

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Kristýna Palavská

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

Kristýna Palavská

Dítě se syndromem ADHD v mateřské škole

The child with ADHD syndrome at nursery school

Praha 2011

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Počtová

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Lence Počtové za její cenné rady a připomínky, mé vděčné poděkování patří také PhDr. Táně Široňové z Pedagogicko-psychologické poradny pro Prahu 3 a 9, která mi umožnila pracovat a nahlédnout do života hyperaktivních dětí.

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval(a) samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V ... dne... podpis

Anotace

Tato bakalářská práce s názvem „Dítě se syndromem ADHD v mateřské škole“ se zaměřuje na zmapování problematiky výchovy a vzdělávání dětí se syndromem ADHD v prostředí mateřské školy, které má přispět k prohloubení poznatků o syndromu ADHD, k pochopení jejich životní situace a dále k popisu možností systematické práce s těmito dětmi v mateřské škole, což by mělo za následek zmírnění projevů syndromu ADHD.

Klíčová slova

syndrom ADHD, diagnostika a terapie, mateřská škola, předškolní věk, popis projevů, výchovné přístupy a zásady, možnosti ovlivnění projevů, osobnost učitelky, hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti, rodina, vrstevníci, sebepojetí

Annotation

This bachelor's thesis named "Child with ADHD Syndrome in Kindergarten" is aimed at mapping problems connected with upbringing and education of children with ADHD syndrome in the kindergarten environment. Such study could lead to extension of our knowledge of the ADHD syndrome, to understanding the child's living situation, and further to a description of possibilities of systematic work with such children which could result in alleviation of ADHD syndrome manifestations.

Keywords

ADHD syndrome, diagnostics and therapy, kindergarten, preschool age, description of manifestations, educational approaches and principles, possibilities of influencing manifestations, teacher's personality, hyperactivity, impulsiveness, attention deficit, family, contemporaries, self-concept

Obsah

1 ÚVOD	7
2 SYNDROM ADHD - PORUCHA POZORNOSTI SPOJENÁ S HYPERAKTIVITOU.....	9
2.1 Vymezení pojmu, klasifikace	9
2.2 Etiologie - příčiny vzniku symptomů syndromu ADHD.....	11
2.3 Diagnostika a terapeutické možnosti	14
2.3.1 Diagnostický postup	14
2.3.2 Formy terapie	21
2.4 Průběh poruchy během života.....	28
3 SYNDROM ADHD V PROSTŘEDÍ MATEŘSKÉ ŠKOLY	29
3.1 Popis základních projevů ADHD a možnosti jejich ovlivňování v mateřské škole	29
3.1.1 Oblast motoriky a motorické koordinace	31
3.1.2 Oblast chování a emocí	34
3.1.3 Oblast koncentrace pozornosti	35
3.1.4 Oblast řeči, vnímání a myšlení	37
3.2 Pedagogické působení a vedení dětí se syndromem ADHD v mateřské škole 	40
3.2.1 Osobnost učitelky mateřské školy.....	41
3.3 Speciální metodika rozvoje dovedností dětí s ADHD.....	44
3.4 Dítě s ADHD v rámci sociálních vztahů	45
3.4.1 Dítě se syndromem ADHD v rodinném prostředí.....	45
3.4.2 Dítě s ADHD ve vztahu k ostatním vrstevníkům.....	48
3.5 Kazuistika dítěte s hyperkinetickou poruchou v mateřské škole.....	52

4 ZÁVĚR	55
5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	57
6 PŘÍLOHY.....	59

1 ÚVOD

V této bakalářské práci nesoucí název „Dítě se syndromem ADHD v mateřské škole“ se její autorka pokusila přinést pohledy a názory na problematiku výchovy a vzdělávání dětí, trpících poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou, které navštěvují mateřskou školu. Tomuto tématu se věnuje celá řada publikací a článků, ovšem s tím rozdílem, že pozornost je primárně zaměřena především na problematiku výchovy a vzdělávání hyperaktivních dětí, které již zahájily povinnou školní docházku. V této práci se však budeme věnovat hyperkinetické poruše s jejími typickými příznaky (poruchami pozornosti, hyperaktivitou, impulzivitou) projevujícími se již u dětské populace předškolního věku, poněvadž hyperkinetická porucha v celé své komplexnosti se může stát pro dítě významným handicapem, který mu brání plně využít jeho schopnosti, možnosti a splňovat nároky na něj kladené. Rovněž omezuje vzhledem k nekontrolovaným projevům v chování dítěte, případné dosažení sociální úspěšnosti mezi ostatními vrstevníky v mateřské škole.

Hlavní důvod, který vedl autorku práce k tomu, aby se věnovala tomuto tématu, je její dlouhodobý zájem o problematiku dětí, které mají stanovenou diagnózu syndrom ADHD, ale také osobní zkušenost v podobě asistence při „Skupinovém psychoterapeutickém a rozvíjecím programu pro děti s hyperkinetickou poruchou“, jenž již několikátý rok probíhá ve speciální třídě mateřské školy Sauerova. Autorka spatřuje velký přínos pro tuto práci v tom, že se s dětmi pravidelně setkávala a pozorovala jejich chování v různých situacích.

Cílem této práce je podat ucelený teoretický výklad o problematice hyperkinetické poruchy dětí, které navštěvují mateřskou školu. Tato práce by mohla vést k obohacení o hlubší znalosti hyperkinetické poruchy, která, jak se později dozvíme, s jistotou bude děti provázet během celého života. Především si ale autorka kladla za cíl, poskytnout praktické postupy a návody, které by byly nápomocné při práci s hyperaktivními dětmi v praxi a zároveň by napomáhaly hyperaktivním dětem k pozitivnímu nazírání na sebe i na své okolí. Zaměření autorky na prostředí mateřské školy je více než zřejmé, poněvadž včasnou správnou diagnózou, systematickou prací, odborným dohledem a podporou ze strany rodičů i pedagogů u předškolních dětí může být docíleno zmírnění projevů hyperkinetické poruchy.

Pokud chceme porozumět hyperkinetické poruše v celém jejím rozsahu, musíme si položit několik základních otázek: Jak vůbec může vzniknout hyperkinetická porucha?

Jakým způsobem je diagnostikována? Jsou známy nějaké možnosti práce s hyperaktivními dětmi v mateřské škole? Na tyto a další otázky se autorka pokusí odpovědět v následujících kapitolách této práce.

V první kapitole práce je podán terminologický výklad, vztažený k hyperkinetické poruše. Čtenář by se na tomto místě měl seznámit se základními pojmy, aby následně pochopil danou problematiku, na niž navazuje kapitola Diagnostika, kterou můžeme chápat jako mozaiku, skládající se z řady vyšetření, rozhovorů a pozorování. Navazující kapitolou Terapeutické možnosti by autorka chtěla poukázat na druhy terapií, které mohou dítěti pomoci ke zmírnění obtíží. Kapitola Průběh poruchy během života nás seznamuje s dlouhodobými vyhlídkami pro děti s hyperkinetickou poruchou. Následující nejrozsáhlejší úsek je věnován dětem se syndromem ADHD v prostředí mateřské školy. Jsou zde nejen popsány projevy poruchy, ale i prezentovány praktické návody a postupy, jak s dětmi s ADHD pracovat v mateřské škole, aby pedagogické působení a vedení co nejvíce proniklo k těmto dětem a výchovně vzdělávací proces byl co nejvíce účinný. Je zde zmíněna důležitost sociálně-psychologických dovedností učitelky mateřské školy, která je vnímána jako rádkyně, vybavená odpovídající odbornou erudicí, a je také důležitým pomocníkem při výchově dítěte s ADHD.

Kapitola, která by pro svou závažnost neměla být vynechána, je Dítě s hyperkinetickou poruchou v rámci sociálních vztahů. Zprvu zmíníme rodinné prostředí a následná kapitola Dítě se syndromem ADHD v rámci sociálních vztahů je věnována převážně napjatým vztahům s ostatními dětmi v mateřské škole, které dítě s ADHD bezesporu díky svým výrazným projevům může mít. Celou práci uzavírá závěr, který má spíše shrnující charakter, sumarizující základní poznatky o problematice výchovy a vzdělávání dětí s ADHD v mateřské škole.

2 SYNDROM ADHD - PORUCHA POZORNOSTI SPOJENÁ S HYPERAKTIVITOU

2.1 Vymezení pojmu, klasifikace

Termín hyperaktivita je rozšířený pojem mezi odbornými kruhy, ale zároveň i mezi laickou veřejností a často bývá v důsledku značného nadužívání spojován s každým živějším dítětem. Za takto živé děti bývají převážně označovány zejména děti předškolního věku, kterým je věnována tato práce a děti mladšího školního věku.

V minulosti snad pro žádnou jinou psychiatrickou poruchu nebylo použito v různých zemích a obdobích tolik terminologických označení, které by se měnily v důsledku znalosti její problematiky a získávání nových poznatků a které by postupně odrážely změny v pohledu na její psychopatologii, etiologii a patogenezi.¹ Starší termíny běžně užívané (např. minimální mozková dysfunkce (MBD), u nás používaný termín malá mozková dysfunkce (MMD) a od padesátých let dvacátého století používaný termín lehká dětská encefalopatie (LDE)) spíše označovaly organické poškození centrální nervové soustavy (CNS), ale postupem času se terminologie stávala více popisnější a výstižnější v oblasti kognitivních projevů a poruch.²

V šedesátých letech se začalo používat jednotné označení lehká mozková dysfunkce (LMD). Termín LMD vznikl jako výsledek potřeby sjednotit terminologii a vymezit diagnostická kritéria v celosvětovém měřítku. Na termínu LMD se v roce 1963 sjednotil tým odborníků v Chicagu pod vedením S. Clementse a byla vypracována i definice tohoto syndromu. V převážné většině se jednalo o děti průměrné až podprůměrné inteligence, s různými poruchami v chování a učení. LMD byla považována za onemocnění od mírných až po závažné formy, které jsou spojovány s odchylkami funkcí CNS, především v oblastech percepce, tvoření pojmů, paměti, pozornosti, řeči, a impulzivity. Doba vzniku poruchy byla připisována zejména perinatálnímu poškození mozku nebo jiným nemocem a poruchám vznikajícím v době, která je typickou pro vývoj a zrání CNS a z pohledu neurologů byla často vnímána jako lehčí forma dětské mozkové

¹ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 21

² Tamtéž, s. 21

obrný.³ Tento termín byl používán déle než třicet let a nová terminologie se začala používat až od druhé poloviny devadesátých let dvacátého století, ale převážně až po roce 2000.⁴ Z dnešního pohledu je používání zastaralého pojmu LMD chybné, stále se však stává, že mezi odbornou i laickou veřejností bývá užíván za účelem sjednocení terminologie dřívější a dnešní, ale nové poznatky, které nám věda přináší, nám pomáhají vytvořit hlouběji propracovaný rozbor této problematiky, tudíž se od používání termínu LMD upouští.

I. Drtílková (2007) zmiňuje, že koncept LMD byl na rozdíl od níže uvedené hyperkinetické poruchy mnohem širší, zahrnoval také poruchy, které dnes chápeme pouze jako komorbidní (tj. výskyt společně s jiným onemocněním nebo poruchou), mezi něž můžeme zařadit také některé specifické vývojové poruchy učení a motorické funkce.⁵

Dnes se však v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí Světové zdravotnické organizace užívá termínu hyperkinetická porucha a její subtypy - porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování. V české terminologii se můžeme setkat s označením hyperaktivní syndrom či hyperkinetický syndrom.⁶ Neméně časté je i používání zkratky ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder), který vychází z poznatků Americké psychiatrické asociace, jedná se o označení poruchy deficitu pozornosti spojeného s hyperaktivitou (ADHD) nebo označení poruchy deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity (ADD).

Barkley (1990) rozlišuje kromě zmíněných subkategorií ještě ADHD bez agresivity a s agresivitou ale také opoziční chování ODD (Oppositional Defiant Disorders).⁷ V současnosti se pro děti s hyperkinetickou poruchou používají dva termíny, které vycházejí z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10) Světové zdravotnické organizace a z pojetí Americké psychiatrické asociace (podle DSM-IV).⁸ Současné pojetí hyperkinetických poruch podle DSM-IV a MKN-10 není bráno jednotně,

³ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 16-27

⁴ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 9

⁵ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 16

⁶ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 10

⁷ ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha : Portál, 2003, s. 195

⁸ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 9

záleží na zařazení do jednotlivých subtypů. Hyperkinetické poruchy podle kritérií MKN-10 zahrnují subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F 90.0) a subtyp hyperkinetické poruchy chování (F 90.1). Pro diagnostiku je žádoucí, aby byly přítomny všechny základní příznaky poruchy (poruchy pozornosti a hyperaktivita, popřípadě impulzivita, jež je považována za přidružený projev, který nám napomáhá při diagnostice poruchy). Třídění podle manuálu DSM-IV dělí syndrom ADHD do tří podtypů a definuje poruchu mnohem podrobněji: na ADHD, inattentive type (s převládající poruchou pozornosti), ADHD, hyperaktivity/impulsivity type (s převládající hyperaktivitou a impulzivitou) a ADHD, combined type (smíšený typ).⁹

V oblasti vědecko-výzkumné způsobují tato dvě pojetí značné komplikace, např. kritéria třídění podle schématu DSM-IV nezahrnují do kategorie ADHD subtyp spojený s poruchami chování, který je hodnocený zvláště, spíše jako komorbidní porucha.¹⁰ V klasifikačním systému MKN-10 byl naopak z manuálu DSM-IV vyčleněn subtyp s převládající poruchou pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity a impulzivity.¹¹

Výše zmíněné poruchy hovoří o dětech nadměru impulzivních, přespříliš aktivních, nepozorných. Tyto příznaky provázejí děti dlouhodobě, a to již od raného věku, vnímáme je zesíleně ve vývojových obdobích, která jsou náročnější na udržení pozornosti a tlumení pohybových impulzů¹². Za takovéto období považujeme právě např. nástup dítěte do mateřské školy.

2.2 Etiologie - příčiny vzniku symptomů syndromu ADHD

Přestože etiologie syndromu ADHD je zatím v mnoha ohledech nejasná, patří hyperkinetická porucha mezi nejčastější příčiny psychiatrické léčby v dětském věku, avšak jednotlivé výzkumné přístupy přinášejí řadu hodnověrných poznatků, které lze aplikovat v různých případech i v rámci klinické praxe. Psychopatologickou symptomatiku je zapotřebí posuzovat v souvislosti s komplexním náhledem na pacienta a jeho prostředí.¹³

⁹ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 22

¹⁰ Tamtéž, s. 22

¹¹ Tamtéž, s. 22

¹² JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 10

¹³ PACLT, Ivo, et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha : Grada, 2007, s. 25

Syndrom ADHD může vzniknout v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Mezi nejčastější příčiny vzniku se uvádí drobné difúzní poškození mozku, které vzniká v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy.¹⁴ Mezi rizikové faktory, díky kterým se může porucha plně rozvinout, patří perinatální komplikace, např. dlouhotrvající porod nebo nedostatečné zásobování mozku kyslíkem v jeho průběhu, přičemž dojde k asfyxii, což má za následek přerušování okysličování mozkových buněk.¹⁵ Z vlivů, které se podílejí na vzniku poruchy, můžeme také zmínit nedonošenost, přenašení plodu, ale i předčasný porod. K poruchám mozku však může docházet i před porodem, v období těhotenství matky, kdy může docházet k nejrůznějším komplikacím.

K postnatálním vlivům bychom mohli přiřadit různá onemocnění v raném věku dítěte, jako je například prodělání zánětu, infekce nebo úrazy hlavy, déletrvající stavy bezvědomí apod.

Řada výzkumných prací mohla být uskutečněna za pomoci EEG (elektroencefalografie), což je způsob, jakým lze zkoumat prostřednictvím nepatrných elektrických signálů pacientovu mozkovou aktivitu. Výzkumy ukázaly, že vyšetřované děti mají obraz EEG podobný spíše mladším dětem, protože u nich byl zjištěn patrný nevyzrálý vzorec mozkové elektrické aktivity.¹⁶ Vědci také dokázali, že děti se syndromem ADHD mají v některých částech mozku redukováný průtok krve, což můžeme brát jako jedno z vysvětlení symptomatiky.¹⁷ Příčinou hyperaktivity se zabývá řada vědeckých disciplín, např. neurofyziologie, neurochemie, genetika, antropologie atd., přinášejí nám řadu cenných poznatků, jež nám pomáhají nahlížet na tuto problematiku jako na složitý mechanismus, skládající se z mnoha názorů a pohledů, které nyní shrneme v konečný výčet.

Na příčině vzniku symptomů ADHD mohou mít tedy svůj značný podíl **genetické vlivy**, dědí se změny ve struktuře fungování mozku, což potvrdily horší výkony v neuropsychologických testech, které se zaměřovaly na funkci frontálního laloku.¹⁸

¹⁴ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 12

¹⁵ ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 18-24

¹⁶ MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s. 54

¹⁷ Tamtéž, s. 54

¹⁸ ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha : Portál, 2003, s. 196

Také možné **biologicko-fyziologické** příčiny mají souvislost se změnami v duševní činnosti, zejména chemické látky dopamin, adrenalin, noradrenalin, patřící do skupiny neurotransmiterů, které kromě motorické aktivity a kontroly emocí řídí kognitivní funkce a motivaci.¹⁹ Jejich nedostatek výrazně omezuje přenášení zpráv při duševní činnosti mezi mozkovými buňkami. Při soustředění náš mozek uvolňuje více přenašečů signálů mezi neurony, čímž se můžeme soustředit na jeden daný podnět a ostatní blokovat; zdá se, že děti s ADHD mají těchto přenašečů nedostatek.²⁰

Dále mezi případné příčiny ADHD patří **působení negativních vlivů během těhotenství, v době po porodu nebo v raném dětství**. Vystavení dítěte cigaretovému kouři a alkoholu zejména v období prenatalním může způsobit poškození mozku, existuje jistá spojitost s užíváním návykových látek a symptomy hyperkinetické poruchy.

Velmi diskutabilní byl také v 80. letech vliv radioaktivity, tato teorie byla však pro nepodloženost vědeckých důkazů zamítnuta. Hovoříme-li o organických příčinách hyperaktivity, nemůžeme opominout i vliv některých toxických kovů, a to zejména mědi a olova, které se mohou dostat do lidského organismu. Výzkumy prokázaly, že děti, u kterých byla diagnostikována hyperkinetická porucha, měly výrazně větší hladinu olova v krvi. Proto byly za rizikové považovány děti, žijící poblíž silnic či městských komunikací, neboť prostřednictvím vdechování výfukových plynů se olovo dostává do těla dítěte. V souvislosti se syndromem ADHD se v roce 1975 objevila teorie o organických příčinách neklidu pramenících z některých potravinářských přísad, které způsobují neklid a nesoustředěnost. Zakladatelem této teorie je dr. F. Feingold ze San Francisca. Jediné východisko vidí v dietě vylučující salicyláty, které jsou obsažené v čerstvých potravinách, např. v ovoci. Po nasazení diety se u většiny dětí porucha zlepšila.²¹

Zmínili jsme již organické příčiny rozvoje syndromu ADHD, ale je také důležité se pozastavit nad **psychosociálními faktory**. Mezi nejstarší názory, jak uvádí M. Šebek (1990), patří teorie, která příčinu hyperaktivity spatřuje v přesycenosti stimulů, ve zvýšené vzrušivosti centrální nervové soustavy: „Podle této koncepce je dítě neklidné a nepozorné proto, že je přestimulováno, že je příliš vzrušeno mnoha podněty. Pro léčbu a výchovný

¹⁹ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 48

²⁰ MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s. 55-56

²¹ ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 35-40

proces je proto nezbytné přikročit k omezování podnětů. Třídy pro tyto děti by měly být menší a bez zbytečných zrakových a sluchových poutačů pozornosti.''²²

Složitá psychika hyperaktivního dítěte může být poznamenána určitým traumatem. Podle M. Šebka (1990) je trauma silný duševní prožitek určité události, který z nějakých příčin nemůžeme adekvátně zpracovat.²³

Rozšířil se také názor, který je dosti mylný, že hyperaktivita může být způsobena špatnou nebo nedostačující výchovou. Nechceme zpochybnit důležitost sociálního prostředí pro rozvoj osobnosti, ale naopak spíše symptomy ADHD mohou výchovné vlivy zkomplikovat. Rodiče hyperaktivních dětí jsou někdy neprávem obviňováni, že jsou špatnými rodiči.²⁴ Přestože příčiny vzniku hyperaktivity nejsou vždy zřejmé, z výše zmíněného je patrné, že se jedná o problematiku, která je vrozená či včasně získaná a za potíže s ní spojené dítě z velké části nemůže.

2.3 Diagnostika a terapeutické možnosti

2.3.1 Diagnostický postup

Předpokladem pro účinnou, vhodně zvolenou léčbu je včasné a správné stanovení diagnózy. Na první pohled se může zdát, že je to jednoduché a zřejmé díky klíčovým symptomům, které poruchu charakterizují, ale opak je pravdou, protože v běžné praxi může být diagnostika hyperkinetické poruchy spojená s jistými komplikacemi, poněvadž se mnohdy vyskytuje společně i s jinými poruchami, které modifikují psychopatologický obraz a jejich přítomnost výrazně ovlivňuje výsledek celého vyšetření a následný terapeutický postup.²⁵

Munden a Arcelus (2002) uvádějí, že pro syndrom ADHD nejsou známy žádné správné diagnostické testy, symptomy jsou rozdílné v různých věkových obdobích, situacích, podmínkách, a proto je diagnostika dítěte s ADHD velmi obtížná.²⁶ Diagnóza

²² ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 32

²³ Tamtéž, s. 39

²⁴ MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s. 58

²⁵ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 79

²⁶ MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s. 59

hyperaktivní poruchy je výsledkem dlouhodobějšího pozorování, řady vyšetření, prováděných týmovou spoluprací kvalifikovaných a zkušených odborníků. Významnost symptomů pro klinickou praxi je spatřována ve splnění diagnostických kritérií, v získání ucelené představy o osobnosti dítěte, rodinnému zázemí, o jeho postavení a fungování v prostředí mateřské školy, a tyto poznatky by měly být obohaceny o posouzení lékařů, zejména pediatra, psychiatra, neurologa a také psychologa, speciálního pedagoga, a to zvláště v případech, kdy je stanovení diagnózy nejednoznačné. Vyšetření je potřebné z důvodu vyloučení jiných diagnóz, které mají podobné symptomy, ale i pro případné předepsání medikace. Velice častým jevem bývá, že pediatr potíže, jimiž dítě trpí, bagatelizuje a neodkáže ho na další vyšetření, díky kterému by mohlo docházet ke zmírnění nežádoucích projevů a tím i k příznivému vývoji osobnosti dítěte. Vystává rovněž otázka, jestli nejsou diagnostická označení pouhou „nálepkou“²⁷, neboť chování dítěte nelze přesně zařadit do nějaké kategorie, protože je nepředvídatelné, složité a příliš komplexní. Samozřejmě musíme zohlednit prostředí, v němž dítě vyrůstá a stejně tak vrozené vlastnosti, které se za daných podmínek projevují. Spousta rodičů i odborníků se brání, aby dítě takovéto označení dostalo, protože když dítě označíme jako hyperaktivní, tak lze očekávat, že se tak bude chovat.²⁸

Psychologické vyšetření

Díky stále se prohlubujícím poznatkům o hyperaktivní poruše můžeme s jistotou tvrdit, že rodiče dětí mívají vysoké požadavky, kladené převážně na poradenské psychology, na jejich psychologické vyšetření a přesnou diagnostiku. Rodiče dětí s hyperkinetickou poruchou přicházejí do Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) nejčastěji na doporučení pediatra či mateřské školy. Hyperkinetickou poruchu považujeme za neurovývojové onemocnění, které lze sledovat již v nejranějším věku dítěte, tudíž první, kdo má podezření, že s dítětem není vše v pořádku, bývají rodiče, avšak mateřská škola se stává rovněž kritickým prostředím, kde se většina příznaků manifestuje. Syndrom ADHD se však převážně nejčastěji diagnostikuje při nástupu dítěte do první třídy, protože na dítě jsou kladeny mnohem větší nároky než v mateřské škole.

²⁷ TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha : Portál, 1997, s. 29

²⁸ Tamtéž, s. 29

Při příchodu do PPP je nezbytný anamnestický rozhovor s matkou či jinou blízkou osobou. I. Drtílková (2007) zmiňuje, že při vyšetření je nezbytné, aby byla přítomna osoba, která je velice dobře obeznámena s vývojem dítěte, dokáže poskytnout kvalitní anamnestické údaje a popsat chování dítěte, s nímž je v nepřetržitém kontaktu. V praxi je to většinou matka, otcové nebývají vždy obeznámeni s mnoha důležitými fakty.²⁹ Formou cíleně zaměřeného anamnestického dotazování získáváme poznatky o průběhu těhotenství i porodu, vývoji dítěte od raného věku až po „zlomové body“.³⁰ Získané cenné údaje o chování dítěte jsou velmi nápomocné pro psychologické vyšetření, rodiče však častokrát sdělují spíše své mínění o chování dítěte, než by popisovali chování samotné.³¹ Důležité je, aby byly popsány matčiny názory na popis chování u nejrůznějších činností v životě dítěte, protože u činností, při nichž dítě není plně motivováno (tj. činnost ho nebaví) se příznaky stávají výraznějšími (např. chvíli si hraje s autem a za chvíli běží k jiné hračce). Při vysoké motivaci naopak dítě dokáže příznaky poruchy značně potlačit.³²

Až když je současné chování dítěte popsáno, psycholog z PPP se ptá na příznaky, které matka považuje za nejzávažnější a které za méně závažné, a jak tyto příznaky narušují kvalitu života. Nejdůležitější oblasti, kterým by měla být věnována pozornost, jsou: rodina, mateřská škola, koníčky a zájmy, sociální vztahy.³³ Dalším krokem při vyšetření hyperkinetického dítěte by měl být popis jeho vývoje. Již od kojeneckého věku můžeme pozorovat poruchy spánku, ale i motorický vývoj může být dosti urychlen či zpomalen. Projevy neklidu, nepozornosti a hyperaktivity se manifestují již v batolivém věku. Samotné vyšetření dítěte bývá mnohem více účelné, až když dítě navštěvuje základní školu, jelikož u předškolních dětí může být náhled na poruchu poměrně zkreslený, stejně jako celé pochopení souvislostí.

Při komplexním vyšetření se psychologové zaměřují na úroveň psychických a behaviorálních funkcí, které souvisejí se základními projevy tzv. jádrovými příznaky hyperkinetické poruchy - poruchou pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou. Dále prověřují úroveň motorických dovedností, rozumových schopností, hloubku prožívání, úroveň seberegulačních mechanismů vztažených k různým situacím, vztahovou

²⁹ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 80

³⁰ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 18

³¹ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 80

³² Tamtéž, s. 83

³³ Tamtéž, s. 83

problematiku k vrstevníkům, rodičům, učitelům mateřské školy. Při psychologické diagnostice mohou sehrát významnou roli situační faktory, jako jsou zdravotní stav a přístup dítěte k vyšetření.³⁴ K vyšetření jádrových příznaků se používají výkonové testy ale také klinické metody, převážně pozorování, které bývá výrazně orientováno na neuvědomované a individuálně specifické projevy³⁵.

Psychologické vyšetření dětí s hyperaktivní poruchou by podle celé řady autorů mělo obsahovat minimálně tyto základní součásti.³⁶

1. Klinická část (pozorování)

Důkladná klinická část by měla vždy předcházet administraci jakýchkoliv testových metod. V této fázi je žádoucí poznat základní charakter obtíží a vytvořit si jasnou představu o následném postupu. Tato část je také důležitá k navázání důvěry mezi dítětem, rodiči a pro vypořádání základních projevů chování, které by na následné vyšetření mohly působit rušivě. Nezbytnou základní částí této fáze je:

- již výše zmíněný rozhovor s rodiči a dítětem
- záznam pozorování dítěte

Tento postup by měl dát podklad ke stanovení optimální testové baterie a jejího časového rozložení. Měly by být vytvořeny základní strategie efektivního působení a základní hypotézy o možném charakteru obtíží, které budou ověřeny příslušnými testy.

2. Testová část (diagnostika jednotlivých psychických a behaviorálních funkcí)

Podrobná diagnostika základních jádrových příznaků zahrnuje hodnocení pozornosti, impulzivity a hyperaktivity a k jejich vyšetření se používají **výkonové testy**. K nepřímému měření lze použít právě již zmíněné některé **klinické metody**, nejčastěji pozorování, které může být prováděno jak klinickým psychologem nebo jiným odborníkem, tak i dalšími poučenými osobami.³⁷

³⁴ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 94

³⁵ HRABAL, Vladimír. *Pedagogicko-psychologická diagnostika žáka*. Praha : SPN, 1989, s. 35

³⁶ PACLT, Ivo, et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha : Grada, 2007, s. 60

³⁷ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 97

Mezi výkonové testy, které mohou být v klinické a poradenské praxi využívány při vyšetření pozornosti a impulzivity, jsou hlavními měřenými kritérii výkonu rychlost a chybovost. Rychlost bývá odvozována z délky časového intervalu, kdy má být úkol vykonán, musí být však rozlišena doba potřebná k vykonání celého testu a doba, která je omezena časovým intervalem ohraničeným prezentovaným podnětem a odpovědí dítěte.³⁸ Velice častý jev je, že pozornost testovaného je upoutána okolními podněty a tím se doba vyšetření prodlužuje. Psychologové se zaměřují na chybovost, která je odvozena z počtu chyb.³⁹ Nyní si uvedeme nejčastěji zadávané testy, odhalující hyperkinetickou poruchu u dětí předškolního věku.

Pro diagnostiku pozornosti může být, ale spíše v menší míře, zadáván **Číselný čtverec**, který je standardizován pro děti od 6 let a 8 měsíců do 15 let a 6 měsíců; z výkonu v testu může být zjištěna funkční úroveň pozornosti a odolnost vůči zátěži. Na výkonu se mohou podílet i jiné faktory, např. percepce, paměť, senzomotorická koordinace, motivace a volní úsilí, ale i některé osobnostní vlastnosti.⁴⁰ Dalším testem, který sice primárně slouží k vyšetření školní zralosti, avšak k vyšetření hyperkinetické poruchy bývá využíván rovněž, protože odhaluje poruchu pozornosti a opožděnost motorického vývoje, je **Jiráskův orientační test školní zralosti** obsahující tři úkoly: kresbu mužské postavy, napodobování psacího písma a obkreslení skupiny bodů.⁴¹ Pro děti s hyperkinetickou poruchou je převážně využíván proto, že je pro jeho splnění potřeba vyvinout jisté úsilí a po určitou dobu se soustředit na konkrétní činnost. Manuál k testu známkuje výkon dítěte a celkový výsledek je označován jen jako nadprůměrný, průměrný a podprůměrný.⁴² Děti, které obdržely výsledek podprůměrný, jsou podrobněji vyšetřovány.

Pro zjišťování inteligenční úrovně u dětí s hyperkinetickou poruchou se používají inteligenční testy. Výkon v intelektových testech bývá značně narušen projevy jadrových příznaků, proto bývá velice složité zjistit skutečnou intelektovou úroveň. Je třeba také počítat se zvýšenou unavitelností dítěte. Nejčastěji je zadáván test Pražský dětský Wechsler (**PDW**) nebo novější verze Wechsler Intelligence Scale for Children-Third edition (**WISC-III**) určená pro děti ve věku od 6 let do 16 let a 11 měsíců, která se skládá

³⁸ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 96

³⁹ Tamtéž, s. 96

⁴⁰ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 97

⁴¹ SVOBODA, M.; KREJČÍROVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Portál, 2001, s. 626

⁴² Tamtéž, s. 626

z několika subtestů, z nichž každý měří zcela jiný aspekt inteligence.⁴³ Dále bývá využívána Wechslerova zkouška inteligence (**WPPSI**), která posuzuje úroveň rozumových schopností, porozumění řeči i expresivní složce řeči. V předškolním věku se projevuje intelektová kapacita a výkon především v neverbálních zkouškách.⁴⁴ Dítěti jsou pokládány otázky typu: „Ukaž mi svůj nos, dotkni se ho.“ Pro orientační zjišťování intelektové úrovně lze použít i další neverbální testy, jako jsou **Ravenovy testy**, od věku pěti let lze využít **Barevné progresivní matice**. Test klade nároky na koncentraci, pozornost a vytrvalost během delšího časového úseku.

Dále dítě prochází testem na **Sluchovou a Zrakovou percepci**. Můžeme uvést **Modifikovaný reverzní test**, kdy dítě přiřazuje shodné obrázky a **Test sluchového rozlišování**. Zkouška je použitelná pro děti od čtyř let, obsahuje asi dvacet pět položek (dvojice, které se liší vždy v jedné hlásce, dítě ukazuje na příslušné obrázky). U hyperaktivních dětí by měla být především hodnocena schopnost sluchové diskriminace, ale i percepce rytmu a melodie.⁴⁵

Součástí vyšetření by mělo být posouzení motorických schopností a vizuomotorické koordinace. Pro posouzení adekvátního motorického vývoje může být užita **škála Osertzkého**, která umožňuje posouzení hrubé a jemné motoriky, koordinace a přesnosti a spojení různých pohybů. Při posouzení senzomotorické koordinace lze využívat i jednoduché pohybové zkoušky, např. házení míče a jeho chytání.⁴⁶

Tato základní klinická vyšetření přinášejí velmi cenná diagnostická vodítka, avšak diagnostika hyperaktivní poruchy se zakládá spíše na přímém pozorování a výpovědích ze strany rodičů, blízkých osob a učitelek mateřské školy.

⁴³KREJČÍŘOVÁ, Dana; BOSCHEK, Petr; DAN, Jiří. *WISC-III : Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Praha : Testcentrum, s. 7

⁴⁴SVOBODA, M.; KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Portál, 2001, s. 468

⁴⁵Tamtéž, s. 228

⁴⁶DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 108

Speciálně pedagogické vyšetření

Výše uvedené standardizované testy zadávají pouze psychologové, speciální pedagogové ve speciálně pedagogických centrech (SPC) spíše potvrzují vývojovou diagnostiku, která v sobě obsahuje všechny oblasti vývoje hyperaktivního dítěte, tj. zrakové a sluchové vnímání, paměť, grafomotoriku, oblast řeči, jemnou i hrubou motoriku, prostorovou orientaci aj. Mezi hlavní činnosti centra patří cílené vyhledávání dětí s hyperaktivní poruchou v běžných mateřských školách, ve speciálních mateřských školách a ve speciálních třídách běžné mateřské školy. Vyšetření zahrnuje nejen orientační schopnosti dítěte, jeho pozorování ve skupině ostatních dětí v mateřské škole, ale i následné konzultace s PPP, učitelkami a rodiči.

Metody pedagogicko-psychologické diagnostiky učitelky mateřské školy

Pedagogická diagnostika je založená na dlouhodobém cíleném pozorování a rozboru práce dítěte. Učitelka mateřské školy tedy pečlivě pozoruje příznaky hyperkinetické poruchy a vždy bývá cenným zdrojem informací. Pro hodnocení vývoje některých dovedností, vlastností a osobnostních zvláštností u předškolních dětí, může učitelka mateřské školy využívat některé metody psychologické diagnostiky, její možnosti jsou však limitované a považuje se tedy za nutné spolupracovat s výše uvedenými odborníky.⁴⁷ Učitelka může vést anamnestický rozhovor, z něhož je možné získat ucelené poznatky o hyperaktivním dítěti, o jeho podmínkách vývoje, což může být značně přínosné pro práci psychologů. Učitelka může rovněž používat vybrané diagnostické nástroje např. již zmíněný **Jiráskův orientační test školní zralosti** a **Kresbu lidské postavy**. Vše by samozřejmě mělo být konzultováno s PPP, poněvadž je-li dítěti předložen test školní zralosti a PPP s tím není srozuměna, může být testu užito podruhé při vyšetření a výsledek se stává zkresleným, protože opakovanou zkušeností se dítě učí.⁴⁸ Hodnocení kresby, stejně tak výsledky činností, jako např. modelování, malování, stříhání, lepení, mohou být nápomocné při pedagogicko-psychologické diagnostice v mateřské škole. Učitelka hodnotí způsob provedení úkolu s ohledem na daný věk.

⁴⁷ MERTIN, Václav; GILLERNOVÁ, Ilona. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha : Portál, 2010, s. 79-93.

⁴⁸ Tamtéž, str. 79-93

Učitelkám mateřské školy se předkládají i konkrétní pedagogicko-psychologické a speciálně pedagogické techniky, např. **Orientační test dynamické praxe** (Míka), který je určený pro diagnostiku vývojových odchylek, nebo **Prediktivní baterie čtení** (Lazarová). Tyto techniky mohou být využívány učitelkami mateřské školy pro posouzení předpokladů ke čtení a psaní pro děti s rizikem specifických poruch učení. Učitelky by se měly při pedagogické diagnostice u hyperaktivních dětí zaměřit na tyto oblasti:

- rozvoj pohybových dovedností (především jemná, hrubá motorika, lateralita, grafomotorika)
- osvojování si návyků (samoobsluha, hygiena, oblékání, pracovní návyky)
- zvyšování kvality poznávacích funkcí (záměrný rozvoj paměti, úmyslná pozornost, verbální a logické myšlení aj.)
- časová orientace (používání základních časových pojmů a prostorová orientace)
- předčíselné představy (přiřazování, co do řady nepatří aj.)
- rozvoj sociálních dovedností (rozvíjení vztahů s vrstevníky, ostatními učitelkami, schopnost dodržování pravidel)

Výsledky diagnostiky by měly být zaznamenány do portfolia, vytvořeného pro každé dítě zvlášť a nemělo by být opomenuto datum hodnocení či sledování, s doplněním typických ukázek plnění úkolů. S výsledky pedagogické diagnostiky hyperaktivních dětí pracují ostatní odborníci.⁴⁹

2.3.2 Formy terapie

Mnoho dětí s hyperkinetickou poruchou navštěvuje pedagogicko-psychologické poradny, kde je jim poskytována celá řada psychoterapií a tréninkových metod, které jsou zaměřené na posilování žádoucího chování a překonávání nedostatků. Stejnou měrou je poskytována odborná pomoc i rodičům dětí trpících syndromem ADHD. Odborné vedení dětí a rodičů je prospěšné, zejména když dítě začíná navštěvovat mateřskou školu, poněvadž hyperkinetická porucha může být spojena s dalšími problémy, které ovlivňují chování a mají velký vliv na pozdější školní úspěšnost dítěte.

⁴⁹ MERTIN, Václav; GILLERNOVÁ, Ilona. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha : Portál, 2010, s. 79-93

Erudované psychologické vedení, spojené s nácvikem žádoucího chování je důležité, avšak velice časově náročné a nemusí být dostačující. Výzkumy zaměřené na jednotlivé druhy léčby nám předkládají závěry, že neúčinnější metodou je kombinace několika léčebných postupů, které jsou přizpůsobené potřebám konkrétního jedince.⁵⁰ Patří k nim psychoterapeutická pomoc a podpora, rodičovské poradenství a případná medikamentózní léčba. Kombinace výše uvedených postupů vyžaduje vysokou míru tolerance a dlouhodobou spolupráci mezi všemi stranami, které se podílejí na léčbě hyperaktivního dítěte.⁵¹

Hlavní myšlenkou terapií je, aby hyperkinetické poruchy přestaly být stigmatem vyčleňujícím dítě z kolektivu a staly se uchopitelným problémem, který dítě společně se svým okolím řeší. Pomoc neklidným dětem se různí podle druhu a stupně projevů hyperkinetické poruchy.

Jiřina Prekopová a Christel Schweizerová (1994) uvádějí nejpoužívanější terapeutické možnosti pro děti předškolního a mladšího školního věku. Terapeutické aktivity, které zde autorka práce uvádí, jsou obohaceny o další přístupy jiných autorů.⁵²

1. Terapeutická pomoc podporující osobnost dítěte, která pořádá jeho vztah k sobě samému a ke druhým a zaměřuje se na „*sociální prostředí hyperaktivního dítěte*“. Vyjmenujeme-li nejdůležitější možnosti terapeutické práce pro dítě s ADHD v mateřské škole byly by to zajiště tyto:

a) Terapie pevným objetím podle Prekopové (jedná se o terapii založenou na vzájemném vztahu dvou osudově blízkých lidí, kteří prostřednictvím pevného sevření vyjadřují a snaží se vyřešit svůj bolestivý, slovně neuchopitelný vztahový konflikt)⁵³

b) Systémová rodinná terapie (terapeutický přístup, který pracuje především s narušenou komunikací uvnitř rodiny)

⁵⁰ DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě : Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha : Galén, 2007, s. 64

⁵¹ Tamtéž, s. 64

⁵² PREKOPOVÁ, J.; SCHWEIZEROVÁ, CH. *Neklidné dítě : Rádci pro rodiče a vychovatele*. Praha : Portál, 1994, s. 140

⁵³ *Prekopova-pevneobjeti.cz* [online]. 2008 [cit. 2011-11-29]. Pevné objetí podle Jiřiny Prekopové. Dostupné z WWW: <<http://prekopova-pevneobjeti.cz>>.

c) **Kognitivně-behaviorální terapie** (bahaviorální přístup se zaměřuje především na zjevné chování a snaží se je změnit pro dítě žádoucím směrem a kognitivní přístup pak pracuje s myšlenkami, postoji k sobě samému, k druhým a k okolnímu světu.⁵⁴ Podle autorské dvojice A. Mundena a J. Arceluse (2002) se osvědčují zejména techniky analýzy ABC a pozitivního posilování)⁵⁵

d) **Jiné formy psychoterapie** (např. dětská psychoterapie, psychodrama, rozvíjející psychoterapeutický výcvik pro děti s ADHD)⁵⁶

2. Terapeutická pomoc a podpora ovlivňující, zmírňující projevy syndromu ADHD, zlepšující úroveň aktivace (schopnost koncentrace, udržení pozornosti) a psychomotorické koordinace:

a) **Rehabilitace na neurofyziologickém podkladě** (podpora senzomotorické koordinace podle Ayresové, Vojty, Bobatha, Feldenkraise, atd.)

b) **Kineziologie** (snaží se o propojení pravé a levé hemisféry a odstranění zablokování energie)

c) **Hypoterapie** (speciální forma léčebné terapie, která užívá koně jako terapeutického prostředku)

d) **Terapie hrou** (dítě prostřednictvím hry zakouší hranice a sebedůvěru, tím poznává samo sebe a své okolí)

e) **Léčebná eurytmie** (celostní terapeutická forma založená na antroposofickém základě)

f) **Muzikoterapie** (terapie hudbou, používají se prostředky hudebního umění)

g) **Biofeedback** (léčebná metoda, která využívá biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity)⁵⁷

h) **Progresivní relaxace** (snaží se o to, aby dítě vědomě prožívalo polaritu svalového napětí, uvolnění a naučilo se jej ovládat, tento postup je pro hyperaktivní děti velice účinný, poněvadž před uvolněním klade důraz na vybití energetického potenciálu)

⁵⁴ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 177

⁵⁵ MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s. 88-92

⁵⁶ Příloha č. 1

⁵⁷ E. Malá (2000). Poruchy chování a emocí. In: HORT, VĽ., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2008, s. 307-314

3. Terapeutická pomoc a podpora ovlivňující syndrom ADHD biochemickou cestou:

a) **Dietní výživa** (skrže bezpodmínečné dodržování pravidel se dítě učí sebeovládání, seberegulaci a omezuje přísun nevhodných látek ve stravě)

b) **Cesta medikamentózního léčení** (farmakoterapie je vždy ponechána na lékaři, který zvolí pro dítě lék. Podle předešlých zkušeností jsou předškolní děti léčeny farmaky jen velice ojediněle, přesto jsme však považovali za nutné se tomuto tématu věnovat obšírněji)

Farmakoterapie

O medikamentózní léčbě se zmíníme podrobněji, poněvadž podávání léčiv předškolním hyperaktivním dětem je velice diskutabilní téma, a v této kapitole bychom chtěli vytvořit celostnější náhled na danou problematiku.

Zda bude dítě farmakologicky léčeno, rozhoduje více faktorů. Kromě závažnosti samotné hyperkinetické symptomatologie hraje důležitou roli míra tolerance rodiny, mateřské školy k projevům dítěte, popřípadě další vlivy širšího sociokulturního prostředí. Hyperkinetická porucha je považována za spektrální poruchu, kdy můžeme považovat roztěkanost, impulzivitu a hyperaktivitu u dětí předškolního věku za normální, a kdy pokud jsou tyto příznaky více zesílené, trvalé a neodpovídají věku dítěte, je můžeme považovat za patologické.⁵⁸

Farmakoterapii lze nahlížet jako jednu z možností napomáhajících pozitivně působit a ovlivnit projevy syndromu ADHD. Hyperkinetická porucha je pojímána u řady autorů jako nemoc, která je nevyléčitelná, ale léčitelná.⁵⁹ V anglosaských zemích je farmakoterapie brána jako běžná součást léčby. Začátek její dlouholeté tradice můžeme datovat od třicátých let dvacátého století, největšího rozmachu dosahovala v letech padesátých a šedesátých.⁶⁰ Některé léky předepisované v tomto období se využívají dodnes, např. Ritalin. Názory jednotlivých autorů na farmakoterapii se různí, např. S. Riefová (1999) považuje farmakoterapii za jedno z mnoha opatření, které vedou ke

⁵⁸ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 131

⁵⁹ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 178

⁶⁰ Tamtéž, s. 178

zlepšení schopnosti dítěte v mateřské škole, i později ve škole, pracovat a prospívat a mohou mít v životě dítěte s ADHD rozhodující úlohu.⁶¹ A. Train (1997) zase klade velký důraz na účast lékaře při léčbě dítěte s hyperkinetickou poruchou. Velký význam přikládá lékům, které považuje za významnou součást terapie a demonstruje na příkladu pozitivní změnu v chování dítěte, ke které došlo po aplikaci léků.⁶² Autor podceňuje výchovný vliv na úkor vrozených biologických dispozic a potřeby nasazení farmakoterapeutické léčby.⁶³

Někteří autoři však farmakoterapii zcela odmítají, např. Braven (2004), který zastává názor, že dlouhodobé užívání léků negativně ovlivňuje emotivní stránku jedince. Upozorňuje, že u dítěte v důsledku medikamentózního zásahu může vzniknout tzv. emoční plochost, tedy neschopnost prožívání.⁶⁴ V České republice farmakoterapie nemá tak dlouholetou tradici, názory na užívání léků se liší podle profese, kterou vykonává daný odborník, např. psycholog, lékař, speciální pedagog atd. Každý ze zmíněných odborníků volí své vlastní metody a postupy, které mu jeho povolání umožňuje.⁶⁵ Problematika dítěte s ADHD by měla být proto posuzována zcela individuálně, podle specifických projevů poruchy - podle závažnosti dopadu na chování, prožívání a výkon by měl být zvolen vhodný způsob terapie. Výchovnými psychologickými prostředky a úpravou prostředí je možné potlačit některé hyperkinetické symptomy. Tento postup má být zvolen jako prvotní, setkává se však s kladným účinkem spíše u nižšího stupně projevů syndromu ADHD, a to za předpokladu podpory ze strany mateřské školy a rodiny.⁶⁶ Pokud nejsou pedagogicko-psychologické postupy efektivní a rodiče, vychovatelé, učitelé a dětský lékař si už nevědí rady, je vhodné zvolit farmakologickou léčbu. Farmakoterapie bývá zvolena v kombinaci s individuální a rodinnou terapií a na základě komplexních informací bývá vybrána vhodná medikace.

⁶¹RIEFOVÁ, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole : Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha : Portál, 1999, s. 157

⁶²TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha : Portál, 1997, s. 12

⁶³Tamtéž, s. 12

⁶⁴JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 178

⁶⁵Tamtéž, s. 179

⁶⁶DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě : Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha : Galén, 2007, s. 63

Léčiva nejčastěji předepisovaná k léčbě hyperkinetické poruchy

Odborníci po řadu let hledali vysvětlení „*paradoxní reakce*“⁶⁷ na psychostimulancia, která se používají při léčbě hyperkinetické poruchy a zmírnění jejích projevů již od 40. let minulého století, poněvadž u zdravých jedinců tyto látky působí povzbudivě na celý organismus. Podle současných názorů odborníků psychostimulancia výrazně pomáhají zvýšit množství dopaminu v čelních lalocích mozku, jehož nedostatek je zodpovědný za typickou triádu příznaků, tj. porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita.⁶⁸ Zmírňují také projevy impulzivní agresivity a mají velký vliv na vytrvalost a úspěšnost při studijním výkonu, ale také výrazně ovlivňují oblast psychomotoriky a pozornostní proces. Příznivě působí na oblast sociálních interakcí, v kognitivní oblasti zlepšují krátkodobou paměť a výsledky v nonverbálních a verbálních úkolech.⁶⁹

V České republice na rozdíl od většiny vyspělých států, kde je léčbě syndromu ADHD věnována zvýšená pozornost a používání preparátů mnohonásobně rozšířenější, je v současné době nejpoužívanějším preparátem pro léčbu dětí s ADHD stimulancium metylfenidát známý pod komerčním názvem Ritalin, patřící do skupiny omamných a psychotropních látek skupiny II. Tento lék je schválen k léčbě hyperkinetické poruchy a narkolepsie (záchvatové usínání). Po užití denní dávky Ritalinu dochází u dětí zejména školního věku ke zvyšování pozornosti, která se však okolo poledne ztrácí, protože účinek léku trvá pouze asi 3-4 hodiny. Je potřebné sledovat nežádoucí účinky preparátu, které léčbu mohou provázet. Dítě může trpět bolestmi hlavy, nespavostí, nervozitou, případnými nevolnostmi spojenými s nechutenstvím k jídlu, zvýšeným krevním tlakem apod. Farmakologická léčba se u předškolních dětí spíše nedoporučuje, poněvadž účinky metylfenidátu jsou doposud nedostatečně ověřené.⁷⁰ V České republice je užívání léků u předškolních dětí ojedinělé, přesto autorka považovala zařazení této kapitoly do stávajícího textu za více než žádoucí. Nyní v krátkosti pojednáme o dalších lécích, které se běžně ve světě předepisují.

V řadě zemí se používá nová forma metylfenidátu (Concerta): jedná se o kapsli, která se postupně uvolňuje po dobu 12 hodin, v dohledné době by měla být dostupná i

⁶⁷ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 141

⁶⁸ Tamtéž, s. 141-145

⁶⁹ Tamtéž, s. 141-145

⁷⁰ Tamtéž, s. 147

v České republice.⁷¹ Při léčbě se užívá jedna tabletky denně a hladina plazmatické koncentrace je konstantní po celý den. Ve srovnání se standardní formou metylfenidátu (Ritalinem) nedochází k tak překotnému zvýšení dopaminové aktivity, která je doprovázena subjektivními pocity euforie. U metylfenidátu (Concerty) je zvyšování dopaminové činnosti pozvolnější a subjektivní pocity euforie bývají spíše eliminovány.⁷²

Především v USA se využívá preparát atomoxetin (Strattera), který působí na adrenalinový systém v mozku, ale tím, že není řazen mezi psychostimulancia, nepodléhá zákonu o omamných látkách, a nehrozí tedy riziko jeho zneužití. Přednost tohoto léku je spatřována v jeho 24 hodinovém působení. Nejedná se o klasické antidepresivum, tudíž není určen k léčbě depresivních onemocnění. Strattera se předepisuje také u některých přidružených poruch, např. dětem trpícím poruchami spánku, nebo dětem s tiky. Během léčby je opět důležité sledovat zdravotní stav dítěte, protože může docházet k mírnému zvýšení tlaku, nechutenství apod.

Při medikamentózní léčbě mohou děti užívat tricyklická antidepresiva (Ipramin). Asi 30% dětí léčených pomocí psychostimulancií se zmírnění projevů této poruchy nedočká, zvláště jedinci, u nichž se projevuje výrazná úzkost nebo deprese, na psychostimulancia spíše nereagují, nebo se symptomy hyperkinetické poruchy mohou dokonce i zhoršit.⁷³ Tricyklická antidepresiva mohou do jisté míry snížit klíčové symptomy hyperkinetické poruchy, avšak ne tak efektivně jako již zmíněná psychostimulancia, zlepšují náladu, ale zároveň mají sedativní účinky. Tyto léky se podávají jen jednou denně a to před spaním, protože na rozdíl od psychostimulancií se nemetabolizují tak rychle. Pokud jsou dětem předepsána tricyklická antidepresiva, je takřka nevyhnutelné před a v průběhu léčby sledovat krevní tlak a tepovou frekvenci a srdeční činnost. V případě jakýchkoliv obtíží je žádoucí konzultovat zdravotní stav dítěte s pediatrem a psychiatrem. Vedlejší příznaky mohou být různého charakteru, např. sucho v ústech, zácpa, vyrážky, zvýšený krevní tlak, zmatenost, změny srdečního rytmu. V běžné praxi se nejčastěji setkáváme s prvními dvěma projevy, ale také mnoho dětí užívá léky bez potíží.⁷⁴

⁷¹ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 148

⁷² Tamtéž, s. 149

⁷³ MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s. 81

⁷⁴ Tamtéž, s. 82

2.4 Průběh poruchy během života

Klinický obraz hyperkinetické poruchy není během dětství a dospívání stacionární, jeho projevy se mění v průběhu vývojových etap v důsledku zrání mozku. V kojeneckém věku se do popředí dostává porucha biorytmů, děti se projevují nápadným křikem a pláčem, mívají problémy s usínáním nebo se objevuje převrácený spánkový proces. V batolecím a předškolním věku převažuje chování spojené s delším obdobím vzdoru a výraznými záchvaty vzteku.

V mateřské škole bývají tyto děti popisovány jako vzdorovité, nadměrně divoké, neukázněné a bouřlivě nebo agresivně reagujících v situacích, kdy se musí někomu podřídit nebo je jim něco odepřeno, převážně díky snížené frustrační toleranci. Zvýšený neklid a dráždivost provází děti již od batolecího období, avšak nejvýraznější potíže se projevují v období zahájení povinné školní docházky, která klade velké nároky na soustředěnost, kázeň, systematickosti, a učení se tak pro ně stává velmi náročné.⁷⁵ Ve třídě nevydrží dlouho na svých místech, snadno je něco vyruší, zapomínají pomůcky na výuku. Mají sklon neustále povídat, vykřikovat a pošťuchovat ostatní spolužáky.⁷⁶ V rodinném prostředí bývají často napomínány a trestány. U těchto dětí se proto může rozvinout pocit neúspěchu a selhání, který může významně přispět k sekundárnímu vzniku různých neurotických onemocnění nebo k rozvoji různých druhů poruch chování. Obecně tedy lze říci, že ve školním věku se stává dominantním příznakem porucha v kognitivní oblasti, kterou provází potíže behaviorální.⁷⁷ U neklidných dětí existuje výrazná kolize mezi učením produktivitou a jejich intelektuálními schopnostmi, které vzhledem k poruše nedokážou uplatnit.

V padesátých letech byly ve světě prováděny výzkumy na ubývání neklidu v souvislosti s rostoucím věkem. Většina výzkumníků však neprováděla šetření s kontrolní skupinou zdravých jedinců v porovnání s experimentální skupinou hyperaktivních dětí.⁷⁸ M. Šebek (1990) uvádí, že z předešlých studií vyplývá, že asi u 40-50% dětí přetrvávají obtíže do dospělosti⁷⁹; oproti tomu A. Munden (2002) uvádí 30-80% diagnostikovaných

⁷⁵ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 76-78

⁷⁶ KOLČÁRKOVÁ, I.; LACINOVÁ, L. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno : Masarykova Univerzita, 2008, s. 41

⁷⁷ DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 76-78

⁷⁸ ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 88

⁷⁹ Tamtéž, s. 88

dětí, které provázejí symptomy hyperaktivity až do dospělého věku.⁸⁰ Příčiny proč tomu tak je, nejsou doposud úplně objasněny, přestože je zřejmé, že hyperaktivní syndrom v sobě zahrnuje různé podskupiny dětí, které se od sebe liší charakteristikou osobnosti, ale i charakteristikou neklidu.

Někteří jedinci jsou neklidní jen v určitých situacích, které jim neklid navozují, jiní jsou neklidní vždy a všude. Nesmíme ale opominout i osobní historii a zkušenost jedince, odlišnou genetickou výbavu, rozdíly v inteligenci a specifických schopnostech.⁸¹ Tyto a další okolnosti dokládá skutečnost, že v konkrétních případech se jednoznačná prognóza nedá určit. Hyperkinetická porucha byla po řadu let považována za onemocnění, které se váže převážně na dětský věk, a přestože příznaky hyperaktivity se projevovaly i u dospělých jedinců, nebyla této skutečnosti věnována pozornost, poněvadž hyperaktivita, která je v dětství dominantním symptomem, v průběhu vývoje u převážné většiny jedinců ubývá s přibývajícím věkem. Může se tedy stát, že porucha v období adolescence a dospělosti bývá mylně považována za odeznělou.⁸²

Spousta rodičů si pokládá otázku, zda neklid, nesoustředěnost a impulzivnost dítěte s věkem vymizí či nikoli. Pro dítě a jeho rodiče bývají nejtěžší první roky v mateřské škole, kdy bývá porucha pozornosti a aktivity nejvýraznější.

3 SYNDROM ADHD V PROSTŘEDÍ MATEŘSKÉ ŠKOLY

3.1 Popis základních projevů ADHD a možnosti jejich ovlivňování v mateřské škole

Mezi základní projevy syndromu ADHD patří především *porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita*. Mimo tyto základní projevy syndromu lze u hyperaktivních dětí pozorovat také přidružené poruchy, které se syndromem ADHD úzce souvisejí. Jsou to zejména *percepčně motorické poruchy - poruchy motoriky, motorické a senzomotorické koordinace, poruchy percepčních funkcí* – především *poruchy zrakového a sluchového*

⁸⁰ MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s. 103

⁸¹ ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 88

⁸² DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007, s. 217

vnímání, dále sem řadíme *poruchy kognitivních funkcí*, zejména *poruchy paměti*, které jsou v úzké souvislosti s *poruchou koncentrace pozornosti*. Nesmíme však opominout *poruchy v emoční oblasti* a s tím spojené *poruchy chování*, rovněž *poruchy myšlení a řeči*.⁸³ Poruchy aktivity a pozornosti jsou diagnostikovány ve všech věkových kategoriích od dětství do dospělosti, ale symptomy se podle věku liší.⁸⁴ Pro následnou péči a podporu neklidného dítěte je bezpochyby zásadní, jakým způsobem se takové dítě chová, jaké jsou jeho typické projevy a jak se projevovalo v jednotlivých vývojových obdobích. Pokusíme se tyto projevy nastínit, považujeme však za nutné brát je s určitou rezervou, poněvadž se mohou diametrálně lišit u každého jedince, a tento krátký výčet jsme obohatili o možnosti ovlivňování hyperaktivního dítěte, neboť ke korekci některých nevhodných projevů chování můžeme napomoci právě svým výchovným působením.

U menších dětí, např. ve vývojovém období kojence, jak již bylo zmíněno výše, se projevy poruchy nedají tak jednoznačně určit, celkově mohou působit neklidněji než ostatní děti, mívají poruchy biorytmu, tj. ve dne spí a v noci bdí. Často také odmítají odpolední spánek, což může zhoršovat adaptaci dítěte na prostředí mateřské školy, nezřídka se u nich objevuje usedavý pláč, který je zpravidla bez příčiny.⁸⁵ Neklidní kojenci jsou pro své rodiče těžko pochopitelní, neboť jsou podráždění, křičí, jsou plačtiví, a přestože byly všechny jejich potřeby uspokojeny, vyjadřují negativní emoce. Jejich matky se proto cítí unaveně, frustrovaně, obviňují se, že nerozumí potřebám svého dítěte. Skutečnost, že si matka nedovede některé projevy svého dítěte vysvětlit, nebo si je vysvětluje nesprávně, může mít za následek narušení citové vazby mezi ní a dítětem.

Hyperkinetická porucha u dětí předškolního věku je rozpoznatelnější v souvislosti se vzniklými potížemi při nástupu do předškolního zařízení. ADHD se častěji diagnostikuje chlapcům, protože dívky v převážné většině prožívají pocity neklidu uvnitř, navenek jsou spíše upovídanější. Pokud máme stručně charakterizovat potíže vývojového období předškolního věku, musíme zmínit nerovnoměrný vývoj, zvýšenou afektivitu a

⁸³JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 22

⁸⁴E. Malá (2000). Poruchy chování a emocí. In: HORT, VĽ., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2008, s. 307-314

⁸⁵JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 23

emocionalitu. Z tohoto důvodu mívají děti s hyperkinetickou poruchou adaptační nesnáze.⁸⁶

V mateřské škole se objevují problémy se základní hygienou a sebeobsluhou (např. dítě si obléká stále kalhoty obráceně apod.). Děti se syndromem ADHD v mateřské škole mívají potíže se soustředěním, nevydrží déle u jedné činnosti a velice rychle ji opouštějí. Většinou nedokážou udržet pozornost na určitý objekt a děj, selektují jen určité podněty. Pozornost mívají narušenou v celém spektru. V praxi se u těchto dětí setkáváme s častými úrazy, které jsou způsobené poruchou motoriky a motorické koordinace, ale i jejich impulzivním jednáním.

3.1.1 Oblast motoriky a motorické koordinace

V předškolním věku dochází k značnému zdokonalování a zkvalitňování motoriky dítěte. Pohyby se stávají koordinovanějšími, kromě kvality též vzrůstá i jejich rychlost, účelnost, přesnost, a dochází proto i k větší pohybové jistotě.⁸⁷ Zdokonaluje se i jemná motorika v souvislosti s manipulací s drobnými předměty. U dětí s hyperkinetickou poruchou právě v tomto období vznikají zjevné zvláštnosti motoriky. Okolí dětí se syndromem ADHD vnímá zejména výrazný motorický neklid a přehnanou mobilitu. Učitelky mateřské školy by si proto měly všimnout těchto nápadností:

1. poruchy vývojové

Dítě působí značně opožděným dojmem v situacích, které kladou nároky na integraci koordinace pohybů. Mnozí autoři hovoří o tom, že se dítě projevuje jako jeho mladší vrstevníci a upozorňují naopak na absenci pohybových projevů typických pro jejich věkové období.

2. poruchy harmoničnosti a koordinace pohybů

Z dosud publikovaných studií je známo, že děti s hyperkinetickou poruchou nejsou schopné vytvořit pohybový celek, pouze zopakovat jednotlivé dílčí pohyby. Stejně tak jim dělá potíže spojit více úkonů v tentýž okamžik. Na vnější pozorovatele působí těžkopádně, až neohrabaně.

⁸⁶ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 24

⁸⁷ TŘESOHLAVÁ, Z., et al. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha : Avicenum, 1983, s. 97

3. poruchy rytmizace pohybů

Dítě je v neustálém pohybu, ale zároveň v nepřetržitém svalovém pnutí, které mu nedovolí uvolnit se a relaxovat. Můžeme rovněž v souvislosti s touto poruchou hovořit o změněném vnímání podnětů z okolí, tj. nejčastěji zrakových a sluchových, a jejich převádění na pohybové reakce.

4. Poruchy cílených pohybů

Zvýšená potřeba pohybu kontrastuje se sníženou schopností pohybů cílených, děti proto velice často pobíhají bez jakéhokoliv cíle a provádějí mnohem více pohybů, než je pro daný výkon nutné.

5. Poruchy pohybové paměti

Nacvičené pohybové úkony, které jsou nutné k provedení určitého záměru, dítě nedovede zopakovat znovu v jiné situaci. Nejvíce se tato porucha projevuje při zopakování nějakého většího pohybového celku; dochází k výpadku jednotlivých dílčích částí a tím je celkový výkon dítěte zhoršen.

6. Poruchy jemné motoriky.

Nedostatky se nejvíce projevují v oblasti grafomotoriky (tj. motorika psaní a kreslení). U předškolních dětí tedy zejména v kresbě, poněvadž výtvarný projev působí opožděně, čáry jsou často přerušované, dítě je obtížně spojuje. Úrovni kresby by měla být věnována zvýšená pozornost, poněvadž je důležitá pro nácvik psaní, až dítě nastoupí do první třídy.

V oblasti jemné motoriky mívají děti s hyperkinetickou poruchou citelné problémy s činnostmi spojenými se sebeobsluhou, jako je např. zapínání zipů, uchopování drobných předmětů, zapínání knoflíků, ale také při stolování.⁸⁸ Je-li narušená motorika mluvidel, začíná se projevovat artikulační neobratnosti, dítě má potíže se slovy špatně vyslovitelnými, s delšími slovy, ale i při tzv. specifické asimilaci řeči (obtíže při vyslovování slov obsahujících sykavky nebo měkké a tvrdé slabiky: např. prázdniny-prázdny, cvrčci - cvrči.)⁸⁹

⁸⁸ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 35

⁸⁹ Tamtéž, s. 36

U některých dětí se může v důsledku nepozornosti a neobratnosti objevit zvýšená úrazovost, která je způsobená tím, že se dítě nenaučilo v dostatečném stupni předvídat a vyhýbat se nebezpečí.⁹⁰ Neklid však nemusí být vnímatelný jen ve viditelných pohybech, ale může být přetvořený do podoby už zmíněné vnitřní tenze, která se častěji objevuje u dívek než u chlapců. Pro posouzení neklidu je tedy žádoucí všimnout si obou jeho podob. Součástí výchovy hyperaktivního dítěte by mělo být jeho zapojení do pohybových aktivit, v pohybových činnostech má dítě možnost přeměnit nahromaděné napětí a agresivní impulzy v pozitivní radost z pohybu.

Možnosti ovlivňování motoriky a motorické koordinace

Jemná motorika u předškolních dětí by měla být posilována především prostřednictvím her, které zvyšují zručnost a šikovnost. Upřednostňuje se např. trhání proužku papíru podle vzoru, navlékání korálek, vystřihování různých obrazců z papíru, ale také obkreslování a překreslování jednoduchých čar, přeskupování korálek podle určitých kritérií apod. Převážně u činností souvisejících s motorickou dovedností je stěžejní oceňovat děti i za malé dílčí úspěchy, přestože se výsledek ne vždy úplně shoduje s naší původní představou.⁹¹ Doporučuje se ale tyto hry střídat, protože děti nesetrvávají delší dobu u jedné činnosti a jejich pozornost postupem času upadá. K nácviku jemné motoriky mohou být využívány široké škály her, např. stavění z různých druhů stavebnic (puzzle, lego, skládání mozaik). Často bývají využívána i grafomotorická cvičení, která jsou zaměřena na uvolňovací cviky ruky. Při výtvarné výchově bychom se měli soustředit na hry, které jsou založené na fantazijní představivosti a nezakládají se tolik na přesnosti. Mohou být použity různé výtvarné techniky a techniky arteterapie.⁹²

Obecně se nedoporučuje, aby bylo dítě trpící neklidem nuceno k omezení pohybové aktivity. Nemělo by být káráno za projevy hyperaktivity, spíše by měly být vnímány jako přirozená součást jeho osobnosti. Naopak je vhodné nabídnout dítěti širokou škálu pohybových aktivit, např. lze předškolním dětem doporučit jógu pro děti, různé relaxační techniky a plavání (které nejen uvolňuje svalové napětí, ale celkově se příznivě podílí na zlepšení koordinace a souhry pohybů). Činnosti je nutné střídat s relaxacemi, aby se dítě

⁹⁰ ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 20

⁹¹ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 75

⁹² Tamtéž, s. 76

naučilo i zklidnit. Dítě by mělo umět relaxovat jak v mateřské škole, tak i doma. K relaxaci je vhodné například i dechové cvičení, díky kterému se dítě samo dokáže uklidnit. Ke zmírňování poruchy patří také zavedení pravidelného denního režimu, kdy dítě ví, co bude následovat, a proto neprožívá nejistotu. U činností souvisejících s motorickou poruchou či poruchou motorické koordinace by měl být používán popisný, ne hodnotící jazyk, oceňujeme vždy to, co se povedlo, a oceňujeme i projevenou snahu, ne jen výsledek snažení.⁹³

3.1.2 Oblast chování a emocí

Předchozí studie o hyperaktivních dětech se ve svých závěrech shodují, že tyto děti často trpí poruchami emocí. Můžeme je považovat za citově labilní, protože u nich často dochází k výrazným změnám nálad z neznámých důvodů. Emoční ladění dítěte bývá dáváno do souvislosti s kolísajícím výkonem, impulzivitou, neschopností koncentrace, ale především s nízkou frustrační tolerancí.⁹⁴ Děti mohou reagovat prudkými atakami vůči svému okolí, rovněž jim chybí sebekontrola, což může vést k poruchám sebeovládání a následným agresivním reakcím. Přestože hyperaktivní děti reagují vznětlivě až citlivě, typická je pro ně snížená schopnost vcítění se do druhých osob - empatie. Oslabená je u nich také schopnost vyčíst výraz z tváře, např. jestli je druhý člověk veselý, rozhněvaný, smutný apod., proto jim činí nemalé problémy rozlišit, co je vhodné nebo naopak nepatřičný projev chování. Často mohou neúmyslně někomu ublížit, což může být způsobeno tím, že se díky svým výrazným projevům mohou dostávat do situací, kdy se cítí ohrožené, a mají proto potřebu se bránit. U hyperaktivních dětí je obecně platné, že mají vážné potíže s navazováním mezilidských vztahů ať už s dětmi, nebo dospělými. Tím, že jsou neoblíbené, děti trpí, a mohou právě proto na sebe upozorňovat už zmíněnými agresivními projevy. Agrese bývá častou odezvou na nespokojenost pramenící z osamocení a neúspěchu.⁹⁵

⁹³ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 76

⁹⁴ Tamtéž, s. 44

⁹⁵ ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 76-78

Možnosti ovlivňování emočních poruch a poruch chování

Cílem zmírňování emoční poruchy a poruchy chování by mělo být vytvoření emočně stabilního prostředí. Velmi důležité pro děti se syndromem ADHD je důslednost v dodržování řádu a pravidel chování, to znamená, že dítě má jasně stanovené mezníky, co je a co není vhodný projev chování. Pravidla by však měla být pro dítě vytvořena tak, aby je bylo schopné dodržovat, musí být zvládnutelná.⁹⁶

Podstatné je naučit děti orientaci ve vlastních citech. Je důležité, aby děti poznaly samy sebe, svůj temperament, ale také aby pochopily, jak jsou jejich projevy vnímány vnějším okolím.⁹⁷ Neodmyslitelný při práci s dětmi s ADHD je také dlouhodobý nácvik ovládnutí jejich vlastních emocí a reakcí, který se při systematickém zpevnování pomocí pochvaly a ocenění může přetransformovat v pozitivní výsledek. V první řadě by mělo být nasloucháno pocitům dítěte.⁹⁸ Mělo by se s ním hovořit o všech jeho strastech, co naopak považuje za svůj úspěch, co považuje za úspěch u svých spolužáků, jak se cítil v dané situaci, když se mu něco podařilo, či naopak nepodařilo. Vyjádření pocitů by mu mělo napomoci snadněji se orientovat nejen v sobě, ale i ve svém okolí. Základní podmínkou, jak jsme již zmínili je poznání jeho vlastních emocí, následným krokem by pak mělo být naučit dítě rozlišit emoce na ty, které mu přinášejí kladný prožitek a které záporný. Když se naučí vnímat pozitivní emoce, mělo by se zároveň naučit si pozitivní emoce uchovat a následně se k nim i vracet. Pokud jde o silný prožitek, je třeba vést rovněž děti k tomu, aby daný okamžik prožili naplno.⁹⁹ Měli bychom sledovat situace, které u dětí nevhodné chování vyvolávají. Afektivním reakcím je možné předcházet díky relaxačním a uklidňujícím technikám.

3.1.3 Oblast koncentrace pozornosti

Nepozornost, roztěkanost, nesoustředěnost není tolik znatelná v rodinném prostředí, jako v prostředí mateřské školy, kde jsou na dítě kladeny celkově větší nároky a rovněž paměť je daleko více využívána. Děti s hyperkinetickou poruchou se snadno dají vyrušit

⁹⁶ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? : Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele.* Praha : D+H, 2007, s. 28-38

⁹⁷ PELIKÁN, J. *Hledání těžiště výchovy.* Praha : Karolinum, 2007, s. 132

⁹⁸ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? : Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele.* Praha : D+H, 2007, s. 28-38

⁹⁹ PELIKÁN, J. *Hledání těžiště výchovy.* Praha : Karolinum, 2007, s. 132

z činnosti i drobným, pro ostatní děti bezvýznamným podnětem. Nebývají odolné vůči rušivým podnětům a právě díky poruše CNS nejsou schopny dostatečně rozlišit a utlumit nepodstatné podněty, a tím se jejich pozornost stává nevýběrovou.¹⁰⁰

Porucha schopnosti koncentrace se u dětí navštěvujících předškolní zařízení projevuje tím, že si děti nedokážou hrát déle s jednou hračkou, hůře se soustředí na poslech pohádky, přebíhají od jedné rozehrané hry ke druhé a zpravidla se nedokážou jejím pravidlům přizpůsobit.¹⁰¹ Stále vyžadují nové a nové podněty, a pokud nejsou tolik frekventované, začínají se nudit. Pozornost dítěte značně klesá v momentech, kdy je nutné se soustředit na činnost, která pro ně není příliš motivující nebo zajímavá. Jeho pozornost je odpoutána nejen podněty v jejich bezprostředním okolí, ale i tím, co se děje za oknem, na ulici, a také i vnitřními podněty, např. okamžitým nápadem, který s danou činností vůbec nesouvisí. Velkou roli ve schopnosti koncentrace na danou činnost u hyperaktivních dětí hraje motivace a správná stimulace.¹⁰²

Možnosti ovlivňování koncentrace pozornosti

Poukázali jsme na skutečnost, že nesoustředěnost, nepozornost, roztěkanost a jiné projevy syndromu nejsou tolik výrazné v rodinném prostředí jako v mateřské škole. Dětem s hyperkinetickou poruchou je třeba pokyny několikrát opakovat, protože si je nepamatují, což může učitelkám mateřské školy přinášet nemalé potíže. Když se pozornost dítěte snižuje, je možné novou činností opět obnovit jeho soustředěnost.

Považuje se za žádoucí vkládat mezi činnosti také fáze odpočinku a tím dítěti dopřát uvolnění vnitřního napětí. Hyperaktivní děti často bývají považovány za netrpělivé. Úkoly, které si vyžadují větší míru soustředění, většinou vůbec nedokončí a na úspěch reagují afektem či agresí. Musíme brát také v potaz, že nedostatečná zralost nervové soustavy má za následek rychlou unavitelnost dětí s ADHD. Velice účinná je změna polohy, která napomáhá k připoutání a udržení pozornosti a rovněž předchází únavě, např. dítě si může stoupnout apod. Pozitivní význam na zlepšení koncentrace může mít i

¹⁰⁰ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 27

¹⁰¹ Tamtéž, s. 27

¹⁰² Tamtéž, s. 27

pravidelné využívání různých relaxačních technik a her, např. jóga pro děti, dechová cvičení, autogenní trénink ve zkrácené formě.¹⁰³

3.1.4 Oblast řeči, vnímání a myšlení

Myšlení se rozvíjí společně s řečí, vzájemně se ovlivňují, a proto se jejich poruchám budeme věnovat v téže kapitole. U hyperkinetické poruchy nemůžeme hovořit o snížení rozumových schopností, spíše o drobných zvláštnostech a nápadnostech v některých jejich projevech a ve způsobu jejich uplatnění.¹⁰⁴ Mnoho předešlých výzkumů poukazuje na fakt, že rozumový vývoj hyperaktivních dětí je nerovnoměrný, dochází u nich ke kolísání ve výkonnosti. V důsledku převahy verbálního myšlení nad neverbálním, což je způsobeno vlivem změny dynamiky psychických procesů, se projevuje určitá ulpívavost a rigidita v myšlení, tendence opomíjení podstatných vztahů, což má za následek, že tyto děti nejsou schopny skloubit jednotlivosti v celek a postihnout ho v celé komplexnosti.¹⁰⁵ Plynulost myšlení je narušená především kvůli jejich zvýšené vnímavosti k jakýmkoli dalším podnětům. M. Černá (2002) dává převahu verbálního myšlení nad neverbálním do souvislosti s percepčně motorickými poruchami, kdy u hyperaktivních dětí dominuje oblast slovního a pojmového myšlení, jež je v úzkém svazku s řečí a symbolikou. V oblasti percepčně motorických dovedností byla u některých jedinců zaznamenána převaha neverbálních schopností nad verbálními a tím došlo k opoždění v rozvoji slovně pojmového myšlení, rozvinula se především praktická složka.¹⁰⁶ Děti s hyperkinetickou poruchou často lpí na jedné jediné myšlence, od které se nedokážou odpoutat a stále se k ní vracejí, myšlenkové pochody působí nesouvisle, objevuje se překotnost v myšlení. Myšlení u hyperaktivních dětí může být tedy nepružné, stereotypní, ulpívavé, nebo naopak chaotické a zmatené.¹⁰⁷

¹⁰³ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 68

¹⁰⁴ ČERNÁ, M., et al. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha : Karolinum, 2002, s. 62

¹⁰⁵ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 40

¹⁰⁶ ČERNÁ, M., et al. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha : Karolinum, 2002, s. 63

¹⁰⁷ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 40

U dětí s ADHD se v souvislosti s poruchami myšlení většinou objevují i poruchy řeči, často můžeme hovořit o opožděném řečovém vývoji. D. Jucovičová (2010) rozděluje poruchy řeči do dvou základních oblastí:¹⁰⁸

1. Poruchy receptivní složky řeči - porozumění řeči

Samozřejmě vycházíme z předpokladu, že rozumové schopnosti, sluchová ostrost a sociální prostředí dítěte nejsou narušeny, že jsou tedy v mezích širší normy. Hyperaktivní děti nechápou význam některých slov a také smysl sdělení. Z anamnéz u dětí s ADHD můžeme zjistit, že velmi dlouho nechápali smysl jednoduchých slovních spojení jako je např. „Kde máš ouško“, „ukaz očíčko“ apod.¹⁰⁹ K poruchám porozumění přispívá i porucha koncentrace, kdy se dítě nesoustředí na to, co ten druhý říká, a reaguje jen na část informace.

2. Poruchy expresivní složky řeči - verbální projev

Nejčastěji jsou zmiňovány poruchy artikulace a rytmu řeči. Děti se syndromem ADHD bývají artikulačně neobratné, velmi časté jsou vady výslovnosti, např. dyslalie (patlavost), kdy dítě špatně vyslovuje jednu nebo více hlásek, např. sykavky – s, c, z, š, č, ž a také hlásek r a ř.

Mohou se vyskytnout specifické asimilace, tedy chybná nebo jednoznačná výslovnost tvrdých a měkkých slabik, sykavek ve slovech, v nichž se vyskytují hlásky zvukově nebo artikulačně blízké (přitom některé hlásky vysloví dítě dobře), např. hodiny-hodiny, žízeň – žížeň.¹¹⁰ Ústní projev těchto dětí však bývá zpravidla mnohem lepší. Někdy ale můžeme pozorovat, že jejich řeč předbíhá myšlení, takže jejich projev působí dosti chaoticky. Stejně jako mají problémy informace sdělit, tak ještě obtížněji přijímají informace od druhých. Velice špatně dokážou vyhodnotit vzniklé situace, nerozeznají přítomné emoce z tónu hlasu, např. nedokážou pochopit ironii, rozklíčovat podstatné informace ve sdělení.

Děti se syndromem ADHD mohou trpět poruchami jak zrakové, tak i sluchové percepce, nerozlišují a zaměňují podobné tvary písmen, např. b, d, atd. Hůře se však

¹⁰⁸ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 41-42

¹⁰⁹ ČERNÁ, M., et al. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha : Karolinum, 2002, s. 71

¹¹⁰ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 42

orientují i v čase a prostoru, dělá jim obrovské potíže v předškolním věku naučit se hodiny, dny v týdnu, měsíce v roce atd. „*Nerovnoměrné zrání centrální nervové soustavy se ve vývoji myšlení projeví nerovnoměrnostmi nebo opožděním v přechodu od konkrétního myšlení k abstraktnímu*“¹¹¹. Stejně tak jako myšlení hyperaktivních dětí může být i jejich verbální projev ulpívavý, rigidní, nepružný se stereotypním používáním některých výrazů a vět.¹¹²

Možnosti ovlivňování poruchy řeči, myšlení a vnímání

Pro zvýšení úspěšnosti dítěte s hyperaktivní poruchou v mateřské škole i v životě je zásadní stimulovat jeho myšlení patřičným způsobem. Pro ilustraci můžeme uvést jednoduché dětské hry, které mohou být nápomocné k jeho rozvoji. Oblíbená je např. pantomima, kdy děti podle předvádění hádají, o co se jedná, např. zvíře, kamarád z mateřské školy, pohádka apod. Pro rozvoj logického myšlení může být využita hra typu „Co sem nepatří“?, kdy mezi namalovanými zvířátky je např. vařečka a děti mají uhádnout, co do skupiny nepatří a proč.

Děti se syndromem ADHD velice často trpí různými druhy a stupni poruch řeči, aby však výrazně neovlivňovaly úspěšnost dítěte na prvním stupni základní školy, měly by být z velké části odstraněny již v mateřské škole. Na jejich korekci se podílí odborník z oblasti logopedie ve spolupráci s rodinou a mateřskou školou.

Hyperaktivní děti trpí poruchami artikulace, bývají artikulačně neobratné, což znamená, že mají potíže s výslovností cizích slov, obtížnějších slov, delších slov. K dispozici je celá řada rytmizačních cvičení. S velkým úspěchem se setkává spojování říkanek s pohybem, tancem, vytleskáváním, zpíváním. Problémy v komunikaci mohou výrazně narušit psychiku dítěte a vztahy s ostatními vrstevníky. Tyto děti nemají většinou tolik rozvinutou slovní zásobu. Přestože děti mohou chrlit slova, jejich řeč může zůstat obsahově chudá. Používají stále tatáž slova, která přesně vyjadřují to, co chtějí říct. Považuje se za přínosné, stále děti podněcovat děti často k vyprávění, protože hyperaktivní děti mnohdy odpovídají velice stručně. V dnešní přetechnizované době obecně platí, že se stále méně věnujeme verbální stránce projevu a je třeba poukázat i na fakt, že mezi rodiči a

¹¹¹ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? : Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha : D+H, 2007, s. 48

¹¹² Tamtéž, s. 43

jejich dětmi je nedostatek komunikace, děti jsou vychovávány audiovizuální technikou, která k rozvoji řeči tolik nepřispívá.¹¹³

3.2 Pedagogické působení a vedení dětí se syndromem ADHD v mateřské škole

Tato kapitola je věnována otázce, jak nejlépe působit při vyučování na vyrušující a impulzivní dítě v mateřské škole a jak docílit toho, aby výchovně–vzdělávací proces byl co nejvíce účinný. Rodiče a všichni ostatní, kteří se o výchovu a vzdělávání hyperaktivních dětí blíže zajímají, dobře vědí, že výchova jakožto náročný, soustavný, cílevědomý a plánovitý proces má své jisté zákonitosti a obecně platné principy, jejichž respektování může výsledky výchovně–vzdělávacího procesu výrazně podpořit, zatímco je na druhé straně jejich neznalost, nedocenení či přehlížení může výrazně oslabit.¹¹⁴

Podle V. Mertina (2004) nejsou známy důvody proč se domnívat, že by výchova dětí s ADHD měla probíhat odlišně od výchovy běžného dítěte, avšak není pochyb o tom, že jisté rozdíly ve výchově běžného dítěte a dítěte se syndromem ADHD tu existují. „*Zatímco běžné dítě je s to kompenzovat i méně příznivé a vzdělávací podmínky a postupy, dítě s ADHD vzhledem ke svým sníženým předpokladům vyžaduje mnohem kultivovanější vedení.*”¹¹⁵ Z uvedené citace vyplývá, že při výchovném působení je stěžejní vnímat odlišné možnosti těchto dětí. Například běžné dítě je při práci schopné eliminovat rušivé podněty, dítě s ADHD však může podat naprosto nepřiměřený výkon, neodpovídající jeho dispozičnímu vybavení, a tudíž je znevýhodněné.

¹¹³ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 93

¹¹⁴ TŘESOHLAVÁ, Z., et al. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha : Avicenum, 1983, s. 73

¹¹⁵ MERTIN, V. ADHD - pohled psychologa. *Pediatric pro praxi*. 2004, č. 2, s. 58-61. Dostupný také z WWW: <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/02/02.pdf>>. [článek]

3.2.1 Osobnost učitelky mateřské školy

Učitelka má na děti v mateřské škole neocenitelný vliv. Mohli bychom dokonce říci, že dočasně hraje při pozorování a formování dětského chování důležitější roli než jeho rodiče. Budeme-li vycházet z předpokladu, že podstatná část osobnosti není vrozená, ale formuje se procesem učení, má tedy vztah dítěte a učitelky rozhodující význam¹¹⁶. Měli bychom rovněž brát v potaz, že učitelka mateřské školy vedle rodičů, sourozenců, příbuzných a známých je zpravidla jediný profesionál, který by měl mít odborné vzdělání, a tudíž se na její výchovně-vzdělávací působení klade mnohem větší odpovědnost.

Nyní uvedeme stěžejní zásady při výchově a vzdělávání hyperaktivních dětí, se kterými by, dle soudu autorky, měly být učitelky v mateřské škole obeznámeny, a které jsou opřené o publikaci Jucovičové a Žáčkové (2010).¹¹⁷ Zásady byly sice napsány pro děti navštěvující již základní školu, my jsme je však upravili pro předškolní vzdělávání.

1. Učitelka mateřské školy by měla vytvářet láskyplné výchovné prostředí

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, dítě častokrát nesplňuje představu o tom, jaké by mělo být, a naopak překonává představu o tom, jaké by nemělo být vůbec. V rodičích se mísí láska se zlobou, průvodním jevem je pocit selhání v rodičovské roli. Chronicky neklidné dítě často přivádí své okolí do stavu bezmoci a někdy až zoufalství. Osoby dětem nejbližší proto často pociťují značné zklamání během svého výchovného působení. Učitelky v mateřské škole by tedy měly dávat dítěti najevo lásku, dítě by mělo vědět, že ho mají rády, i když hodně zlobí. Pedagog by měl zůstat klidný a vyrovnaný, a to i v afektivně vypjatých situacích. Dítě s ADHD by mělo být bezpodmínečně přijímáno takové jaké skutečně je. Děti s touto poruchou často potřebují potvrdit svou hodnotu zevnějšku a učitelky jim svým laskavým zacházením mohou dát najevo, že v mateřské škole mohou zažívat pocit bezpečí a jistoty.

¹¹⁶ SAGI, A. *Problémové děti v mateřské škole : Výchova dětí od 3 do 8 let*. Praha : Portál, 1995, s. 95

¹¹⁷ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 55

2. Stanovení jasných a konkrétních požadavků a zároveň potřeba důslednosti

Stejně tak jako je nutný láskyplný přístup, je také žádoucí vytvoření určitého řádu a pravidel. Dítě by mělo vědět, co se od něj očekává a mělo by být seznámeno s nároky na něj kladenými. Nejrozšířenějším prostředkem výchovy dítěte předškolního věku v mateřské škole je hra, která je doplňována učením, rekreační a zábavnou činností. Veškeré dění v mateřské škole má svůj pravidelný režim. Záměrně se střídají nejrůznější řízené a spontánní činnosti s chvílemi odpočinku, stravováním, osobní hygienou a spánkem, protože právě v rámci pravidelného režimu jsou snáze uspokojovány psychické a tělesné potřeby, přičemž správně vytvořený režim dává dětem se syndromem ADHD pocit bezpečí a jistoty. Vytvořením stereotypů je dítěti s hyperkinetickou poruchou umožněno orientovat se nejen v režimu dne, ale především v životě. Pravidla, která byla pro dítě vytvořená, je nutné dodržovat. Když je dítěti zadán nějaký úkol, mělo by být důsledně vyžadováno jeho splnění a případná kontrola. Kontrola by měla být vždy efektivní, dítě by mělo obdržet okamžitou a srozumitelnou zpětnou vazbu, která by měla obsahovat mnohá pozitiva, neboť vždy se najde něco, za co je možné dítě ocenit.

3. Sjednocení veškerých výchovných vlivů

Na předchozí zásadu navazuje požadavek sjednocení výchovy. Máme tím na mysli jednotné výchovné postupy v rodině a v mateřské škole. Považuje se tedy za nutné, aby rodiče informovali učitelky mateřské školy o způsobu, jakým je dítě vychováváno. Neopominutelným předpokladem účinnosti výchovného působení je rovněž sjednocení výchovných přístupů mezi učitelkami v mateřské škole. Nesměřují-li výchovné tendence jednotně a koordinovaně, dítě se syndromem ADHD se může hůře orientovat ve světě, který ho obklopuje a nesnadněji se přizpůsobovat společenským nárokům.¹¹⁸ Děti s hyperkinetickou poruchou vnímají v převážné většině svět jako chaotický a nejednotnost ve výchově by mohla tento pocit ještě umocnit.

¹¹⁸ TŘESOHLOVÁ, Z.; ČERNÁ, M.; KŇOURKOVÁ, M. *Dříve než půjdu do školy : Lehká mozková dysfunkce v předškolním věku*. Praha : Avicenum, 1990, s. 74

4. Zaměření na kladné stránky dítěte

Podmínkou pro pozitivní vnímání osobnosti hyperaktivního dítěte je patřičná znalost a analýza jednotlivých struktur jeho osobnosti.¹¹⁹ Nezbytným předpokladem ke zdravému vývoji hyperaktivního dítěte je umožnit mu prožívat pocit úspěchu. Dítě by mělo být chváleno i za drobné pokroky, především by mělo být oceněno za projevenou snahu, např. když vydrží neskákat do řeči, čte-li se pohádka před spaním, nebo když vydrželo chvíli v klidu. Tím, že byl vyzdvižen okamžik, při kterém bylo dítě úspěšné, zpevňujeme žádoucí projevy jeho chování a přispíváme také k další motivaci, aby příště usilovalo o stejný úspěch. Bývá považováno za vhodné negativní chování spíše opomíjet.

5. Usměrnování aktivity dítěte

Pokud by byla nahromaděná energie v dítěti násilně potlačena, hrozilo by riziko, že se v nějaké situaci a ve větší míře objeví v negativní podobě. Není proto vhodné jeho energii potlačovat, ale naopak ji nechat rozvinout při příležitosti, která je pro to určená, např. když se dítě na něco soustředí, nemělo by být káráno za to, že je neposedné. Koncentrace na danou činnost by byla narušená. Během vycházek by dítě mělo mít možnost volného pohybu.

O celkové úspěšnosti dítěte se syndromem ADHD v mateřské škole rozhoduje tedy v převážné míře osobnost učitelky. Zjednodušeně bychom to mohli vyjádřit tak, že učitelka je expertem na výchovu a vzdělávání dítěte v mateřské škole a rodič v domácím prostředí. Učitelky mateřské školy by měly být partnerem rodičů během výchovně vzdělávacího procesu předškolních dětí se syndromem ADHD, protože jedině jejich vzájemná spolupráce může vést k rozvoji dítěte. Za úspěšnou učitelku je považována ta, která je schopna navrhovat, projektovat a realizovat různé druhy a formy vzájemného kontaktu s rodiči. Rodiče by měli být bráni za rovnocenné sociální partnery při výchově dítěte.¹²⁰ Osobnost učitelky je kromě profesionálních vlastností, které jsou v praxi požadovány

¹¹⁹ TŘESOHLAVÁ, Z.; ČERNÁ, M.; KŇOURKOVÁ, M. *Dříve než půjdu do školy : Lehká mozková dysfunkce v předškolním věku*. Praha : Avicenum, 1990, s. 74

¹²⁰ MERTIN, Václav; GILLERNOVÁ, Ilona. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha : Portál, 2010, s. 79-93.

(tj. kladný vztah k dětem, pohotovost reakcí, nápaditost a tvořivost, spolehlivost, komunikativnost) utvářena také každodenní pedagogickou činností, stálým kontaktem s hyperaktivními dětmi, jejich rodiči a permanentním celoživotním vzděláváním.¹²¹

3.3 Speciální metodika rozvoje dovedností dětí s ADHD

V procesu výchovy dětí s hyperkinetickou poruchou, jak jsme se pokusili nastínit v předešlých kapitolách, je tedy třeba počítat se zvláštnostmi poznávacích procesů (percepce, řeči, myšlení, paměti), pozornosti a motoriky. Z. Třesoňková (1990) vytvořila následný soubor doporučených způsobů obsahující praxi osvědčená cvičení, která se mohou stát významným vodítkem pro učitelky při výchově dítěte s ADHD v mateřské škole.¹²² Tento daný soubor je rozdělený podle oblastí, které mohou být daným cvičením ovlivňovány, především tedy na oblast rozvíjení motoriky a motorické koordinace, percepce, pozornosti, myšlení a řeči. Cvičení zacílené na rozvíjení percepce jsou rozdělena do několika základních kategorií:

1. cvičení percepčně-motorická

Jsou zaměřena převážně na procvičování dovedností v oblasti prostorového vnímání, vnímání tělového schématu, rozvoje bystrosti, postřehu, spojování smyslových počítků s jednoduchými motorickými úkony.

2. cvičení percepčně-poznávací

Vývoj poznávacích procesů je u dětí předškolního věku zaměřen na nejbližší svět a pravidla, která v něm platí. Myšlení předškolního dítěte není ještě podřízeno zákonům logiky, tudíž je nepřesné a má mnohá omezení. Když budeme vycházet z učení J. Piageta, který říká, že velice významný je rozvoj porozumění souvislostem a vztahům na různé úrovni (mezi objekty, symboly, pojmy),¹²³ směřuje toto cvičení ke zlepšení orientace v kvalitativních a kvantitativních vztazích předmětu či jevů, k utváření pojmů, ucelenému zpracování počítků, které umožňují chápání některých jevů a zákonitostí v jejich průběhu.

¹²¹ ČERNÁ, M., et al. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha : Karolinum, 2002, s. 184

¹²² TŘESOŇKOVÁ, Z.; ČERNÁ, M.; KŇOURKOVÁ, M. *Dříve než půjdu do školy : Lehká mozková dysfunkce v předškolním věku*. Praha : Avicenum, 1990, s. 78

¹²³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová Psychologie I. : Dětství a dospívání*. Praha : Karolinum, 2005, s. 174

3. cvičení pozornosti

Tato oblast je zacílená na zvyšování koncentrace, rozšíření okruhu záměrně působících podnětů a následné udržení pozornosti, zaměřené na srovnání a rozlišování pozorovaných předmětů a jevů.

4. cvičení na zvýšení úrovně myšlení a řeči

Je soustředěné na rozvoj myšlení verbální, konstruktivní a logické, zároveň s ovlivňováním řečového projevu, jeho obsahu, kvality.

5. ovlivňování motoriky

Zvláštnosti v oblasti motoriky u předškolních dětí bývají mnohdy velice nápadné a často jsou dominantním symptomem hyperkinetické poruchy.

3.4 Dítě s ADHD v rámci sociálních vztahů

3.4.1 Dítě se syndromem ADHD v rodinném prostředí

Vedle pedagogického ovlivňování dětí se syndromem ADHD speciálními pedagogickými prostředky, působením pedagogů mateřské školy, považovaných za profesionály, se na celkové rehabilitaci dítěte nemalou měrou podílí také rodina.¹²⁴ Dítě s hyperkinetickou poruchou svým rodičům může život dosti zkomplikovat, především přináší více starostí a nespĺňuje jejich očekávání, což u mnohých rodičů vzbuzuje nelibé pocity, zejména stoupající pocit frustrace a sklíčenosti. Pro ilustraci autorka zaznamenala výpověď matky pětiletého chlapce. Podotýkáme, že pohled na výchovu hyperaktivního dítěte se může v jistých ohledech u jiných rodičů lišit, považovali jsme proto za žádoucí propojit individuální zkušenost dotazovaného s odbornými poznatky. Otázky byly pokládány v následujícím znění:

1. Kdy jste měla poprvé podezření, že by vaše dítě mohlo mít hyperkinetickou poruchu?
2. V čem se hyperaktivita projevovala v kojeneckém a v batolecím věku?
3. V čem se hyperaktivita projevuje v mateřské škole?

¹²⁴ TŘESOHLAVÁ, Z., et al. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha : Avicenum, 1983, s. 167

4. Máte pocit, že vaše dítě je agresivní vůči spolužákům v mateřské škole?
5. Dozvídáte se o projevech hyperaktivity od učitelek mateřské školy?
6. Jaké pocity ve vás vyvolává výchova hyperaktivního dítěte?

Matka ve své výpovědi uvádí: „*Neklid jsem u svého dítěte zpozorovala již v kojeneckém věku.*” U neklidných kojenců se projevuje zejména porucha základních biorytmů.¹²⁵ A. Train (2001) uvádí, že děti trpící hyperkinetickou poruchou jsou neklidné již od raného věku a mnohé matky tvrdí, že již v prenatálním období se v děloze pohybovaly značně rychleji než jejich sourozenci.¹²⁶ Děti velice často špatně spí, špatně přibývají na váze a velice často neutišitelně pláčou. Matka si raný věk dítěte spojovala se zápornými emocemi, které byly těžko pochopitelné, konkrétní situaci popisuje takto: „*Celý den plakal, byla jsem tak příšerně unavená, ale hlavně jsem pořád nemohla přijít na to, co mu schází, připadalo mi, že musím dělat něco špatně, občas jsem měla hrozný vztek, který přicházel zpravidla bez příčiny, s odstupem času to připisuji únavě.*”

Hyperaktivní děti bývají považovány za děti plačtivé a dráždivé, vyžadující zvýšenou péči, a v rodičích vyvolávají negativní emoce, které si rodiče často nedokážou vysvětlit.¹²⁷ Vzhledem k nepravděpodobnostem v biorytmech dítěte je pro matku těžké správně reagovat na jeho potřeby, mnohdy proto dochází k tomu, že matka dítěti nevěnuje pozornost ve chvíli, kdy ji skutečně potřebuje, ale naopak ho zahrnuje podněty bez ohledu na jeho momentální stav. Kvůli špatnému spánku jsou rodiče neklidných dětí často fyzicky na pokraji svých sil.¹²⁸ Matka velice jednoznačně popsala, že v batolivém věku neklid dítěte stále přetrvával, a popisuje to takto: „*Pořád někam utíkal, nechtěl být vůbec se mnou, knížky ho nebavily, nechtěl u nich vydržet. Manžel absolutně nemohl pochopit, z čeho jsem tak unavená, když ale on si neseď ani na chvíličku, běžel od jedné hračky hned k další.*“

Většina rodičů dětí si všimne nadměrné pohybové aktivity až právě v batolecím věku, obecně můžeme říci, že aktivita v batolecím věku narůstá. Projevy hyperaktivity

¹²⁵ E. Malá (2000). Poruchy chování a emocí. In: HORT, VĽ., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2008, s. 307-314

¹²⁶ TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha : Portál, 1997, s. 26.

¹²⁷ KOLČÁRKOVÁ, I.; LACINOVÁ, L. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno : Masarykova Univerzita, 2008, s. 36

¹²⁸ Tamtéž, s. 36

v předškolním věku se nápadně podobají projevům ve věku batolecím. Většina projevů začne být výrazná právě ve chvíli, kdy dítě začne navštěvovat mateřskou školu.

V mateřské škole se potíže, které rodiče se svými hyperaktivními dětmi mají, často ještě znásobí. Můžeme zmínit problémy se soustředěním, sebeobsluhou, navazováním pozitivních přátelských vazeb. Matka hyperaktivního chlapce, kterou jsme oslovili, své zkušenosti podala následovně: „*Paní učitelky v mateřské škole si často stěžují, že syn vykřikuje, nenechá projevít se ostatní děti. Doma jsme mu to však vysvětlovali, že nemůže vykřikovat, jak se mu zlíbí, dále si učitelky stěžují na nedostatek soustředění při jakékoli činnosti, kdy syn nevydrží delší dobu u jedné, ale odbíhá k další*“. Impulzivita či jednání bez přemýšlení o tom, co by mohlo následovat, působí dětem s ADHD a jejich rodičům mnohé potíže, stejně tak jako učitelkám v mateřské škole.¹²⁹ Učitelky musí být stále ostražitě, protože tyto děti mají velké sklony k úrazovosti. Impulzivita rovněž může přinést problémy v sociálních vztazích, může značně ztížit navázání a udržení přátelství, neboť tyto děti často říkají nevhodné věci, což dokládá dotazovaná takto: „*Mnohokrát jsem byla upozorněna učitelkami, že mé dítě ošklivě hovoří s ostatními dětmi, strká do nich a dělá jim naschvály*.“ Dítě s ADHD se velice často dostává do konfliktu s ostatními dětmi, poněvadž má v sobě přemíru nahromaděné energie, kterou potřebuje ventilovat. Stává se tedy, že dítě velice často touží po kamarádech, ale bývá odmítáno.¹³⁰

Mnoho rodičů si začne dělat vážné starosti, až když dítě začne navštěvovat mateřskou školu. Velice špatně nesou, že se jejich dítě nedokáže zařadit do kolektivu a těžko zvládá požadavky na něho kladené. Výchova hyperaktivních dětí je časově a celkově psychicky vyčerpávající, a jak uvedla matka, které jsme se dotazovali, plná o neustálé se opakujících stížnosti na chování. „*Výchova hyperaktivního dítěte je moc náročná především tím, že vám nezbývá energie už na nic jiného*“.

Pokud rodiče pochopí, že problémy dítěte pramení z jeho nedostatečných schopností a kognitivních omezení, a ne ze záměrné neposlušnosti, budou více motivováni, méně ohroženi a nazlobeni na své děti.¹³¹

¹²⁹ MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s. 23

¹³⁰ Tamtéž, s. 23

¹³¹ KOLČÁRKOVÁ, I.; LACINOVÁ, L. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno : Masarykova Univerzita, 2008, s. 115

3.4.2 Dítě s ADHD ve vztahu k ostatním vrstevníkům

Hyperaktivní děti mívají potíže v mezilidských vztazích nejen s dospělými, ale také se svými vrstevníky v prostředí mateřské školy. Je však nutné přihlídnout ke skutečnosti, že kvalita sociálních vazeb je závislá na věku dítěte a jeho osobnostních vlastnostech, rodinné situaci a rovněž tak i na charakteristikách konkrétní vrstevnické skupiny. Kapitola byla zařazená do této práce proto, že tato charakteristika neklidných dětí se sice nejeví na první pohled tolik významná, ale není tomu tak.¹³² Mnohé hyperaktivní děti svými častými neúspěchy trpí. Příčina jejich společenského osamocení tkví podle výzkumů v tom, že špatně přijímají pomoc, příkazy nebo usměrňování od svých spolužáků a nedovedou s nimi vytrvat u společných cílů, často společnou aktivitu narušují a chovají se nevhodně.¹³³

M. Vágnerová (2001) shrnuje potíže hyperaktivních dětí v předškolním věku do čtyř následujících bodů, následně podrobněji budeme tyto teze rozvíjet.¹³⁴

1. Mají sníženou toleranci k zátěži:

Velice špatně se ovládají, bývají egocentričtí, nedokážou dohrát společnou hru, protože brzy přestanou dodržovat pravidla a ostatním proto často kazí hru.¹³⁵

2. Nedovedou řešit konflikty:

Vzhledem ke svým impulzivním reakcím se uchylují ke zkratkovitému projevu, jsou vztahovačné.

3. Jejich chování je nepředvídatelné:

Neklidné děti neuspokojují potřebu sociální orientace, takže nikdo přesně neví, co přesně od nich může očekávat.

4. Jsou dráždivější a náladovější:

Prudké změny nálad způsobují, že pro ostatní vrstevníky jsou hyperaktivní děti nepochopitelné. Ostatní děti brání přenesení jejich nálad a afektivních výbuchů na ně

¹³² ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 76

¹³³ Tamtéž, s. 76

¹³⁴ KOLČÁRKOVÁ, I.; LACINOVÁ, L. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno : Masarykova Univerzita, 2008, s. 42

¹³⁵ ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 76

samotné. Někdy bývají zvýšeně vztahovačné, vše vnímají jako útok na svou osobu a také na to tak reagují. V důsledku této vztahovačnosti už předem očekávají, že budou mít problémy, a reagují pak afektivně, i když nejsou v právu, ohradí se; „ Proč zase já, vždyť já nic nedělám.“ Tuto vztahovačnost můžeme považovat za výsledek dřívější negativní zkušenosti.¹³⁶

Hyperaktivní děti se snaží poutat pozornost a realizují svou touhu po přijetí nevhodným způsobem, např. předvádějí se, vykřikují apod., řídící se principem, že když to nepůjde po dobrém, tak to půjde po zlém. Tím jsou ostatním dětem nepříjemné a vzniká začarovaný bludný kruh potíží. Učitelky v mateřské škole by měly brát v potaz, že toto chování, může být zároveň kompenzací poruch sebehodnocení, které mívají tyto děti v důsledku dlouhodobých neúspěchů dosti snížené. Poutání pozornosti může být také projevem určité sebestřednosti až egoizmu, především kvůli snížené schopnosti empatie – vcítění se do pocitů ostatních dětí, jejichž potřeby nechápou a naopak jsou spíše zaměřené na sebe, své vlastní pocity a potřeby.¹³⁷

Hyperaktivní děti na sebe záměrně strhávají pozornost, bouřlivě vnucují ostatním přátelství, ale stejně tak ve svých citech rychle ochladnou, proto bývají pro ostatní děti nečitelné a proto nebývají v kolektivu ostatních přijímány a pokusy překonat tuto sociální izolaci se jim většinou nedaří. Pokud byly přátelské vazby, již navázány, často je hyperaktivní děti nedovedou uchovat. Vztah může být navázán impulzivně, jeho udržení však vyžaduje strukturované chování. Impulzivnost hyperaktivních dětí je spojená s nedostatkem sebeovládání a neumožňuje jim brát v úvahu následky vlastní činnosti a chování, a proto dochází k poškození vztahu.¹³⁸ Výše uvedené problémy ještě zřetelněji vystupují, když se v mateřské škole vyskytuje více hyperaktivních dětí. Navzájem se nemají rády, protože jim v navazování vztahů brání jejich sebestřednost, předvádivost. Charakterová podobnost jim brání, aby jim vydržely kamarádské vazby.¹³⁹

S. Reifová (1999) uvádí mnoho příkladů jak vyřešit konflikty mezi dětmi a tím předcházet neúspěchu hyperaktivních dětí. Mnoha dětem nikdo nevyloží ani neukáže, jak

¹³⁶ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 47

¹³⁷ Tamtéž, s. 46

¹³⁸ ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990, s. 77

¹³⁹ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 47

se s problémovými situacemi vypořádat pozitivním způsobem. Je třeba, aby se děti tuto dovednost naučily a byly za ni odměňovány. Nyní uvedeme následující postup, který může být v praxi využíván.

Příklad: Dvě děti do sebe vzájemně vrazí, jedno dítě udeří druhé dítě nebo do něho vrazí loktem, ať už nešťastnou náhodou, nebo záměrně, a následuje mezi nimi konflikt, s nímž se obrátí na učitelku, aby tuto rozepří rozřešila.

Učitelka: „Dokážeš Matyášovi říci, jak ti je?“ Já ti pomohu, řeknu to a ty to pak po mě zopakuješ. „Nemám rád, když mě boucháš, bolí mě to.“

Dítě větu opakuje.

Učitelka (pobídne Matyáše): „Promiň Honzo.“

Dítě opakuje.

Učitelka (pobídne Honzu): „Nic se neděje.“

Dítě opakuje. Vzájemně si pak podají ruce a učitelka hlasitě oběma zatleská.¹⁴⁰

Je potřebné si uvědomit, že hyperaktivní děti se kvůli svým nápadným projevům dostávají do situací, kdy jsou napomínány, kritizovány a odmítány nejen v mateřské škole, ale i svými nejbližšími. Proto tyto děti touží po náklonnosti, lásce, obdivu a uznání a v emočně vypjatých situacích, ještě o to naléhavěji.¹⁴¹

¹⁴⁰ RIEFOVÁ, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole : Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha : Portál, 1999, s. 171

¹⁴¹ JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, s. 46

Oblast sebepojetí

Děti trpící syndromem ADHD velmi často mívají málo kamarádů, což si bolestně uvědomují a mnohé z nich by udělaly cokoli, aby tomu tak nebylo. Příčinou problémů bývá převážně impulzivita a omezená schopnost soustředění, což má za následek neschopnost zvládat pravidla společenského chování nebo pochopit sociální pravidla.¹⁴² Neklidné děti však svojí nekázní a nepředvídatelností působí nepříjemně i na ostatní lidi ve svém okolí a vyvolávají v nich napětí. V důsledku toho bývají hůře akceptovány ze strany učitelek mateřské školy, zažívají více kritiky a bývají častěji hodnoceny jako neschopné, zlobivé, ale co více, jsou považovány za viníky svých neúspěchů a problematického chování, což významně ovlivňuje jejich sebepojetí i jejich další chování.¹⁴³

Nyní si uvedeme konkrétní návodné pokyny, jak u hyperaktivních dětí, které jsou ze strany vrstevníků i širšího sociálního okolí odmítány, předejít pocitům neúspěchu. Některé učitelky v mateřské škole tolerují větší míru hluku, mnohé děti jsou však na hluk citlivější. Děti s hyperkinetickou poruchou jsou často velice hlučné a skáčou ostatním dětem do řeči. Jedním z požadavků učitelek by mělo tedy být, aby děti s touto poruchou nepřekřikovaly ostatní děti. Výsledného efektu může být dosaženo následujícím způsobem. „Budeš stát u hloučku dětí a bedlivě poslouchat, co ostatní říkají, teprve až budeš vědět, co si povídají, ve vhodné chvíli sdělíš, co si myslíš ty.“ Je důležité poskytnout tuto pomoc nekritizujícím, podpůrným a motivačním způsobem.¹⁴⁴ Uvedený postup, jak předejít záporným reakcím ze strany ostatních dětí, je třeba procvičovat, tak dlouho dokud dětem nejsou požadavky jasné. Stejně tak, když učitelka hovoří k dětem, může svůj požadavek upevňovat následujícím způsobem: „Když já mluvím, vy posloucháte.“ Tuto větu učitelka několikrát zopakuje a pak děti pobídne: „Když já mluvím...“ děti odpoví: „My posloucháme.“ To učitelka provede pokaždé, když jí nějaké dítě skočí do řeči. Většinou jí do řeči skáčou stejné děti.¹⁴⁵

¹⁴² MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s. 24

¹⁴³ Tamtéž s. 21-30

¹⁴⁴ MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002, s.24

¹⁴⁵ RIEFOVÁ, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole : Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha : Portál, 1999, s. 165

3.5 Kazuistika dítěte s hyperkinetickou poruchou v mateřské škole

Osobní anamnéza dítěte

(datum narození 5. června, 2002)

Matka chlapce, kterému v této práci budeme říkat Matěj, je považována spíše za starší rodičku (věk 36 let v době narození chlapce), vyučená v oboru kadeřnice, nejvyšší dosažené vzdělání otce, rovněž staršího je střední průmyslová škola zakončená maturitou. Otec měl již dvě dospělé děti z předešlého manželství. První těhotenství matky bylo uměle přerušeno, druhé těhotenství bylo rizikové již od prvních měsíců. Matka rodila císařským řezem a o týden dříve, než bylo plánované datum porodu. Matěj po narození vážil 3,40 kg a měřil 50 cm. V batolecím období probíhal vývoj hrubé i jemné motoriky zcela normálně stejně jako řečový vývoj. Matka uvedla, že ho nedávala do jeslí. Žádný těžší úraz v anamnéze zaznamenaný nebyl.

Zpráva z psychologického vyšetření dítěte

Ve třech letech začíná Matěj navštěvovat běžnou mateřskou školu. Matka uvádí, že do mateřské školy začal chodit velice rád, zejména kvůli kontaktu s ostatními dětmi. Mezi jeho nejoblíbenější hračky patří auta, postavy komiksových hrdinů. Chlapec je velice šikovný na sport, citlivý k ostatním dětem, společenský. Tatínek je přísnější než matka.

V roce 2006, tedy ve věku tří let a šesti měsíců, přichází do pedagogicko-psychologické poradny matka, která má jisté pochybnosti o výchově, především jestli s otcem dítěte nedělají výchovné chyby. V mateřské škole zatím Matěj žádné problémy neměl. Ve čtyřech letech dítěte, tedy o půl roku později přichází na doporučení mateřské školy do pedagogicko-psychologické poradny s prosbou o pomoc, protože se její syn projevuje velice negativisticky vůči ní i ostatním dětem. Otec v té době pracoval v cizině, konkrétně rozvážel kamionem zboží, takže byl delší dobu pryč, tudíž výchovný vliv z jeho strany byl značně omezen. Učitelky v mateřské škole si začínají stěžovat na zhoršené chování, které nabývá na intenzitě a významně začíná ztěžovat a narušovat výchovně vzdělávací proces. Při neorganizovaných hrách chlapec stále s křikem pobíhá, pošťuchuje

ostatní děti a tím vytváří konfliktní situace, které musí učitelky následně řešit. Matka uvádí, že Matěj už nechtěl v mateřské škole spát v době odpoledního klidu.

V roce 2007, v necelých pěti letech chlapce se maminka objednala do pedagogicko-psychologické poradny. Matka si stěžuje, že je neustále sama s dítětem a není si jistá, jestli ji má dítě rádo. V témže roce Matěj vážně onemocní, má problémy s horními cestami dýchacími a v mateřské škole bývá jen dopoledne, matka se mu hodně věnuje. Dále uvádí, že má pocit, že absence mužského prvku při výchově je citelně znát. Matěj je velice komunikativní, příjemný chlapec, ale podle psychologů je na něj matka až příliš na upnutá. Při zadávání psychologického testu Matěj po pár minutách odchází se slovy „že ho to nebaví“ a odchází si hrát do čekárny. Matěj je od čtyř let v logopedické péči, zejména kvůli špatnému vyslovování sykavek.

V březnu roku 2008 absolvuje vyšetření školní zralosti. Grafomotorika je nerozvinutá, projevy ADHD dosti zjevné. Zrakové a sluchové rozlišení se jeví jako nevyzrálé, spíše je ale nesoustředěný, byl mu doporučen odklad školní docházky.

V květnu roku 2008, po odkladu školní docházky, mají učitelky pocit, že se jeho chování zlepšuje, zároveň však uvádějí, že se při příchodu matky chování dítěte mění. Maminka má pocit, že se dítě obtížně zklidňuje. Na doporučení psycholožky z pedagogicko-psychologické poradny začíná Matěj hrát fotbal. Otec chlapce stále pracuje mimo Českou republiku. Matěj navštěvuje neuroložku, která mu diagnostikovala syndrom ADHD a byla mu navržena medikace. Výsledky inteligenčního testu jsou nadprůměrné. Učitelky jsou ochotné spolupracovat, snaží se seznámit ostatní děti s Matějovou poruchou.

V červnu roku 2008 učitelky mateřské školy chlapce přestávají zvládat a mají pocit, že by měl být přeřazen do speciální mateřské školy, což se na doporučení psycholožky, která má dítě v péči, také stalo. Učitelky v nové mateřské škole popisují Matějovo soustředění jako krátkodobé a uvádějí, že neprojevuje téměř žádnou snahu při zvládnutí jakékoliv činnosti. Díky sníženému počtu dětí ve třídě je Matějovi věnována individuální péče. Mezi dětmi není Matěj příliš oblíbený, snaží se navázat kamarádské vztahy nepřiliš vhodným způsobem. Děti si stěžují, že do nich chlapec strká, je na ně hrubý, nechce jim půjčovat žádné hračky.

V září 2008 začíná Matěj navštěvovat „Skupinový psychoterapeutický a rozvíjející program pro děti s hyperkinetickou poruchou” přímo v mateřské škole, který mu velice napomáhá zejména v oblasti navázání pozitivních mezilidských vztahů, jak mezi dětmi tak i se samotnými terapeuty, kteří program provozují. Velký posun byl také zaznamenán v rozvoji jemné i hrubé motoriky, která byla až doposud spíše nezralá.

V září 2009 Matěj nastupuje na základní školu, která přirozeně navazuje na speciální mateřskou školu. Učitelka na základní škole hovoří o Matějovi jako o bystrém žákovi, který výuku zvládá velmi dobře, je však nutné vynaložit na jeho zkáznění větší úsilí než u ostatních dětí.

4 ZÁVĚR

Dětskému neklidu je v současné době věnovaná značná pozornost jak ze strany odborníků, tak i laické veřejnosti, o čem svědčí stále vzrůstající počet diagnostikovaných dětí pro nadměrnou aktivitu. Ať už jsou příčiny neklidu u dětí jakékoliv, zátěž, která z něj vyplývá, představuje pro dítě veliké problémy. Tato práce si kladla za cíl, prostřednictvím bližšího popisu hyperkinetické poruchy, ale především díky předloženým postupům a návodům, předcházet u dětí s hyperkinetickou poruchou právě zmíněným obtížím. Každé dítě potřebuje během svého dětství získávat pozitivní zpětné vazby, zkušenosti a dovednosti, které mu pomohou orientovat se v životě, zvládat překážky a nástrahy, jimž bude nuceno čelit. Prvním místem, kde dochází k takovému nabývání poznatků, je rodinné prostředí a druhým prostředím v pořadí je mateřská škola, která může dítěti s hyperkinetickou poruchou významně napomoci k osobnímu růstu.

Mateřská škola by v první řadě měla být nápomocná rodičům zbavit se pocitu viny, který mnoho rodičů provází, poněvadž nabývají dojmu, že mají jistý podíl na potížích svého dítěte. S ohledem na vysokou náročnost péče o obtížně zvladatelné dítě je více než pravděpodobné, že rodiče zažívají celou škálu negativních emocí. S nepochopením se mohou setkávat ze strany odborníků, ale i nejbližšího okolí, a právě mateřská škola by měla rodičům vyvrátit pocit nejistoty a selhání v rodičovské roli.

V úvodu této práce jsme si předsevzali, že předložíme ucelený souhrn poznatků o hyperkinetické poruše a zároveň nastíníme konkrétní postupy a návody, jak skrze soustavnou péči a výchovným vedením v mateřské škole, může být docíleno omezení výrazných projevů syndromu ADHD tak aby problémy těchto dětí byly eliminovány a nepředstavovaly pro okolí neřešitelný problém. Smyslem předložené práce je, aby děti s hyperkinetickou poruchou prostřednictvím včasného a správného výchovného vedení nezažívaly negativní emoce, které se podílejí na tzv. sekundární problematice, jež sice z primárních projevů poruchy nevyplývá, ale velmi úzce s nimi souvisí. Mateřská škola by se měla snažit předejít tomu, aby si dítě s hyperkinetickou poruchou ke svému okolí a k sobě samému vytvořilo komplikovaný nepřilíh vřelý vztah.

Zároveň je na mateřskou školu kladená vysoká míra odpovědnosti, poněvadž je spolu se zdravotnickým resortem (pediatrem, neurologem, klinickým psychologem, neurologem) a školským resortem (pedagogicko-psychologické poradny), důležitým diagnostickým činitelem.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. ČERNÁ, M., et al. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha : Karolinum, 2002. 224 s.
2. DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě : Vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha : Galén, 2007. 87 s.
3. DRTÍLKOVÁ, I., et al. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007. 268 s.
4. HORT, VI., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2008. 492 s.
5. HRABAL, Vladimír. *Pedagogicko-psychologická diagnostika žáka*. Praha : SPN, 1989. 198 s.
6. JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010. 208 s.
7. JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? : Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha : D+H, 2007. 127 s.
8. KOLČÁRKOVÁ, I.; LACINOVÁ, L. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno : Masarykova Univerzita, 2008. 138 s.
9. KREJČÍŘOVÁ, Dana; BOSCHEK, Petr; DAN, Jiří. *WISC-III : Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Praha : Testcentrum, 2002. 215 s.
10. MERTIN, Václav; GILLERNOVÁ, Ilona. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha : Portál, 2010. 248 s.
11. MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha : Portál, 2002. 120 s.
12. PACLT, Ivo, et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha : Grada, 2007. 234 s.
13. PELIKÁN, J. *Hledání těžiště výchovy*. Praha : Karolinum, 2007. 175 s.
14. PREKOPOVÁ, J.; SCHWEIZEROVÁ, CH. *Neklidné dítě : Rádci pro rodiče a vychovatele*. Praha : Portál, 1994. 143 s.
15. RIEFOVÁ, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole : Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha : Portál, 1999. 256 s.
16. SAGI, A. *Problémové děti v mateřské škole : Výchova dětí od 3 do 8 let*. Praha : Portál, 1995. 102 s.
17. SVOBODA, M.; KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Portál, 2001. 792 s.
18. ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : SPN, 1990. 128 s.

19. TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí : Jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha : Portál, 2001. 200 s.
20. TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha : Portál, 1997. 168 s.
21. TŘESOHlavÁ, Z.; ČERNÁ, M.; KŇOURKOVÁ, M. *Dříve než půjdu do školy : Lehká mozková dysfunkce v předškolním věku*. Praha : Avicenum, 1990. 121 s.
22. TŘESOHlavÁ, Z., et al. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha : Avicenum, 1983. 228 s.
23. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová Psychologie I. : Dětství a dospívání*. Praha : Karolinum, 2005. 467 s.
24. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha : Portál, 2003. 263 s.
25. MERTIN, Václav. ADHD-pohled psychologa. *Pediatric pro praxi*. 2004, č. 2, s. 58-61.
26. *Prekopova-pevneobjeti.cz* [online]. 2008 [cit. 2011-11-29]. Pevné objetí podle Jiřiny Prekopové. Dostupné z WWW: <<http://prekopova-pevneobjeti.cz/>>.

6 PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Program **KUMOT**, ve kterém jsem působila se zaměřuje na děti s poruchou pozornosti, ale i na děti nesmělé nebo sociálně neobratné. Jedná se především o nápravu narušení jemné a hrubé motoriky. Děti si v rámci programu zlepšují i motoriku mluvidel, snaží se o částečné usměrnění přespřílišné pohybové aktivity, ale také se učí schopnosti naprostého uvolnění těla i ducha. Zmíněné příznaky se děti učí minimalizovat v rámci skupiny, nikoliv však izolovaně v soukromí.

Program je určen zejména pro děti od pěti do osmi let. Jedná se tedy o věk, kdy dítě navštěvuje mateřskou školu a přechází na první stupeň základních škol. Další náplní programu je řešení problematického chování, např. odbourávání agresivních sklonů, které se verbálně či neverbálně objevují při terapeutických setkáních. Nejdůležitějším předpokladem při práci s dětmi s ADHD je pozitivní reagování a vyjadřování se k jakékoliv jejich činnosti.

Program pracuje s písničkami o zvířátkách, které byly pro děti speciálně složeny. Součástí kazety s nahranými písničkami je i zpěvník a děti si písničky mohou zpívat doma. Terapeutický program probíhá ve skupince pěti až osmi dětí a jedna lekce trvá zpravidla hodinu bez účasti rodičů. Po skončení celého programu jsou pozváni rodiče na pohovor o svém dítěti, kdy jsou jim sděleny cenné poznatky, které byly vypořádány během terapeutických setkání.

V období předškolního a mladšího školního věku se vytvářejí návyky a dovednosti, které souvisejí se zařazením jedince do skupin a tedy především do skupiny pracovní. Děti získávají návyky v prostředí bezpečí rodiny a mateřské školy.

Jestliže jsou tyto návyky a dovednosti vlivem poruchy špatně vytvořeny, může si nést dítě následky po celý život. Program **KUMOT** nenaučí dítě bezvadně zvládat vše, ale napomáhá mu usnadnit řešení mnoha běžných životních situací.

Program KUMOT hrou formou procvičuje:

- hrubou motoriku
- jemnou motoriku
- motoriku mluvidel
- zvykání si na tělesný kontakt mezi dětmi
- učí je ovládat impulzivitu
- učí je relaxovat
- procvičuje jejich koordinaci
- učí děti vzájemné kooperaci
- učí děti otevřenému vyjádření emocí

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Praze dne.....

.....

Podpis

Pořadové číslo	Jméno čtenáře	č.ISIC karty	Bydliště	Datum