

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**Katedra psychologie**

**PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ  
PŘÍSTUPY K DĚTEM S PROJEVY ADHD**

***Bakalářská práce***

Martina Tomášková

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na

vzdělávání

(2009-2012)

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, duben 2012



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

V Plzni dne 13.4.2012

.....  
*vlastnoruční podpis*

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Kateřině Šámalové za odborné vedení a cenné připomínky v průběhu konzultací, které mi umožnily vypracování této bakalářské práce. Dále chci poděkovat paní ředitelce a celému personálu mateřské školy za jejich ochotu a pomoc při získávání materiálů k případovým studiím.

## Obsah

Úvod.....	- 7 -
<b>1 Charakteristika předškolního období .....</b>	<b>- 8 -</b>
1.1 Tělesný a motorický vývoj .....	- 9 -
1.2 Řeč a její vývoj.....	- 10 -
1.3 Kresba.....	- 11 -
1.4 Hra.....	- 12 -
1.5 Emoční vývoj.....	- 14 -
1.6 Sebepojetí předškoláka.....	- 14 -
1.7 Rozvoj kognitivních procesů.....	- 15 -
1.8 Socializace a vytváření genderové identity .....	- 16 -
<b>2 Vymezení pojmu ADHD a pohled na vývoj používané terminologie na našem území .....</b>	<b>- 19 -</b>
2.1 ADHD.....	- 19 -
2.2 Zachycení vývoje terminologie v českém prostředí.....	- 20 -
<b>3 Popis základních symptomů ADHD projevujících se u dětí předškolního věku. ....</b>	<b>- 22 -</b>
3.1 Porucha pozornosti .....	- 22 -
3.2 Hyperaktivita .....	- 23 -
3.3 Impulzivita .....	- 24 -
3.4 Přidružené poruchy .....	- 25 -
3.4.1 Percepčně motorické poruchy .....	- 25 -
3.4.2 Poruchy paměti.....	- 26 -
3.4.3 Poruchy myšlení a řeči .....	- 27 -
3.4.4 Emoční poruchy a poruchy chování.....	- 28 -
3.4.5 Specifické vývojové poruchy učení .....	- 29 -
<b>4 Etiologie – možné příčiny vzniku ADHD .....</b>	<b>- 32 -</b>
4.1 Neurologické aspekty příčiny vzniku ADHD.....	- 33 -
4.1.1 Neurobiologické hledisko .....	- 33 -
4.1.2 Neurochemické hledisko .....	- 34 -
<b>5 Diagnostika a diagnostická kritéria pro určení ADHD u dětí předškolního věku .....</b>	<b>- 36 -</b>
5.1 Právní hledisko upravující přístup k dětem s ADHD ve školských zařízeních.....	- 37 -
<b>6 Popis možných přístupů k předškolním dětem s projevy ADHD .....</b>	<b>- 39 -</b>
6.1 Obecné zásady výchovného vedení aplikované na děti předškolního věku s projevy ADHD.....	- 39 -
6.2 Základní přístupy k dětem předškolního věku se symptomy ADHD .....	- 40 -
6.2.1 Psychologické přístupy a možnosti psychoterapie.....	- 40 -
6.2.2 Pedagogické a výchovné přístupy .....	- 46 -
6.2.3 Medicínský přístup (farmakoterapie) .....	- 48 -

<b>7</b>	<b>Úvod k praktické části .....</b>	<b>- 50 -</b>
7.1	Stanovení výchozích předpokladů.....	- 50 -
7.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	- 50 -
7.3	Použité metody .....	- 51 -
<b>8</b>	<b>Případové studie .....</b>	<b>- 52 -</b>
8.1	Kauzistika chlapce H.....	- 52 -
8.1.1	Vlastní pozorování .....	- 52 -
8.1.2	Lékařská anamnéza .....	- 53 -
8.1.3	Pedagogická anamnéza .....	- 54 -
8.1.4	Kresba .....	- 54 -
8.1.5	Prognóza a doporučení .....	- 55 -
8.2	Kauzistika chlapce D.....	- 56 -
8.2.1	Vlastní pozorování .....	- 56 -
8.2.2	Lékařská anamnéza .....	- 56 -
8.2.3	Pedagogická anamnéza .....	- 57 -
8.2.4	Kresba .....	- 58 -
8.2.5	Prognóza a doporučení .....	- 58 -
8.3	Kauzistika chlapce V.....	- 59 -
8.3.1	Vlastní pozorování .....	- 59 -
8.3.2	Lékařská anamnéza .....	- 59 -
8.3.3	Pedagogická anamnéza .....	- 60 -
8.3.4	Kresba .....	- 61 -
8.3.5	Prognóza a doporučení .....	- 62 -
8.4	Relaxační techniky a jiná motorická cvičení.....	- 63 -
	<b>Závěr.....</b>	<b>- 66 -</b>
	<b>Resumé .....</b>	<b>- 67 -</b>
	<b>Summary .....</b>	<b>- 67 -</b>
	<b>Použitá literatura .....</b>	<b>- 68 -</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>- 70 -</b>

# Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá pedagogicko-psychologickými přístupy k dětem s projevy ADHD. Téma práce jsem si zvolila, jelikož jsem s dětmi z mateřské školky již dříve pracovala. Velmi mě jejich problematika zaujala a výzkum zaměřený na ADHD se zdál jako vhodná volba. Tyto děti totiž dobře spolupracují a není těžké navázat s nimi kontakt. Práci jsem se po delších úvahách rozhodla koncipovat pouze pro děti předškolního věku. Zejména z toho důvodu, že právě v tomto období se většina symptomů naplno projevuje a dochází k prvním diagnostikám. Obzvláště tyto první roky života mohou rozhodovat i o jejich pozdějším vývoji. Proto mi přišlo zajímavé se detailněji zaměřit pouze na tuto vývojovou periodu.

Kolem nás se vyskytuje velké množství dětí s různými symptomy ADHD, jako je hyperaktivita, nepozornost, impulzivita a celková neposednost a neposlušnost. Měli bychom se o jejich problematice dozvědět co nejvíce, protože jedině tak jim můžeme usnadnit jejich další vývoj. Řada z nich nemusí mít tento syndrom ani diagnostikovaný, přesto se celoživotně potýká s problémy, které jim způsobují určité typické příznaky. Čím dříve se tedy tyto potíže odhalí, tím lépe pro jedince. Zaměřuji se na práci s dětmi po diagnostice ADHD, tedy na využití možných přístupů, které by jim usnadňovaly a zpříjemňovaly jejich prožívání.

Tato práce se snaží o přehledné zpracování možných přístupů k dětem s ADHD. Čistě tomuto tématu se moc odborných prací nevěnuje, proto by toto mohlo sloužit jako pomůcka pro utřídění zatím dosažených poznatků. Publikace by mohla pomoci rodičům, učitelům nebo speciálním pedagogům, kteří si občas nevědí rady s hyperaktivními dětmi.

Cíl práce tedy vidím v popisu možných přístupů k dětem s projevy ADHD. Rozděluji je do tzv. tří pilířů – pedagogický, psychologický a medicínský. Posledně zmíněnému se práce bude věnovat pouze okrajově. Zbylým dvěma samozřejmě podrobněji. V praktické části práce půjde o popis vybraného vzorku dětí z mateřské školy, u kterých byl syndrom ADHD diagnostikován. Zaměřím se na ověření na malém vzorku respondentů, zda se postupy a přístupy popisované v teoretické části práce aplikují i v praxi. Předpokládaný přínos práce je utřídění poznatků o syndromu ADHD, porovnání teorie a praxe. Cílem tedy není objevit nové postupy k dětem s ADHD, ale především odhalit, zda se již v teoretické části zmíněné techniky v praxi i aplikují a zda jsou pro konkrétní skupinu dětí přínosné, popřípadě jakým způsobem.

## TEORETICKÁ ČÁST

# 1 Charakteristika předškolního období

Na začátku práce je důležité obecně si charakterizovat etapu předškolního věku dítěte, a to z toho důvodu, abychom si vytvořili podmínky pro porovnání s projevy dětí stejného věku, u kterých se objevují případné symptomy ADHD. Následující kapitola se tedy věnuje pouze popisu předškolního období jako jednoho vývojového stádia, které je charakterizováno konzistentním výskytem jevů určitého druhu. (Říčan, Krejčířová, 1995)

Teorií periodizace jednotlivých stádií vývoje je několik a dalo by se říci, že co autor, to jiné termíny a rozdělení. Pro přehlednost se tato práce drží pouze jedné z mnoha možných periodizací, a to dle Švancary. Termíny jím používané jsou většinou vžité i u širší veřejnosti. Pro úplnost ale doplníme i terminologii používanou i u jiných psychologů. Sigmund Freud toto stádium nazýval falickým. *„Znamená přenesení libidozního uspokojování na krajinu genitálií. Tento přenos, spolu s výstavbou ega, mění vývoj osobnosti dítěte a jeho vztahy k lidem. Roste zájem o pohlavní odlišnosti, mění se vztah k vlastnímu pohlaví, objevuje se tendence manipulovat s vlastními pohlavními orgány.“* (Hříchová, Miňhová, Novotná, 2004, str. 26) Další poměrně známou koncepci periodického vývoje založenou na řešení vnitřního psychosociálního konfliktu sestavil E. H. Erikson. Podle jeho terminologie se období mezi třemi až pěti a půl lety vyznačuje „bojem“ mezi iniciativou a pocitem viny. Během tohoto období se u jedince vytváří svědomí a intenzita případného pocitu viny záleží i na výchovném vedení v tomto věku. (Říčan, Krejčířová, 1995) Václav Příhoda se ve své *Ontogenezi lidské psychiky* také odklání od Švancarovy terminologie. Příhoda nazývá období mezi koncem třetího roku a roku šestého tzv. druhým dětstvím. (Příhoda, 1977)

Dle Langmeiera se dá v širokém smyslu za předškolní věk považovat celé období od narození až do vstupu do školy. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Pro naše účely se ale zaměříme pouze na charakteristiku věku dítěte od tří do šesti až sedmi let. Zejména proto, že v předešlých letech dítěte se odehrávají jiné změny a můžeme hovořit o odlišných vývojových úkolech. Ani konec předškolního období není pevně dán, jelikož je ohraničen nástupem do školy, ten může ale oscilovat v rozmezí jednoho, eventuálně i více let. (Vágnerová, 2005)

V této kapitole se budeme věnovat charakteristice předškolního období. Dotkne se postupně většiny základních změn a úkolů spojených s tímto obdobím. Nejprve si ale



shrňeme tuto fázi obecně. V užším slova smyslu jde o věk mateřské školy, ale nelze to zúžit pouze na toto jedno hledisko, protože spousta dětí nemusí školku navštěvovat, a přesto prochází etapou předškolního období. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Čím je tedy tato fáze charakteristická pro všechny děti, nehledě na to, zda mají zkušenosti s předškolním zařízením či nikoli? Jde především o změnu v chápání sebe a vnějšího světa. Jak uvádí Marie Vágnerová ve své periodizaci toho období: *„Předškolní věk je charakteristický stabilizací vlastní pozice ve světě, diferenciací vztahu ke světu.“* (Vágnerová, 2005, str. 173) Předškoláci jsou často velmi zvědaví, aktivní a iniciativní. Jde stále o etapu, kde hlavní činností zůstává hra, přesto i v této oblasti můžeme pozorovat vývojové změny. *„K postupné diferenciaci dochází i v sociální oblasti, pro niž je typický přesah rodiny a rozvoj sociálních vztahů s vrstevníky. Toto období je třeba chápat jako fázi přípravy na život ve společnosti.“* (Vágnerová, 2005, str. 174)

### **1.1 Tělesný a motorický vývoj**

Fyzický a motorický vývoj není, v porovnání s předchozími vývojovými obdobími, tak patrný, ale přesto stojí za povšimnutí. *„I když je tělesný vývoj u dítěte až šestiletého již relativně volnější, je při srovnávání s dospělými velmi intenzivní. Dítě je velmi pohyblivé. Jeho mocné životní projevy urychlují výměnu látek, takže je u něho látkové dění a energetická přeměna silnější.“* (Příhoda, 1977, str. 191) Václav Příhoda ve své publikaci tedy zdůrazňuje především vývoj celkových proporcí dítěte tohoto věku. Jedná se zejména o rychlý vývoj celkové výšky a průměrné váhy. Mimo jiné zde uvádí i růst nejrůznějších orgánů a celkových fyziologických funkcí v těle dítěte. (Příhoda, 1977)

Do tří let se dítě naučilo většinu důležitých motorických úkonů jako chodit, běhat a celkově se co nejlépe efektivně a elegantně pohybovat. V předškolním věku může své získané dovednosti dále pilovat a zlepšovat. Celková velmi dobrá pohyblivost, která je charakteristická právě pro toto období života, je dána zejména postupným vyspíváním nervového, kosterního a svalového systému. (Příhoda, 1977) Ve své periodizaci se motorickému vývoji předškoláka věnuje i Langmeier a uvádí k problematice následující: *„Přesto jsou to změny velmi významné (především pohybová obratnost), neboť silně ovlivňují postavení dítěte ve společnosti vrstevníků, a jsou tedy podstatné i pro další vývoj soběstačnosti dítěte. Vcelku bychom motorický vývoj mohli označit jako stále zdokonalování, zlepšenou pohybovou koordinaci, větší hbitost a eleganci pohybů.“* (Langmeier, Krejčířová, 1998, str. 85) Dále také Říčan ve své *Cestě životem* se k tělesnému

vývoji a celkové pohyblivosti dítěte předškolního věku vyjadřuje. Zdůrazňuje, že vzrůst dítěte v tomto věku se přímo úměrně podílí na jeho sociální začleněnosti a oblíbenosti u spolužáků. S tím souvisí i dětská obratnost a rychlost, i tyto děti dle Říčana se mohou těšit z lepší pozice v kolektivu. Čím více dovedností tedy předškolák zvládá, tím více je zároveň podporováno jeho sebevědomí a vědomí vlastní soběstačnosti. (Říčan, 2004)

V neposlední řadě je třeba uvést, že s rozvojem motoriky souvisí i postupné dozrávání mozku. Na fyzický vývoj předškoláka se tedy váží i další dovednosti, které se u něho rozvíjejí. „*Tělo se blíží ke kánonu dospělých proporcí za zvýšeného růstu dolních končetin, motorika se zjemňuje, chování projevuje zábranné tendence, a je proto klidnější a moudřejší, společenský kontakt nabývá větší intimity a trvalosti, intelektuální činnosti pozoruhodně dozrávají. Všechny tyto vlastnosti dítěte ve věku druhého dětství jsou podmíněny intenzivním organickým růstem a rozšířeným společenským prostředím, které dává hojné podněty k složitějším reakcím.*“ (Příhoda, 1977, str. 195)

## **1.2 Řeč a její vývoj**

Jako ve většině dalších dovedností se i řečový projev jedince předškolního věku neustále zdokonaluje a postupně obohacuje. Samozřejmě je nutno odlišit řeč tříletého a šestiletého dítěte. „*Ve vývoji jazyka po třetím roce je patrný zákon vývojové retardace. Jde již jen o rozšiřování slovníku zároveň se zpřesňováním významu slov a o zdokonalování mluvnického výrazu. Osvojuje si jazyk tvořivě, využívajíc především myšlenkových asociací podle analogie.*“ (Příhoda, 1977, str. 215) Slovní zásoba se postupně rozšiřuje a jedinci nejčastěji přebírají slova od rodičů nebo jiných dospělých, se kterými přicházejí do kontaktu. „*Nápodoba verbálního vyjádření má selektivní charakter.*“ (Vágnerová, 2005, str. 195) Často si tedy zapamatují a uloží slova, která je zaujmou např. svou neobvyklostí. Dítě předškolního věku je schopno postupem času vytvářet i složitější větné celky.

Pokud hovoříme o rozvoji řeči v tomto období, je nezbytné zmínit existenci tzv. egocentrické řeči, která ale souvisí i s vývojem kognitivních procesů. Zpočátku se jedná o hlasité opakování, které ale postupně přechází ve „vnitřní řeč“. (Vágnerová, 2005), (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Vágnerová ve své publikaci *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání* uvádí i následující významy egocentrické řeči:

- expresivní význam (vyjadřování pocitů)
- regulační význam (řízení jednání a chování)

- kognitivní význam (prostředek uvažování, usnadnění zapamatování)  
(Vágnerová, 2005, str. 196)

Velkou úlohu v rozvoji řeči a fantazie má samozřejmě pohádka, která spolu s herními činnostmi k předškolnímu věku dítěte neodmyslitelně patří. „*Svou časovou neurčitostí, záhadným umístováním, oživováním věcí, zlidšťováním zvířat, fantastickou a surovou morálkou jsou tyto tisícileté výtvořiny lidové poezie blízké dětské mentalitě.*“ (Příhoda, 1977, str. 217) Hlavní motivy klasických pohádek jsou velmi jednoduché a plastické a tím více rozvíjejí dětskou fantazii, myšlení a řeč.

Celkově můžeme shrnout, že verbální projev se postupně mění během celého předškolního věku dítěte. Ze začátku období je výslovnost mladšího dítěte často ještě nedokonalá, ale postupně tato patlavost ve většině případů buď zcela vymizí, anebo přetrvávají pouze drobné odchylky, které se ale dají cvičením a logopedickou pomocí zcela odstranit. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

### **1.3 Kresba**

Výtvarný projev je v předškolním věku velmi důležitým ukazatelem zralosti dítěte, ale mimo to může sloužit i jako pomoc k nahlížení pocitů jedince nebo k jeho sociálnímu cítění. Jelikož o písemném projevu u předškoláka často ještě nemůže být řeč, kresba slouží i jako komunikační a sdělovací prostředek mezi ním a okolním světem. V této podkapitole se zaměříme na jednotlivé znaky charakteristické pro předškolní etapu.

Vágnerová ve své publikaci uvádí o kresbě předškolního dítěte následující: „*Kresba je neverbální symbolickou funkcí. Projevuje se v ní tendence zobrazit realitu tak, jak ji dítě chápe.*“ (Vágnerová 2005, str. 183) Jak ale uvádí dále, i kresba podléhá samozřejmě určitému vývoji a změnám v čase. Uvedeme základní fáze kresby dítěte od tří do šesti let dle Vágnerové.

- a) nesymbolická, senzomotorická fáze (stádium čmáranic okolo tří let dítěte)
- b) fáze přechodu na symbolickou úroveň (čmáranice se pro dítě stává symbolem a následuje i dodatečné pojmenování výtvoru)
- c) fáze primárního symbolického vyjádření (kresba zobrazuje konkrétní předmět)

(Vágnerová, 2005)

Nejvíce pozornosti dítě věnuje kresbě lidské postavy, která také prochází určitým vývojem.

Opět naznačíme pro přehlednost dělení dle Vágnerové:

- a) stadium hlavonožce (objevuje se okolo tří let dítěte, pozornost je zaměřena na hlavu a detaily obličeje)
- b) stadium subjektivně fantazijního zpracování (kolem 4-5 let, typické je nerespektování reality)
- c) stadium realistického zobrazení (konec předškolního období, podobnosti s realitou)

Jak si můžeme všimnout, poslední fáze je i odrazem zlepšujících se kognitivních procesů předškolního dítěte. (Vágnerová, 2005)

## **1.4 Hra**

V předškolním období zůstává hra nadále hlavní dětskou činností. Ale i ona podléhá určitým proměnám v závislosti na věku dítěte. „*Po třetím roce vchází dítě do nové etapy hravých činností. Dítě netvoří hry jen z nahodilosti situace a z experimentace, nýbrž je počíná plánovat... Bohatší představový ráz dětského myšlení dává hře novou náplň.*“ (Příhoda, 1977, str. 204) Níže si uvedeme základní charakteristiky herní činnosti dětí v rozmezí tří až šesti či sedmi let. Nejprve je ale nutné pokusit se vymezit samotný termín. Langmeier ve své *Vývojové psychologii* uvádí následující definici. „*Hra je činnost, která je vykonávána jenom proto, že je libá a že přináší dítěti uspokojení sama o sobě, bez vnějšího uloženého cíle.*“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, str. 97)

Hra plní stejně jako dětská kresba neverbální symbolickou funkci. „*Je dalším způsobem vyjádření vlastní interpretace reality, postoje ke světu i k sobě samému. Symbolická hra slouží předškolnímu dítěti jako prostředek k vyrovnání se s realitou, která je pro ně nějak zatěžující.*“ (Vágnerová, 2005, str. 186) Příhoda uvádí ve své *Ontogenezi* jako nejvýraznější charakteristiku her dětí předškolního věku tzv. životní vážnost. V praxi poté děti, které si hrají, nerozlišují vlastní hru od skutečné práce. K diferenciaci těchto dvou procesů dochází až během školního vyučování. (Příhoda, 1977)

Dělení her je různorodé a zaleží na pojetí konkrétního autora. Pro přehlednost uvedu rozdělení forem dětských her dle Langmeiera (1998).

- a) funkční typ
- b) konstrukční typ
- c) napodobovací typ
- d) úkolový typ

Václav Příhoda uvádí ve své knize daleko podrobněji rozpracované možné dělení her.

- I. hry instinktivní
- II. hry senzomotorické
  - a. dotykové
  - b. motorické
  - c. sluchové
  - d. zrakové
- III. hry intelektuální
- IV. hry kolektivní
  - a. soutěživé
  - b. pospolité
  - c. rodinné
  - d. stolní

(Příhoda, 1977)

*„Ve všech třech kategoriích her (instinktivních, senzomotorických a intelektuálních) šlo většinou o individuální činnosti. I v nich si dítě někdy hraje ve skupině dětí, ale není tu nutná spolupráce. O hrách kolektivních mluvíme teprve tehdy, když děti jsou činné nikoli vedle sebe nebo jedno je prostředkem nebo objektem hr druhého, nýbrž když každé z nich má nějakou úlohu ve společném plánu.“* (Příhoda, 1977, str. 214)

Na otázku proč je vlastně hra tak důležitou činností pro malé děti a proč si vlastně děti hrají, se snaží nalézt odpovědi tzv. teorie hry. V tomto směru se vyvinuly v podstatě dva hlavní proudy. Jeden říká, že hra napomáhá k rozumnému a účelnému životu, což tedy zdůrazňuje didaktický účel. Druhý z teoretického proudu se spíše přiklání k tomu, že hra má smysl sama o sobě. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Již v úvodu této kapitoly je zmíněno, že se hra vyvíjí s věkem dítěte. Projevuje se to jak ve složitosti her, tak hlavně ve vzájemné spolupráci. Tříleté děti si stále hrají vedle sebe, tedy paralelně. Starší předškoláci jsou již schopni kooperace a vytváření her se složitějšími pravidly. Závěrem této kapitoly je nutno zdůraznit, že hra je pro děti předškolního věku neoddelitelnou součástí a hlavní náplní jejich dne. Samotná hra má velký význam pro další ontogenezi předškoláka.

## **1.5 Emoční vývoj**

Vývoj citů podléhá také okolním změnám. Obecně můžeme říci, že v předškolním období se vyznačují větší stabilitou oproti předešlým obdobím a ubývá i negativních emočních reakcí. U předškoláků se dokonce začínají vytvářet i složitější emoce, můžeme hovořit o vyšších citech. Děti v tomto věku začínají svým emočním reakcím rozumět a tím pádem i postupně předcházet impulzivním projevům. Umocňují to i dospělí, kteří se snaží dítě v projevech usměrňovat a učí je ovládat své emoce. Jedná se tedy o rozvoj tzv. emoční inteligence, který je příznačný právě pro předškolní stádium. (Langmeier, Krejčířová, 1998), (Vágnerová, 2005)

Přesto je citový život dítě zvláště kolem třetího roku stále velmi intenzivní. Stále se u mladších dětí předškolního věku může jednat o neúměrně silné reakce vzhledem k působícímu podnětu. Příhoda uvádí příklad takové typické vzdorovité a výbušné reakce. *„Dítě, jemuž odepřeme pamlsek, dá se do pronikavého pláče, ba dupe, vrhne se na zem, kope nohama a odhazuje vztekle všechno, co má v ruce. Reakce dítěte je tedy typu zcela primitivního, který se vyznačuje velkými fyziologickými změnami v oběhu krve, ve vylučování žláz, v dýchání, ale zároveň i změnami v chování. Tato reakce je bezprostřední, přímá, tj. následuje ihned po expozici podnětu. Je výbuchovitá, projevující se krátkým trváním.“* (Příhoda, 1977, str. 227)

Takto popsané reakce se samozřejmě s rostoucím věkem dítěte snižují, až postupně jejich výskyt zcela vymizí. Jak bylo řečeno v úvodu této kapitoly, reakce se před nástupem dítěte do základní školy stabilizují a zjemňují se celkové vnější projevy citových vzrušení. Stabilizace emočních projevů je jedním ze znaků, které se posuzují v rámci školní připravenosti před vstupem dítěte do školy.

## **1.6 Sebepojetí předškoláka**

S předškolním věkem je spojen i rozvoj vlastního sebepojetí a sebehodnocení. Základy tohoto byly již položeny v předešlém batolecím období, ale předškolní dítě má možnost uvědomovat si samo sebe v širších sociálních kontextech. Sebehodnocení má možnost si utvářet v závislosti na situacích a kontextech, kterým je vystaveno jak doma, tak i v mateřských školách, kde je konfrontováno se svými vrstevníky nebo dalšími dospělými.

Obecně můžeme shrnout sebepojetí dítěte předškolního věku do několika bodů. Velice důležité pro jeho sebehodnocení je vlastní tělové schéma, z toho vyplývá, že se ještě nezaměřují na psychické vlastnosti osobnosti. Dále mají většinou tendenci se přeceňovat a

nadhodnocovat své možnosti. Můžeme pozorovat dětský egocentrismus, kterým potvrzují vlastní výjimečnost. Častý je také sklon předškoláků k vychloubání se a přehnaného zdůrazňování vlastní osoby. Jak uvádí Vágnerová: „*Tento mechanismus nereálného optimismu slouží jako zdroj osobní rovnováhy a jistoty.*“ (Vágnerová, 2005, str. 226-227) Hodnocení sama sebe většinou souvisí i s rozvojem představivosti a fantazie typickým pro toto období.

Již v tomto období se u dítěte objevují základy svědomí a pocit viny. Je si vědomo toho, že se něco nesmí, že poté může přijít trest. Je citlivé na pochvalu od lidí, se kterými se identifikuje. (Hříchová, Miňhová, Novotná, 2004) Základy sebepojetí jsou tedy položeny převážně v tomto období, zejména působením rodiny. Všechny neúspěchy a špatné zkušenosti z tohoto období tedy mohou přetrvávat velmi dlouhou dobu a podílejí se na pozdějším sebehodnocení jedince.

### **1.7 Rozvoj kognitivních procesů**

Poznávací procesy se vyvíjejí prakticky od narození. Již malé děti se učí vnímat samy sebe a postupně rozšiřují tato zkoumání i na okolní svět. Dítě předškolního věku je obvykle velmi zvědavé a vnímavé k okolnímu prostředí. V rozmezí těchto tří až čtyř let dojde v rámci kognitivního vývoje k podstatným posunům, přesto ale stále můžeme pozorovat značné odchylky od zralého dospělého člověka. V této kapitole se zaměříme na znaky předškolákovy myšlení, které zaznamenává určité posuny ve vývoji. Můžeme si povšimnout hlavních bodů, které jsou postupně charakterizovány níže.

Dětské myšlení v tomto věku je stále výrazně egocentrické. Říčan toto nazývá kognitivním egocentrismem, nejedná se tedy o sobectví v pravém slova smyslu. Uvádí k tomu i následující příklady. „*Předškolák ještě např. nechápe, že druzí lidé mají své vlastní hledisko, odlišné od jeho hlediska. Když vám něco vypráví, předpokládá automaticky, že víte všechno, co ví on. Když s ním hrajete nějakou hru, předpokládá, že uznáváte stejná pravidla. Co se neshoduje s jeho názorem, to často prostě neslyší.*“ (Říčan, 2004, str. 123) Dalším znakem, který poukazuje na odlišnost předškolákovy myšlení, je magičnost. Jedná se o jakousi tendenci přikládat vlastním myšlenkám magickou moc. „*Tendence pomáhat si při interpretaci dění v reálném světě fantazií a tak jeho poznání zkreslovat.*“ (Vágnerová, 2005, str. 175)

Často tedy vlivem smíšení reality a světa dětské fantazie vznikají tzv. konfabulace, které jsou ale celkem typické pro děti tohoto věku. „*Konfabulaci můžeme definovat jako*

*nepravou a neúmyslnou lež, která pouze vyplývá z dětského způsobu myšlení.*“ (Říčan, 2004, str. 124) Dalším pojmem, který by vystihoval myšlení v této etapě, je tzv. artificialismus. O co se jedná? Jde o způsob výkladu okolního světa pomocí dětského nelogického myšlení. Malé dítě je přesvědčeno, že veškeré předměty a výtvořky v jeho okolí, jsou výsledkem nějaké lidské činnosti. „*Hvězdy a měsíc dal na oblohu, napustil vodu do rybníka, na něm udělal do rána led apod.*“ (Vágnerová, 2005, str. 175), (Langmeier, 1991)

Posledním hlavním znakem myšlení typické pro dítě předškolního věku je tzv. antropomorfismus. Jedná se o další způsob srovnání se s okolním světem, kterému mohou poté lépe porozumět. „*Dítě přiřítá vlastnosti živých resp. lidských bytostí i neživým objektům.*“ (Vágnerová, 2005, str. 175) Jak uvádí Říčan, dítě předpokládá, že i okolní předměty jako např. hvězdy nebo stromy cítí, myslí, hněvají se apod. (Říčan, 2004)

Zajímavou oblastí je i otázka smrti pro předškolní dítě a pohlížení na ni. Obecně vědí o přítomnosti tohoto jevu, přemýšlí o něm, ale nedokážou se s tím vyrovnat jako s něčím konečným. „*Zemře-li blízký člověk, předškolní dítě ještě doopravdy netruchlí, nedovede pochopit smrt jako něco definitivního, co se nemůže odestát.*“ (Říčan, 2004, str. 125)

Závěrem této kapitoly je nutno konstatovat, že psychická činnost a myšlení předškoláků jsou velmi živé. Václav Příhoda k tomuto uvádí následující: „*Tvořivá činnost myšlení působí, že dítě rozumí žertu a samo žertuje. Je myslícím člověkem s vlastním životem. Jeho ojedinělé postřehy překvapují svou bystrostí.*“ (Příhoda, 1977, str. 227)

## **1.8 Socializace a vytváření genderové identity**

Jako nejdůležitější rozvíjenou oblast ze života předškoláka bych zdůraznila právě probíhající socializaci. Toto období je v této oblasti dá se říci zlomové, protože poprvé začíná přerůstat svůj rámec domova a úzkého rodinného kruhu. Dítě se vstupem do mateřské školy učí vycházet s vrstevníky, reagovat i na jiné dospělé osoby a začíná se rozvíjet i bez bezprostředních dohledů rodičů, potažmo matky. V této etapě vývoje se mimo jiné začíná utvářet i genderová identita a základní rolové schéma.

Nejprve bychom si měli upřesnit samotný pojem socializace. Jedná se o postupné začleňování dítěte do společnosti, které trvá v podstatě po celý život, ale základy jsou položeny právě v tomto období vývoje. Langmeier (1998) uvádí hlavní tři vývojové aspekty, které by měl zahrnovat socializační proces. Jedná se zprvu o vývoj sociální



reaktivity, což vysvětluje jako vytváření vztahů se svým okolím. Za další uvádí vývoj sociálních kontrol, tedy jakési vytvoření základních norem, které je ve společnosti nutné dodržovat. Jako poslední uvádí osvojení sociálních rolí, což znamená dle Langmeiera tzv. „osvojení takových vzorců chování a postojů, které jsou od jedince očekávány ostatními členy společnosti, a to vzhledem k jeho věku, pohlaví, společenskému postavení apod.“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, str. 90)

Vágnerová uvádí příklad rolí, které se očekává, že předškolní dítě v tomto období získá, a postupně se je naučí i uplatňovat a „hrát“ v každodenním životě. Jedná se o roli vrstevníka, roli žáka v mateřské škole a popřípadě i role kamaráda, pokud dojde k navázání bližšího vztahu s jiným dítětem. Přátelské vztahy vzniklé v tomto období však obecně nemají moc dlouhou životnost. (Vágnerová, 2005)

Jak už bylo zmíněno na začátku této kapitoly, předškolní dítě zpravidla opouští užší rodinný kruh a vydává se poznávat i širší okolí. Můžeme předpokládat, že socializace probíhá zejména stále v rámci rodiny, ale nově i na půdě mateřské školy, kde se setkává jak s větším kolektivem vrstevníků, tak i s dalšími dospělými osobami. Co tedy pro předškoláka představuje rodina a nově poznané tzv. instituce? Rodinný kruh je pro dítě stále velmi důležitý. Obecně platí, že čím klidnější a bezpečnější zázemí, tím se může směleji pustit do poznávání okolního světa. „*Postupné začleňování mezi vrstevníky poskytuje užitečnou zkušenost, která přispívá k další diferenciaci vztahů a chování k dospělým a dětem, i k potřebnému sociálnímu osamostatňování se. ... Mateřská škola je první institucí, s níž se dítě setkává. Jejím prostřednictvím vstupuje do společnosti jako samostatný jedinec a takto si potvrzuje své kompetence.*“ (Vágnerová, 2005, str. 203)

Jak už bylo uvedeno výše, Langmeier uvádí jako jeden z úkolů socializace vytvoření tzv. sociálních kontrol, které si můžeme představit jako zvnitřněné hodnoty. Konkrétně se jedná o identifikaci norem přijímaných v dětství od rodičů. „*Identifikace (ztotožnění) je teoretický pojem. Předpokládáme, že se dítě s rodiči – samozřejmě obrazně – psychologicky ztotožní, že „do sebe pojme“ jejich názory, hodnoty a přání tak silně, že si už ani nebude uvědomovat původ těchto názorů, hodnot a přání. Identifikace je pevná a trvalá vazba, která společnosti umožňuje, aby dítěti vstúpila to nejlepší – a bohužel i to nejhorší – z osobnosti rodičů.*“ (Říčan, 2004, str. 135) Takové vstípení je tedy nekritické, přijímá svůj vzor jako celek s dobrými, ale i špatnými vlastnostmi.

Dalším pojmem, který jsme již zmiňovali v názvu této kapitoly, je tzv. genderová identita, což ale spíše souvisí s rozvojem sebepojetí v tomto věku. Pro rozvoj této identity

je nejdůležitější především přítomnost obou rodičů v rodině. Pokud právě jeden z rodičů vlivem např. rozpadu rodiny chybí, nemá odkud dítě čerpat poznatky o opačném pohlaví. Další poznatky o rozdílech obou pohlaví se dozvídá v mateřské škole a mezi vrstevníky. Děti postupně od věku zhruba tří let si začínají uvědomovat rozdíly mezi oběma pohlavími. Jejich vědomí o vlastní příslušnosti k jednomu konkrétnímu pohlaví se ustálí jako konstantní a neměnné kolem pěti až šesti let. K tomu aby si dítě vytvořilo toto povědomí o sobě samém, samozřejmě významně přispívá socializace a sociální učení probíhající v této periodě vývoje. *„V závislosti na generových stereotypech se i sami předškoláci chovají odlišně k dětem různého pohlaví a mají ve vztahu k nim i jiná očekávání. V předškolním věku se čím dál víc projevuje tendence k genderové segregaci, tj. preferenci kontaktu s dětmi téhož pohlaví.“* (Vágnerová, 2005, str. 235)

Celkově můžeme shrnout předškolní období jako velmi důležité pro pozdější vývoj dítěte. Jeho dovednosti a schopnosti se stále zdokonalují, vnitřní psychický svět předškoláka je již také velmi bohatý. Rozvíjí se vlastní svědomí, dítě si osvojuje první morální zásady a celkově dochází k vytváření ustálenějších vzorců chování. Dítě je tedy každým rokem společensky, emočně i intelektuálně vyspělejší. Mezníkem tohoto období, jak bylo řečeno v úvodu, je nástup do první třídy základní školy.

## 2 Vymezení pojmu ADHD a pohled na vývoj používané terminologie na našem území

Cílem této kapitoly, jak napovídá samotný název, je základní vymezení pojmu ADHD. Druhá část je věnována pohledu na postupný historický vývoj používaného názvosloví v rámci českých podmínek. Terminologie byla v minulosti v této oblasti velmi pestrá, a proto je důležité si pro snadnější orientaci v dané problematice hned na úvod vymežit aktuální možná použití.

### 2.1 ADHD

Nejprve několik slov k co nejpřesnějšímu vymezení tohoto termínu. Odborné definice se v různých publikacích mohou lišit, proto jsou zde uvedeny pohledy více autorů. Většinou se jedná spíše o jakési primární charakteristiky, než o vyčerpávající formulace.

Samotný název ADHD označuje tzv. attention deficit hyperaktivity disorder, což v překladu znamená porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivity. Kocurová uvádí následující definici: „*ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů.*“ (Kocurová, 2002, str. 2)

Ivo Paclt ve své publikaci *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* uvádí následující: „*Děti trpící ADHD chronicky trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou. Tyto charakteristiky se u nich výrazně projevují již v raných stádiích vývoje, a to zřetelněji, než odpovídá jejich mentálnímu věku.*“ (Paclt, 2007, str. 13)

„*Zkratka ADHD vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace – jedná se o označení pro syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou anebo syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity (ADD).*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 10) Jak dále autorka uvádí, jde spíše o jakýsi poddruh samotného ADHD. „*Vzhledem k rozmanitosti příčin a projevů hovoří většina odborníků o syndromu.*“ (Kocurová, 2002, str. 3)

V této části jsme si tedy nastínili základní obecněji pojaté charakteristiky tohoto syndromu. V dalších kapitolách se zaměříme na podrobnější popis jednotlivých projevů a snahou bude hlubší proniknutí do problematiky.

## 2.2 Zachycení vývoje terminologie v českém prostředí

Tato část kapitoly je věnována zachycení vývoje názvů používaných v této oblasti. V průběhu let se zde řada odborníků pokusila o vymezení přesnějších formulací, které by co nejpřesněji vystihovaly zkoumanou problematiku. Termíny se tedy v průběhu 20. století měnily a přizpůsobovaly stále novým zjištěním.

*„První poznatky o hyperaktivních dětech lze nejen u nás, ale i ve světě zachytit koncem první poloviny a v průběhu druhé poloviny dvacátého století (přibližně od roku 1830), o přesnější ohraničení této problematiky se pokoušeli autoři na počátku dvacátého století.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 9) Děti se symptomy ADHD se zde tedy už pravděpodobně vyskytovaly daleko dříve, než se o diagnostice vůbec začalo uvažovat. Nejedná se tedy o jakési onemocnění posledních let, jak si někdy může myslet převážně laická veřejnost.

Následující historická data a skutečnosti jsme čerpali od Jucovičové (2010) a Kocurové (2002). První běžně užívaný termín byl použit v roce 1930 a šlo o tzv. minimální mozkovou dysfunkci (MBD), který se ale převážně používal v zahraničí. U nás se vžil do povědomí spíše název malá mozková dysfunkce (MMD). Další posun přišel v 50. letech 20. století, kdy se zažilo označení lehké dětské encefalopatie (LDE), ale hned záhy v 60. letech se název přeformuloval na lehké mozkové dysfunkce (LMD), který zůstává pevně zakořeněn dodnes a to opět především u širší veřejnosti.

Pro porovnání jsou zde uvedeny i některé možné definice výše zmíněných označení. *„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence a určitými poruchami učení či chování, rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. ... Pod pojem lehká dětská encefalopatie se řadí drobné difuzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu, vzniklé prenatálně, perinatálně nebo postnatálně před dobou dospělosti.“* (Kocurová, 2002, str. 2)

Konečně od poloviny 90. let 20. století se začal používat současný termín ADHD, který asi nejvíce odpovídá popisovaným symptomům syndromu. *„V souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí Světové zdravotnické organizace je užíván termín hyperkinetická porucha a její subtypy – porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 9)

Závěrem k této kapitole uvedeme následující vysvětlení k dnes stále se rozšiřujícímu pojmu ADHD. „Podle Swierkoszové (2006) je termín ADHD popisnější, poskytuje širší pojetí syndromu a je pro depistáž a následnou terapii a reedukci užitečnější. Navíc je běžně užíván v odborné literatuře psychologické a pedagogické jak ve světě, tak již i u nás. Začíná se také postupně prosazovat mezi laickou veřejností.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 10)

### **3 Popis základních symptomů ADHD projevujících se u dětí předškolního věku.**

Následující kapitola je zaměřena na popis základních projevů, které jsou možné pozorovat u dětí předškolního věku, u kterých byl diagnostikován syndrom ADHD. Mezi základní projevy ADHD řadíme poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Těmto třem hlavním symptomům budou dále věnovány vlastní podkapitoly. Pro úplnost celý obraz doplníme ještě i dalšími možnými projevy. Jucovičová (2010) je nazývá souhrnným pojmem tzv. přidružené poruchy, které s vlastním syndromem úzce souvisejí. Obecně se může jednat např. o percepčně motorické poruchy, poruchy paměti, poruchy v oblasti myšlení a řeči, emoční poruchy někdy spojené s poruchami chování, vyskytovat se mohou i vývojové poruchy učení. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Právě v tomto období se symptomy ADHD začínají výrazněji projevovat a často dochází k samotné diagnostice až v předškolním věku dítěte. Největším zlomem je pak pro děti trpící hyperkinetickým syndromem nástup povinné školní docházky, kde jsou pak projevy ještě více zřetelné.

*„Konkrétní obraz lehké mozkové dysfunkce je individuálně velmi odlišný, a proto se zájem odborníku kromě etiologie upírá k symptomatologii této poruchy. Je snaha najít typické příznaky, protože LMD je obtížně diagnostikovatelný např. technickým přístroji a popis symptomů sehrává v diagnostice klíčovou roli.“* (Kocurová, 2002, str. 8) Přestože je zde uváděna ještě starší terminologie, můžeme zmíněný text převést i na problematiku ADHD. Dále Kocurová uvádí několik autorských názorů na možná dělení skupin příznaků. Pro přehlednost se budeme držet výše zmiňovaného dělení.

#### **3.1 Porucha pozornosti**

Než se budeme věnovat zmíněné poruše pozornosti, měli bychom si vymezit, co si představit pod samotným termínem pozornost. Alena Plháková ve své *Obecné psychologii* uvádí následující definici pozornosti: *„Je to mentální proces, jehož funkcí je vpouštět do vědomí omezený počet informací, a tak ho chránit před zahlcením velkým množstvím podnětů. Základní vlastností je selektivita – výběrovost. Pozornost lidem umožňuje monitorovat vnější a vnitřní prostředí a vybírat z něj pouze podněty, které si v daném okamžiku přejí nebo potřebují uvědomit, přičemž ostatní ignorují.“* (Plháková, 2008, str. 77)

V čem tedy spočívá narušení pozornosti u dětí se syndromem ADHD? Jedná se většinou o roztěkanost, nesoustředěnost a celkovou nepozornost. Častý je i problém se selektivitou, jelikož nedokážou dostatečně odlišit podstatné a nedůležité podněty. Děti s projevy ADHD nejsou ani moc odolné vůči rušivým elementům z okolí, což má za následek časté přerušování činnosti, odvádění pozornosti jinam a často také celkové nedokončení rozpracovaného úkolu. Celkový rozsah pozornosti těchto dětí je spíše nedostačující až malý, což se dále promítá v ostatních činnostech jimi vykonávaných. Souvislost můžeme hledat i s kapacitou paměti, která je v závislosti na snížené pozornosti méně zatěžována. Opakem ke zmíněné fluktuaci pozornosti může být ale i ulpívavá pozornost, kdy se dítě k tématu neustále vrací a nedokáže ho skutečně opustit. (Jucovičová, Žáčková, 2010) Naproti výše zmíněnému ale stojí poznatek, že tyto děti se celkem dostatečně pozorně věnují činnostem, které je opravdu baví a zajímají je. Z toho můžeme tedy odvodit následující: „*Velkou roli ve schopnosti koncentrovat pozornost u dítěte s ADHD hraje motivace a adekvátní stimulace.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 28) K tomu to se vrátíme ještě později v kapitole věnované právě přístupům ke zvládnutí a usměrňování dětí se symptomy ADHD.

Ivo Paclt ve své knize *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* uvádí k deficitu pozornosti následující: „*Významné je rovněž snížení vytrvalosti při plnění úloh, zvláště takových, které nepřinášejí bezprostřední pozitivní odezvu, která je pro dítě významná. Problémem je tedy nejen porucha pozornosti, ale i vytrvalost.*“ (Paclt, 2007, str. 14)

Závěrem k této kapitole, pojednávající o poruše pozornosti jako jednoho z hlavních symptomů u dětí s ADHD, můžeme uvést následující. Souborný pojem porucha pozornosti někdy nazývána sníženou pozorností či deficitem pozornosti rozumíme pouze zastřešující název, který zahrnuje mnohé další projevy. Zařadili jsme sem celkovou nesoustředěnost, nedostatečnou výběrovost, těkavost nebo naopak ulpívavost pozornosti, netrpělivost, sníženou vytrvalost, snazší unavitelnost, celkovou snadnou odklonitelnost pozornosti.

### **3.2 Hyperaktivita**

Dalším ze základních rysů typických pro ADHD je právě hyperaktivita. Ta bývá charakterizována následovně: „*Nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 30) V praxi se tedy můžeme setkat s neustálými mimoděčnými pohyby, neposedností a celkovým neklidem. Jak již bylo

zmíněno v samotné definici hyperaktivity, projevy se mohou týkat i komunikace a nadměrného řečového projevu.

Zvýšená fyzická aktivita v této souvislosti bývá označována jako tzv. psychomotorický neklid. Často se tedy jedná o zvýšenou pohyblivost, nekoordinované a rychlé pohyby, z čehož plynou i časté nehody a větší úrazovost těchto dětí. Jak uvádí Jucovičová ve své publikaci *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*, tak se celkový neklid může projevovat i jemnými přesto zřetelnými záškuby mimického svalstva. Hyperaktivitu ale netvoří pouze samotný fyzický neklid, ale jak již bylo zmíněno výše i zvláštnosti řečového projevu. U dětí s projevy ADHD se můžeme setkat s překotnou komunikací, hlasitou řečí neúměrně situaci, dále s neustálým překřikováním, vykřikováním a celkovou komunikační neukázněností. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Těchto projevů je možno si povšimnout již v mateřské škole u dětí předškolního věku, ale svoji sílu většinou ukážou až při vstupu do základní školy, kde jsou na ně kladeny ještě větší požadavky a je vyžadována větší celková ukázněnost. Děti s projevy hyperaktivity bývají často vnímány jako neposlušné, nemotorné a neobratné.

### **3.3 Impulzivita**

*„Impulzivní jednání bývá popisováno jako okamžitá reakce na podnět, kdy chybí fáze rozmyšlení – dítě jedná podle svého prvotního nápadu, aniž by si rozmyslilo postup a domyslelo důsledky nebo následky svého jednání. Často také reaguje nezvykle prudce, intenzivně.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 33)

Jak uvádí Jucovičová (2010) ve své publikaci dále, mezi další projevy impulzivity patří neschopnost domýšlet důsledky svého jednání, obtíže v komunikaci, které se ale propojují s již zmíněnou hyperaktivitou, v neposlední řadě uvádí, že tyto děti velice obtížně snášejí nesplnění svého přání nebo požadavku. Toto chování by potom odpovídalo věkově mladším dětem. Pokud se bavíme o zvýšené impulzivitě u dětí předškolního věku, musíme se i zde zmínit v této souvislosti se zvýšeným rizikem úrazovosti a většího výskytu nebezpečnějších situací pro dítě.

Z této charakteristiky tedy vyplývá, že projevem dětské impulzivity je bezcílné a předem nepromyšlené jednání. Dítě tedy jedná často zbrkle, bez zábran a reakce může být neadekvátní situaci. Impulzivní jednání se může samozřejmě vyskytovat i u dětí předškolního věku, které netrpí syndromem ADHD, což je samozřejmě dáno jejich věkem nebo i pohlavím. Proto v oblasti diagnostiky musíme přistupovat k problému opatrně a vzít



v potaz soubor všech symptomů. Problematikou diagnostiky se však budeme podrobněji zabývat v dalších kapitolách.

*„Vágnerová (1999) upozorňuje v souvislosti s impulzivitou těchto dětí na vyšší citlivost k vnějším podnětům, která se projevuje zvýšenou dráždivostí. Z tohoto důvodu reagují děti na běžné podněty nepřiměřeně, příliš intenzivně. Upozorňuje i na fakt, že takový způsob jednání vede k rychlejšímu vyčerpání, k únavě dítěte a s tím související mrzuté náladě.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 34) Toto vše, jak uvádí autorka dále, může vést k negativnímu prožívání sebe sama a ke sníženému sebepojetí jedince. Jak je tedy vidět vše souvisí se vším, jednotlivé projevy se doplňují a vzájemně vytvářejí dosti složitý systém, který je schopen ovlivňovat dítě jako celek.

### **3.4 Přidružené poruchy**

Dále uváděné poruchy typické pro projevy dětí s ADHD jsou zahrnuty pod tento zastřešující název přidružených poruch. Řada autorů se samozřejmě ve svém dělení liší, někteří je dokonce neuvádí vůbec. Pro přehlednost jsou v této práci odděleny od hlavních tří symptomů, na kterých se odborníci shodují téměř bez rozdílu. Přesto jsou však uváděny, jelikož nemohou být opomenuty a pomáhají dotvářet celkový obraz příznaků vyskytujících se u dětí předškolního věku se syndromem ADHD. Následující podskupiny jednotlivých přidružených poruch jsou vymezeny dle Jucovičové a Žáčkové (2010).

#### **3.4.1 Percepčně motorické poruchy**

Jedná se o zastřešující název pro dva následující druhy poruch. Radíme sem jednak Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace a jednak Poruchy percepčních a kognitivních funkcí. Ke každé uvedeme stručnou charakteristiku hlavních projevů pozorovatelných u dětí s ADHD.

##### **3.4.1.1 Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace**

Poruchy motoriky zahrnují jak oblast hrubé, tak i jemné motoriky. V praxi to může znamenat, že takové dítě je celkově neohrabané, může působit až nešikovně. Dělá mu velké potíže koordinace pohybů a souhra celého těla při jakékoli činnosti. V případě jemné motoriky se může jednat zejména o činnosti jako např. zavazování tkaniček, zapínání knoflíků nebo třeba hra s ostatními dětmi. Již v mateřské škole se mohou vyskytovat problémy s kresebným projevem, popřípadě s písmem, které může vypadat neúhledně až nečitelně. V souvislosti s tímto se mohou po nástupu do základní školy objevovat

specifické poruchy učení jako např. dyslexie či dysgrafie. O těchto vývojových poruchách se více zmíníme v samostatné kapitole.

Dále se u dětí mohou vyskytovat určité artikulační neobratnosti. Můžeme si všimnout komolení náročnějších nebo delších slov. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

*„Vágnerová (1999) upozorňuje na fakt, že zmíněné problémy snižují sociální statut dětí, protože jsou neúspěšné např. v míčových hrách - v praxi bývají tyto děti považovány za outsiders (protože ostatním dětem kazí hru svou neobratností, stávají se terčem posměšků, ostatní děti se je snaží nezřídka ze svého středu vytěsnit). Přidáme-li k tomu horší podřidivost těchto dětí pravidlům hry, neschopnost prohrávat či uznat prohru a připustit neúspěch, tvoří tato porucha závažný sociální problém ve vrstevnické skupině dítěte.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 36)*

#### **3.4.1.2 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí**

Dle Jucovičové (2010) se jedná o deficity jak v oblasti sluchu, tak zraku. Nejedná se však o poškození samotného orgánu, jak vysvětluje dále, ale spíše o funkčnost a průběh samotné reakce. V praxi můžeme u dětí s těmito potížemi pozorovat např. špatné rozlišování podobných tvarů, nejčastěji potom písmen, dále pak nedostatečnou orientaci v prostoru nebo čase. Co se týče sluchu, mohou se jim hůře rozpoznávat podobně znějící slova.

*„Zaznamenány byly u těchto dětí i poruchy kognitivních funkcí – někdy vážne sluchová paměť. Mimo poruch sluchového a zrakového vnímání zde spolupůsobí porucha analyticko syntetické činnosti, která je nezbytná pro výuku čtené a psaní.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 37)*

#### **3.4.2 Poruchy paměti**

Pro děti se syndromem ADHD bývají často typické poruchy paměti, zejména té krátkodobé. Než se pustíme do samotných deficitů, uvedeme si na úvod několik definic pro lepší orientaci.

Plháková popisuje paměť jako „*schopnost zaznamenávat životní zkušenosti.*“ (Plháková, 2008, str. 193) Pro naše účely se zaměříme pouze na paměť krátkodobou, která je nejvíce postižena právě u dětí s projevy ADHD. Krátkodobou paměť můžeme definovat jako část pamětního systému, který má za úkol krátkodobě podržet informace, které aktuálně potřebujeme ke svým psychickým aktivitám. Ponechává informace po dobu hodin, dnů i týdnů. (Plháková, 2008), (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Jakým způsobem je tedy vlastně narušena paměť u dětí s ADHD? „Podle Černé (1999) je postižen celý paměťový proces: od ukládání a systematizování získaných informací až po jejich vybavování z paměti. Paměť těchto dětí popisuje jako knihovnu s mnoha svazky, kde je velké množství různých údajů, ale kde mnoho důležitých informačních zdrojů chybí. Doplnění této knihovny je nesystematické, náhodné a panuje v ní chaos a zmatek.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 38)

V důsledku poruch krátkodobé paměti děti se syndromem ADHD často zapomínají zadané pokyny, neustále něco ztrácejí nebo hledají. Velkým problémem je pro ně zapamatování si zejména auditivních pokynů. Opačným problémem může být, že paměť naopak ulpívá u nějakého tématu nebo činnosti. Dítě se k ní stále vrací ve vzpomínkách a nedokáže se posunout nebo přejít k vykonání jiné aktivity. Celkově je dle Jucovičové problémem proces vybavení si konkrétní informace z paměti. Všechny zmíněné projevy bohužel neblaze působí na proces učení a žákovu školní úspěšnost (Jucovičová, Žáčková, 2010)

### **3.4.3 Poruchy myšlení a řeči**

Samotné termíny myšlení a řeč jsme si charakterizovali již v kapitole *Charakteristika předškolního období*. V této části na poznatky navážeme a doplníme kontrastně právě pro děti s projevy ADHD. Nejprve několik poznatků k myšlení typické pro děti předškolního věku s ADHD. „Rozumové schopnosti nebývají významně narušeny, ale je narušena jejich struktura a je snížena jejich využitelnost v praxi – výkon dítěte neodpovídá jeho schopnostem...Stejně tak jako u paměti a pozornosti bývá uváděno, že u dětí s ADHD bývá myšlení nepružné, ulpívavé až stereotypní, nebo naopak chaotické, zmatené.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 40)

U těchto dětí můžeme pozorovat zabíhavé, překotné myšlení nebo naopak ulpívání na konkrétní myšlence, neschopnost se posunout dále. Je narušena celková plynulost a harmoničnost myšlení. Předškoláci mohou mít také problém při myšlenkových operacích jako je např. syntéza, analýza nebo generalizace. „Výčet poruch v oblasti myšlení je velmi široký, až je s podivem, že tyto děti mívají průměrné až nadprůměrné intelektové schopnosti, a to navíc při dalších narušených kognitivních a percepčně motorických funkcích.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 41)

Další část kapitoly bude věnována poruchám řeči. Na tyto jsme narazily již v předchozích kapitolách, proto zde uvedeme celkové shrnutí dosavadních poznatků pro

lepší přehlednost a orientaci. U dětí s ADHD se mohou objevovat jak poruchy s porozuměním řeči, tak i poruchy s aktivní řečí. Nemusejí chápat význam všech slov v komunikaci a vznikají z toho další nedorozumění a popřípadě problematické situace. Samo může trpět poruchami artikulace při mluvení nebo rytmu řeči. Jejich řečový projev se může zdát místy nesrozumitelný, dále pak neadekvátně hlasitý, celkově chaotický a pro posluchače zmatený. Výjimkou nebývá ani opožděný vývoj řeči, kdy jedinci s ADHD začínají mluvit později než jejich non-ADHD vrstevníci. Další projevy můžeme pozorovat např. v nedostatečnosti slovní zásoby. „*Stejně jako myšlení může i řeč hyperaktivního dítěte ulpívat, být rigidní, nepružná, objevuje se i stereotypní používání některých výrazů, vět.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 43)

#### **3.4.4 Emoční poruchy a poruchy chování**

Jako u předešlých kapitol platí i zde, že emoční prožívání předškoláka bylo popsáno v kapitole *Charakteristika předškolního dítěte*. V této části se budeme těmto projevům věnovat z pohledu prožívání dítěte předškolního věku s ADHD. Zmíněné poruchy chování můžeme brát jako jakési možné vyústění předešlých možných symptomů. Paclt (2007) emoční poruchy a poruchy chování nazývá souhrnným pojmem, tzv. komorbidní poruchy.

Jak již bylo řečeno dříve, pro děti předškolního věku je typické emoční zklidnění, projevuje se větší stabilita citů a převažuje radostná a optimistická nálada. Kontrastem pro toto se nám může zdát chování dětí toho věku s ADHD. Řada autorů se shoduje na tom, že u nich převažuje silná emoční labilita, nezřídka se objevují výkyvy nálad a emoční reakce jsou pokládány vzhledem k situaci za neadekvátní a často velice nevyzpytatelné. „*Vágnerová (1999) uvádí rychlé přechody od mrzutosti k euforii, citovou nezralost a labilitu až infantilnost, což dává do souvislosti s nízkou frustrační tolerancí – dítě reaguje na podněty neadekvátně, bouřlivě, někdy i jako dítě vývojově mladší. To vede k poruchám sebeovládání, afektivním až agresivním reakcím. Může to být ale i obranný mechanismus v situacích, kdy dítě subjektivně prožívá nadměrnou zátěž.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 44)

Výše zmíněné má souvislost i v tom, že děti s projevy ADHD mají obtíže ve vcítění se do pocitů ostatních, často u nich tedy chybí potřebná empatie. Není nic výjimečného, pokud své reakce doplňují agresivním chováním vůči svému okolí. Bohužel si však většinou ani sami neuvědomují neadekvátnost své reakce, pak je zde prostor pro vnik dalších nedorozumění mezi nimi a např. vrstevníky. Dále u dětí se syndromem

hyperaktivity můžeme pozorovat zvýšenou vztahovačnost, přecitlivělost a úzkostnost, která se může projevovat i somaticky. Celkově u nich převládá spíše negativismus, někdy se může v souvislosti s tímto hovořit i o tzv. opozičním chování. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

*„U hyperaktivních dětí bývá nezřídka zaznamenán i disharmonický, psychopatický vývoj, při kterém se mění struktura osobnostních vlastností. Některé vystupují silněji, postupem vývoje se umocňují a vznikají tak potíže v mezilidských vztazích, je ohrožena socializace dítěte a v důsledku toho i jeho budoucí fungování ve společnosti.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 49) Samotné poruchy chování jako např. lhaní, krádeže, záškoláctví nebo fyzická agresivita se většinou diagnostikují až u dětí staršího věku, např. adolescentů. Z tohoto důvodu se jim nebudeme blíže věnovat v této práci, která je zaměřená na děti v předškolním období.

### **3.4.5 Specifické vývojové poruchy učení**

Tato kapitola se věnuje poruchám učení, které jsou obzvláště v posledních letech velmi frekventované. Kapitola není zaměřena na zevrubný a detailní výklad tématu. Je zde snaha spíše poukázat na tuto problematiku v souvislosti s dalšími výše zmíněnými projevy ADHD. Cílem je tedy obecnější a komplexnější pohled na výskyt specifických poruch učení v souvislosti s výskytem ADHD u dětí. Tyto poruchy se samozřejmě nejvíce projevují až při vstupu do první třídy, nejsou tedy tak důležité pro popis projevů u dětí předškolního věku. Přesto si toto téma zaslouží alespoň základní charakteristiku. Na úvod je nutno říci, že se nejedná o další z typických symptomů hyperkinetického syndromu, jde spíše o jakýsi vedlejší příznak, který může mít s ADHD souvislost, ale v některých případech samozřejmě nemusí.

*„Pojem specifické poruchy učení je souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání.“* (Kocurová, 2000, str. 33) Zajímavá je i definice dle Věry Pokorné, kterou uvedla ve své publikaci *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Jedná se spíše o přesnější doplnění výše zmíněného. Vycházela z pojetí především amerických autorů. *„Poruchy učení znamenají, že jednotlivec má slabé školní dovednosti navzdory vyšší intelektuální schopnosti. Školní obtíže nejsou způsobeny vizuálním, sluchovým nebo motorickým*

*handicapem, mentální retardací, emoční poruchou nebo vlivem prostředí či kulturním a sociálním znevýhodněním.*“ (Pokorná, 2010, str. 18)

Jaké existují tedy konkrétní poruchy, které odborníci hromadně řadí pod výše vymezený zastřešující pojem? Jedná se o následující skupiny:

- dyslexie (porucha osvojování čtenářských dovedností)
- dysgrafie (porucha osvojování psaní)
- dysortografie (porucha osvojování pravopisu)
- dyskalkulie (porucha osvojování matematických funkcí)
- dyspraxie (porucha osvojení volných pohybů, porucha obratnosti)
- dysmuzie (porucha osvojování hudebních dovedností)
- dyspinxie (porucha osvojování výtvarných dovedností)

(Zelinková, 2003), (Kocurová, 2000)

V praxi se setkáváme s tím, že se tyto poruchy učení vzájemně prolínají a většinou se nevyskytuje jedinec, který by trpěl vyhraněně pouze jednou z výše vyjmenovaných. Přestože řada definic odkazuje právě až na mladší školní věk dítěte, důležitá je prevence již u dětí předškolního období. Již tam je nutné si všimnout jistých počátečních projevů a věnovat jim patřičnou péči. Jak uvádí Zelinková, existují totiž určitá východiska pro časnou diagnostiku, která se uplatňuje tedy ještě před nástupem dítěte do základní školy. (Zelinková, 2003)

Bližší se na jednotlivé poruchy zaměřovat nebudeme, jelikož to není předmětem našeho zkoumání. Tento nástin by k dokreslení celkové problematiky měl postačit.

Celá tato kapitola byla věnována popisu možných symptomů u dětí s ADHD. Na závěr je však nutno zdůraznit, že u každého dítěte se příznaky projevují zcela individuálně a v různé míře a intenzitě. Výše uvedené tedy nelze brát jako zcela vyčerpáný popis možných variant. Jedná se pouze o nástin a zdůraznění nejtypičtějších projevů, tak jak je uvádějí dostupné publikace. Jak již bylo zmíněno v úvodu kapitoly, výčet symptomů byl zaměřen zejména na děti spadající do období předškolního, což je ale často v praxi těžko ohraničitelné s obdobím mladšího školního věku, proto se v některých částech mohou projevy volně prolínat. Dále zde bylo i naznačeno, že zrání u dětí s ADHD bývá dosti nerovnoměrné oproti dětem non-ADHD stejného věku. Z tohoto důvodu můžeme pozorovat časté odklady školní docházky u těchto dětí alespoň na jeden rok, což má význam hlavně tam, kde je zaručeno, že se dítěti budou rodiče nebo vychovatelé v mateřské škole věnovat a intenzivněji s ním pracovat.

## 4 Etiologie – možné příčiny vzniku ADHD

Úvodem této kapitoly věnující se možným příčinám vzniku samotného ADHD a jejich možným vysvětlením je nutno říci, že tato problematika není zcela jasně objasněna. Spíše se vychází z konkrétních situací a podrobné anamnézy toho a toho případu. Pokusíme se tedy pouze nastínit možné příčiny, nejedná se tedy o absolutní poznatky. Obecně bývají příčiny vzniku připisovány dědičnosti a dalším biologickým faktorům. Nelze však s jistotou určit jednoznačnou příčinu výskytu syndromu ADHD. Samotní odborníci se ve výkladu etiologie ADHD nemohou shodnout, a proto si níže uvedeme různé teorie a rozdělení od více autorů.

Jucovičová (2010) uvádí k problematice vzniku ADHD, že nejčastější příčinou bývá difúzní poškození mozku vznikající v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Dále se zmiňuje o tom, že tato poškození mohou být způsobena v období samotného těhotenství, v době během porodu nebo v období krátce po porodu (velmi raného dětství). V poslední době je stále více zmiňován i faktor genetický, tedy přenesení syndromu nebo pouze určitých příznaků z rodiče na dítě. Častou příčinou poté může být i kombinace obou výše zmíněných.

Kocurová (2002) ve své publikaci *Lehké mozkové dysfunkce* uvádí následující skupiny faktorů:

- 1) vnitřní – dědičnost
- 2) vnější
  - drobná poškození mozku (způsobena prenatalně, perinatálně i postnatálně)
  - sociální vlivy (rané problematické vztahy mezi matkou a dítětem)

Obohacuje tedy možné teorie ještě sféru vlivu sociální, konkrétně zdůrazňuje narušenou vazbu mezi matkou a dítětem v raných fázích života dítěte.

Riefová (1999) ve své knize *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole* zmiňuje mimo jiné i další možné teorie vzniku hyperkinetického syndromu u dětí. Jedná se o otravu olovem, což může být způsobeno znečištěním životního prostředí. Dále zde uvádí jako možnou příčinu nevhodnou stravu. Teorie jsou spíše brány jako okrajové, doplňující pouze hlavní výše zmíněné možné příčiny. Všichni výše zmínění autoři se ve svých názorech více méně doplňovali.



Paclt (2007) zmiňuje trochu jiné etiologické modely.

- 1) kognitivní (dominují obtíže s útlumem činnosti)
- 2) neurobiologický (odchylky ve stavbě a činnosti některých struktur mozku)
- 3) genetický (podíl dědičnosti)
- 4) biochemický (nedostatek některých neurotransmiterů)

Obzvláště neurologické hledisko nebývá často v tomto případě zohledňováno. Z tohoto důvodu se na problematiku neurologických teorií vysvětlující možný výskyt ADHD zaměříme o něco podrobněji.

#### **4.1 Neurologické aspekty příčiny vzniku ADHD**

Tento možný aspekt etiologie ADHD nebývá autory často zmiňován nebo podrobněji rozšiřován. Právě zmiňovaný Ivo Paclt (2007) se ve své publikaci věnuje podrobněji možným neurologickým příčinám. Pro zjednodušení a přiblížení si tuto problematiku rozdělíme do dvou oblastí. Neurobiologické hledisko se zaměřuje na jednotlivé části centrální nervové soustavy a jejich propojenost s projevy ADHD. Naopak neurochemický model se snaží naznačit vliv neurotransmiterů na výskyt ADHD.

##### **4.1.1 Neurobiologické hledisko**

Paclt (2007) uvádí přehledně následující anatomicko-funkční systémy, které mohou být zodpovědné za jednotlivé poruchy a projevy ADHD. Smyslové orgány ovlivňují percepci a lokalizaci, tyto signály se dekodují a postupují dále do okcipitálního (spánkového) laloku a do přidružených oblastí kortexu – v této oblasti se tedy jedná o proces asociace a rozpoznávání. Další důležitou částí je hippocampus, který monitoruje nové změny a aktivizuje další oblasti. Další oblastí je amygdala, kterou si můžeme představit jako poplašný systém, který vyhodnocuje podněty z hlediska důležitosti. Amygdalu řadíme spolu s dalšími komponenty do tzv. limbického systému, jenž má právě mimo jiné afektivní a emoční význam. Prefrontální kortex přichozí impulz podrží, zanalyzuje a posoudí. Paměťový systém v temporálním laloku došlý vzorec zařadí do širších souvislostí a nabudí organismus k nějaké reakci.

*„Pozornost je jako souvislé vlákno, které se proplétá různými činnostmi jednotlivých mozkových center. Je integrální součástí vnímání, poznávání, asociací, paměti, výběru odpovědí i identifikace. A jakákoli porucha v jakémkoli z těchto systémů může pozornost narušit. Někteří jedinci s ADHD s výrazným zhoršením kognitivní stránky*

*mají pozornost natolik zúženou, že mohou ignorovat dokonce i silné podněty. Dysfunkce filtračních mechanismů přetěžuje pozornost, a tudíž zhoršuje kapacitu mozku, co se týče udržení pozornosti.“ (Paclt, 2007, str. 28)*

V další části se Paclt (2007) věnuje zobrazovacím metodám a souvislostem mezi projevy ADHD a pozorovanými abnormalitami, zejména co do velikosti jednotlivých mozkových center. Jako příklad možných metod patří např. pozitronová emisní tomografie (PET), magnetická rezonance (MRI) a počítačová tomografie (CT), jako další z možných diagnostických metod autor uvádí použití EEG (měření aktivity vln v částech mozku).

*„U pacientů s ADHD pozorujeme při těchto specializovaných vyšetřeních celkově menší aktivitu prefrontální kůry i bazálních ganglií, než u zdravých jedinců. Také vidíme, že při řešení některých úkolů zapojují děti s ADHD jiné oblasti mozku než zdravé. Dále bylo zjištěno, že pacienti s ADHD mají oproti zdravým celkově asi o 3-4 % menší objem mozku, prefrontální kůry a dalších center, které jsou s touto oblastí funkčně propojeny.“ (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 67)*

#### **4.1.2 Neurochemické hledisko**

Poznatky o neurochemickém modelu nám pomohou blíže porozumět působení a někdy i nutnosti farmakologické léčby. *„Neurotransmitery a neuropeptidy tvoří jakési „informační můstky“ mezi neurony a jsou klíčem k vnímání, kognitivnímu zpracování, vzrušení, útlumu a k reakci na odměnu. Různé neurotransmitery, jako jsou dopamin, norepinefrin a serotonin se koncentrují ve specifických oblastech mozku a řídí řadu činností.“ (Paclt, 2007, str. 32)* Například dopamin má jako řídicí funkci soustředění pozornosti, noradrenalin regulaci vzrušení a serotonin puzení k činnostem. Pokud se mění hladina těchto látek, může to mít vliv na pozornost, emoce, myšlení nebo činnost organismu.

Zjednodušeně si popíšeme samotný proces pohybu neurotransmitteru. Přichází signál z vnějšího popřípadě vnitřního prostředí, který uvolní konkrétní neurotransmitter, ten se dále naváže na konkrétní receptor a aktivuje jej. Tento postup naznačuje i možná ovlivnění pomocí medikace. Různá farmaka poté mohou vyvolat stimulaci nebo naopak zablokování koncentraci neurotransmitterů. Ve vztahu k ADHD můžeme výše popsané poznatky shrnout následovně. Pokud se v těle vytvoří chemická nerovnováha v souvislosti s působením neurotransmitterů na receptory, vnějšími příznaky mohou být právě např. poruchy pozornosti nebo chování. (Paclt, 2007)

Petr Kulišťák ve své odborné publikaci *Neuropsychologie* uvádí ohledně neurologického pohledu na ADHD tyto poznatky. „S rozvojem stále jemnějších funkčních zobrazovacích technik se daří nalézt mozkové poruchy, především v pozornostních sítích, které se velkou měrou podílejí na behaviorálních projevech dětí s ADHD. Aktuálně se předpokládá hlavní vliv poškození nervových okruhů laloků frontálního a pravostranného parientálního.“ (Kulišťák, 2003, str. 95)

Závěrem k této kapitole můžeme uvést asi následující shrnutí: „Přestože příčiny vzniku hyperaktivity mohou být často nejasné a nepodaří se nám je odhalit, z výše uvedeného je zřejmé, že se u dětí jedná vždy o problematiku vrozenou (nebo částečně získanou) a že se jedná o obtíže, které dítě samo z velké míry nemůže ovlivnit.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 13)

## 5 Diagnostika a diagnostická kritéria pro určení ADHD u dětí předškolního věku

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, samotná diagnostika a určení ADHD u dětí je velmi problematická záležitost. Z toho důvodu jsme velkou pozornost věnovali zejména rozboru jednotlivých symptomů tohoto syndromu. V praxi se odborníci opírají především o projevy typické pro ADHD, které se u dětí objevují v delším časovém rozmezí. „ADHD lze diagnostikovat, pokud se jedná o déletrvající problematiku (nejméně šest měsíců) a pokud je přítomna alespoň jedna z dále uvedených poruch: porucha pozornosti, hyperaktivita s impulzivitou.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 14)

Kritéria podle DSM-IV pro diagnózu ADHD obsahují 14 položek (uvedeno v příloze). Podle nich lze mluvit o ADHD u předškolních dětí, pokud se ze zmíněných 14 příznaků objevuje u dítěte alespoň 10 z nich. Drobný rozdíl je poté u dětí kolem šesti a sedmi let, kdy se hovoří již o 8 ze 14 příznaků. (Paclt, 2007) Autoři se dále shodují na tom, že lze u dětí s ADHD rozlišovat tzv. kritéria závažnosti ADHD, která jsou následující:

- mírný typ ADHD
- střední typ ADHD
- vážný typ ADHD

U mírného typu se objevuje jen minimum příznaků, které jsou zvládnutelné díky individuálnímu přístupu k osobnosti dítěti. Střední ADHD jsou na pomyslném středu mezi lehčí a vážnější variantou. Dítě na rozdíl od prvního typu potřebuje ještě další péči. Vážný typ ADHD se projevuje zvýšenou intenzitou pozorovatelných symptomů. Další sociální péče je v tomto případě již nezbytnou součástí. (Jucovičová, Žáčková, 2010), (Paclt, 2007)

V případě samotné diagnostiky ADHD jde o tzv. interdisciplinární problém, což v praxi znamená, že se na určení diagnózy podílejí odborníci z více oborů. Jedná se o pediatra, dětského psychiatra, psychologa nebo speciálního pedagoga. V některých případech se může jednat i o neurologa. Dítě tedy prochází různými diagnostickými postupy. Cenným zdrojem je např. pedagogická diagnostika, celková anamnéza, pozorování chování dítěte, psychologická nebo psychiatrická vyšetření, případně je vše doplněno o vyšetření speciálním pedagogem. Jak už bylo řečeno, odhalení této poruchy není zcela jednoznačné.

Mezi diagnostické techniky mimo jiné patří např. kresba postavy, obkreslování obrázků, Edfeldův reverzní test, vývojové testy zrakového vnímání, zkouška sluchové diference atd. Existuje i řada dalších testů speciálně zaměřených na diagnostiku ADHD, řada z nich ale není standardizována na současnou populaci, proto se jim obvykle přikládá pouze orientační význam. Celkově se zkoumá historie symptomů a jejich následků. Zapojuje se zdravotní, psychiatrická nebo pedagogická anamnéza, dále se bere v úvahu osobnost dítěte a rodičů, dále se v závislosti na předešlé vypracovává rodinná anamnéza a posouzení celkové sociální situace dítěte.

ADHD je možné diagnostikovat následovně:

- ADHD s převahou poruchy pozornosti (ADD)
- ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity
- ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

### ***5.1 Právní hledisko upravující přístup k dětem s ADHD ve školských zařízeních***

Aktuální informace o této problematice je možno čerpat přímo z internetových stránek Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR ([www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)). Základní zákon, který upravuje vzdělávání a vše s tím spojené, je *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*, který je také uváděn pod názvem Školský zákon. Pro naše potřeby ale stačí dílčí paragrafy a vyhlášky, nebudeme se tedy zabývat právními předpisy platné obecně pro celé školství. Tento zákon nerozlišuje z hlediska terminologie samotné děti s ADHD, ty jsou zahrnuty pod pojem žáci se specifickými poruchami učení a chování. Dále není záměrem této práce vypsát veškeré předpisy vztahující se k našemu zkoumanému problému. Níže jsou uvedeny podstatné zásady a úpravy týkající se právě dětí se specifickými potřebami, kam v tomto případě řadíme i děti s ADHD.

Postavení dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami podrobněji pojednává spíše vyhláška č. 73/2005 Sb., *o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. A poté ještě *Rámcový vzdělávací program a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. (Jucovičová, Žáčková, 2010) Z výše zmiňovaných je zde uveden pouze výtah nejdůležitějších bodů vztahující se k úpravě vzdělávání dětí s ADHD, tedy žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

- tyto děti mají nárok na tzv. podpůrná opatření při vzdělávání – speciální metody a postupy, kompenzační učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály, poskytování pedagogicko-psychologických služeb zajištění asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě
- speciální vzdělávání se poskytuje žákům se speciálními vzdělávacími potřebami na základě speciálně-pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření školského poradenského zařízení a jejich rozsah a závažnost je důvodem k zařazení žáka do režimu speciálního vzdělávání
- formy speciálního vzdělávání: individuální nebo skupinová integrace, popřípadě kombinovaný typ
- individuální vzdělávání je součástí celkové žákovy dokumentace – obsahuje mimo jiné konkrétní pedagogické postupy, způsob hodnocení žáka, seznam kompenzačních pomůcek atd.
- při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je třeba uplatňovat kombinaci speciálně pedagogických postupů, alternativních metod a modifikovaných metod používaných při vzdělávání běžné populace
- nutná je diferenciacce a individualizace vzdělávání těchto dětí

(Jucovičová, Žáčková, 2010), ([www.msmt.cz](http://www.msmt.cz))

## **6 Popis možných přístupů k předškolním dětem s projevy ADHD**

Tato část práce se věnuje stěžejnímu tématu a to utřídění možných přístupů a postupů k dětem, u kterých se projevují již výše zmíněné symptomy ADHD. Přístupy je možno užívat v předškolních zařízeních, školách, ale samozřejmě i domácím rodinném prostředí. Práce se zaměřuje pouze na výčet postupů a terapií využívaných nebo možných u dětí předškolního období, což se zase může příležitostně prolínat i s mladším školním věkem. Mezi základní prvky řadíme doporučená vedení a výchovná opatření k těmto dětem. Dalším stupněm jsou poté jakési tři základní pilíře přístupů k dětem s ADHD. Sem řadíme psychologický, pedagogický, popřípadě i medicínský přístup. Těm jsou věnovány samostatné kapitoly, kde se dozvíme o konkrétních možných uplatněních. Všechny výše zmíněné techniky mají společné to, že se jimi snažíme zmírnit nebo upravit projevy dětí s ADHD, což by mělo poté zlepšit jejich život a prožívání. Nejedná se tedy o léčbu v pravém slova smyslu.

### ***6.1 Obecné zásady výchovného vedení aplikované na děti předškolního věku s projevy ADHD***

Uvedeme si jakési základní poučky, které by měly být používány jak rodiči doma, tak i v mateřské škole. Jak už bylo řečeno, jedná se pouze o obecné zásady a můžeme je vnímat jako základní krok před tím, než přejdeme k samotné „léčbě“. Správný a jednotný postup při výchově dítěte s ADHD může zmírnit nebo až minimalizovat jeho projevy. Mezi tyto zásady správné výchovy patří:

- vytvořit klidné, citově proteplené rodinné prostředí
- stanovit řád, vytyčit hranice ve výchově a mantinely
- důslednost
- sjednocení výchovných postupů (spolupráce rodiny i školy)
- soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte
- usměrňovat aktivitu dítěte a dodávat mu přiměřené podněty

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

Důsledné dodržování výše uvedených bodů by mělo vést ke zklidnění dítěte a popřípadě k i k celkovému zlepšení jeho stavu. Toto je však pojetí zcela obecné. Uvádíme ho jako

jakýsi výchozí bod, na který je ovšem nutno nabalit i další odborné přístupy, o kterých podrobněji pojednáváme v dalších kapitolách.

## **6.2 Základní přístupy k dětem předškolního věku se symptomy ADHD**

Jedná se o základní 3 pilíře, pomocí nichž se snažíme pozitivně ovlivnit další vývoj těchto dětí. Mezi možné přístupy jsme zařadili postup pedagogický, psychologický a medicínský. Poslední z vyjmenovaných zmíníme pouze okrajově, jelikož není předmětem naší práce. Největší pozornost bude tedy věnována převážně pedagogicko – psychologických přístupům.

Na úvod je třeba říci, že obecně by se mělo jednat o kombinaci a propojení všech oborů a přístupů, tedy psychologického, výchovného a v některých případech i farmakologického. V oblasti terapie se často musí jednat o týmový přístup a spolupráci všech profesí podílejících se na „lčbě“. Pokud se s dětmi s těmito příznaky začne pracovat již v raném věku, prognóza na spokojený život se zvyšuje. Určité příznaky však v polovině případů přetrvávají až do dospělosti, ale projevy se mění a zmírňují. Vývoj tohoto syndromu však není předmětem této bakalářské práce. Zastavíme se tedy pouze u možných terapií a využívaných přístupů pro děti předškolního věku. V praktické části práce si tyto teoreticky popsané poznatky ověříme nebo vyvrátíme.

### **6.2.1 Psychologické přístupy a možnosti psychoterapie**

Jak již bylo naznačeno výše, jedná se o jeden ze tří hlavních pilířů, který je možno aplikovat na zjemnění či minimalizování projevů ADHD u dětí. Celkový psychologický přístup si pro přehlednost v této práci rozdělíme ještě na psychoterapii, která je vhodná v těchto případech používat, a dále na relaxační techniky, které působí na zklidnění dítěte s projevy ADHD. Naším záměrem není vyjmenovat veškeré možné terapie do detailů. Tato kapitola zahrnuje jakýsi přehled nejčastěji používaných technik dle různých odborníků.

#### **6.2.1.1 Kognitivně – behaviorální terapie**

Jedná se o jeden z možných přístupů v rámci tzv. psychologického pilíře, který jsme si vymezili již v úvodu kapitoly. Kognitivně – behaviorální terapie může mít různé podoby. Jejich možný přehled a použití uvádí Paclt (2007):

- kognitivně – behaviorální intervence se zaměřením na dětského pacienta s ADHD
- klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele



- přímý management jednotlivých případů ADHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“
- komplexní intenzivní behaviorální léčba
- kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba

Jak bylo naznačeno, u dětí s projevy ADHD je v rámci psychologického přístupu k nim možno aplikovat jak individuální, tak rodinnou terapii, popřípadě je možno provádět i samotný výcvik rodičů.

*„Kognitivně behaviorální psychoterapie učí rozpoznávat zažitá a opakující se schémata myšlení a jednání a na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit výhodnější či emočně přijatelnější postup.“* (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 94) V první fázi terapie je tedy důležité popsat, rozebrat a vůbec pojmenovat samotný problém. Druhou a konečnou fází by mělo být nastolení změny chování. Samotná individuálně zaměřená terapie by se s dítětem tak mladého věku pravděpodobně ještě mýjela účinkem, minimálně z tohoto důvodu je vhodné do procesu zasvětit a i další blízké dospělé osoby. Rodiče jsou na tato sezení zváni jednat proto, že se naučí pochopit chování svých hyperaktivních dětí a snaží si osvojovat vhodné způsoby, jak někdy vypjaté situace co nejvhodněji zvládat, a jednak proto, že sami potřebují dostávat zpětnou vazbu od odborníků a sezení jim pomáhá ke zvládnutí jejich složité situace. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Jiřina Prekopová (1994) uvádí konkrétní příklady určitých terapeutických sezení, kde se zaměřuje zejména na práci s rodiči neklidného dítěte. Jako názornou ukázkou pro individuální práci s rodiči naznačila, jak je možno nahrát na videozáznam probíhající rozhovor mezi matkou a neposlušným a velmi nepozorným dítětem. Na záznamu je poté patrné, že sama matka působí na dítě velmi roztržitě a dává mu nejasné a mnohoznačné signály, ze kterých si dítě samo nedokáže vybrat ten správný. Terapeut poté naučí rodiče záměrně korigovat své chování zejména vůči svému dítěti. Jako jednu z dalších možností skupinové terapie uvádí autorka tzv. rodičovské skupiny. *„Je výhodné vytvářet skupiny rodičů. Ve skupině poznávají, že nejsou se svými problémy sami na světě, že se ostatním často vede ještě hůře a že se manželským párům, které na tom byly ještě mnohem hůře, přece jen podařilo dospět k jednotě. Rodiče hyperaktivních dětí se stále častěji slučují do svépomocných skupin.“* (Prekopová, Schweizerová, 1994, str. 114) Vždy je lepší, pokud na skupiny dohlíží nějaký odborník. Základem všech těchto technik je to, že se snaží dospělým ukázat, jak se asi cítí dítě, pokud je zaplaveno velkou spoustou podnětů, ze kterých si těžko vybírá to podstatné. Důraz je kladen tedy na to, aby rodiče dokázali jít

svým dětem příkladem. Pokud od dítěte zvláště se symptomy ADHD očekáváme snahu a zvýšenou pozornost, je na místě je zahrnout právě očekávanou pozorností a porozuměním. (Prekopová, Schweizerová, 1994)

Kde je možno u nás takovou odbornou pomoc nalézt? Samozřejmě je možno se obrátit na pedagogicko-psychologické poradny, dále na speciálně pedagogická centra či na střediska výchovné péče. Jucovičová (2010) uvádí mimo výše zmíněné i další možná zařízení: *„Na práci s hyperaktivními dětmi se kromě výše uvedených zaměřují i různá občanská sdružení, kluby hyperaktivních dětí a jejich rodičů, péče o ně je realizována také na speciálně zaměřených letních táborech, kde je zajištěno i terapeutické vedení.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 186)

Na závěr je nutno říci, že mnoho publikací se tímto tématem zabývá spíše okrajově. Autoři spíše naznačují možná řešení, ale nepřicházejí s komplexnějším řešením situace. Spíše záleží na individuálním posouzení každého odborníka. Většinou se pouze shodují v doporučení, že naznačené techniky mají skutečně pouze orientační charakter a v žádném případě nedoporučují rodičům či jiným dospělým, kteří se musí vypořádat s občas problémovým chováním dětí s ADHD, aby se psychoterapii na děti nepokoušeli aplikovat sami, ale vždy po dohodě s příslušným odborníkem a to za stálého odborného dohledu. V tomto případě se právě kognitivně-behaviorální terapie odlišuje od níže zmíněných relaxačních technik, které je naopak žádoucí procvičovat i mimo odborný dohled.

### **6.2.1.2 Relaxační techniky**

Další možností, jak ovlivňovat projevy ADHD u dětí předškolního věku, je použití tzv. relaxačních technik. Jelikož se u těchto dětí snažíme o navození pocitu klidu a bezpečí, mohou nám k tomuto posloužit i tyto techniky, jelikož *„fyzickým uvolněním, uvolněním svalového napětí dosáhneme uvolnění psychického.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 133) Existuje jich celá řada a jejich aplikace je celkem snadná a dá se využívat jak doma, tak i ve škole. Co vše se dá pomocí vhodně zvolených relaxačních cvičení ovlivnit? Mohou kladně přispívat ke zlepšení koncentrace pozornosti, působí na rozvoj paměti a myšlení. Jucovičová uvádí i pozitivní vliv na poruchy řeči, což přispívá i k zlepšení celkové schopnosti komunikace těchto dětí. Dále poukazuje na vylepšení celkové koordinace a motorické obratnosti. Děti s ADHD mohou působením relaxací vhodně uvolňovat případně nahromaděnou efektivitu či agresivitu. Můžeme tedy konstatovat, že relaxační techniky

přispívají k celkovému zklidnění dítěte, zvyšují jeho sebekontrolu a sebeovládání. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Pro přehlednost si vymežíme základní druhy relaxačních technik:

- a. imaginace
- b. svalová uvolňování
- c. dechová cvičení
- d. jógová cvičení
- e. hudební relaxace
- f. relaxační masáže

Nejprve si uvedeme základní pravidla pro použití těchto technik u dětí s ADHD. Samozřejmě jejich dodržování opět zvyšuje a prohlubuje výsledek z jednotlivých relaxací. Držet se budeme přehledu, který uvádí Jucovičová a Žáčková (2010), které problematiku použití relaxačních cvičení jako jedné z metod k ovlivnění projevů ADHD u dětí podrobněji rozpracovávají.

Obecné zásady pro nácvik relaxačních technik.

- relaxační techniky musíme sami ovládat, umět je prožívat a věřit jim
- předem děti seznámíme s účinky a cílem relaxačního cvičení
- samotné relaxaci by měl předcházet pohyb
- děti s ADHD potřebují hranice
- imaginace zaměřujeme na to, co děti baví a zajímá
- délku relaxace přizpůsobíme věku dětí
- při nácviku relaxačních technik nic není špatně
- nesmíme být zklamaní, když děti nereagují tak, jak předpokládáme
- na závěr zařadíme krátký rozhovor o prožitcích z relaxace
- nutné znát zdravotní stav dětí
- k relaxačním cvičením nikdy nepatří násilí, bolest, odpor nebo nechuť
- čím dříve se dítě naučí uvolňovat, tím větší bude mít toto cvičení účinek
- záleží na osobnosti cvičitele – hlas a formulace výroků

Před tím než se budeme věnovat charakteristice jednotlivých technik, je důležité ještě upřesnit kdy a kde relaxace provádět. Tato cvičení je vhodné provádět kdykoli je na dětech vidět počátek únavy, nebo naopak pokud je nutno je zklidnit. Ve škole je možno zařazovat tyto techniky hned ráno pro dobrý start nebo až odpoledne, což záleží na časových možnostech a konkrétních situacích. Rodiče mohou cvičit s dětmi po příchodu domů na

zklidnění, nebo až v podvečer pro lepší usínání. Co se týče vhodného místa pro relaxaci, nejlepší by byla speciálně upravená relaxační místnost. Většina zařízení většinou nemá možnost takového zvláštního vybavení. Cvičení je tedy možno s dětmi provádět i v samotné třídě. Je nutno ale dodržovat základní hygienické a bezpečnostní podmínky, což znamená zajistit dostatečný přísun čerstvého vzduchu, dále optimální teplotu v místnosti a zamezit rušivé vlivy a hluk z okolí. Oblečení by mělo být pohodlné. Poloha při relaxačních cvičeních je dána na dítěti, samo by si mělo zvolit, co mu nejlépe vyhovuje. Možné je relaxovat v sedu na židli nebo na zemi, také v tureckém sedu, ale i v lehu na zádech. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Níže jsou uvedeny jen některé základní druhy relaxačních technik, které jsou možné provádět s dětmi s ADHD. Základem je naučit tyto děti vhodnému zklidnění a odpočinku. Dobu odpočinku je vhodné prodlužovat. Záleží samozřejmě na věku dítěte. Můžeme to považovat jako jakýsi předstupeň před samotnými relaxačními cvičeními. Bohužel není mnoho publikací, které by se právě tímto tématem podrobněji zabývaly. Uvedené techniky jsou čerpány především z knihy *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Jako první si zde uvedeme tzv. Jacobsonovu progresivní svalovou relaxaci. Jedná se o aktivní relaxaci, která spočívá v postupném uvolňování a zpevňování svalstva po celém těle. „*Pracuje totiž na principu napínání a uvolňování svalů a prožití rozdílu mezi pocity, které vyvolávají. Pro děti s ADHD je vhodná, protože tyto děti se opravdu nesnadno uvolňují a toto je jedna z cest, jak u nich uvolnění dosáhnout.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 155-156)

Většinou toto cvičení probíhá od svalů hlavy a postupuje se jednotlivě a velmi pomalu až k dolním končetinám.

Další z možných technik, které uvádí Jucovičová, je například tzv. relaxační spirála. Zde už se na rozdíl od Jacobsonovy progresivní relaxace kombinuje působení faktoru psychofyzického. Ve zkratce jde o navození pocitů klidu, uvolnění a tepla. Děti si představují příjemně teplou kuličku, která jim krouží od pupíku a vytváří „teplé kruhy“ po celém těle. Jucovičová k tomuto uvádí následující: „*Příjemný pocit klidu a tepla, který vytvořila, v nás ale zůstává. Tato relaxace je velmi příjemná a má, mimo výrazně zklidňující účinky, pozitivní vliv i na vnitřní orgány, protože začíná netradičně v oblasti břicha, které uvolňuje a protepluje.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 157)

Velice vhodné v prostředí školy se jeví i tzv. krátké typy relaxací, které je možno vkládat mezi různé jiné programy, které jsou pro děti během dne připraveny. Jsou tedy většinou snadné na realizaci, nenáročné na čas a děti se je mohou naučit používat i individuálně. Jedná se o krátké přestávky v činnosti, které u dětí sniží únavu a nastartují je na novou činnost. Tyto krátké relaxace jsou velmi variabilní a každé dítě, které je už zkušené ve cvičení relaxačních technik, si může najít jemu příjemné typy odreagování. Může se tedy jednat např. o krátká uvolňovací cvičení, mohou být doplněná o různé druhy imaginací nebo doprovázena hudebním doprovodem, v případě potřeby můžeme zvolit i relaxaci spojenou s pohybem (relaxaci aktivní).

Důležitým aspektem většiny relaxačních technik je použití tzv. imaginací. Jedná se o „určitou představu, která nám je sugerována. V podstatě i pocity uvolnění a klidu jsou imaginace. U dětí pak využíváme při relaxování jejich velké představivosti. K uvolnění někdy stačí, když dítě v klidu a uvolněně sedí a poslouchá naši imaginaci... Vytváření imaginací závisí jen na naší fantazii – můžeme v nich vnímat nejen uvolnění, tíhu a teplo, ale i zvuky, vůně a chutě, případně barvy. Vždy máme ale na paměti, že imaginace nesmí být nepříjemná nebo dokonce ohrožující.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 160) Vycházíme tedy z toho, co děti zajímá a o co se zajímají. Nepříjemné pocity jsou samozřejmě věcí zcela individuální, pro tento případ dětem před imaginací vysvětlíme, že mají zvláštní moc se přenést kamkoli budou chtít, pokud jim navozené prostředí nebude příjemné. Jak bylo zmíněno výše, je důležité si poté o prožitých zážitcích krátce pohovořit.

V neposlední řadě patří k velmi příjemným způsobům relaxace tzv. pasivní fyziologické relaxace. Jedná se relaxační masáže, které se provádějí vzájemně ve dvojicích. Metodu je vhodné využívat mezi dětmi navzájem, ale zejména u rodičů s dětmi. Mimo uvolňujícího dopadu, je zde i zřejmé sblížení se a budování vztahu důvěry, citu a bezpečí.

Další technika, která se dá využívat jak samostatně, tak i v kombinaci s dalšími metodami, je dechové cvičení. Tato cvičení se většinou zaměřují na ovládání vlastního dechu, někdy se toto nazývá také jako řízené dýchání. Obecně se pracuje se zadržováním a postupným prodlužováním dechu. Je to opět metoda, která se dá různě kombinovat a propracovávat. Jako další možnou formu relaxace zmiňuje Jucovičová jógové cvičení, které je ale vhodnější spíše pro děti mladšího školního věku a výše. Pro mladší děti se mohou jednotlivé pozice poupravit a přizpůsobit tak náročnost věku dítěte. Jako další doprovodnou techniku, která se dá opět zařadit jako hlavní činnost, zmíníme tzv. hudební

relaxace. Jak uvádí Jucovičová, většinou se jedná o poslech vhodné hudby v relaxačních pozicích, popřípadě o dokreslení určité imaginace, poté můžeme hovořit o hudební kulise, která nám pouze dokreslí uvolněnou atmosféru. (Jucovičová, Žáčková, 2010)

Na závěr je nutno říci, že relaxační techniky, které provádíme s dětmi se symptomy ADHD se ne vždy musí vydařit dle našich představ. Přesto je důležité zachovat klid a pocit bezpečí během relaxací. Myslet bychom měli především na děti, kterým se tímto snažíme pomoci, a ne na dokonalost během vykonávaných technik.

## 6.2.2 Pedagogické a výchovné přístupy

Stále se pohybujeme v oblasti předškolního období. Zaměříme se tedy na postupy, které je možno aplikovat nejen ve školských, ale i předškolních zařízeních. Uvedeme si základní pedagogické postupy, které shrnul Paclt (2007) do několika následujících bodů:

- pozitivní posilování spolu s mírnými tresty
- častá zpětná vazba
- jasné a stručné instrukce a pokyny
- nácvik metakognitivních strategií (učení o vlastním stylu učení) – toto se dá používat v bazální úrovni na předškolním stupni vzdělávání
- sebekontrola a sebehodnocení

Autor tedy shrnul tato poznání do několika přehledných a snadno aplikovatelných pokynů. Jak uvádí, i dále je velice důležité, aby dítě bylo podněcováno ohledně svých kladných způsobů chování a ne, aby bylo soustavně trestáno a napomínáno za své nesprávné návyky, za které jak jsme si již uváděli dříve, často ani samo v podstatě nemůže. *„Kromě uvedených doporučení je samozřejmě základní podmínkou pedagogický optimismus a v případě dětí a ADHD také vyšší frustrační tolerance. Pozitivní a předvídatelný přístup pedagoga k dítěti může být zásadním nástrojem v procesu nápravy nežádoucího chování a může vést i k jeho vyšší školní a potažmo i širší sociální úspěšnosti.“* (Paclt, 2007, str. 120)

Již v kapitole o obecných zásadách výchovného vedení jsme si vyjmenovali nejdůležitější zásady, kterých je nutno se při výchově dětí se symptomy ADHD držet. Jakému způsobu výchovy je naopak nutno se vyhnout? Jedná se především o výchovu nejednotnou. Nejednotnost výchovy si můžeme vykládat jak z pohledu obou rodičů, tak i například z pohledu rodičů a vychovatelek v mateřské škole. Pro dítě se symptomy ADHD je tedy velmi důležité, aby se výchovné požadavky na něj kladené, v rámci možností co nejvíce sjednotily. Je zde tedy patrné, jak moc záleží na domluvě a jakési týmové

spolupráci mezi rodiči dítěte a učitelkami v mateřských školách. Mezi další nesprávné výchovné přístupy k dítěti s ADHD řadí Jucovičová (2010) perfekcionistickou výchovu, která může být pro dítě příliš necitlivá, dále pak až moc liberální výchovu, která mu naopak nestanoví potřebný řád a mantinely, a dále uvádí v neposlední řadě výchovu nevyváženou a nedůslednou, která mu opět neposkytne potřebný pravidelný a jasně daný režim.

Tomu, jak nejlépe přistupovat k dětem v mateřské škole, se věnuje ve své knize *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole* S. F. Riefová (1999). Shrnutí její návrhy můžeme následovně.

- učitelka vytváří prostředí láskyplné výchovy – dává najevo svou náklonnost
- úzká spolupráce a rodiči a jejich zapojení
- jasné a konkrétní požadavky na dítě
- zapojování hudby, pohybu a praktické činnosti
- důslednost a jasně daná struktura činností
- individuálně určovaná kázeň a usměrňování chování
- zábavnost a přitažlivost programu
- plánování činností a podrobná příprava
- respekt k osobnosti dítěte

Důležité pro děti s projevy ADHD je, aby se naučily právě pravidelnosti režimu a jasné struktuře jednotlivých činností. Lepší je, pokud mohou pracovat či si hrát spíše v menších skupinkách, jelikož to zvyšuje zájem a udržení pozornosti. Velmi důležitým faktorem je i prevence. Vhodné je tedy snažit se předcházet vyhroceným či jinak konfliktním situacím. Přesto by měla být jasně nastavená pravidla, pokud tyto situace nastanou. V zásadě platí, že posilujeme a chválíme pozitivní vzorce chování, naopak nežádoucí chování se snažíme potlačovat. Trestáním však požadovaného výsledku většinou nedosáhneme. (Riefová, 1999) Jucovičová k tomu uvádí následující: „*Je důležité dávat dětem jasně najevo, že je máme rádi, i když zrovna zlobí, bereme je takové, jaké jsou, a respektujeme je, ale že se neztotožňujeme s chováním, které překročilo hranice, a nebudeme je ani respektovat, ani podporovat.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 130) Vhodné také je, aby vždy převažoval individuální přístup k těmto dětem. Většinou se učitelky ve školách řídí příslušnými, na míru dělanými individuálními plány, které jsou sestaveny odborníkem obvykle v pedagogicko-psychologické poradně. Zde už je jasně řečeno, co u jakého dítěte rozvíjet a jaké výchovné postupy se doporučují.

Závěrem je tedy nutno říci, že správně zvolený výchovný postup může velmi přispět ke zmírnění či minimalizaci projevů, které u dětí s ADHD můžeme pozorovat. Naopak nevhodně zvolené postupy určité rysy zvýrazní a prohloubí. Základem je jednotnost přístupů k dítěti jak v mateřských školách, tak i poté v rodinném prostředí. Jucovičová k tomu uvádí následující: *„Cílem rodičů, ale i učitelů by při výchově dítěte s ADHD proto mělo být nalezení způsobu, jak si počínat v soužití s dítětem tak, aby se dosáhlo stavu přijatelného pro obě strany. Je třeba snažit se rozlišit, za co dítě ve svých projevech může, a tudíž si zaslouží potrestání, a za co naopak nemůže a trestání je zbytečné, vede jen ke sníženému sebevědomí, k pocitům méněcennosti či k větší zatvrzelosti dítěte.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 64-65)

### **6.2.3 Medicínský přístup (farmakoterapie)**

Tento přístup není nutný využívat u každého případu diagnostiky ADHD, přesto je vhodné v některých konkrétních případech se uchýlit i k tomuto postupu léčby. Zejména tam, kde se vyskytují i další přidružené problémy jako např. u dětí s depresivními nebo úzkostnými poruchami. (Paclt, 2007) Paclt celý proces působení farmakoterapie na jedince popisuje dosti detailně ve své knize *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Pokud už je lékařem tato forma terapie doporučena a předepsána, nemělo by to znamenat, že se ostatní popsané přístupy zcela vynechají. Jak bylo zmíněno hned v úvodu, jednotlivé přístupy by se měly vzájemně doplňovat a ne postavit základnu pouze na jednom z nich.

*„Farmakoterapie ale nesnímá z rodičů odpovědnost za výchovu hyperaktivního dítěte – vhodně volená medikace ovlivní pozitivně koncentraci pozornosti dítěte, zmírní projevy hyperaktivity a impulzivity, sníží úzkostnost, dojde k vymizení depresivních stavů. Odpovědnosti za chování a adekvátnímu řešení sociálních situací je ale třeba dítě naučit. Je třeba vést dítě k sebepoznání, pochopení sebe sama, svých reakcí, a k postupnému sebeovládání.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 184)

Použití farmak působí přímo na neuropřenašeče, jak jsme si již uváděli v kapitole přibližující neurologický aspekt vzniku ADHD. Rozlišuje dvě hlavní skupiny léků. Jedná se o stimulantia, která přímo ovlivňují dopaminový systém, a poté o nestimulační preparáty, které působí na hladinu noradrenalinu, tedy netlumí aktivitu, ale naopak zvyšuje nebo upravuje působení mozkových center.



- 1) stimulancia
  - ritalin (pro děti mladšího věku)
  - concerta
- 2) nestimulační léky
  - atomoxetin

(Goetz, Uhlíková, 2009)

Kdy je vlastně optimální začátek pro léčbu medikamenty? „*Nejvhodnější doba pro zahájení léčby je mezi 5. – 7. rokem dítěte, pokud možno ještě před zahájením školní docházky nebo na jejím začátku. Máme tak naději předejít neadekvátně špatnému školnímu výkonu, vyhneme se řadě problémů, které mohou plynout z chování dítěte, a můžeme omezit riziko rozvoje dalších psychických onemocnění, jako jsou poruchy chování, úzkosti a deprese.*“ (Goetz, Uhlíková, 2009, str. 83)

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 7 Úvod k praktické části

V praktické části se bakalářská práce věnuje konkrétním případovým studiím. Snaží se zejména najít konkrétní použití určitých pedagogicko-psychologických přístupů u vybraného vzorku respondentů. Je zde kladen důraz především na zmapování konkrétních využívaných technik, což vede ke srovnávání výše uvedené teoretické části a možného využití v praxi. Cílem tedy není odhalení nových přístupů k terapii dětí s ADHD, ale spíše zjištění jejich uplatnění v praxi a případné přínosy a posuny v projevech ADHD. Součástí praktické části práce bude i zmapování toho, jaké konkrétní postupy se využívají v konkrétním zařízení, zda je kladen důraz spíše na pedagogické, psychologické, popřípadě i medicínské přístupy. Předpokládaný přínos práce je utřídění poznatků o syndromu ADHD, porovnání teorie a praxe. Cílem tedy není objevit nové postupy k dětem s ADHD, ale především odhalit, zda se již v teoretické části zmíněné techniky v praxi i aplikují a zda jsou pro konkrétní skupinu dětí přínosné, popřípadě jakým způsobem.

#### 7.1 Stanovení výchozích předpokladů

1. Předpokládáme, že relaxační techniky a jiná motorická cvičení působí kladně na jednotlivé projevy ADHD.
2. Práce předpokládá obecné využití pedagogicko-psychologických přístupů k minimalizaci symptomů ADHD.
3. Posledním předpokladem je využití kognitivně-behaviorální terapie pro děti a jejich rodiče.

#### 7.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumná část vzorku byla prováděna na třech chlapcích v mateřské škole pro děti s kombinovanými vadami. Jde spíše pouze o jednu třídu v rámci této školy. Jedná se o méněpočetnou třídu, kde se vyskytují předškoláci s různými specifickými poruchami, které jim brání zařazení do běžné třídy. Dohled vykonávají paní učitelky a některé děti mají ještě přiděleny svého pedagogického asistenta. Pro účely této práce jsem se blíže seznámila se třemi dětmi s diagnostikovanou ADHD. Výzkumný vzorek věkově pokrývá celé předškolní období, takže zde bude možné pozorovat i možné posuny v čase. Jedná se o chlapce ve věku čtyř, pěti a šesti let.

### **7.3 Použité metody**

Jednou z hlavních psychologických metod, které jsme použili, je pozorování chlapců v prostorách mateřské školy. Další metodou byl rozhovor, který byl veden se samotnými dětmi a pedagogy. Součástí jednotlivých kauzistik jsou i anamnézy, rozbor spontánních výtvorů, a to kresby respondentů. V případě pozorování se jednalo o tzv. pozorování přirozené, jelikož probíhalo v dětských běžných podmínkách v rámci školy. Tato metoda je značně subjektivní, je nutné vyhnout se chybám v sociální percepci. *„Anamnéza je zjišťování podstatných faktů o vývoji zkoumané osoby a o podmínkách tohoto vývoje.“* (Holeček, Miňhová, Prunner, 2007, str. 25) Jedná se o nedílnou součást každé případové studie. Jako další z použitých metod byl již zmíněn rozbor kresebných projevů zkoumaných chlapců. Zde byla kladena snaha naleznout určité znaky, které jsou charakteristické pro kresbu dětí s ADHD.

## 8 Případové studie

### 8.1 *Kauzistika chlapce H.*

Chlapečkovi H. je šest let a žije v úplné rodině bez sourozenců. Matka ho v jeho dvou letech vzala na neurologická vyšetření, jelikož měla dojem, že s jeho vývojem není něco v pořádku. H. zakopával a padal při běžné chůzi, lékařka zaznamenala i další příznaky, jako např. motorický neklid, hyperaktivitu a diagnostikovala poruchu aktivity a pozornosti, přesněji řečeno hyperkinetickou formu lehké mozkové dysfunkce.

#### 8.1.1 Vlastní pozorování

Z vlastního pozorování jsem zjistila, že má chlapec skutečně největší problémy v sociálním chování a v emocionálních projevech. Zpočátku se choval zcela spontánně a adaptovaně, nebyly patrné žádné příznaky symptomů ADHD. Pro usnadnění kontaktu jsem se začlenila do jeho hry, jednalo se o skládanku, která byla zaměřena na rozvoj představivosti. Přijal mě bez problémů, bez ostychu, až mě to zaskočilo. Dále jsem u něho mohla pozorovat vřelé citové projevy, v některých dnech převažovalo infantilní chování s velkou intenzitou prožitku. Během dopoledne se u něho často projevovala zvýšená netrpělivost a neúčelná aktivita. U chlapce bylo zřejmé, že má problémy s respektováním autorit. Neustále mi tykal, přes několik upozornění ode mě i ze stran učitelek, že by se měl chovat lépe, oslovovat mě a vykat mi.

H. se na sebe neustále snaží upoutat pozornost a to jakýmkoli způsobem, nejčastěji zvýšeným hlasem a jinými hlasitými projevy. Zpozorovala jsem, že na sebe moc nedává pozor a je na ostatních, aby ho chránili před nebezpečím. Nutná je proto u něho zvýšená pozornost a dohled. Kresebný projev je dle mého názoru na jeho věk podprůměrný. Zaznamenala jsem i nějaké znaky kresby typické pro děti s ADHD. Vynechávání detailů na obličejí postav (konkrétně uši mu vždy chyběly), silné tlačení na tužku, přerušované kreslení a občas se objevovaly i dvojité čáry. Při vykreslování na něm bylo vidět, že se velmi snaží nepřesáhnout obrys, ale přesto mu brzy pozornost odběhla jinam, takže výkresy působily nedodělaně až odbytě.

V době, kdy jsem se mu věnovala a kdy mě měl na blízku, se pral o moji pozornost s ostatními dětmi. Jinak ale rychle ztrácel koncentraci. K práci ho musí člověk opakovaně vracet a dbát na to, aby započatá činnost byla dokončena. Velmi špatně snášel, když se mu

něco nepovedlo. Naopak až zlomyslně vůči ostatním dětem si počínal, pokud nějakou aktivitu vyhrál.

### **8.1.2 Lékařská anamnéza**

Jak už jsem zmiňovala v předchozích kapitolách, chlapci byla diagnostikována forma ADHD. Mimo jiné byl testován i na podezření k autistickému chování, což ale nebylo prokázáno. Veškeré vyhodnocené testy vyšly pod hranicí autismu. V anamnéze jeho případu se vyskytují rizikové faktory ke vzniku této poruchy. Motorický vývoj u H. probíhal v normě. Mírně opožděn byl vývoj řeči, doporučeno mu bylo navštěvovat alespoň dvakrát týdně logopedickou třídu. Již ve svých třech letech nastoupil do mateřské školy a projevoval se od počátku velmi hyperaktivně. Od této doby je tedy v jeho anamnéze uváděna typická nesoustředěnost, neklid, upoutávání pozornosti, obtížná zvladatelnost.

V současné době se vývoj řeči výrazně zlepšuje. Na první pohled nejsou zaznamenány žádné větší řečové problémy. Občas se vyskytují agramatismy nebo celkové komolení obtížnějších slov. (např. stále opakoval slovo *peligán* na místo pelikán).

Rozumové schopnosti chlapce se pohybují dokonce v pásmu nadprůměru. Bohužel se jednotlivé složky nevyvíjí rovnoměrně. Jeho znalosti pokulhávají například v oblasti všeobecných vědomostí, což lze přikládat jeho nesoustředěnosti a nepozornosti. Oslabenou má i krátkodobou sluchovou paměť. Dle názoru lékařky se u H. jedná o výraznější řečové problémy, které se ale do určité míry snaží vykompenzovat svými intelektovými schopnostmi, což ho ale velice vyčerpává.

Celkově byly jeho projevy shrnuty asi takto: rychlá unavitelnost, rozbíhavé myšlení a motorický neklid. Na svůj věk je sociálně nezralý, hravý, spontánní a velmi ctižadostivý. Jeho ambicióznost vede ale k tomu, že nezvládá neúspěch a velmi špatně snáší vlastní selhání. Z výše uvedených důvodů byl chlapečkovi doporučen odklad školní docházky o jeden rok. Jelikož se jedná o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, bude mu navržen program, aby po tuto dobu rozvíjel své možnosti a schopnosti. Zvláštní zřetel se bude klást na jeho výchovné a socializační návyky.

### **8.1.3 Pedagogická anamnéza**

Během svého pozorování dětí v mateřské školce jsem měla možnost promluvit si s učitelkami, což mi poskytlo i další užitečné informace o H. Zjistila jsem například, že se zkušenost pedagogů mírně liší od lékařské. Samozřejmě paní učitelky mají možnost chlapce sledovat prakticky celý den a všimnout si různých drobností a dílčích problémů, které psycholog nemá šanci za dobu krátkého sezení zaznamenat. Zprostředkovaně mi bylo dále sděleno, že maminka chlapečka je zaměstnaná žena, a přestože se snaží výchovně spolupracovat, na chlapce pravděpodobně nemá tolik času, kolik by potřeboval. Tatínek se asi snaží, ale bližší podrobnosti jsem se nedozvěděla. Jelikož je bez sourozenců, do kontaktu s dětmi přichází pouze ve školce.

H. chodí dle názoru paní učitelky do školy rád a je zde i oblíbený. Chce být stále ten nejlepší a první, což mu ale působí v komunikaci s dětmi potíže. Jeho slovní projev je „hlučný“ a snaží se na sebe strhávat pozornost a neustále na sebe všemožně upozorňuje. Personál mateřské školy se snaží zklidňovat jeho hyperaktivitu pevnými objetími v náručí. Důsledně dbá na to, aby udělal přesně, co se mu řekne nebo zadá. Paní učitelky měly poslední dobou pocit, že chlapec začíná více lhát a podvádět při různých hrách, což samozřejmě nelibě nesou ostatní děti. Nutné je proto snažit se více zapojovat ho do kolektivních her a prací, aby se více pokusil o kooperaci s ostatními. Přesto se stále ochotně zapojuje do skupinových činností.

Dále se vyjadřovaly i k zápisu H. do školy a k jeho pohovoru v pedagogicko – psychologické poradně. Dle jejich slov byl chlapec ze školy nadšený a těšil se, že brzy nastoupí. Doporučený odklad ho zklamal. Samy vyjadřovaly obavu z toho, že se další rok strávený v mateřské školce bude ještě více nudit a jeho výchovné problémy se zlepšovat nebudou, spíše naopak.

Bohužel jsem neměla možnost si promluvit s H. rodiči. Z toho důvodu mohu vycházet pouze z lékařských záznamů, rozhovoru s pedagožkami a se samotným dítětem.

### **8.1.4 Kresba**

Chlapec H. nakreslil spontánně nejdříve téma, které je mu pravděpodobně velmi blízké a které ho zajímá. Jedná se o obrázek závodních aut. Kresba svými rysy opravdu napovídá projevům typických u ADHD. Chybí zde detaily, které by už šestileté dítě mělo umět na svých výtvorech vyobrazit. Jedná se např. o to, že zde chybí okna, dveře, světla, výfuk, ...

Přestože se H. na svou práci soustředil a byl na něm viditelný zájem, působí jeho kresba spíše nedokončeným dojmem. Můžeme zde pozorovat experimentaci se širším spektrem barev. Během samotné kresby i mne nabádal, abych mu podávala jednotlivé barvičky.

Hlavní zájem byl ale kladen na kresbu postavy, která mu byla zadána po první spíše uvolňovací fázi kresby. Jeho postava opět působí nedokončeným dojmem. Chybí zde detaily, je zřejmá schematičnost, přetahování linií a občasné silnější rytí do pastelky. Zásadní nedostatky spatřuji v tom, že postavě chybí uši a krk. Hlavu nasazuje rovnou na trup těla. Končetiny jsou napojovány formou obdélníku, chybí ramena a větší propojenost jednotlivých částí těla. Správný počet prstů na ruce opět není dodržen. Postava působí ještě více nedokončeně než jeho první kresba. Opět zde můžeme vidět jistý nezájem a touhu mít pro něho nezajímavou činnost rychle za sebou. (viz Příloha č. 2 a 3)

### **8.1.5 Prognóza a doporučení**

Co se týče jeho dalšího vývoje, pedagogicko-psychologickou poradnou je doporučeno zjemňovat jeho zbrklé mluvené projevy, posilovat jeho sociální chování, rozvíjet i nadále jeho kognitivní procesy, zvyšovat náročnost činností a klást důraz na jeho větší samostatnost při plnění zadaných úkolů. Určitě je v případě malého H. důležité posilovat jeho pozornost, soustředění a vytrvalost. Za každý dobře odvedený úkol je důležitá pochvala nebo odměna, aby se dobře utvářelo jeho sebepojetí, a posílí se tímto i jeho motivace k dalším výkonům. Je důležité ve výchově dávat jednoznačné hranice, které budou korigovat jeho chování a následně osobnost. Žádoucí je dodržovat pravidelnost denního režimu pro děti s poruchou pozornosti. Dále také pravidelné zařazování přestávek a relaxačních technik z důvodu jeho rychlé unavitelnosti.

Dítěti byl doporučen roční odklad školní docházky. V tuto dobu je dobré se zaměřit zejména na jeho výchovné problémy a současně i posilovat jeho další vývoj a rozvoj v oblasti motoriky, řeči a inteligence. Vhodné by bylo v rámci mateřské školy zařazení náročnějších úkolů, aby se zde nenudil a procvičoval se i nadále. Při zápisu do první třídy je vhodnější integrovat dítě do méněpočetné třídy, jelikož určité jeho projevy se neodbourají ani před nástupem do základní školy.

Z hlediska dlouhodobější prognózy se domnívám, že impulzivita a zvýšená aktivita budou postupně ustupovat. Jak jsem ale už uvedla v úvodu, tato záležitost dalšího vývoje je dosti proměnlivá a individuální. Záleží na vstupu H. do školy a hlavně na přístupu rodičů při jeho další výchově.

## **8.2 Kauzuistika chlapce D.**

Chlapec D. je 5 let. Vyrůstá v rodině s oběma rodiči, bez sourozenců. Kolem tří let byl chlapec poprvé vyšetřován zejména kvůli výskytu regrese řečových schopností. Prvním psychologickým vyšetřením bylo zaznamenáno podezření na ADHD a dále na dětský autismus.

### **8.2.1 Vlastní pozorování**

Chlapec D. působí velmi stydlivě. Získat si jeho pozornost je dosti obtížné. Často je zasněný a jaksi nepřítomný. Veškeré instrukce je mu nutno opakovat několikrát, popřípadě i důrazněji. Je milý a přátelský, přesto mu dělá problémy navazovat sociální kontakty. V komunikaci s vrstevníky je velmi nejistý. Často by se rád zapojil do hry, ale většinou si neví rady nebo zvolí nevhodný způsob a u ostatních dětí jeho přístup vyvolá spíše nevoli a odmítání. Učitelkám v mateřské škole se snaží zavděčit tím, že žaluje na ostatní děti. V tomto chování není vnějším pozorováním zřejmý zlý úmysl, spíše si neuvědomuje dopady svého chování. Jeho komunikace s okolím se v průběhu roku zlepšovala. Přesto ve srovnání s ostatními dětmi je jeho chování v sociální interakci stále slabší. Naopak dostat se k němu a navázat s ním kontakt je také obtížnější. Na některé dotazy nereaguje vůbec, na některé až po chvíli se zpožděním. Při určité činnosti je těžké udržet jeho pozornost, nedokáže se na úkol soustředit moc dlouho.

V jeho sociální komunikaci jsou přesto zřejmé jisté posuny. V jedné z posledních návštěv jsem měla možnost pozorovat jeho rozhovor se spolužáky. Vše probíhalo nenásilnou formou, D. sám navázal kontakt, byl schopen po celou dobu udržet pozornost a vydržel naslouchat a reagovat na položené otázky. Celkově se chlapec velmi zklidnil, jeho dřívější nevhodné chování již není častým důvodem vzniklých konfliktů.

### **8.2.2 Lékařská anamnéza**

Jak už bylo naznačeno výše, D. procházel normálním vývojem až do tří let, kdy nastala náhlá regrese obzvláště v dosud naučených řečových schopnostech. Porod i celé těhotenství probíhalo bez komplikací, v prvních letech života také vše v rámci běžného vývoje. První diagnózou byla objevena jistá symptomatika pro ADHD a také podezření na poruchu autistického spektra. Spekulace o dětském autismu byla pozdějšími testy vyvrácena. Zaměříme s tedy pouze na problematiku výskytu ADHD. Jeho řeč je dysláická, používá několik základních slov, ale jinak využívá spíše svá upravená dětská



slova – tzv. dětský žargon. Oční kontakt je prakticky nulový, zlepšuje se, pokud osobu pozná více. Pozornost je roztěkaná, často střídá a nedokončuje činnosti, přesto když ho něco zaujme, dokáže se tomu naplno věnovat. Vytváří si své vlastní rituály, které se snaží dodržovat. Zpočátku byly indikovány potíže v oblasti samoobsluhy. Kolem třetího roku stále vyžadoval pleny na noc. Přes den si moč ohlídá sám a dojde si na nočník, na stolicí ale stále vyžadoval pleny. Toto se postupně zlepšovalo a dnes je zcela bez plen. Zařazením do speciální třídy mateřské školy pro děti s kombinovanými vadami se jeho stav neustále zlepšuje. Největší problémy jsou zaznamenány v oblasti sociálně komunikační. D. si stále hraje spíše paralelně vedle dětí, pokud se chce zapojit, neudělá to zrovna šikovně a vezme dětem např. hračku.

Lékařská doporučení pro jeho další vývoj jsou následující. Ovlivňovat předvídatelnost situací, dodržovat strukturaci času, prostoru a činností. Dále pracovat s neustálou motivací a odměnami za žádoucí chování. Snažit se předcházet možným stresovým situacím či afektu chlapce.

### **8.2.3 Pedagogická anamnéza**

Paní učitelky v mateřské škole měly samy podezření na zmíněnou poruchu autistického spektra. Tato byla však posléze lékařem vyloučena. Přesto na něm samy pozorovaly příznaky, které je znepokojovaly – častou zasněnost, silnou introverzi, neodpovídání a nereagování na pokyny nebo velmi špatnou komunikaci s ostatními. Dle jejich názoru se chlapec v posledním roce velmi zlepšil a většina těchto možných symptomů se buď zmírnila, nebo zcela vymizela.

Za hlavní úkoly do budoucna paní učitelky považují zejména procvičování grafomotoriky a celkový rozvoj hrubé motoriky. Samy uváděly, že je na něm i při běžné hře zřetelně pozorovatelné, že má problémy s koordinací pohybů, ale i např. se správným držením pastelky během kreslení. D. si stále hraje paralelně. S chlapci vychází spíše do té doby, dokud nepřijde konflikt nebo jiná výměna názorů. Chlapec se raději věnuje vlastním aktivitám, kde nehrozí případné hádky nebo jiné pro něho stresové situace. Paní učitelky popisují jeho hru spíše jako stereotypní, přičemž ostatní často v aktivitách napodobuje.

#### **8.2.4 Kresba**

Kresba chlapce D. má jasné rysy stádia hlavonožce. Jeho první obrázek, který měl za úkol spíše uvolnění atmosféry, je skoro shodný s jeho pozdější kresbou postavy. Chybí zde zásadní detaily, jedná se pouze o schematické znázornění. Typická je i celková disproporčnost. Viditelný je i nezáměr o experimentaci s barvami. Jeho kresba naprosto neodpovídá normě, která by odpovídala kresbě pětiletého dítěte. I na kresbu dítěte se symptomy ADHD je tato kresba dle mého názoru nedostatečná. (viz Příloha č. 4 a 5)

#### **8.2.5 Prognóza a doporučení**

K jeho dalšímu vývoji bych zcela jistě doporučila pokračování v relaxačních technikách a dalších motorických cvičeních. U chlapce je nutné posilovat a zlepšovat jak jeho hrubou, tak i jemnou motoriku. Vzhledem k jeho obtížím v interakci s druhými, bych možná zkusila zařadit určité relaxační masáže, které by mohly pomoci odbourat jeho ostych. Určité jemné a hladící masáže prováděné pedagogem nebo později i dětmi navzájem, by mohly posílit jejich vzájemnou interakci. Snažila bych se chlapce více zapojovat do kolektivu a ukazovat mu vhodnější způsoby, jak navazovat konverzaci.

Je tedy důležité klást důraz na posílení jeho sebedůvěry. Případnému nežádoucímu chování bych nepřikládala větší váhu a spíše bych se zaměřila na podporu jeho kladných projevů. V budoucnu bych se zaměřila i na hru s vrstevníky a více omezovala jeho paralelní hru a posilovala jeho sociální nezralost. Dále bych doporučila usměrňovat jeho občasnou neúčelnou aktivitu a obrátila ji v nějakou cílenou činnost. Celkově bych se pokusila prodlužovat délku jednotlivých činností a důsledně trvala na jejich dokončení a splnění.

V oblasti logoterapie je nutné pokračovat. Řeč se zlepšuje, přesto je stále trochu dyslalická. Snaha by měla být zaměřena na systematické rozšiřování jeho slovní zásoby, a na omezování použití jeho stereotypních vyjádření. Důležité je zklidňovat tempo jeho řeči a působit na dokončení vět a myšlenek.

Vzhledem k jeho věku čeká chlapce příští rok předzápis do základní školy. Při přetrvávajících potížích, zejména v sociálním chování, bych doporučila kontaktovat pedagogiko-psychologickou poradnu, která by s chlapcem dále pracovala a která by vyhodnotila situaci a popřípadě doporučila odklad školní docházky. Jeho celková nezralost by mu mohla v první třídě pouze uškodit.

### **8.3 Kauzuistika chlapce V.**

Chlapci V. jsou čtyři roky a je jedináček. U V. jsou zatím pozorovány symptomy ADHD, ale diagnóza nebyla zatím ještě pro jeho nízký věk zcela určena a upřesněna. V pedagogicko-psychologické poradně, kam byl pro své nezvladatelné chování poslán už ve třech letech, bylo objeveno, že se může jednat o jisté odchylky z normy: nadání ve spojení s poruchou řeči a poruchou pozornosti.

#### **8.3.1 Vlastní pozorování**

Chlapce V. jsem si všimla ihned po vstupu do třídy. Oproti ostatním dětem je sice znatelně menší a celkově drobnější, přesto však dokáže zaujmout pozornost ze všech nejlépe. V. je velmi mazlivý, bezprostřední a kamarádský. Sám sebe velmi prosazuje často na úkol ostatních. Hned na začátku svých návštěv jsem zaznamenala, že jeho nejfrekventovanějšími slovy jsou JÁ popřípadě NE. Nejspokojenější se zdá být, pokud má dospělého sám pro sebe. V případě nezájmu o jeho osobu se začíná ihned vztekat a vzbuzovat pozornost různými často nevhodnými způsoby. Postupným pozorováním se zdálo, že se snaží více začleňovat mezi ostatní děti. Pokud se však objeví jen náznak neshody nebo konfliktu ve skupině, V. se začne ihned vztekat. Silně si prosazuje vlastní individualitu. Občas se projevuje až agresivním chováním jak vůči vrstevníkům, tak i vůči učitelkám v mateřské škole.

Během plnění zadaných úkolů je roztěkaný a má problémy se soustředit na zadaný úkol. Pokud se mu nějaká činnost nepovede, ztrácí vůli v tom pokračovat. Je zvyklý nechávat věci nedokončené. Neustále přebíhá od jedné hry k druhé. Pokud se mu něco podaří, silně se dožaduje uznání a pochvaly. Často se snaží vzbuzovat zájem, zejména dospělých.

#### **8.3.2 Lékařská anamnéza**

První chlapcovo vyšetření proběhlo již v roce a půl z důvodu podezření na zvýšené svalové napětí, což se však nepotvrdilo. Již od jeho raného dětství se u něho objevoval neklid, častý pláč a celková přecitlivělost. Motorický i řečový vývoj byl mírně opožděn. Dosud je řeč spíše dyslalická, ale vzhledem k jeho věku ještě nebylo zařazeno logopedické cvičení. V jeho činnostech je pozorována lehká hyperaktivita. U všeho vydrží pouze krátce. Touží po nových zážitcích, je velmi zvědavý a adaptabilní. Ve většině případů se nedokáže sám zabavit, neustále vyžaduje jak pozornost rodičů, tak učitele, popřípadě dětí ve škole.

Opakují se impulzivní agresivní reakce. Po dohodě byl chlapec přeřazen z běžné mateřské školy do třídy pro děti s kombinovanými vadami. Obtíže přesto přetrvávají, zklidnění je pouze minimální. Stále přetrvává neklid, nesoustředěnost, vzdor a afektivní reakce.

Psychologickým vyšetřením bylo zjištěno, že se chlapec pohybuje v pásmu výrazného nadprůměru. Má výrazně dobré názorné myšlení, chápání souvislostí, prostorové představivosti a orientace. Oslabena je naopak krátkodobá paměť. Barevné spektrum ovládá velmi dobře. Kresebný projev je stále jednodušší. Řeč je plynulá, rád mluví, neustále se na něco ptá a věci sám komentuje. Některá slova mu však dělají potíže. Těžší slova komolí, přesmykuje či vynechává hlásky (punčocháče – puchonáše, lokomotiva – lokymitiva, ...). Neobvyklý není ani výskyt agramatismů a novotvarů. Slabina u něho byla zaznamenána v porozumění zadaných instrukcí. Někdy je znát, že zadání úkolu těžko rozumí, vše však zdařile kompenzuje svým vysokým intelektem a situace se snaží odhadovat. Tato neustálá napjatost ale přetěžuje jeho nervovou soustavu. Dětský psycholog popisuje, že obtíže v porozumění řeči mohou být jednou z hlavních příčin jeho emoční lability a neadekvátních impulzivních reakcí. Vše je doplněno chlapcovou narušenou schopností déle koncentrovat pozornost. Jsou zde patrné výkyvy pozornosti, často se nechá vyručit rušivými vedlejšími podněty. Jeho chování se dá charakterizovat jako spontánní a dynamické, což ale často také přechází v jednání manipulativní a zvýšeně sebezprosazující.

Pro další vývoj chlapce je důležité důsledné vedení spolu s odbornou individuální péčí. Postupně je doporučeno zařazovat i logopedická cvičení, která pomohou odstranit přetrvávající vady řeči. Důležité je dodržovat pravidelný denní režim, střídat činnosti a podporovat dítě v pohybu. Vše propojovat relaxačními technikami. Při komunikaci je dobré sledovat, zda V. všemu rozumí, není potřeba dovysvětlovat, ale spíše podávat klidnou formou, uvádět názorné příklady a popřípadě cirkulační otázky. Snažit se chlapce podporovat v začlenění do třídního kolektivu. Rázně usměrňovat jeho přehnané afekty a rozvíjet spíše jeho schopnost kooperace ve skupině. Vše vést dle jeho individuálního vzdělávacího plánu.

### **8.3.3 Pedagogická anamnéza**

Na chlapci je na první pohled zřejmé, že pozornost okolí je pro něho velmi důležitá. Paní učitelky se snaží s touto jeho tendencí pracovat, je u nich zřejmá snaha předcházet konfliktním situacím, které z jeho chování často vyplývají. Dokonce uvádějí, že chlapce je

svým impulzivním až agresivním chování občas nebezpečný jak sobě, tak i ostatním. Je proto nutné na něho klást zvýšený dohled. Paní učitelky na chlapci pozorují značnou emoční labilitu, která je poté podkladem pro většinu výchovných potíží. Přesto je na něm zřejmé, že má ostatní děti rád. Problémy nastávají, pokud do skupiny dětí přijde dospělý člověk (popřípadě nový a dosud neznámý). To se poté V. dožaduje pozornosti na úkor ostatních, často velmi svéráznými prostředky. Pedagožky uvádějí, že se jeho sebeovládání postupně zlepšuje. Snaží se zklidňovat jeho impulzivní jednání pomocí různých relaxačních technik, popřípadě pomocí jiných výchovných postupů. Jak samy říkají, nejdůležitější je u V. dostatek podpory, trpělivosti, náklonnosti a stanovení pevných pravidel.

U chlapce je velmi obtížné přimět ho k dodržování předem daných pravidel. Přestože paní učitelky na jejich vykonání a plnění trvají, V. je často vzpurný a tvrdohlavý. Za cíl si nadále dávají zejména zklidnění jeho nepřiměřených sociálních projevů a pomáhat mu v navazování sociálních vztahů s vrstevníky. Patrné jsou i jeho častější konflikty s chlapcem D., kde V. není schopen respektovat jeho názory a jiné nápady. Často tedy mezi nimi vznikají neshody, což může přejít až ve fyzické napadání. V. v tomto případě cítí svoji nadřazenost, přestože je mladší i konstitučně menší. Na chlapci D. pravděpodobně cítí, že je více zdrženlivý a bojácnější, proto se s ním snaží určitým způsobem manipulovat.

Paní učitelky se snaží věnovat V. co nejvíce individuální péče, přesto je naopak i nutné ho zapojovat do kolektivu bez vyvolávání dalších konfliktů. Dále se zaměřují na rozvíjení poznávacích procesů, posilování vytrvalosti při vybrané hře a kladou důraz na postupné prodlužování délky samostatné činnosti.

#### **8.3.4 Kresba**

Kresba chlapce V. má opět jisté zřejmé charakteristiky typické pro děti s příznaky ADHD. Jako téma uvolňovací kresby si zvolil hodného a zlého robota. Jeho kresba je chudá na detaily, schematická a disproporční. Zřetelné je i přetahování linií. Rád experimentuje s barvami. Naopak kresba postavy je zcela nevybarvená. Může to svědčit o nezájmu a postupnému ubývání pozornosti. Postavě chybí např. nos, vlasy, prsty na ruce a krk. Veškeré končetiny napojuje rovnou na tělo, bez jakýchkoli přechodů. Vzhledem k jeho nízkému věku bych některým těmto znakům nepřikládala takovou váhu. Kresba působí celkově nedokončeně. (viz Příloha č. 6 a 7)

### **8.3.5 Prognóza a doporučení**

Vzhledem k jeho ranému věku je na prognózy dalšího vývoje ještě dostatek času. U chlapce V. bych doporučila důslednost při výchovném působení a usměrňovat jeho impulzivní jednání. Stále je nutný neustálý dohled, jelikož chlapec je často rozjívený a hrozí nebezpečí úrazu jemu nebo jeho okolí. Posilovat jeho klidné chování je naopak žádoucí. Snažila bych se o větší spolupráci s rodiči dítěte. Je na něm vidět, že pokud zůstane delší dobu doma, je opět obtížněji zvládnutelný. Pokusila bych se dbát u rodičů na větší důslednost a pokusit se je více informovat o dalších možnostech jak výchovných, tak psychologických. Dále bych se zaměřila na rozvíjení jeho řeči, zejména na správnou výslovnost a postupné rozšiřování slovní zásoby. Jeho hrubá motorika je na dobré úrovni, procvičovala bych hlavně grafomotoriku, zařadila uvolňovací cviky na ruku během kresby. Stejně jako u ostatních dětí bych doporučila postupné prodlužování samostatné činnosti a důsledně bych dbala na dodržování a splnění zadaných úkolů.

#### **8.4 Relaxační techniky a jiná motorická cvičení**

V mateřské škole jsem se během svých návštěv mohla seznámit i s probíhajícími relaxačními technikami. Paní učitelky se je snaží zařazovat do každého denního programu. Na dětech je vidět, že je tyto aktivity baví, ale dokážou je i na určitou chvíli zklidnit. Vzhledem k jejich různorodému složení je někdy praktikování náročnějších cviků skoro nemožné. Přesto je program sestaven velmi vhodnou a hravou formou. Paní učitelky dokážou udržet zájem dětí po celou dobu provádění technik. Přestože se jedná o méněpočetnou třídu, cvičí se ještě v menších skupinkách pro větší bezpečnost všech dětí. Samotné cvičení probíhá buď ještě dopoledne před obědem, nebo až během odpoledne, kdy techniky slouží k uklidnění dětí před spaním. Techniky jsou prováděny v místnosti s kobercem, takže děti nemusí používat žádné další podložky.

Cvičení probíhají nejdříve tak, že se děti posadí do tureckého sedu v kroužku. Začínají spíše řízeným dýcháním, kdy jim paní učitelka, která vykonává všechny aktivity s nimi, říká jak rychle dýchat. Všichni se celkově protahují. Vše je součástí hry, která je pro děti velmi poutavá. V mé přítomnosti si zrovna hrály na zvířátka. Jak jsem pochopila, náměty se neustále mění dle nápadů a přání dětí. Chlapci v kroužku posléze postupně vytleskávají různá slova po jednotlivých hláskách. Po tomto klidném úvodu přichází trochu odlišné zadání. Do hry je zapojeno i běhání po celém volném prostoru. Opět se jedná o formu hry, která má i mimo jiné funkci vzdělávací. Děti si představují, že jsou motýlci, co poletují po louce. Pokud dozní hudba, která je puštěna po celou dobu jako zvuková kulisa, musí si sednout na svou kytičku. Před tím než toto vykonají, musí na pokyn paní učitelky donést na květinu správný počet berušek, dle zadaných instrukcí. Toto číslo se pokaždé mění. Někdy mají za úkol nějakou přinést, jindy naopak odnést. Je zde kladen důraz na jejich pozornost a dodržování přesného zadání. Na dětech je vidět, že je aktivita velmi baví a snaží se ji co nejlépe dodržovat. Poté dochází k ještě větší pohybové aktivitě před samotným zklidněním. Jde o tzv. honění čmeláčku, což není nic jiného než hra na honěnou.

Po prvotních vyčerpávajících aktivitách přechází všichni do polohy ležmo. Dochází k samotným relaxačním cvičením. Dle instrukcí si mají lehnout na záda a zcela uvolnit všechny končetiny. Přestože se nejedná o složitý úkol, je nutné na děti dohlédnout a popřípadě jim pomoci. Chvíli jim trvá, než se zcela uklidní a dokážou alespoň na chvíli bez hnutí ležet. Na chlapcích H. a V. bylo pozorovatelné, že se opravdu snaží plnit všechny

cviky svědomitě. Dokonce byla zřetelná až jakási soutěživost mezi nimi. Je vidět, že se snaží být co nejlepšími. Naopak problémy s technikami a celkovým pochopením zadaných instrukcí měl chlapec D. Jsou u něj patrné delší prodlevy mezi střídáním jednotlivých pohybů. V jeho případě je nutné, aby na něho někdo neustále dohlížel a pomáhal mu individuálně během cvičení. Cviky jsou celkem jednoduché a slouží zejména pro zklidnění dětí. Nelze se těmto technikám věnovat dlouho, protože děti posléze ztrácí pozornost a na vykonávání úkolů se nesoustředí.

Posléze se tedy opět mění program. Nastupuje cvičení na větších gymnastických míčích. Na úvod je opět nutné dětem zopakovat pravidla, která se musí během cviků dodržovat. Všechny techniky na míčích mají společný cíl a to, udržení rovnováhy a posilování a rozvíjení hrubé motoriky. Chlapce V. je ještě docela malý na tyto cviky. Přesto se snaží, ale bohužel se mu zatím vlivem jeho malého vzrůstu moc nedaří. Pro chlapce D. jsou tato cvičení na míčích také dosti náročná. U něj ale můžeme pozorovat, že na rozdíl od V. má opravdu problémy s udržením rovnováhy a celkovou kooperací pohybů. Chlapec H. nemá žádné problémy s těmito cviky. Je na něm vidět, že má opravdu radost, že je v tomto nejlepší, a o to více se snaží vše cvičit velmi svědomitě. Ke konci těchto cviků je těžké udržet děti v klidu, opět se nedá cvičit moc dlouhou dobu. Při velké rozjívenosti totiž hrozí riziko úrazu.

Dále činnost přechází ve cvičení s menšími míčky, tzv. overbaly. Chlapci mají mačkat míče u kotníků, mezi kolínky nebo i jinde. Sami pak musí ukazovat, kde mají jednotlivé části těla, takže je zde opět zařazen i vzdělávací prvek. Mezi další techniky patří jízda po míčích na bříše, což je zaměřeno na jejich celkovou rovnováhu a držení těla. Poté mají za úkol skákat s míčky na místě jako klokánci nebo tučňáčci dle toho, kde mají míče umístěny, jestli je drží mezi koleny či kotníky. Mezi nejtěžší úkoly patří umístit si míč na bříše a lézt obráceně po čtyřech jako šnecci. Opět nechybí srovnávání cviků se zvířátky, což udržuje dětskou pozornost a je to jedna z forem, která usnadňuje lepší zapamatování jednotlivých cviků. Chlapec H. je během cvičení opět šikovný. Pro chlapce D. jsou cviky náročnější. Cvičení ještě více poukazuje na jeho problémy s motorikou.

Další části technik se prováděly na žíněnce, jelikož děti nacvičovaly kotrmelec vpřed. H. a V. opět zvládali bez větších problémů a bez asistence paní učitelky. Bohužel chlapec D. se opět nedařilo. Nevěděl, jak se má před kotoulem správně postavit, kam položit ruce a jak se správně zabalit. Byla zde zřejmá nutná pomoc paní učitelky. Přesto se chlapec snaží a na neúspěchy nebere zřetel. Vykonávané cviky ho baví. Jako poslední a



uvolňovací techniku zvolily paní učitelky házení míčků do vzdálenější sítě. Chlapec H. se snaží dodržovat pravidla a usměrňovat ostatní děti, které se snažily třeba podvádět. Jednalo se opravdu spíše o přechodnou techniku, díky které děti plynule přešly k dalším herním činnostem, které už vykonávaly více méně individuálně.

Někdy jsou tyto cviky doplněny ještě cvičením grafomotorickým. Zejména předškoláci mají odlišný program od zbytku třídy. Je nutno je vést více individuálně a věnovat jim více pozornosti, či jim zadávat složitější úkoly. V tomto případě bylo zadáním kreslení berušek. Při tomto se dbá již na správné držení těla během sezení a držení pastelky. V. ještě není zařazen do předškolního programu, přesto toto grafomotické cvičení absolvoval také. Na svůj věk je velmi šikovný. Při činnostech samostatný, ale tvrdohlavý a často nechá práci nedokončenou, popřípadě se mu musí připomínat, aby rozdělaný úkol dotáhl do konce. Chlapec D. má i s jemnou motorikou, která je potřeba právě při kresbě, značné problémy. Nemá dostatečně uvolněnou ruku a zápěstí. Ani dle předlohy kresbu nenapodobí, nebo má značné problémy toto vykonat. Dle svého věku je již zařazen v předškolním programu, přesto jeho kresby ani jiné činnosti tomu bohužel zatím neodpovídají. Chlapec H. má během skupinového kreslení velké problémy s udržením pozornosti. Neustále ho něco rozptyluje. Rád mluví ostatním dětem do toho, co a jak kreslit. Všem by rád radil, ale do svého výtvaru si mluvit nenechá. Občas tímto chováním samozřejmě vyvolá konflikty. Někdy je nutné ho separovat od větší skupiny. Což ale není řešení, jelikož ho to nepřipraví na situaci ve školní třídě, kam bude muset příští rok nastoupit.

Pokud bych měla shrnout výše popsané pozorování během probíhajících relaxačních technik, bylo by to asi následovně. Chlapec H. působí během cvičení sebejistě a s přehledem zvládá zadané instrukce. Ostatní děti ho někdy berou jako vzor a napodobují jeho chování. Přesto je zřejmé, že jsou pro H. úkoly někdy příliš snadné, což vede k jeho nudění a občasnému vyvolávání konfliktů. Chlapec V. je na svůj věk velmi nadaný a šikovný. Jeho chování je ale někdy těžce zvladatelné, zvláště ve větším kolektivu dětí. Na chlapci D. jsou během cvičení zřetelně pozorovatelné obtíže jak s hrubou, tak i s jemnou motorikou. Přesto se stále snaží v činnostech napodobovat šikovnější spolužáky. Naštěstí se nevzdává a neustále zkouší nové věci.

## Závěr

V praktické části práce jsme si stanovili několik základních předpokladů, které jsme se snažili ověřit, popřípadě vyvrátit. Níže se pokusíme o shrnutí celé práce a především o popsání dosažených výsledků.

1. předpoklad: Předpokládáme, že relaxační techniky a jiná motorická cvičení působí kladně na jednotlivé projevy ADHD.
2. předpoklad: Předpokládáme využití pedagogicko-psychologických přístupů k minimalizaci symptomů ADHD.
3. předpoklad: Předpokládáme využití kognitivně-behaviorální terapie pro děti a jejich rodiče.

V případě prvního předpokladu jsme došli k závěru, že pravidelná relaxační cvičení napomáhají k rozvoji zejména motorických schopností u pozorovaných dětí. V části teoretické byly zmíněny i relaxační masáže, které by měly sloužit k rozvoji sociálních interakcí. Jemné a hladící masáže bohužel v této škole aplikovány nejsou. V případových studiích všech chlapců bylo upozorňováno na jejich nedostatečné sociální kontakty a problémy v komunikaci. V tomto případě bych osobně doporučovala alespoň na zkoušku zařazení tohoto druhu technik, zejména pro zlepšení navazování vzájemných kontaktů.

Druhý předpoklad se nám opět potvrdil. Zejména výchovné a pedagogické přístupy jsou u dětí s ADHD důsledně používány. V případě dětí, jejichž rodiče se školou moc nespolupracují, můžeme uvést, že po delší absenci v mateřské škole se jejich projevy ADHD zhoršují, což můžeme přikládat právě případnému nedůslednému rodičovskému vedení.

Poslední předpoklad se nám bohužel nepotvrdil. Tyto děti absolvují pravidelné konzultace v pedagogicko-psychologické poradně a různá vyšetření dětským psychologem. Při těchto návštěvách ale nedochází ke komplexnější psychoterapii. Určitě bych jim tuto metodu doporučila jako další alternativu ke zvládnutí symptomů ADHD.

Na závěr bych si dovolila navrhnout námět pro další výzkumy. Ve své práci jsem se zaměřila pouze na zkoumání jedné vývojové etapy. Určitě by bylo přínosné zkoumat vliv těchto aplikačních technik v delším časovém horizontu. Také bych příště raději zvolila větší výzkumný vzorek, ze kterého by bylo možno vyvodit obecnější přínosy využití pedagogicko-psychologických přístupů.

## Resumé

Bakalářská práce se věnuje problematice využití pedagogicko-psychologických přístupů u dětí s projevy ADHD. Zaměřuje se zejména na děti předškolního věku. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části nalezneme nejdříve výchozí charakteristiku vývojové periody předškoláka, která slouží jako kontrast pro popis symptomů u dětí s ADHD. V další části je práce věnována obecnějšímu seznámení se syndromem ADHD. Práce nás seznamuje s možnou etiologií, diagnostikou a především se zaměřuje na popis možných přístupů k dětem s projevy ADHD. Důraz klade zejména na správné výchovné vedení, které je doplněno o psychologické přístupy, jako je psychoterapie nebo různé relaxační techniky. Zmíněna je i možnost působení farmakoterapie. Praktická část práce se skládá ze tří případových studií chlapců předškolního věku. Vše je doplněno o přehled relaxačních technik a jiných motorických cvičení, které na nich bylo možno pozorovat v praxi. Práce se snaží o porovnání teoretických východisek a praktického pozorování. Bakalářská práce předpokládá využití pedagogicko-psychologických metod zmíněných v teoretické části i v praxi.

## Summary

This thesis deals with the problem of using educational and psychological approaches in children with ADHD symptoms. It focuses mainly on preschool children. The work is divided into theoretical and practical. In the theoretical part, we find the earliest signs of ADHD characteristics in the preschool development period, which serves as a contrast to describe symptoms in children with ADHD. The next section is devoted to more general work, a familiarization with the ADHD syndrome. The work introduces the possible etiology, diagnosis and mainly focuses on the description of possible approaches to children with ADHD symptoms. Particular emphasis is on the appropriate educational method that is complemented by psychological approaches such as psychotherapy or various relaxation techniques. Mentioned is the possibility of action of pharmacotherapy. The practical part consists of three case studies of pre-school age boys. Everything is complemented by an overview of relaxation techniques and other motor exercises on them could be observed in practice. This work tries to compare the theoretical background and practical observations. The Bachelor thesis assumes the use of pedagogical-psychological methods mentioned in the theoretical part and practice.

## Použitá literatura

- BRAGDON A.D.; GAMON D. *Když mozek pracuje jinak*. Praha : Portál, 2006, ISBN 80-7367-066-6
- DRTÍLKOVÁ I. *Hyperaktivní dítě, vše co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou*. Praha : Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-447-8
- GOETZ M.; UHLÍKOVÁ P. *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha : Galén, 2009, ISBN 978-80-7262-630-4
- HOLEČEK V.; MIŇHOVÁ J.; PRUNNER P. *Psychologie pro právníky*. Plzeň : Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2007, ISBN 978-80-7380-065-9
- HŘÍCHOVÁ M.; MIŇHOVÁ J.; NOVOTNÁ L. *Vývojová psychologie*. Plzeň : ZČU, 2004, ISBN 80-7043-281-0
- JUCOVIČOVÁ D.; ŽÁČKOVÁ H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha : Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2697-7
- KOCUROVÁ M. *Lehké mozkové dysfunkce*. Plzeň : Pedagogické centrum Plzeň, 2002, ISBN 80-7020-099-5
- KOCUROVÁ M. *Specifické poruchy učení a chování*. Plzeň : ZČU, 2000, ISBN 80-7082-705
- KULIŠŤÁK P. *Neuropsychologie*. Praha : Portál, 2003, ISBN 80-7178-554-7
- LANGMEIER J.; KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada, 1998, ISBN 80-7169-195-X
- MUNDEN A.; ARCELUS J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha : Portál, 2006, ISBN 80-7367-188-3
- PACLT I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha : Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1426-4
- PLHÁKOVÁ A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2008, ISBN 978-80-200-1499-3
- POKORNÁ V. *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha : Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-773-2
- PREKOPOVÁ J.; SCHWEIZEROVÁ CH. *Neklidné dítě*. Praha : Portál, 1994, ISBN 80-7178-019-7
- PŘÍHODA V. *Ontogeneze lidské psychiky I*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1977

RIEFOVÁ S.F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha : Portál, 1999, ISBN 80-7178-287-4

ŘÍČAN P. *Cesta životem*. Praha : Portál, 2004, ISBN 80-7178-829-5

ŘÍČAN P.; KREJČÍŘOVÁ D. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1995, ISBN 80-7169-168-2

SLOWÍK J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1733-3

VÁGNEROVÁ M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha : Univerzita Karlova, Karolinum, 2005, ISBN 80-246-0956-8

ZELINKOVÁ O. *Poruchy učení*. Praha : Portál, 2003, ISBN 80-7178-800-7

*Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online] [cit. 2011-11-11]

Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/>> .

# Přílohy

## Příloha č. 1

**Diagnostická kritéria podle DSM-IV** (Jucovičová, Žáčková, 2010):

A. Porucha, trvající nejméně 8 měsíců, při níž se objevuje nejméně 8 z následujících 14 symptomů, a to v takové míře, že projevy dítěte neodpovídají jeho věku:

1. Často si neklidně pohrává s rukama, bezúčelně pohybuje nohama nebo se vrtí na židli. V době dospívání můžeme omezit kladnou odpověď na tuto položku pouze na takové případy, kdy adolescent hovoří o tom, že prožívá subjektivní pocity vnitřního neklidu.
2. Dítě má potíže s tím, aby vydrželo klidně sedět, i když je o to požádáno.
3. Lehko je vyruší (případně odvedou od práce) vnější stimuly.
4. Ve hrách s pevně stanovenými pravidly či ve společenských (skupinových) stimulacích mu dělá potíže vyčkat, dokud na něj nepříjde řada.
5. Často vyhrkne odpověď na otázku ještě před tím, než ji ten, kdo se ptá, vůbec stačil vyslovit (což vede k častým chybám).
6. Dělá mu potíže řídit se instrukcemi jiných osob (a není to kvůli opozičnímu, negativistickému chování ani kvůli nepochopení), například mu dělává potíže dokončit nějakou práci.
7. Dělá mu potíže soustředit se, ať už na úkoly, nebo při hrách.
8. Dělá mu potíže hrát si tiše.
9. Často je nadměrně povídavé, překotně hovoří.
10. Často přebíhá od jedné nedokončené činnosti ke druhé.
11. Často přerušuje jiné anebo jim skáče do řeči, například plete se do her jiných dětí.
12. Často to vypadá, jako že neposlouchá, co se mu říká.
13. Často ztrácí věci, které jsou nezbytné pro školní práci či celkově pro různé důležité činnosti, ať už doma, nebo ve škole (například hračky, tužky, knihy, domácí úkoly).
14. Často se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (přitom to nedělá kvůli tomu, že by vyhledávalo nebezpečí pro nebezpečí), například vbíhá do vozovky, aniž by se předtím rozhlédlo.

B. Nemoc se začíná projevovat obvykle před sedmým rokem věku.

C. Nemoc nesplňuje kritéria vše zachvacující vývojové poruchy (pervasive development disorder).