
DYSPRAXIE

Olga Zelinková

Anotace: Cílem článku je seznámit s pojmem dyspraxie, jak je v současné době vnímán v zahraničí. Připomenuty jsou naše poznatky týkající se pohybového vývoje dítěte a pohybové koordinace, na něž je možné navazovat. Obsah článku vychází ze zahraniční literatury, využity jsou též poznatky z přednášky přední odbornice na tuto problematiku v Anglii (A. Kirby). Informace jsou prezentovány tak, aby je bylo možné uplatnit v pedagogické praxi i k dalšímu rozvoji teorie.

Klíčová slova: dyspraxie, poruchy pohybové koordinace, lehké mozkové dysfunkce, pohybový vývoj dítěte, individuální vzdělávací program.

Dítě přichází na svět s velmi nízkou úrovní kontroly pohybů, koordinace pohybů a vnímání vlastního těla. Postupně se učí ovládat pohyby, stabilizovat tělo a kontrolovaně se pohybovat v prostoru. Utváří se tělové schéma, které má dva aspekty: první je schopnost kontrolovat jednotlivé části těla, druhým aspektem tělového schématu je jmenování částí těla, takže jedinec může užívat jazyk ke kontrole pohybů, např. dotkni se pravou rukou nosu. Přibližně 6 % dětí má obtíže v pohybovém vývoji, aniž by bylo diagnostikováno neurologické onemocnění. Projevy dyspraxie jsou velmi často zjevné brzy po narození a provázejí jedince po celý život. Nepříznivě ovlivňují jeho začlenění do společnosti i proces jeho vzdělávání.

1. Dyspraxie v České republice

V České republice používají termín dyspraxie neurologové nebo dětští lékaři, méně se s ním setkáváme ve školských institucích. Ani literatura není příliš bohatá. Zároveň však je pojem dyspraxie v povědomí odborné veřejnosti spojen s poruchami učení a chování. Kategorie neverbální poruchy učení též naznačuje souvislost s dyspraxií.

V 60. letech byly motorické obtíže spojovány s lehkými mozkovými dysfunkcemi

(LMD). Jsou zmiňovány již v klasické práci Otakara Kučery (1961) věnované lehkým dětským encefalopatiím. V roce 1960 sestavil Z. Žlab soubor sedmi zkoušek k diagnostice LMD. Významně byla zastoupena percepce, motorika a především pohybová koordinace (Žlab 1960).

Z. Třesohlavá (1974) v obsáhlém výzkumu zaměřeném na dítě s LMD zjistila u 23 % dětí opožděný vývoj motoriky v porovnání s 8 % v kontrolní skupině.

Podle Lesného a Spitze u 70–75 % dětí, s nimiž rodiče přicházeli na vyšetření pro neobratnost, byla na základě neurologického vyšetření zjištěna vývojová **dysgnózie-dyspraxie** (1989, s. 125). Spojení dyspraxie s dysgnózií (vývojová porucha schopnosti poznávat předměty) označil Lesný jako dy-dy syndrom, tedy syndrom dysgnózie-dyspraxie. Řadí jej mezi malá mozková postižení. Diagnostika byla prováděna speciálním testem, který obsahoval 11 imitačních úkolů. U dětí neúspěšných nastávaly tyto situace:

1. Dítě se snaží imitovat výkon, který vyšetřující předvádí (např. špetka), ale nesvede jej – tj. vývojová dyspraxie.
2. Dítě provede jiný výkon, než který je mu ukázán, nepozná podle obrázku, že výkon je jiný – tj. vývojová dysgnózie.
3. Dítě některé výkony nesvede, jiné provede jinak, případně se pokouší provést jeden

a tentýž výkon – tj. vývojová dyspraxie-dysgnózie.

Screeningový test k odhalování a prevenci LMD obsahuje složku „obratnost“ v části pro rodiče i učitele (Matějček, a kol. 1991).

Vědomí závislosti mezi dyslexií a poruchami motoriky bylo zřejmě již v minulých desetiletích. V baterii testů, které používala v osmdesátých letech H. Tymichová, ředitelka první školy pro dyslektiky v Karlových Varech, byl zařazen Orientační test dynamické praxe J. Míky. Z. Matějček (1987) uvádí souvislosti mezi artikulační neobratností, neobratností v mikromotorice očí a diskordinací jemné motoriky při psaní. V dalším vydání knihy (1993) doplňuje v souvislosti s artikulační neobratností pojem **artikulační dyspraxie**.

Vzájemný vztah mezi úrovní motoriky a pohybovou koordinací na jedné straně, dyslexií a dyskalkulií na straně druhé je zřejmý i v pracích J. Nováka (2002, 2004).

Orientační diagnostika úrovně motorického vývoje a diagnostika vývoje vnímání tělového schématu včetně možných důsledků vývojových opoždění tvoří samostatné kapitoly v knize Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Provádění této diagnostiky je v kompetenci učitele mateřské i základní školy (Zelinková 2001).

Z uvedeného stručného přehledu vyplývá, že naše pojetí specifických poruch učení a lehkých mozkových dysfunkcí do sebe vždy zahrnovalo oblast motoriky a pohybové koordinace.

Dříve užívaný pojem LMD se v zahraničí neužívá, není uveden ani v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Část syndromu spadá pod aktuálně užívané označení ADHD, popř. ADD. Je zřejmé, že vydělením těchto obtíží ze syndromu LMD musí vzniknout kategorie, která zahrne jedince s poruchami motoriky. Touto kategorií je v současné době

dyspraxie – vývojová porucha pohybové koordinace.

Zahraniční inspirace jsou pouze podnětem k tomu, abychom pojmu dyspraxie a poruchy pohybové koordinace vymezili přesnější místo mezi poruchami učení a chování při respektování výsledků výzkumů a prací, které byly sjednoceny pod pojmem LMD. Děti, které bychom diagnózou dyspraxie označili, jsou ve školách mateřských i základních, objevují se v pedagogicko-psychologických poradnách. Větší pozornost věnovaná úrovni motorického vývoje povede k dalšímu zpřesňování diagnostiky a následné reedukace, k většímu pochopení pro obtíže dětí i jejich rodičů.

Rozpoznání projevů dyspraxie učiteli i rodiči je prvním krokem v pomoci dítěti. Pokud tomu tak není, dítě s dyspraxií bývá ve škole často považováno za lenivé nebo neukázněné. Rodiče si jeho projevy neumějí vysvětlit. Děti postižené touto poruchou mají obtíže naučit se jíst lžičkou, jasně a srozumitelně hovořit, samostatně se oblékat, jezdit na kole apod. Trpí pocity méněcennosti. Protože obtíže v koordinaci pohybů a neobratnost přetrvávají až do dospělosti, může nepoznaná porucha negativně ovlivnit celý život člověka.

Diferenční diagnóza, která bere v úvahu podíl motorického vývoje na vzniku obtíží, přispěje k cílenější intervenci. Následující příklady poukazují na oprávněnost přesnější diferenciace.

- Někteří žáci se v diktátech dopouštějí obdobných chyb. Jsou-li tyto chyby podmíněné nedostatečně rozvinutým sluchovým vnímáním, bude na místě jiný postup než v případech, kdy příčinou zvýšené chybovosti je dyspraxie (popř. diagnostikovaná jako dysgrafie).
- Nesprávná výslovnost podmíněná nedostatečnou sluchovou diferenciací vyžaduje jiný přístup než nesprávná výslovnost

podmíněná artikulační dyspraxií.

- Dítě se dostává často do konfliktů s vrstevníky. Je-li příčina v psychice dítěte, bude třeba použít jiné metody než u konfliktů podmíněných dyspraxií.

2. Zahraniční pojetí dyspraxie*

Více odborníků odděluje ideativní dyspraxii, která se projevuje neschopností plánovat pohyb, a ideo-motorickou neboli exekutivní dyspraxii, pro niž je charakteristická neschopnost provádět komplexní volní pohyby (Ripley; Daines; Barrett 2002)

M. Portwood používá jako synonymum pro dyspraxii označení Vývojové poruchy pohybové koordinace, kterým odpovídá v DSM-IV 1994 číselný kód 315.4. Diagnóza je přidělena, pokud chování dítě odpovídá následujícím kritériím:

- A) Výkony v denních aktivitách, které vyžadují pohybovou koordinaci, jsou výrazně nižší než odpovídá chronologickému věku a inteligenci. Mohou se projevovat v opožděném zvládnutí dovedností charakterizujících pohybový vývoj (první kroky, sezení, uchopování věcí, slabé výkony ve sportu).
- B) Výkony označené v kritériu A signifikantně narušují osvojování školních dovedností a provádění aktivit v běžném denním životě.
- C) Příčinou poruchy nejsou generalizovaná onemocnění, např. mozková obrna, svalová dystrofie.
- D) Při diagnostikované mentální retardaci je opožděný pohybový vývoj považován za jeden z projevů retardace (Portwood 2001, s. 2-3).

Je zřejmé, že se různé poruchy dětského vývoje vyskytují ve vzájemných kombinacích.

M. Portwood na základě dlouhodobého výzkumu v letech 1988–1999 uvádí, že 40–45 % dětí s dyspraxií trpí zároveň další vývojovou poruchou: dyslexie, ADHD, autismus, Aspergerův syndrom. Více než 50 % jedinců, u kterých je diagnostikována dyspraxie, má obtíže při osvojování řeči. Jejich obtíže jsou evidentní spíše v řeči expresivní než receptivní (Portwood 2001). Čím více komplikací je s dyspraxií spojeno, tím je větší riziko přetrvávání obtíží do dospělosti. Významným problémem, který doprovází vlastní poruchu, je vzrůstající nebezpečí anxiety a deprese.

A. Kirby shrnuje poznatky o dyspraxii následujícím způsobem. Dyspraxie není nemoc, je to více symptomů, které nemají jednotné příčiny. Nejsou známé genetické příčiny, není signifikantní nález v neurologických zkouškách. Nejčastějšími projevy je svalová ochablost a nepružnost nebo snížený svalový tonus doprovázený naopak zvýšenou pružností a pohyblivostí (Kirby 2000).

3. Projevy dyspraxie

Následující údaje vycházejí z vyšetření 400 jedinců ve věku 2–28 let (Portwood 2001).

a1) Projevy ve věku od narození do 3 let

U 70 % dětí s diagnózou dyspraxie se vyskytují následující obtíže: hyperaktivita, problémy se spaním i přijímáním potravy, často dítě neprochází etapou lezení, později samo sedí, později začíná chodit, vývoj řeči je opožděný.

Dalšími významnými ukazateli deficitu ve vývoji dítěte již po narození je krmení a jídlo. Sací reflex bývá oslabený, kojení není úspěšné. Následně se při jídle objevuje dávení a dušení. Dítě preferuje kašovitou nebo tekutou stravu. Přítěžujícím činitelem při samostatném při-

*V této části je kromě uvedené literatury použito poznatků z přednášky MUDr. Amandy Kirby, kterou pořádala Česká společnost „Dyslexie“ dne 21. 1. 2004, a z následných konzultací.)

jímání potravy je špatná koordinace pohybů ruka – ústa. Má obtíže samo se najíst, drobit, rozlévá tekutou stravu nebo pít.

Vývoj řeči je též jednou z prvních oblastí, kde si rodiče uvědomují nápadnosti dítěte. Vnímají, že dítě neexperimentuje s mluvidly, opožděně se objevuje reflexní i napodobivé žvatlání. Opožděný vývoj řeči je způsoben obtížemi v provádění a koordinaci pohybů artikulačních orgánů: rty, jazyk, měkké patro, zuby.

a2) Předškolní věk

Hrubá motorika

V chůzi po rovině se objevují nekoordinované pohyby rukou a dolních končetin, dítě naráží do předmětů, nábytku. V chůzi ze schodů a do schodů nestřídá nohy, ale postupuje stále jednou nohou kupředu. Nedostatečně rozvinuté svalstvo a nízké svalové napětí způsobují, že není schopno setrávat delší dobu v jedné poloze (stání, sezení u stolečku, později v lavici). Chůzi po špičkách zvládá s obtížemi, rovnováhu udržuje pomocí rukou (krouží rukama). Neumí předvídat nebezpečí, skočí z jakékoli výšky.

Sebeobsluha

Dítě s dyspraxií se opožďuje ve zvládnutí samostatného oblékání a obouvání. Matka ve snaze pomoci se stává terčem kritiky např. učitelky v mateřské škole. Potíže se objevují též při čištění zubů, zavazování tkaniček, zapínání knoflíků. Samostatné vyměšování v mateřské škole je spojeno s obtížemi pamatovat si cestu na WC, rozepnout kalhoty, použít toaletní papír. V jídlu preferuje kašovitou stravu, kde není třeba koordinovat kousání, rozměňování potravy, polykání a dýchání. Používání lžice i příboru je neobratné, dítě si je osvojuje později než vrstevníci a jídlo mu trvá neúměrně dlouho.

Pohybové hry

Výběr her a jejich ovládnutí jsou přímo závislé na úrovni pohybové kontroly, nabídce

a možnosti cvičení. Dítě často volí hry odpovídající mladšímu věku. Pomalé chápání pravidel může být způsobeno nepřesným vnímáním a porozuměním mluvené řeči, nezvládnutou prostorovou orientací, poruchami seriality.

Řeč

Některé děti s dyspraxií vyslovují mezi 4.–5. rokem pouze několik hlásek. Později při výslovnosti artikulačně náročnějších slov zaměňují nebo vynechávají hlásky, řeč je málo srozumitelná, obtíže jsou též při koordinaci mluvení a dýchání.

Ačkoliv si dítě osvojuje řeč později, vývoj postupuje v souladu s obecnými zákonitostmi vývoje. Impresivní řeč je lepší než řeč expresivní, i když potřebuje delší dobu k porozumění řeči, pochopení instrukcí.

Grafomotorika

Úchop psacího náčiní je nesprávný, často křečovitý. Kresba neodpovídá věku, nelze většinou určit, co dítě kreslí. Lateralita není dlouho vyhraněna. Přítěžující okolností je nedostatečný rozvoj svalstva trupu a končetin, takže dítě nevydrží déle sedět.

Sociální oblast

Dítě s dyspraxií se obtížně odděluje od dospělých, preferuje jejich společnost před společností vrstevníků. Nezapojuje se do skupinových her, též vlivem obtíží v komunikaci si často hraje samo. Je přecitlivělé na hluk, nemá rádo dotyky. Ve srovnání s vrstevníky vypadá jako nezralé.

Další obtíže

Po celý život mohou jedince s dyspraxií pronásledovat poruchy koncentrace pozornosti, poruchy zrakové a sluchové percepce, orientace v prostoru. Obtíže ve vnímání a reprodukci rytmu nepříznivě ovlivňují provádění pohybů, kreslení, řeč a později psaní.

b) Mladší školní věk

Projevy uváděné v předškolním věku ve většině oblastí přetrvávají. Adaptace na

školní prostředí probíhá pomalu. Vlivem nedostatečné prostorové orientace se ztrácí ve školní budově. Obtíže v pohybovém vývoji a v koordinaci pohybů způsobují řadu nesnází. Dítě s dyspraxií si počíná neobratně v běžném denním životě. Není schopno např. odnést táč s talíři ve školní jídelně, jí nepříliš čistě. Je neúspěšné v tělesné i výtvarné výchově. Přetrvává nezralá kresba, psaní je pomalé, neupravené. Opakovaný nácvik psaní je málo účinný.

Další negativní projevy způsobují, že nebývá příliš oblíbeným žákem: stále se vrtí, neposedí, pohyby jsou nekoordinované, vyučování ruší motorické stereotypy (fuká tužkou, rukou, kýve nohou). Tyto projevy se stupňují zvláště ve stresu, vypětí, rozčílení.

Vývojová opoždění vedou k obtížím ve formulaci myšlenek, plánování a organizaci aktivit. Při řešení komplexních úkolů neví, jak má začít úkol řešit. Výkony jsou nižší než odpovídá schopnostem. Uvedené obtíže jsou příčinou pocitů méněcennosti, stále nižšího sebehodnocení. Připojují se psychosomatické obtíže, např. bolesti hlavy, břicha, únava, nevolnost, pocit na zvracení.

c) Starší školní věk

Z předcházejících let přetrvává pohybová neobratnost, pomalost a neorganizovanost při plnění zdánlivě snadných úkolů. Emoční projevy odpovídají mladšímu věku, neznámé prostředí a aktivity vyvolávají zvýšené obavy, časté je střídání nálad. Jedinec s dyspraxií se potýká též se sociálními problémy. Obtížně se orientuje v novém prostředí, kdy neví, jak se má chovat, co má očekávat. Neumí odhadnout následky svého chování, neumí předvídat, „číst z obličejů“. Případný neúspěch vede k větším obavám z neúspěchu a strachu ze sociálních kontaktů. Tyto projevy jsou příčinou vydělování z kolektivu. Je stále obtížnější získat a udržet kamaráda. U některých dětí je touha po přátelství tak

silná, že jsou ochotny stát se příslušníky jakékoli party za jakoukoliv cenu.

Dalšími přítěžujícími okolnostmi jsou: obtíže při orientaci v čase, v organizaci práce, neschopnost zvládnout více kroků a plánovat činnost.

Snadná unavitelnost může vznikat jako následek překonávání mnoha drobných úskalí, která denní život přináší (čištění zubů, snídání a stravování vůbec, oblékání a převlékání, sebeorganizace a další).

d) Dospívání a dospělost

Mnoho jedinců s dyspraxií se potýká se svými problémy po celý život. Neobratnost v pohybových aktivitách i ve společnosti způsobují ostýchavost v kontaktu s druhým pohlavím, ovlivňují utváření trvalejších přátelských vztahů. To je příčinou pocitů méněcennosti, osamění, snižování sebedůvěry. Obtíže v sebeobsluze přetrvávají (holení, oblékání, vaření jednoduchých jídel) a k nim se přidávají nesnáze další (např. neschopnost naučit se řídit auto). Nízká koncentrace pozornosti, nerealistické očekávání, velmi nízké sebehodnocení a pomalost negativně ovlivňují pracovní i společenské začlenění.

4. Diagnostika dyspraxie

Předpokladem komplexní diagnostiky je shromáždění informací z různých pramenů. Východiskem je pozorování rodičů, na které navazuje neuropsychologické a psychologické vyšetření. Další speciální vyšetření provádí logoped, fyzioterapeut, oční lékař a pedagog. Z uvedeného vyplývá, že v Anglii je diagnostika týmovou prací.

Výchozí informace přicházejí od rodičů, neboť ti jsou první, kdo zaznamenávají obtíže dítěte. Chesson (in Replay 2002) uvádí, že téměř 50% rodičů si plně uvědomilo obtíže svého dítěte až poté, co je učitel ve škole upozornil na problémy. Jsou však případy, kdy rodiče upozorňují učitele na zvláštnosti

v chování dítěte a učitel je bagatelizuje. Rodiče si všimli nápadnosti a obtíží v následujících aktivitách: házení a chytání (90 % rodičů), rovnováha a jízda na kole (68 %), polovina rodičů uváděla obtíže v řeči, běhání, skákání. Jako typickou charakteristiku dítěte uváděli rodiče ostýchavost a osamělost, učitelé lenost a nedostačivost.

V neuropsychologickém vyšetření je velmi důležitá interpretace výsledků získaných testováním, jejich zasazení do kontextu vývoje dítěte a využití v plánování dalších postupů. Vyšetření logopedů obsahuje vyšetření artikulačních orgánů, úroveň artikulace, porozumění řeči a vyšetření dalších oblastí vývoje řeči a jazyka. V anamnéze jsou pro diagnózu dyspraxie signifikantní obtíže s přijímáním potravy, které se objevují prakticky od narození. Vyšetření očního lékaře má za cíl odhalit okulomotorickou dyspraxii, která může být příčinou obtíží ve čtení.

Jednotlivé etapy vývoje pohybových dovedností jsou ovlivněny následujícími faktory, které nelze opomenout: pohlaví (chlapci se mohou ve vývoji opožďovat), způsob rodinné výchovy a podnětnost rodinného prostředí, genetické vlivy. Je nezbytně nutné vyloučit zdravotní příčiny opožďování v pohybovém vývoji (např. dětská mozková obrna). Izolované obtíže nejsou projevem poruchy, ale ukazují na variabilitu lidského vývoje. V některých případech se však porucha manifestuje až v náročných situacích.

Následující doporučení jsou použitelná v pedagogicko-psychologické praxi. Jejich doplněním musí být anamnéza dítěte, popř. další vyšetření. Při vedení rozhovoru s rodiči i dítětem lze využít výše uvedený popis projevů. Vypracování přesnějších kritérií je úkolem do budoucna.

Předškolní věk

Diagnostická kritéria pro hodnocení motorické úrovně vycházejí z vývoje jednot-

livých dovedností. Pohyb dítěte je sledován v různých oblastech a srovnáván s vývojovými etapami běžné populace.

- Hrubá motorika: pohyby celého těla a pohybová koordinace při chůzi, běhu, skocích, házení a chytání míče, jízda na kole, koloběžce.
- Jemná motorika: stolní hry, jejich výběr a provádění, používání náradí (kladívko, kleště, nůžky apod.), kresba na volné téma i úroveň obkreslování základních tvarů.
- Řeč: úroveň artikulace i porozumění řeči.
- Sebeobsluha: jídlo, oblékání.
- Sociální chování: zapojení do kolektivu, vztah k dospělým.

Školní věk

Aktivita, které byly předmětem sledování v předškolním věku, lze použít i k diagnostice v mladším školním věku. Zaměřujeme se na následující oblasti: • neobratnost v běžných denních situacích, • osvojení pohybových dovedností (jízda na kole, míčové hry, lyžování), • oblékání, stravování (jí pomalu, nepříliš čistě, preferuje stravu, kterou nemusí příliš kousat), • sociální úroveň: zapojení do kolektivu, výběr kamarádů, • případné obtíže ve školní práci: soustředění, pomalost, nedostatek sebeorganizace, porozumění instrukcím, • výrazné obtíže v tělesné a výtvarné výchově.

5. Reedukace dyspraxie

Stejně jako u dalších dysporuch platí, čím dříve začneme s dítětem pracovat, tím je větší naděje na zlepšení. Z toho vyplývá potřeba informovanosti především mezi rodiči, ale též učiteli mateřských škol. Reedukace je dlouhodobý proces a prognóza není vždy jasná. Proto je jedním z úkolů naučit dítě žít v běžných životních podmínkách.

V případě diagnostikované dyspraxie by měl být vypracován individuální vzdělávací

plán. Jeho cílem je umožnit žákovi systematické rozvíjení těch oblastí, které jsou dyspraxií postiženy, v souladu s jeho vývojem bez ohledu na věk a požadavky školních vzdělávacích plánů. Obsahem individuálního vzdělávacího plánu (IVP) jsou úkoly pro rozvíjení jednotlivých oblastí pohybového, psychického i sociálního vývoje (chůze, běh, lezení, cvičení pohybové koordinace, cvičení jemné motoriky, zraková percepce, sociální dovednosti atd.) a utváření podmínek pro práci ve třídě. I v případě, že porucha dosud diagnostikovaná není, pracuje učitel i rodič tak, aby zadané úkoly byly pro dítě splnitelné a motivovaly ho k dalším cvičením.

a) Předškolní věk

Strukturovaný individuální plán vychází z obecných zákonitostí neuropsychologického vývoje a navazuje na dosaženou úroveň dítěte. Obsah je zaměřen individuálně a směřuje k rozvoji následujících oblastí: hrubá motorika, jemná motorika, grafomotorika, motorika artikulačních orgánů, tělové schéma, zraková a sluchová percepce, senzorycká integrace, prostorová orientace, pravo-levá orientace.

Důležitým předpokladem úspěchu je příprava podnětného prostředí, motivace a podněcování dítěte k aktivitě. Dítě předškolního věku se nerado odlišuje od ostatních, a proto není vhodné izolovat ho často od kolektivu za účelem individuálních cvičení.

V rámci reedukace se vracíme k aktivitám, které dítě mělo zvládnout v mladším věku. Velmi důležitou etapou v pohybovém vývoji dítěte je lezení. Posiluje svaly trupu i končetin, přispívá ke zvládnutí rovnováhy, podílí se na utváření vědomí vlastního těla, aktivizuje pravou i levou mozkovou hemisféru, vede ke spolupráci hemisfér. Lezení má též vliv na vývoj chápání času a prostoru. Dítě vnímá, kam musí dolézt, aby dosáhlo

na hračku, jak dlouho mu lezení trvá apod. (Kirby 2000, s. 178).

Cvičení zaměřená na rozvíjení konkrétních dovedností lze čerpat z bohaté naší i zahraniční literatury, ale též z výchovných programů pro předškolní věk s ohledem na úroveň pohybového vývoje dítěte. A. Kirbyová v knize Nešikovné dítě (2000) uvádí přímo pro dítě s dyspraxií celou řadu námětů a her použitelných ve škole i v rodině.

Všechna cvičení a hry dítě mnohokrát opakuje v různých variantách. Proto musejí být zajímavá a dítě v nich musí být úspěšné. Je vhodné věnovat více času společné hře dítěte s dospělým, který respektuje následující doporučení: pravidla je třeba vysvětlit opakovaně, předvídat obtíže v motorice, pohybové a prostorové koordinaci. Je třeba dítě často chválit. V případě, že se mu hra nedaří, rozdělit jednotlivé kroky na menší úseky a zvládat je po částech. Oblíbenými hrami je Lego, stavebnice, stolní hry, modelování.

Při plánování a plnění všech úkolů musí učitel i rodič citlivě vnímat chování dítěte, jeho přístup k pohybovým hrám a dalším aktivitám. V případě závažné poruchy s velkou pravděpodobností dítě nezvládne úkoly uváděné v rámcových vzdělávacích programech! Vývoj pokračuje pomaleji, úspěchy se dostávají sporadicky. Dosažení každé dovednosti je podmíněno zvládnutím mnoha dílčích kroků. Pouhé zintenzivnění individuální péče při návratu jednoho z úkolů (např. zavázání kličky) vede ke ztrátě motivace a nechuti k dalším činnostem.

b) Mladší školní věk

Reedukace v tomto období navazuje na výsledky dosažené v předškolním věku. Přestože vývoj hrubé motoriky bývá v předškolním věku u běžné populace ukončen, u dítěte s dyspraxií pokračuje i na základní škole.

Nejsnáze dosažitelné jsou běžné aktivity, které bohužel nejsou v současné době do-

ceněny. Patří sem přirozený pohyb venku, základní tělesná výchova, běžné dětské hry i pomoc při domácích pracích. V případě závažnějších poruch musejí tyto aktivity s dítětem provádět rodiče. Nelze doporučit návštěvu sportovních oddílů a dalších zájmových organizací zaměřených na výkon, kde většinou dítě s dyspraxií může zažívat jen pocity zklamání a méněcennosti.

Ve škole dítě potřebuje individuální péči učitele i pomoc spolužáků. Tímto způsobem lze pomoci překonávat následující problémy: adaptaci na školní režim, pomalé pracovní tempo, nešikovnost při tělesné výchově, ale též při výchovách dalších, neschopnost pracovat podle instrukcí. Jestliže si dítě nepamatuje více instrukcí, neví, jak má začít úkol, dáváme pokyny postupně, dítě je opakuje a pomáháme s postupem po menších krocích. Komplikované úkoly dělíme na menší, které postupně nacvičujeme. Intenzita a četnost nežádoucích projevů se může postupně snižovat v souvislosti s klidným prostředím a tolerantním přístupem učitele.

Dítě nesmí zažívat výsměch a tresty. Svůj handicap si uvědomuje, trpí jím. Tresty ani poznámky v žákovské knížce nepomáhají situaci řešit. Spíše ukazují na bezradnost učitele.

Uváděné psychosomatické obtíže a snadná unavitelnost jsou důsledkem vypětí, které dítě za celý den prožívá. Nelze přidávat úkoly k do cvičení, zadávat dokončování školních úkolů domů. Unavené a vyčerpané dítě není schopno doma pracovat celé odpoledne. Učitel musí zvážit, která cvičení jsou pro další vývoj dítěte nezbytná a která je možné vynechat.

Z mimoškolních aktivit lze doporučit ještě jízdu na koni, rehabilitační cvičení, cvičení na trampolíně, cvičení na míčích a další pohybové hry, které přispívají k pohybovému rozvoji dítěte. Střídají se činnosti, které jsou zajišťovány odborníky s běžnými pohybovými aktivitami, které musejí s dítětem provádět rodiče.

c) Starší školní věk

Na 2. stupni je účinné spojení reedukace a kompenzace. Dítě se učí s obtížemi žít. Pokračuje reedukace v oblastech, které byly předmětem pozornosti v mladším školním věku (pohybový vývoj, nácvik pohybových her, pohybové koordinace, rozvíjení řeči).

Součástí reedukace musí být pomoc při utváření a udržování sociálních vazeb. Dyspraxie brání v zapojení do sportovních aktivit a může vést k pocitu osamění a neúspěchu. Zapojení do kolektivu je prevencí sociálně patologických jevů.

Žák s dyspraxií vyžaduje toleranci v mnoha směrech. Pomalé pracovní tempo nelze překonat vůlí, vyžaduje přizpůsobení podmínek (zkrácené úkoly, začíná se převlékat na tělesnou výchovu nebo jíst jako jeden z prvních, spolužáci pomáhají při přípravě na vyučování.) Obtíže v koncentraci pozornosti a zvýšená unavitelnost se projevují neklidem a vyrušováním v pozdějších hodinách výuky, ale též v podvečer při přípravě na vyučování. Proto je vhodné provádět relaxační cvičení, zadávat zkrácené úkoly ve škole i doma.

Pro utváření adekvátního sebehodnocení musejí být kladeny takové nároky, takové typy úkolů, které jsou splnitelné. Za každým úspěchem následuje pochvala, která je důkazem, že snaha není marná. Úkoly, které žák nezvládl, je třeba rozložit na menší kroky a postupně se přibližovat k cíli. Není-li zvládnutí dovednosti pro život nezbytně nutné, hledáme kompenzační mechanismy.

d) Dospívající a dospělý

Více než reedukace přichází v úvahu v tomto věku snaha naučit se s poruchou žít. Není vhodné zapojovat se do aktivit, kde lze předpokládat selhání (společenský tanec, sjezdové lyžování, jízda na plachtěnici). Naopak je nutné počítat s delší dobou pro splnění úkolů, naučit se požádat o po-

moc nebo zopakování informací v případě potřeby. Dospělý člověk se většinou naučí s handicapem žít, kompenzovat ho, jeho okolí si zvykne.

6. Individuální vzdělávací plán

V souladu se školským zákonem č. 561/2004 a vyhláškou č. 73/2005 může být v případě diagnostikované dyspraxie vypracován individuální vzdělávací plán. Pozitivní zkušenosti s využitím IVP získala V. Grulichová. Kromě respektování dále uváděných obecných doporučení plnilo dítě po dobu 14 týdnů úkoly zaměřené na rozvoj hrubé motoriky (plazení po břiše, lezení, různé varianty chůze, házení a chytání míčů, skoky na trampolíně) a jemné motoriky (kreslení, modelování, práce s papírem, stavění z kostek). Významným přínosem kromě zlepšení pohybového vývoje bylo zvýšení sebevědomí dítěte, lepší zapojení do kolektivu (Grulichová 2004).

Následující náměty jsou obecně platné. Měly by být minimem, které může učitel pro dítě s dyspraxií vykonat. (Z mých zkušeností s jedinci s dyspraxií bohužel vyplývá, že ani tyto základní požadavky učitelé neplní, pokud dítě nepřinese zprávu z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně.)

Jestliže nechce učitel dítěti záměrně škodit, toleruje slabší výkony v tělesné výchově, v pracovním vyučování a ve výtvarné výchově. Respektuje pomalé pracovní tempo nejen při plnění školních úkolů, ale též při přípravě na vyučování, při jídle nebo převlékání na tělesnou výchovu. Pohybovému vývoji nejen dítěte s dyspraxií, ale všech žáků ve třídě prospějí pravidelná tělesná cvičení ve formě pětiminutovek, relaxační cvičení, změny polohy v průběhu vyučování.

Jedním z projevů dyspraxie, jak bylo výše uvedeno, je neschopnost zorganizovat svoji

práci. Učíme žáka jak postupovat, aby dosáhl dobrých výsledků, jakým krokem začít, jak pokračovat, jak se učit. V neposlední řadě je nutná pomoc a tolerance pomalého pracovního tempa při plnění všech písemných úkolů.

Neumíme-li systematicky pomáhat, tedy alespoň neškodit. Uvědomme si, že dítě má problémy téměř permanentně po celý den, proto je více unavené, nesoustředěné a může mít více somatických obtíží než jeho kamarádi. Proto i domácí příprava nemůže být vždy tak dokonalá, jak si představuje učitel i rodiče. Optimální řešení je třeba hledat ve spolupráci s rodiči na základě znalosti dítěte, jeho individuálních problémů, ale především kladů.

Ne nadarmo se kniha A. Kirby Nešikovné dítě, kterou vydalo nakladatelství Portál, jmenuje v originále „Dyspraxie – the hidden handicap“, tj. Dyspraxie – skrytý handicap. Pro nezasvěcené mohou být všechny děti, ať už trpí dyslexií, dyskalkulií, ADHD či dyspraxií líné, nevychované, bez zájmu, neukázněné. Společné jsou jim ve většině případů pocity méněcennosti, nepochopení, osamění a bezmocnosti. Z toho často pramení sekundární poruchy chování, kterými se tyto děti snaží na sebe upozornit. Jsou to psychologicky zdůvodnitelné reakce na situace, do kterých se dostávají a které neumějí řešit. Ať už tyto děti označujeme jakkoliv, snažme se vcítit do jejich obtíží. Pokud neznáme reedukační postupy, můžeme alespoň projevít pochopení, pochválit snahu, netrestat za projevy poruchy, hledat pozitivní stránky jejich osobnosti.

Individuální vzdělávací plán a následná individuální péče by měly být zaměřeny nejen na rozvíjení motoriky, grafomotoriky, popř. percepce, ale též na utváření adekvátního sebehodnocení a na organizaci sebe sama.

Literatura:

- GRULICHOVÁ, V. *Dyspraxie*. Ostrava, 2004. Diplomní práce. Ostravská univerzita. Pedagogická fakulta.
- KIRBY, A. *Dyspraxie. The Hidden Handicap*. London : Souvenir Press, 2002.
- KIRBY, A. *Nešikovné dítě*. Portál : Praha, 2000.
- KIRBY, A.; DREW, S. *Guide to Dyspraxia and Developmental Coordination Disorders*. London : David Fulton Publisher, 2002.
- KUČERA, O. *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*. Praha : SPN, 1961.
- LESNÝ, I.; ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha : SPN, 1989.
- MATĚJČEK, Z. *Dyslexie*. Praha : SPN, 1987. Další vyd. Jinočany : H+H, 1993, 1995.
- MATĚJČEK, Z., a kol. *Lehké mozkové dysfunkce, možnosti screeningu a prevence*. Praha : Knižní podnikatelský klub, 1991.
- MATĚJČEK, Z.; STRNADOVÁ, M. *Test obkreslování*. Psychodiagnostické a didaktické testy. Bratislava, 1974.
- NOVÁK, J. *Diagnostika specifických poruch učení*. Příručka. 2. upr. vyd. Brno : Psychodiagnostika, 2002.
- NOVÁK, J. *Dyskalkulie*. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2004.
- PORTWOOD, M. *Understanding Developmental Dyspraxia*. London : David Fulton Publishers, 2001.
- RIPLAY, K.; DAINES, B.; BARRETT, J. *Dyspraxia. A Guide for Teachers and Parents*. London : David Fulton Publishers, 2002.
- TŘESOHLAVÁ, Z., a kol. *Lehká mozková dysfunkce*. Praha : Avicenum, 1974.
- Vyhláška ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. *Sbírka zákonů*, č. 73/2005, částka 20, s. 503-508.
- ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální program*. Praha : Portál, 2001.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha : Portál, 2003.
- ŽLAB, Z. Soubor vyšetřování zvláštěností v motorice a percepci u dětí s lehkou dětskou encefalopatií. *Otázky defektologie*, 1960, č. 3.
- Zákon č. 561. o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání. *Sbírka zákonů/2004*, částka 190.