

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

DÍTĚ S ADHD V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Bakalářská práce

Lucie Šrámková
Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na
vzdělávání (2011-2014)

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová
Plzeň, 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 2014

.....
vlastnoruční podpis

MÉ PODĚKOVÁNÍ PATŘÍ MGR. KATEŘINĚ ŠÁMALOVÉ ZA ODBORNÉ VEDENÍ, TRPĚLIVOST, ČAS
A OCHOTU, KTEROU MI V PRŮBĚHU ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE VĚNOVALA.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINAL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

ÚVOD.....	2
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1.1 VYMEZENÍ POJMU ADHD	3
1.2 PROJEVY ADHD.....	4
1.3 PŘÍČINY VZNIKU A VÝSKYT.....	6
1.4 DIAGNOSTIKA.....	7
1.5 KOMORBIDNÍ PORUCHY U ADHD	9
1.6 FARMAKOTERAPIE A DALŠÍ TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI	13
2 DÍTĚ S ADHD V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	17
2.1 OSOBNOST DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	17
2.2 DÍTĚ S ADHD V MATEŘSKÉ ŠKOLE.....	21
2.3 DÍTĚ S ADHD V RODINĚ	23
2.4 ZÁSADY PRO PRÁCI S DÍTĚTEM S ADHD V RODINĚ	25
3 PRAKTICKÁ ČÁST	27
3.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU, STANOVENÍ CÍLE, VÝZKUMNÉ METODY	27
3.2 PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	28
ZÁVĚR	38
RESUMÉ.....	39
SEZNAM LITERATURY.....	40
PŘÍLOHY	I

ÚVOD

Stále více se v dnešní době můžeme setkat s diagnózou ADHD neboli poruchou pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou, což dokazuje i stále narůstající počet dětí s tímto syndromem v mateřských školách. Tyto děti se potýkají s problémy kvůli své zhoršené koncentraci pozornosti, nadměrné aktivitě a impulzivnímu chování. Ve většině případů jim chybí vnitřní regulace chování, jsou hůře adaptabilní a zvladatelní. Často jsou považovány „jen“ za zlobivé, líné a nevychované. O to více potřebují naši péči a vřelý přístup oproti odmítání a kárání, kterému musí denně čelit. Nejen děti jsou terčem kritiky, ale i rodiče se leckdy setkávají s negativními reakcemi jejich okolí, což může vyvolat pocit selhání v roli rodiče, a proto bychom na ně při terapii neměli zapomínat. Také pedagogové nemají lehký úkol při práci s dětmi s tímto onemocněním. Častokrát právě učitelky v mateřské škole jsou prvními, kteří mohou zpozorovat zvýšený výskyt symptomů ADHD. Pokud tato situace nastane, měly by upozornit rodiče a přizpůsobit dítěti odpovídající péči a postupy vzdělávání.

Motivací pro výběr tohoto tématu pro mě nebyla žádná osobní zkušenost s tímto syndromem, ale naopak zvědavost vidět projevy poruchy v praxi. V minulosti jsem se věnovala předškolním dětem, proto jsem si zvolila prostředí mateřských škol. Z tohoto důvodu jsme si v praktické části stanovili za hlavní cíl zmapovat projevy ADHD u dětí v mateřské škole pomocí dlouhodobého pozorování a analýzy materiálů z Pedagogicko-psychologické poradny, sledování motorického vývoje jednotlivých dětí a navržení doporučení pro MŠ pro zlepšení dalšího vývoje dítěte. Dílčím cílem práce je také ověřit si znalosti učitelek o diagnózách pozorovaných dětí a charakteristika navštívených mateřských škol. Cílem teoretické části bylo na základě poznatků odborné literatury shrnout základní informace o syndromu ADHD, jeho výskytu, etiologii, úskalí diagnostiky a léčbě.

Věříme, že tato bakalářská práce bude užitečným čtením pro všechny, kteří se s ADHD již osobně setkali či denně setkávají nebo pro ty, kteří se chtějí o tomto syndromu něco dozvědět. Snad se i díky této práci změní pohled na děti s touto poruchou, a nebudou již považovány jen za ty zlobivé a nevychované. A možná si někteří rodiče uvědomí, že učitelé nechtějí poučovat ani moralizovat, ale že lze u nich najít pomoc a pochopení.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 VYMEZENÍ POJMU ADHD

ADHD je zkratkou anglického názvu attention deficit hyperaktivity disorder, který se do češtiny překládá jako porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. Ve starších pramenech se můžeme setkat s označením LMD neboli lehká mozková dysfunkce, která vznikla pro potřebu sjednocení terminologie. Tento termín se později ukázal jako nevhodný z důvodu jeho širokého spektra příznaků (Drtílková, Šerý s kol., 2007, s. 21).

O tom, že vývoj terminologie této poruchy nebyl vždy jednotný, svědčí i rozdílná klasifikace podle MKN-10 (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) a DSM-IV (Americký diagnostický manuál). V poslední revizi MKN se setkáme s názvem Hyperkinetické poruchy, který zahrnuje subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou a subtyp hyperkinetické poruchy chování. DSM-IV definuje tři subtypy: ADHD s převládající poruchou pozornosti, ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a ADHD smíšený typ (Drtílková, Šerý a kol., 2007, s. 22). Snad se pro přehlednější studium této poruchy v budoucnu setkáme se sjednocením obou klasifikačních systémů.

Po popsání terminologie ADHD je vhodné uvést také její definici. Jednu z nejužitečnějších definic popsal americký psychiatr Barkley, a kterou uvádí Zelinková ve své knize: *„ADHD je vývojová porucha, charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže těchto dětí jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoliv se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“* (Barkley in Zelinková, 2003, s. 196)

1.2 PROJEVY ADHD

Již v kojeneckém věku můžeme pozorovat určité projevy ADHD, ačkoliv v tomto raném období nelze s určitostí konstatovat, že se jedná skutečně o tuto poruchu. Hyperkinetické dítě mívá poruchy spánku a bdění. Většinou v noci bývá neklidné, nemůže usnout a den naopak prospí. U dětí bez této poruchy se tento špatný biorytmus srovná pár týdnů po narození. Kojenci s ADHD často pláčou a křičí, i když jejich potřeby jsou uspokojeny, což může velmi frustrovat jejich matky a jejich vzájemný vztah tak může být vážně narušen. Typické projevy se však mohou projevit až po nástupu do předškolního zařízení. Odborníci se shodují, že k základním symptomům patří porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivní chování (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 19-21).

Porucha pozornosti

Pozornost je schopnost zaměřit naše vědomí na děje, které jsou pro nás důležité a ty ostatní odsunout. Děti s ADHD mají tuto schopnost narušenou. Ve škole se tyto problémy prohlubují a dítě se obtížně zapojuje do výuky, špatně se dostává do kolektivu a jeho chování se dále zhoršuje. Odstrkované dítě se vzteká a snaží se všemožným způsobem upoutat pozornost ostatních. Nechce plnit zadané úkoly, hází předměty kolem sebe nebo fyzicky či slovně napadá ostatní (Train, 1997). Často nedokončí rozdělanou činnost, přechází od jedné aktivity ke druhé. Takovéto děti neustále něco ztrácejí, zapomínají a hledají. Budí dojem, že vás neposlouchají, že nemají zájem o to, co jim chcete sdělit, často jsou nesoustředěné, jako by byly myšlenkami úplně někde jinde (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 21-24).

Domácí příprava do školy se tak může stát velkým problémem jak pro dítě, tak pro rodiče. Ti musí vynaložit mnoho úsilí, aby dítě udrželi u úkolu, a přitom k dítěti přistupovali velmi klidně a trpělivě. „*Dětem s ADHD zevšední velmi rychle činnost, kterou se zabývají, a dříve než u ostatních dětí se u nich dostaví nuda. Pestrá a proměnlivá počítačová hra je proto dokáže zaujmout na mnohem delší dobu než domácí úkol. Má-li dítě s ADHD vydržet u činnosti, která sama o sobě pro ně není zajímavá, je o to důležitější, aby se vyloučily různé rušivé podněty z okolí.*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 21) Pro tyto děti je proto vhodné volit časově krátké a pestré aktivity.

Hyperaktivita

Když se řekne, že je někdo hyperaktivní, představíme si člověka, který musí neustále něco dělat a chvíli neposedí. Ano, i tohle je jeden z příznaků ADHD. Hyperaktivita znamená nadměrné puzení k pohybu. Tato aktivita je samovolná a neúčelná. Děti s ADHD se často vrtí, neposedí na židli, neustále si s něčím hrají a budí dojem, že jich je všude „plno“. S hyperaktivitou souvisí jejich i zvýšená hovornost. Vykřikují, skáčou druhým do řeči, povídají si pro sebe, často si pobrukují či vydávají zvláštní zvuky. Jejich rychlé až zbrklé tempo při aktivitách způsobuje přítomnost mnohých chyb z nepozornosti, což se může stát velkým problémem zejména ve školním období (Raifová, 2010, s. 18).

Impulzivita

Hlavním problémem tohoto projevu je, že dítě si nedokáže uvědomit důsledky svého chování. Z neuváženého chování vyplívá mnoho úrazů. Hrozí například, že dítě vběhne do silnice, leze po výškách nebo nebezpečně jezdí na kole. Reaguje bez rozmyšlení a řekne první, co ho napadne bez jakýchkoliv sociálních zábrán, což může být jeho okolím negativně vnímáno. Dítě s ADHD nerado čeká, takže problémem se může stát čekání ve frontě či čekání až přijde na řadu při hře s vrstevníky (Drtílková, Šerý a kol., 2007, s. 28-30).

Podle Goetze a Uhlíkové (2009, s. 20-27) můžeme mezi další projevy poruchy zařadit:

- nepořádnost
- menší schopnost přeladit na jinou činnost
- zhoršený odhad času
- problémy se spánkem
- agresivita

Reifová (2010, s. 19) ve své publikaci upozorňuje, že je nutné si uvědomit, že výše zmíněné projevy, nemusí platit pro každého. Každé dítě je jedinečné a může se u něj projevit různý stupeň a kombinace projevů. Za další upozorňuje, že v dětství je kterýkoliv z projevů ADHD v určité vývojové fázi relativně normální. Například u malého dítěte je normální, že udrží svou pozornost jen na malou chvíli. Munden (2002) tvrdí, že symptomy asi u poloviny postižených dětí v dospělosti částečně vymizí, avšak u některých lidí

přetrvávají až do dospělosti. Příznaky bývají u dospělých na první pohled méně nápadné, mohou být přehlédnuty nebo považovány za povahové zvláštnosti.

1.3 PŘÍČINY VZNIKU A VÝSKYT

V předchozí kapitole bylo popsáno, jak se ADHD projevuje. V této kapitole se seznámíme s tím, proč tato porucha pravděpodobně vzniká. Ačkoliv díky zobrazovacím technikám (PET, SPECT) máme spoustu nových poznatků o změnách probíhajících v lidském mozku, určit přesnou etiologii ADHD je velmi obtížné až nemožné. „Podle současných názorů je příčina hyperkinetické poruchy pravděpodobně heterogenní, v etiologii se mohou uplatňovat genetické i negenetické faktory spojené s neuroanatomickými a neurochemickými inzulty, které zasahují převážně prenatálně.“ (Drtílková, Šerý a kol., 2007, s. 41).

Jedna z hlavních příčin vzniku je dědičnost. Goetz a Uhlíková (2009, s. 69) ve své knize uvádějí, že ADHD je až z 80% zapříčiněno dědičným podkladem. To znamená, že negenetickým faktorům přiřkládají menší váhu. Do této skupiny příčin se řadí i biologické faktory, které se týkají změněné aktivity mozku. Jedná se o porušenou funkci neurotransmiterů, které v mozku zajišťují přenos nervových signálů. Konkrétně se jedná o nerovnováhu dopaminu a noradrenalinu, které mají vliv na pozornost a motoriku člověka.

Ke vzniku ADHD mohou také přispět různé komplikace či poranění v těhotenství nebo při porodu, zejména nízká porodní váha, užívání drog a alkoholu během gravidity či otrava olovem. Drtílková, Šerý (2007, s. 70) uvádějí, že průzkumy cílené na děti s ADHD a jejich rodiny, poukazují na předpoklad, že hyperkinetická porucha se s větší pravděpodobností projeví u dětí, které vyrůstají ve špatném psychosociálním prostředí (dlouhodobě konfliktní prostředí, malá sounáležitost rodiny nebo psychopatologie u rodiče).

Výskyt ADHD

Informace o výskytu poruchy se velmi různí. Reifová (2010, s. 19) například ve své knize uvádí, že prevalence ADHD se pohybuje okolo 3 až 10%. Na rozdíl od Goetze a Uhlíkové (2009, s. 41), kteří uvádějí 3 až 7%. V čem se ovšem odborníci shodují, je skutečnost, že ADHD postihuje třikrát více chlapce než dívky. U dívek se častěji objevuje porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD).

1.4 DIAGNOSTIKA

Aby mohla být provedena co nejefektivnější a nejkvalitnější léčba ADHD, je zapotřebí provést co nejdůkladnější diagnostiku. To však v dnešní době není lehký úkol, protože velmi často se ADHD objevuje spolu s dalšími poruchami spojenými s opožděným vývojem CNS, které pak znesnadňují správnou diagnostiku dítěte. Mezi prvními, kdo by si měli všimnout, že jejich dítě se dlouhodobě chová jinak než ostatní děti stejného věku, jsou rodiče. Symptomy ADHD se mohou zvýraznit po nástupu do mateřské či základní školy, kde je může zpozorovat pedagog a kontaktovat rodiče dítěte. Autoři Goetz a Uhlíková (2009, s. 51) ve své knize popisují několik kritérií, kdy je vhodné vyhledat odborníka:

- více než 6 měsíců je dítě neklidné a impulzivní ve větší míře než ostatní stejně staré děti
- rodiče jiných dětí si častěji všimají, že dítě s ADHD má horší sebekontrolu, je aktivnější a nepozornější než ostatní děti
- na uhlídání dítěte je nutné vynaložit více času i námahy
- ostatní si odmítají hrát s dítětem, protože je hyperaktivní a agresivní
- učitelé nebo zaměstnanci zařízení, které dítě navštěvuje, informují rodiče o tom, že dítě má několik měsíců problémy s chováním
- rodiče považují za nebezpečné nechat dítě chvíli o samotě
- rodiče často ztrácí s dítětem trpělivost, používají tělesné tresty, a zažívají v souvislosti s výchovou pocity vyčerpání a depresivní stavy

Je velmi důležité si uvědomit, že symptomy ADHD by měly překračovat normu dítěte stejného věku, a měly by přetrvávat déle než 6 měsíců. Pokud rodič má podezření, že jeho dítě trpí poruchou pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou, neměl by váhat s návštěvou odborníka. Včasná diagnostika je pro děti klíčová, může jim pomoci zmírnit projevy, a tím jim usnadnit jejich pobyt ve škole i v životě. Diagnózu ADHD stanovuje dětský psychiatr. Ke kvalitní diagnóze je však zapotřebí dalších odborníků jako například neurolog, psycholog či pediater a nedílnou součástí jsou rozhovory s rodiči, dítětem a jeho učitelem (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 52-53).

Rozhovor s rodičem

Rozhovor s rodiči je nezbytnou součástí diagnostiky. Výhodné je, pokud se mohou zúčastnit oba rodiče, aby psychiatr získal co nejvíce informací o dítěti. Podle Drtílkové (2007, s. 82-83) by měl rozhovor začínat podrobným popisem současných potíží. To znamená, že by se měl psychiatr ptát, proč přichází na vyšetření nebo jak se dítě chová doma. Dále by se měl zajímat o to, jak dítě funguje v různých oblastech života (rodina, škola, koníčky, přátelé). Jak totiž víme z předchozích kapitol, dítě s ADHD má problém se začleněním do kolektivu z důvodu jeho impulzivity a zvýšené dráždivosti. V rozhovoru by neměl chybět popis vývoje dítěte, aby se zjistilo, zda už se v raných stádiích vývoje nevyskytovaly příznaky poruchy.

Vyšetření dítěte

Při vyšetření samotného dítěte je důležité posadit dítě na židli, aby mohlo být vidět, zda vydrží či nevydrží klidně sedět. Samotné pozorování jeho chování může přinést cenné informace, ačkoliv může být zkresleno faktem, že dítě se snaží být hodné. Prvním krokem by měla být otázka, proč si myslí, že je na takovémto vyšetření. Poté by se dítěti měly klást dotazy ohledně jeho rodiny, jaké vztahy má ke členům rodiny, kdo je nejhodnější, kdo nejpřísnější apod. Psychiatr by se měl dotknout dalších témat jako je škola, volný čas, zájmy, přátelé, a jak sám chápe své příznaky ADHD (Drtílková, Šerý a kol, 2007, s. 84-85). „*U předškolních dětí může náhled na poruchu a chápání souvislostí zcela chybět a diagnostika se opírá především o reference rodičů a přímé pozorování*“. (Drtílková, Šerý a kol, 2007, s. 86).

Součástí diagnostiky by mělo být psychologické testování psychických funkcí a údaje od učitele. Zvláště informace od pedagogů jsou velmi cenné, protože dítě je ve škole nuceno sedět 45 minut v klidu, tiché a být pozorný, což je pro dítě s ADHD téměř nemožné. Pro ušetření času je vhodné zaslat dotazník, kde učitel popíše stav dítěte a zašle zpět. Pro kompletnost diagnostiky je vhodné zařadit výsledky z laboratorních vyšetření (krevní obraz, moč) a z vyšetření pomocí zobrazovacích metod (EEG, EKG, CT, MR). Tyto vyšetření jsou důležité hlavně kvůli správnému naordinování farmakoterapie (Drtílková, Šerý a kol., 2007, s. 87-89).

1.5 KOMORBIDNÍ PORUCHY U ADHD

Výskyt dvou či více duševních poruch současně u jednoho pacienta není žádným vzácným jevem. S tímto problémem se setkáváme i u ADHD. Goetz, Uhlíková (2009, s. 75) dokonce uvádí, že u dětí s poruchou pozornosti nalézáme přítomnost další poruchy u 60 - 70% případů. „*Nové zobrazovací techniky mozku ukazují, že ADHD je členem větší skupiny neuropsychiatrických poruch, jejichž patofyziologický podklad zasahuje blízké nebo dokonce identické mozkové regiony, což může naznačovat souvislost s častým výskytem některých přidružených (komorbidních) poruch.*“ (Drtílková, Šerý, 2007, s. 187). Drtílková (2007, s. 184) dále uvádí, že hyperkinetická porucha je spojována především s výskytem poruch chování, tikovými poruchami, specifickými vývojovými poruchami školních dovedností a úzkostnými poruchami. Goetz a Uhlíková (2009, s. 76-78) přidávají dále poruchu opozičního vzdoru, nálad, spánku a zneužívání návykových látek. Včasnou léčbou ADHD můžeme snížit riziko přítomnosti další poruchy.

Raný výskyt ADHD u dětí přináší více kombinovaných poruch než u školních dětí. Komorbidní poruchy u předškolních dětí studovali Wilens a Biederman, který zkoumal skupinu předškolních dětí a dětí školou povinných. Výzkumy odhalily, že nejčastěji se vyskytovala porucha opozičního vzdoru. U poloviny zkoumaných dětí v obou skupinách byly přítomny poruchy nálady, naopak depresivní poruchy se ve vysokém počtu objevily pouze u dětí předškolního věku (Drtílková, 2007, s. 194). Autorka také tvrdí, že podle některých autorů je u předškolních dětí léčba stimulačními látky méně výrazná, a u pacientů se projevuje větší počet nežádoucích účinků.

Poruchy školních dovedností

Mezi tyto poruchy se řadí tzv. dys- poruchy (dyslexie = porucha čtení, dysgrafie = obtížné rozeznávání slabik a zhoršený psaný projev, dyskalkulie = problémy s jednoduchými matematickými operacemi a číselnou řadou). Drtílková (2007, s. 194) uvádí výskyt těchto poruch dokonce u 40% dětí s ADHD. U dětí, které trpí hyperkinetickou poruchou spojenou s poruchami učení, často dochází ke školnímu selhávání. Můžou k tomu přispět vysoké nároky ze stran rodičů i učitele (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 75-76). Zde je velmi důležité nesrovnávat dítě s ostatními spolužáky, a brát ohled na jeho individuální zvláštnosti.

U některých dětí se můžeme setkat s výrazně zhoršenou motorickou funkcí. To znamená, že děti jsou neobratné, špatně si zavazují tkaničky, zapínají knoflíky, nechytou míč nebo hůře kreslí. Takovéto děti mají problém v tělesné výchově a zvyšuje se riziko nehod a úrazů. (Drtílková, Šerý a kol., 2007, s. 185).

Účinná léčba poruch školních dovedností musí obsahovat spolupráci jak rodičů, tak učitelů a odborníků. Je nutný specifický nácvik, který lze trénovat u psychologa zaměřeného na školní problematiku v Pedagogicko-psychologické poradně (u dyslexie má nácvik až 80% nadějí na úspěch). Podpůrná psychoterapie a vhodné školní zařazení mají také pozitivní vliv na úspěšnost dítěte ve škole (Drtílková, Šerý a kol., 2007, s. 185-186).

Tikové poruchy

Tiky jsou mimovolné a opakující se pohybové či zvukové projevy (záškuby, mrkání, pokašlávání). U dětí s ADHD se vyskytují v 10% (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 78). Tiky u dětí pozorujeme jen v některých situacích, a pokud se neobjevují ve velké míře, nepůsobí dítěti nějaké větší problémy.

Porucha opozičního vzdoru (OP)

Tato porucha je další z nejčastějších komorbidních poruch u ADHD. Objevuje se až u 40% dětí s hyperkinetickou poruchou. V Americe se můžeme setkat s označením - NO children. Charakteristickými znaky poruchy jsou vzdorovitost vůči autoritám, podrážděnost, nadměrná hádavost a záměrné porušování pravidel. Kombinace ADHD a poruchy opozičního vzdoru u dětí je pro rodiče velmi psychicky náročná, avšak léčba může zmírnit některé z příznaků OP (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 76).

Poruchy chování

Tyto poruchy bývají spojené s výše zmíněnou poruchou opozičního vzdoru, akorát se přidružují v pozdějším věku než OP. V současné době jimi trpí 14% dětí s ADHD. Nejběžnějšími typy problémového chování jsou krádeže, lhaní, záškoláctví, neúcta k právům, majetku a zdraví druhých lidí, šikana či zastrašování. Děti se toulají, utíkají z domova, provokují rvačky, ničí cizí věci. V některých případech se často objevuje i fyzická agresivita, ačkoliv nepatří přímo k typickým znakům ADHD. Agresivita může mít otevřenou formu (napadání jiných osob, fyzické násilí) nebo formu skrytou, která se projevuje podvody, lhaním či vandalismem (Drtílková, Šerý a kol., 2007, s. 190-191).

Drtílková (2007, s. 190) dále zmiňuje, že podle výzkumů, které proběhly u dětí s ADHD a poruchami chování, převažuje impulzivita nad poruchou pozornosti. Naopak od dětí s ADHD a úzkostnými poruchami, u kterých převažuje porucha pozornosti. Při této kombinaci poruch se doporučuje léčba doporučenými dávkami stimulačních látek.

Úzkostné poruchy

Úzkostných poruch existuje celé spektrum. Společným znakem však zůstává, že dítě trpí strachem a napětím, které se váže na nějakou činnost. Může se například jednat o strach chodit do školy, odchod rodiče, obava z podání špatného výkonu nebo i bez zjevné příčiny. Úzkostné poruchy mohou být provázeny tělesnými projevy jako je bušení srdce, třes, nevolnost, bolesti břicha, pocení, pocit knedlíku v krku apod. (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 77). Úzkostné děti trpí výrazně nižším sebevědomím, a nebývají tolik nápadné jako děti s čistou formou ADHD, protože jsou méně impulzivní.

Goetz s Uhlíkovou (2009, s. 77) popisují jejich narušený kognitivní vývoj, konkrétně pracovní paměť a snížené rozumové schopnosti při řešení složitějších úloh, kde je zapotřebí zapamatování si více operací zároveň. Drtílková (2007, s. 184) ve své knize uvádí fakt, že podle některých výzkumů zkoumající tyto komorbidní poruchy, je léčba za pomoci stimulačních látek méně účinná. Kombinací úzkostných poruch a ADHD trpí zhruba 30% dětí.

Poruchy nálady

Poruchy nálady mohou být rozmanité. Goetz s Uhlíkovou (2009, s. 77) rozlišují dva základní typy. Jedním z nich je deprese, pro kterou je typická smutná či podrážděná nálada. Dítě je apatické, zřídka se nadchne pro nějakou aktivitu a velmi často pláče. Zahraniční studie ukázaly, že u neléčených depresivních dětí s ADHD je větší riziko obezity než i dětí se samotným ADHD.

Hlavním zástupcem poruch nálady je však bipolární afektivní porucha. Tato porucha se řadí mezi endogenní poruchy, jejichž typickým projevem je periodické střídání emotivity. Jedná se o fáze relativního zdraví a fáze nemoci, které se projevují jako stavy mánie či deprese (Miňhová, 2006, s. 87). Manická fáze je kvůli shodným projevům obtížná rozlišit od ADHD. Drtílková (2007) upřesňuje tento problém:

„Vzhledem k tomu, že u dětské mánie je obvykle přítomna zvýšená dráždivost, bouřlivé afekty a prolongované agresivní projevy, není překvapující, že mnohé z těchto dětí jsou diagnostikovány jako ADHD nebo poruchy chování. Rozlišení preadolescentní mánie a ADHD může být diferenciatně diagnostický problém, protože mnohé symptomy jsou u obou společné, například hyperaktivita, nesoustředěnost nebo zrychlená řeč.“ (Drtilková, Šerý a kol., 2007, s. 194). Rozlišení těchto dvou poruch je však velmi důležité pro nastolení správné léčby. Manické fáze se totiž zhoršují podáváním stimulačních látek a antidepresiv (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 78).

Poruchy spánku

Jak již bylo zmíněno, poruchy spánku u ADHD se projevují už v kojeneckém věku. Někdy tyto poruchy s věkem odezní, avšak se může stát, že přetrvávají i do dalších vývojových etap v podobě náměsícnictví, mluvení ze spánku či nočních děsů. Pokud dítě trpí ADHD spojené s úzkostmi či depresiemi, jsou poruchy spánku častější (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 78).

1.6 FARMAKOTERAPIE A DALŠÍ TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI

„Cílem léčby je pomoci dítěti zvládnout denní režim, využít své inteligence ve škole, zlepšit zařazení do kolektivu a vztahy s blízkými osobami. K tomuto je nezbytné zaměřit se nejen na příznaky ADHD, ale také na prevenci nebo terapii již přidružených psychických poruch, především poruch chování a nálady.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 82). Léčba ADHD by tedy měla vést ke zlepšení práce a prospěchu dítěte jak ve škole, tak v životě. Zejména ve farmakoterapii jsou viditelné značné pokroky a úspěchy, ačkoliv úplné uzdravení nelze očekávat, jak si mylně představují někteří z rodičů těchto dětí. Právě rodiče v léčbě dítěte hrají důležitou roli. Rozhodnutí zda jejich dítě bude užívat léky je zcela na nich, a je důležité, aby se na tomto faktu shodli oba z rodičů.

Podle Goetze a Uhlíkové (2009, s. 83) je nejvhodnější začít léčbu mezi 5. – 6. rokem dítěte. Začíná se minimální dávkou, která se individuálně zvyšuje podle potřeby. Dítě v této době totiž ještě nenastoupilo do školy, a tak lze předejít dalším problémům, které mohou dítě s ADHD ve škole potkat (úzkost, deprese, další poruchy chování). Nutno zdůraznit, že potvrzení diagnózy ADHD ještě neznamená léčbu medikamenty.

ADHD je porucha neurotransmitterových systémů v mozku (dopaminový a noradrenalinový systém), a proto se pacientům podávají léky zvyšující aktivitu těchto systémů. Reifová (2010) i Goetz s Uhlíkovou (2009) ve svých publikacích uvádějí nejběžnější léky, které se užívají k léčbě ADHD:

Stimulancia

Tyto typy léčiv umožňují dítěti lepší soustředění a zmírňují jejich aktivitu a impulzivitu. *„Stimulancia patří mezi nejdéle používané léky u ADHD v celé dětské psychiatrii, a je s nimi také nejvíce zkušeností. Zjišťujeme, že ke zlepšení příznaků dochází u 70 – 80 % pacientů“.* (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 89). Výše uvedení autoři se shodují, že v České republice se v této skupině léčiv nejběžněji využívá lék Ritalin, který obsahuje účinnou látku methylfenidát. Výhodou tohoto léku je, že lze podávat dítěti již od 6 let (ve vážných případech i dříve), a jeho účinek se dostavuje velmi rychle, avšak délka působení je pouze 3-4 hodiny. Mezi další stimulancia patří Dexedrin, Cylert. Goetz, Uhlíková (2009, s. 90) uvádějí i relativně nově dostupný lék v České republice Concerta.

Nestimulační preparáty

Tento typ léčiv působí na metabolismus noradrenalinu. To znamená, že stejně jako stimulantia děti neutlumují, pouze upravují aktivitu mozkových center. Nejběžnějším a dobře dostupným lékem je Atomoxetin. Velkou výhodou tohoto preparátu je jeho dlouhodobý účinek. Atomoxetin působí celý den, takže dítě nemusíme stresovat podáváním léku během dne. Mezi další výhodu patří i jeho působení na lepší spánek a usínání dítěte (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 91). Riefová (2010, s. 158) ještě přidává skupinu tricyklických antidepresiv, které také posilují přenašeče signálů v mozku, a jsou předepisovány dětem, kteří z nějakého důvodu nemohou užívat výše zmíněné preparáty. Do této kategorie patří Tofranil, Norpramin a Elavin.

Když dítě užívá jakékoliv z těchto výše zmíněných léků, zlepšení se dostavuje do pár hodin až týdnů, ačkoliv to mohou být jen nepatrné krůčky, kterých si rodič nemusí všimnout, samotné dítě tuto změnu pociťuje. Aby byl léčebný přístup co nejefektivnější, samotná farmakoterapie nestačí. Vhodné je zařadit kromě léku také vhodnou psychoterapii, určitý denní režim a výchovná opatření. *„Z terapeutického hlediska je významné, aby se podařilo najít oblast, kde se hyperaktivní dítě může cítit úspěšně a dosáhnout pozitivního sociálního ocenění. Pokud se toto nepodaří, lze očekávat, že děti začnou vyhledávat aktivity, které jim zajistí pocit úspěšnosti a ocenění sociální skupinou, byť by se jednalo o aktivity sociálně problémové nebo přímo asociální“.* (Drtilková, Šerý a kol., 2007, s. 170).

Další terapeutické postupy:

Když už si rodiče, lékaři či vychovatelé nevědí rady, a dítě nereaguje na předepsanou léčbu, přichází na řadu další terapeutické postupy, které by měl naordinovat zkušený specialista. Zřídka kdy se stává, že zvolí pouze jeden postup. Kombinace více postupů je účinnější a efektivnější. Volba postupu by se měla odvíjet od osobnosti dítěte a od osobní situace rodičů, protože spolupráce s rodiči zde hraje zásadní roli (Prekopová, Schweizerová, 2013, s. 140). Prekopová (2013, s. 141-142) rozděluje terapeutické postupy následovně:

- Terapeutická pomoc, která podporuje osobnost dítěte, zaměřena na jeho vztah k sobě, k druhým a na sociální prostředí dítěte. K této skupině patří všechny typy psychoterapie:

- **Systémová rodinná terapie:**

Tento přístup pracuje spíše s komunikací uvnitř rodiny než se speciální poruchou dítěte. Porucha komunikace v rodině může nastat kvůli symptomům dítěte, ale může být i jejich příčinou.

- **Terapie chování:**

Tato terapeutická metoda se snaží za pomoci systémového tréninku přesvědčit dítě o tom, že je výhodné ovládnout své chování a převzít kontrolu nad svou pozorností a vytrvalostí. Opírá se zejména o poznatky psychologie učení. Výsledkem je cesta k vlastní sebekontrolě.

- **Jiné formy psychoterapie:**

Do této skupiny Prekopová zařazuje klasickou dětskou psychoterapii, dříve zvanou jako psychagogika, psychodrama.

- Terapeutická pomoc, která řídí pohybovou aktivitu a zlepšuje úroveň pozornosti a schopnost koncentrace dítěte. Sem zařazujeme:

- **Rehabilitace na neurofyziologickém základě:**

Sem můžeme zařadit senzomotorickou stimulaci podle Vojty, Ayresové či Bobatha.

- **Mototerapie (psychomotorika) :**

Cvičení zaměřené na motorickou zručnost a vnímání těla. Kromě těchto základních složek působí na sociální chování a vývoj osobnosti.

- **Kineziologie:**

Tato metoda se zaměřuje na zlepšení kooperace pravé a levé mozkové hemisféry a odstranění zablokované energie.

- **Terapeutická jízda na koni**

- **Hrová terapie:**

Terapie na psychoanalytickém základě. Dítě je zapojeno do společenské hry, kdy dítě fyzicky usměrňuje terapeut. Prostřednictvím těchto her si dítě uvědomuje hranice svého chování a svou sebedůvěru.

- **Progresivní relaxace:**

Tento postup je velmi podobný autogennímu tréninku, avšak pro hyperaktivní děti je více účinný. Podstatou je, aby se dítě naučilo vnímat a hlavně ovládat polaritu svalového napětí- uvolnění.

- Terapeutická pomoc, která se pokouší ovlivnit hyperaktivní dítě biochemickou cestou. Do poslední skupiny Prekopová zařazuje tyto terapeutické postupy:

- **Dietní výživa:**

Zde je necennější dodržování jistých pravidel, které vytváří jakousi strukturu řádu, čímž se učí sebeovládání a seberegulaci.

- **Medikamentózní léčba**

Ivana Drtílková (2007, s. 202-210) uvádí i nestandardní postupy léčby dítěte s ADHD. Mezi ně řadí například eliminační dietu, která je založená na vyloučení některých potravin z jídelníčku dítěte, různé nutriční doplňky, rostlinná léčiva nebo různé masáže, které mají zklidňující účinky. Tyto metody však skrývají mnoho rizik a není zcela potvrzena jejich účinnost.

2 DÍTĚ S ADHD V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

2.1 OSOBNOST DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Předškolní věk je v širším pojetí chápán jako období od narození až po vstup dítěte do školy. V užším slova smyslu se předškolní etapa vyznačuje věkem mateřské školy, který je charakteristický vstupem do předškolního zařízení a začátkem socializace mimo rodinné prostředí. Avšak nebylo by správné definovat tuto etapu pouze jako vstup do mateřské školy, protože mnoho dětí tuto instituci nenavštěvuje (Krejčířová, Langmeier, 2006, s. 84). Předškolní věk se tedy nejčastěji a nejvhodněji vymezuje jako období od tří do šesti let (Helus, 2009, s. 201).

Už víme, že v předškolním věku lze diagnostikovat ADHD. Goetz a Uhlíková (2009, s. 44) ve své publikaci uvádějí, že rodiče pozorují u více než 50% dětí mladších čtyř let zvýšenou aktivitu. V některých případech se však příznaky poruchy projeví, ale nepřetrvávají déle než 6 měsíců, a postupně vymizí. U dětí, u kterých je diagnostikováno ADHD v předškolním věku, se často porucha do 1 roku upraví. U dětí s ADHD předškolního věku pozorujeme zejména poruchy motoriky a aktivity, emoční poruchy, poruchy chování, poruchy koncentrace pozornosti, paměti a poruchy řeči (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 7).

Motorický vývoj

Krejčířová, Langmeier (2006, s. 85) ve své knize vývojové psychologie popisují, že toto období se vyznačuje pohybovou obratností. Tříleté dítě už zvládá běhat po nerovném povrchu stejně jako po rovině, umí běhat do schodů i ze schodů a počet pádů se začíná snižovat. Podle Langmeiera dítě od 4 let samostatně jí, dokáže se samo obléci i svléci, nazouvá si boty a zkouší si pomalu zavázat tkaničky. I na toaletě už nepotřebuje větší asistence dospělých. V této etapě je vhodné začít s nácvikem různých sportovních dovedností jako například plavání, lyžování nebo jízdu na kole.

Při hře s drobnými předměty, kuličkami, kostkami, korálky či při modelování z plastelíny se rozvíjí jemná motorika dítěte. Kolem čtvrtého roku se vyhraňuje lateralita, a dítě se tak stává pravákem nebo levákem (Gillernová, 2010, s. 14). V předškolním věku je důležitým aspektem rozvoj kresby. Předškolák už se posunul od spontánního čarání ke znakové kresbě, kdy různými symboly znázorňuje předměty, osoby a zvířata. Tyto symboly jsou velmi jednoduché. Nejtypičtější kresby jsou sluníčko a hlavonožec

(končetiny vycházejí rovnou z hlavy a obličej je s detaily). Před nástupem do školy už by dítě mělo zvládnout nakreslit detailnější lidskou postavu včetně prstů a oblečení (Krejčířová, Langmeier, 2006, s. 85).

U dětí s poruchou pozornosti je psychomotorický vývoj trochu odlišný od ostatních dětí. Goetz (2009, s. 44) tento vývoj popsal jako nerovnoměrný, kdy dítě například umí dříve lézt než sedět, učí se rychleji mluvit, avšak jeho motorika zaostává v porovnání s vrstevníky. Vyžaduje větší asistenci dospělých při vykonávání běžných denních činností. Často se nedokážou sami obléci, v klidu se najíst, zapnout si knoflíky nebo si zavázat tkaničky. Pravidelný denní režim a opakování umožňuje nejen osvojení si denního rytmu, ale i zdokonalování hrubé i jemné motoriky.

Motorická činnost hyperaktivního dítěte, u které by se dal předpokládat jeho útlum, jej naopak může vyburcovat k ještě větší akci, což může způsobit, že dítě je protivné, ale nedokáže se ze situace vymanit. V tomto věku je také nejčastější riziko úrazů, protože dítě je neobratné, nešikovné a díky své impulzivitě nedomýšlí důsledky svého nebezpečného jednání (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 7).

Kognitivní vývoj

V této fázi dítě ušlo dalekou cestu, co se týká kognitivního vývoje. Opustilo fázi předpojmovou a přešlo do fáze názorné. Rozvoj poznávacích procesů je velmi intenzivní, a díky němu dítě poznává hlouběji svět kolem sebe, avšak stále se nerovná myšlení dospělého člověka. Krejčířová, Langmeier (2006, s. 86-87) uvádí, že typickým znakem pro toto období, je prelogické myšlení s prvky egocentrismu, magičnosti (tendence dětí pomáhat si při interpretaci svou vlastní fantazií) a antropomorfismu (tendence polidšťování). Myšlení předškolního dítěte je stále nepropojené, útržkovité a chybí mu komplexní náhled. Dítě se neopírá o pojmy, ale zatím jen o pseudopojmy. To znamená, že zatím nevyčleňuje podstatné části jevu, ale vybírá si pouze ty, které upoutaly jeho pozornost (Helus, 2009, s. 202).

S upoutáním pozornosti souvisí i proces zapamatování. Dítě v předškolním věku si nejlépe zapamatuje materiál, který je citově zabarven, vyvolává radost, smutek, nadšení nebo materiál, který je spojen s negativním citovým zážitkem. Zpočátku si dítě zapamatovává bez jakékoliv motivace či úmyslu. Dokáže si však už zapamatovat básničky i děj pohádky. V druhé polovině předškolního období si začíná pamatovat úmyslně (Trpišovská, Vacínová, 2006, s. 34). Čížková s Šimíčkovou (2005, s. 70) tvrdí, že dítě

v předškolním věku si osvojí 2000 až 2500 nových výrazů, a jejich slovní fond již obsahuje 3000 až 4000 slov.

Předškolák již začíná chápat velmi jednoduché matematické vztahy. Dokáže počítat do desíti, chápe, že dvě je méně než čtyři a uvědomuje si, že čím více se napije ze sklenice s vodou, tím méně mu ve sklenici zbude. Od batolete předškolák udělal velký posun i ve smyslovém vnímání. Začíná rozlišovat doplňkové barvy (fialová, růžová, oranžová), dokáže rozeznávat různé zdroje zvuků i výšku tónu (ptačí zpěv, zvuk aut), a jeho chuťové i čichové vnímání se více a více zpřesňuje (Čížková, Šimíčková, 2005, s. 69).

Při ADHD je obvykle postižen celý kognitivní vývoj dítěte. Proto děti mají problémy s organizací dne a plněním požadavků. Vzdálenější cíle plní jen s velkými obtížemi, protože se špatně orientují v čase a převážně žijí způsobem „tady a teď“. Velmi obtížně odolávají momentálním podnětům, a tak často provedou to, co je právě napadne. Špatně plánují a mění strategii v závislosti na předchozí chybě. Jejich myšlení je překotné a rigidní (opakují stejné chyby). U dětí s ADHD je častá absence důsledků jejich chování. Přeběhnou silnici, aniž by předtím přemýšlely, že může jet auto a srazit je. V předškolním věku je tak nejvyšší riziko úrazů, proto tyto děti potřebují zvýšenou pozornost dospělých. Jejich smyslové vnímání je špatně diferenciované, dítě neslyší přesně, co mu říkáme, porozumění je proto zkreslené, a z tohoto důvodu dítě reaguje jinak, než jak od něj právě očekáváme (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 7).

Emoční vývoj a socializace

Předškolní děti už mají na rozdíl od předchozí vývojové fáze větší emoční diferenciaci. Zdrojem jejich pozitivních a negativních emocí je činnost. Když se dítěti něco nepovede, pociťuje vztek, zlost nebo smutek, naopak když je v činnosti úspěšné, raduje se. V tomto období převažují spíše ty pozitivní city. Kolem čtvrtého roku se objevuje strach z neznámého prostředí a z cizích lidí (Čížková, Šimíčková, 2005, s. 71-72). Výše zmíněné autorky dále popisují, že v předškolním věku se rozvíjí i vyšší city zejména city sociální, intelektuální, estetické a etické. Sociální city se nejdříve vyvíjejí ve vztahu k dospělým (láska k rodičům, sympatie a antipatie) a později ve vztahu k vrstevníkům, kdy si dítě vytváří vztah k sobě samému (sebecit).

U předškoláka se objevují i pozitivní emoce z poznávání a objevování nových poznatků a činností, rozvíjejí se tzv. intelektuální city. Pokud je dítě dostatečně stimulováno např. čtením pohádek, poslechem hudby či kreslením, dokáže vnímat krásno a

radovat se, když se mu něco zdá být hezké. Etické city se rozvíjejí především vlivem trestů a pochval, z kterých dítě může prožívat pocity viny či radost. Dítě začne chápat, co je správné a co špatné. Důležitou roli zde hraje vzor rodičů (Čížková, Šimíčková, 2005, s. 71-72). Dalším typickým znakem této životní etapy je vstup do mateřské školy, kde se dítě začíná socializovat prostřednictvím svých vrstevníků a učitelek. Děti v tomto věku přestávají být tolik závislé na rodině, i když rodina plní v jejich životě stále nejdůležitější roli.

Čížková (2005, s. 72) považuje hru za hlavní činnost, ve které probíhá proces socializace. „*Hra odráží složité vztahy mezi dítětem a jeho životním prostředím, uplatňuje se v ní práce i učení. Hra je významným socializačním a motivačním činitelem, je základní psychickou potřebou. Dítě si hraje, i když je unavené nebo nemocné. Hra je ukazatelem vývojové úrovně dítěte, umožňuje nám pozorovat vývojové zvláštnosti*“ (Čížková, Šimíčková, 2005, s. 72). To, co děti reprodukují při svých hrách, nemusí být nutně odrazem skutečnosti, ale jedná se mnohdy o doplnění souvislostí podle jejich fantazie. Podle Čížkové (2005, s. 72) se při spolupráci s vrstevníky a při hře projevují temperamentové vlastnosti v celém rozsahu, protože zatím nejsou ovlivněni sebekontrolou.

U dětí s ADHD může nastat při socializaci prostřednictvím hry problém. Drtílková (2007, s. 75) popsala ve své publikaci, že syndrom ADHD může dítě zcela vyčlenit z kolektivu, nýbrž dítě nerado čeká, a vše chce teď hned. To pak může vyústit v situaci, kdy dítě vytrhne druhému dítěti hračku, protože nebude chtít čekat, až mu bude půjčena nebo bude předbíhat při hře, protože čekání než přijde na řadu je pro něj obtížné. Goetz s Uhlíkovou (2009, s. 26) doplňují toto téma o impulzivní vyhrknutí toho, co má právě na jazyku (může to mít i urážlivý charakter) a přerušit tak řeč druhého dítěte. Dítě může díky své poruše a špatné motorice strčit do druhého dítěte, aniž by mu chtělo úmyslně ublížit. Takové dítě může být v kolektivu označeno za sebestředné a agresivní.

2.2 DÍTĚ S ADHD V MATEŘSKÉ ŠKOLE

V předchozí kapitole byl popsán vývoj předškolního dítěte s ADHD a nyní se zaměříme, jak hyperaktivní dítě zvládá pobyt v mateřské škole. Nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita či zvýšená emocionalita bývá u dětí s ADHD častým problémem pro vstup do předškolního zařízení. Kvůli špatné adaptabilitě dítěte bývá mnohdy docházka do mateřské školy omezena. Může docházet buď jen na vybrané dny v týdnu či pouze na dopoledne. Zřídka se stává, že dítě kvůli své poruše nedochází vůbec (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 7).

Učitelky v mateřské škole nemívají lehký úkol, pokud jde o hyperaktivní děti. Často pociťují citový rozpor, protože takovéto děti u nich vyvolávají pocity bezmocnosti a bezradnosti, avšak jejich osamělost a bezmocnost může vyvolat lítost. Dítě s ADHD potřebuje mnohem víc náklonnosti a péče než vyzrálé dítě, což je pro učitelku náročná situace, nezřídka se totiž stává, že hyperaktivních dětí je ve třídě víc než jen jedno. Jak už bylo výše popsáno, dítě s hyperaktivitou mívá problémy se sebeobslouhou kvůli své zhoršené motorice, to znamená, že si nazouvá špatně boty, triko si obléká obráceně, je neobratné, takže mnohdy potřebuje asistenci učitelky (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 20).

V předškolním zařízení se také nejvíce projevují potíže s delším soustředěním. Děti často střídají hračky, chvíli si s něčím hrají, po chvíli to odhodí a běží si hrát s jinou hračkou. Někdy začnou aktivitu, avšak zřídka kdy ji dokončí. U aktivit, které je však baví a zaujmou je, dokážou vydržet i delší dobu. Nesmí to však být činnost stereotypní. Rodiče se často diví, že u domácího úkolu dítě nevydrží v klidu sedět a pracovat, ale u počítačové hry sedí i několik hodin bez hnutí. Může se stát, že děti některé aktivity odmítají zcela vykonávat. Například děti, které mají problémy s grafomotorikou, neradi kreslí. Děti s ADHD raději pracují v malých skupinkách a v krátkých časových intervalech pro lepší udržení zájmu a pozornosti (Žáčková, Jucovičová, 2007, 38-40).

I z důvodu udržení pozornosti dětí je nutné dát jasnou strukturu každého dne v mateřské škole. Děti potřebují pevný rozvrh, stálost, jistotu a předvídatelný sled aktivit. Prekopová (2013, s. 137) například kritizuje metodu volné doby svačiny, která se dnes ještě často praktikuje. Dítě si pak zvyká na to, že si může dělat, co se mu v danou chvíli zlíbí, a tím si odnaučuje sociální zkušenost, která je součástí jeho zrání. Má vědět, že svačina je v určitou dobu, a že musí počkat, až ta doba přijde.

V některých školách se využívá systém 15 minut, kdy přesně tolik trvá každá aktivita a střídá se sezení s pohybem. Když však nastane situace, kdy opadne zájem a pozornost dítěte, učitelky by měly okamžitě zareagovat, než se začne dítě nevhodně chovat a nasměrovat jeho pozornost k jiné aktivitě (Reifová, 2010, s. 166). Aby byla práce s dítětem v mateřské škole efektivní a dítě se cítilo dobře, je důležité, aby vzájemný vztah mezi vychovatelem a rodičem nebyl ničím narušen. Učitelka by měla být velmi citlivá při sdělování rodičům, že u dítěte se objevují symptomy poruchy pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou, často to totiž rodiče berou jako nařknutí a ponaučování, jak se mají o své dítě správně starat, a tím se naruší vztah mezi nimi a učitelkou.

Role učitelky v mateřské škole nespočívá jen v tom připravit děti na pobyt ve školním zařízení, ale i být dobrým rádcem pro rodiče, pokud má podezření na poruchu ADHD u jejich dítěte. Rodiče tak mohou být pozváni do školy, aby své dítě viděli pracovat a eventuálně se i do aktivit zapojit či se radit s učitelkou, jak dítěti co nejlépe pomoci (Raifová, 2010, s.174).

Bylo popsáno, jak je důležitá role učitelky, rodičů i pevný řád, ale neměli bychom zapomenout na uspořádání třídy, které má velký vliv na náladu dětí. Jedna z nejdůležitějších zásad týkající se vzhledu třídy je nepřeplněnost stěn. Je-li ve třídě k dispozici mnoho hraček, znamená to, že dítě s ADHD má mnoho podnětů, kterým se nedokáže ubránit, a které odvádí jeho pozornost a brání jeho schopnosti koncentrace. Přehlednost vytváří klid (Prekopová, Schweizerová, 2013 s. 138). Dalším faktorem je výběr barvy. Stěny třídy by neměly být příliš barevné. Vhodná barva, která se doporučuje pro malé děti, je jemná červeně či starorůžová. Není nutné mít ve třídě mnoho výzdoby, bohatě stačí, když dítě může zažít vymalování své třídy. To, že se hyperaktivní děti podílí na uspořádání své místnosti, má velmi pozitivní vliv. Děti mají radost, když si zde mohou vystavit své díla a cítit se tak jako tvůrce (Prekopová, Schweizerová, 2013, s. 138).

Reifová (2010, s. 164) ve své knize uvádí další styly vyučování a způsoby vedení hodin, které popsaly učitelky mateřských škol, kde se nachází děti s ADHD:

- učitelka vytváří prostředí láskyplné výchovy, je laskavá, usměvavá, pochválí a dává jim najevo svou náklonnost
- úzká spolupráce s rodiči a jejich zapojení
- konkrétní a pevně stanovené požadavky

- struktura, důslednost a zvládání chování
- mnoho možností na výběr pro děti
- zábavnost, přitažlivý program a činnost
- dobré plánování a příprava
- vědomí, že nejdůležitější je budovat u dětí sebeúctu a dobrý pocit ze sebe sama
- respekt k osobnosti dítěte
- mnoho hudby a pohybu

Mateřská škola by měla mít za úkol učit děti sociálním dovednostem a správnému chování. Když se dítě učí nový vzorec chování, měl by se mu vždy jasně a srozumitelně vysvětlit, názorně předvést a procvičovat do té doby, dokud dítě přesně ví, co se po něm požaduje. Jeden z nejlepších a nejefektivnějších způsobů, jak dítěti vštípit nový vzorec chování, je chvála a usměvavý přístup. *„Učitelky v mateřské škole sdílí názor, že by se mívající děti neměly při negativním chování jmenovitě napomínat, ukázněvat a před ostatními označovat za „zlobivé“. Tyto děti se naopak pravidlo naučí lépe, když ho uslyší a pak samy vysloví“.* (Reifová, 2010, s. 165)

2.3 DÍTĚ S ADHD V RODINĚ

Předchozí kapitoly byly věnovány otázkám, jaké obtíže přináší ADHD dítěti, ale je nutné si uvědomit, že i jejich rodiče se díky této poruše dostávají do problémových situací, depresí či pocitů bezmocnosti. Reakce rodičů na diagnózu jejich dítěte jsou různé. Někdo může být nepříjemně překvapen, někdo zas cítí úlevu, že obtíže dítěte, s kterými si oni ani navštěvované pedagogické zařízení nevěděli rady, mají jasnou příčinu a nelze z ní nikoho vinit (Goetz, Uhlíková, 2009, s. 63). Často se stává, že rodiče diagnózu ADHD odmítají a hledají jiné, přijatelnější alternativy, který by vysvětlily chování jejich dítěte. Mohou vinit své partnery za špatnou výchovu, kamarády dítěte i školu. (Goetz, Uhlíková, 2009).

Bartoňová (2004, s. 49) popisuje 5 stádií, kterými prochází rodiny s dětmi s ADHD:

1. stádium šoku – rodiče často prožívají pocity zmatku.

2. stádium popření – v této fázi rodiče nechtějí uvěřit diagnóze, mnohdy nevěří ani samotným odborníkům.
3. stádium smutku, zlosti, úzkosti a pocitu viny – zde se objevuje hledání viny u druhých, agresivní pocity a vztek na ostatní i sebe sama.
4. stádium rovnováhy – rodiče se pokoušejí o racionální hodnocení situace. Uvažují, jak by mohli dítěti pomoci, kontaktují odborníky, poradny či rodiče se stejnými problémy.
5. stádium reorganizace – rodiče se vyrovnávají s faktem nemoci a přijímají dítě takové, jaké je. Bohužel této fáze dosáhne jen malé procento rodičů.

Rodiče také bývají opakovaně voláni do školy kvůli kázeňským přestupkům dítěte. Může u nich vzniknout přesvědčení o vlastní výchovné neschopnosti nebo se začnou hádat „po kom to dítě je“. Ztrácejí iluze o tom, že jejich ratolest je nadaná a talentovaná, protože ve škole špatně prospívá (Drtilková, Šerý, a kol., 2007, s. 236). Rodiče musí být stále na pozoru, což je velice vyčerpávající. Mají obavy o své nepozorné dítě, hlavně v situacích, kdy je samo venku. Dítě se nerozhledne, když přebíhá silnici, někam spadne, nezamkne byt, když odchází nebo nezavře vodu v koupelně (Goetz, Uhlíková, 2009).

Goetz s Uhlíkovou (2009) tvrdí, že rodiče dětí s ADHD trpí častěji stresem, špatnou náladou a nízkým sebevědomím. Mohou se stranit společnosti, ztratit své přátele i koníčky. Mají obavy z toho, jak na diagnózu a popřípadě farmakologickou léčbu bude reagovat jejich okolí. Neklidné dítě může být důvodem častých hádek i v partnerském vztahu, které mohou vyústit i rozvodem.

Shrnutím lze říci, že dítě s ADHD je velkou psychickou i fyzickou zátěží pro rodiče, a tak by se i jim měla věnovat odborná péče a pomoc. Oni sami by měli více relaxovat a hlavně uvědomit si, že hyperaktivní dítě nepřináší jen samá negativa. Jeho nekonvenční myšlení, výrazné emoce, rychlé řešení s překvapujícím výsledkem může být žádoucí pro celou řadu profesí (Goetz, Uhlíková, 2009).

2.4 ZÁSADY PRO PRÁCI S DÍTĚTEM S ADHD V RODINĚ

Správný přístup rodičů k dítěti s ADHD je klíč k úspěchu, aby se dítě i rodič udrželi v duševní pohodě. Jak uvádí autorky Jucovičová a Žáčková (2007, s. 12) jedna z hlavních zásad je dítěti vytvořit láskyplné prostředí. Dávat dítěti najevo, že ho máme rádi, i když občas trochu zlobí. Netrestat ho odmítáním a být mu oporou. Rodič by se měl stále kontrolovat, být klidný a vyrovnaný, a to i ve vypjatých situacích. *„Náš klidný přístup je nejpřesvědčivějším příkladem pro dítě, jak se má samo v podobných situacích zachovat.“* (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 12).

Láskyplný přístup však neznamená, že dítěti povolíme vše, co se mu zamane. Víc než u ostatních dětí je důležité dodržovat určitý řád a disciplínu. Celý život bude narážet na to, že vše má své pravidla, které se musí dodržovat, jinak přijde sankce. Dítě se musí naučit, že nežije samo, ale ve společnosti, na kterou musí brát určité ohledy. To znamená, že nemůže saturovat své potřeby na úkor druhých, ale musí se umět i podřídit. Pokud rodič dovolí, aby se dítě společně s ním podílelo na tvorbě pravidel, usnadní tak jejich zvnitřnění a dodržování. S tímto souvisí i potřeba pravidelného denního režimu (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 12).

„Řád je důležitý také proto, že dítěti chybí jeho „vnitřní řád“, mívá v něm chaos, a tak se mu i vše ostatní jeví jako chaotické. Dítě, které žije v chaosu a neustálých změnách, se necítí jistě, bezpečně. I když tyto děti mají rády určitou pestrost v životě a nesnáší nudu, v pravidelném denním řádu mají svou jistotu, oporu, a náhlá vybočení a změny snášejí většinou velmi těžce“. (Jucovičová, Žáčková, 2007, s. 12). I z tohoto důvodu je zapotřebí, aby v rodině fungoval sjednocený přístup k dítěti, protože pokud jeden z rodičů je důsledný a druhý ne, vyvolává to v dítěti opět zmatek, a dítě se naučí využívat toho „slabšího“ rodiče nebo přestane poslouchat oba dva.

Jedna z dalších zásad pro efektivní práci je, aby důležité informace byly více zvýrazněné od ostatních. Hyperaktivní dítě má narušenou pracovní paměť, a proto je dobré, aby měly důležité informace či pravidla co nejvíce na očích. Úkoly pro dítě s ADHD musí být jednoduché, splnitelné a krátké (Zelinková, 2003, s. 201). Goetz a Uhlíková (2009, s. 100) radí rodičům, aby vytvořili pro dítě kartičky s nápisy např. „Neodcházej od stolu“, „Když něco nevíš, zeptej se mě“ apod. Takto výtvarně můžeme znázornit i postup ranních rituálů (čištění zubů, oblékání, česání), aby se dítě ráno lépe orientovalo a vypravilo do mateřské školy. Pokud dítě ráno postupuje podle nakresleného

„návodu“, je velmi důležité, aby bylo pochváleno. Pochvaly by měly být mnohem častější než tresty. Když dítě neposlechne, je vhodné to s ním zkusit nejprve po dobrém, když uposlechne, mělo by být opět pochváleno. Pokárané by mělo v okamžiku, kdy nežádoucí chování nezmění. Zelinková (2003, s. 201) upozorňuje na důležitost časté zpětné vazby. Pozitivní hodnocení zpevňuje žádoucí chování. Zpětná vazba by však neměla dítě rušit při provádění úkonu. Je-li zpětná vazba upozornění na chybu, měli by rodiče dítě nasměrovat, jak chybu napravit.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU, STANOVENÍ CÍLE, VÝZKUMNÉ METODY

Cíle výzkumu

Ve svém výzkumném šetření jsme si zvolili za hlavní cíl zmapovat příznaky a vývoj dětí se syndromem ADHD v prostředí mateřských škol. Také bychom během pozorování chtěli zjistit informace o adaptaci a integraci těchto dětí a o postupech pedagogů k nim. Pokusíme se popsat motorický vývoj dítěte, projevy této poruchy v kolektivu ostatních předškolních dětí, dodržování zásad při práci s ADHD, prostředí MŠ a informovanost pedagogů o jednotlivých diagnózách. Tyto informace mohou pomoci přiblížit rodičům i učitelům, jak se syndrom ADHD projevuje v prostředí mateřské školy, jak se s ním dá efektivně pracovat a dál rozvíjet děti s touto poruchou.

Výzkumné metody

Pro toto výzkumné šetření byly využity kvalitativní metody výzkumu. Pro zpracování stanovených cílů jsme použili tyto metody a techniky: dlouhodobé pozorování dětí s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou v mateřské škole, rozhovor s nimi, analýza psychologických a speciálně pedagogických vyšetření a popis prostředí navštívených mateřských škol.

Popis výzkumného vzorku

Pro potřeby našeho výzkumu jsme navštívili dvě mateřské školy v Plzni a okolí. Ačkoliv ne pokaždé jsme se setkali s ochotou učitelek v jedné z mateřských škol, po vzájemné domluvě nám nakonec vyšly vstříc. Vybrali jsme si tři děti předškolního věku s diagnózou ADHD, které jsme během roku chodili navštěvovat. V našem výběru byla jedna šestiletá dívka a dva šest a půl letí chlapci.

Ke každému dítěti přikládáme případovou studii, která byla vytvořena na základě našeho pozorování a rozbořem materiálů z Pedagogicko-psychologické poradny. Pro popis prostředí přikládáme charakteristiku mateřských škol, kam pozorované děti docházejí. Z důvodu ochrany dat byla jména jednotlivých dětí změněna.

3.2 PŘÍPADOVÉ STUDIE

ONDŘEJ

Popis dítěte:

Jméno: Ondřej

Pohlaví: mužské

Rok narození: 2007

Charakteristika rodiny: rodina úplná, bez sourozenců, oba rodiče VŠ vzdělání, matka regentka prodeje, otec stomatolog

POZOROVÁNÍ: Ondra byl při všech našich návštěvách velmi veselý a komunikativní. Nedělalo mu problém navázat kontakt s cizími lidmi, spíše právě naopak. Při prvním setkání se zdržoval stále u nás a nechtěl spolupracovat se skupinou. Měl potřebu se předvádět, ukazovat co všechno umí, být středem pozornosti a neustále vyžadoval zadávání různých úkolů. Později se zapojoval i do skupinových aktivit, kde opět musel vyčnívat z řady a u všeho musel být první. Často se drží u paní učitelky, protože vyžaduje její pozornost. Chlapec nejčastěji kreslí, staví z lega a kostek. U těchto aktivit se dokáže plně soustředit. Naopak při svačině neustále odbíhá od stolečku, houpe se na židli a stále pokřikuje na paní učitelky. Ondra má přidělenou asistentku pedagoga.

Osobní anamnéza: Rodina úplná, bez sourozenců, rodiče velmi dobře spolupracují s MŠ. Oba rodiče mají VŠ vzdělání, matka regentka prodeje, otec stomatolog. Průběh těhotenství byl normální, bez žádných vážnějších problémů. Na přelomu 3. a 4. měsíce matka prodělala chřipku. Porod byl v termínu, normální, vyvolávaný. Po narození se u chlapce objevila novorozenecká žloutenka.

Zdravotní potíže: zvýšené svalové napětí, nesestoupené 1 varle, rehabilitace do 1 roku

Vývoj: sezení: 10. měsíc, lezení: 8. měsíc, chůze: 13. měsíc, vyjadřování slůvky: 18. měsíc, věty: 24. měsíc, hygienické úkony: 2,5 roku

Vstupní diagnostika dítěte v mateřské škole:

Chlapec navštěvuje již třetí rok běžnou třídu v MŠ. Kvůli jeho špatné sebekázní, neustálému sebeprosazování a neklidu, bylo mateřskou školou doporučeno vyšetření v Pedagogicko-psychologické poradně a odklad školní docházky. Jak již bylo zmíněno, chlapec je zvýšeně sebeprosazující, a z tohoto důvodu dochází k častým konfliktům s jeho vrstevníky i s dospělými, které řeší často neadekvátně. Při hře nedodrhuje pravidla, nechce se podřídít skupině, uráží se a raději si hraje sám. S vrstevníky se málokdy domluví, protože chce být velitel a všem poroučet. Sám opětovaně vymýšlí aktivity, se kterými ruší ostatní děti, aby upoutal jejich pozornost. Když se učitelkám podaří ho usměrnit a zapojit do skupinové práce, opět po chvíli mnohdy odbíhá k rušivým aktivitám.

Ondřej umí rozeznat základní i doplňkové barvy. Číselnou řadu zvládá do 20 i sestupně. Početní představa je již vytvořena. Lateralita není u chlapce ještě zcela určena, má nejistý úchop tužky. Přetrvávají obtíže s grafomotorikou a jemnou motorikou. Chlapec trpí poruchou pozornosti s hyperaktivitou. Řeč je smysluplná, přiměřená věku, avšak často toho chce říci více, než stihne. Hygienické návyky jsou dobré. Sebeobsluha je mírně neobratná, ale spoustu úkonů zvládá sám.

Zpráva o psychologickém vyšetření dítěte:

Z anamnézy vybíráme: Chlapcův porod byl vyvolávaný, avšak jinak bez komplikací. Již od kojeneckého věku byl Ondra velmi plačtivý a špatně spal (nespal více jak 3 hodiny). Motorický vývoj byl v normě. Do 5 a půl let trpěl nočním pomočováním. Řeč je plynulá, občas zbrklá a překotná. V MŠ je impulzivní, sebeprosazující, manipulativní, občas mívá afekty vzteku, když není po jeho. Chlapec je v péči logopeda, urologa a speciálního pedagoga.

Z vyšetření: Během vyšetření byl chlapec velice hovorný, neustále měl nějaké dotazy, které se však netýkaly právě probíhajícího hovoru. Občas nerozuměl, na co přesně je tázán, a co se po něm vyžaduje. Při kreslení střídal levou a pravou ruku, úchop tužky je křečovitý (viz příloha č.1). U chlapce byla zjevná rychlá unavitelnost při delším rozhovoru. Ondřej je extravertní, egocentrický a negativistický. Má problémy s adaptací a nezvládá kritiku od ostatních. Převládá citová labilita.

Závěr vyšetření: Neurčitá lateralita, nekorektní úchop tužky, méně rozvinutá grafomotorika. U chlapce přetrvává překotná řeč, porucha pozornosti a aktivity, nápadná

živost, vzdor, odmítnutí, vyvolávání konfliktů, nesprávné tvary slov a neposlušnost. Neustále vyžaduje pozornost a konflikty s vrstevníky zvládá neadekvátně.

Doporučení pro MŠ:

Pokračovat ve spolupráci s odbornými lékaři a uskutečňovat logopedickou péči. Při komunikaci si vždy ověřit, zda chlapec dobře rozumí. Dodržovat režim dne, střídat typy činností. Zajišťovat dostatečné pohybové a hrové aktivity, zařazovat relaxaci. Velice trpělivě, klidně a důsledně vést k lepší sebekázi. Nadále uvolňovat ruku (kreslení na velké plochy), rozvíjet kresbu, fixovat úchop. Dále spolupracovat s asistentkou pedagoga.

MICHAL

Popis dítěte:

Jméno: Michal

Pohlaví: mužské

Rok narození: 2007

Charakteristika rodiny: chlapec vyrůstá v úplné rodině, má mladší sestru

POZOROVÁNÍ: Michal při našem prvním setkání byl zpočátku velmi stydlivý a negativistický. Odpovídal pouze na položené otázky, sám konverzaci nevedl. Až po nějaké době se osmělil a spolupracoval. Ukázalo se, že pokud chlapec zjistí, že nemusí mít z cizí osoby strach, je velmi komunikativní a veselý. Hraje si spíše sám, často je kolektivem odmítán, protože dokáže být škodolibý. Rád vypráví o své rodině, hlavně o své mladší sestře, o kterou se rád stará.

Při kresbě si povídá pro sebe, střídá pravou a levou ruku. Pokud je bez činnosti, je nervózní, pobíhá po třídě a vyrušuje. Pokud je nucen do činnosti, kterou se mu zrovna dělat nechce, je neadekvátně vznětlivý a kope do věcí. Při svačině je neposedný, pošťuchuje ostatní děti a odchází od stolu. Nejráději si hraje se stavebnicí, ze které staví auta nebo zbraně, se kterými pak obtěžuje své vrstevníky. Započatou činnost dokáže dokončit, avšak musí nad ním být permanentní dohled, aby neodbíhal k rušivým činnostem. Při skupinových hrách dokáže dodržovat dohodnutá pravidla. Při sebeobsluze nepotřebuje větší asistenci učitelky, když se velmi snaží, dokáže si zavázat tkaničky i se obláci sám. Mírně neobratný je ve stříhání papíru a jemné motorice. Jeho řeč je přiměřená věku, ačkoliv zde jsou nedostatky ve výřečnosti.

Osobní anamnéza: Porod probíhal v termínu, matka však měla zelenou plodovou vodu. Chlapec prodělal v dětství zánět středouší, úraz hlavy, jinak běžné dětské nemoci. Lékařka v dětské poradně doporučila matce rehabilitaci Vojtovou metodou, kterou pak s dítětem delší dobu cvičili. Michal je v péči logopeda pro nedomykavost hlasivek, zastřený hlas a problém s výslovností r, ř, l.

Vstupní diagnostika dítěte v mateřské škole:

Michal navštěvuje mateřskou školu každý všední den. Jeho adaptace na MŠ proběhla bez vážnějších potíží. Zpočátku si se svými vrstevníky nehrál, spíše se zdržoval u paní učitelky nebo si hrál sám. Učitelky tvrdí, že je často v kolektivu odmítán kvůli své nepřizpůsobivosti. Vždy mu nějakou dobu trvá, než se osmělí a začne s dětmi spolupracovat. Chlapec je spíše introvertní. V MŠ je nepozorný, neklidný, málo unavitelný, na pravidla reaguje dobře. Objevují se separující tendence. Chlapec má roční odklad školní docházky z důvodu jeho psychické a sociální nezralosti a poruše pozornosti s hyperaktivitou. Vyhledává spíše aktivity, kde může být sám (stavění z lega, kreslení, kostky). Výraznější kázeňské problémy nemá. Kvůli zhoršené schopnosti koncentrace pozornosti byl na žádost rodičů a mateřské školy doporučen na vyšetření v PPP.

Zpráva o psychologickém vyšetření dítěte:

Z anamnézy vybíráme: Dítě je z 1. těhotenství, porod v termínu. Podle informací matky se objevila zelená plodová voda. Raný psychomotorický vývoj byl mírně opožděn, cvičili Vojtovu metodu. V dětství prodělal běžné dětské choroby, nyní je zdravý. Špatná koordinace oka a ruky, při kresbě má nevhodný úchop tužky a jemná motorika je zhoršena (viz příloha č.2). Kvůli těmto potížím se chlapec účastní programu HYPO. Podle MŠ je neklidný, nesoustředěný, mívá výbuchy zlosti, odmlouvá, střídá levou a pravou ruku, dožaduje se souhlasu, když dělá nějakou činnost, aby se ujistil, zda to dělá dobře, je schopný samostatné činnosti.

Závěr vyšetření: Michal trpí poruchou pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou. Jeho sluchová a zraková paměť je zhoršena. Ostatní percepčně-kognitivní funkce jsou přiměřené věku. Je často nesoustředěný, objevují se afekty vzteku. Lateralita ještě není určena. Hygienické návyky jsou dobré. Stále má nedostatky v oblasti grafomotoriky, řeči a je psychosociálně nezralý.

Doporučení pro MŠ:

Cvičit úchop tužky, jemnou motoriku a koordinaci oka a ruky. Dle možností pomáhat s logopedickou péčí. Při všech činnostech respektovat nevyhraněný typ laterality. Zařazovat grafomotorická cvičení, pohybové a hrové aktivity, nezapomínat na relaxaci. Důsledným a klidným přístupem vést chlapce k větší sebekázni, oceňovat každou snahu a dílčí pokroky. Asistentka pedagoga není nutná.

Charakteristika mateřské školy

Ondra i Michal navštěvují běžnou mateřskou školu v Plzni, která je složena z pěti tříd, z toho je jedna třída speciálně pro děti s vadami řeči. V této MŠ se nachází okolo 70 dětí, které jsou homogenně rozděleni podle věku. Do třídy, kterou chlapci navštěvují, chodí 28 dětí, chlapci jsou jediní v této třídě s ADHD. Prostředí školy je velmi pestré a barevné. Výzdobu tvoří často výrobky dětí či různé pohádkové postavičky. Děti mají na výběr ze spousty hraček a výtvarných pomůcek. Učitelky při denních aktivitách zapojují i anglický jazyk (zpívání anglických písní, pojmenování aktivit, které právě probíhají atd.)

K mateřské škole náleží i klidný dvorek ve vnitrobloku, kde si děti mohou hrát například na prolézačkách. Kladně hodnotíme i fakt, že ve třídě, kterou chlapci navštěvují, působí dvě paní učitelky, a tak se mohou plně věnovat chlapcům i ostatním dětem. Další výhodou této školy je, že využívá tělocvičnu nedaleké ZŠ, kde se děti věnují sportovním aktivitám.

Oba chlapci mají odklad školní docházky z důvodu diagnózy ADHD. Během tohoto roku udělali oba chlapci velký pokrok, a to díky péči jejich učitelk. Při pozorování byl vidět jejich vřelý, avšak důsledný přístup k chlapcům. Pokud chtěli něco sdělit, byli vyslyšeni, až když se potichu přihlásili. Učí se mnoho písniček a básniček, nejen kvůli procvičování paměti, ale i pro zlepšení řečových schopností. Ondřej má přidělenou asistentku pedagoga s úvazkem od 7:30 do 15 hod, která mu pomáhá zvládat každodenní aktivity v MŠ, což učitelkám umožňuje plně se věnovat i ostatním dětem. Mateřská škola v rámci svých možností plní doporučení PPP, spolupracují s rodiči obou chlapců z důvodu sjednocení výchovných a cvičebních přístupů.

VERONIKA

Popis dítěte:

Jméno: Veronika

Pohlaví: ženské

Rok narození: 2008

Charakteristika rodiny: dívka žije pouze s matkou

POZOROVÁNÍ: Veronika je opravdu živé dítě. Již od prvního rozhovoru s ní bylo jasné, že je velmi inteligentní a plná energie. Rozhovor vedla spíše ona. Její řečové schopnosti jsou však na špatné úrovni. Ačkoliv je velmi komunikativní, v některých situacích není rozumět, co chce vlastně říci. Při kreslení je velmi soustředěná, dané úkoly plní s radostí a vždy je dokončí. Je vidět její snaha zalíbit se. Při skupinových aktivitách jí dělá problém vydržet na jednom místě. Například při aktivitách v kruhu si neustále mění místo s ostatními dětmi. U stolečku se zase kýve a vykřikuje na paní učitelky. V kolektivu svých vrstevníků nemá problém.

Vstupní diagnostika dítěte v mateřské škole:

Veronika nastoupila do MŠ v září 2012, tedy ve 4 letech. Kvůli špatné imunitě a vysoké nemocnosti byla její docházka spíše sporadická. Právě kvůli tomuto problému byla její adaptace na nové prostředí velmi obtížná. Odloučení od matky snášela špatně, a nepodařilo se jí pořádně začlenit mezi ostatní děti. Nejvíce jí bavily aktivity jako kreslení, kostky, pexeso či hraní si s plyšovými hračkami. Venkovní aktivity jsou pro její špatný zdravotní stav značně omezeny, takže většinou se účastní pouze procházek, které jí baví.

Později si učitelky v mateřské škole všimly narušené schopnosti koncentrace pozornosti a stupňující se neklid. Veronika se často válela po stole, odbíhávala, houpala se na židli a rychle se u aktivit unavila. První rok v MŠ měla dívka problémy se spánkem, po obědě se často budila, plakala a vyžadovala pozornost učitelek. Veronika nemá problém zapojit se do jakékoliv aktivity, naopak se rychle nadchne pro věc, avšak nadšení ji vydrží jen chvíli. Po nějaké době se začne nudit, vyrušovat, odbíhávat či například předbíhat své spolužáky, aby mohla být znovu na řadě. Skoro neustále vyžaduje pozornost dospělé osoby, protože zapomíná, co má udělat, pobíhá po třídě a vyrušuje ostatní děti. V sebeobsluze je velmi neobratná, pomalá, při oblékání a při zavazování tkaniček potřebuje

stále trochu pomoci dospělých. Je trpělivá, když se má učit některé nové dovednosti, avšak pokud je k nim nucena a daná dovednost ji nejde, vzteká se a pláče. Dívka má značné logopedické potíže, se kterými se zatím nesevěřila do péče specialisty. V jejím verbálním projevu jsou výrazné sykavky a špatná výslovnost l, r, ř.

Po domluvě s Veroniky matkou, která potvrdila, že i doma dívka u žádné činnosti déle nevydrží, je neposlušná a na ulici často navazuje kontakt s cizími lidmi, se rozhodlo o návštěvě Pedagogicko-psychologické poradny a následném vyšetření aktuálního stupně psychického vývoje.

Osobní anamnéza: Porod byl podle matky komplikovaný a vyvolávaný. Veronika vyrůstá pouze se svou matkou, s otcem se nestýká. Matka dobře spolupracuje s MŠ. Motorický vývoj probíhal bez problémů. Dívka trpí respiračními potížemi, se kterými je v péči odborníků. Pro její sníženou obranyschopnost je často nemocná, a její pobyt venku musí být omezen.

Zpráva o psychologickém vyšetření dítěte:

Dívka byla vyšetřena na žádost mateřské školy a matky z důvodu narušené schopnosti koncentrace pozornosti, zvýšené unavitelnosti, rozbíhavému a ulpívavému myšlení, stupňující se neklidu a konzultace vhodných výchovných přístupů. Dívce je 5 let a jedná se o první vyšetření v PPP.

Z anamnézy vybíráme: Její motorický vývoj probíhal bez abnormalit. Od jednoho roku života má špatný biorytmus. V noci se často budí a po obědě nespí. Dívka trpí opožděným vývojem řeči, zatím bez logopedické péče. Řeč je sice plynulá, slovní zásoba průměrná, avšak věty tvoří občas ve špatném slovosledu. Veronika mnohdy užívá novotvary (pila = řezáč, ještěrka = čípa). Matka o ní tvrdí, že je hodně citlivá, urážlivá, nepořádná, veselá a hovorná. V MŠ je neklidná, nesoustředěná a obtížně výchovně zvladatelná. Hygienické návyky jsou správné.

Z vyšetření: Psychologickým vyšetřením se zjistilo, že se rozumové schopnosti dívky pohybují v pásmu lehkého nadprůměru. Vytvářejí se nerovnoměrně s převahou názorové oblasti (její názorové výkony jsou výrazně nadprůměrné, verbální průměrné). Nadprůměrná je také její prostorová představivost a koordinace oka a ruky. Dívka má rozvinuté verbálně logické i praktické myšlení. Naopak její krátkodobá sluchová mechanická paměť je výrazně oslabena. Veronika nerozlišuje barvy, číselnou řadu zvládá

do čísla 13, ale početní představa do 10 není zatím utvořena. Lateralita se zatím jeví levostranně, avšak vyhraněná dominance ruky není úplně jasná. Tužku uchopuje do pravé ruky s nejistým úchopem (matka tvrdí, že i lžici bere do pravé ruky). Kresba, grafomotorika i hrubá motorika je méně rozvinuta, jemná motorika je přiměřená věku. (viz příloha č.3)

Neznámý text opakuje s obtížemi, zaměňuje významy slov. Velké problémy má i v porozumění řeči. Odpovědi jsou častěji nesmyslné. Z tohoto důvodu nebylo možno objektivněji posoudit rozsah všeobecných vědomostí a znalostí. Veronika je velmi komunikativní. Při pozorování se jeví jako velice spontánní, dynamická, impulzivní, netrpělivá, zbrklá, všetečná, manipulativní a sebestupující. Neodhaduje vhodnost svého chování, nebojí se v cizím prostředí, má problémy se sebekázní a poslušností. Objevují se i negativistické projevy, avšak při opakovaných sezeních převažovala optimistická nálada. I přes výše popsané obtíže se dívka snažila spolupracovat a pokyny respektovat. Nutné je však neustálé vnější vedení a regulování chování.

Závěr vyšetření: Celkové lehce nadprůměrné, nerovnoměrně se rozvíjející rozumové schopnosti s výrazněji nadprůměrnou názorovou oblastí. Opožděný vývoj řeči v expresivní i percepční oblasti, porucha pozornosti s hyperaktivitou, dynamičnost, spontánnost, impulzivita, obtíže v sebekázní, zvýšená senzitivita, spánkové obtíže.

Doporučení pro MŠ:

Hlavním úkolem pro MŠ je zajistit pro dívku asistentku pedagoga, protože matka nemůže dovážet Veroniku do specializované třídy mateřské školy. Učitelky by se měly řídit podle zásad práce s dětmi s poruchou pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou. Počítat s neklidem a s možnými neočekávanými reakcemi. Dle možností pomáhat s logopedickou péčí (vždy se ujistit, že dívka chápe, co se po ní chce, dle potřeby dovysvětlovat). Při všech činnostech respektovat nevýhodný typ laterality. Zařazovat grafomotorická cvičení. Důsledným a klidným přístupem vést dívku k větší sebekázní, oceňovat každou snahu a dílčí pokroky. V neposlední řadě pravidelně spolupracovat s matkou, sjednocovat výchovné a nácvikové postupy.

Charakteristika mateřské školy

Mateřská škola, kam Veronika dochází, se nachází nedaleko Plzně a je složena ze tří tříd. Děti jsou zde rozděleny jak podle věku, tak podle přání dítě, respektive jejich

rodičů. Celkově školu navštěvuje 80 dětí, a v každé třídě jsou dvě paní učitelky. Každá třída je členěna na dvě části – třídu se stoly a hernu. Součástí tříd jsou i terasy, které mohou být využívány pro některé činnosti dětí venku. Tato škola děti vede ke zdravému životnímu stylu a odpovědnosti za své zdraví. K tomu jim pomáhá zdravé stravování, jasná pravidla při denních činnostech, dostatek pohybu na čerstvém vzduchu a aktivní péče o zdraví (čištění zoubků, mytí rukou, plavání atd.).

Velkou výhodou mateřské školy je její rozlehlá zahrada, která byla koncipována jako „Zahrada fantazie“, a na jejíž vytvoření se podíleli i rodiče. Je vybavena převážně přírodními herními prvky (například z vrbového proutí), které děti využívají ke sportovním aktivitám. Vzdělávací proces zpestřují školní i mimoškolní aktivity, přínos pro rozvoj osobnosti dítěte má i spolupráce s nejrůznějšími institucemi a organizacemi.

Učitelky v mateřské škole dobře znají zdravotní stav a diagnózu holčičky, a podle toho pro ni přizpůsobují denní aktivity. Veronika má nově přiřazenou asistentku pedagoga, na kterou si pomalu, ale jistě zvyká. Asistentka se snaží dívku chválit za každý správný úkon, což má velmi pozitivní vliv na další rozvoj. Společně se snaží zlepšovat Veroniky verbální projev a kontrolu nad jejím chováním.

Závěr šetření:

Tato bakalářská práce je zaměřena na děti s ADHD v mateřské škole. Výzkumnou částí jsme chtěli zjistit, jak se děti s touto poruchou adaptují a integrují v novém prostředí mateřské školy, jak vychází s vrstevníky a jaká péče je jim v MŠ věnována. Během pozorování a studia materiálů, které nám byly o dětech poskytnuty, bylo zřejmé, že děti, které mají diagnózu ADHD, netrpí pouze touto poruchou, ale mají i jiné zdravotní nebo psychické problémy, které je trápí. Učitelky v mateřské škole mají důležitou roli v životě dítěte a v jeho dalším vývoji, a sice společně s dítětem překonávat jeho strasti všedního života a radovat se s ním při každém i sebemenším zlepšení. Většinou se s příznaky tohoto syndromu setkávají jako první, a pokud zpozorují zvýšený výskyt příznaků, měly by včas upozornit jak rodiče dítěte, tak Pedagogicko-psychologickou poradnu.

Při vstupu do MŠ musí děti s ADHD překonat spoustu překážek. Musí se naučit spolupracovat s vrstevníky, udržet pozornost v prostředí plným lákavých předmětů a v neposlední řadě se vyrovnat se separací od rodiny. Sledované děti zvládly odloučení od rodičů jen s malými obtížemi. Problémová situace však nastává při integraci mezi vrstevníky. Pro svou impulzivnost, špatnou zvladatelnost a neposlušnost jsou v kolektivu

odmítání, což vede k upoutání pozornosti neadekvátními činnostmi, které mohou být vnímány jako zlobení. Tímto může vzniknout začarovaný kruh.

Učitelka v mateřské škole by měla znát přesnou diagnózu každého dítěte a zásady práce, které se k daným poruchám vážou. Při našem pozorování jsme došli k závěru, že jednou z nejefektivnějších zásad práce s poruchou pozornosti a hyperaktivity je klidný, laskavý, avšak velmi důsledný přístup k dítěti. Dítě musí vědět, kde jsou mantinely jeho chování, ale nesmí přijít o motivaci, kterou ničí přísný přístup a tresty. Také chvála působí jako zázračný lék. Je to pro ně jakýsi pohonný motor, který je nutí se dál zlepšovat a slyšet další pozitivní ohodnocení, které pro svou neobratnost a nešikovnost často neslychají.

Během šetření jsme se chtěli také přesvědčit, zda učitelky dodržují doporučení PPP. Výsledek byl pozitivní. Během našich návštěv, bylo dětem s ADHD věnováno dost pozornosti, aby dokázali vydržet u právě probíhajících aktivit. Pokud se dítě přestalo soustředit, měly v záloze jiné krátké aktivity, které děti vždy zas na nějaký čas zaujaly. Pokud na dítěti byla vidět únava, nenutily jej do žádné činnosti, ale nechaly dítě relaxovat. Velmi příjemným překvapením bylo, že v žádné z navštívených mateřských škol se nešetřilo slovy chvály, jak u dětí s ADHD, tak u ostatních vrstevníků. Za jeden z vážných nedostatků považujeme, že učitelky nevěděly úplné diagnózy obou chlapců.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku poruchy pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou neboli ADHD. Cílem práce bylo zmapovat projevy ADHD u předškolních dětí v prostředí mateřských škol. Život s touto poruchou není vůbec jednoduchý, a trápí nejen samotné dítě, ale také jeho rodinu a okolí. Pokud chceme dítěti pomoci, musí rodiče i učitelé tvořit jakousi symbiózu ve výchově a vzdělávání. V první části práce jsme se věnovali zmapování teoretických poznatků o ADHD, jejich vliv na hrubou a jemnou motoriku a kognitivní vývoj dítěte. Druhá část práce je zaměřena na kazuistické studie, které jsou založené na osobním styku s dětmi a materiálech z Pedagogicko-psychologické poradny. Během šetření jsem se věnovala třem dětem předškolního věku, za kterými jsem docházela do mateřských škol. Děti jsem během roku pozorovala při jejich denních aktivitách a vedla s nimi krátké rozhovory.

Vycházíme-li z toho, že pedagog je profesionálem ve svém oboru, měl by znát všechny diagnózy dětí ve své třídě. Tento předpoklad se v našem výzkumu však zcela nepotvrdil. Pozitivně hodnotíme postupy mateřských škol, které se týkají rozvoje dětí s ADHD. Učitelky byly vstřícné, trpělivé a důsledné. Právě důslednost je velmi důležitá vlastnost pro práci s dítětem s tímto syndromem. Během našeho pozorování byl vždy připravený jasný program na celý den, který dítěti umožňoval výběr z několika činností. Dítě bylo důsledným avšak klidným přístupem vedeno k ukončení každé činnosti, kterou započalo. Nezbytnou součástí byly aktivity na rozvoj grafomotoriky (vystřihování, kreslení, navlékání korálků) a rozvoj řeči (říkanky, nácvik jednotlivých hlásek). Šetření ukázalo, že pokud si je pedagog vědom, že mateřská škola není jen místo, kde si děti hrají, dokud si je nevyzvednou rodiče, ale že je to místo rozvoje, i dítě s ADHD může dosáhnout velkých pokroků. Z dosavadních zkušeností získaných výzkumem můžeme konstatovat, že pro efektivní práci a rozvoj dítěte s tímto syndromem, je důležité dítě udržet v psychické pohodě pro lepší učení, nastolit denní řád pro pocit jistoty a oceňovat dítě za každé udržení pozornosti pro posílení jeho snahy.

RESUMÉ

Tématem této práce je syndrom ADHD a jeho projevy u předškolních dětí, které navštěvují mateřskou školu. Cílem práce bylo shrnout základní informace o tomto onemocnění získané četbou odborné literatury a zmapovat projevy ADHD u dětí v mateřské škole. Práce je rozdělena na tři části. První kapitola je teoretická, vymezuje pojem ADHD, charakterizuje typické projevy poruchy, úskalí diagnostiky, léčbu a terapii. V druhé kapitole je popsána osobnost a vývoj dítěte s ADHD v předškolním věku a jeho chování v sociálních vztazích. Poslední kapitola je praktická, a podává nám náhled na projevy poruchy pozornosti s hyperaktivitou a impulzivitou v prostředí mateřské školy prostřednictvím případových studií, které byly vytvořeny na základě analýzy psychologických a pedagogických materiálů jednotlivých dětí a dlouhodobějšího pozorování. V závěru jsou uvedeny charakteristiky navštívených mateřských škol.

The topic of my work is ADHD syndrom and its displays at pre-school age. The aim of my work is to summarize basic information about ADHD disease gained by reading reference books and to find out ADHD displays at pre-school age. My work has three sections. The first chapter is theoretical and describes the ADHD term, typical displays, difficulties with diagnostics, a treatment and a therapy. The second chapter describes and ADHD child's personality, development and behaviour in social relationships at pre-school age. The last chapter is practical and describes attention deficit disorder associated with hyperactivity and impulsive behaviour at pre-school age by case studies which were created from an analysis of psychological and pedagogical materials for individual children and by long-term observation. There are listed pre-schools which I visited at the end.

SEZNAM LITERATURY

BARTOŇOVÁ, Miroslava. *Kapitoly ze specifických poruch učení I.* Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. 128 s. ISBN: 80-210-3613-3.

DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha.* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 268 s. ISBN 978-807-2624-195.

GILLERNOVÁ, Ilona a Václav MERTIN. *Psychologie pro učitelky mateřské školy.* 2. rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-807-3676-278.

GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou.* 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 160 s. ISBN 978-807-2626-304.

HELUS, Zdeněk. *Dítě v osobnostním pojetí.* 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 228 s. ISBN 80-717-8888-0.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?: metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele.* 2. vyd. Praha: D+H, 2007. 127 s. ISBN 978-809-0386-914.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie.* 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.

MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky.* 3. rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. 134 s. ISBN 80-86898-70-9.

MUNDEN, Alison. a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivity: ADHD, ADD.* Praha: Portál, 2002. 119 s. ISBN 80-7178-625-X.

PREKOPOVÁ, Jiřina a Christel SCHWEIZEROVÁ. *Neklidné dítě.* 3. vyd. Praha: Portál, 2013. 160 s. ISBN 978-80-262-0466-4.

RIEFOVÁ, Sandra. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD.* 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7367-728-2.

SWIERKOSZOVÁ, Jana a Christel SCHWEIZEROVÁ. *Sdecitické boruchy umečí (Specifické poruchy učení): distanční text.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2005. 263 s. ISBN 80-736-8042-4.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka et al. *Přehled vývojové psychologie:* 2. nezměn. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.

TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

TRPIŠOVSKÁ, Dobromila a Marie VACÍNOVÁ. *Ontogenetická psychologie*: 1. vyd. Praha: Univerzita J. E. Purkyně, 2006. 108 s. ISBN 80-704-4792-3.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. 264 s. ISBN 80-7178-800-7.

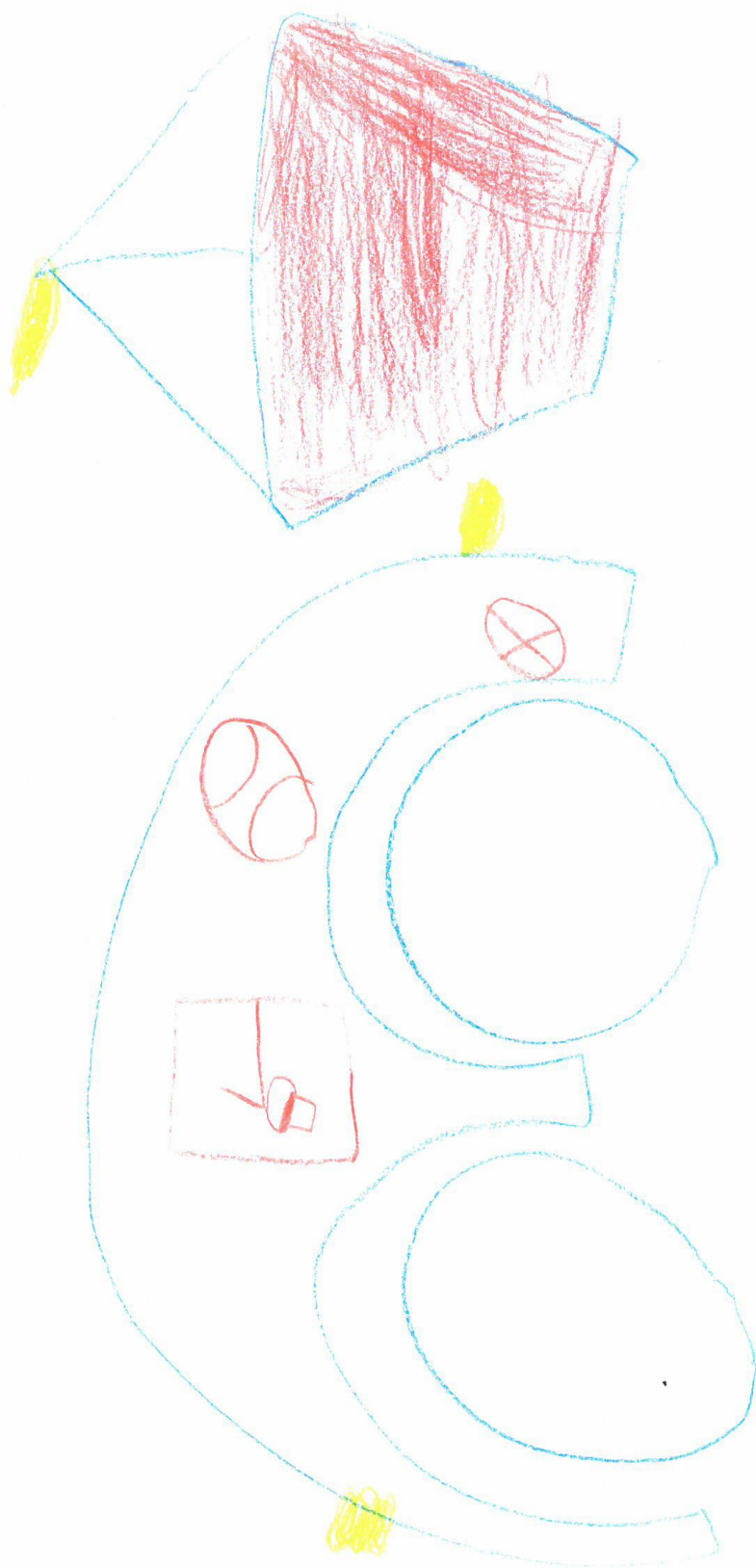
PŘÍLOHY

Příloha č.1: Ondřejova kresba

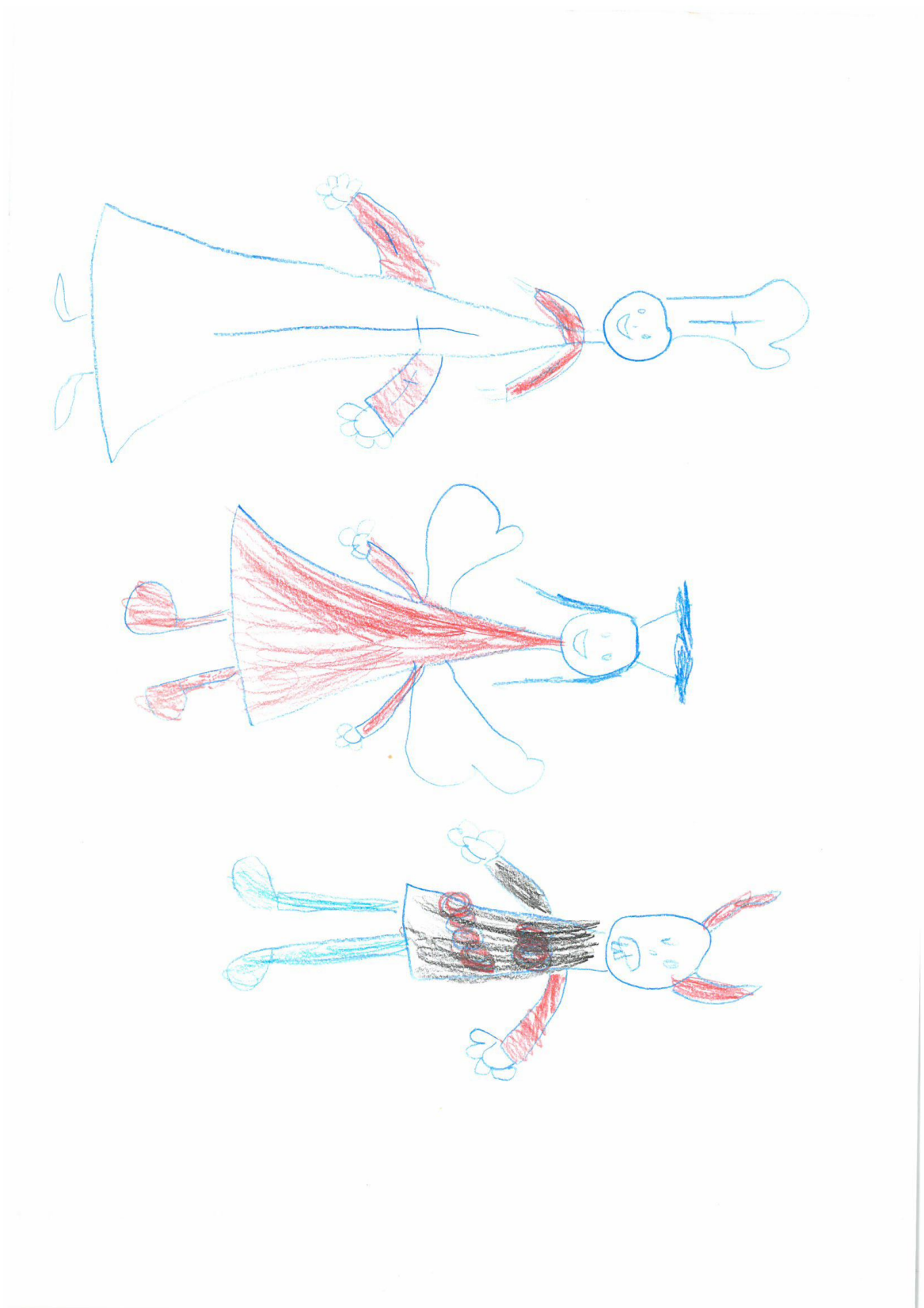
Příloha č.2: Michalova kresba

Příloha č.3: Veroniky kresba

Příloha č.1: Ondřejova kresba



Příloha č.2: Michalova kresba



Příloha č.3: Veroniky kresba

