecně nadané děti (Portešová, 2006). Proto je velmi důležité identifikovat základní mechanismy, jež vedou k překonání handicapu a ke skutečnému rozvoji nadprůměrných schopností.

Problémy identifikace dvojí výjimečnosti

Projevy nadání bývají u těchto dětí jiné než u ostatních, proto u nich nadání často zůstává skryté, neidentifikované. Při identifikaci je třeba počítat s vlivy, jako je kompenzace, maskování, předpokládaný nerovnoměrný vývoj, pocity odlišnosti dítěte apod., které mohou negativně zasáhnout do jeho výkonu (Portešová, 2011). Bariérou identifikace dvojí výjimečnosti je nesprávné očekávání, že tyto děti budou vykazovat stejné charakteristiky jako děti nadané a bez problémů. **Míra nadání však často nemusí být v souladu se školními výkony a školní úspěšností.**

Učitelé, kteří pracují s těmito dětmi, nemají potřebné informace a nejsou připraveni a trénováni pro rozpoznání jejich nadání. Všechny děti se často učí kompenzovat své slabé stránky, a nadané děti se učí **kompenzačním strategiím** rychleji než jejich méně schopní vrstevníci. Právě samotné nadání dítěte bývá v mnoha případech překážkou v jeho identifikaci – děti své nadprůměrné schopnosti využívají ke kompenzaci svých nedostatků. V důsledku těchto mechanismů dochází k „maskování“ dílčích handicapů i schopností, takže obě výjimečnosti se stanou pro učitele velmi nečitelnými. Jeví se pak v běžné třídě jako průměrní jedinci a není jim věnována pozornost. To znamená, že nadanému, který dosahuje výsledků na úrovni svých vrstevníků a jehož výsledky jsou jeho handicapem limitované, se nedostane žádná speciální péče (Novotná, 2004).

Kompenzace také může za určitých okolností selhat. Vyžaduje více úsilí, a když je člověk vyčerpaný, nemocný, stresovaný nebo se adaptuje na novou situaci, nemusí mít dostatek energie pro její zvládnutí. Jedinec tedy zažívá „dobré dny“, kdy kompenzace funguje, a „špatné dny“, kdy selhává. Děti s dvojí výjimečností často

věří, že skutečná úroveň jejich schopností odpovídá jejich „špatným dnům“ a jejich „dobré dny“ jsou v podstatě „podvodem“. Pro jejich sebevědomí je důležité zvrátit tento dojem. Musejí pochopit, že jejich vysoká inteligence se projevuje v „dobrých dnech“, ale že zde budou i „špatné dny“, kdy je jejich kompenzace zradí (Silverman, 2008).

Kompenzace se tedy stává pozitivním adaptačním mechanismem pomáhajícím překonávat handicap až poté, co je dítě správně diagnostikováno jak v oblasti jeho schopností, tak v oblasti nedostatků.

Důležitá je časná identifikace dvojí výjimečnosti, protože dítě ještě ve škole neselhává, nesnaží se své potíže skrývat a maskovat a není znevýhodňováno vznikajícími sociálními a emocionálními problémy, problémy s chováním. Děti s handicapem však bývají identifikovány velmi pozdě – obvykle v době, kdy přetrvávající handicap a neúspěšná snaha o jeho překonání výrazně znemožnily rozvoj nadání a snížily studentovy aspirace své schopnosti rozvíjet. Tento stav má silný negativní vliv na sociální a emocionální adaptaci těchto dětí. Děti pak vykazují tendenci k intenzivní frustraci v určitých předmětech, trvale očekávají neúspěch, selhání, ale paradoxně projevují také strach z úspěchu, protože není jisté, zda se jim podaří kvalitní výkon zopakovat. Často se k tomu přidává nedostatek motivace hraničící až s chronickým podvýkonem. K typickým strategiím zvládnání zátěžových situací patří strategie „naučené bezmocnosti“ (Portešová, 2006).

U smyslově či fyzicky postižených dětí je identifikace nadání pochopitelně ještě mnohem složitější než u dětí zdravých. Zjevná porucha často projevy nadání zcela překrývá. Z. Hadj-Mousová (1999) popisuje obecný vliv postižení na rozvoj poznávacích procesů, které bývají postižením nejzřetelněji ovlivněny a které se u handicapovaných budují na základě náhradních zdrojů smyslového vnímání a jsou ovlivněny odlišnou strukturou získávání podnětů z vnějšího světa. *„Tak si zvláště smyslově postižený pomocí specificky pozměněných poznávacích procesů konstruuje svůj vlastní obraz světa, ve kterém jsou omezeny nebo chybí úplně jevy určitého druhu, jiné jsou proti zdravým významnější. Představy, které si postižený vytváří o jevech, odpovídajících chybějícím podnětům, nejsou založeny na smyslovém poznání a často fantazijně přesahují reálný stav věcí“* (Hadj-Mousová, 1999, s. 66).

Ve vývoji poznávacích procesů mohou chybět některé fáze, které jsou teoreticky považovány za nezbytné pro další vývoj (např. fáze konkrétního poznávání světa u nevidomých). Teoreticky předpokládaná posloupnost stadií poznání však v praxi není nutná a je možné ji kompenzačně překonat. Významnějším problémem je nedostatečně osvojená řeč, v jejímž důsledku jedinec nemůže dosáhnout úrovně abstraktního myšlení (např. sluchově postižení zůstávají prakticky opožděni v mentálním vývoji).

Problematická a časově náročná je však i identifikace dětí s dvojí výjimečností samotnými psychology. Klade vysoké nároky na čas, rozvržení (často ve více sezeních), vytvoření ideálních podmínek pro konkrétního jedince (aby byl testován jejich potenciál, nikoliv negativní vliv nedostatečných podmínek vzhledem k handicapům), ale i zkušenosti a osobní nasazení psychologa. **Běžně používané metody identifikace nadaných jsou standardizovány na dětech bez poruch či handicapů, proto je nelze použít na této části populace bez jakékoliv adaptace.**

K. Seely (1989) a D. S. Jean (1996 in Jurášková, 2006) shrnují příčiny nedostatečné identifikace nadání u dětí s dvojí výjimečností:

1. stereotypní představy o tom, že postižení patří do populace subnormních;
2. opožděný vývoj, především ve verbální oblasti (běžně používané inteligenční testy nezachytí v jeho důsledku intelektuální schopnosti);
3. nekompletnost informací o postiženém dítěti (informace směřují k postižení, a nikoliv k silným stránkám a schopnostem);
4. nedostatek možností projevit své nadání ve škole vzhledem k vysoké převaze verbalizovaných úloh.

Š. Portešová (2011) považuje za nejzásadnější příčiny obtížné identifikace nadání u dětí s handicapem tyto faktory:

1. působí zde vliv mýtů, které toto téma často provázejí;
2. při uvažování o nadání u dětí není dostatečně respektováno vývojové hledisko;

3. vzájemný vztah mezi nadáním a handicapem není správně chápán a podceňují se tzv. kompenzační mechanismy.

Efektivní přístup k identifikaci dvojí výjimečnosti

Aby byla identifikace dětí s dvojí výjimečností účinná, je podle názoru C. Willard-Holtové (1999) nutné uskutečnit konkrétní změny v přístupu k identifikaci:

- zahrnout studenty s handicapem do počáteční screeningové fáze;
- být ochoten akceptovat nekonvenční ukazatele intelektového nadání;
- nebrat v úvahu pouze testové skóry;
- brát v úvahu snížení skóru, které se může vyskytnout v důsledku handicapu;
- neslučovat výsledky subtestů do celkového skóru;
- porovnávat s ostatními, kteří mají podobné postižení;
- přisuzovat větší váhu charakteristikám, které umožňují dítěti účinně kompenzovat handicap;
- přisuzovat větší váhu oblastem výkonu neovlivněným postižením;
- umožnit dítěti zkušebně se zařadit do programu pro nadané.

V. Dočkal (2005) shrnuje nejdůležitější zásady vyhledávání talentů mezi postiženými dětmi, s nimiž se na základě zkušeností ze své praxe plně ztotožňují:

- potlačit předsudky, že je-li někdo jiný než ostatní, nemůže být stejně schopný;
- najít komunikační kanál, prostřednictvím kterého lze s dítětem navázat kontakt (při mnoha druzích postižení není možné použít mluvenou řeč);
- nespoléhat se při diagnostice jen na testování, zohledňovat i mnoho jiných údajů o chování a reakcích dítěte;
- psychodiagnostické metody modifikovat, co se týče obsahu, ale i co se týče práce s nimi (i standardní úlohy je nutné zadávat nestandardním způsobem);

- akceptovat fakt, že v důsledku postižení může dítě aktuálně ve vývoji zaostávat, to jej však nediskvalifikuje pro další vývoj; výkony srovnávat se skupinou stejně postižených vrstevníků a zejména sledovat individuální vývoj dítěte a jeho pokroky;
- intenzivní zapojení mentora, úspěšného dospělého s poruchou učení.

V zahraničí byla již vyvinuta celá řada testů, které byly navrženy a normovány na dětech s poruchami či handicap. V modifikované formě se používá např. Wechslerova škála inteligence. A. M. Davis a S. B. Rimmová (1998 in Novotná, 2004) uvádějí pro identifikaci talentu handicapovaných nadaných několik modifikací, které se osvědčily v USA: alternativní formy testů či alternativní testy, otevřený screening, eliminace některých kritérií, portfolia, neverbální testy, doporučení učitele, případové studie, interview, podmíněčné zařazení do programu, modifikovaná administrace testu, žádné známky aj. C. Willard-Holtová (1994 in Jurášková, 2006) doporučuje jako pomocnou metodu používat speciální seznamy, které obsahují vlastnosti a projevy těchto dětí, a v případě více projevů umožnit další identifikaci. Zdůrazňuje zejména nutnost porovnávání projevů a výkonů těchto dětí se stejně postiženými, a nikoliv s intaktními jedinci (viz též výše).

Identifikace není ani jednorázový akt ani akt využívající jednu identifikační metodu či postup, ale kontinuální proces. Při vyšetření dětí s dvojitou výjimečností je nutné sledovat (Portešová, 2011):

- vliv předpokládaného handicapu na výkon v testu;
- vliv předpokládaného deficitu na dosavadní zkušenost dítěte v procesu učení;
- vliv deficitu na sebevědomí dítěte, jeho důvěru, chování v testové situaci.

Při rozboru dosažených výsledků je důležité dívat se „za“ dosažené skóry a ptát se, co stojí v jejich pozadí a které faktory mohou tyto hodnoty ovlivňovat. Při interpretaci výsledků je důležité sledovat nápadné rozpory mezi silnými a slabými výkony a ptát se, do jaké míry způsobují dítěti frustraci a jakým způsobem zasahují do rozvoje jeho schopností.

Postřehy z praxe pro psychologickou identifikaci dvojí výjimečnosti

Základem úspěšné a co nejefektivnější psychologické identifikace obou výjimečností je vůbec připustit, že lidé s handicapem mohou být velice nadaní, přičemž školní výkony nemusí vůbec na nadání ukazovat. Psycholog musí být ochotný i při používání standardizovaných metod hledat různé dítěti blízké způsoby komunikace a zadávání úkolů, být schopný akceptovat nekonvenční ukazatele intelektového nadání.

V následujícím textu uvádím postup a podmínky psychologického vyšetření, které považuji za optimální a nezbytné pro možnost identifikace obou výjimečností. Vycházím při tom ze zkušeností s dětmi s dvojí výjimečností z vlastní praxe v rámci psychologického poradenství a diagnostiky.

Vyšetření předchází anamnestická konzultace se zákonnými zástupci bez přítomnosti dítěte. Je třeba počítat na konzultaci minimálně 2 hodiny (ale často jsou nutné i 4 hodiny, více setkání apod.) – kromě podrobné anamnézy je důležité ptát se, jak se dítě chová v různých situacích, prostředích, s různými osobami. Je také nezbytné hodně naslouchat rodičům, přestože se mohou objevovat i významnější rozpory v jejich výpovědích a vnímání situace (často mohou mít obdobné potíže a handicap jako jejich děti, aniž by si toho byli vědomi – např. PAS, ADHD, dysfázie). Při této konzultaci je také třeba zmapovat, co má dítě rádo a co ho zajímá, aby si následně psycholog mohl připravit odpovídající motivaci. Někdy je také důležité zjistit, a dokonce odstranit předpokládané příčiny rozrušení, vědět, jak dítě oslovovat atp. U předškolních dětí (popř. i starších dětí v případě přílišné úzkostnosti) je předem dohodnuto, jestli bude vyšetření a spolupráce více vypovídající, když bude dítě bez rodičů, nebo naopak s nimi (popř. jejich přítomnost za dveřmi místnosti či v blízké čekárně). Velmi důležité jsou dále informace od jiných osob, z dalších prostředí (ostatní členové rodiny, zaměstnanci školy, lektoři kroužků atp.).

Při samotném psychologickém vyšetření je nejdůležitější zájem dítěte a jeho pocit bezpečí daný upravenými optimálními podmínkami, jinak nemůže podat výkon odpovídající jeho potenciálu a měříme pouze (pod)výkonnost

danou omezeními. Diagnosticky významný je již příchod dítěte na vyšetření, přivítání s ním. Důležité je navázání osobního kontaktu s dítětem (povídání si o zájmech, hra s dítětem), v závislosti na věku a vyspělosti dítěte je dobré mu předem vysvětlit, co se bude dít, důvěrnost jeho sdělení. Délka vyšetření a počet sezení se řídí individuálními potřebami a obtížemi dítěte. **Psychologická identifikace nadání je souhrnem všech relevantních informací o dítěti, které se podařilo získat, ne jen zjištění celkového skóru v IQ.** Nutná je **spolupráce s dalšími odborníky** (speciálním pedagogem, logopedem, psychiatrem, neurologem, pediatrem, foniatrem, popř. dalšími odbornými lékaři). Při vyhodnocování testů považují za důležité:

- nebrat v úvahu pouze testové skóry;
- brát v úvahu snížení skóru, které se může vyskytnout v důsledku handicapu;
- neslučovat výsledky subtestů do celkového skóru;
- porovnávat s ostatními, kteří mají podobné postižení;
- přisuzovat větší váhu oblastem výkonu neovlivněným postižením.

Po vyšetření následuje sdělení výsledků vyšetření s doporučeními (bez přítomnosti dítěte). V případě souhlasu zákonných zástupců je vhodné i určité vysvětlení výsledků (či diagnózy) samotnému dítěti s ohledem na jeho věk, psychický stav, vyzrálost atp. V případě zájmu zákonných zástupců je možná konzultace se školou (pedagogy, asistenty), popř. beseda se třídou (zejména v případě handicapu) – zde musí být dítě samozřejmě informováno a souhlasit. **Důležitá jsou kontrolní vyšetření a dlouhodobé sledování projevů dítěte.**

Kazuistika – vývoj diagnostiky nadání u chlapce s více handicapu

Tato kazuistika má ilustrovat předškolní vývoj intelektově nadaného dítěte s kombinovaným postižením (mj. ukázat, co všechno je schopné již v tomto věku postupně vykompenzovat) a dále také popsat vývoj diagnostiky jeho nadání.

Chlapec (narozen 2008) je **integrován do běžné třídy ZŠ s podporou asistenta pedagoga** v souvislosti s **kombinovaným zdravotním postižením** – lehkým tělesným postižením (centrálním hypotonickým syndromem), poruchou expresivní řeči (středně těžkou), výraznou poruchou pozornosti a aktivity, poruchou autistického spektra (atypickým autismem) a kombinovanou oční vadou. Má **slovní hodnocení z více předmětů** (český jazyk – zejména kvůli psaní, výchovy).

Chlapec chodí do školy velmi rád, je nadšený z dětského kolektivu, považuje všechny děti za kamarády (přestože nechápe jejich hry a neumí s nimi téměř komunikovat). Hodně ho ale trápí jakékoliv neúspěchy, velice se snaží i v oslabených oblastech (např. chce doma několikrát denně cvičit písanku), pouze ve škole při únavě nebo pocitu neúspěchu odmítá určitou dobu spolupracovat (musí následně dodělat doma nebo po výuce s asistentkou). Přesto ho škola i někteří odborníci označují za „hloupého“, „neschopného“, „problematického“.

Rodinná anamnéza

Chlapec žije v úplné funkční rodině. Oba rodiče mají vysokoškolské vzdělání, matka je učitelka a překladatelka, otec pracuje v geodetické firmě. Sourozence chlapec nemá. V širší rodině se vyskytuje opožděný vývoj řeči. V rodině nejsou diagnostikovány poruchy autistického spektra.

Osobní anamnéza

V raném vývoji chlapce se vyskytovaly **významné rizikové faktory**. Dítě je z 1. fyziologického rizikového těhotenství pro diabetes matky ve 3. trimestru. Porod byl indukovaný ve 37. týdnu, ukončený císařským řezem pro nepostupující porod a neúspěšnou indukci. Došlo k hypoxii pro pupečník obtočený kolem krku. PH 3600 g / 50 cm, AS 8-9-9. V somatickém nálezu dominovaly známky diabetické fetopatie a výrazně snížený svalový tonus. Chlapec prodělal silnou novorozeneckou žloutenku s fototerapií. Ve stáří 42 hodin došlo při kojení k prošednutí, musel být podán inhalačně kyslík. Došlo k rozvoji infekce močových

cest v souvislosti s renálním refluxem, proto byl chlapec měsíc hospitalizován a léčen antibiotiky.

V kojeneckém věku byl chlapec velmi klidný, hodně spal, sám se nevzbudil ani na kojení. Byl kojen 8 měsíců, kvůli potížím se sáním byly nutné od začátku příkrmy. V 8. měsíci náhle odmítl kojení úplně.

Chlapec je sledován na **neurologii** (od 8. měsíce stavy zahledění, nález na EEG, ve 3. roce dle MR susp. meziální skleróza). Od 2 let je **zvýšeně nemocný** (záněty horních cest dýchacích, časté záněty středouší), sledován pro **poruchu imunity**. Ve 2 letech byla provedena adenotomie, v létě 2014 proběhla další včetně zmenšení krčních mandlí (docházelo k dušnosti až apnoím). Je sledován na **foniatrii** pro lehkou převodní poruchu sluchu. Alergie nemá. Je v péči **ortopedie** pro ploché nohy a v péči **očního lékaře** pro kombinovanou oční vadu (astigmatismus na levém oku, dalekozrakost obou očí, tupozrakost levého oka). Dlouhodobě probíhá **rehabilitace, masáže plosek nohou, hippoterapie**.

Chuť k jídlu je dobrá, není vybíravý, žádné zvláštnosti ve stolování. **Spánek** je bez potíží, pouze se mu večer nechce spát, usíná později (cca ve 22 hodin). Přetrvává **občasná noční enuréza** (cca jednou za měsíc).

Motorický vývoj probíhal **opožděně a nerovnoměrně**. **Významná je motorická neobratnost (jemná i hrubá motorika, grafomotorika, motorika mluvidel) jako následek celkové hypotonie**. Chlapec začal v 11 měsících současně lézt, sedět a stavět se, od 12 měsíců chodil kolem nábytku. Samostatná chůze od 20. měsíce (nejistá, o široké bázi). Významnější motorické stereotypy ani manýrování či sebeubližování rodiče nepozorují, pouze se chlapec **zklidňuje a uspává pozorováním pohybů rukou před obličejem. Chodí po špičkách**.

Řečový vývoj je **výrazně opožděný** – první slova ve 20 měsících, dvouslovné věty ve 3 letech. Dle matky docházelo k regresům v řeči, kdy chlapec ztrácel gramatické konstrukce, které již dříve zvládal. V rodině probíhá po vzájemné domluvě rodičů **dvojazyčná výchova**. **Intenzivní logopedická péče** probíhala v rámci speciální MŠ.

Výrazná je sluchová hypersenzitivita – chlapec nesnáší hluk, křik, dětský pláč, štěkot psa, zvuky dopravy, vysoušeče rukou atp. (utíká, zacpává si uši, v hlučném prostředí s větším počtem lidí dochází až k panice, kdy leží na zemi a křičí). **Zároveň jsou zřejmé delší latence a zdánlivá ignorace v reakcích na verbálně sdělené pokyny** (nevnímá je, nechápe, že je očekávána odpověď, vše je nutné mu opakovat).

Nápadná je také hypersenzitivita na hmatové podněty (nemá rád mytí vlasů, stříhání vlasů a nehtů, nesnáší doteky od dětí) i naopak **doteková autostimulace** (je až nadměrně mazlivý, vyhledává fyzický kontakt i s cizími dospělými atp.) a **hyposenzitivita na bolest**.

Sociální anamnéza

Před nástupem do MŠ **chlapec neměl o jiné děti zájem**, utíkal z dětského hřiště, když tam děti přišly. Od 2,5 let docházel na 3 hodiny denně do dětského centra, kde plakal, bál se dětí, nezapojoval se do společných aktivit. V necelých 4 letech nastoupil do logopedické MŠ, tam už adaptace proběhla lépe (neplakal), ale mezi děti se nadále nezapojoval. Vždy došlo k výraznému zhoršení při návratu po nemoci. Společnost dětí vyhledával zřídka, dával přednost tomu, když si mohl sám hrát odděleně od nich. Jména dětí znal, měl přehled o dění ve třídě, ale raději vše pozoroval, nesnažil se zapojit do her s dětmi, žádal raději společnost dospělého. Někdy měl období, kdy nechtěl s dětmi společně stolovat, nebo šel na WC jen v době, když tam nebyly děti. Celkově **nenáší rád hlučné a „nepředvídatelné“ děti, nesnáší miminka kvůli jejich pláči** (nechce je vidět ani na obrázcích a fotografiích). Postupně se jeho **chování mezi vrstevníky změnilo – chlapec začal naopak navazovat kontakt s dětmi až nadměrně, neadekvátně** – „vrhal“ se na ně, objímal je, pusinkoval, děti před ním pak utíkaly.

Chlapec **nejraději a většinou bez problémů navazuje kontakt s dospělými**, k nimž je až příliš důvěřivý (dle rodičů by odešel i s cizím dospělým), spontánní, navazuje s nimi i fyzický kontakt (objímá je). **Nesnáší ale davu lidí** – v obchodech, na pouti, v MHD dochází až k panickým reakcím. V MŠ a ZŠ aktivně vyhledává kontakt s dospělými, vítá i neznámé návštěvníky, vyžaduje fyzický kontakt,

chování, mazlení, někdy se až nepřiměřeně „válí“ po učitelce nebo asistentce, je vstřícný, má radost, pokud pozná příchozího.

Chlapec má **zájem o komunikaci zejména s dospělými**, nejraději spolupracuje a povídá si s jednou dospělou osobou, je rád, když se mu věnuje. Zdraví pouze dospělé, často i cizí, zatímco děti přehlíží (kromě nejoblíbenějších), často si na ulici vůbec nevšimne ani oblíbeného bratrance. Nedělá mu problém poděkovat, popřát někomu.

Vývoj emocí, adaptace

U chlapce **převažuje pozitivní emoční ladění**, často je veselý a směje se. Pokud je **smutný a plačtivý, tak v situacích, kdy to ani rodiče předem neočekávají** – např. když se něco rozbije, když museli dát auto do servisu apod. **Vztek až afekty** se objevují zejména v situacích, kdy něco chce sdělit (např. své potřeby a přání) a ostatní mu nerozumějí. Prohru ve hře zvládá bez potíží, je schopný poblahopřát vítězi, soucítí s tím, kdo prohrál. O emoce ostatních se zajímá zejména proto, že je **zkoumá, chce vidět jejich projevy, líbí se mu nadměrně vyjádřené projevy emocí** (např. prosí někoho, aby plakal, že to chce vidět). Pláč malých dětí ale nesnáší. Snaží se někdy utěšovat děti, ale napodobuje při tom dospělé (takže je např. chce pohladit po vlasech, což v důsledku narušené motoriky ruky někdy vypadá, jako by je chtěl uhodit).

Dle rodičů není chlapec zvýšeně úzkostný (kromě **paniky z hlučného prostředí, zvuků a z davů lidí**), ale zároveň je na sebe i při hyperaktivitě přiměřeně opatrný. Velmi špatně snáší návštěvy lékařů, dlouho byl velmi obtížně vyšetřitelný.

Dle rodičů běžné změny zvládá bez problémů (výlety, změny v bytě, oblečení apod.). Zároveň jsou zřejmé **větší adaptační potíže v novém neznámém prostředí, pokud je přítomno více lidí**. V takových situacích je buď „ve svém světě“ a nevnímá okolí, nereaguje, nebo se objevují až panické reakce (např.

v divadle, MHD, obchodě, na pouti) – chlapec leží na zemi a křičí, že chce pryč. Pokud je nucen být v prostředí, kde se cítí špatně, někdy se pokálí. **Nemá rád, pokud něco neprobíhá podle původního plánu, vyžaduje ustálené pořadí činností, stále chce vědět předem, co se bude dít**, vyptává se na to. Vadí mu, když ho ve škole vyzvedne někdo jiný z rodiny, než koho očekával. Rodiče popisují **večerní rituál**, kdy před usnutím nejdříve musí číst otec, potom matka a nakonec chlapec sám.

Zájmy, volná činnost, hra

Od věku jednoho roku měl velký zájem o písmena, poznával je na klávesnici počítače. Od 1,5 roku pozná všechna písmena abecedy, od 4 let čte. Podobně má zájem o čísla, pozná i trojmístná. **Preferuje odmala knížky** (zejména encyklopedie, ale i pohádky), **hry s písmeny a logické hry** na počítači, stolní hry. Mívá období, kdy si oblíbí jeden konkrétní příběh, který pak preferuje. Má rád básničky a písničky, dobře si je zapamatovává. Má během života **období vyhraněných zájmů** – zvířata, dinosauři, mapy (vyhledává na internetu na mapách různá místa), vlajky, MHD (pamatuje si z paměti zastávky, značky tramvají). **U ničeho déle nevydrží, neumí se sám zabavit, běžným způsobem si s hračkami téměř nehraje**. Od 8 měsíců do 2 let věku si **hrál s provázky** – zklidňovalo ho to, usínal s nimi. Z hraček preferuje auta a letadla, s nimiž si hraje i tak, že jsou mezi sebou v interakci (zdraví se, představují se sobě apod.). Občas pod vedením skládá puzzle či z lega. Odpočívá vleže, přičemž pozoruje popojíždějící autíčko. **Symbolická hra se téměř nevyskytuje**, někdy si pod vedením hraje na tramvaj a spontánně napodobuje kocourka. Má velmi rád **zvířata**, tulí se s nimi, velmi dobře reaguje na hippoterapii.

Výsledky psychodiagnostického testování z minulosti

Jedná se o testování z doby, kdy ještě nebylo možné těžké handicap viditelně kompenzovat a kdy byl chlapec často již předem pokládán za

mentálně postiženého pro zjevné zvláštnosti ve vzhledu, řeči, motorice, chování.

- V lednu 2012 byl chlapec vyšetřen klinickým psychologem v souvislosti s hyperaktivitou, negativismem a opožděným vývojem řeči se závěrem: porucha expresivní řeči. Vývojová úroveň myšlení aktuálně neodpovídá věku (tj. v pásmu výrazného podprůměru).
- V září 2012 a červnu 2013 proběhla tamtéž kontrolní psychologická vyšetření se závěrem: porucha expresivní řeči, porucha pozornosti a aktivity, aktuální mentální výkon na dolní hranici pásma výrazného podprůměru.
- V říjnu 2013 bylo realizováno psychologické vyšetření za účelem doporučení vhodných výchovně-vzdělávacích opatření se závěrem: chlapec s rozumovými schopnostmi aktuálně ve spodní polovině pásma normy, s poruchou pozornosti a expresivní poruchou řeči. Posouzení intelektu je spíše orientační pro nemožnost standardizované administrace. Výkon dítěte je velmi závislý na aktuálním fyzickém a psychickém stavu, je značně limitován poruchou pozornosti a motorickým postižením.
- Od června 2013 je chlapec v péči dětské psychiatrické ambulance se závěrem: chlapec s nerovnoměrným psychomotorickým vývojem. Susp. expresivní vývojová porucha řeči. Některé projevy budí podezření na poruchu autistického spektra – atypický autismus. Zvolená medikace byla později vysazena kvůli zvýšení hyperaktivity.
- V březnu 2014 bylo uskutečněno jiné psychiatrické vyšetření se závěrem: dle souhrnu a anamnestických a klinických údajů nejvíc pravděpodobná diagnóza porucha autistického spektra při organické poruše centrální nervové soustavy perinatálního původu. Byla nasazena jiná medikace, po níž začalo docházet k významnému zlepšení ve všech oblastech včetně řečového i motorického vývoje.

Výsledky mé psychologické identifikace

1. V červnu 2014 byl chlapec psychologicky vyšetřen za účelem posouzení aktuální úrovně psychického vývoje a přítomnosti poruchy autistického spektra. Vyšetření probíhalo za účasti matky kvůli upřesňování v případech menší srozumitelnosti řečového projevu.

Zmapování struktury rozumových schopností:

Chlapec nejlépe spolupracoval při administraci neverbálního testu inteligence pro děti předškolního věku SON-R, kde byly vzhledem k předchozím vyšetřením zjištěny až velmi překvapující výsledky. Pravděpodobně došlo k významnému pozitivnímu posunu chlapcovy intelektové výkonnosti, která byla (a v některých oslabených oblastech dosud je) extrémně snižována jeho handicap (významnou poruchou pozornosti a aktivity, oslabenou vizuomotorickou koordinací, poruchou motoriky). V tomto testu byla zjištěna významně nerovnoměrně se rozvíjející struktura rozumových schopností. Názorově logická složka myšlení (vytváření analogií, kategorizace, chápání dějových vztahů a souvislostí podle názoru) byla v pásmu mimořádně výrazného nadprůměru (IQ 149, mentální věk 8 let, 2 měsíce; ve všech subtestech správně splnil všechny položky!). Oproti tomu v pásmu spodního průměru (IQ 85) se jevila schopnost analýzy a syntézy tvarů, plošná a prostorová představivost, grafická orientace v ploše (tj. nápodoba vzorů spojováním bodů). V těchto úkolech bylo však pro chlapce obtížné uchopovat testový materiál a umístit ho tam, kam zamýšlí, v důsledku významně narušené motoriky a koordinace ruky. V důsledku defektní vizuomotorické koordinace bylo dále velmi náročné pracovat podle předlohy a kontrolovat si po sobě např. složený obrazec. Bylo tedy možné předpokládat, že intelektová kapacita bude oproti aktuálnímu výkonu vyšší i v těchto oblastech.

Řeč, verbální komunikace:

Oproti očekávání (významným potížím v expresivní složce řeči) bylo možné orientačně administrovat i některé verbální subtesty. Pasivní slovní zásoba se jevila rozsáhlá v češtině i v druhém jazyce, chlapec velmi dobře chápal a dodržoval instrukce. Došlo ale i k významnému rozšíření aktivní slovní zásoby – pojmenoval téměř vše v obou jazycích – barvy, geometrické tvary, části těla včetně prstů ruky, dny v týdnu, druhy zvířat atd. Některá slova znal i v jiných cizích jazycích

(odposlouchával u matky v zaměstnání). Byl také schopný verbálně zobecňovat – v neverbálním testu v rámci úkolu zaměřeného na kategorizaci spontánně nazýval obrázky společným nadřazeným pojmem (např. „ovoce“, „zvířata“, „sportujou“, „světlo“, „doprava, prostředky“ apod.). Poměrně pohotově doplňoval slova opačného významu. Dokázal bezchybně odpovědět i na detailní otázky z českého předčítaného textu. Přetrvávaly slovní a zejména větné agramatismy, ale chlapec se snažil popsat obrázky, velmi zdařile a pohotově definoval pojmy včetně některých abstraktních (např. *hůl* – babi s ní chodí, bolí ji nožičky; *snášet* – kráva snáší mléko, slepice vajíčka, babi nákupy; *Mars* – jako Země ve vesmíru; *obálka* – papíry do ní poštovní; *mozaika* – hra jako domino, něco rozbitého z kousků; *lítost* – smutný, že byl doma bez mámy; *zvědavost* – chce to otevřít). Významně oslabená byla teoretická i praktická orientace v sociálních situacích. Číselnou řadu zvládal do 20 v češtině i několika cizích jazycích. Předpočetní představy byly již výborně utvořené, chlapec sčítal a odečítal do 10.

Další sledované oblasti a projevy:

Výborná se jevila krátkodobá zraková paměť – byl schopný si bez potíží zapamatovat a pojmenovat 10 předložených a následně zakrytých předmětů, určit, který z nich jsem zakryla apod. Krátkodobá sluchová mechanická paměť se jevila v té době také v normě – dokázal zopakovat řadu 4 nesouvisejících čísel.

Zřejmě byly významné projevy poruchy pozornosti a aktivity – stálý motorický neklid, vysoká unavitelnost nervové soustavy, výkyvy v koncentraci pozornosti se zahled'ováním. Zároveň chlapec ale nadšeně spolupracoval a při častějších přestávkách na odpočinek a pozitivní motivaci bylo možné ho přimět ke splnění všech úkolů pouze ve dvou sezeních. V přestávkách odpočíval tím, že ležel na zemi a pozoroval popojíždějící autíčko. Byl ale schopný s matkou i se mnou v podstatě přiléhavě konverzovat (kromě velké únavy, kdy odpovídal „*Nevím.*“), ukazoval mi fotky z mobilu a chtěl vidět moje fotky, uměl říci správně: „*To jsem já.*“, „*Tady jsi ty.*“ Na požádání zazpíval písničku, přednesl básničku (v obou jazycích). S matkou často vyhledával fyzický kontakt, tulil se k ní a chtěl se mazlit. I se mnou ale spontánně navazoval kontakt a komunikaci, měl potřebu něco mi sdělovat a ptát se, bral mě za ruku, sedal si mi na klín, přišel mě do kanceláře pozdravit, když přišel jiný den do jiné místnosti na logopedii.

2. Kontrolní psychologické vyšetření bylo uskutečněno v červnu 2015 před nástupem do školy. Probíhalo opět za účasti matky kvůli upřesňování v případech menší srozumitelnosti a kvůli psychické pohodě chlapce. Zřejmý byl významný pokrok v komunikaci, řeči, spolupráci, schopnosti koncentrace pozornosti, pracovní zralosti.

V neverbálním testu inteligence SON-R byly zjištěny výsledky odpovídající předchozímu vyšetření. K pozitivnímu posunu (ze spodní hranice průměru na IQ 95) došlo ve schopnosti analýzy a syntézy tvarů, plošné a prostorové představivosti, grafické orientaci v ploše. Pro chlapce bylo v důsledku významně narušené motoriky a koordinace ruky a oka nadále obtížné uchopovat testový materiál a umístit ho tam, kam zamýšlel, pracovat podle předlohy a kontrolovat si po sobě např. složený obrazec, i zde byl však patrný významný pokrok. Výrazně nadprůměrný výkon chlapec podal i v neverbálním testu Ravenovy barevné progresivní matice.

Ke zmapování aktuální úrovně verbálních schopností byly již administrovány verbální subtesty testu WISC-III. Navzdory významným potížím ve vývoji řeči chlapec podal i v této oblasti nadprůměrný výkon (IQ 120). Porozumění řeči i vyjadřování bylo však negativně ovlivněno sémanticko-pragmatickým deficitem v rámci poruchy autistického spektra (např. doslovným chápáním, nepochopením toho, jaká odpověď je od něj očekávána, popř. že je vůbec očekávána apod.). Nadprůměrné byly všeobecný přehled (včetně orientace v časových pojmech), slovní zásoba v obou jazycích, slovní logika (chápání logických vztahů mezi pojmy). Relativně oslabená (průměrná) byla nadále teoretická orientace v sociálních situacích. Úroveň matematických schopností: číselnou řadu zvládal vzestupně do 100, byl schopný řešit jednoduché slovní úlohy na sčítání a odčítání do 10, pokud měl oporu o názor; znal i dvojciferná čísla. Četl s porozuměním v obou jazycích.

V řečovém projevu přetrvávaly slovní a větné agramatismy, komolení slov a zejména významná neobratnost mluvidel (a tím i snížená srozumitelnost často jinak vyspělého projevu).

Zřejmě byly přetrvávající projevy poruchy pozornosti a aktivity – motorický neklid, vysoká unavitelnost nervové soustavy, výkyvy v koncentraci pozornosti se zahled'ováním. Bylo ale patrné významné zklidnění oproti předchozímu vyšetření, při individuálním vedení byl chlapec schopný pěkně spolupracovat, byl motivovaný k činnostem připomínajícím školní činnosti. Potřeboval však vždy předem co nejpřesněji vědět, co ho čeká – počet úkolů, způsob jejich plnění, co potom bude následovat atd. Často se ptal, kolik je hodin (již je poznával na hodinách s číslicemi), jak dlouho bude činnost trvat, v jakou dobu bude přestávka.

3. Poslední kontrolní vyšetření proběhlo po ukončení 1. třídy v červnu 2016.

Při administraci testu inteligence WISC-III byla potvrzena nadále významně nerovnoměrně se rozvíjející struktura rozumových výkonů. Verbální složka (v pásmu nadprůměru) významně převyšovala složku názorovou (v dolní části průměru), což souviselo zejména s poruchou jemné motoriky (velmi obtížně a pomalu uchopoval testový materiál a manipuloval s ním, ačkoliv v oblasti jemné motoriky bylo možné pozorovat významný pokrok), defektní vizuomotorickou koordinací, a tím i pomalým pracovním tempem (v těchto oblastech je měřen časový limit). Výrazně nadprůměrné výkony chlapec podal v oblastech slovní zásoby, schopnosti chápat vztahy mezi pojmy (slovní logiky) a všeobecného přehledu. Věku přiměřené (průměrné) se jevily matematické schopnosti, postřehování podstatných částí celku (smysl pro detail) a schopnost analýzy a syntézy tvarů spojená s praktickým úsudkem, v pásmu dolního průměru teoretická orientace v sociálních situacích, chápání logických vztahů a dějové následnosti podle obrázků (zde oslabení dané zkresleným chápáním vztahu příčina – následek, dále velkými obtížemi s prohlédnutím a seřazením testového materiálu v důsledku defektní vizuomotorické koordinace) a prostorová představivost (zde obtíže s prací podle předlohy v důsledku defektní vizuomotorické koordinace). Hluboce podprůměrné byly koordinace pohybu oka a ruky a krátkodobá sluchová mechanická paměť. Výrazně nadprůměrný výkon chlapec podal i tentokrát v neverbálním testu Ravenovy barevné progresivní matice (pokud mohl mít

v polovině krátkou přestávku a byl veden k prohlédnutí celé stránky, splnil všechny položky správně).

Porozumění řeči i vyjadřování bylo nadále negativně ovlivněno sémanticko-pragmatickým deficitem v rámci poruchy autistického spektra. V řečovém projevu přetrvávaly občasné slovní a větné agramatismy, komolení slov a zejména významná neobratnost mluvidel (a tím i snížená srozumitelnost jinak vyspělého projevu) – celkově byl však patrný pokrok.

Zřejmě byly přetrvávající projevy poruchy pozornosti a aktivity – motorický neklid, vysoká unavitelnost nervové soustavy, výkyvy v koncentraci pozornosti se zahled'ováním. Bylo ale patrné významné zklidnění oproti předchozímu vyšetření, při individuálním vedení byl chlapec schopný pěkně spolupracovat. Potřeboval i nadále předem co nejpřesněji vědět, co ho čeká – počet úkolů, způsob jejich plnění, co potom bude následovat atd. Často se ptal, kolik je hodin, jak dlouho bude činnost trvat, v jakou dobu bude přestávka.

Při vyšetření chlapec opět navázal zcela spontánně (ale zdvořile) kontakt, komunikoval a velmi pěkně spolupracoval. Navazoval hodně fyzický kontakt, sedal mi na klín, objímal mě. Hodně používal zdvořilostní fráze, snažil se konverzovat i se zájmem o ostatní. V přestávkách mi ukazoval videa letadel. Nejlépe ho motivoval slib odměny po dokončení činnosti (jakékoliv maličkosti, bonbónu, podívání se do herny, sledování jednoho videa apod.) – potom se snažil domluvu dodržet a bylo možné se s ním v podstatě na všem domluvit (pokud již nebyl stupeň únavy příliš velký).

Shrnutí:

Přetrvávající významně nerovnoměrná struktura intelektových výkonů. Verbální složka (v pásmu nadprůměru) významně převyšuje složku názorovou (v dolní části průměru), zejména v souvislosti s poruchou jemné motoriky, defektní vizuomotorickou koordinací a pomalým pracovním tempem. Hluboce podprůměrné koordinace pohybu oka a ruky a krátkodobá sluchová mechanická paměť.

Dvojazyčná výchova. Expresivní vývojová porucha řeči – zejména významně nižší srozumitelnost slovního projevu v důsledku narušené motoriky mluvidel. Významný sémanticko-pragmatický deficit.

Přetrvávající významně nevýhodná neurčitá lateralita typu A/A. Nekorektní úchop psacích potřeb v pravé ruce. Velmi pěkná pravolevá orientace. Porucha motoriky v důsledku centrální hypotonie.

Významně oslabená teoretická i praktická orientace v sociálních situacích – aktuálně významný pozitivní rozvoj. Obtíže v důsledku neporozumění zejména v kolektivu vrstevníků, zároveň výrazná potřeba pozitivního přijetí a pozitivních vztahů s ostatními.

Výrazné projevy poruchy pozornosti a aktivity – vysoká unavitelnost CNS, hyperaktivita, motorický neklid, výkyvy v koncentraci pozornosti se zahled'ováním. Zároveň velké zklidnění při individuálním vedení.

Adaptační obtíže. Zvláštnosti ve smyslovém vnímání. Specifické zájmy. Porucha autistického spektra – atypický autismus.

Vysoká nemocnost. Kombinovaná oční vada (astigmatismus na levém oku, dalekozrakost obou očí, tupozrakost levého oka). Přetrvávající noční enuréza.

Literatura

Dočkal, V. *Zaměřeno na talenty aneb Nadání má každý*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2005.

Jurášková, J. *Základy pedagogiky nadaných*. Praha: IPPP ČR, 2006.

Novotná, L. *Metodický portál: Mimořádně nadané děti s handicapem*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2004. Dostupné z: www.rvp.cz.

Portešová, Š. (2006). O dětech, které jsou dvakrát výjimečné. *Psychologie dnes: psychologie, psychoterapie, životní styl*. 2006, roč. 12, č. 9, s. 34-36.

Portešová, Š. *Rozumově nadané děti s dyslexií*. Praha: Portál, 2011.

Silverman, L. K. *Twice Exceptional Children: Gifted Children with Learning Disabilities: Lost Treasures*. Denver, Colorado: Gifted Development Center, 1997. Dostupné z: www.gifteddevelopment.com.

Vágnerová, M. – Hadj-Mousová, Z. – Štech, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999.

Willard-Holt, C. *Hoagies' Gifted Education Page: Dual Exceptionalities*. Reston, VA: ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education. 1996. Dostupné z: www.hoagiesgifted.org.

Mgr. et Mgr. Ivana Smítková

Absolvovala Západočeskou univerzitu v Plzni, Fakultu pedagogickou a Univerzitu Karlovu, Filozofickou fakultu v Praze, kde za diplomovou práci „Dvojitá výjimečnost v pedagogicko-psychologické praxi“ obdržela Cenu profesora Zdeňka Matějčka. Pracovala v pedagogicko-psychologické poradně jako psycholog a krajský koordinátor péče o nadané děti. Nyní provozuje vlastní praxi a příležitostně vede přednášky a semináře pro studenty, pedagogy a výchovné poradce se zaměřením na problematiku nadaných dětí a dětí s dvojitou výjimečností. Je spoluzakladatelkou a dlouholetou předsedkyní spolku Akademie nadání, který se zaměřuje na diagnostiku, dlouhodobou péči a poradenství pro nadané děti s handicapem.

Email: smitkova@akademie-nadani.cz, adresa: Jiráskovo náměstí 274/31, 326 00 Plzeň