

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Rigorózní práce
Arteterapie u dětí s hyperaktivitou**

2010

Mgr.et.Bc. Pavlína Gangnusová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému manželovi Petrovi za jeho technickou pomoc a podporu během tvorby mé rigorózní práce.

Rigorous thesis: Art therapy for children with hyperactivity

Abstract

The subject of this rigorous thesis is the hyperactivity of children of primary school age. The possibilities of the art therapy use for the improvement of their self-confidence are studied. The methodological advancement from general terms to concrete details was used. The research strategy is based upon qualitative measurements. Its frame is comprised by the program “Paths”, that proposes characterful methods for work with children with ADHD (Attention-deficit/hyperactivity disorder), aiming at the support of their self-confidence.

In the theoretical part a review of attitudes and approaches to the child hyperactivity is introduced. The author is highlighting inconsistencies in the used terminology. The attention is drawn to the ADHD diagnostics and therapeutical prospects of the attention disorder and hyperactivity corrections.

As argumentation for the choosing the art therapy as the method of work with children with ADHD, a comparative disquisition on the main psychoterapeutical trends is introduced in the theoretical part. In this connection the stress is put on the art therapy approach.

By the means of the structured focus group method the concrete results of influence of the ADHD on the family life was obtained from the parents.

The analytical part of the rigorous thesis is based on the projective art therapy. The source of the analysis is the art production of children. The algorithm of the method supposes that along with the methodical correction of the design expression children are drawn to changes on the intrapsychic level. The empirical sources, namely three case studies, were the subject to the comparative analysis, which used Connors CTQ (Children’s Teacher Questionnaire). In the closing of the thesis, from the empirical findings the complex general view on the problems of children with ADHD is synthesized and author’s recommendations on the subject are also introduced here.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma *Arteterapie u dětí s hyperaktivitou* vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 30.07.2010

.....
Pavlína Gangnusová

Obsah

Teoretická část.....	9
1. Pojetí hyperaktivity	9
1.1. Hyperaktivita	9
1.1.1. Vymezení pojmů	9
1.1.2. Přístupy k vývoji terminologie v České republice a v zahraničí.....	11
1.1.3. Etiologie.....	13
1.2. Syndrom hyperaktivity	15
1.3. Diagnostická kritéria ADHD	19
1.3.1. Přidružené příznaky	21
1.3.2. Stanovení diagnózy ADHD	23
1.3.3. Klasifikační systémy (soubory diagnostických kritérií)	25
2. Terapeutické možnosti	26
2.1. Nápravy ADHD	26
2.2. Terapeutické postupy	28
2.3. Psychoterapie, obecná východiska.....	32
2.4. Hlavní psychoterapeutické směry z pohledu arteterapie.....	37
2.5. Arteterapie u dětí s ADHD	45
Praktická část	48
3. Metodická a obsahová východiska případové studie	48
3.1. „Cesty“ – program alternativní strategie výuky sociálním dovednostem.....	49
3.2. Příprava výzkumného projektu.....	51
3.3. Projektivní arteterapie	59
3.4. Práce s dětmi s ADHD a její specifika.....	65

4. Arteterapeutická praxe	74
4.1. Výtvarná tvorba – arteterapeutická činnost.....	74
4.2. Náměty kreseb	77
4.3. Zkušenosti z arteterapeutického ateliéru	82
4.4. Projektivní arteterapie a výtvarná výchova	84
4.5. Reflexe nad rodičovskými skupinami.....	88
5. Případové studie	94
5.1. Případová studie č.1	95
5.2. Případová studie č.2	108
5.3. Případová studie č. 3	118
5.4. Poznatky z práce v ateliéru a z případových studií – závěrečná zpráva.	128
Závěr	134
Klíčová slova.....	137
Seznam použité literatury:	138
Příloha I. Soubory diagnostických kritérií.....	144
Příloha II. Dotazník pro rodiče (CPQ – CONNERS/TEST).....	148
Příloha III. Dotazník pro učitele (CTQ – CONNERS/TEST)	153

Úvod

Motto:

„Nic nemá na dítě lepší vliv než chvála“

S.R. Brinsley
(1751 – 1816)

Hyperaktivita společně s impulzivitou jsou poměrně častými jevy v dnešní dětské populaci. Jejich projevy jsou různorodé, mají však společného jmenovatele – nepozornost, netrpělivost a neposednost. Tyto projevy chování známe dlouho a byla jim přiřazena celá řada odborných názvů a zkratk (mezi nejběžnější patří LMD, MMD a nyní nejvíce používané ADHD). Obvyklé projevy této poruchy se značně dotýkají sociálních vztahů. Děti s ADHD mají obtíže ve školním prostředí, kde je kladen důraz na kázeň. Dále zapříčiňují poruchy spánku, výkyvy nálad, negativismus apod. Nepozorné a neposedné dítě má vždy problém se školním prospěchem a to i přesto, že může být velmi inteligentní a nadané.

Dítě s touto poruchou se často setkává s nevhodným přístupem, a to jak ve škole, tak dokonce i ve své rodině. Tuto skutečnost je třeba změnit. Cestou ke změně je správná informovanost o problematice ADHD. Cílovou skupinou jsou nejen rodiče dítěte, ale i pedagogové a další odborníci.

Problematiku dětí s ADHD jsem si zvolila proto, že se s ní setkávám již řadu let jako učitelka a arteterapeutka na Speciální základní škole pro žáky se specifickými vývojovými poruchami chování a ve sdružení Hyperaktivita. Vzrůstající počet jedinců s ADHD je do jisté míry dán i celospolečenskými změnami po roce 1989. Současná výchova totiž markantněji usměrňuje dítě k výraznějšímu prosazování sebe sama, jako samostatné osobnosti s vlastním názorem.

Rigorózní práci jsem pojala jako příležitost rozpracovat a shrnout svou více než pětiletou zkušenost z přímé pedagogické a arteterapeutické práce s dětmi s ADHD. Po celou dobu jsem se zaměřovala především na jejich výtvarnou tvorbu. Expresivita je jednou z významných komunikačních forem a je opravdovější než mluvené slovo. Schopnost vyjadřovat se výtvarně patří k základní výbavě každého člověka. Zejména děti kreslí spontánně a s velkým nadšením. Prostřednictvím arteterapie se nabízí snadná cesta do světa dětí.

V rigorózní práci představuji originální program alternativní strategie výuky sociálním dovednostem a popisuji, jakým způsobem jsem ho modifikovala v arteterapeutickém ateliéru.

Centrálním problémem rigorózní práce je sebehodnocení dětí s poruchou pozornosti s hyperaktivitou. Jde o vážný sociální problém, který jim znemožňuje osobnostní růst a je překážkou v jejich úspěšném zařazení do vzdělávacího procesu. V rigorózní práci proto ověřuje předpoklad, zda arteterapie může přispět ke zmírnění dopadů této poruchy. Cílem výzkumu je ukázat, že činnosti v arteterapeutickém ateliéru mohou přispět ke zvýšení sebevědomí dětí.

Východiskem mého výzkumu je odborná literatura (česká i zahraniční) a v aplikační části rigorózní práce čerpám z vlastních zkušeností. V teoretické části jsou uvedeny obecné informace o poruše ADHD. Objasňuji zde základní pojmy a popisuji vývoj terminologie. Zároveň se zabývám samotným syndromem hyperaktivity, jeho etiologií, projevy, diagnostickými kritérii a formami terapeutické intervence. Velkou pozornost věnuji jednotlivým psychoterapeutickým směrům, a to i z pohledu arteterapie.

V aplikační části práce prezentuji především osobní terapeutickou zkušenost. Mým cílem bylo rozpracovat a utřídit své arteterapeutické postřehy. Využila jsem široce zaměřený kvalitativní výzkum a na jeho základě jsem vypracovala případové studie. Významným zdrojem informací byly obrázky, které vytvořily děti. Pomocí strukturované ohniskové skupiny jsem zjišťovala od rodičů dětí konkrétní dopady poruchy ADHD na život rodiny.

Metodologický postup od obecného ke konkrétnímu mi umožnil přiblížit se k podstatě sledovaného jevu. V části rigorózní práce, kde se věnuji arteterapii, jsem používala komparativní analýzy a metody indukce, dedukce a analogie. Pomocí kvantitativních metod jsem zpracovávala náměty dětských obrázků. Utřídila jsem je do kategorií a popisovala je na pozadí vývoje dětské kresby.

Teoretická část

1. Pojetí hyperaktivity

1.1. Hyperaktivita

1.1.1. Vymezení pojmů

Užívání terminologie není zdaleka jednotné a je poměrně rozvolněné. Lehká odchylka čili drobné mozkové poškození, oslabení funkcí centrálního nervového systému, jsou základem vzniku tzv. specifických poruch chování. Pojmu specifická porucha chování odpovídá řada termínů např.:

- lehká dětská encefalopatie (LDE)
- lehká mozková dysfunkce (LMD)
- hyperkinetické poruchy, označení používané v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN - 10), Porucha aktivity a pozornosti (F90.0) a Hyperkinetická porucha chování (F90.1)
- vývojové poruchy chování, označení používané ve školském zákoně¹⁾
- v současné době se často používají pojmy převzaté z anglosaské literatury: ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) porucha pozornosti s hyperaktivitou
- ADD (Attention Deficit Disorder) porucha pozornosti

Z vývoje jednotlivých pojmů je patrný ústup od přísně stanovené medicínské diagnózy k přesnějšímu podchycení samotné podstaty problému. „Nová terminologie je

¹ Ve školském zákoně (zákon č. 561/2004 Sb., § 16) jsou tyto poruchy označeny jako vývojové poruchy chování a spolu s vývojovými poruchami učení, mentálním, tělesným a smyslovým postižením, vadami řeči a autismem jsou zahrnuty do kategorie zdravotního postižení.

proto fenomenologická a hovoří o vývojové hyperaktivitě, neobratnosti, instabilitě, percepčně motorické poruše atd.“²⁾

V klinické praxi je stále nejvíce užíván pojem lehká mozková dysfunkce (LMD). V rámci speciální pedagogiky se jako vhodnější jeví název ADHD či ADD, protože v této oblasti je zřejmá...,změna náhledů na problematiku ve smyslu posunu k popisu chování jako rozhodujícího a dostačujícího předpokladu pro přidělení diagnózy.“³⁾ Tento behaviorální popis zvyrazňuje rodičovskou a pedagogickou diagnostiku. V případě ADHD/ADD je to vlastně podmínka, bez které nelze diagnózu přidělit. Důvodem je skutečnost, že dítě musí mít obtíže alespoň ve dvou odlišných prostředích, v nichž se pohybuje. Chybně je však přehlíženo hledisko etiologické, které by vypovídalo o příčinách vzniklého stavu, což je bezesporu také podstatné.

Train uvádí, že „ADHD se vztahuje na děti s vážnými sociálními a kognitivními problémy. Rozlišuje tři hlavní symptomy:

- poruchy pozornosti
- impulsivita
- hyperaktivita.“⁴⁾

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 1992 (ICD 10) je problematika hyperaktivity zařazena do kategorie hyperkinetických poruch. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulsivní. Bezmyšlenkovitě porušují pravidla, a tím se dostávají do konfliktu s disciplínou. Mezi ostatními dětmi mají často problémy s nepřijetím a tak se snadno stahují do izolace. Vztah k dospělým bývá sociálně dezinhibován pro nedostatek opatrnosti a odstupu.

„Hyperkinetické poruchy jsou skupinou poruch charakterizovaných raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovladatelného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol.“⁵⁾ Tyto rysy chování se objevují ve všech situacích a jsou trvalé. Hyperkinetické poruchy vznikají vždy v raném

² Kříž, J. (1999). Nepublikovaná přednáška na téma: Hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti. V rámci předmětu pedopsychiatrie. České Budějovice: ZSF JU.

³ Mertin, V. (1996). LDE, LMD nebo ADD/ADHD? in Kucharská, A. SPUCH. Sborník, s. 22.

⁴ Train, A. (1997). Specifické poruchy chování a pozornosti. Praha: Portál. s. 13.

⁵ Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. (1992). Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (přel. z angl. orig.) Praha: Psychiatrické centrum, s. 229.

stadiu vývoje dítěte, obvykle v prvních pěti letech života. Typický pro ně je nedostatek vytrvalosti při činnostech, které vyžadují kognitivní funkce a sklon jedince přecházet od jedné aktivity ke druhé, aniž by některou dokončil. Jejich charakteristickým znakem je i špatně organizovaná, nedostatečně regulovaná a nadměrná činnost dítěte. Tyto „nedostatky obyčejně trvají po celá školní léta a dokonce přetrvávají do dospělého života, avšak mnoho postižených se postupně lepší v činnosti a pozornosti.“⁶⁾

Součástí bývá výrazná nepozornost, která snižuje schopnost soustředit se. Intelekt přitom nemusí být poškozen. Zmíněné symptomy mají dlouhé trvání a nelze je usměrnit běžnými výchovnými prostředky.

1.1.2. Přístupy k vývoji terminologie v České republice a v zahraničí

V české odborné literatuře nalezneme první zmínky o dětech s lehkou mozkovou dysfunkcí (LMD) počátkem 20. století a to v pojednání profesora A. Heverocha⁷⁾ „O jednostranné neschopnosti naučit se číst a psát při znamenité paměti“.

V padesátých letech začal používat pediatr MUDr. Macek jako název potíží dětí „lehké poškození CNS“ (centrálního nervového systému). Domníval se, že obtíže plynou z poruchy v některých anatomických strukturách CNS. Děti vykazovaly „dysfunkčnost“ ve třech bazálních socializačních oblastech: v rodině, ve škole a v kolektivu vrstevníků.

Dalším výrazným mezníkem byly práce týmu psychiatra O. Kučery, který se věnoval zmíněným poruchám a jejich etiologii spatřoval v drobném poranění mozkové tkáně. Ustavuje se pojem lehká dětská encefalopatie, který vychází z klinického obrazu. Při jeho stanovení dominuje neurologický nále. „V našem pojetí rozumíme lehkými dětskými encefalopatiemi drobné difúzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu, vzniklé prenatálně, perinatálně nebo postnatálně, ovšem před dobou dospělosti. Poruchy jsou lehké jen v tom smyslu, že při nich není zřetelněji postižena motorika, a že také rozumové schopnosti dítěte zůstávají v rámci průměru nebo jsou mírně podprůměrné. Naproti tomu nalézáme u těchto dětí jiné výrazné poruchy vyšší nervové činnosti, a to

⁶⁾ Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. (1992). cit. d., s.229.

⁷⁾ Prof. Antonín Heveroch (1869-1927) významný český psychiatr a neurolog

v několika směrech: v motorice, v percepci, v jednání i v myšlení. K postižení tkáně může dojít jakýmkoliv způsobem: poraněním, krvácením do tkáně, zánětem, postižením hypoxidózou, poruchou cirkulační, metabolickou nebo jakýmkoliv jiným poškozujícím mechanismem. Porucha je velmi pestré etiologie a jsou při ní nepochybně postiženy různé části mozku a různý je i sám mechanismus postižení.⁸⁾

V šedesátých letech minulého století sílí tendence zavést jednotnou terminologii a sjednotit poznatky. Používá se termín lehká mozková dysfunkce a projevuje se posun k psychologické a funkční rovině problematiky. Změnilo se i chápání etiologie, bylo rozšířeno o vlivy deprivační, emocionální nebo o jejich vzájemnou kombinaci.

V devadesátých letech 20. století se přidává výraz „hyperaktivita“ a rozšiřuje se označení ADHD. Do popředí se dostává pojetí, které hovoří o vývojovém chronickém postižení se silným biologickým a hereditárním zatížením. Začalo se docházet k názoru, že hyperaktivita je především známkou vývojového a neurologického opožďení.

V současnosti se běžně používá označení dílčích symptomů. Jde o zkratku ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou) a ADD (porucha pozornosti). Zkratka ADHD je do češtiny překládána různými způsoby. Autoři překladu Trainovy⁹⁾ knihy používají pojem – *specifické poruchy chování a pozornosti*. Lze se setkat i s označením – *porucha pozornosti s hyperaktivitou*, a to v překladu A. Mundeny a J. Arceluse¹⁰⁾. ADHD bývá také překládáno jako syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou a v českém prostředí se setkáváme i s hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti.

„Obecně lze říci, že koncept diagnózy ADHD vychází ze symptomatologického hlediska, zatímco u nás stále ještě často používaný termín LMD zdůrazňuje hledisko etiologické a odkazuje na drobné mozkové poškození.“¹¹⁾ Termíny lehké mozkové dysfunkce, minimální mozkové dysfunkce či lehká dětská encefalopatie mají široký symptomatologický záběr, vycházející z etiopatogenetických představ. Tato označení nejsou zcela odpovídající, dokazuje to hledání nových a výstižnějších pojmů.

⁸⁾ Kučera, O. (1961). Psychopatologické projevy při dětských lehkých encefalopatiích. Praha: SZN, s. 34.

⁹⁾ Alan Train, britský speciální pedagog a autor knihy *Specifické poruchy chování a pozornosti*.

¹⁰⁾ A. Munden a J. Arcelus, britští psychiatři specializující se na ADHD a příbuzné poruchy

¹¹⁾ Michalová, Z. (2004). Analýza dílčích aspektů specifických poruch. Praha: PFUK, s. 80.

ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulsivity. Často se projevuje v raném dětství. „Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzoryckých nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržet pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony.“¹²⁾

1.1.3. Etiologie

V otázce příčin ADHD existuje celá řada možných etiologií. Z počátku byla za hlavní příčinu považována minimální mozková dysfunkce (MMD, LDE) a to buď jako následek infekce, která zasáhla mozek, nebo traumatu či komplikací z prenatálního nebo perinatálního vývoje. Většina autorů se shoduje v názoru, že jednou z hlavních příčin jsou odchylky vzniklé v těhotenství a v průběhu porodu. Je tak zdůrazňována důležitost genetických činitelů. Výzkumy potvrzují, že u této choroby existují významné genetické predispozice. Badatelé na poli genetiky odhadují, že dědičnost rysů hyperaktivity kolísá mezi 30 % až 50 %.

„ Etiologie ADHD zůstává zatím v mnohém neobjasněná. Na druhé straně však jednotlivé výzkumné přístupy přinášejí řadu relevantních poznatků, které lze v současnosti smysluplně interpretovat, v některých případech využít i v klinické praxi.“¹³⁾

Významnou příčinou rozvoje poruchy je organické poškození mozku a opožděné zrání CNS. Někteří odborníci vznik příznaků vysvětlují jako důsledek poškození jader mezimozku a mozkového kmene.

Za pomoci zobrazovacích metod mozkové aktivity (např. EEG – elektroencefalografie, PET – pozitronová emisní tomografie) může být aktivita určitých oblastí mozku přesně zaznamenána. Často se však stává, že prováděné vyšetření EEG diagnózu ADHD s určitostí nepotvrdí, přesto záznamy u dětí s poruchou prokazují méně vyvrážený vzorec mozkové elektrické aktivity. Potvrzuje se tak známá skutečnost, že méně

¹²⁾ Barkley, R. A.(1997). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. New York: The Guilford Press, s.47.

¹³⁾ Paclt, I. a kol.(2007). Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha:Grada, s. 25.

prokrvené oblasti mozku jsou znakem odlišně probíhající mozkové aktivity. Výzkumy také prokazují, že při učení se propojují mozkové buňky novými synapsemi. U ADHD se ukazuje, že toto propojení není dlouhodobé, a proto si děti méně zapamatovávají. Jednoduše lze konstatovat, že naše myšlení a jednání je primárně závislé na bezchybně fungujícím nervovém systému. Veškeré funkce jsou však velice složité a jejich probádání není snadné a mnohdy je doposud nemožné.

Podle příčin vzniku ADHD bývá často uváděno rozdělení podle doby působení škodlivé noxy na rizikové faktory:

- prenatální (příčiny genetické, infekční, psychické, endokrinní a nutriční);
- perinatální (nedonošenost, přenošenost, protražený nebo překotný porod, abnormální polohy plodu, anoxie);
- postnatální (infekce, úrazy, otravy, metabolické nebo cévní poruchy).

„Nálezy týkající se etiologie symptomů ADHD, až dosud zdůrazňují roli mechanismů centrální nervové soustavy v jejich rozvoji. Nejpravděpodobněji jako možný zdroj potíží vypadá oblast spojující prefrontální krajinu a limbický systém. O těchto oblastech mozku je známé, že jsou zodpovědné za útlum reakcí, pozornost a učení stimulací nebo také za citlivost vůči (psychickému) posilování.“¹⁴

Pro vznik poruchy ADHD je podstatné také působení jedů z životního prostředí. Například v USA se svého času pohlíželo na ADHD jako na důsledek konzumace některých přísad do jídla (např. salicyláty, barviva, konzervanty). Benjamin Feingold¹⁵ tvrdil, že více než polovina případů hyperaktivity je důsledkem konzumace zmiňovaných látek (a to mimo jiné i včetně rafinovaného cukru). „K léčbě nebo prevenci hyperaktivity, Feingold doporučoval dietu bez salicylátů, umělých barviv a dochucovadel, ...“¹⁶ V rodinné anamnéze dětí s ADHD se často objevuje kouření matek v těhotenství. Podobná situace je i s konzumací alkoholu, při které je také prokázáno vyšší riziko hyperaktivity u dítěte.

¹⁴ Paclt, I., Ptáček, R., Florián, J.(2008). Hyperaktivita, Praha: Sdružení hyperaktivita,s.12.

¹⁵ Hlavní díla B. Feingolda: Introduction to Clinical Allergy, Why your child is hyperactive, and the Feingold cookbook for hyperactive children.

¹⁶ Wikipedia. Benjamin Feingold, [cit.2009-12-09]. Dostupný z www: <http://en.wikipedia.org/wiki/Benjamin_Feingold>

Většina vědců, zkoumajících tuto problematiku, zastává názor o biologické predispozici poruchy ADHD. Na vzniku se podílí celá škála nejrůznějších biologických příčin (např. těhotenské a porodní komplikace, poškození mozku, infekce, genetické vlivy, toxiny atd.). Vzniká tak porucha projevující se určitým poškozením drah nebo center v nervové soustavě. Předpokládá se, že je pravděpodobně geneticky přenášen sklon k úbytku dopaminu nebo ke snížené aktivitě prefrontální striatálnělimbické oblasti v mozku a jejich propojení.

Hypotézu, že porucha ADHD je způsobena sociálními činiteli nebo negativními vlivy z životního prostředí (např. chudoba, rodinná patologie, nevhodná výchova, nesprávná výživa) podporuje málo důkazů.

1.2. Syndrom hyperaktivity

Hyperaktivita je v podstatě nadměrným nutkáním k pohybu a k aktivitám, které jsou však neúčelné a nesmyslné. Takový projev je nepřiměřený a pro okolí nápadný. Dítě puze k aktivitě neovládá. S tím jde ruku v ruce i zvýšený sklon k impulsivním reakcím. Součástí bývá i emoční napětí, které je vnitřním projevem hyperaktivity. Hyperaktivní dítě je často nespokojené a neklidné. Hyperaktivita má různé formy projevu:

Deficit pozornosti

„Hyperaktivita je poruchou aktivační úrovně, která bývá často kombinována s poruchou pozornosti.“¹⁷⁾ Děti trpící ADHD mají problémy s udržením pozornosti a to ve výraznější míře než děti téhož mentálního věku a pohlaví.

„Souborný pojem „deficit pozornosti“ je více rozměrný a může se vztahovat k deficitu čilosti, vzrušivosti, výběrovosti podnětů, soustředěné pozornosti, k těkavosti, k nedostatečnému rozsahu chápání atd. Děti trpící ADHD mají největší potíže s udržením pozornosti či volního úsilí zaměřeného na plnění daných úloh.“¹⁸⁾

¹⁷⁾ Vágnerová, M. (1999). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, s. 83.

¹⁸⁾ Paclt, I., Ptáček, R., Florián, J. (2008). cit.d., s.5.

Poruchy pozornosti mají různou intenzitu a úroveň projevu. Typická je slabá pozornost a snadná unavitelnost. Dítě není schopné dlouhodobějšího a kvalitního soustředění, u ničeho dlouho nevydrží. Zvýrazněno bývá i nadměrné nutkání, jež se může týkat jakékoliv aktivity. Náhodně se všímá různých podnětů. Není schopné zaměřovat svou pozornost na důležité podněty a věnuje se všemu, co zachytí jeho smysly. To jsou důvody nesystematičnosti a nepořádnosti u hyperaktivních dětí. Nejdramatičtěji se deficit pozornosti projevuje v situacích, které děti nutí k udržení pozornosti a k soustředění na těžkopádné a opakované úlohy. Typickým příkladem je školní práce bez bezprostředního dohledu učitele, třídní výuka nebo domácí úlohy. Významné je rovněž snížení vytrvalosti při plnění úloh. A to zejména v situacích kdy se dítěti ihned nedostává pozitivní odezvy. Výrazná je i skutečnost, že pozornost dítěte s ADHD se snadno odkloní k „zajímavějším“ úkolům. Problémem tedy nemusí být samotná porucha pozornosti, ale i vytrvalosti.

Impulsivita

Dalším rysem hyperaktivity je....„tendence reagovat bez rozmýšlení, náhle a často nepřiměřeně podnětu.“¹⁹⁾ Jde v podstatě o jakousi „(ne)vytrvalost“ ve volním úsilí, což je dále propojeno s nedostatečným útlumem chování. Dosud není zcela jasné, které aspekty impulsivity jsou u dětí s ADHD postiženy.

Děti často rychle odpovídají, aniž by čekaly, až budou dokončeny instrukce, nebo aby přiměřeně vyhodnotily, co se od nich v dané situaci vlastně požaduje. Ve výsledku se potom dopouštějí omylů, které vznikají z nepozornosti. Selhávat mohou také při uvažování nad potenciaálně negativními či dokonce život ohrožujícími následky svých činů. Často se aktivně zapojují do rizikových činností. S impulsivitou souvisí i zvýšené nebezpečí úrazů. Pro hyperaktivní děti je obtížné vyčkávat, až na ně přijde řada, ať ve hře či ve výuce. Činí jim také potíže dosahovat dlouhodobějších cílů. Nedokáží vyvinout větší úsilí, raději se spokojí s menší odměnou, než aby musely vyvinout větší snažení.

Typickými příznaky ADHD, které potvrzují výzkumy, jsou netlumené projevy chování nebo slabé sebeovládání. V popředí tedy stojí nepozornost a hyperaktivní,

¹⁹⁾ Vágnerová, M. (1999). cit. d., s. 84.

impulsivní a neutlumené chování. Impulsivní dítě nedokáže plánovat a ovládat svoje chování, brzdit momentální impulsy a korigovat své jednání s ohledem na vzdálenější cíle. Markantní bývají jejich výkyvy ve výkonu a emoční rozladěnost. Pro sociální rušivost a nepřiměřenost okolí hyperaktivní děti většinou negativně přijímá.

Nadměrná aktivita

Významným rysem ADHD je nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity. Běžně se u těchto dětí setkáváme s neklidem, nepokojným vrtěním, nepotřebnými pohyby těla. Zmíněné projevy bývají irelevantní vůči celkové situaci, v dané chvíli jsou bezúčelné.

Jsou-li děti s ADHD pozorovány při školní práci zjišťujeme, že jsou často mimo lavici, pohybují se po třídě bez svolení učitele, hrají si s předměty, které nepotřebují k práci, povídají si s jinými dětmi, často skáčou do řeči nebo si neoprávněně berou slovo. Při pozorování jejich sociálních interakcí s jinými dětmi vysledujeme nadměrný řečový projev a komentáře.

Nadměrná a zbytečná aktivita vyžaduje velké množství energie. Nejde jen o zvýšení frekvence různé činnosti, ale i o zvýšení její intenzity. Zvýšená energetická náročnost hyperaktivity vede k rychlejší únavě a z toho vyplývající podrážděnosti. „Přebíhání od jedné činnosti ke druhé není ovlivňováno jen snadným upoutáváním pozornosti téměř čímkoli nápadným, ale i vnitřní snahou změnit činnost, když je dítě určitou aktivitou přesyceno (což se stane poměrně snadno). Tyto děti nejsou schopny reagovat účelněji a svojí činnost omezit.“²⁰

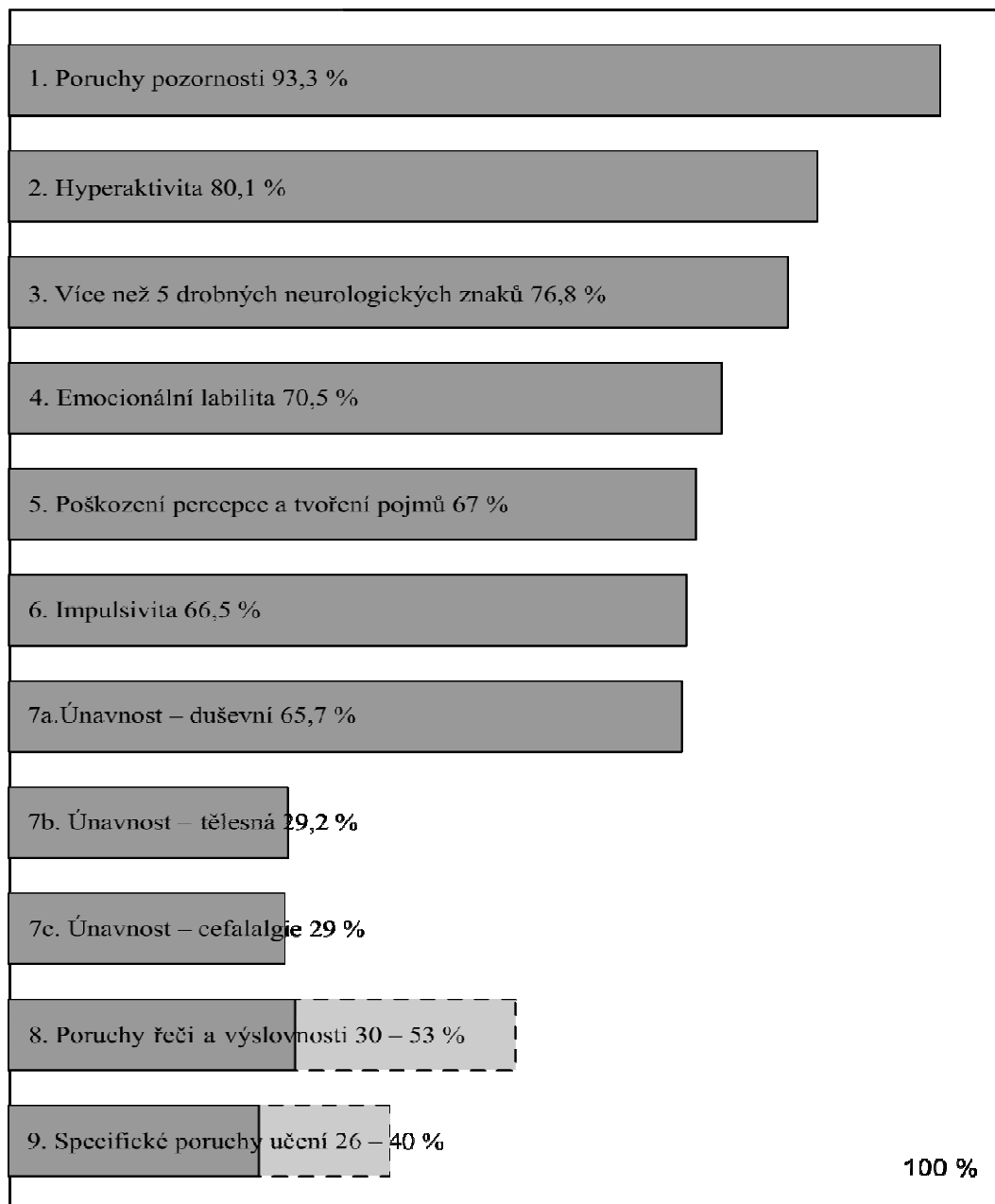
Hyperexcitabilita

S hyperaktivitou bývá spojena i zvýšená emoční dráždivost. Častý je sklon k extrémním citovým reakcím, snadné kolísání od euforie a nadšení k mrzutosti a odmítání. Změny v citovém prožívání souvisí se zvýšenou unavitelností a vypovídají o nižší toleranci k zátěži. Ta se projevuje v nižším sebeovládání, afektivními a občas až agresivními reakcemi. A. Train (1977) hodnotí takové chování jako projev zvýšené senzitivity a vrozené zranitelnosti.

²⁰ Vágnerová, M. (1999). cit. d., s.84.

Výčet symptomů dle četnosti

Pro srovnání uvádím dva výčty symptomů od různých autorů. Z. Třesohlavá (1983) v publikaci „LMD v dětském věku“²¹⁾ popisuje výzkum, během kterého bylo experimentálně prověřeno 324 školních dětí a na jeho základě sestavila následující výčet (graf č.1, Výčet symptomů):



²¹⁾ Třesohlavá, Z. (1983). LMD v dětském věku. In Michalová Z. (2004). cit. d., s. 94.

Z hlediska pedagogického jako nejčastější symptomy uvádí Glósb²²⁾ (1969):

- Hyperaktivita
- Poruchy pozornosti a schopnosti soustředění
- Emocionální labilita
- Percepční motorické oslabení
- Poruchy myšlení a řeči
- Neurologické příznaky

1.3. Diagnostická kritéria ADHD

Porucha spojená s úbytkem pozornosti (ADD, attention deficit disorder) znamená narušení základních poznávacích procesů. Někdy je narušen jeden proces, ale většinou jich je více. Týká se to orientace, soustředění nebo udržení pozornosti. Porucha spojená s úbytkem pozornosti musí trvat poměrně dlouhé časové období, minimálně 6 měsíců. Aby byla porucha pozornosti kvalifikována jako ADHD, musí se současně projevat výrazný rozpor mezi intelektuálními schopnostmi dítěte a jeho učební kapacitou. Rovněž musí být splněna podmínka, že porucha pozornosti nepříznivě ovlivňuje školní výkon dítěte.

„Děti, jejichž primární postižení splňuje jiné diferenciatně diagnostické podmínky (například poruchy učení, vážné emoční poruchy nebo mentální retardace), pod poruchu úbytku pozornosti nespádají. Z této diagnostické kategorie jsou rovněž vyloučeny ty děti, jejichž porucha pozornosti je závislá na:

- nedostatku příležitostí ke vzdělávání nebo na nedostatečném kontaktu s (úředním) jazykem (té které země), v němž jsou podávány oficiální instrukce,
- náhlém akutním návalu potíží, jenž je evidentně reakcí na stresující události spojené s funkcí rodiny (tj. rozvod rodičů, úmrtí člena rodiny nebo blízkého příbuzného),

²²⁾ Glósb, J. (1969). Ľahká mozgová dysfunkcia u detí. In Michalová, Z.(2004). cit.d.,s. 94.

- narušení prostředí, v němž dítě žije (tj. změna bydliště nebo školy),
- zneužití či zneužívání (př. tělesné týrání, sexuální zneužití, včetně citové deprivace) nebo případně na přírodní či lidmi zaviněné katastrofy (tj. posttraumatická stresová reakce),
- bolestivém nebo jinak traumatizujícím onemocnění (např. akutní chirurgický výkon, chronické onemocnění atd.).²³⁾

Porucha ADHD je v podstatě oslabením nervového systému a může se projevovat ve všech mentálních funkcích: v pozornosti, soustředění, myšlení, vůli a plánování, paměti a učení, chování a sebeovládání. Proto i diagnostika musí být komplexní. Při stanovení diagnózy ADHD se vychází zpravidla z behaviorálních tradic a diagnostika je zaměřena více na popis chování.

V mezinárodní klasifikaci nemocí (10. revize) jsou uvedena diagnostická vodítka pro hyperkinetické poruchy. „Hlavními rysy jsou narušená pozornost a hyperaktivita. Oba tyto rysy jsou pro diagnózu nutné a mají být patrné ve více než v jedné situaci (např. doma, ve škole, na klinice).“²⁴⁾ Narušená pozornost se projevuje předčasným přerušáním práce a neschopností jí dokončit. Děti často přecházejí od jedné činnosti k druhé. Při hyperaktivitě se projevuje nadměrný neklid, pobíhání, poskakování, hlučnost, upovídanost.

„Standardem pro posuzování by měla být příliš vysoká aktivita ve srovnání s tím, co se očekává v dané situaci a ve srovnání se standardem jiných dětí stejného IQ. Tento rys chování je nejvíce zřejmý ve strukturovaných organizovaných situacích, které vyžadují vysoký stupeň sebekontroly v chování.“²⁵⁾ MKN uvádí dále i přidružené rysy, nejsou však hodnoceny jako dostačující ani nutné pro diagnózu, ale pomáhají ji potvrdit. Jde o dezinhibici v sociálních vztazích, nedbalost v situacích zahrnujících určité nebezpečí, impulsivní porušování společenských pravidel (př. vnucování se do činnosti druhých, předčasné či ukvapené odpovídání nebo potíže s čekáním až na ně přijde řada).

²³⁾ Paclt, I., Ptáček, R., Florián, J. (2008). cit. d., s.7.

²⁴⁾ Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. (1992). cit. d., s.229.

²⁵⁾ Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. (1992). cit. d., s.230.

1.3.1. Přidružené příznaky

Výkonnostní variabilita

Poměrně často uváděným projevem ADHD je i velká výkonnostní variabilita při plnění úkolů v průběhu času. Většina pedagogů potvrdí, že u dětí s ADHD se projevuje mnohem větší výkonová variabilita než u ostatních dětí. Vycházejí přitom z hodnocení jejich produktivity práce nejen ve škole, ale i při plnění domácích úkolů. Podobně i rodiče často zjišťují, že jejich děti jednou vykonávají zadání pohotově a přesně, jindy naopak ledabyle a chybně, občas se k řešení vůbec neodhodlají. Proto se o těchto dětech často soudí, že jsou nadané, ale líné. Tato mimořádná výkonová variabilita může být rozhodujícím projevem ADHD a dokonce se podle ní dá tato porucha diagnostikovat.

Situační a dočasné změny symptomů

„Všechny primární příznaky ADHD vykazují značnou proměnlivost podle různých prostředí a pečovatелů, v nichž či u nichž se dítě nachází.“²⁶⁾ Existuje zpravidla pouze několik málo situací, které jsou pro děti s ADHD jen malým zdrojem obtíží. Situace, v nichž se příznaky nejvíce manifestují, jsou ty, kdy se po dětech žádá, aby splnily nějaké úlohy, popřípadě jsou-li na veřejně přístupných místech, kde se očekává dodržení určitých omezujících pravidel.

Intelligence a vývoj řeči

Děti s ADHD jsou náchylnější k pomalejšímu intelektovému vývoji ve srovnání s vrstevníky. Lze předpokládat, že podávají slabší výkony kvůli své nepozornosti a impulzivitě. Souvislost je spatřována v mírném vývojovém opoždění a v nezralosti hyperkinetických dětí. Velké obtíže se projevují v jejich školním výkonu, kdy téměř vždy zaostávají za svými vrstevníky. Odborníci to vidí jako důsledek nepozorného, impulzivního a těkavého chování. Již tak snížený školní výkon zhoršují i specifické poruchy učení, které postihují až 25% dětí s ADHD.

²⁶⁾ Barkley, (1990), Zentall, (1985) in Paclt, I., Ptáček, R., Florián, J.(2008). cit.d., s.8.

Větší počet vážnějších řečových problémů se u těchto dětí nevyskytuje. Bývají jen méně výkonné v organizaci řečového projevu. Mají i sklon k větší povídavosti a v hovoru užívají častěji pauzy, řečové vložky jako „ech“, „hm“ a chybně artikulují.

Paměť, výkonové procesy, kognitivní schopnosti

S vážnějšími paměťovými problémy se nesetkáváme. U problémů s výkonem už tomu tak není. Jejich výkonová strategie při plnění úkolu je často impulzivní, chabě organizovaná a poměrně neúčinná.

Senzorické a motorické problémy

V oblasti vývoje sluchu nemívají děti s ADHD větší obtíže než normální populace dětí. Ovšem u více jak poloviny se setkáváme se zhoršenou motorickou koordinací. U některých se objevuje více „měkkých“ – soft neurologických příznaků a také nadbytečné motorické pohyby. Mnoho dětí s ADHD má potíže s rukopisem, zvláště s krasopisem.

Emoční poruchy a poruchy chování

Všeobecně je známá koexistence ADHD s dalšími emočními poruchami anebo s poruchami chování. O dětech s ADHD se často udává, že mají více symptomů úzkosti, deprese a nižší sebehodnocení. Rovněž se u nich výrazněji projevuje opoziční a vzdorovité chování. Bývají agresivnější a jsou u nich častější problémy s chováním, to má někdy antisociální rysy. „Nejběžnějšími typy problémového chování u těchto dětí je lhaní, krádeže, záškoláctví a v menší míře i fyzická agresivita“.²⁷⁾

Zdravotní problémy

Hyperaktivní děti mívají v raném dětství zdravotní komplikace. Hartsough a kol.²⁸⁾ na základě výzkumů uvádějí, že to platí o 25-50% hyperaktivních dětí. Častější jsou u nich opakované infekce horních cest dýchacích, alergie, astma a to až v 44% ve srovnání s 25% normální dětské populace.

²⁷⁾ Paclt, I., Ptáček, R., Florián, J. (2008). cit. d., s.11.

²⁸⁾ Hartsough a kol. (1985) in Paclt, I., Ptáček, R., Florián, J. (2008). cit. d., s.10.

Výrazným zdravotním problémem dětí s ADHD je úrazovost. Ze zmíněných výzkumů vyplývá, že až 46% těchto dětí je evidováno jako osobnosti náchylné k nehodám. Dokonce 15 až 26% z nich utrpělo 4 a více vážných nehod končících úrazem (např. zlomeniny, lacerace /potrhání svalů či vazů/, úrazy hlavy, těžké podlitiny, vyražené zuby).

Problémy se spánkem

U dětí s ADHD se v prvních letech života projevují poruchy spánku a problémy s příjmem potravy. Starší děti mívají problémy s usínáním, některé se často v noci probouzejí a mnohé z nich jsou po nočním spánku unavené. „Chronický nedostatek spánku může dítěti velice ztížit schopnost koncentrace, učení a motivace. Dítě je podrážděné, má špatnou náladu a je protivné.“²⁹⁾

1.3.2. Stanovení diagnózy ADHD

„Charakteristické problémy s chováním by měly začínat brzy (před věkem 6 let) a měly by mít dlouhé trvání. Avšak v předškolním věku se těžko rozpoznávají vzhledem k velkým rozdílům v normě. K diagnóze u předškolních dětí by měl vést jen extrémně závažný stupeň.“³⁰⁾

Je běžné, že projevy hyperaktivity jsou smíšené. Při diferenciální diagnóze je nejobtížnější jejich rozlišení od poruch chování. Dále mohou být přítomny pervazivní vývojové poruchy a při stanovení diagnózy se jim dává přednost. Jsou-li přítomny rysy jak hyperaktivity, tak poruch chování, pak je-li právě hyperaktivita výrazná, měla by být stanovena diagnóza hyperkinetické poruchy chování. Nadměrná aktivita a nepozornost mohou být symptomy úzkostných nebo depresivních poruch, ty mají přednost při stanovení diagnózy před hyperkinetickou poruchou. „V rámci diferenciální diagnostiky je nezbytné provést vývojovou diagnostiku. Znamky oslabení nervového systému se mohou projevovat vývojovými opožděními za normou příslušnou danému věku. Protože ADHD je nejčastěji vrozené – zděděné, získané při porodu či obojí, lze jejich příznaky pozorovat často už od narození. Od 4 let věku je ADHD diagnostikovatelné

²⁹⁾ Munden, A., Arcelus, J.(2008). Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha: Portál, s.38.

³⁰⁾ Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. (1992). cit. d., s.230.

v podobě vývojových vad řeči a poruchy pozornosti s hyperaktivitou.³¹⁾ Poruchu „lze diagnostikovat u závažných potíží již od narození, obecně však nejpozději ve věku 4 - 5 let. Znamky ADHD v tomto věku lze již pozorovat jak v chování, tak v EEG vyšetření.“³²⁾

K přidělení diagnózy LMD bývalo vždy potřebné neurologické či elektroencefalografické vyšetření, u ADHD tato podmínka není nutná, může však stanovení diagnózy podpořit. Elektroencefalografické vyšetření může objevit přítomnost nežádoucích pomalých frekvencí mozku a to i s jejich lokalizací. Mohou se vyskytovat i některé znaky záchvatovité epileptické aktivity, i když se u dítěte záchvat nikdy neobjevil. Mezi impulsivitou v chování a záchvatovitou pohotovostí existuje styčný bod v oslabené regulaci mozkové kůry. Závažnější poruchy mozkové tkáně se zachycují morfologickými vyšetřeními, např. magnetickou rezonancí a počítačovou tomografií. Tato vyšetření zjišťují odchylky v hmotnosti, hustotě a průchodnosti mozkové tkáně. U „běžného“ postižení ADHD jsou však jemná organická postižení nezachytitelná.

ADHD se řadí k tzv. spektrální poruše a to proto, že se pravděpodobně u různých lidí vyskytuje v různých stupních závažnosti. Diagnóza ADHD se určuje velice těžko, protože pro její potvrzení neexistují žádné absolutně správné testy. Zjevné symptomy se odlišují podle věku, situace a podmínek. ADHD má vždy tři stejné základní složky: impulzivitu, nepozornost a hyperaktivitu. U každého se ale mohou projevovat jinak s ohledem na rozmanitost situací. Dítě velice silně ovlivňuje, jak se cítí a co se právě kolem něj děje.

Skutečný výskyt poruchy ADHD se v jednotlivých výzkumech liší, protože neexistuje jednotná definice samotné poruchy. Celkově se názory shodují zhruba na 5% hranici v dětské populaci. V literatuře lze najít rozptyl od cca 2 do 22%. Výskyt ADHD je významně závislý na pohlaví. Podíl chlapců a dívek, u nichž se choroba projevila, se podle různých výzkumů mění od 2:1 až k 10:1. Nejvíce bývá uváděn průměr okolo 6:1 a to v neprospěch chlapců.

³¹⁾ Michalová, Z. (2004). cit.d.,s.97.

³²⁾ ADHD, ADD (LEHKÉ MOZKOVÉ DYSKUNKCE), LEHKÉ MOZKOVÉ DYSKUNKCE, (příručka) Část VII. - X. [cit.2009-12-09]. Dostupný z www: <<http://www.pppbruntal.cz/texty/adhd07.html>>

1.3.3. Klasifikační systémy (soubory diagnostických kritérií)

Použití standardizovaného klasifikačního systému zaručuje, že jakýkoliv pacient s určitým souborem symptomů a klinických projevů, by kdekoli na světě dostal stejnou diagnózu. Diagnostická kritéria, která odborníci používají, se aktualizují podle nových znalostí.

V současnosti existují a používají se dva hlavní klasifikační systémy.

1. Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases, 10th edition, ICD-10, Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN-10).
2. Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition neboli DSM-IV).

Rozdíly mezi DSM-IV a MKN-10

V České republice se při určování psychických diagnóz dává tradičně přednost kritériím podle MKN-10. Mezi oběma klasifikačními soustavami (MKN-10 a DSM-IV) existují značné rozdíly. Ty lze najít i u velice podobných syndromů. Například existuje rozdíl ve vymezení ADHD v klasifikačním systému DSM-IV a v pojetí hyperkinetické poruchy v systému MKN-10.

„Hlavní rozdíly mezi oběma klasifikačními systémy, týkající se ADHD a hyperkinetické poruchy, jsou tyto:

1. DSM-IV klasifikuje vlastnost „často je nepřiměřeně upovídané“ jako příznak hyperaktivity. MKN-10 uvádí podobný, ale přesnější popis chování „mluví nadměrně bez ohledu na společenské zvyklosti a zábrany“ jako příznak impulsivity.
2. DSM-IV vyžaduje, aby šest (nebo více) symptomů pro „hyperaktivitu – impulsivitu“ přetrvávalo po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu. Protože je zde zahrnuto šest symptomů hyperaktivity (a tři syndromy impulsivity), je možné, že i děti bez symptomů nedostatečné kontroly

impulzivity by mohly splňovat diagnostická kritéria pro ADHD. Toto má značný význam ve chvíli, kdy současný vědecký názor směřuje k tomu, že k základním příznakům ADHD (a hyperkinetické poruchy) patří právě nedostatečná kontrola impulzivity.³³⁾

Praxe ukazuje, že podle MKN-10 je opakovaně diagnostikována menší skupina dětí s příznaky závažnějšími než v případě klasifikace DSM-IV. Klasifikační kritéria vydaná Americkou asociací psychiatrů DSM-IV mají méně přísná a mnohem širěji definovaná kritéria než diagnostická kritéria publikovaná Světovou zdravotnickou organizací MKN-10. Klasifikační systémy (soubory diagnostických kritérií) viz. příloha č. 1.

2. Terapeutické možnosti

2.1. Nápravy ADHD

Léčebných metod existuje celá řada. V rigorózní práci jsou uvedeny přístupy, které přinášejí nejlepší výsledky a jsou tedy nejefektivnější. Žádná léčba nedokáže trvale eliminovat příznaky ADHD. Terapie zpravidla dokáže vyvolat symptomatickou úlevu. Ukazuje se, že však jen po tu dobu, kdy je aplikována. Vzhledem k četným problémům, které zpravidla s ADHD koexistují, je nutné zvolit multifaktoriální způsob léčby. Vývojové aspekty poruchu postupně zlepšují. Průběžnou terapií je možné zabránit vzniku sekundárních poruch chování a významně stabilizovat celou rodinu dítěte.

Porucha ADHD velmi výrazně zasahuje do sociální oblasti dítěte. Potíže se objevují v prostředí rodiny, školy i ve vrstevnické skupině. Nežádoucí projevy v chování se obtížně ovlivňují běžným výchovným působením: zesilování výchovného tlaku, trestání a odmítání dítěte, jeho srovnávání s ostatními bezproblémovými vrstevníky. Jedinec s ADHD tak získává nízký sociální status a zapadá do role outsidera. Může být i stresován svou snahou získat si uznání od ostatních. V krajních

³³ Munden, A., Arcelus, J. (2008). cit. d.,s. 18-19.

případech lze hovořit dokonce až o deprivaci z nedostatku sociálního kontaktu. Děti s touto poruchou často volí nevhodné chování, ve snaze upoutat na sebe pozornost. Je to vlastně určitá forma obrany a způsob, jímž se dítě snaží o saturaci přirozené potřeby akceptace.

Pro rozvoj identity dítěte je podstatné hodnocení ostatních, to se totiž zrcadlí v jejich vlastním sebehodnocení a sebezpřijetí. Vzhledem k tomu, že děti s ADHD se častěji setkávají s negativními reakcemi na své chování, tak mají i mínění o svém vlastním „já“ záporné. V takové situaci pak zafunguje obrana vlastní identity, která názor či hodnocení okolí vytěsňuje a dítě si pak vlastní já idealizuje. Jeho reakce mající kořeny ve smíšených obranách vedou ke konfliktům, neboť vůbec neodpovídají skutečné realitě.

Na základě vlastních praktických zkušeností mohu konstatovat, že téměř všechny terapeutické zásahy jsou vlastně spíše podpůrné než léčebné. Jakmile přestanou být aplikovány, následuje téměř okamžitý návrat příznaků, a to se stejnou závažností v jaké se projevovaly před terapeutickou intervencí.

V České republice je terapeutická pomoc dětem s ADHD poskytována v několika formách:

- Psychologická – psychoterapie. Poskytují ji především pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a střediska výchovné péče (SVP). Podílí se na ní i školní psychologové.
- Speciálně-pedagogická. Zajišťuje reedukaci a kompenzaci v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) a střediscích výchovné péče (SVP), probíhá i ve školním prostředí.
- Psychiatrická. Zahrnuje ambulantní psychiatrickou péči, eventuálně i hospitalizaci v psychiatrických léčebnách.
- Školní. Uplatňování speciálně-pedagogického přístupu k dítěti ve škole.
- Rodinná. Ve spolupráci s odbornými pracovišti (zejména PPP a SVP) rodina poskytuje zázemí a adekvátní péči dítěti s ADHD.

2.2. Terapeutické postupy

Základem každé terapeutické aktivity, prováděné s dítětem, je podrobný rozhovor odborníka s rodiči, protože musí být identifikován charakter a závažnost poruchy. Porucha ADHD je relativně stabilní chorobou, jejíž náprava vyžaduje zapojení rodičů a učitelů, jejich vzájemnou spolupráci, za pomoci a podpory specialistů. Své nezastupitelné místo zde mají i dobrovolné rodičovské podpůrné organizace. V České republice je to například Klub duševního zdraví dítěte při Psychiatrické klinice UK v Praze.

Základním východiskem k léčbě ADHD je výcvik rodičů a učitelů, v oblasti metod zvládnání chování problémových dětí. Dalším předpokladem je uspořádání okolního prostředí tak, aby docházelo k posilování žádoucího chování dítěte. Rozsah, frekvence a načasování výchovného působení rodičů či učitelů, je třeba vždy přizpůsobit konkrétní situaci. Součástí této léčby jsou i určité změny v uspořádání domova nebo v rozsažení žáků při výuce. Zahrnout sem lze i například používání počítačů pro efektivnější práci s učivem a snahu pedagoga ztraktivnit učební materiály.

„Mezi užívané techniky v českém prostředí patří:

- kognitivně – behaviorální terapie (KBT)
- tzv. multimodální přístup – kombinace nejméně dvou psychoterapeutických přístupů (nejčastěji je to KBT a rodinná terapie)
- rodinná terapie
- psychoanalytická terapie
- pracovní terapie
- komunitně orientovaná psychoterapie³⁴⁾

³⁴ Michalová, Z. (2004). cit.d.,s. 104.

Farmakologická léčba

Podpůrně, pod vedením psychiatra, je možná i farmakologická léčba. V naší republice není tolik propagována, ale např. ve Spojených státech farmakoterapie tvoří hlavní součást víceúrovňové terapie.

Nejběžněji užívanou medikací u dětí s ADHD jsou stimulanty. Výrazné zlepšení je zaznamenáno až u 80 % zkoumaných dětí, starších 5 let. Většinou jsou vedlejší škodlivé účinky minimální a manifestují se úbytkem chuti k jídlu a mírnou nespavostí. Zlepšení je zaznamenáno v mnoha oblastech: jako jsou nepozornost, impulzivita, hyperaktivita, sociální vztahy s vrstevníky atd. Nejpodstatnější však v léčbě bezesporu zůstává celkové výchovné působení.

Videotréning interakcí (VTI)

Jde o metodu, která vznikla v Nizozemí počátkem 80. let 20. století a založili jí pracovníci ambulantní péče o emočně narušené děti. Jedná se o jednu z velmi účinných intervenčních technik při práci s dětmi. Svě místo má především při práci s rodiči a učiteli, protože dokáže posílit dobrý vzájemný vztah (interakce) a komunikaci. Je to krátkodobá a intenzivní pomoc (v domácím i školním prostředí) přímo v jádru největších problémů.

„Autoři metody, Maria Arts a Harrie Biemans, vycházeli ze základní myšlenky, že rodiče a děti chtějí mít dobrý vzájemný vztah a pozitivní komunikaci ve svém primárním sociálním prostředí.“³⁵ Pokud sami neumí vytvářet pozitivní interakce uvnitř rodiny, potom začne v daném prostředí převládat negativní komunikační vzorec, jehož výsledkem bývá vzrůstající problémové chování dítěte.

Základní principy VTI:

1. Každé dítě od narození vyvíjí pozitivní podněty. Pomocí videozáběrů se o nich rodiče mohou přesvědčovat. Často jsou tak odhalovány nevědomé a nerozpoznané iniciativy.

³⁵ Michalová, Z. (2004). cit.d.,s. 106.

2. Pracuje se s videozáběry a pozornost je zaměřena na dobrou pozitivní komunikaci. Můžeme tak pozorovat iniciativy dítěte a způsob jakým je okolí přijímá.
3. Rodiče sami žádají o pomoc a stojí o to mít dobrý kontakt se svým dítětem. Mají zájem naučit se žádoucí komunikaci.
4. Dobré spojení mezi rodiči a dětmi vytváří pozitivní rodinnou atmosféru.
5. Pozornost se zaměřuje na to, co je v komunikaci žádoucí a opomíjí se to, co funguje špatně.

Terapie probíhá ve třech fázích:

1. Nahrávání situace.
2. Analýza interakcí.
3. Rozbor s rodiči.

Terapie pomocí VTI je ukončena po splnění předem domluvené zakázky. Je považována za terapii krátkodobou, protože trvá zpravidla od jednoho do šesti měsíců a pracuje se většinou jeden den v týdnu.

Relaxační techniky a EEG – biofeedback

Jde o techniky, které směřují k dosažení fyzického uvolnění. Uvolňují i svalové napětí a směřují tak k psychické relaxaci. Dokáží navodit pocit příjemného duševního rozpoložení a psychické vyrovnanosti. Děti s ADHD jsou ve stálém napětí, neboť mají narušený proces vzruchu a útlumu. Relaxací se u nich fyziologicky navodí duševní klid. Harmonizuje se tak i činnost vnitřních orgánů, což následně kladně ovlivňuje psychický stav dítěte.

„Celkově můžeme říci, že relaxační techniky pomáhají dětem s ADHD ke:

- zklidnění
- zlepšení výkonnosti
- posílení sebekontroly
- zlepšení sebeovládání

- schopnosti zvládat zátěžové situace.“³⁶⁾

Relaxace rozdělujeme na:

1. Psychofyzické. Přinášejí svalové napětí, navozují pocity tíhy a tepla, pomáhají ovládat dech a sledovat srdeční frekvenci. Patří sem Schulzův autogenní trénink nebo jóga.
2. Fyziologické – aktivní. Jde o aktivní střídání napětí a uvolnění svalů. Patří sem strečink nebo kalanetika.
3. Fyziologické – pasivní. Při nich dochází k uvolňování svalových skupin druhou osobou.

EEG - biofeedback

EEG - biofeedback je specifická metoda, která posiluje žádoucí aktivace nervové soustavy. Pomáhá při tréninku pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně (tlumí impulzivitu a hyperaktivitu). Odborníci účinek EEG – biofeedbacku srovnávají s efektem silných psychostimulací. Jedná se o metodu, „která umožňuje regulaci frekvencí elektrické aktivity mozku („mozkových vln“). V podstatě probíhá sebe-učení mozku za pomoci tzv. „biologické zpětné vazby“.

Terapie probíhá ve dvou krocích:

1. Při úvodním vyšetření se zjišťuje, které funkce se budou napravovat. Provádí se záznam EEG a psychologické vyšetření.
2. Následuje zkušební EEG trénink a zjišťuje se vhodnost metody a prognóza pro pacienta.

„Trénink za pomoci EEG biologické zpětné vazby je nenásilný, bezbolestný a hravý. Pokud je prováděn odborníkem nepředstavuje riziko, protože nemá vedlejší účinky. Není návykový a jeho efekt je dlouhodobý.“³⁷⁾ Většinou jde o terapii střednědobou (tedy 40 – 60 sezení). Vyžadují ji obvykle příznaky nepozornosti a

³⁶⁾ Michalová, Z. (2004). cit.d.,s. 114.

³⁷⁾ Tyl, J. Metoda EEG – Biofeedback, [cit.2009-09-13]. Dostupný z www: <<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=1>>

nesoustředěnosti. Délka tréninku se odvíjí od závažnosti potíží. Relativně rychle se zlepšují příznaky neklidu a netrpělivosti (cca po 20 sezeních).

Režimová terapie

Režimovou terapii je možné v širším smyslu zahrnout pod psychoterapii. Vykazuje však některé specifické rysy. Vztahuje se na stanovení režimu dítěte s hyperkinetickými poruchami. Je používána jako terapeutická metoda v dětských psychiatrických léčebnách. Její hlavní myšlenkou je zaměření se na sanaci a kompenzaci jednotlivých symptomů.

Tato terapie v sobě nese prvky KBT (kognitivně – behaviorální terapie) s cílem adekvátně posilovat sebevědomí, přijetí sebe sama. Jsou stanovená modelová pravidla, která má pacient dodržovat. Skrze tuto zkušenost se v podstatě učí poznávat své chování a rozlišovat mezi tím, co okolí akceptuje a co naopak zcela odmítá. Důraz je kladen i na pochvaly, s nimiž souvisí prožitky úspěchu.

2.3. Psychoterapie, obecná východiska

Psychoterapie v současné době nabízí dva přístupy psychologické pomoci člověku. „V obou těchto pohledech je psychoterapie aktem pomoci člověka člověku.“³⁸⁾

Prvním je **objektivizující, přírodovědný** přístup, který je příznačný pro soudobé lékařství. Zde je psychoterapie jedním ze základních druhů léčby, který pátrá po příčinách, mechanismech a následcích porušených funkcí či vývoje.

Druhý přístup lze označit jako **subjektivizující, antropologický** a je typický pro humanitní obory. Psychoterapie je chápána jako zvláštní druh setkání a spolubytí člověka s člověkem, při němž se pracuje s vnitřními omezeními, dochází k hlubšímu porozumění sobě samému, hledají se hodnoty, smysl a cíl v životě.

V nejširším smyslu rozumíme psychoterapií užívání psychologických prostředků k léčbě, to znamená docílit prospěšné změny při poruchách zdraví. **Porucha** je škodlivou a nežádoucí odchylkou od zdravého stavu a to s ohledem na vývojové změny

³⁸⁾ Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2000). Dětská psychoterapie. Praha: Portál, s.28.

a průběh životních pochodů jedince. *Léčbou* je myšleno překonávání či odstraňování odchylek od funkčně normálního stavu jedince, s cílem obnovit plně nebo alespoň částečně podmínky pro zdravý vývoj člověka. Rozlišujícím znakem léčby oproti jiným způsobům pomoci ke zdravému vývoji je přítomnost zdravotní poruchy a poskytovaná péče je zacílena na její překonání. Porucha může být pro okolí zcela zjevná a jednoznačná nebo je neodhalená. Její nositel si jí buď uvědomuje, nebo mu zůstává skrytá. To jsou faktory ovlivňující pacientovu motivovanost.

„Psychoterapie je terapie uskutečňována psychologickými prostředky“³⁹). Působí jednoduchými či složitými podněty. Při čemž jejich rozhodující vliv je zprostředkován prožitkovou kvalitou podnětů a jejich významem pro klienta. V současnosti je psychoterapie chápána jako interdisciplinární vědní obor, který má svou část obecnou (zahrnuje teorii, metody a výzkumné poznatky) a část speciální (zabývá se aplikací u jednotlivých poruch a problémů). Psychoterapie dnes užívá mnoho postupů, některé jsou ve vzájemném protikladu, jiné na sebe plynule navazují. Přesto je možné postupy uspořádat a popsat pomocí několika aspektů.

Cíl psychoterapeutické činnosti

Některé terapeutické postupy odstraňují poruchové způsoby prožívání či chování, jde o tzv. symptomatickou terapii. Je-li cílem zásadnější změna osobnosti klienta, mluvíme o tzv. restrukturující terapii. Obecným psychoterapeutickým cílem je obnova zdraví. Definic zdravého stavu jedince je celá řada. Osobně považuji za nejpodstatnější základní hledisko „funkční normy,“ která se promítá ve zdravé duševní činnosti jedince.

Jde o tyto funkce:

- správné poznávání a hodnocení skutečnosti,
- citová vyrovnanost (výkyvy citového ladění),
- výkonnost odpovídající skutečným možnostem,
- společenská přizpůsobivost (neschopnost vytvářet prospěšné mezilidské vztahy).

³⁹ Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2000). cit. d., s. 29.

Všechny zmíněné funkce se v dětství teprve rozvíjejí, neboť jsou závislé na zrání organismu a také na socializačních dovednostech dítěte. „Hodnocení poruchy zdraví a úspěšnosti terapie je podmíněno věkově a výchovně uznávanou „normou“. Obecné normativní hledisko je v psychoterapii žádoucí doplnit hlediskem intraindividuální měnivosti tak, aby respektovalo možnou odchylku v rychlosti vývoje a odlišilo ji od skutečné poruchy.“⁴⁰⁾

Psychoterapie může být zaměřena na tyto oblasti a sféry.

1. Vědomé pochody. (Např. správné vnímání sebe a druhých, rozvoj vlastních poznávacích schopností, osvojení účinnějších strategií poznávání a jednání).
2. Mimo vědomé duševní děje. (Jejich odhalení, přehodnocení a změna umožňují pochopit dobře nezpracované emoce či zkušenosti z minula. Napomáhá se tak prožití korektivní citové zkušenosti v rámci psychoterapeutického vztahu).
3. Vnější projevy a chování. (Jde o to rozpoznat patologické reakce a osvojit si účelnější způsoby chování).
4. Společenské vztahy. (Klient je v nich patologicky začleněn, užívá se skupinová nebo rodinná terapie).
5. Tělesné funkce. (Ovlivňuje se činnost tělesných soustav a orgánů, pracuje se např. na odstranění emočního napětí).

Terapeutova intervence může být vedena dvěma způsoby:

1. Psychoterapie nedirektivní, odkrývající.

Terapeut vede klienta, aby sám objevoval a pochopil souvislosti, které stojí v pozadí problémů. Léčebně působí moment rozpoznání nevnímaných souvislostí.

2. Psychoterapie direktivní, zakrývající.

Terapeut nepovažuje za podstatné klientovo pochopení zdroje problémů. Iniciuje však žádoucí změny v chování či v prožívání. Očekává se, že dílčí změna povede k uzdravení dalších oblastí života.

⁴⁰⁾ Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2000). cit. d., s. 31.

Formy terapie systematizujeme podle řady kritérií, z nichž nejčastěji se používají:

- počet klientů, kteří se terapeutických setkání účastní;
- prostředí, kde terapie probíhá;
- časové rozvržení terapie (časová dotace, počet a frekvence setkání).

Kategorizace terapií podle počtu účastníků v terapii, která je nejčastěji uváděna v odborné literatuře, zahrnuje tyto formy.

Individuální psychoterapie. Do terapeutického vztahu a následné spolupráce tu vstupuje jeden klient s jedním terapeutem (méně často s více terapeuty postupně či současně).

Skupinová psychoterapie. Psychoterapeutické dění probíhá v uměle vytvořených skupinách klientů. Skupina je sestavena tak, aby její členové do dění skupiny dokázali přispívat a současně z něj těžit. Hlavním léčebným nástrojem je skupinová dynamika a vývoj vztahů mezi členy skupiny v celém průběhu terapie.

Rodinná psychoterapie (popř. manželská či párová). Terapie je zaměřena na vztahy v přirozené rodinné skupině klienta. Předpokládá se, že příčinou poruch a problémů, je narušené rodinné prostředí. Hlavní výhodou této formy terapie je skutečnost, že náprava probíhá v reálné situaci a nikoli v uměle vytvořeném (modelovém) stavu. V popředí terapeutické práce jsou rodinné vztahy.

Hromadná psychoterapie. V zásadě je to terapie individuální, přestože probíhá ve skupině. Zvolený terapeutický postup je jednoduchý a pro jeho univerzálnost ho můžeme použít při práci s více klienty (např. nácvik psychofyziologické relaxace). S terapeutickým působením vztahů mezi účastníky se nepočítá.

Terapeutická komunita. Léčebné společenství nabízí novou dimenzi pro terapeutickou práci. Dokáže umocnit všechny terapeutické intervence, neboť dodává nové reálné podněty.

Smysluplný průběh psychoterapie vyžaduje, aby byly splněny určité předpoklady a to na třech úrovních.

1. *KLIENT*. Je třeba znát charakteristické rysy jeho osobnosti. Další rozlišení poskytují nozologické jednotky.
2. *TERAPEUT*. Musí mít požadovanou kvalifikaci, profesní přípravu, osobnostní předpoklady, životní zkušenosti. Může využívat kvalifikované supervize a konzultace.
3. *PROSTŘEDÍ*. Provozní možnosti určují, zda je terapie ambulantní nebo stacionární, s hospitalizací či bez ní.

Průběh psychoterapeutického působení má předem stanovený metodický postup, který obsahuje tyto fáze:

Navázání terapeutického vztahu. Jde především o porozumění a projevení účasti a podpory ze strany terapeuta.

Snaha o ulehčení problémů. Terapeut demonstrativně naznačí, že existuje možnost překonat nesnáze, a to vzájemnou spoluprací.

Vlastní psychoterapeutická práce. Samozřejmě záleží na povaze problému. U dětí s ADHD je jejím cílem zlepšení školních výkonů, rodinných a vrstevnických vztahů, zvýšení sebehodnocení apod.

Integrace dosažených změn u dítěte a jeho blízkého okolí do běžného života. Uskutečňuje se zatěžováním klienta „problémy“ a on následně sám (postupně) dokáže zvládat nároky běžných situací v mimoterapeutickém životě.

Odpoutání od terapeuta. Klient je schopen realizovat vlastní cestu k osamostatnění v dalším životě, v jeho vlastním prostředí.

Terapeutická práce s dětmi s ADHD je zpravidla dlouhodobý proces. Projevují se v něm značné výkyvy, obvykle podle náročnosti jednotlivých životních etap. Nejproblémovější bývá období školní docházky, která má na dítě zvýšené nároky na disciplínu.

2.4. Hlavní psychoterapeutické směry z pohledu arteterapie

Pojednání o arteterapii

„Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty.“⁴¹⁾ Arteterapie je terapií kulturní a její kořeny najdeme v magických úkonech, rituálech a obřadech. Magickou moc artefaktů potvrzuje studium archaických kultur. Soškám a kresbám byla připisována léčivá síla. S vírou v moc obrazů byly tvořeny i jeskynní malby lovců doby kamenné. Magické myšlení patřilo k lidstvu od nepaměti.

Arteterapie jako samostatný obor vzniká v první polovině 20. století. I když psychologické studium dětské kresby se datuje od vzniku empirické a experimentální psychologie. První psychologická laboratoř byla založena v Lipsku v roce 1879 a první monografie o dětské kresbě byla vydána jen o několik let později a to v roce 1887. Autor zmíněné monografie Ital Corrado Ricci v ní srovnává tvůrčí proces dítěte s dílem stvoření.

Rozvoj arteterapie na počátku minulého století byl umožněn nástupem avantgardy a moderny, neboť ty přinesly do umění osobitou stylovou různorodost. „Svobodné gesto umožňuje zachycení bezprostředního pocitu, malíř může v tvorbě vyjadřovat svůj vnitřní svět a spoléhá na inspirativní vliv dynamiky osobních dojmů, stavů a nálady.“⁴²⁾ Proto logicky moderní umění nacházelo inspiraci v umění přírodních národů, v dětských kresbách a dokonce i v tvorbě psychiatrických pacientů. Zmíněná proměna v uměleckém světě nastartovala i zájem lékařů – psychiatrů o výtvarný projev svých pacientů. A tak se zrodil nový obor – arteterapie. V počátcích navazuje na klasické psychoanalytické postupy a později se obohacuje i o jiné psychoterapeutické systémy. Prvotní úzký vztah s psychoanalýzou je dán i určitou podobností snové a umělecké projekce.

Pro arteterapii je významným zdrojem v psychodiagnostickém kontextu dětská kresba, která má svou posloupnost a morfologii v jednotlivých vývojových stádiích dítěte. Zaslouhou stoupců „pedocentrismu“ začal být dětský artefakt chápán jako výraz

⁴¹⁾ Liebmann M. (2005). Skupinová arteterapie. Praha:Portál, s.14.

⁴²⁾ Perout E.(2005). Arteterapie se zrakově postiženými. Praha:Okamžik,s.27.

vývoje či stagnace poznávacích funkcí a to zejména vnímání, motorické dovednosti a intelektu. Nejrozšířenějším výkonnostním testem, který využívá poznatků o dětské figurální kresbě a spatřuje v ní výraz mentálních schopností, je *Draw-A-Person Test* tzv. (DAP) od Florence Goodenoughové. Zmíněný test vyhodnocuje množství určitých prvků v kresbě, všímá si chybějících detailů, proporčnosti figur a kvality čar. Vše zmíněné je následně sečteno a obodováno. Pro zjištění úrovně poznávacích schopností existuje celá řada tzv. atematických testů, které jsou založeny na doplňování nebo obkreslování předlohy (např. Reyův test komplexní figury, M-G-T (Motor-Gestalt Test)).

Tyto testy jsou v podstatě založeny na kvantitativním hodnocení grafických prvků v kresbě. V těchto testech byl zcela opomenut projektivní aspekt. Proto v pozdějších letech psychologická diagnostika zkoumá osobnost a její vztahovou složku. Kresbu chápe spíše jako projekci emočního a prožitkového světa dítěte. Jinou variantou projektivního testu je Luscherův barvový test, který pracuje se symbolickým významem barev. Spojuje barvy s obsahy chování a prožívání.

Pro arteterapeutickou praxi je inspirativnější druhá skupina testů, která se nezabývá výkladem správného významu kreseb a vychází z kvantitativní metodologie. Arteterapie není jednoznačná, protože pracuje s nepřeborným množstvím symbolů a možnosti jejich interpretací jsou přitom nekonečné. Nevýhodou je malá validita a rizikové mohou být i neadekvátní sebeprojekce terapeuta do klientova artefaktu.

Psychodynamický přístup

Zakladatelem psychoanalýzy je Sigmund Freud. Řada Freudových pacientů popisovala při analýze své vizuální představy. Sám Freud v roce 1916 píše „nevím jak bych to popsal, říká nám často snící osoba, ale mohl bych to nakreslit.“⁴³⁾ Freud kreslení do klasické techniky nezapočítal, existuje však kresebný záznam snu jeho pacienta. V případě dětských pacientů bylo jejich výtvarné vyjádření přijímáno od samého počátku jako technika analýzy. Anna Freudová v roce 1927 uvádí kreslení jako další

⁴³⁾ Freud,S.(1916-1917). Introductory lectures on psycho-analysis. Standard ed.,Vol 17.London: Hogarth Press, s.90.

technickou pomůcku, která stojí vedle práce se snem a denním sněním v popředí analýz dětí.

První psychoanalytici, kteří vycházeli z Freudových raných léčebných postupů, usilovali při terapii o katarzi⁴⁴⁾ a abreakci⁴⁵⁾ „zaškrceného afektu“. Odhalení potlačených traumatických událostí je klíčem k vyléčení nemocí neurotické povahy. Nevědomé se stane vědomým.

Freud je autorem tzv. *topografické teorie*, v níž popisuje vrstvy vědomí – od nejhlubšího a složitě dosažitelného *nevědomí*, přes *předvědomí*, ke kterému se lze dostat jen nevědomky až po *vědomí*, tím je to, na co právě myslíme. Celá psychická dynamika se odehrává v nevědomí, které obsahuje i rané fáze vývoje libida a je jim připisován formativní vliv.

Freud (1923) zavedl pojem „tripartitní“ dělení mysli. Najdeme v něm primitivní „id“ jako zdroj potlačených přání. Tyto impulsy nepřetržitě touží po naplnění a „v přestrojení“ se snaží obejít cenzora (síla, která nevhodné myšlenky tlačí mimo vědomí). „Kompromisu“ je podle Freuda schopné „ego“, které jednak uspokojí nevědomé impulsy a současně nenaruší morální kodex jedince – „superego“.

Konfliktní situace obsahují afektogenní prvek a jsou spojeny s frustrujícím momentem. Uvolněná energie musí být odreagována, jinak se transformuje a uplatní se jiným způsobem. Ve výsledku pak dochází k různým typům projekcí – neurotická, frustrační, snová a umělecká.

Umělecká projekce je výsledkem tzv. *sublimace*, kdy je energie z potlačené tendence zacílena na akceptovatelnou formu společenské činnosti. Umělecká činnost je tak chápána jako forma náhradního uspokojení.

K psychodynamickému přístupu je řazena i Jungova škola, jež zdroj symbolických aktivit rozšiřuje o tzv. *kolektivní nevědomí*, které pracuje s archetypy (ty jsou v uměleckých dílech, pohádkách a mýtech).

⁴⁴⁾ *Katarze* je vnitřní očista člověka, která následuje po dramatickém zážitku ohrožení nebo zla.

⁴⁵⁾ *Abreakce* znamená vybití emoce, znovu prožití patogenních emočních zážitků či potlačených emocí s odpovídajícím citovým doprovodem, cílem je uvolnění emočního napětí.

Humanistický směr

„Humanistický přístup v arteterapii je založen na třech předpokladech. Prvním z nich je hypotéza, že lidé nejsou považováni za „duševně nemocné“, ale že se při svých snahách vyrovnat se se životem setkávají se specifickými problémy – jež jsou výsledkem intrapsychických konfliktů či rozporů pramenících z okolí. Druhým předpokladem je neschopnost úspěšně čelit životním změnám či nacházet uspokojivé cesty pro seberealizaci, smysl života a objevovat vlastní identitu. Třetí předpoklad – seberealizace, jež je výsledkem skutečného sebeodhalování a upřímnosti“⁴⁶⁾.

Terapie má za cíl posílit vůli k životu a snaží se rozvíjet schopnost najít smysl svého bytí a vést tvořivý způsob života. Humanistická arteterapie pomáhá lidem své krize integrovat do kreativně-expressivního stylu života, podněcuje nové životní zkušenosti a snaží se u klienta stupňovat zvědavost a sebevyjádření. Usiluje o to, aby si každý našel „sebepřesahující“ cíl, který dá životu větší význam.

Základní principy a teze humanistické psychologie zformuloval Bühler⁴⁷⁾ (1971).

1. Člověka musíme studovat jako celek.
2. Život člověka musí být zkoumán jako celek, tj. z hlediska vývoje a v souvislosti s každým životním stadiem, od narození do smrti.
3. Základními cíli člověka, které přinášejí smysl a pocit identity, jsou seberealizace a naplnění, spíše než přizpůsobení se a absence napětí.
4. Existují tři základní životní tendence. Potřeba libosti, pro niž je typické uspokojení vycházející ze sexu, lásky a sebenáhledu. Potřeba náležitosti a najít bezpečí prostřednictvím přizpůsobení se společnosti. Potřeba tvořivého výkonu.
5. Každý jedinec má hluboký a intenzivní zájem integrovat tyto tři základní tendence jedinečným způsobem.

⁴⁶⁾ Garai, J.(2008). Humanistická arteterapie in Rubinová, J.A. Přístupy v arteterapii 1. Praha: Triton, s.235.

⁴⁷⁾ Bühler, C. (1971). Basic theoretical concepts of humanistic psychology. American Psychologist, 24,1971,s.378-386. in Rubinová,J.A. (2008).cit.d.,s.236.

6. Všichni lidé se snaží vyrovnávat v rámci své psychiky protichůdné tendence či konfliktní nasměrování.
7. Pocity viny a úzkosti nejsou výlučně výsledkem zákazu superega, ale jsou často důsledkem neúspěšného využití vlastního vrozeného tvořivého potenciálu, či neúspěšného pokusu nastolit smysluplný způsob života.
8. Identita má v průběhu života fluidní, přesto však stabilní povahu, vyžaduje neustálé úsilí reintegrovat a vyrovnávat opačné tendence a rozličné potřeby.

Humanistický přístup v arteterapii u klienta podněcuje v nekritické atmosféře jeho kreativitu, zaměřuje se na jeho tvořivý tvůrčí potenciál a dodává mu odvahu tvořit.

Pod humanistickou psychoterapii lze zařadit i Gestalt terapii, kdy je klient terapeutem podněcován k růstu a rozvoji vrozeného potenciálu. Vychází se při tom z existenciální filozofie a fenomenologie, a proto je zdůrazňována osobní odpovědnost jedince za vlastní život. Dále je do této oblasti řazena i arteterapii expresivní (to co je tvořivé, je často terapeutické) a fenomenologická (dává důraz na „věci samé“ a na zkoumání plnosti subjektivního zakoušení „věcí“).

Psycho-edukační přístupy

V jejich rámci je kladen důraz na aktivně řízenou terapeutickou práci. Pomáhají klientovi získat novou dovednost nebo nové vzorce chování. Behaviorální, kognitivní a kognitivně-behaviorální přístupy dnes prožívají svou renesanci, jejich popularita je dána možností přesně vyhodnotit jejich specifické cíle.

Behaviorální terapie je technika vytvořená pro léčbu přímo pozorovatelného nežádoucího chování. Na odchylky v chování je nahlíženo jako na naučený jev, který vzešel z určitého prostředí a situace. Terapeutický proces spočívá v tom, že chování se nejprve vyhodnocuje a poté se původní vzorec chování upravuje nebo se člověk učí novému. Požadované změny se přesně definují, demonstrují a během terapie vyhodnocují.

„Behaviorální vliv v terapii se rozvíjel dvěma směry. Jeden vychází z pavlovského konceptu učení a zaměřuje se zejména na emoční učení. Skinnerovská metodologie klade důraz na pozorovatelné chování a na změnu navozenou prostřednictvím

bezprostředního zpevnování⁴⁸⁾. Používají se techniky *podmiňování*, kdy je pozitivní chování zpevnováno pomocí tří „posílení“:

- primárního (např. jídlo),
- sociálního (např. pochvala),
- obecného (např. peníze).

Tím se zvyšuje pravděpodobnost, že klient chování v budoucnu zopakuje. Techniky podmiňování zahrnují tvarování, v jejichž rámci se člověk dopracovává k požadovanému chování. Posilují se malé pokroky, až se dosáhne žádoucího výsledku.

Behaviorální techniky používají všichni arteterapeuti. Lze to demonstrovat na časté situaci, kdy se arteterapeut setká s nesmělým či zablokovaným klientem a snaží se ho přimět udělat alespoň „čmáranici“, aby ho zapojil do práce s výtvarnými prostředky. Pokud tak klient učiní, je pochválen, to je vlastně uplatnění behaviorálního přístupu – zpevnování.

Termín **kognitivně - behaviorální terapie** (KBT) zastřešuje soustavu terapeutických intervencí. Mahoney a Arnkoff⁴⁹⁾ (1978) definovali tři hlavní formy KBT:

Terapie kognitivních restrukturací. Jejím cílem je vytvářet racionální a adaptivní vzorce myšlení.

Terapie ovládacích dovedností. Klient se učí celé řadě dovedností, aby lépe zvládal zátěžové situace.

Terapie řešení problémů. Pomáhá najít nejúčinnější cestu, jak člověku v konfliktu pomoci.

Arteterapie a KBT k sobě patří, neboť výtvarná tvorba je v podstatě kognitivním procesem. Když člověk výtvarně tvoří, odkrývá při tom své mentální představy, pracuje se vzpomínkami a hledá řešení. „Každý tah štětcem, který se na papíře objeví, může o

⁴⁸⁾ Rothová, E. Behaviorální terapie. in Rubinová, J. A. (2008). cit.d., s.299.

⁴⁹⁾ Mahoney, M.J., Arnkoff, E. (1978). Cognitive and self-control therapies, in Garfield,S.L., Bergin,A.E. Handbook of psychotherapy and behavior change.New York,s.689-722.

něčem vypovídat, podněcovat k další akci (zpětná vazba) nebo tvůrce potěšit (zpevňování).⁵⁰⁾

Systemické přístupy

Systemické přístupy jsou nejčastěji využívány v rodinné a skupinové arteterapii.

Každý z nás je součástí rozmanitých systémů, proto vznikly léčebné postupy, které pomáhají podpořit systemické změny.

„Systém“ může zahrnovat jen matku s dítětem, přes nukleární rodinu, až po rodinu v rámci svého společenského uskupení a končí u široké společnosti. Rodinná nebo skupinová terapie se začala rozvíjet v okamžiku, kdy se problémy klientů začaly vnímat více jako záležitosti interpersonální než intrapsychické.

K rodinné terapii je třeba přistupovat systemicky a chápat klientovy symptomy jako neoddelitelné od aktuální dynamiky v jeho nejbližším okolí. Do terapeutického procesu jsou proto zapojeni všichni členové rodiny, aby bylo možné navodit změnu v rámci celého rodinného systému. Předmětem léčby v rodinné i skupinové terapii jsou procesy a vztahy.

Základní principy

Životní cyklus. Rodina prochází přirozeným vývojovým cyklem, který má své předvídatelné fáze a krizové momenty. Události a dynamika předchozích generací podstatně ovlivňuje přístup stávající rodiny ke kritickým přechodovým okamžikům.

Komunikace / chování. Veškeré chování (verbální či neverbální, aktivní nebo pasivní) je komunikací. V rodinném soužití je běžná určitá ochrana svého „deviantního“ člena. Pomocí určitého typu interakce je tak jedinec vtahován zpět do rodiny (princip homeostázy). Selže-li tato reakce, rodina se dostává do krize.

Struktura. Jsou to skrytá pravidla, která určují emoční vztahy v rodině (např. emoční a fyzické bariéry). Terapeut může rodinnou strukturu pozorovat i „in vivo“.

⁵⁰⁾ Rosalová, M. Kognitivně-behaviorální terapie. in Rubinová, J. A. (2008). cit.d., s.331.

Nevědomý život rodiny. Každý člen rodiny vnitřně vnímá nevědomý, subjektivní život vazeb, názorů a emocí. Terapeut tyto nevědomé aspekty zkoumá a interpretuje s cílem dosáhnout jejich uvědomění a možnosti dále s nimi pracovat.

Skupinová arteterapie

Zpravidla se arteterapie praktikuje v rámci skupinových setkání. Terapeutická práce s jedinci se dá realizovat i na pozadí skupin. V odborné literatuře jsou v podstatě popisovány tři typy arteterapeutických skupin (existuje však i řada obměn).

1. *Skupina v ateliéru.* Lidé se zde scházejí, aby aktivně tvořili. Pozornost je zaměřena na individuální proces a podstatná je zde i interakce mezi tvůrcem a arteterapeutem.
2. *Skupina zaměřená na téma či úkol.* Jde o terapeutickou práci s konkrétními klienty, kdy témata jsou určena jejich potřebami.
3. *Skupina orientovaná na proces.* Těžiště terapeutické práce je zaměřeno na skupinové interakce.

Každý klient v rodinné či skupinové arteterapii je poháněn k tvorbě osobní motivací nebo zkušeností. Klíčem k terapeutické práci jsou vztahy, které se odehrávají tady a teď. V ideálním případě výtvarné produkty prohlubují pocit vzájemného propojení a porozumění dynamice vztahů. Při společné výtvarné tvorbě vzniká i společný grafický jazyk, kterým se dá komunikovat.

Eklektický přístup

V arteterapii je uplatňován i eklektický přístup. Jeho síla tkví v přirozenosti, s jakou se vyvíjí. Jeho využití nevyplývá z přesvědčení, že žádná z teorií nemá co nabídnout, ani z určité jednostrannosti jednotlivých teorií. I když to jsou časté argumenty, proč k promísení terapeutických přístupů vlastně dochází. “Protože je každý terapeut jedinečný, tvořivá práce bude jeho jedinečností ovlivněna a jeho veškeré životní zkušenosti budou mít na každý moment terapeutického vztahu dopad.”⁵¹⁾

⁵¹⁾ Wadesonová, H. Eklektický přístup v arteterapii. in Rubinová, J. A. (2008). cit.d., s.445.

Eklektičtí terapeuti se snaží ze svého potenciálu vytěžit maximum a to tak, že vybírají a čerpají z řady jedinečných teorií právě jen to, co pokládají za podstatné. Je to proces aktivní, trvalý a vyžaduje od terapeuta tvořivost. Neexistuje pro ně jednotný správný systém, který by umožnil vše komplexně chápat.

2.5. Arteterapie u dětí s ADHD

S elementy ADHD (hyperaktivita, porucha pozornosti, impulsivita) se běžně setkáváme i u dětí, které tuto diagnózu nenesou. Zmíněné projevy si proto zaslouží větší pozornost. Přitom je třeba odfiltrovat problémy, které pramení z poruchy ADHD, od těch, jež mají jinou příčinu. S každou komponentou diagnózy ADHD lze pracovat samostatně a efektivně.

Hlavním důvodem proč jsem zvolila jako metodu práce arteterapii, je můj osobní obdiv k tvořivému procesu dětí, které jsou při výtvarné práci poctivé a otevřené. „Malba jako taková není člověkem, neptá se, nekritizuje a nic nevyžaduje.“⁵²⁾ Studium odborné literatury o specifických potřebách dětí zasažených ADHD mne podpořilo ve správnosti zvoleného postupu. Jako úspěšnou metodu ji obhajuji i proto, že se dotýká umění, které je vlastně zesíleným vyjádřením zkušeností a emocí. Významným přínosem arteterapie je i její spojení s tvorbou symbolů. Ty je možné chápat jako svérázné metafory, jež odkrývají přístup ke skrytému zdroji psychického života.

Prostřednictvím arteterapie je poměrně snadné zaujmout pozornost dítěte. Lze ho vést ke koncentraci na to, co se mu líbí, a co se mu mnohdy nejlépe daří. Značnou měrou soustředěná pozornost přispívá i k jeho pochopení sebe sama. Dítě se při arteterapii učí samo sobě si odpustit (prominout si) své chyby. Standardně se to dělá tím, že dítěti je poskytována podpora a ujištění o správnosti jeho postupu. Pozitivní přístup umožňuje dětem překonávat nezdary ve výtvarné práci.

Arteterapie v sobě vzácně a výhodně spojuje dva zdánlivě odlišné fenomény: diagnostiku (snažíme se rozkrýt, kdo před námi vlastně sedí a jaký je) a terapii (naším

⁵²⁾ Thomson (1998) s. 104 in Safran.(2002). Art Therapy and AD/HD. Diagnostic and Therapeutic Approaches. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. s.39.

cílem je pomoci a přispět k pocitu spokojenosti klienta). Arteterapie je k dětskému klientovi značně šetrná, lze konstatovat, že ve srovnání s ostatními terapeutickými intervencemi dokáže být tou nejjemnější. Terapie je magickým a jedinečným procesem. Významnou úlohu v arteterapii má osobnost arteterapeuta. Jeho role je dvojitá: na jedné straně vytváří metodologickou koncepci a na druhé straně je partnerem, který doprovází klienta.

Arteterapie nabízí obrazovou řeč, v jejím rámci se mluví obrazy, nikoliv slovy. „Malba pro děti není uměním, ale řečí.“⁵³⁾ Dítě nám může vyjádřit často i to, co by kvůli své poruše jinak nedokázalo sdělit. Prostřednictvím arteterapie můžeme pochopit dítě samotné a porozumět tomu, jak vnímá životní situace, blízké lidi apod. Obrazy vzniklé při terapii umožňují dokumentovat terapeutický postup a archivovat terapeutické momenty. Artefakty zachycují výtvarný posun klienta, mapují jeho vývoj a dokumentují pokrok v terapii. Není to terapie „naslepo“. Učení se přes obrazy je pro dítě efektivnější. Podobný, ještě původnější způsob sebevyjádření nabízí pohyb, tanec a obřad. Lidská společnost je především „verbální“, ale v zásadě přemýšlíme zejména v obrazech. V rámci arteterapie se pracuje jak s obrazovými představami, tak i s následnou verbalizací, ke které dochází nad artefakty klientů. Artefakty se stávají vyjadřovacím jazykem. Produkty arteterapie, ale i samotné umění umožňují vizuální zápis myšlenek a pocitů. Arteterapie nám umožňuje lépe pochopit skutečné pocity dítěte. Mnohdy se na papíře objeví i to, co mělo být utajeno. Arteterapie je prostředkem poznání situace, ve které se dítě nachází.

Svět je pro dítě složitý, v mnohém nepochopitelný, a je pro něj obtížné vnímat všechny změny. Výtvarné sdělení mu může pomoci. Obraz je v arteterapii východiskem pro další terapeutickou práci. Artefakt chápou jako teleskop, lupu či zvětšovací sklo, jejichž prostřednictvím lze pozorovat dítě bez omezení a identifikovat oblasti, o nichž by samo nemluvilo. Arteterapie je efektivní nástroj pro diagnostiku a současně i terapii poruchy ADHD. Dítě mnohdy vnímá, že pouze maluje, ale ve skutečnosti přitom sděluje řadu cenných informací, se kterými terapeut dále pracuje.

⁵³⁾ Мухина, В.С. (2000). in Качурина О. И., Арт терапия в педагогике., Фестиваль педагогических идей «Открытый урок», [cit.2010-05-01]. Dostupný z [www: <http://festival.1september.ru/articles/212738/>](http://festival.1september.ru/articles/212738/)

Probíhá-li arteterapie ve skupině, stávají se artefakty zcela přirozeným prostředkem ke vzájemné komunikaci. Časem ubývá konfliktů a děti více spolupracují, pomáhají si navzájem. Společná výtvarná práce dokáže posílit pocit sounáležitosti. Analýza obrázků je zajímavá pro dítě samotné. Zájem každého dítěte je prvotně zaměřen na sebe sama, potažmo tedy i na svou tvorbu. Rozhovory nad artefakty dokáží zintenzivnit vnímání obrazů i komentářů a jsou vhodnou formou pro vyjádření pochvaly, ale i kritiky. Prostřednictvím obrázků lze pracovat i s odmítáním minulých pocitů. Především proto, že obrázky dokáží evidovat to, co bylo, a stávají se tak dokumentem i argumentem.

Forma, v níž bude arteterapie probíhat (skupinová či individuální), nabízí odlišné možnosti léčby. Zaznamenala jsem, že při individuální práci některé problémy klienta nejsou viditelné. Mám zde na mysli například vyvolávání agrese či nezdravá soutěživost. Skupina nabízí pro své členy mnoho pozitivního a tím nejpodstatnějším je skupinová koheze. Při arteterapeutické práci ve skupinách jsem se setkávala s nápodobou motivů, témat či barev. Nejisté děti doslova kopírovaly vše, čeho si stačily všimnout. Řešily tak počáteční úzkost, s čím a jak vůbec začít. Přejímání nápadů druhých není ideální, ale pokud se tím rozptýlí počáteční obavy, nelze to hodnotit pouze negativně. „Arteterapie léčí celou osobnost klienta, nepracuje izolovaně s jeho symptomy, a proto je efektivní součástí týmové práce.“⁵⁴) Jako jednu z širší nabídky terapeutických možností jí lze nabídnout komukoli a kdykoliv, jeli ochoten dát se zlákat tvořivým procesem.

⁵⁴ Councill, T. (2003). Medical Art Therapy with Children. Handbook of Art Therapy. s.9.

Praktická část

3. Metodická a obsahová východiska případové studie

Terénní zkušenost s výtvarnou tvorbou dětí s hyperaktivitou jsem získala na dvou pražských pracovištích. Ve Speciální základní škole pro žáky se specifickými poruchami chování, kde jsem vyučovala 4 roky, a ve sdružení Hyperaktivita (externě spolupracuji od roku 2007, věnuji se přednáškové činnosti a působila jsem jako arteterapeutka v arteterapeutickém ateliéru). V obou zařízeních jsem se setkala s hyperaktivními dětmi, ovšem v jiné profesní roli, což má pro terapii samotnou velký význam.

V přímé pedagogické práci jsem se často setkala s nízkým sebehodnocením dětí s ADHD, byly nejisté a nevěřily si. Rozhodla jsem se proto využít arteterapii a prostřednictvím analýzy a interpretace artefaktů problematiku rozkrýt a pomoci těmto dětem. Arteterapie umožňuje pracovat s dětmi a originálním způsobem nahlížet do „jejich světa.“ Problematice dětí s hyperaktivitou byla dosud v tomto ohledu věnovaná malá pozornost. Empirický výzkum v této oblasti je obtížný, protože zahrnuje jak exploratorní (průzkumný), tak popisný účel výzkumu. Součástí výzkumného procesu musí být i explorace, tj. snaha poznat „ proč“. Moje výzkumná strategie vychází z kvalitativního výzkumu a použitou technikou jsou případové studie. V terénní práci jsem vyhledala tři kazuistiky. Předmětem výzkumu bylo sebehodnocení dětí s ADHD.

Hlavními informačními zdroji o klientech se pro mne staly artefakty a hodnotící škály Connorsové, samozřejmě jsem pracovala i s výsledky odborných vyšetření, která byla dětem provedena.

Vzhledem ke společnému zájmu školy a rodiny při řešení problémů dětí s ADHD jsem použila při hodnocení efektivity arteterapeutické práce kvalitativní metodu

ohniskové skupiny. Konkrétně jsem využila strukturovanou ohniskovou skupinu, která má pevný časový rámec a přináší standardní data. „Časové a tematické omezení s sebou přináší více konzistentní data a máme obvykle odpovědi a údaje ke všem základním okruhům a otázkám.“⁵⁵⁾ Od rodičů jsem za pomoci této metody zjišťovala i to, jak porucha ADHD u jejich dětí zasahuje do života rodiny.

3.1. „Cesty“ – program alternativní strategie výuky sociálním dovednostem

Tento program vznikl v rámci projektu „Nácvik sociálních dovedností u dětí se specifickými poruchami chování (SPCH) s dopadem na profesní orientaci“ a je spolufinancován Evropským sociálním fondem, MŠMT ČR a rozpočtem hlavního města Prahy.⁵⁶⁾ Je úspěšně aplikován na Speciální ZŠ pro žáky se SPCH Na Zlíchově v Praze, kde jsem působila jako učitelka a arteterapeutka. Program „Cesty“ vytváří celkový rámec, ve kterém jsem realizovala svůj výzkum.

Program PATHS byl vytvořen týmem odborníků Washingtonské univerzity, který vedli Dr. Carol Kusché a Dr. Mark Greenberg. Jedná se o vzdělávací program, který je určen pro děti předškolního a školního věku. Podporuje u dětí rozvíjet myšlení, pomáhá jim osvojit si vyzrálejší a zodpovědnější formy chování a zlepšit jejich školní práci.

Tento program umožňuje:

1. Rozvíjet u dětí schopnost myslet a samostatně řešit problémy.
2. Rozvíjet u dětí schopnost využívat jejich rozumové schopnosti vedoucí k odpovědnějšímu a vyzrálejšímu vystupování.
3. Rozvíjet u dětí porozumění sobě i ostatním.
4. Zlepšovat u dětí pocity k sobě samým, tj. zvyšování sebeúcty.
5. Zlepšit u dětí dovednost učit se efektivněji ve školním prostředí.

⁵⁵ Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada. Praha s.181.

⁵⁶ Program Cesty vznikl modifikací amerického programu PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategie – Podpora alternativních myšlenkových postupů).

Uvedené cíle mají rozhodující význam pro efektivnější učení. Dítě se učí nezávisle myslet a především chovat se zodpovědně, tím se zvyšuje jeho sebehodnocení a motivace k učení. Je pak schopno pracovat v souladu se svým potenciálem a vytrvat, setká-li se s potížemi. Zlepšení uvedených dovedností a chování je přínosem i pro rodinu dítěte.

Do programu jsou zapojeni také rodiče, neboť se vychází z toho, že nejdůležitějšími vzory a učiteli jsou pro děti právě oni. Musí tedy porozumět programu, aby mohli podporovat a posilovat dovednosti svých dětí. Dlouhodobé začlenění rodičů do programu a především jejich aktivní zapojení, zejména při domácích aktivitách dětí, je velmi důležitou součástí programu. Rodiče jsou proto neustále informováni o jednotlivých částech programu. Slouží k tomu příručka pro rodiče, která obsahuje jednotlivé informační dopisy. O programu se diskutuje i na třídních schůzkách. Program obsahuje i řadu domácích aktivit, které děti zpracovávají doma za pomoci rodičů. Zkušenosti z praxe ukazují, že většina rodičů tento vzdělávací program podporuje. I oni mají stejné výchovné cíle. Bohužel však někteří dětem s domácími aktivitami nepomáhají a odmítají spolupracovat. V takové situaci je nutné dítěti vysvětlit, že domácí aktivitu může udělat ve spolupráci s jiným dospělým nebo i s učitelem/terapeutem.

Program „Cesty“ není určen pro všechny děti. Ze zkušenosti vyplývá, že je vhodné s ním začít u následujících skupin dětí.

1. U žáků prvního stupně a předškolního věku.
2. U žáků s oslabením jazykového citu, s poruchami řeči.
3. U žáků z multikulturního prostředí.
4. U dětí se specifickými poruchami chování a učení.
5. U dětí s poruchami chování vztahujícími se k poruchám sebekontroly, impulzivity, agresivity.
6. U dětí uzavřených, introvertních, špatně se zapojujících do kolektivu vrstevníků.
7. U dětí s lehčími formami poruch autistického spektra.

8. U dětí s emoční deprivací, se sníženým sebehodnocením.
9. U dětí ohrožených šikanou a dalšími sociálně patologickými jevy.

Program „Cesty“ je aplikován při výuce předmětu sociální dovednosti, který je pevnou součástí rozvrhu. Vyučovací hodina trvá 20 minut a je vždy zaměřena na jednu či více dovedností. Pojmy, postupy a metody, které se děti v rámci programu naučí, jsou využívány všemi učiteli. Děti tak mají dost prostoru získané vědomosti a dovednosti aplikovat nejen v dalších předmětech, ale i v běžných sociálních vztazích.

Realizace programu je rozdělena do tzv. lekcí. Začíná se přípravnou lekcí, kdy se děti učí hraní, přijímání rolí a učí se i tomu jak mají věnovat pozornost ostatním. Důležitou součástí výuky je i stanovení třídních pravidel pro komunikaci. Dodržování pravidel je pro všechny zúčastněné velmi důležité. Jsou-li někým překročeny, je na to ihned upozorňován.

V dalších lekcích se pracuje se zábrany, které děti mají před skupinou. Příkladem je hra, kdy je jednomu z nich na záda připevněn obrázek zvířete. Dítě neví, o které zvíře jde a musí ho uhádnout. Ostatní mu dávají nápovědu. Postupně se pracuje na zlepšování sebehodnocení a zvyšování sebeúcty dítěte.

V rámci svého arteterapeutického ateliéru jsem rozvíjela uvedené pracovní postupy. Používala jsem tzv. želví techniku a metodu dítě dne. (viz. kapitola 3.4.) Děti mohly kreslením obrázků vyjadřovat své pocity (šťastný a rozzlobený obrázek). Jejich výtvarné vyjadřování vytvářelo „prostor“, ve kterém si zvyšovaly své sebehodnocení a získávaly tak víru ve vlastní schopnosti.

3.2. Příprava výzkumného projektu

Kvalitativní výzkum nemá obecně uznávaný způsob, jak jej realizovat. Plán výzkumu se proměňuje a přizpůsobuje se vzniklé situaci. „ Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí

zkoumání v přirozených podmínkách.⁵⁷⁾ Kvalitativní výzkum obvykle probíhá v přirozených podmínkách sociálního prostředí a většinou je orientován na exploraci (terénní průzkum). Cílem kvalitativního výzkumu je popis jednotlivých případů, vytvoření nových hypotéz a rozvoj teorie o fenoménech světa.

Na začátku kvalitativního výzkumu výzkumník vybírá téma a určí základní výzkumné otázky. V průběhu výzkumu běžně dochází k modifikaci otázek nebo k jejich doplňování. „Práce kvalitativního výzkumníka je přirovnávána k činnosti detektiva.“⁵⁸⁾ Výzkumník pracuje přímo v terénu, vyhledává a analyzuje všechny informace, které přispívají k objasnění výzkumných otázek. Sběr dat a jejich analýza probíhají současně. „Výzkumník sbírá data, provede jejich analýzu a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje, a začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou.“⁵⁹⁾ V rámci těchto „cyklů“ výzkumník přehodnocuje své názory a používá při tom dedukci a indukci.

Záznam dat v kvalitativním výzkumu je obtížný. Předem neexistují žádné připravené kategorie a také výzkumný proces je mnohdimenzionální. Pro záznam dat výzkumník používá tzv. terénní poznámky - jako „dialog sama se sebou“ je charakterizuje Milada Disman⁶⁰⁾ (1982). Vytváření terénních poznámek je problematické, neboť výzkumník je s informátorem často v přirozené interakci a přitom potřebuje co nejúplnější záznam (často usiluje o doslovný zápis).

Provádět zápis dat souběžně s mou prací v ateliéru bylo nereálné. Snažila jsem se rekonstruovat výzkumný proces co nejdříve po ukončení jeho jednotlivých etap. Postupně jsem si vytvořila systém sepisování poznámek z terénu a třídění svých postřehů.

Terénní poznámky jsem rozčlenila do dvou typů dokumentace (volně inspirováno Lofland a Lofland⁶¹⁾).

1. **Organizační dokumentace.** Jde o souhrn záznamů o klientech, jejichž součástí jsou anamnestické údaje.

⁵⁷⁾ Hendl, J. (2008). Kvalitativní výzkum. Praha:Portál,s.48.

⁵⁸⁾ Hendl, J.(2008). cit.d., s.48.

⁵⁹⁾ Hendl, J.(2008). cit.d., s.48

⁶⁰⁾ Disman, M. (1993). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, s.312.

⁶¹⁾ Disman, M. (1993). cit.d., s.315.

2. **Analytická dokumentace.** Zde jsem zaznamenávala proces analýzy dat a jejich interpretace. Tento zápis je dynamický a neustále se mění, podle toho jak výzkum pokračuje. Důraz jsem kladla na sledování sociálních vztahů mých klientů, jak je výtvarně zpracovávají a následně o nich verbalizují. Pozornost jsem věnovala i projevům sebehodnocení.

Interpretace dat je tvořivá a náročná činnost. V rámci svého výzkumu jsem musela najít způsob, jak data organizovat. Zvolila jsem **kódování**. Vytvořila jsem si vlastní systém utřídění dat, který obsahuje následující kritéria.

1. **Prostředí** – obecné informace o klientově prostředí.
2. **Situace** – jak svou situaci, či problém vnímá můj dětský klient a jeho okolí (zdrojem informací jsou: artefakt a komentář nad ním, škála Connersové a výsledky vyšetření).
3. **Perspektivy** – čistě hypotetické konstrukce. Jejich hlavní součástí jsou doporučení, jakým způsobem dále pracovat s klientem. (Pozn.: Bylo by zajímavé longitudinálně sledovat mé klienty a ověřit si tak své závěry).
4. **Aktivity** – pravidelně se opakující typy chování.
5. **Strategie** – zvolené terapeutické postupy.

„Kvalitativní výzkum používá celou škálu postupů, aby zajistil hodnověrnost svých výsledků.“⁶²⁾ Jako výzkumnou techniku jsem použila případovou studii. „Detailní studium jednoho nebo několika případů je tradičně považováno za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům.“⁶³⁾ Případová studie je důležitou formou bádání v etnografickém (antropologickém), sociologickém a psychologickém výzkumu. „V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Případová studie v sociálněvědním výzkumu je podobná mikroskopu: její hodnota závisí na tom, jak dobře je zaostřena. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům. Na konci studie se zkoumaný případ vřazuje do širších souvislostí.“⁶⁴⁾ Případová studie, má-li

⁶²⁾ Hendl, J.(2008).cit.d.,s.51.

⁶³⁾ Švaříček, R., Šedová, K. a kol.(2007), cit.d., s.96.

⁶⁴⁾ Hendl, J.(2008).cit.d.,s.102.

plnit svůj účel, kterým je porozumění a interpretace událostí spojených se zkoumaným objektem, vyžaduje mnoho času stráveného nad případem. Jinak hrozí, že výsledky budou pouhými vhledy, bez zachycení podstaty.

Případovou studii jsem zvolila především pro jednu z jejích hlavních předností, a tou je možnost zpracovat a maximálně informačně vytěžit různé zdroje dat – dokumenty, rozhovory, artefakty apod. Pouze případová studie umožňuje zkoumání předem určeného jevu v jeho přítomnosti, v rámci reálného kontextu. Tato její přednost se zvláště projevuje v komplexních situacích sociálního života. „Výzkum pomocí případové studie se skládá z následujících kroků, které jsou ve vzájemné interakci:

1. Určení výzkumné otázky.
2. Výběr případu, určení metody sběru dat a analýzy dat.
3. Příprava sběru dat.
4. Sběr dat.
5. Analýza a interpretace dat.
6. Příprava zprávy.⁶⁵⁾

Za předmět výzkumu jsem stanovila sebehodnocení dětí s ADHD. Rozhodla jsem se pro mnohapřípadové šetření. Po vyhodnocení prvního případu jsem zvolila další, kazuistiku, která měla odlišnou charakteristiku, a byla v kontrastu s prvním případem. U prvních dvou kazuistik jde o chlapce mladšího školního věku, porucha ADHD je u nich velmi silně vyjádřena. V případě třetí kazuistiky jsem pracovala s chlapcem předškolního věku, porucha je již rozkryta, ale plné rozvinutí potíží lze teprve očekávat po nástupu do školy.

Připravila jsem se na analytickou fázi, která je propojena se samotným sběrem dat. V jejím rámci případ získává smysl, dochází k jeho interpretaci a jsou získávána data o příčinách a okolnostech zkoumaného případu.

V kvalitativním výzkumu není předem jasné, kolik jedinců bude tvořit výzkumný soubor. Pokračuje se do té doby, dokud se nedosáhne „teoretické saturace“. Saturace

⁶⁵ Hendl, J. (2008). cit.d.,s.110-112.

znamená, že už nejsou nacházena žádná data, která by vedla k formování dalších, nových kategorií. Výsledky dílčích etap výzkumu ovlivňují volbu dalších probandů. V průběhu sběru dat se může měnit i metodologie. Znamená to, že metodika kvalitativního výzkumu je v zásadě definována teprve tehdy, když už další data nepřispívají k lepšímu porozumění zkoumaného problému.

Důležitou etapou výzkumu je volba případu. Vždy se jedná o záměrnou volbu, protože vybraný objekt musí mít vlastnosti, které jsou výzkumem sledovány. Klíčovým faktorem pro výběr jsou výzkumné cíle. Záměrný výběr vhodného případu je ovlivněn ještě jednou okolností a tou je ochota klienta spolupracovat. Pro svou studii jsem zvolila extrémní (unikátní) případ. Záměrně jsem hledala takový, který vykazuje u zkoumaného jevu výjimečné charakteristiky a vlastnosti, tento typ případových studií je využíván především v psychologii. Jako protiklad jsem vypracovala i typický, reprezentativní případ.

Výzkumným prostorem mé případové studie jsou dvě pražská zařízení, kde podstatnou klientelu tvoří děti s ADHD: Speciální základní škola pro děti s poruchami chování a sdružení Hyperaktivita. Do své studie jsem zahrнула děti předškolního (poslední ročník MŠ) a mladšího školního věku. Příčinou byl provoz obou zařízení, v nichž jsem měla možnost pracovat převážně s touto věkovou kategorií. Ve Speciální základní škole pro žáky se SPCH jsem 3 roky systematicky pracovala s třídou dětí se specifickými poruchami chování, a to v průběhu jejich 3. – 5. ročníku. Ve třídě bylo 10 dětí, z toho 1 dívka. Převaha chlapců v třídním kolektivu signalizuje, že hyperaktivita více postihuje právě je. Diagnostikovanou poruchu s hyperaktivitou mělo 7 chlapců, u dívky tento problém nebyl. Pracovala jsem s touto třídou arteterapeuticky v rámci hodin výtvarné výchovy a také jednou týdně ve výtvarném kroužku, kam děti docházely dobrovolně.

Otevřený arteterapeutický ateliér byl přístupný dětem ze dvou tříd pátých ročníků. Byl otevřen v rámci nepovinných kroužků jako výtvarně zaměřený s prvky arteterapie. Bylo do něj zapsáno 9 dětí, z toho 8 chlapců. Další ateliér jsem vedla ve sdružení Hyperaktivita. Z obou ateliérů jsem celkově nasbírala 300 artefaktů od 45 dětí s diagnostikovanou poruchou ADHD ve věku předškolním a mladším školním.

Velkou pozornost jsem věnovala i přípravě závěrečné zprávy, v ní je komplexně přiblížen zkoumaný problém. Každá studie je do jisté míry „originálem“ a to nejen z hlediska přístupu, ale i interpretace. Kritici této výzkumné strategie upozorňují, že její závěry jsou velmi slabě zobecnitelné. Výzkumy založené na porozumění mají podle mého názoru nezastupitelné místo při analýzách sociálního života. Pouze detailní studium případu vede k odhalení skrytých aspektů problému a umožňuje vysvětlení příčinných vazeb, které jinak mohou zůstat neodhaleny.

„K psaní o kvalitativním výzkumu patří i kvantitativní údaje, které sice nejsou součástí ani nástrojem analýzy, nicméně jsou zajímavým a často nosným doplňkem kvalitativních závěrů.“⁶⁶⁾ Právě této možnosti jsem využila při hodnocení výtvarné produkce dětí, abych mohla numerologicky vyjádřit četnost sledovaných jevů v artefaktech, konkrétně jsem se věnovala námětům kreseb.

Pro pochopení náročnosti výzkumu je třeba podrobněji charakterizovat výzkumné prostředí. Speciální základní škola pro děti se specifickými vývojovými poruchami chování vznikla v roce 1998 a má celopražskou působnost. Jde o unikátní zařízení, neboť je to jediné plně organizované školské zařízení tohoto typu na území Prahy a celé ČR. Řídí se vyhláškou č. 73/2005, Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a vyhláškou č. 48/2005, Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky. V současné době má škola 150 žáků v 19 třídách, kde mohou žáci plnit docházku v plném rozsahu.

U žáků této ZŠ se vyskytuje syndrom ADHD s impulzivitou cca u 80 % dětí. Syndrom, podle diagnostické statistické příručky Americké psychologické společnosti (DSM – IV), postihuje 3-5% dětí školního věku. Výrazně méně do školy docházejí děti hypoaktivní, u kterých se v opačném pólu objevuje porucha pozornosti a impulzivity. Mají pomalé pracovní tempo, jsou snadno unavitelné, upadají do tzv. „denního snění“ a mívají obtíže v sociálních kontaktech. Další výraznou skupinou jsou mezi žáky děti, u nichž se objevují rysy autismu, poměrně častý je i Aspergerův syndrom. Problémy vznikají v sociálních vztazích těchto dětí. Dále se ve škole pracuje s dětmi s emočními problémy a s obtížemi v chování. Jde o děti s úzkostnými a neurotickými poruchami,

⁶⁶⁾ Švaříček, R., Šedová, K. a kol. (2007). cit.d., s. 253.

kteře se projevují podrážděností a přecitlivělostí a problémy v sociální adaptaci. Školu navštěvují i děti z rodin s nízkou sociokulturní úrovní (tzv. „dětí ulice“), kterým chybí citové opory a potřebná stimulace. A v neposlední řadě jsou to děti se specifickými poruchami učení (SPU), obvykle v kombinaci se specifickými poruchami chování (SPCH). Specifické poruchy učení se neklasifikují jako samostatná kategorie, ale jejich symptomy prostupují všemi výše zmíněnými skupinami. Některé SPCH (odmítavost, slovní agrese, nechut' ke škole, nízká frustrační úroveň) vznikají jako sekundární projevy SPU, a to především u dětí, kde byla porucha diagnostikována v pozdějším věku nebo tam, kde náprava SPU chyběla vůbec.

Velmi často se symptomy jednotlivých poruch kombinují. Charaktery poruch a jejich projevy se vzájemně prolínají. Obraz dítěte s poruchou chování je rozmanitý, proto práce s ním vyžaduje profesionální a velmi citlivý přístup.

Součástí školy je od roku 2007 také speciálně-pedagogické centrum (SPC) pro děti se specifickými poruchami chování a učení. Poskytuje pedagogicko-psychologické a speciálně pedagogické poradenství v oblasti vzdělávání a výchovy u dětí a mladistvých s poruchami chování a výukovými problémy.

Hlavní činností je:

- psychologická a speciálně pedagogická diagnostika,
- logopedická diagnostika,
- skupinová, rodinná a individuální terapie,
- metodická podpora a konzultace pro učitele,
- konzultace pro rodiče,
- redukce SPU,
- poradenské služby pro děti a mladistvé se SPCH zaměřené na profesní volbu.

Otevřený arteterapeutický ateliér jsem vedla i ve sdružení Hyperaktivita. Cílem tohoto občanského sdružení je realizace komplexních aktivit v oblasti vývojových poruch se zvláštním zřetelem k poruchám pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Důraz při této činnosti je kladen zejména na komplexní pojetí problematiky, a to se všemi

zdravotními, sociálními, psychologickými a společenskými aspekty. Cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi předškolního a školního věku s hyperaktivitou. Pracuje se jednak s rodiči, ale především s dětmi samotnými, řeší se jejich vztahové problémy ve vrstevnickém kolektivu, potíže v komunikaci s druhými dětmi apod. Jednou z úspěšných forem činností je otevřený arteterapeutický ateliér pro děti s hyperaktivitou.

Nabízené služby sdružením Hyperaktivita:

- Komplexní zhodnocení poruchy u dítěte se všemi psychickými, zdravotními a sociálními aspekty.
- Individuální rozvojový plán pro nápravu poruch u dítěte.
- Trénink pozornosti (individuální, skupinový včetně zácvičku rodičů).
- Individuální terapie pro děti.
- Skupinová terapie pro děti (arteterapie a terapie hrou).
- Trénink sociálních a komunikačních dovedností.
- Výchovné a sociální poradenství pro rodiče.
- Sociálně-rehabilitační pobyty pro rodiny s dětmi s ADHD.
- Letní tábory pro děti s ADHD.

Sdružení Hyperaktivita se věnuje systematické poradenské i vzdělávací pomoci rodinám, dětem, ale také institucím v souvislosti s vývojovými poruchami. Mezi další aktivity patří i osvětová, vzdělávací, výzkumná a publikační činnost.

Sdružení Hyperaktivita se angažuje i v rámci komplexních diagnosticko-nápravných programů, které jsou realizovány individuálně. Jejich základem je vstupní diagnostické vyšetření, na jehož základě je vytvořen plán rozvoje dítěte. Celý program se skládá z následujících kroků:

- *úvodní diagnostika* – výstupem je individuální rozvojový plán dítěte,
- *výchovné poradenství,*
- *sociální poradenství,*
- *terapeutické aktivity* (individuální a skupinové terapie, arteterapie).

3.3. Projektivní arteterapie

Při výzkumu jsem aplikovala komplexní přístup k arteterapii, jehož zakladatelem je PhDr. Milan Kyzour st. Jako metodu sběru dat jsem proto zvolila analýzu výtvarné produkce, a to pomocí metod projektivní arteterapie.

Arteterapeutická škola pěstovaná v ateliéru arteterapie na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích využívá mechanismy projekce. Věnuje pozornost změnám a kultivaci výtvarného vyjadřování klienta. Vychází z ověřeného poznatku, že změnou výtvarného projevu lze přispět k přeměně nálad, postojů a ve své podstatě i k socializaci klienta.

Značnou pozornost věnuji i dětské kresbě, kterou vnímám jako řadu postupně zdokonalovaných pokusů o realistické zachycení skutečnosti. Zmíněná arteterapeutická škola přejímá vývojová stádia Piagetovy kognitivní teorie a aplikuje je do roviny výtvarně výchovné. Budějovická arteterapie má i své metodické instrukce, pracuje zejména s maximální snahou odstranit ranou (z vývojového pohledu nezralou) plošnost klientova výtvarného projevu a dovést ho k prostorové trojdimenzionální iluzivní kompozici. Je samozřejmé, že posun ve výtvarném projevu u dětí musí korespondovat s jejich vývojovými mezníky. Děti nemají být tlačeny do nových vývojových etap, pokud neukončily předchozí.

Každému věku odpovídá specifický typ kresby s řadou typických znaků. Kresba dítěte prochází stádii, která korespondují s vývojem jeho intelektu. Švýcarský psycholog Jean Piaget popisuje stadia: názorné myšlení (předpojmové a intuitivní), konkrétní a formální operace (kdy již dítě usuzuje hypoteticky a deduktivně v obecné rovině). Piagetovu teorii aplikoval na teorii dětského výtvarného projevu PhDr. Milan Kyzour st. (v 70. letech 20. století) a zavedl pojmy egocentrické, objektivní a reflexní období. V těchto pojmech popisuje cestu od plošného vyjádření a izolovanosti objektů, k pokusům strukturovat prostor, až po vytvoření skutečné iluze.

Praktické terapeutické využití tohoto modelu předpokládá projití všemi stádii, s možností inspirativních návratů. Za chybné je považováno dojde-li k ustrnutí či dokonce k vynechání některé z vývojových etap. Pak je nutné se při terapii do nich výtvarně vracet a znovu zpracovávat, aby mohlo dojít k posunu. Sám Kyzour v jedné ze

svých nepublikovaných statí k tomuto píše.“ Dospělý člověk dozrává tím, že se zbavuje iluzí. Aby mohl dozrát, musí nějaké iluze mít. Iluzivní výtvarné záležitosti jsou scénou a prostorem pro dosazování předpokládaných autobiografických dějů a životních iluzí. Neberme dětem to, co i nám bylo užitečné, co pro nás bylo nepostradatelné, čeho jsme se zákonitě zbavili, když přišel čas sebereflexe. Nám starším stačí dvojrozměrné zobrazení „čtyřrozměrných“ problémů, protože nás spíše zajímají citové stavy než děje. Nemůžeme ovšem své psychické ústrojí vnucovat svěřencům podstatně méně vyvinutým.“⁶⁷⁾

Je třeba objasnit proč je terapie označena termínem „projektivní“. Termín zavedl Sigmund Freud a označil tak mechanismus obrany proti úzkosti, který umožňuje připisovat vlastní přání, pocity a snahy jiným osobám. Existuje i jiný význam tohoto pojmu, kdy je tak označován způsob ovlivňování aktuálních podnětů vzpomínkami na minulost. Některé psychologické testy, které pracují s projekcí, předpokládají, že jedinec promítá obsahy svých duševních procesů mimo sebe a spatřuje je v jiných objektech (lidech, zvířatech ...). Projektivní arteterapie nevnímá projekci pouze jako obranný mechanismus, ale předpokládá, že její princip zasahuje v celé šíři chování, myšlení a prožívání. Vychází z předpokladu, že při tvorbě artefaktu klient promítá své vnitřní psychické obsahy do vnějších výrazových forem, které je pak možné chápat jako metaforické zobrazení intrapsychického konfliktu.

Projektivní arteterapie je metodika blízká přístupu dynamické psychoterapie. V literatuře lze najít i spojení projektivně dynamické arteterapie - dynamická proto, že pracuje s minulými zkušenostmi a nevědomými procesy, které podmiňují naše současné chování a zapříčiňují jeho dynamiku.

Podobně jako v psychoterapii je i v projektivní arteterapii, hlavním cílem terapeuta pomáhat klientovi tak, aby změnil a kultivoval své chování, myšlení a postoje. Arteterapeut se snaží ovlivňovat výtvarnou produkci svého klienta, neboť za metaforou potřebné změny stojí posun ve výtvarném vyjádření. Klient při své výtvarné produkci dostává metodické pokyny, a to jak při malování, tak i při verbální interpretaci nad artefaktem. Terapeut může využívat i skupinové asociační dynamiky, pokud terapie probíhá ve skupině. Arteterapie nabízí specifický způsob komunikace mezi

⁶⁷⁾ Kyzour, M. (st.). (1998). ineditní text.

arteterapeutem a klientem, protože je zprostředkován výtvarnou produkcí. Oba společně vyhledávají a objasňují dříve ne zcela vědomé souvislosti. Navrací se tak přes výtvarné „vyprávění“ k původním životním křížovatkám a krizím. Snaží se tímto způsobem najít nové a adekvátnější možnosti řešení.

Při projektivní arteterapii jsou zadávána taková témata, která mohou napovědět o významných meznících v osobní historii klienta. Výtvarně se nechávají zpracovávat formou koláže⁶⁸⁾, akvarelu nebo kombinovanou technikou (akvarel⁶⁹⁾, tuž⁷⁰⁾, tempera⁷¹⁾ ...).

Témata je možné rozdělit do tří okruhů:

1. *Pohádková a archetypální*⁷²⁾ témata: Perníková chaloupka, Červená Karkulka, Šípková Růženka, Sněhová královna, Sněhurka, Jesličky – Betlém, Adam a Eva.

Témata z prvního okruhu metaforicky pokrývají vývojovou problematiku člověka, zachycují rané dětství přes pubertu až po adolescenci. Zachycují klíčové momenty zmíněných etap a způsoby řešení, které použil klient.

Podle C.G. Junga je člověk obdařen vrozenou sadou archetypů, tedy určitých vzorců zodpovědných za naše prožívání a formování obrazů vznikajících v naší mysli. Archetypy jsou uloženy v našem nevědomí a není jednoduché si je představit. Nelze je pozorovat přímo, ale jen zprostředkovaně díky jejich účinku. „Archetyp je něco jako šablona, která definuje podobu vznikajících obrazů v naší mysli.“⁷³⁾

Jung rozeznává několik základních vzorců uložených v nevědomí. Jde o tyto archetypy:

⁶⁸⁾ *Koláž* - malířská technika užívaná od 20. století výtvarnou avantgardou, poprvé užitá kubisty. Vzniká nalepováním papíru, jízdenek, vstupenek, částí plakátů, novin, fotografií a jiných látek na plochu obrazu.

⁶⁹⁾ *Akvarel* - malba vytvořená vodovými barvami a ředidlem je voda. Je to jedna z nejstarších malířských technik, ale současně jedna z nejtěžších, neboť nedovoluje větší opravy a měnění barev.

⁷⁰⁾ *Tuž* - kreslicí kapalina (nejčastěji černé barvy, mohou být i barevné) používá se na kresbu perem i štětcem, na psaní písma.

⁷¹⁾ *Tempera* - malířská technika užívaná již od antických dob. Barvy jsou ředitelné vodou, mají velkou krycí schopnost a rychle schnou, umožňují ostrý tah štětcem.

⁷²⁾ Archetyp (z řeč. *archaios* – starý a *typos* – ráz) původní

⁷³⁾ Lukáš Berta. *Dream-analysis.web*, [cit.2009-10-10]. Dostupný s [www: <http://www.vykladsnu.cz/teorie/carl-gustav-jung-archetypy.htm>](http://www.vykladsnu.cz/teorie/carl-gustav-jung-archetypy.htm)

Stín - představuje vlastní tendence, které byly zavrženy naším bdělým životem ve společnosti. Stín představuje naše druhé já, naše alter-ego. Jsou v něm uloženy neakceptovatelné kvality pro naše vědomí.

Anima a animus - to jsou mužské a ženské kvality v nás. Každý z nás má v sobě, ať muž či žena, vždy i kus vlastností druhého pohlaví. Když muž pocítuje zamilovanost, je to tím, že se žena podobá jeho vlastní Animě (tedy projikuje svou vlastní Animu na tuto ženu).

Persona – je naší maskou. Bereme jí na sebe v různých životních a pracovních rolích (např. lékař). Persona souvisí s rolemi, které plníme ve společenském životě, proto může být i značně neosobní s ohledem na naše pravé já.

2. *Témata, která mají vztah k individuální historii klienta:* Rodinná koláž, Příhoda z dětství, Matka a já, Otcův či matčin svět atd.

3. *Náměty volné – asociční:* Volná koláž, Studená koláž, Mé zájmy atd.

V arteterapeutickém ateliéru nemá podstatný význam výtvarný um klienta ani jeho umělecká poučenost. Případné symptomy se zrcadí ve výtvarné symbolice a je jim porozuměno jako projevům chybných vzorců chování a interpersonálních vztahů. Arteterapeut svými intervencemi může zasahovat do klientova rozpracovaného artefaktu, ovlivňuje jeho vznik i konečnou podobu. Terapeut tak nepřímo mění klientův pohled. Hlavní „snahou je dospět ke kompozičně a barevně vyváženému artefaktu, který je poměrně realistický a figurativní, nejlépe iluzivní, díky uvolněné lineární, barevné a vzdušné perspektivě.“⁷⁴) Pozornost je věnována i „rozvolnění“ výtvarně tuhého a racionálního konceptu klienta. Vytváří se tak možnost, aby do výtvarného projevu pronikla náhoda.

Změny či proměny lze u artefaktu dosáhnout i razantními vstupy, jako je například rozstříhání a znovu poskládání obrazu, či akční vymytí vodou. V zásadě jde o samostatnou výtvarnou techniku, tzv. akční akvarel, při němž se smývá a odplavuje vše přebytečné a předem koncipované. Barvy jsou vrstveny v abstraktní formě a po částečném zaschnutí se smývají slabým proudem vody. Tento akční zásah vody naruší autenticitu a tím dovolí autorovi změnit koncepci obrazu. Se vzniklými strukturami lze

⁷⁴ Kyzour, M.(st.). (1998). ineditní text.

dále pracovat metodou projekce a volných asociací (je tu podobnost s Rorschachovým testem). Naznačené a nedokončené tvary se dále výtvarně dotvářejí. Je to ideální „startovací“ technika pro klienty, kteří nedokáží začít pracovat nad svými obrazy a jsou svázáni obavami, že neumí a nevládnou.

Málokdy může být terapeut vysloveně „nedirektivní“. Je nutné přecházet od momentů, kdy poskytne absolutní volnost, k situacím při nichž má dění plně pod kontrolou. Zcela se ztotožňuji s názorem, že „...obecně léčí v dětském věku více prožití než pochopení.“⁷⁵⁾ V psychoterapii s dětmi není dost možné pouze verbalizovat, upřednostňuje se nonverbální zkušenost, jež je pro dítě snáze uchopitelná. Velmi podstatný je i vzájemný vztah mezi terapeutem a klientem. Terapeut musí dokázat znatelně projevat svou solidaritu, ochotu, ale i schopnost pomáhat. Dítě nevstupuje do terapie z vlastního rozhodnutí, a proto si ho terapeut musí získat a často projevat, že je jeho partnerem. Dítě je zcela závislé na světě „svých“ dospělých. Rodiče zpravidla vyvíjejí iniciativu ke vstupu do terapie. Nejeftivnější v tomto ohledu je získat si jejich důvěru a motivovat je ke spolupráci. Rodiče jsou bezpochyby neopomenutelnými účastníky terapeutické práce.

Robin Goodman⁷⁶⁾ apeluje na správnost interpretací v arteterapii. Posouzení arteterapeuta může být stejně tak správné, jako i nesprávné pro konkrétní čas a konkrétního klienta. Při sjednocujícím posuzování se snažíme o objektivitu a při tom možná ignorujeme to, co vložil autor do své malby. Formulujeme-li hodnotící posudek, musíme se snažit vidět hlubší smysl a postřehnout souvislosti, které máme na obraze před sebou. Obraz je složitá věc a my vždy nemusíme najít adekvátní slovní vyjádření. Arteterapeut musí aktivně sledovat proces malby a vnímat výtvarné vyjadřování vnitřních emočních problémů klienta. Získává tím klíč k problémovým oblastem, které mohou být později důležité pro další metodické instrukce.

Při práci s klientem je třeba dodržovat systémový přístup, pro nějž platí následující pravidla. Jejich vymezení je uvedeno podle Bowerse, který je publikoval v roce 1992.⁷⁷⁾

⁷⁵⁾ Říčan, P.; Krejčířová, D. (1997). Dětská klinická psychologie. Praha: Avicenum, s. 365.

⁷⁶⁾ Гудман Р. (2001) Обсуждение и создание детских рисунков. In Практикум по арт-терапии / Под ред. А. И. Копытина. — СПб.: Питер, 448 с: ил., с. 133.

⁷⁷⁾ Боверс (1992) In Практикум по арт-терапии / Под ред. А. И. Копытина. — СПб.: Питер, 448 с: ил., с. 136-138.

1. Klient mluví o obrázku, tak jak chce on sám.
2. Terapeut žádá o komentář, o upřesnění. Například: vysvětlit význam části malby, popsat formy, předměty a subjekty. Bedlivé sledování tohoto komentáře nedovolí terapeutovi dojít předčasně k závěrům o obsahu obrazu.
3. Požádat klienta, aby sám popsal obrázek. Terapeut při tom může pomoci, i když to třeba udělá jen pro některý element zobrazení. Mohou tak vzniknout zajímavé dialogy, a to nezávisle na tom, jedná-li se o osoby, objekty či geometrické formy.
4. Když klient neví co objekt/y znamenají, může svou interpretaci nabídnout terapeut. Klient však musí říci nakolik je to pro něj věrohodné. Věrnost interpretace lze u klienta ověřit verbálně i neverbálně. Pokud interpretace nevyvolá reakci, pak buď není správná, nebo klient na ní není připraven.
5. Barevnost, jako forma projevu klienta. Barvy mají různou úroveň hloubky a jejich použití je závislé na klientově vyzrálosti. Barva dává malovanému objektu kvalitu, vypovídá o objektu samotném, o vztahu klienta k němu, a také o aktuálním stavu klienta.
6. Terapeut si musí u klienta všimnout intonace, polohy těla, výrazů obličeje, rytmu dýchání. Pokud klient pociťuje silné napětí, je dobré přejít na jiné téma. Zobrazovací proces je spojen s emoční reakcí a musí být předmětem pro pozorování terapeuta.
7. Terapeut by měl pomáhat klientovi v uvědomování si spojení mezi jeho výtvarným vyjadřováním a životní situací. Terapeut může opatrně klást otázky o tom, co je v životě klienta důležité a jakým způsobem je to možné zobrazit ve výtvarné práci. Vždy je nutné si uvědomit jakým způsobem je klient schopný interpretace integrovat. Správným interpretacím může klient odporovat. V takovém případě se mu vysvětlení nabízí později.
8. Terapeut by měl obrátit pozornost i na chybějící části obrazu nebo prázdné prostory. Chybějící část nemusí mít vždy symbolický význam. Některé obrazy mají stenografický charakter.

9. Některá zobrazení nemůžeme chápat přímo, a jsou-li k tomu důvody, hledáme i opaky. Například sebejisté děti se silným egem zobrazují fantastické hrdiny. V zásadě si tyto děti chtějí zformovat ideální obraz svého já. Ve skutečnosti jde o nerealistický obraz jejich já a výsledkem je bolestivý prožitek krachu tohoto ideálu.
10. Často je vhodné požádat klienta, aby pohovořil o tom, co cítil před, v průběhu a po malování. Dominantně terapeuta zajímá to, jak komfortně se klient cítil právě při malování.
11. K zásahům terapeuta do klientova obrázku má docházet výjimečně. Výhodnější je pozorovat a zasahovat až při problému. Lze se tak vyhnout obranným reakcím klienta, či je změkčit. Vyplácí se poslouchat „psychologický tep“ klienta.
12. Terapeut by měl klientovi umožnit pracovat v pohodlném tempu a zobrazovat stavy k prozkoumání, kterých je připraven. Nezávisle na tom, jestli používáme direktivní nebo nedirektivní přístupy, musí mít klient pocit, že on sám kontroluje zobrazovací proces a jeho výsledky.
13. Efektivní je vyzdvihovat klientova nejstabilnější témata a podporovat ho v používání svého osobního jazyka. Během času, až se budou vytvářet obsahová spojení, může se v nich mnohé ozřejmit. Časem bude klient připraven k tomu, aby uviděl ve svých obrazech jednotné obsahové linie v kontextu celé své práce.

3.4. Práce s dětmi s ADHD a její specifika

Obraz dítěte s hyperaktivitou je natolik rozmanitý, že práce s ním vyžaduje velmi citlivý a profesionální přístup. Metody a formy práce jsem volila podle svých profesionálních a osobnostních možností. Pomocí arteterapie se mi dařilo efektivně intervenovat do situací mých žáků – klientů.

Velmi důležitou informaci o vnímání aspektů poruchy ze strany samotného dítěte, rodiče nebo učitele, přinášejí škály či dotazníky. Jsou nezbytnou součástí celkového vyšetření. „V České republice není v současné době práce se standardizovanými dotazníky obvyklá, nicméně jsou k dispozici překlady některých dotazníků, které lze

použít i bez národní standardizace.⁷⁸⁾ Nejčastěji se používá dotazník Connersové – verze pro rodiče a učitele. Validizace a standardizace v ČR zatím nebyla provedena, v praxi je však škála běžně užívaná. Škála Connersové pro rodiče (dotazník pro rodiče) se označuje mezinárodní zkratkou CPQ (Children's Parent Questionnaire). Jeho autorkou je C. Keith Conners a českou verzi vypracovali Ivo Paclt a Michal Šebek. Používá se pro posouzení psychického stavu dětí, včetně jejich vztahu k okolí. Dotazník je zaměřen na širokou dětskou populaci s projevy poruch pozornosti, chování a s poruchami neurotickými. Zdrojem dat jsou v tomto případě rodiče. Technikou sběru dat je pozorování dětí pomocí škálového hodnocení na stupnici od 0 do 3. Hodnotícím obdobím je aktuální stav v posledních čtyřech týdnech. Patologické hodnoty ve smyslu ADHD musí přesáhnout 30 bodů. Verzi samotného dotazníku, tak jak je předkládán rodičům uvádím v příloze II.

V rámci své arteterapeutické praxe jsem pracovala s dotazníkem pro učitele, ten má zkratu CTQ (Children's Teacher Questionnaire) a mohou ho používat i pedagogové. Patologické hodnoty ve vztahu k ADHD se orientačně pohybují okolo 20 ±5bodů. Verze dotazníku CTQ je v příloze III. Praktické výstupy, které se týkají použití škály Connersové, jsou zpracovány v závěrečné zprávě.

Arteterapii jsem praktikovala převážně formou skupinových setkání. Pro individuální práci s dítětem nebyl provozní prostor⁷⁹⁾. Přesto se mi dařilo pracovat v rámci skupiny do jisté míry individuálně, neboť děti jsou při výtvarné činnosti ponořeny do své tvorby a lze tak věnovat pozornost jednotlivci, aniž by vše sledovala skupina.

Dílejší problém při arteterapii vytvářela moje dvojí role. Na Speciální základní škole pro žáky se SPCH jsem pracovala jako učitelka a arteterapeutka. Bylo někdy obtížné skloubit obě role. Uvědomuji si, že v některých situacích jsem nebyla pro děti jednoznačná. Role učitelky u některých dětí blokovala spontánnost při terapii. Celkově tuto skutečnost hodnotím pozitivně, neboť jsem nemusela bojovat s neposlušností a nerespektováním v takové míře, jak by tomu bylo, pokud bych před dětmi vystupovala

⁷⁸⁾ Paclt, I. (2007). cit.d., s. 61.

⁷⁹⁾ Individuální arteterapeutické práci jsem se mohla věnovat jen ve sdružení Hyperaktivita (viz. Případová studie č.3).

jen jako terapeutka. Ukázalo se, že děti neměly problém s oddělováním role učitelky - terapeutky. Naopak to hodnotily pozitivně a tato skutečnost jim vyhovovala. Celá situace bývala náročnější pro mne samotnou, občas jsem se přistihla, že postrádám přísnější pedagogický přístup, neboť role terapeutky mi byla bližší.

Jako velmi výhodné hodnotím i to, že terapie probíhala na půdě školy. Propojil se tak terapeutický prostor s prostorem školy. Svůj vztah s dětmi jsem posílila o další dimenzi. I když arteterapie probíhala v rámci výuky, získala punc jedinečnosti. Zintenzivnil se i můj vztah s rodiči. Diskutovala jsem o svých interpretacích a postřezích také s kolegy, což bylo obohacující pro obě strany. Celý terapeutický proces vnímám díky uvedeným skutečnostem jako více podpořený a intenzivnější než je tomu při klasickém modelu terapie.

Je třeba upozornit i na etický aspekt terapie, který vyžaduje důsledné zachování důvěrnosti svěřených informací při terapii. Nepřímých „účastníků“ terapie byla celá řada (spolužáci, kolegové, rodiče) a nikdo z nich nevynášel jakákoliv sdělení mimo ateliér. Byly o tom poučeny i děti. A musím konstatovat, že s touto záležitostí jsem za celou svou arteterapeutickou praxi neměla problém.

Práce s dětmi ve Speciální základní škole má zvýšené nároky na celý tým odborníků, který se dětem věnuje. Lze zformulovat určitá doporučení:

Zpevnování žádoucích prvků chování

Děti často přicházely do školy s narušeným vztahem ke vzdělání a škole jako instituci. Nejprve je nutné prolomit tuto bariéru, uvolnit atmosféru a otevřít komunikaci neboli začít spolupracovat. Dítě musí být chváleno, a to i za maličkosti. Prožití kladné emoce dokáže zpevnit žádoucí projevy chování.

Zvýšená míra tolerance vůči vnějším projevům chování

Nejedná se o lhostejnost, ale o vědomý přístup. Nepřiměřené reakce a odmítání jsou projevem obrany dětí proti nepřehledným a z jejich pohledu i neřešitelným situacím. Tento přístup může být zvolen pouze tehdy, pokud je důsledně vyžadováno dodržování předem stanovených pravidel a řádu. Taková pravidla musí být pregnantně vymezena a také dětem vysvětlena. Jsou-li hranice překročeny, vyplynou z toho pro dítě

důsledky. Pokoušela jsem se předcházet afektivnímu chování dětí tím, že jsem se snažila vypořádat jeho spouštěcí mechanismy. Následně jsem se snažila odvést jejich pozornost jiným směrem.

Strukturalizace činností

Děti, které postihuje syndrom ADHD, bývají nesoustředěné, neklidné a roztěkané. Tyto symptomy často znemožňují dokončit zadanou práci a mnohdy jí dokonce ani neumožní začít. Proto se všeobecně doporučuje činnosti s dětmi strukturovat. Po jednoznačně a srozumitelně podaných instrukcích k výtvarné práci jsem se vždy utvrzovala v tom, že je děti přijaly a zadání pochopily. Mnohokrát jsem se přesvědčila, že tyto děti potřebují téměř okamžitou zpětnou vazbu, aby byly schopny a především motivovány dále pokračovat v zadané práci. Dá se říci, že téměř vyžadují, aby byly průběžně utvrzovány o správnosti svých dílčích výkonů. Je to jasný důsledek projevu jejich nízké sebedůvěry. Pokud chce učitel/terapeut pracovat efektivně musí se soustředit na úspěchy dětí a na správnost provedení, než soustavně upozorňovat na chyby, to obvykle působí demotivačně.

Individuální přístup

Odlišnosti mezi dětmi jsou dány zvláštnostmi biologickými, psychologickými a sociálními. Vždy jsem se snažila je maximálně respektovat a přistupovat k dětem individuálně. Individuální práci podporuje i skutečnost, že počet dětí nepřesahuje 12 členů ve skupině a k dispozici jsem měla vždy asistenta, s jehož pomocí se daly případné konflikty ve skupině minimalizovat a snadněji řešit. Pro individuální přístup a pochopení jednotlivých zvláštností je nezbytné seznámit se s dokumentací (s výsledky vyšetření dítěte), kde je možné vyhledat jeho osobnostní rysy a také poznat z jakého rodinného prostředí pochází. Pro některé děti se vypracovává i tzv. individuální vzdělávací plán a mohou být také hodnoceny širším slovním hodnocením. I to je zdrojem informací o dítěti.

Odlišná struktura vyučování

Žáci s ADHD jsou snadno ovlivnitelní nepřeborným množstvím podnětů a impulzů, tyto faktory ovlivňují průběh celého vyučování nebo jakékoli činnosti s nimi. Proto

musí být volba činností, zadávání samostatné práce i tempo práce podřízeno momentální situaci ve třídě.

Sociální dovednosti

Specifikum základní školy a speciálně pedagogického centra (SPC) spočívá v orientaci na nácvik sociálních dovedností podle programu „CESTY“. Sociální dovednosti jsou dokonce jedním z výukových předmětů ve škole, jeho obsahová náplň vznikla v rámci projektu „Nácvik sociálních dovedností u dětí s SPCH s dopadem na profesní orientaci“.

Ve výuce je věnována pozornost řešení situací, které mohou pomoci zlepšit individuální problémy, vztahy v celém třídním kolektivu a v neposlední řadě i soužití dětí s lidmi z okolí a potažmo v rodině. Pomocí arteterapie se mi opakovaně podařilo zlepšit atmosféru ve třídě a předpokládám, že jsem pozitivně ovlivnila i vztahy dětí s okolím. V rámci našich výtvarných ateliérů jsme se často věnovaly běžným životním situacím, např. nepříjemnostem z dopravních prostředků či konfliktům na veřejnosti. Snažila jsme se zvládat a dostávat pod kontrolu agresi dětí vůči druhým atd. Součástí terapeutické intervence byl i rozvoj komunikačních dovedností a osvojení si především přijatelného způsobu sebeprosazování.

Ve škole je využíván program alternativní strategie výuky. Program v celém svém kontextu kombinuje přístupy: teoretický a sociálně-kognitivní. Integruje v sobě ideje kognitivní psychologie, behaviorismu a fenomenologie. Jeho modifikovaný způsob jsem uplatňovala i v arteterapeutickém ateliéru. Sami autoři původní verze programu PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategy z roku 1978) vyjadřují jeho podstatu slovy: „Cítíme, že sebekontrola je vhodnější než vnější kontrola z těchto důvodů:

1. Neklade takové nároky na učitele.
2. Její působení a účinky jsou dlouhodobé.
3. Podporuje společensky přijatelné chování.
4. Dítě se učí zodpovědnosti za své chování a nezávislosti.
5. Dítě dokáže vyjádřit a naplnit své potřeby přijatelným způsobem.“

Technika používaná v rámci programu „Cesty“ využívá analogie s želvou (*želví strategie*). Želva se v případě ohrožení schovává do svého krunýře. Podle tohoto příkladu se děti učí stáhnout do svého imaginárního krunýře, pokud se cítí ohroženy silnými pocity, vnějšími událostmi nebo jinými typy problémů, které je provokují k útoku nebo odplatě. Děti jsem vedla a povzbuzovala, aby „projevem želvy“ dávaly najevo své silné pocity, které nedokáží vyjádřit slovně nebo je prostě sdílet nechtějí (např. extrémní stud nebo smutek). Žáci mají jako součást vyučování tzv. želví lekce, při nichž se mimo jiného učí odpovídat na signalizační obrázek želvy zkřížením rukou a pasivním výrazem tváře. Dojde-li tak ke konfliktní situaci, jsou upozorněny, aby si vzpomněly na želvu a v popsaném postoji je pro ně obtížné reagovat agresivně nebo impulsivně.



Foto 1. *Sebekontrola, ilustrace k programu „Cesty“, zdroj vlastní*

naučí, že v poloze želvy, kdy se stáhne do „svého krunýře,“ může v klidu najít řešení daného problému. Pro starší děti nemusí být představa želvy atraktivní, proto může být nahrazena jinou analogií, nabízí se metafora semaforu. Starší děti mohou dávat přednost nějakému méně nápadnému upozornění, lze jim například doporučit, aby si schovaly

Součástí želví techniky je osvojení si *třech kroků ke zklidnění:*

1. Řekni si stop!!!
2. Zhluboka a dlouze se nadechni
3. Pojmenuj svůj problém. Jak se cítíš???

Za účelem snadnějšího osvojení techniky je ve třídě/v ateliéru vyvěšen plakát. Viz. foto

1. Projev želvy samozřejmě není konečným řešením problému dítěte. Je použit jako cesta k zastavení a zklidnění v problémové situaci. Podporuje reflektivní postoj, díky němuž si dítě může, ještě před tím než začne jednat, uvědomit své pocity, posoudit je a vyhodnotit možnosti reakce. Jednoduše vyjádřeno, dítě se

ruce do kapes, otočily se a odešly, zavřely na pár sekund oči apod. Vybraná alternativa by měla být taková, aby jí dítě mohlo použít v každé situaci, tedy i mimo školu.

Když děti zvládnou tuto formu pasivní autoregulace, je to vhodná doba začít společně přemýšlet o dalších způsobech řešení problémů. Jednou z dalších možností je říci „nelíbí se mi to“ nebo říci druhému „nech toho.“ Není podstatné, jaké konkrétní přirovnání je použito, ale jde o představy, které s ním bude mít dítě spojené. Jde o velmi účinný způsob jak dítě naučit sebekontroli. Schopnost dětí kontrolovat svou impulsivitu je důležitou součástí vyspělého chování. Děti obecně špatně dokáží kontrolovat své vlastní impulsy. Projevuje se to například v situacích, kdy dítě udeří druhého, nadává mu, postrádá schopnost vyrovnat se s vlastními chybami, je výbušné atd. Bez sebekontroly vzniká mnohem více prostoru pro další agresi, ať už verbálního nebo neverbálního charakteru.



Foto 2. Útočiště, ilustrace k programu „Cesty“, zdroj vlastní

koutek s lavicí, židlí a želvím polštářkem, kde dítě v případě, že se potřebuje uklidnit, může najít útočiště. Viz. foto 2.

Předpokladem vývoje adaptivního chování ve vztahu k druhým je také schopnost rozeznat a řešit problémy v každodenní komunikaci. V rámci programu „Cesty“ jsou proto rozvíjeny čtyři dovednosti:

1. Zastavit se, uklidnit se a určit problém (technika želvy).
2. Rozeznat a sdělit své základní pocity.
3. Uvědomit si jak vlastní chování ovlivňuje chování druhých.
4. Osvojit si specifickou metodu zklidnění.

Ve třídě/v ateliéru je k dispozici

Pokud dítě techniku úspěšně zvládne, zvýší to jeho sebehodnocení, neboť:

1. Naučí se kontrolovat své chování místo toho, aby jej někdo kontroloval z vnějšku.
2. Přestane samo sebe vnímat jako špatné a získá pozitivní zpětnou vazbu od svého učitele/terapeuta.
3. Bude se cítit dospěleji, protože řeší problém samo a nepodléhá okamžitým impulsům svého chování.

V praxi se mi podařilo měnit, pomocí této techniky, impulsivní vzorce chování u dětí a to osvojením si účinnějších způsobů řešení každodenních problémů. Pochopila jsem, že dítě nedokáže adekvátně řešit problémy, dokud nemá dostatečně rozvinutou sebekontrolu, bez ní totiž jedná dříve, než myslí a nedokáže se zastavit, zklidnit a vyhodnotit situaci. Dosud běžně užívané metody kontrolující negativní chování byly založeny na principu vnější kontroly (rodičem, učitelem), pomocí principu odměn a trestů. Želví technika ovšem upřednostňuje sebekontrolu před vnější kontrolou. I když je používán vnější systém posilování žádoucího chování, děti se učí, jak kontrolovat své chování.

V obrázcích svých dětských klientů jsem pátrala po projevech (v symbolice či barevnosti), které by poukazovaly a vypovídaly o sebehodnocení. Vývoj pozitivních pocitů o sobě samém (rozvoj kladného sebehodnocení) a o svých reálných schopnostech, je velmi podstatný pro zdravé formování osobnosti. Naučit se zvládat věci úspěšně zvyšuje důvěru v sebe sama. Ruku v ruce s tím souvisí i školní úspěšnost. Zmíněný vývoj probíhá velmi pomalu a vyžaduje získávání opakovaných pozitivních zkušeností.

V ateliéru jsem proto používala i metodu *dítě dne*, která s kladným sebehodnocením pracuje. Tato metoda napomáhá rozvoji pozitivního sebehodnocení. Dítě dne je vlastně pomocníkem učitele/terapeuta a má určité povinnosti. Při každém arteterapeutickém setkání jsem vybrala dítě den a to tak, aby se všechny děti vystřídaly a cítila jsem spravedlivý výběr, zpravidla dle jejich zasedacího pořádku nebo i losem. Na konci terapie jsem sama udělila dítěti pochvalu a vybrala ještě dva dobrovolníky, kteří ho také pochválili. Dítě dne se na závěr pochválilo samo. Všechny vyřčené pochvaly

jsem zapsala na pochvalný list, který pak zůstal vyvěšen ve třídě až do konce dne. Dítě si odneslo pochvalný list domů, aby ho mohlo ukázat rodičům. Opakované pozitivní zkušenosti jsou velmi cenné pro vývoj kladného sebehodnocení. Přesvědčila jsem se, jak blahodárně na dítě zapůsobí, když má příležitost stát se dítětem dne. Rozhodně tedy platí, čím více příležitostí stát se dítětem dne, tím lépe.

Hlavními cíli metody „*dítě dne – pochvala*“ jsou:

1. Postupné zlepšování sebehodnocení.
2. Zvyšování pocitu osobní odpovědnosti.
3. Neformální cesta k vysvětlení a použití strukturovaného a systematického plánování k dosažení pozitivního výsledku.
4. Učení se respektu u sebe samého a u ostatních.

Před použitím pochvalného listu ve skupině jsem s dětmi diskutovala o typech

pochval a objasnily jsme si i jednotlivé typy pochval (1. pochvala za to co lidé dělají; 2. pochvala za věci, které lidé mají 3. pochvala za to jak lidé vypadají; 4. pochvala za to jací lidé jsou; 5. pochvala za to jak se lidé chovají).

V ateliéru jsem z programu „Cesty“ používala i třídní pravidla pro komunikaci. Dodržování těchto pravidel je pro všechny zúčastněné nesmírně důležité. Na pravidlech se domluví všichni a pro každého jsou závazná. Viz. Foto 3. Naše pravidla zněla:

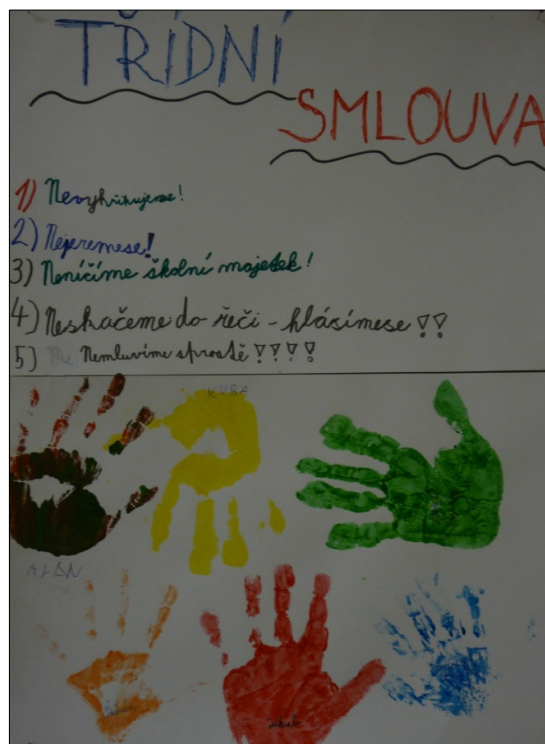


Foto 3. Třídní smlouva, ilustrace k programu „Cesty“, zdroj vlastní

1. Nevykřikujeme!
2. Nepereme se!
3. Neničíme školní majetek!

4. Neskáčeme do řeči – hlásíme se!
5. Nemluvíme sprostě!

Původně doporučená pravidla, od kterých jsme začínali utvářet vlastní, zněla následovně:

1. Pokud chceš mluvit, přihlas se.
2. V klidu počkej, až budeš na řadě.
3. Pozorně poslouchej toho, kdo právě hovoří.
4. Kontroluj své ruce a nohy, nikoho jimi neobtěžuj (bezdůvodně nezasahuj do prostoru druhého).
5. Respektuj pravidlo, že každý má právo něco říci.

V rámci svého arteterapeutického ateliéru jsem používala především želví techniku, metodu dítě dne a závazně platila třídní smlouva. Nejsou to ovšem jediné složky celostního programu „Cesty“, který napomáhá dětem ke zvýšení sebekontroly a sebehodnocení.

4. Arteterapeutická praxe

4.1. Výtvarná tvorba – arteterapeutická činnost

Obecně lze konstatovat, že většina dětí vykazovala při výtvarné tvorbě pomalé pracovní tempo, což je zapříčiněno poruchami percepce. Časté byly i grafomotorické obtíže a s nimi souvisí i obtíže v soustředění se na obsah artefaktu. Při školní výuce jsem často musela k dětem přistupovat individuálně, abych se vyhnula jejich přetěžování. Jinak by hrozila ztráta motivace dětí k další práci. Při arteterapii tomu bylo naopak, motivace a entuziasmu měly děti dostatek. Je však třeba konstatovat, že jsem pracovala s dětmi v tzv. zlatém období kresby, kdy je výtvarné prostředky přímo vyzývají.

Poruchy koncentrace pozornosti přinášejí neklid, nesoustředěnost a snadnou unavitelnost. V našem ateliéru proto platila volnější pravidla umožňující střídat činnosti a být pokud možno ve stálém zaměstnání. Největší potíže přináší nečinnost a z ní rychle vznikající nuda, která ohromnou rychlostí rozboří celou strukturu skupinové práce.

Děti s ADHD zvládají školní povinnosti s většími obtížemi. A je-li k nim přistupováno necitlivě, přidá se snížená sebedůvěra, pocity chronické neúspěšnosti a ztráta motivace. Velmi blahodárně proto působí zavedení určitých funkčních stereotypů. Používá se i režimová terapie a přesná strukturalizace času s vymezením povinností. Volnost působí značně nepříznivě na harmonický duševní vývoj těchto dětí.

Děti s ADHD ze Speciální ZŠ mívají obdobnou historii. Velká část z nich vystřídá za dobu svého studia na základní škole několik vzdělávacích zařízení. Důvodem k opakovaným přechodům z jedné školy na druhou, je právě žáková odlišnost. V důsledku neadekvátních postupů pedagogů, vychovatelů a mnohdy i samotných rodičů se dítě začne vnímat jako outsider. Ztratí motivaci ke školní práci. A právě „zlobením“ se hlásí o pozornost. Opakované střídání školního prostředí sebou nese nezakotvenost v třídním kolektivu. Takové dítě se snadno stává terčem šikanování, nebo šikanu naopak může organizovat, protože okolní prostředí vnímá nepřátelsky.

Skutečnosti, které jsem dosud uvedla, osvětlují obsah terapeutické zakázky. Apriorně jsem se proto snažila optimalizovat sebehodnocení dětí, řešit jejich vztahy s vrstevníky a tím jsem omezovala vznik dalších potíží, jakými jsou např. kázeňské problémy, nevládnutý psychomotorický neklid apod. Celý terapeutický proces jsem zaměřila na činnosti, které u dětí umožňují:

1. podporovat kladné sebehodnocení,
2. posilovat sebevědomí a sebedůvěru,
3. zlepšovat schopnost koncentrace,
4. usnadňovat komunikaci.

Arteterapie pracuje s jedinečným komunikačním prostředkem a tím je klientova výtvarná produkce, ta je mluvou sama osobě. U dítěte se mluvená řeč v terapeutickém procesu někdy obtížně používá. Kresba a malby se tak stávají velmi užitečnou a

efektivní metodou, protože jejich prostřednictvím dokáží poměrně snadno navázat vztah terapeut a pacient. „Pro hyperaktivní dítě, zvyklé na odsuzování a nízké hodnocení, se tvůrčí práce může stát jedním ze způsobů otevření jeho silných stránek. Může tak realizovat svůj potenciál, což napomáhá zvyšovat jeho sebevědomí.“⁸⁰⁾

„Umění vést dětskou psychoterapii nespočívá v tom, zda umíme obrázky dítěte interpretovat, ale v tom, zda zachytíme v jeho chování a částečně (někdy i značnou měrou) v jeho kresbách stopy prožitku z terapeutického vztahu a využijeme jich žádoucím směrem.“⁸¹⁾

Výtvarnou tvorbu můžeme vnímat mezi dvěma póly, jako činnost i jako terapii. Při své práci jsem se s dětmi dotýkala více terapeutické polohy, ovšem činnostní arteterapii jsme se věnovaly taktéž. Snažila jsem se maximálně posilovat spontánní sebevyjadřování. Výtvarné dovednosti ani techniky při terapeutických skupinách nebyly důležité. Věnovala jsem vždy dostatečný prostor společné diskusi o výsledcích tvorby. Pokud pracovala celá skupina na jednom společném artefaktu, pak jsem povídání nad společnou produkcí věnovala dostatek času. Vždy jsem dětem zdůrazňoval, že výtvarné práce nejsou „dobré“ či naopak „špatné“, ale že všechny jsou akceptovatelné.

Při činnostních, lze říci oddechových aktivitách, jsme pracovaly s náročnějšími výtvarnými technikami a rozvíjela jsem výtvarné dovednosti dětí (zabývaly jsme se kompozicí, používáním barev a jejich doplňkovostí atd.). Plnila jsem, v takové situaci, více roli učitelky a snažila jsem se jim v malé míře předat i informace z dějin výtvarného umění a rozvíjet tak jejich estetické cítění. Zajišťovala jsem dostatečné množství stimulujících výtvarných materiálů a povzbuzovala jsem děti v tom, aby si samostatně vybíraly a rozhodovaly se, jakou techniku použijí. Tímto způsobem jsem podněcovala jejich tvořivost a současně jsem dětem dopřávala pocit svobody a samostatnosti.

Skupiny, s nimiž jsem pracovala, byly malé, do 12 členů, a všechny děti se dobře znaly. Každá skupina se skládala z různě výtvarně talentovaných jedinců. Práci jsem zadávala tak, aby ji zvládaly všechny děti a dokázaly při tom udržet pozornost.

⁸⁰⁾ Мони́на, Г.; Лютова-Робертс, Е.; Чутко, Л. (2007). Гиперактивные дети: Психологическая-педагогическая помощь. СПб: Речь, с.31.

⁸¹⁾ Widlöcher, D. in Davido, R. (2001). Kresba jako nástroj poznání dítěte. Praha:Portál, s.95.

Pro děti s ADHD má velký význam prožitek spokojenosti s výsledky vlastní práce. Vznikající artefakt se dá vždy s tímto pocitem dokončit, a to i za cenu přímých zásahů terapeuta. Občas jsem bojovala s neschopností dětí vůbec začít malovat a některé obrázky byly dokončeny až na dalším setkání. Souvisí to se snadným převedením pozornosti těchto dětí na cokoli z okolí a také s určitou bezradností, jak vůbec začít. Všechny členy skupiny jsem vedla k vzájemnému respektu a každý měl prostor k sebevyjádření a sdělení svých pocitů. Pravidlem se stalo, že na závěr našeho setkání každý dostal prostor, aby svou práci slovně okomentoval a předvedl ostatním. Nemusel však tohoto práva využít.

4.2. Náměty kreseb

Kreslení či malování je pro dítě hrou. Od jiných her se však velmi odlišuje, neboť výsledkem je relativně „trvalý“ produkt. Celé výtvarné snažení můžeme vnímat také jako pokus o uplatnění vlastních schopností dítěte. Osobně vnímám dětskou kresbu jako obrázkovou řeč, jejíž pomocí dítě vypráví o dojmech a pocitech, kterými je přeplněno a v jistém smyslu je jimi i zatíženo. Kreslení je také pokusem o nápodobu, která je dětem vlastní.

Naše první „obrazy světa“ začaly v bezobsažných čáranicích, pokračovaly k jednoduchým vyobrazením a skončili jsme u obrázků, v nichž jsme bojovali s perspektivou, iluzemi a abstrakcí.

V této části rigorózní práce se chci věnovat námětům kreseb mých dětských klientů. Do svého výzkumu jsem zařadila celkem 300 spontánně vzniklých obrázků od dětí s ADHD předškolního (v posledním ročníku MŠ) a mladšího školního věku. Artefakty jsem námětově roztřídila a kvantifikovala. Osoby a předměty, které se na nich objevují, dětské autory ovlivňují, oslovují a aktuálně zajímají. Analyzovala jsem, co je nejčastějším námětem, tedy co si dítě samo vybere, že „zvěční.“ Ukázalo se, že jde vlastně o trvalou a neměnnou výpověď.

Uždil (2002) zdůrazňuje, že hlavním námětem v dětských kresbách je člověk. Dítě je důsledně antropocentrické a následně se objevuje v námětech všechno ostatní, co také

s člověkem souvisí. Pro kresby předškolních dětí jsou velmi typická monotematická období. Děti bývají zcela okouzleny jedním „svým“ námětem a ten v různých, nejčastěji v barevných, variacích obměňují, (mám jedinečnou příležitost právě toto pozorovat u svých dvou dcer). Samozřejmě to platí i o dětech s ADHD. Artefakty předškoláků a dětí mladšího školního věku, které již mají věcný obsah a vznikly vědomě, zobrazují zpravidla jen izolované předměty (člověk, zvíře, květina, dům, auto...).

Moje zkušenost s dětmi s ADHD však Uždilův antropocentrismus v kresbě úplně nepodporuje. Obrázky nejsou námětově nijak výrazně zajímavé a odpovídají zájmu mladších dětí. Artefakty v zásadě nevykazují jakékoli spojení představ, které by naznačovalo vzájemný vztah mezi izolovanými předměty. U některých se ani neobjevuje jejich společný výskyt, což můžeme brát jako jakýsi předstupeň v hledání vzájemných vztahů. Se samostatnými objekty do obsahu kreseb pozvolna vstupuje i okolní prostředí. V počátcích je to na úrovni barevné symboliky, typický je travnatý zelený pás a nad ním modré nebe.

V kolekci artefaktů použitých pro můj výzkum se až nápadně ve větším množství objevuje krajinomalba, úplné zaujetí člověkem jsem nevyzozovala ani u předškolních dětí. Nejtypičtější je obrázek, na němž nechybí strom, v popředí s květinou. Uprostřed je volný prostor, je to projev bezradnosti. Ve vrchním pásu je obloha se sluncem. Slunce na dětských kresbách s exteriérovým námětem téměř nikdy nechybí. Dětem se technicky velmi dobře kreslí, vyvine se z uzavřeného oválu, doplněno je několika čarami jako paprsky a mnohdy je i antropomorfní (nechybí mu oči, nos a pusa). Udává na dětském obrázku čas (den) a má na artefaktu své předem dané místo (v horním pásu), čili do jisté míry znázorňuje prostorové vztahy. Dítěti, které je při malování bezradné, pomáhají v zaplňování plochy předem dané symboly.

Dětský zájem zahrnuje často i nereálný svět, dětské myšlení a představivost jsou s ním úzce spjaty. Zde mám na mysli seriálové hrdiny, pohádkové postavy nebo pravěké dinosaury. Virtuální realita má na dnešní děti mohutnou působivost. Dítě se s ní potkává na televizní obrazovce, v počítačových hrách i v moderní dětské literatuře. Je to jakýsi únik z reálného světa a každodenní všednosti. Je až s podivem jak málo dětí si dnes umí „skutečně“ hrát, ať už kolektivně či individuálně, bez použití náročných technických prostředků. V kresbě jsem si povšimla negativního působení televize,

počítačových her apod., na kreativitu dětí. Setkávám se sníženou schopností, ale i potřebou samostatně tvořit.

Naproti tomu dítě samo je především součástí reálného světa a reaguje na jeho podněty svou činností. Dítě by mělo být vedeno již v předškolní výchově k umění okolní svět vnímat, obdivovat a těšit se z něj.

Dítě dlouhá léta rozvíjí jednotlivé grafické typy – nejčastěji to je lidská figura, dům, strom a dopravní prostředek. Již v předškolním věku dítě pociťuje pohnutku, aby se pokusilo o věcnost, usiluje o shodu mezi svým obrazem a realitou. Hlavním kritériem je však pro něj zobrazit to, co je pro věc podstatné, o čem ví a co ho na věci zajímá a fascinuje. V očích dítěte je to „opravdový“ realismus. Dospělý vnímá jako realistické zcela něco jiného, je to pro nás takové napodobení skutečnosti, které se snaží naše oko oklamat a to pomocí světla a stínu, prostorové hloubky apod. A tak nás dětské vnímání reality na dětských obrázcích vždy pobaví. U dětí mladšího školního věku zmiňovaný popisný realismus přetrvává.

Již jsem se zmínila o převažujícím antropomorfním zaměření námětů. Podívejme se však i na další náměty dětských obrázků. Hojně bývají zastoupeny obrazy *zvířat*, protože dítě se s nimi cítí spojeno zvláštním poutem. Jeho vztah k přírodě je přímý, srdečný a plný sympatií. V dětské výtvarné produkci se s obrazy zvířat setkávám velmi často. V počátku se od postavy člověka ani neliší, jen ji autor přikreslí nějaký atribut (ocásek, růžek,...). Z osobní zkušenosti vím, že však řada dětí je natolik fascinována světem zvířat, že proces je u nich opačný a ze zvířat se jim rodí člověk. Předškoláci, ale i děti mladšího školního věku, zobrazují zvířata z profilu, přičemž určující je vodorovná osa. Hlava bývá en face a obrací se na nás svou zlidštěnou tváří.

Dalším námětem je *dům*. Ať už dítě namaluje jakýkoli typ, je vždy vybaven tím, co souvisí s jeho užíváním – má dveře s klikou, okna a komín. Stojí za povšimnutí, že i městské děti, žijící v panelácích jako symbol domu vnímají spíše venkovskou stavbu s trojúhelníkovým štítem. Souvisí to pravděpodobně s ilustracemi v dětských knihách, ale i se symbolem domu, který užívají i dospělí.

Zejména u chlapců jsou oblíbené náměty *dopravních prostředků*, u mnou zkoumaných artefaktů šlo o auta, vlaky a lodě. Předpokládám, že to souvisí s fascinací

rychlým pohybem. Někdy záliba v dopravních prostředcích přeroste až do jakési specializace. Znovu se tak demonstruje, jak moc znamená zájem o kreslený předmět pro kreslířský úspěch. Neboť mnohdy jsou konstrukčně velmi dobře propracované, pomocí popisného realismu.

V neposlední řadě mezi časté náměty patří *strom*. Logika jeho vývoje má určitou paralelu s vývojem lidské figury. Zpočátku to bývá vzhůru trčící linka a shora na ní nasedá ovál, představující korunu. Až později dítě rozkresluje větve, začíná rozlišovat listnaté a jehličnaté stromy a domalovává plody. Při kresbě se dítě snaží vykreslovat jednotlivé listy a nespokojí se s pouhým náznakem koruny, ale má-li k dispozici barvy a štětec je okouzleno barevnou plochou, proto drobné detaily výtvarně neřeší. Velikost stromu podřizuje obrazu jako celku a také významu ostatních prvků.

Figura je dominantním námětem dětských artefaktů. V počátcích obrázky člověka připomínají strnulé loutky a nejprve dítě maluje hlavonožce. Ovšem už v tomto stadiu neopomíná důležité lidské znaky – ústa, oči, někdy i nos a vlasy a zřídka kdy uši. Trup chybí zcela a začne se oddělovat jako další samostatná část, až když dítě hledá místo pro detaily (např. knoflíky, korále,...). Zpočátku je trup menší než hlava, postupně však jeho význam roste a při zpracování se mu dostává originálních podob. Hlavonožci a jiné praformy lidské figury začíná dítě malovat mezi třetím až čtvrtým rokem. Čím více kreslí a je vystavováno pozitivním výchovným podnětům, tím jsou jeho výtvoři dokonalejší. Někdy bohužel do dětského výtvarného hledání vstoupí schematická kresba dospělého, kterou dítě může přijmout a napodobovat. Okrademe ho tak o jeho vlastní výtvarné hledání, jak určitou věc namalovat. Kresebná schémata si často děti předávají i mezi sebou, pokud kreslí ve skupině.

Vývoj dále pokračuje a základní figurální schéma dostává další „přívlastky“ (př. čepici, šaty atd.). Pohyb postav dítě dlouho neřeší, první pokusy se projeví jakýmsi nakrčením končetin či otočením figury z profilu a to zpravidla jen hlavy. Lze v tomto momentu spatřovat paralelu s vývojem malířství obecně, mám zde na mysli odkaz na egyptské figurativní malířství. Dítěti samotnému nedostatky v zobrazení pohybu nevadí, nahradí je totiž svým vlastním komentářem. Ten je vždy velmi zajímavý a měl by být pozorně vyslechnut, neboť obsah představ a dějové situace na artefaktu bývají složitější a plnější, než se jeví našemu pohledu.

Náměty obrázků, které děti kreslily či malovaly v rámci mého výzkumu, vznikly spontánně jako forma jejich sdělení, často se týkaly prázdninových zážitků, společných školních akcí a samozřejmě i individuálních zájmů samotných autorů. Náměty si děti volily samostatně. Z analýzy obsahu dětských artefaktů, které jsem provedla u 300 obrázků, vyplývá následující kategorizace.

Tabulka 1. Kategorizace námětů, zdroj: vlastní

Kategorie	Počty artefaktů
krajinomalba - bez figur	41
krajinomalba - s figurami	38
dopravní prostředky	59
zvířata	43
člověk- autor sám	15
člověk- autorovo okolí	42
dům či jiné stavby	41
nereálný, fantazijní svět.	21
Celkem	300

Z analýzy je patrné, že děti s ADHD v mladším školním věku volí obvyklé náměty, vyhýbají se však figurám a nerady je více propracovávají (často jsou jen schematické). Vysvětlují si to jejich nízkou sebedůvěrou a obavou, aby jejich obrázek nebyl terčem posměchu ostatních. Toto v ateliéru samy děti říkají a nepřímou si tak žádají o podporu.

4.3. Zkušenosti z arteterapeutického ateliéru

Děti s poruchou pozornosti s hyperaktivitou mají obtíže s uklidněním a s koncentrací pozornosti na jednu činnost. Tyto děti mnohdy vnímají své okolí nepřátelsky, bývají plné obav, zmatku a nedůvěřují sobě ani ostatním. Zázračně na ně působí aktivity, které nabízejí odreagování a možnost ventilovat vnitřní přetlak a vztek. Vhodným řešením je práce se sochařskou hlínou, při které děti dokáží dát průchod svým emocím bezpečným způsobem.

Britská arteterapeutka Marian Liebmann (2005) doporučuje při terapeutické práci s dětmi s ADHD následující aktivity:

- **Zkoumání výtvarných medií.** Rozvoj představivosti, tvořivosti a spontaneity.

Lze realizovat pomocí technik:

- *Čárání* - „jít s čarou na procházku“ a pak si vybrat nějaký z náhodně vzniklých obrazů a ten dotvořit.
- *Zkoumání malování* - prozkoumat různé způsoby jak lze zacházet s barvami (nanášet je pomocí štětce, špejle, válečku, houbičky, hadříku, prstů...).
- *Spojování námětů* - vzniká série propojených námětů tak, že se začne pracovat na novém námětu dříve, než se dokončí předchozí, (lze tak zredukovat počáteční obavy).
- *Kontrasty barev, čar a tvarů* - vytváří se kontrasty např. tahy jemné a tlusté, krátké a dlouhé apod. Následně lze objevovat cesty jakým způsobem kontrasty propojovat.
- Koncentrace, zručnost a paměť

Osvědčilo se mi spojení malby a koláží. Obměn je nespočetně mnoho.

- *Domy* - každý nebo malá skupinka dostane obrys domu a doplňuje ho detaily.
- *Předměty či postavy* - je to dobrý odrazový můstek na téma rodina.
- *Vytváření map* - děti kreslí své oblíbené trasy a dotvářejí místa, která je zajímají.

- *Čtyři roční období* - skupinová práce, kde každé roční období je ztvárněno na archu papíru. Ten má charakteristickou barvu pro dané období a členové skupiny pak z časopisů vystřihují obrázky a následně je nalepují.
- **Práce ve dvojici** - zpravidla bývá oblíbená a efektivní. Nejlepší je pracovat bez mluvení, slova jsou vystřídána malováním a kreslením. Maluje se na společný list papíru. Existuje řada obměn na téma vzájemné konverzace.

Příkladem jsou tyto techniky:

- Dvojice používá barvy, tvary, značky a vzájemně na ně reaguje.
- Dvojice se na papíře vzájemně pronásleduje.
- Dvojice si vyměňuje po chvíli různý výtvarný materiál.
- Společné obrázky, např. s úkolem vytvořit pro sebe společný prostor.
- Siluety – obkreslování vlastních stínů a siluety se po té zaplňují detaily.
- Vzájemné portrétování.
- **Sebepercepce.** Tyto techniky se soustřeďují na vnímání sebe sama:
- Představení se pomocí své koláže.
- Autoportrét.
- Masky.
- Vlastní erb.

Všechny uvedené techniky jsem používala ve svém ateliéru a dětmi byly s úspěchem přijaty. Artefakty sloužily jako podklady k dalším terapeutickým aktivitám. Všechny děti dostávaly prostor k vyjádření nad svým obrázkem, poté reagovala celá skupina.

Na základě svých praktických arteterapeutických zkušeností mohu potvrdit, že existuje významný vztah mezi vývojem dětského výtvarného projevu a dětskou psychikou. Proto vzájemné prolnutí výtvarné výchovy a terapie má svá opodstatnění. Zákonitostem myšlení u dětí se významně zabýval Jean Piaget (1896 – 1976). V teorii

kognitivních procesů vytvořil hypotézu dětského vnímání a zobrazování prostoru. Formuloval čtyřstupňový model mentálního vývoje, který tvoří fáze:

- senzorká,
- předoperační,
- konkrétní,
- formální.

Teorie J. Piageta je příkladem poznatků experimentální psychologie, které stojí v pozadí novodobých koncepcí estetické výchovy. V nich se společným výchovným cílem stává osobnost, jež je integrovaná prostřednictvím terapie uměním. Hlavními představiteli tohoto myšlenkového proudu jsou Herbert Read (1969) a Victor Lowenfeld. Sám Read ve svém stěžejním díle *Výchova umění* kritizuje tehdejší racionalistický systém výchovy a naději vidí v obnově estetického i morálního vidění.

Poznatkům o terapeutických přesazích umění a výtvarné výchovy je trvale věnována pozornost. I v kontextu současných tendencí v českém prostředí lze najít animo-centricky orientované pojetí, které jak uvádí Slavík (1997) stojí na pomezí mezi terapií a výchovou, a usiluje o syntézu výtvarného prožitku s reflexí a akcentuje sebepoznání prostřednictvím vlastní tvorby.

4.4. Projektivní arteterapie a výtvarná výchova

Pro snadnější pochopení vzájemných průniků výtvarné výchovy a terapie, je třeba pozastavit se nad jednotlivými kroky arteterapeutického procesu. Na prvním místě stojí samotná klientova tvorba (exprese), dále se uplatňují metodické instrukce arteterapeuta, poté se analyzuje (interpretuje výtvarný artefakt) a klient má možnost reagovat. Ve vlastní tvořivé činnosti dětí je obsažen integrující autosanační potenciál. Děti nemívají problém s autenticitou a spontaneitou, která je v terapii žádoucí. Ovšem i jim výtvarné aktivity přináší možnost vyjádření, pro ně samotné, obtížně sdělitelného či dokonce nesdělitelného.

Zamýšlím-li se nad terapeutickým aspektem výtvarné výchovy, nemohu opomenout vztah učitele a žáka. V arteterapii mají významnou úlohu metodické instrukce, kterými učitel/terapeut posouvá žákovu/klientovu tvorbu kýženým směrem, to jest ke zdravému výtvarnému projevu odpovídajícímu věku. Aby k takovému ovlivňování mohlo dojít, musí vzájemný vztah zúčastněných stát na důvěře a vyžaduje to i specifickou atmosféru ve třídě.

Výtvarný artefakt je chápán v arteterapii jako výraz komplexní psychické činnosti a je i výtvarnou metaforou, která dává příležitost k ztvárnění představy o vnějším světě a o autorově místě v něm. Z tohoto hlediska lze změně výtvarného vyjadřování přisoudit terapeutický efekt.

Metodické připomínky arteterapeuta se obvykle týkají proporčnosti figur, kompenzačního schématu, barevnosti, vyváženého poměru mezi malbou a kresbou. Vše zmíněné je třeba uplatňovat s respektem k vývojovým psychologickým zvláštnostem dětí. Správné metodické vedení je nezbytnou součástí výtvarné výchovy a je to i důležitý faktor arteterapeutické intervence.

Snažila jsem se využívat prvky arteterapie v hodinách výtvarné výchovy. Vycházela jsem přitom z poznatků o vývoji dětské kresby a z jejích základních znaků. V systému projektivní arteterapie je užíván ontogenetický model. Při hodnocení dětských artefaktů jsem postupovala v zásadě podle teoretického členění Jeana Piageta a Victora Lowenfelda.

Jean Piaget popisuje pět etap vývoje myšlení. První *senzomotorická etapa (0-12 měsíců)* je obdobím reflexů a později i prvních návyků a schémat. Dominantní je hmatová a kinetická složka vnímání. Po té přichází etapa vzniku symbolické funkce, dítě začíná verbálně komunikovat a rozvíjí se *předpojmové (2-5 let)* a *intuitivní myšlení (5-7 let)*. Následuje etapa *názorného myšlení (do 7-8 let)*. V průběhu dalších čtyř let (do 11-12let) jsou děti schopny organizovat *konkrétní operace*. Jejich myšlení reflektuje konkrétní manipulaci s předměty a později se opírá i o manipulaci s představou o těchto předmětech. Poslední stádium vývoje myšlení označované jako myšlení formální nastupuje v 11-12 letech a pokračuje do 17 let. Jedinec už dokáže usuzovat hypoteticky

a deduktivně, tedy o předpokladech, překračuje smyslové názorné zkušenosti. Základem formálního myšlení se stává abstraktní pojem.

Pro oblast výtvarné výchovy je podle mého názoru vhodnější využít zmiňované Peroutem (2005) Lowenfeldovy vývojové etapy. Časové údaje, v rámci nichž jsou vývojové znaky dětské kresby popisovány, jsem používala jen orientačně. Neboť jakýkoli dogmatismus považuji v arteterapii za nepřijatelný.

Lowenfeld rozlišuje následující období:

- *Období čáranic.* Zhruba okolo 2 let se dítě začne zajímat o stopu tužky na papíře. První výtvarné pokusy se datují ke konci senzomotorického období (cca 18 měsíců). Kresebné počátky se rozvíjejí paralelně s pokusy o verbální vyjádření. Období čáranic se dá rozložit do třech etap.
 1. Bezobsažné, chaotické čárání – nahodilé znaky odrážejí motorickou aktivitu. Vznikají krátké čáry různého směru. Pohyb jakoby vychází z ramene, paže a prsty dítě nekontroluje. Přesahuje formát papíru.
 2. Zvládnuté čáranice – dítě pomalu vnímá souvislost mezi pohyby tužky po papíře a vzniklými symboly. Rozvíjí se vizuální kontrola a vzniká souvislost mezi vizuální a motorickou aktivitou. Vizuální shoda mezi tím co je kresleno a kresbou samotnou je minimální, ale již začíná rozpoznávat podobnost mezi nakresleným tvarem a něčím v okolí.
 3. Pojmenovaná čáranice – signalizuje to významný posun. Dítě často začíná kreslit s určitým záměrem, ale než obrázek dokončí, tak ho změní. Dalším krokem vpřed je to, že kresbu dokáže zopakovat. Pokud jde o barevnost je dítě zaujato výraznými barevnými tóny a kontrasty mezi odstíny.
- *Preschematické období.* (3-6 let) Je to období rozkvětu fantazie. Pro dítě plně neplatí objektivní kategorie času, prostoru a logiky. Kresby dokládají symbolický způsob myšlení a nesou prvky antropomorfismu. To znamená, že zvířata a věci mají lidské vlastnosti. Zmíněné psychické ustrojení se odráží v půvabu dětské kresby předškoláků. Používání barev příliš neovlivňuje vztah mezi vybranou barevností a barvou reálnou. Pokud jde o zobrazení prostoru,

tak děti umísťujú objekty zcela nahodile a nezachycujú medzi nimi žádné viditelné vztahy. Zvýrazní jen to, co je emočně a prožitkově významné.

- *Schematické období. (6 – 8 let)* Dítě vytváří schemata, která plní funkci symbolů. Tyto symboly odrážejí smysl pro kategorie a třídy, rodí se tak schopnost zobecňovat. Dítě se pokouší integrovat jednotliviny. Typický je frontální způsob zobrazení (en face), boční pohled užívají u pohybujících se předmětů (auto, kůň...). Zcela typická je „čára země“ a „čára nebe“. Pozdějším vývojovým stupněm jsou pásy nad sebou, které odkazují k perspektivnímu vidění (spodní pás je bližší a horní vzdálenější). Objevuje se sklápění do půdorysu, rentgenové vidění (jako snaha o transparentnost), sekvenční zobrazení (záznam o časovém průběhu) a více pozorovatelských stanovišť na jednom obrázku.
- Barevnost začíná odpovídat objevenému vztahu mezi objektem a jeho barvou. Dítě volí stejnou barvu pro stejné objekty (nebe je modré, tráva zelená atd.). Pokud jde o výtvarnou tvorbu, tak v této etapě dítě začíná respektovat okolní realitu. Například E. Perout (2005) píše o jakési stagnaci ve vývoji a vysvětluje jí nároky vstupu do nové životní etapy spojené se školním prostředím.
- *Kresebný realismus. (8 – 12 let)* Dosud dítě prošlo cestu od emocionálně fantazijní oblasti k vizuální zkušenosti. Nyní se kardinálním problémem stává cesta k trojrozměrnému zobrazování. Konkrétní předmět v reálu je trojrozměrný, přičemž papír nabízí pouze dva rozměry, je tedy potřeba vytvořit iluzi třetího rozměru. Dítě „opouští“ základní linku a nahrazuje jí několika plány. Nejúžasnější je objev, že se objekty mohou na obrázku překrývat. K tomu dochází díky rozvoji konkrétních operací.
- Výtvarný projev dětí se dostává do krize, protože pokusy o perspektivní zobrazení se často nezdaří. A co se týče barevnosti, tak ta je zase o krok diferencovanější.
- *Pseudonaturalistické období. (11 – 15 let)* U dětí se rozvíjí schopnost abstraktního myšlení, protože již dokáží pracovat s pojmem a číslem nezávisle na přímém pozorování. Je to období útlumu spontánního výtvarného

vyjadřování. Děti jsou velmi kritické ke své tvorbě a zjišťují neschopnost nakreslit, to co by chtěly. V této situaci je třeba volit lehčí výtvarné techniky. Děti si dokáží všimnout způsobů, kterými světlo a stín ovlivňují vzhled ztvárňovaných objektů, mívají i výrazný smysl pro detail.

- *Adolescentní období.* (14 – 17 let) Ožívá zájem o výtvarnou tvorbu. Formální operace jsou plné abstraktnosti a zobrazované objekty často dostávají zástupnou podobu, například formu neiluzivního abstraktního schématu, stylizace symbolu apod. Výtvarné vyjádření je ovlivněno mírou poučenosti a odráží se v něm už i estetické cítění.

4.5. Reflexe nad rodičovskými skupinami

Problematika dítěte s ADHD výrazně ovlivňuje způsob života jeho rodiny. Zvolila jsem proto, jako další zdroj informací o chování dítěte, jeho rodiče. Na půdě Speciální základní školy jsem požádala o pravidelná setkávání rodiče, jejichž děti ateliér navštěvovaly, abychom společně zhodnotili naši práci. Vytvořila se tak příležitost, v jejímž rámci si rodiče předávali zkušenosti a vzájemně se podporovali. Chtěla jsem tak získat i zpětnou vazbu o programu „Cesty“, jehož prostřednictvím se žáci učí řadu sebeobránných strategií, jsou vedeni k časnému uvědomění si svých emocí a k předcházení problémů. Škola udržuje poměrně častý kontakt s rodiči. K setkání jsou vyzýváni každý měsíc, podle potřeby i častěji.

Z výzkumného hlediska rodiče představovali ohniskovou skupinu, „...pomocí které získáváme data za využití skupinových interakcí, které samovolně vznikají a probíhají v debatě na předem určené téma.“⁸²⁾ Do skupiny jsem zařadila jen rodiče dětí s diagnózou ADHD. Celkem jí tvořilo 8 rodin. Jen u jedné rodiny docházeli oba rodiče, jinak pouze matky. Přítomný otec sehrál v naší skupině nezastupitelnou roli, většina matek k němu totiž vzhlížela, a oceňovala jeho zájem o dítě. Rodiče měli základní nebo středoškolské vzdělání. Setkání s rodiči probíhalo bez účasti dětí. Šlo o heterogenní skupinu, jejíž členové se částečně znali.

⁸²⁾ Morgan (1997). in Švaříček, R., Šedová, K. a kol.(2007), cit.d., s.185.

„Podstatou ohniskové skupiny je téma, ohnisko, které se odvíjí od výzkumného problému a badatelských otázek.“⁸³⁾ Předem jsem proto připravovala scénář setkání. První krok, který jsem učinila pro otevření diskuse, bylo všeobecné představení všech zúčastněných. S tématem diskuse byli účastníci předem seznámeni, bylo jim sděleno jako součást pozvání. Všechny účastníky jsem seznámila se základními pravidly společného setkání. Využila jsem postup, který doporučuje M. Miovský:

- „Hovoří vždy pouze jedna osoba.
- Diskuse se účastní všichni přítomní účastníci.
- Nikdo nemá dominantní roli. Každý má právo říci svůj názor.
- Každý má právo se k názoru druhého vyjádřit, nemá, ale právo jej odsuzovat či jinak dehonestovat.
- Každý má právo odmítnout odpověď.
- Každý má právo zastavit svoji odpověď, nechce-li pokračovat.
- Každý má právo v případě nutnosti ukončit svoji účast ve skupině.
- Informace, které se účastníci o sobě navzájem dozvědí, patří pouze jim a žádné jiné osobě.
- Záznam a další údaje z průběhu skupiny slouží výhradně výzkumným účelům a je zajištěna ochrana osobních údajů atd.“⁸⁴⁾

Setkání trvala 60 minut a konala se v průběhu školního roku celkem pětkrát, po dvouměsíčních intervalech. Skupinu jsem zpočátku vedla relativně strukturovaně, s vysokou mírou vlastní angažovanosti. Počáteční rozpaky se podařilo velmi rychle překonat, cítila jsem, jak problémy dětí rodiče tíží natolik, že jakýkoliv ostych šel brzy stranou. Mým hlavním záměrem bylo získat údaje vycházející z každodenní rodičovské zkušenosti s vlastními dětmi, které trpí poruchou ADHD. Účastníci skupiny se vyjadřovali k tématům, která jsem navrhla do diskuse. Rozprava mezi účastníky otevřela i další témata, která bezprostředně souvisela s každodenní náročnou péčí o děti

⁸³⁾ Švaříček, R., Šedová, K. a kol.(2007), cit.d., s.185.

⁸⁴⁾ Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada. Praha s.183-184.

s ADHD. Snažila jsem se dozvědět jaké zdravotně sociální dopady má porucha ADHD na jejich rodiny. Sledovala jsem i hodnocení arteterapeutického ateliéru rodiči. V závěrečné fázi setkání jsem nabídla prostor pro připomínky účastníků. Nedílnou součástí bylo poděkování za účast a společně strávený čas.

Jako moderátorka ohniskové skupiny jsem se snažila...,účastníky především podněcovat, povzbuzovat v zapojení do diskuse a pomáhat jim ve vyjádření jejich názorů a pocitů, nikoli je „řídit“ a hodnotit.“⁸⁵⁾ Při stanovení témat jsem využila zkušenosti ze skupinové arteterapeutické práce s dětmi. Jejich obsahová zaměření jsem volila tak, abych spojila ohniskovou skupinu s individuálními hloubkovými interview⁸⁶⁾. Snažila jsem se tak zachytit rozdíly mezi standardním chováním žáků a specifikami dětí s ADHD.

Provedla jsem analýzu výpovědí účastníků diskusí v jednotlivých tematických okruzích a dospěla jsem k následujícím poznatkům.

Tematický okruh 1.: Jak hodnotíte spolupráci se školou?

Z osmi přítomných rodin, polovina uvedla, že se školou nepotřebují komunikovat nad rámec nabízených třídních schůzek, protože je hodnotí jako postačující. Ostatní využívají možnost kontaktovat školu (nejčastěji třídní učitelku) kdykoli to potřebují. Dobře fungují i notýsky, jejichž prostřednictvím mohou rodiče s učiteli také komunikovat o běžných problémech dětí. Výsledky této komunikace hodnotí rodiče jako užitečné pro obě strany. Účastníci se shodli na tom, že učitelé jsou dobře informováni o problémech jejich dětí, ocenili individuální přístup (nízký počet dětí ve třídě a práci asistenta).

Všichni konstatovali, že po nástupu na Speciální ZŠ se problémy jejich dětí upravovaly. Rodiče vyjádřili svou spokojenost s tím, že jejich děti mohou navštěvovat školu se speciálním výukovým programem „Cesty“. Zaznamenali řadu pozitivních změn v chování, samozřejmě u každého dítěte v jiné intenzitě. Rodiče vyzdvihli

⁸⁵⁾ Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada. Praha s.177.

⁸⁶⁾ „Hloubkový rozhovor dnes patří k nejužívanějším metodám v kvalitativně orientovaných šetřeních. Při zkoumání některých sociálních jevů se ukázalo prospěšné zjišťování názorů a postojů u více respondentů zároveň.“ Sedláček, M. (2007) in Švaříček, R., Šedová, K. a kol. (2007), cit.d., s.184.

techniku, která děti učí brzdit své impulsivní reakce. Za nejefektivnější považovali metodu *želví strategie*. Ve třech rodinách jí dokonce začali s úspěchem používat doma.

Tematický okruh 2.: Jak děti hodnotily práci v ateliéru?

Rodiče vypověděli, že děti do ateliéru docházely rády, zpravidla přicházely z ateliéru spokojené a v dobré náladě. Dva z rodičů uvedli, že u svého dítěte vyzorovali zvýšený zájem i o samotnou činnost v ateliéru. Tyto děti nejen o ní mluvily s nadšením, ale nové výtvarné postupy zkoušely i doma.

Tematický okruh 3.: Zaznamenali jste nějaké změny v chování dítěte v době, kdy docházelo na arteterapii?

Nejvíce děti doma mluvily o společných zážitcích z ateliéru. Často rodičům popisovaly svoje obrázky a ve škole se jim je snažily předvést, na místech, kde byly občas vystaveny. Děti se taktéž chlubily hodnocením od skupiny a s nadšením se s rodiči dělily o své úspěchy.

Dokonce jedna rodina navštívila na doporučení dítěte výstavu v Národní galerii. Rodiče ocenili smysluplné trávení volného času.

Časem se ve skupině dětí rozvinula vzájemná spolupráce, která se uplatňovala i mimo arteterapeutickou skupinu. V praxi se ověřil předpoklad, že pozitivní zkušenosti, které spolu děti prožily, mohou a budou ovlivňovat jejich chování i v jiném prostředí. Pozitivně byla hodnocena podpora vzájemných vztahů mezi dětmi, a to jak uvnitř, tak i mimo skupinu. Dokonce dvě děti po měsíci přivedly své další dva spolužáky.

Tematický okruh 4.: Jaký je Váš podíl na výchově Vašeho dítěte s ADHD?

Výchova je pouze na mě, uvedlo pět matek. S tím, že z tohoto počtu partneri u třech z rodin nežijí s matkou a dítětem, a do výchovy zásadně nezasahují. Ve zbylých dvou případech matky konstatovaly, že otcové dětí na ně nemají trpělivost, a ve výchově se tak cítí zcela osamoceny. Obě při tom vyzdvihly pomoc a podporu ze strany školy. U zbývajících třech rodin mají matky podporu v partnerovi, který se podle svých možností angažuje v péči o dítě.

Tematický okruh 5.: Pomáhá Vám širší rodina?

Z osmi dotazovaných rodin pouze dvě mohou počítat s pomocí prarodičů. V jednom případě vypomáhá sestra matky.

Tematický okruh 6.: Prožíváte při výchově dítěte záporné pocity? (Strach, bezradnost, napětí, hněv vůči dítěti, vyčerpání, bezmocnost, nepochopení od okolí, jiné...)

Všichni účastníci ohniskové skupiny se shodli na pocitech bezradnosti, napětí a vyčerpání. Jejich děti s diagnózou ADHD žijí již léta a všichni na vlastní kůži poznali náročná období, kdy se setkávali s nepochopením okolí a s obviňováním z vlastní neschopnosti. Rodiče mají dostatečné informace o poruše ADHD a po spletitém hledání spolupracují s odborníky. Účastníci patřili mezi angažované rodiče, kteří chtějí řešit problémy svých dětí. Bez pomoci a podpory odborníků by byly situace rodin obtížnější. Dlouhodobá terapie je nutností.

Tematický okruh 7.: Má výchova Vašeho dítěte dopad na rodinný život? (Partnerské, sourozenecké konflikty, konflikty s prarodiči či v širší rodině...)

Všichni odpověděli ano, a považují ho za zásadní. Partnerské konflikty kvůli dítěti uvedli rovněž všichni rodiče. Konflikty s prarodiči byly pro tři rodiny natolik obtížné, že vážně narušily rodinné vztahy, a proto se téměř vzájemně nekontaktují. Prarodiče obecně zastávají autoritativnější výchovu a nesnaží se porozumět problematice ADHD. Řešení spatřují v tvrdší a důslednější výchově. Sourozence mají děti v pěti rodinách, konflikty byly zásadnější v předškolním a mladším školním věku. Vzájemné sourozenecké vztahy hodnotí rodiče v podstatě dobře.

Poznatky z výzkumné metody „ohnisková skupina“ umožňují vymezit určité obecnější závěry o životě rodiny s dítětem s ADHD. Někteří rodiče odmítají vliv ADHD na život rodiny. Jde především o děti v předškolním věku, jejichž potíže se teprve začínají projevovat. Účinným nástrojem pro život s ADHD (nejen v rodině) je výuka životní strategie.⁸⁷⁾ V této souvislosti mne zajímal přesah skupinových zkušeností dětí do běžného života, konkrétně změny v rodinném soužití (vztahy s rodiči, prarodiči a se sourozenci). Děti postupně začaly uznávat nutnost pomoci a „otevíraly se“ pro možnosti řešení svých potíží. Lze toho dosáhnout pouze kontinuální terapeutickou

⁸⁷⁾ S výukou životní strategie pracuje americká terapeutka Diane Stein Safran. Obsahem přístupu je popis efektivních postupů, které dítě s ADHD učí obstát v životě, např. obrnit se vůči nepřátelskému okolí nebo správně rozumět poruše ADHD a eliminovat její projevy.

prací, podle mé zkušenosti minimálně půlroční, s možností následně navazujících občasných setkání. Arteterapie „nabízí“ klidné a bezpečné místo k učení se, jak zvládat ADHD.

Osvědčilo se mi mluvit s rodiči o tom, co se děje na skupinách. Rodiče, kteří následně hovoří s dětmi o jejich práci v ateliéru, je motivují pro další činnost, a zvyšují i jejich zaujetí. Pro řadu dětí má velký význam možnost pochlubit se svými obrázky.

Rodiče dětí ze Speciální ZŠ lze rozdělit podle toho, jak své dítě přijímají (což je patrné i v dalších kontaktech se školou) a do jaké míry se řídí doporučeními odborníků školy.

1. **Rodiče přijímající své děti a pozitivně reagující na doporučení odborníků.** U těchto rodin se podařilo podpořit více změn. Celkově hodnotili chování svých dětí doma jako klidnější. Stejnou odezvu jsem získala i od pedagogů ze školy. Pozitivní změny zaznamenali již v prvních dvou měsících od začátku školního roku. Rodiče hodnotili pozitivně speciálně pedagogické přístupy uplatňované ve výuce, nízký počet dětí ve třídě a práci asistenta.
2. **Rodiče s ambivalentním vztahem k dítětem a pozitivním ke škole.** U této skupiny se pozitivních změn událo poměrně málo. Děti i přes medikaci vykazovaly nepatrná zlepšení ve svém chování. Doma i ve škole byly hodnoceny jako klidnější, jinak se výrazněji nezměnily.
3. **Rodiče s chladným až odmítavým vztahem k dítěti a s pozitivním ke škole.** Vstřícnost rodičů jsem pociťovala jako „pózu“. Nebyla pochopena jinakost dítěte. Pozitivní změnu se nepodařilo nastavit. U dětí z těchto rodin se začínají vedle hyperaktivity uplatňovat i poruchy chování, které jak praxe ukazuje, mají progresivní tendenci.
4. **Rodiče, kteří zanedbávají dítě a rádně se o něj ani nestarají.** Tito rodiče se školou nespolupracují. Za svou praxi na Speciální ZŠ jsem se setkala s jednou takovou rodinou. Jejich chlapec byl nakonec odebrán z rodiny do dětského domova.

Podobná klasifikace rodičů pomáhá k analýze prostředí rodiny, ve které se vyskytuje porucha ADHD u dítěte. Kontaktem s rodiči dětí si stále více uvědomuji až

fatální vliv rodičů na život dítěte. Dítě s rodiči neustále interaguje a hledá pozitivní odezvy. V tomto snažení nepolevuje dítě ani na prvním stupni základní školy. V pozdějším věku, nejsou-li odezvy rodičů adekvátní, následuje určité smíření s nepřijetím, ale dítě rodiče přestane vyhledávat nebo dokonce vůbec potřebovat.

Mám dobrý pocit, že alespoň u některých rodin jsem, jako jedna z týmu odborníků, mohla pomoci přispět k pochopení jinakosti dítěte a především k jeho přijetí rodiči. V rodinách, kde se to podaří, lze dojít k lepší rodinné atmosféře, která každého z členů podporuje v dalším snažení. Došla jsem k poznání, že díky arteterapii, škola nebyla pouhým zdrojem potíží, ale že rodinám žáků přinesla i tolik potřebnou naději ke změně.

5. Případové studie

Pro detailní pochopení složité problematiky poruchy ADHD jsem zvolila případovou studii, protože umožňuje velmi podrobné zkoumání a porozumění konkrétnímu případu. Základem případového šetření musí být sběr skutečných dat vztahujících se k objektu výzkumu (případu). Účelem případové studie je porozumět a interpretovat události, které jsou spojeny se zkoumaným objektem. Ve své případové studii jsem se zaměřila na zjišťování důvodů a příčin problémů, hledala jsem vztahy mezi nimi, a jejich vnější kontext. Obrázky vybrané pro analýzu jsou významné a zlomové.

První studii věnuji desetiletému chlapci ve čtvrtém ročníku Speciální základní školy pro žáky se specifickými vývojovými poruchami chování. Jakub navštěvoval výtvarný ateliér jednou týdně po dobu šesti měsíců. Pro druhou kazuistiku jsem zvolila jedenáctiletého chlapce, rovněž žáka ze Speciální základní školy, který na arteterapii docházel též jednou týdně ve shodném časovém období jako Jakub. Ve třetí případové studii popisuji arteterapeutickou práci s chlapcem předškolního věku, se kterým jsem individuálně pracovala ve sdružení Hyperaktivita.

Veškerou dokumentaci jsem roztřídila do dvou okruhů, na organizační a analytickou dokumentaci.

5.1. Případová studie č.1

Organizační dokumentace

Osobní anamnéza

Chlapec byl na školu přijat z důvodu problémového chování a rovněž na základě odborného psychiatrického i psychologického vyšetření.

Osobní data

Jméno: Jakub

Pohlaví: chlapec

Věk: 10 let

Zdravotní stav: dobrý

Diagnóza: Suspektní porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD – závěr psychologického vyšetření. Výrazné projevy ADHD – závěr pedagogicko-psychologického vyšetření

Zaměstnání: žák 4. ročníku Speciální základní školy, učí se s dobrým prospěchem.

Rodinná anamnéza

Chlapec žije pouze s matkou, tedy v neúplné rodině. Bydlí blízko Prahy v rodinném domku, ve kterém sdílí pouze jeden pokoj s matkou a ostatní prostory jsou společné pro jeho širší rodinu. V domě žijí dva sourozenci matky s rodinami. Dva bratrance ve věku 15 a 17 let mají na chlapce špatný vliv - potuluje se s nimi a nabízejí mu cigarety. Jakub má ještě malého dvouletého bratrance, velmi hezky o něm mluví.

Matka je starší, je jí 51 let, z dřívějších vztahů má dva dospělé syny. Oba již žijí samostatně a pro Jakuba nejsou nijak významní. Matka se za otce Jakuba neprovdala. Jeho otec trpí psychiatrickou diagnózou, bývá agresivní a matku v závěru těhotenství s Jakubem surově zbil. Otec žije na Moravě a chlapec za ním občas dojíždí, mají velmi komplikovaný vzájemný vztah. Například, při poslední

návštěvě u otce se Jakub choval natolik nevhodně, že zničil vztah s novou otcovou partnerkou.

Současný stav

Matka je z chování chlapce nešťastná, nedokáže ho usměrňovat a bývá často bezradná. Na jaře 2009 došlo dokonce k následující epizodě. Matka se dostavila na oddělení sociálně právní ochrany dítěte (OSPOD) v místě svého trvalého bydliště. Uvedla, že u syna dlouhodobě sleduje autoagresivitu, a agresí vůči okolí. Stěžovala si, že jí syn opakovaně vyhrožoval, že jí udá na polici, protože ho údajně týrá. Na OSPOD došla po události, při které se Jakub z jejího pohledu choval naprosto nezvladatelně, a proto s ním chtěla navštívit ošetřujícího psychiatra. Při cestě do ordinace Jakub matku bil a ona měla velké potíže ho vůbec vést. Cestou si vynucoval koupit jakési pistole, když to matka odmítla, nejdříve jí chtěl vzít peněženku a poté naznačoval, že skočí pod auto. Na základě toho zavolala matka záchrannou službu, která Jakuba převezla do nemocnice, kde byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Byl propuštěn po třech týdnech a byla to jeho druhá hospitalizace.

Chlapec se léčí u doc. MUDr. Ivo Paclta, CSc. Po hospitalizaci byl až do konce letních prázdnin u otce na Moravě. Od září se vrátil zpět k matce, aby mohl navštěvovat Speciální základní školu pro žáky se specifickými poruchami chování v Praze. Jeho stav je nyní relativně stabilizovaný. Má medikaci, která mu významně pomáhá zvládat agresí a výbušnost. Potvrzuje to matka i třídní učitelka Jakuba. Přesto se u Jakuba občas objevují sklony k impulzivnímu jednání a vykazuje nedostatečnou sebekontrolu. V kritických situacích, je-li na něho vyvíjen tlak, například, aby splnil nějaký úkol, přestává spolupracovat a mívá výrazné negativní emocionální reakce. Reaguje až afektivně a často i neadekvátně.

Na základě žádosti matky bylo Jakobovi provedeno orientační psychologické vyšetření a na jeho základě byla stanovena vhodná doporučení pro budoucí rozvoj.

Analytická dokumentace

V této části uvádím především interpretační práci s výtvarnou produkcí Jakuba. Popisuji jeho verbalizace nad artefakty a uvádím také své metodické vstupy.

Jakub byl v ateliéru vždy velmi snaživý. Zpočátku byl sice nejistý, ale postupně si získával důvěru a spolupracoval. Zadání plnil co nejlépe. Při zpracování obtížnějších témat býval mírně frustrován. Jeho tempo při malování bylo nevyrovnané, práci přerušoval a musela jsem ho neustále pozitivně motivovat a povzbuzovat. Měl obavy, jestli se mu obrázek zdaří a potřebuje častou podporu při práci. Velmi citlivě prožívá neúspěch a často se předem sám podceňuje. Významně vnímá své školní neúspěchy, přestože ve skutečnosti podává velmi dobrý výkon. Zaznamenala jsme u něho značný motorický neklid (v určitých momentech je nadměrně pohyblivý, odbíhá od činnosti). Na výtvarnou práci se dokáže relativně dobře koncentrovat, ve výuce má však potíže s pozorností. Rozladí ho, pokud se mu práce nedaří dokončit tak brzo, jak by si sám přál.

Hlavní terapeutickou zakázkou v případě Jakuba, byla práce s jeho sociálním úsudkem a pomoc při utváření a posilování jeho vztahů s vrstevníky. Snažila jsem se poskytnout mu oporu a vést ho při obtížnějších úkolech. Důvodem bylo jeho nízké sebehodnocení. Zážitky úspěchu při arteterapii mu pomáhaly, aby zdárně překonával tuto bariéru. Jakub velmi rád kreslí a maluje, a tak se v ateliéru cítil vždy dobře. S entuziasmem hovořil o svých obrázcích a byl celkově komunikativní. Dokázal se do malování zcela ponořit. Pouze jednou jsem se setkala s jeho nechutí pracovat. Do ateliéru přišel rozladěný po incidentu se spolužákem a tehdy ani žádný obrázek nevytvořil. Atmosféra v ateliéru ho však dokázala zklidnit.



Obr. 1. *Autoportrét Jakuba, zdroj vlastní, formát A4.*

Autoportrét je první Jakubův obrázek, který vznikl v ateliéru. Pro dětskou kresbu je tento námět příznačný. Vypovídá o autorovi více než jiné symboly. Dítě do kresby promítá celé své „já“. Námět autoportrétu jsem pojala jako první krok k lepšímu poznání svého „já“. Chlapec se namaloval z profilu, což dávám do souvislosti s vývojovým stadiem (dle J. Piageta etapa konkrétních operací), ve kterém se nachází, a je to pro toto období příznačné. Jakub si je na svém autoportrétu podobný, usuzuji proto, že nemá problém s přijetím sebe sama.

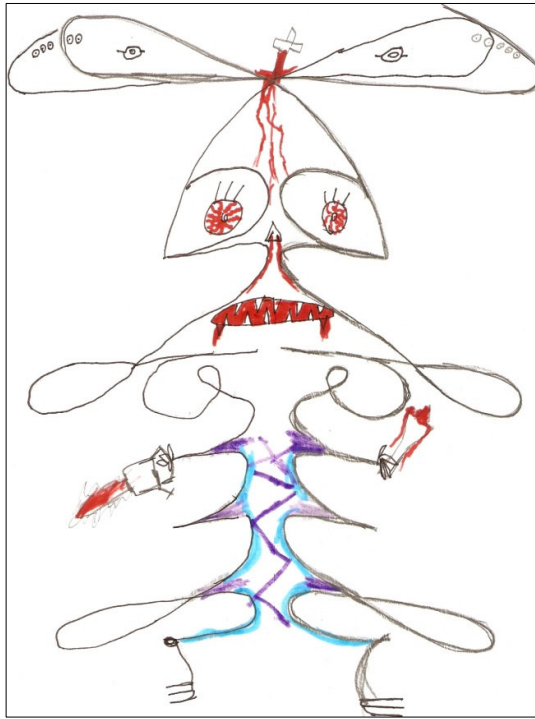
Portrét je mírně stlačen do pravé dolní části obrázku. Nepřikládám tomu zásadnější význam, protože právě tato část je na obrázcích místem identifikace pro autora. Co však nelze opominout je chybějící část trupu. Předpokládám, že to souvisí s Jakubovou nechtí o sobě sdělit více než je nutné. Měl namalovat svůj portrét, tedy hlavu, a to přesně splnil. Zajímavá je i průhlednost hlavy. Interpretuji ji jako obranu proti vpádu do jeho soukromí. Jakub se na svém portrétu usmívá tak, že mu jsou až vidět zuby a ty jsou všeobecně považovány za symbol agrese. V případě Jakubova chování to lze jen

potvrdit a sám autor toto tvrzení umocnil ještě červeným jazykem, tedy i zvolenou barevností. Vedle úst jsou i uši dalším komunikačním prostředkem. Jakub je namaloval proporčně i velikostně správně, s nasloucháním potíže nemívá.

Velmi výraznou dominantou obrázku jsou velké zelené vykulené oči. Oči jsou „zrcadlem duše“ a výmluvně vypovídají o subjektu i o jeho vidění světa. Oči také chrání, protože nás upozorňují na nebezpečí. Jsou i výrazným sexuálním symbolem, to však platí hlavně u děvčat. Zarážející je barevnost očí, kterou je světle zelená barva, neodpovídá Jakobově barvě očí, má je hnědé. V obrázku je tak obsažena určitá úroveň symboliky. Světle zelená barva odkazuje na předškolní věk, pro který je velmi typická. Jde o tzv. „věk dětského hřiště“, období hádek a rvaček bez pravidel. Jakobovo chování to potvrzuje. Jakub nosí brýle. Tím, že obrubu brýlí namaloval tmavě zelenou, prokázal, že je přeci jen věkově zralejší. Lze v tom vidět pozitivní posun, který doufám Jakuba čeká. Ovšem tmavě zelená barva je i barvou odkazující na vnitřní neklid a tenzi.

Své vlasy vystihl poměrně reálně a nevykazují narcistický sklon, protože nejsou přikrášlené. Skutečnost, že jsou krátké a působí trochu neučesaným dojmem, může signalizovat Jakobovu nespoutanou impulsivitu.

Jmenovka je rovněž jedním z prvních Jakobových obrázků. Pochází z období, kdy se v ateliéru vzájemně seznamovali všichni členové skupiny. Každý napsal své jméno a poté otočil papír, a tím vytvořil jeho zrcadlovou podobu. Jakub svou jmenovku pojal



Obr. 2. *Jmenovka, zdroj vlastní, formát A4.*

jako postavu, v podstatě namaloval sám sebe. Tento obrázek jsem vybrala pro demonstraci agresivních prvků v kresbě, zde jich je celá řada.

Postava drží v rukou zakrvácené mačety (tak je označil sám Jakub). Další mačeta je zapíchnuta do samotného středu hlavy. Symboly zbraní potřísněných krví agresivitu ještě umocňují. Do samotného středu své jmenovky si autor nakreslil otevřená ústa s vyceněnými zuby a vše je zalité krví. Dokonce si namaloval i upříčí zuby, aby jak sám Jakub řekl, mohl pít krev tomu, kdo ho naštvě. Až děsivě působí jeho červené oči s výraznými řasami, jakoby chtěl svou agresí okouzlovat.

Na trupu figury trochu experimentoval s fialovou a azurovou barvou. Jejich symbolika vypovídá o emočním chladu, citové uzavřenosti a napětí. Celá postava s ohromnou hlavou stojí na slabých nohách, které mají jen tři prsty a připomínají ptačí

nohy. Interpretuji to jako Jakobovu nejistotu a nestabilitu. Celkově působí Jakobova jmenovka jako velmi útočný tvor, který na sebemenší impuls zaútočí.



Obr. 3. *Můj erb, zdroj vlastní, formát A4.*

Další technikou, díky které lze pracovat s klientovou sebeprezentací, je kresba vlastního erbu.

Samotný erb je vytlačen do horní části obrázku a zkrášlující rolničky se dokonce na papír ani nevešly. Potvrzuje to skutečnost, že autor zpracovává svou představu a přání. Jakub opět v podstatě namaloval svůj autoportrét, jen se převlékl za šaška. Klauni a vůbec groteskní postavy v dětských obrázcích svědčí o tom, že dítě se vnímá odlišně od druhých. Posmívá se mu okolí a právě toto chtěl Jakub podle mého názoru sdělit.

Opět vidíme „uříznutou“ hlavu bez spojení s trupem, stejně jako u autoportrétu. Chybějící integrace částí postavy může vypovídat o malé přizpůsobivosti, nestabilitě, impulzivité a o slabé koordinaci. Znovu je hlava namalována z profilu. Ústa nakreslil stejným způsobem, jsou pootevřená s vyceněnými zuby (ty zastupují agresi nejen

fyzickou, ale i verbální). Posun tu přeci jen je, ústa neobtěhl fixem a jsou proto méně nápadné. Nechybí červený jazyk. Oči jsou opět vykulené a tentokrát světle modré. Taková barva odkazuje na dobrou vůli spolupracovat a ochotu vyhovět, zároveň tak vyjádřil emoční chlad, bez schopnosti hlubokého citového prožitku. Nově Jakub svůj portrét vybarvil a to žlutě. Chtěl pracovat lihovými fixy, a to barevnou škálu velmi omezuje, a aby neztratil motivaci k výtvarné práci, ustoupila jsem a nenutila ho ke změně. Fixy jsou u dětí velmi oblíbené, pro jejich jasnou a výraznou barevnost, ale z hlediska výtvarného nejsou ideální.

Celá kresba byla nejprve předkreslena tužkou, na originále je patrné dření a časté gumování, což je příznačné pro obrázky dětí s ADHD. Ukazuje to na jejich problémy s jemnou motorikou a může to demonstrovat i častou nejistotu a nedůvěru v sebe sama.

Za pozornost stojí barevné šachovnicové pole ve spodní části obrázku. Jsou to nepravidelné geometrické útvary nesoucí červeno - žluto - modrou barevnost. Barevnou symboliku interpretuji tak, že vyjadřuje Jakubův „červený“ razantní postoj s agresí a impulzivností, „žlutou“ touhu to lepším sebeprosazování a „tmavě modrou“ úzkost.



Obr. 4. *Moje narozeninová oslava, zdroj vlastní, formát A4.*

Témata vztahující se k rodinným událostem nepřímo informují o situaci v rodině samotné, viz. obr. 4. Oslava je výjimečným momentem a odráží realitu i přání dítěte. Jakub nakreslil vyzdobený pokoj, ve kterém oslava probíhá. Na svém identifikačním místě nakreslil sám sebe, jak drží dvoupatrový dort s hořící svíčkou. Jakoby mu právě někdo popřál, ale chlapec je na obrázku sám. Navenek je všechno velkolepé a okázalé, ale oslavenec zůstal sám. Na obrázcích Jakuba se často objevují objekty ve trojím vyhotovení, zde to jsou tři balonky a židle.

Interpretuji tyto triády jako jeho rodinu. Zahrnuje do ní matku, u které nyní žije, otce, se kterým bydlel od jara do konce prázdnin a sebe. To, že žije vždy určité období jen u jednoho z rodičů, podle mne souvisí s tím, že na obrázku vymaloval jen dvě židle a třetí je neobsazená a proto nevybarvená. Stůl s pohoštěním má světle modrou barvu znamenající emoční chladnost.

Ve středním pásu jsou žluto-modré tečky maskující bezradnost. Horní část pojal slavnostně a podtrhl to nápisem „happy birthday“, který jsem mu musela předeepsat na papír, aby prý neudělal chybu. Svou postavu nakreslil jen jako schematický obrys a nepoužil barvu. Průhlednost postav je všeobecně interpretována jako úzkost a nejistota. Není se čemu divit, pokud Jakub svou oslavu prožívá sám. Dokonce i dveře do pokoje, které Jakub namaloval hned vedle své postavy, zůstaly zavřené.

Jistým posunem ve výtvarné produkci Jakuba je skutečnost, že poprvé vedle tužky a fixů, použil na mou žádost i akvarelovou barvu, a to na vymalování stolu a židlí. Popularita fixů je pravděpodobně vyvolána obdivem ke graffiti, protože ty v některých podobách vznikají lihovými fixy, pro jejich intenzitu a nesmazatelnost. Jakub patří k dětem, kterým se tento výtvarný projev líbí. Graffiti děti obdivují proto, že pro ně mají příchut' odvahy a dobrodružství.



Obr. 5. *Betlém, zdroj vlastní, formát A3.*

Jedním z interpretačně zajímavých témat je Betlém. Opět umožňuje dětem symbolickou cestou vypovídat o své rodině. Ve středu obrázku je chlév a v něm kolébka s Ježíškem. Chlév je spíše dřevěným srubem, na jehož průčelí je lebka krávy (má mohutné rohy a nechybí jí zuby), která bdí nad dítětem. Dítě je tu samo, opuštěné. Přichází k němu postava, podle slov Jakuba to je sv. Josef, tedy ve své podstatě chlapcův otec. Odpovídá tomu i barevnost mužské figury, která je otcovsky hnědá. Matka přesto, že není nakreslena, je na obrázku přítomna a to formou své mateřské barevnosti a tou je fialová. Velmi jsem ocenila Jakubův pokus pracovat s vodovými barvami. Předložila jsem mu anilinové barvy, protože jejich paleta je výraznější než u běžných akvarelových barev. Barvy jsou použity pro vybarvování ploch, ale díky své různorodé sytosti dodávají náznaky prostoru, přestože vše je ukotveno na základně.

Na obrázku se opět setkáváme s motivem, který je třikrát opakován, konkrétně jsou to hvězdy, jako zástupná symbolika tříčlenné rodiny chlapce. Svítící měsíc a hvězdy dávají obrázku časové zakotvení. Tyto symboly jsou zahaleny tajemstvím, jsou něčím nedostupným a neskutečným. Jsou nad mužskou figurou a tím zesilují její významnost.

Jakub tak zpracoval své vzpomínky na otce, s nímž od září není v kontaktu. Dítě v takových situacích vzpomíná na druhého rodiče, se kterým právě není, a srovnává výchovné styly obou rodičů. Některé děti této skutečnosti umně využívají ve svůj prospěch, a dokáží manipulovat s rodičem, u kterého právě bydlí, a vynucují si to, co měly u druhého. Jakubova matka tento postřeh potvrdila.



Obr. 6. Skupinová výtvarná práce na téma „Naše ZOO“, zdroj vlastní, formát A4.

Pro rozvoj vzájemných vztahů ve skupině jsem zařazovala společnou práci, při které všichni pracují nad zadaným tématem společně. Děti se tak učí vzájemnému respektování a jsou vedeny ke kooperaci. Děti měly k dispozici balicí papír formátu A0, vodové a voskové barvy a prosadily si fixy. Tématem byla „Naše ZOO“. Skupina se po zadání tématu rozdělila do třech skupinek po dvou až třech členech. Děti se spontánně vzájemně semkly, aby si pomohly, protože kresba zvířata je pro ně náročná. Spolupracovaly a vyjednávaly o tom, co a kde bude umístěno. Konflikt mezi dětmi nevznikl a dokázaly se domluvit na pojetí celé ZOO, i na tom, kdo bude jaké zvíře kreslit.

Jakub byl jediný, kdo nechtěl s nikým spolupracovat a dokonce ani tvořit sám za sebe. Dotčeně si až po chvíli vzal papír, s tím že namaluje svoje zvíře. Netlačila jsem na něj, aby poslechl a šel pracovat. Jen jsem situaci okomentovala, s tím, že na práci se mají podílet všichni. Respektovala jsem však jeho postoj a doufala, že se přeci jen nakonec sám zapojí. Tak vznikl obrázek vlka. Je to zvíře, které podle orientační asociativní a charakteristické symboliky, vypovídá o osamocení, krvelačnosti a krutosti. Vše uvedené najdeme i v Jakubově výtvarné produkci.

Znovu je tu symbol lebky, tentokrát jako oběti vlka. Již podruhé lebka doprovází Jakuba na jeho obrázku. Vnímám ji jako jeho duchovní talisman, který mu pomáhá v situacích, kdy je na všechno sám. Prostorovost naznačuje kaktus a palma. Strom, na obrázku je to palma, je vlastně symbolem člověka. Analogie je spatřována v tom, že člověk i strom stojí. Tento Jakubův strom je originální. Vegetace svědčí o zaujetí exotikou a je zasazena do světla zelené trávy, ta poukazuje na emoční nezralost.

V horní části artefaktu je vodní plocha. Voda patří k hlavním ženským symbolům. Je v ní jedna ryba (ta symbolizuje tajemnost, mlčenlivost, samotářství a volnost), na kterou ovšem čeká návnada s prutem. Je otázkou, jestli se ryba chytí. Provozně nebylo možné se Jakuba ptát na to, kdo chce rybu ulovit. V individuální terapii by to mohl být počátek zajímavého rozhovoru.

Poté co Jakub obrázek dokončil, sám projevil zájem umístit ho na společnou plochu. Ostatní děti nic nenamítaly a tak byl obrázek přilepen. Chlapec se ještě stačil zapojit do společné práce a pomohl dotvořit výběh pro tygry.



Obr. 7. Skupinový obraz „Naše ZOO“, zdroj vlastní, formát A1.

5.2. Případová studie č.2

Organizační dokumentace

Osobní anamnéza

Chlapec byl na školu přijat na základě žádosti matky z důvodů problémového chování, také pro výrazné zhoršení prospěchu a doporučení dal i jeho pedopsychiatr.

Osobní data

Jméno: Matěj

Pohlaví: chlapec

Věk: 11 let

Zdravotní stav: dobrý

Diagnóza: ADHD, poruchy chování specifického charakteru, ovšem s následnými projevy poruch chování charakteru nespecifického:

- častá šikana, vyhrožování nebo zastrašování druhých
- vyvolávání pranic a bitek
- nadměrné rvačky
- projevy fyzické agrese a hrubosti k lidem
- vydírání
- vzdorovité a provokativní chování
- trvalá silná neposlušnost

SPU (dysgrafie, dysortografie)

Zaměstnání: žák 4. ročníku Speciální základní školy, opakuje ročník.

Psychofyzický vývoj

Podrobnosti týkající se těhotenství a porodu nejsou v osobní dokumentaci uvedeny. Chlapec několikrát utrpěl vážný úraz. Jako dvouletý byl poražen autem a jeho stav byl vážný, dokonce byl ohrožen na životě. Ve čtyřech letech se opařil vřící vodou, v šesti utrpěl úraz hlavy s otřesem mozku a v sedmi si rozrazil ret.

Vstup do školy

Chlapec začal navštěvovat školu až v sedmi letech. Vzhledem k tomu, že od počátku výuky se u něj projevovaly obtíže ve smyslu ADHD, specifických poruch učení SPU (dysgrafie a dysortografie) a poruch jemné motoriky bylo mu doporučeno pedagogicko-psychologickou poradnou přeřazení do specializované třídy. Matka s tímto řešením souhlasila. Do kolektivu se zařadil s obtížemi. Byl agresivní vůči mladším a slabším spolužákům, a to už tehdy s náznakem skryté šikany. Od začátku školní docházky se u Matěje projevoval výrazný neklid a nekázeň, nerespektoval pokyny učitele a napadal spolužáky. V průběhu dalších ročníků došlo k postupnému zhoršování školních výkonů a zvýraznily se projevy slovní i fyzické agrese. Vymáhal peníze od slabších spolužáků, odmítal autoritu a dokonce se objevily i konflikty mimo školu (krádeže, kouření, toulky a lhaní). Vzhledem k výraznému zhoršení prospěchu opakoval čtvrtý ročník.

Rodinná anamnéza

Matka (36 let) pracuje jako poštovní doručovatelka a otec (37 let) je číšníkem. Chlapec má sestru (18 let), která nezískala žádnou kvalifikaci. V současné době je bez zaměstnání, chodí jen na občasné brigády. Sestra je závislá na návykových látkách, momentálně prý abstínuje.

Chlapec žije v úplné rodině, doplněné nevlastním otcem. Matka má z prvního manželství dceru a po rozvodu se už neprovdala. Z dalšího vztahu má Matěje. Jeho otec je však po chlapcově úrazu (v jeho dvou letech) opustil a od té doby se s nimi nestýká a dokonce ani neplatí výživné. Matka navázala nový vztah s mužem, který s nimi žije ve společné domácnosti již sedmým rokem. Matěj partnera své matky uznává jako svého otce a zdá se, že má na chlapce dobrý vliv. Rodina žije v Praze v bytě 2+1.

Velikou zátěží pro celou rodinu je chlapcova sestra, která se několik let potýká se závislostí na návykových látkách. Matějův vztah k sestře je ambivalentní, kolísá od strachu z ní až po její přijetí. Pro chlapce jsou ještě významní rodiče matky, kteří nežijí v Praze. Matěj je rád navštěvuje a velmi hezky o nich mluví.

Současný stav

Po nástupu na Speciální základní školu se Matěj projevoval agresivně. Slovně i fyzicky napadal spolužáky, většinou bezdůvodně. Posmíval se dětem, urážel je a nevhodně poukazoval na sociální postavení některých spolužáků ze sociálně slabších rodin. Měl rasistické narážky na romské děti. Matěj měl mnoho neomluvených absencí a pozdních příchodů.

Chlapec nemá vyhraněné koníčky a baví ho pouze hudba. Rád by chodil na karate, ale to mu matka nechce (vzhledem k předchozím vážným úrazům) dovolit. Má vřelý vztah ke zvířatům, chová potkana a činčilu.

Matěj opakuje čtvrtý ročník, protože se v minulém roce značně prospěchově zhoršil. O učivo neprojevuje zájem a využívá znalostí z předchozího roku. Podle psychologického vyšetření je struktura jeho rozumových schopností v pásmu vyššího průměru. Svých schopností nevyužívá na rozvoj školních dovedností a učební povinnosti stojí mimo jeho zájem. Chybí mu vnitřní motivace pro práci na sobě. Úroveň Matějových vědomostí je podprůměrná a neodpovídá jeho věku ani schopnostem. Sociální inteligenci má rozvinutou, problematickým situacím rozumí, je sociálně zdatný a v jeho odpovědích lze poznat emoční nevyrovnanost a ambivalenci. Jeho pozornost je kolísavá. V současné době je Matěj v péči ambulantního psychiatra.

Analytická dokumentace

Matěj je komunikativní a aktivní, je vztahově orientován. Mohu konstatovat, že je do jisté míry závislý na kolektivu, protože má silnou potřebu vyniknout a být uznávaným členem skupiny. V jeho komunikaci dominuje agresivita a direktivnost. Snaží se vyniknout skutečně za každou cenu a svá vnější i vnitřní zranění staví na

obdiv. Za tímto chováním je skrytá nejistota a vnitřní napětí. V komunikaci je manipulativní, vztahy si organizuje podle svého, nerad se podřizuje a často je v odporu, a to obzvláště k autoritám.

Jeho výkon výrazně snižuje trvalý motorický neklid a výkyvy v koncentraci pozornosti. Pokud je přesvědčen o tom, že nedokáže vypracovat zadaný úkol bez obtíží, potom svůj pocit nejistoty kompenzuje prvkem vzdorovitosti a dostává se až do odporu.

Matějovo písmo má dysgrafický charakter, což souvisí s celkovým oslabením v jemné motorice a ovlivňuje to i jeho výtvarný projev. Ve výtvarné produkci se to projevuje nedbalostí a nepřesností. Má pomalé psychomotorické tempo. Nápadný bývá silný tlak tužky. Způsob provedení kreseb odpovídá mladšímu věku.

Při práci je závislý na vnější podpoře a kontrole. Je velmi obtížné ho motivovat k práci. Občas je soutěživý a ujišťuje se, že je nejlepší, a někdy složitější úkoly vzdává předem. Matěj se jeví jako cholerický typ, bývá agresivní, vznětlivý a impulsivní. Je na něm patrná značná vnitřní nejistota.



Obr. 8. *Zážitek z prázdnin, zdroj vlastní, formát A4.*

Obrázek „Zážitek z prázdnin“ demonstruje Matějovu bezradnost. Je to výsledek hodinové práce v ateliéru, a to jsem Matěje podporovala a snažila se mu pomoci. Obrázek vznikl v podstatě v posledních 10 minutách, kdy už ostatní děti dokončovaly svou práci. Námět vymyslel Matěj velmi rychle, a sice že namaluje, jak se byl koupat s kamarády u rybníka. Nedokázal však vůbec začít, debatoval s ostatními a tím rozháněl svou bezradnost. Vystupoval při tom sebevědomě, ale tím pouze zastíral své obavy a nízkou sebedůvěru.

Navrhovala jsem mu namočit papír vodou a pak na něj vytvářet barevné skvrny „tzv. smejvák“, s tím, že je může potom opakovaně smývat nebo domalovávat. Nechtěl tak začít a tvrdil, že vznikne mazanice. Opakoval, že nesvede nakreslit žádnou figuru. Ustoupila jsem mu a řekla, ať se tedy pokusí namalovat místo, na kterém v létě byl a kde se mu líbilo. Byl rád, že nemusí malovat figury. Nedokázal však vytvořit více. Přesto tento obrázek považuji za úspěšný, protože něco vzniklo a Matěj byl spokojený.

Nabídla jsem mu, že obrázek může dokončit na příštím setkání, ale nechtěl se k němu už vracet.



Obr. 9. *Betlém, zdroj vlastní, formát A4.*

Po téměř dvou měsících práce v ateliéru se Matějův výtvarný projev posunul i k figurativní kresbě. Na obrázku č.9 je celý výjev umístěn jakoby do podzemí. „Betlém“ tak demonstruje tíživost samotného námětu pro autora a zrcadlí i jeho obtížnou rodinnou situaci. Chlapec schematicky nakreslil tři figury a v rozích dvě zvířata za ohradou. Úroveň kresby neodpovídá Matějovu věku a takové zpracování by bylo uspokojivé pro předškolní dítě. Poukazuje to na oslabení jemné motoriky. Výtvarný projev je velmi nedbalý, nepropracovaný. Obrázek je výrazně regresní. Vše je seřazeno na základnu bez jakéhokoli náznaku vzájemného vztahu.

Figuru s prsty Matěj označil za mužskou, je mohutnější a má velké ruce. Lze to interpretovat jako projev agrese. Nohy jsou krátké, bez chodidel, což poukazuje na značnou nejistotu. Stlačení hlavního motivu do spodní části obrázku vypovídá o malé sebedůvěře a nejistotě autora.

Barevnost u figur Matěj zcela neguje. Jejich průhlednost svědčí o velké narušenosti nebo zmatku ve vztahu k vlastnímu tělu. Je to i projev ochrany soukromí. Odmítání barev interpretuji jako citový útlum. Zeleno-modro-černá barevná směsice v horní polovině obrázku je typicky deprivační. Neschopnost udržet barvy čisté je poměrně častým problémem v obrázcích dětí s ADHD. Celá kresba je opouzdřená, tím autor může vyjadřovat pocity izolace a strachu. Zcela tu chybí jakýkoli zdroj světla, vše je ponuré a působí smutně.



Obr. 10. *Autoportrét, zdroj vlastní, formát A3.*

Obrázek „autoportrét“ považuji, s ohledem na předchozí Matějovu výtvarnou produkci, za velmi zdařilý. Sám z něj měl radost. Pracoval se štětcem a barvami a dokázal je udržet i v relativní čistotě. Namaloval velkou oválnou hlavu, která působí jako maska. Matěj si jí často nasazuje i v reálném životě a za svou sebejistotu schovává bojácnost a nízkou sebedůvěru.

Zcela vynechal krk, což může vypovídat o slabé vnitřní kontrole a impulzivitě. Ruce jsou připažené a to značí obtíže v kontaktu a neochotu komunikovat. Matěj

opomenul namalovat uši, tím jen umocňuje svoji nekomunikativnost a demonstuje nechť poslouchat. Oči jsou zešikmené a působí lítostivě.

Barevnost je opět deprivační, černo-modrá. Netradiční jsou jeho černá usmívající se ústa. Podle barevné symboliky může jít o dominantnost a manipulativnost, ale je to i barva protestu.



Obr. 11. *Dům, zdroj vlastní, formát A3.*

Téma domu vypovídá mnoho o osobnosti a charakteru dítěte. Dům patří k nejoblíbenějším dětským tématům. Má v sobě totiž řadu symbolů – přístřeší, rodinné teplo, otevření vnějšímu světu atd. Každá stavba je ve své podstatě antropomorfní.

Matějův dům je umístěn na spodní linku do levé části obrázku. Jeho zeleno-černá barevnost zase pravděpodobně odkazuje na deprivaci. Dům sám autor označil za kostel a je to pro něj představa ideálního útočiště. Stavbě chybí střecha. Do takového domu, který je tenzně zelený, ještě prší. Tím ztrácí svůj hlavní účel ochrany před nepřízní počasí. Komíny tu jsou jakoby dva, jeden je více nakloněný a kouří se z něj, což je důkazem, že se v domě žije. Dva komíny bývají poměrně typické pro dětské obrázky, je

v tom spatřována symbolika matky a otce. Dům je přístupný, což je dobré znamení, a je umístěn v příjemném a klidném prostředí lesa.

Jde o Matějův první obrázek, kde konečně řeší prostorové uspořádání objektů. Začíná chápat, že to co je vzdálenější musí být na obrázku menší. Na úkor tohoto opomíjí řešit barevnost plochy kolem domu.

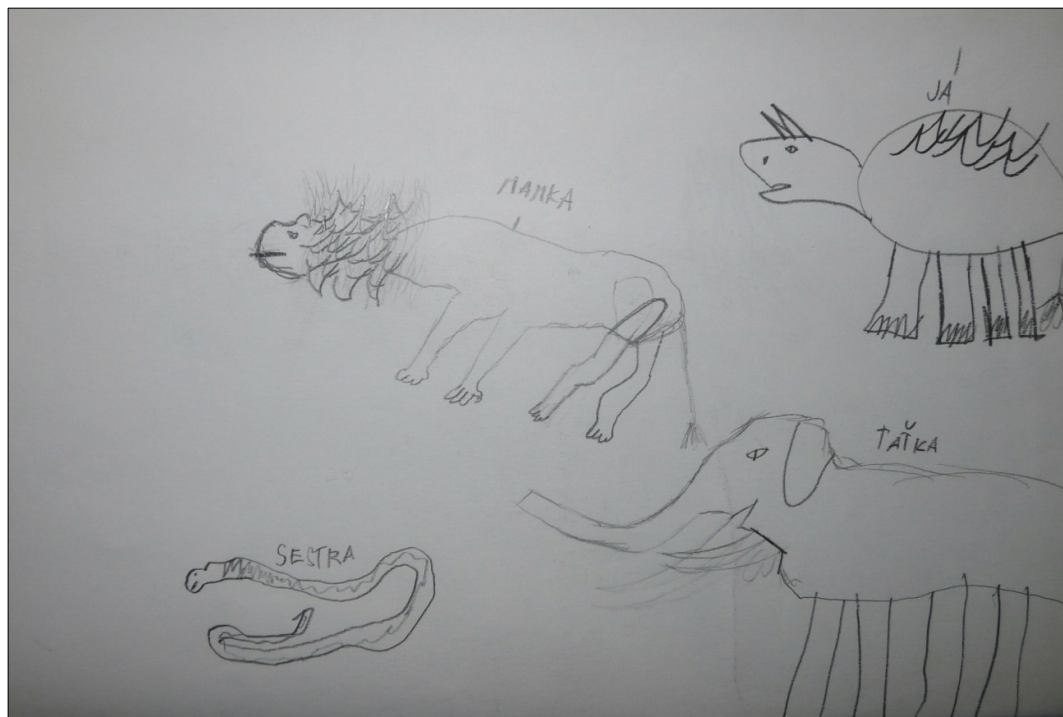


Obr. 11. *Portrét sestry Matěje, zdroj vlastní, formát A4.*

Portrét sestry Matěje (obrázek č. 11) jsem zařadila jako důkaz neuvěřitelného barevného posunu v autorových obrázcích. Barvy jsou totiž čisté a zářivé. Po třech měsících se začala chlapcova paleta skutečně probarvovat.

Matějova sestra je pro něj obtížně uchopitelná, protože k ní má rozporuplný vztah. Namaloval jí přitom mateřsky fialové oblečení. Velmi zvýraznil její krk a dal mu červenou barvu. Takový krk by hlavu ani nedokázal udržet. Sestra bojuje s drogovou závislostí, takže jí jde doslova o krk. Zářivě žlutá barva prosvětluje ve vlasech a je symbolem volání o pomoc. Sestřiny problémy rodinu velmi vyčerpávají. Situace je bezesporu těžká i pro samotného chlapce.

Kresba začarované rodiny je projektivní technika, při které se pracuje se symbolickým vyjadřováním dítěte. Rozkrývají se vzájemné vztahy v rodině, dominantní a submisivní role. Děti mají k dispozici bílý papír formátu A4 a obyčejnou tužku.



Obr. 12. Kresba začarované rodiny, zdroj vlastní, formát A4.

Vychází z instrukce: „Představ si, že přišel kouzelník a každého z tvé rodiny začaroval do nějakého zvířete, kterému nejlépe odpovídá, a které nejlépe vyjadřuje jeho povahu.“

Po zadání úkolu Matěj přistoupil k práci pozitivně, ale s rozpaky, že se mu obrázek nepovede, že není schopen bez předlohy žádné zvíře nakreslit. Na práci se velmi pečlivě soustředil, protože kreslil to nejcennější co má – rodinu. Bez přemýšlení, jako první nakreslil svoji matku – lva, potom sestru – hada, otce (otčíma) – slona a nakonec sebe – býka.

1. Lev (matka) je silný, útočný, panovačný a nemilosrdný. Podle chlapce je matka král rodiny a každý jí musí poslouchat. Zároveň jako lev je symbolem ochrany.

2. Had (sestra) je úskočný, záłudný, jedovatý a slizký. Sestru namaloval jako hada, protože je to podle Matěje nejjednodušší obrázek. Okomentoval to tak, že sestra je „plíživá“, například když se vrací domů. Interpretálně lze podotknout, že díky své závislosti se často musí z něčeho vykroutit.
3. Slon (otec, otčím) je vytrvalý, spolehlivý, nezadržitelný a bezohledný. Otčíma nakreslil Matěj jako slona, protože je „mohutný a korba“.
4. Býk (Matěj) je silný, vzpurný a agresivní. Chlapec se cítí jako býk, protože je silný. Dokonce býkovi dokreslil zježené chlupy, jako že jde do boje.

Matěj celou dobu svou práci komentoval, že neumí malovat, ale snaží se o co nejlepší výkon. Nebyl spokojen s obrázkem lva, vyžadoval encyklopedii, aby si mohl zvířata prohlédnout. Kompozice obrázku je středová, jen sestra – had je mírně mimo rodinný kruh.

Kresba začarované rodiny nabízí podle mého názoru následující interpretaci: Matka v rodině zaujímá dominantní postavení, je autoritativní a zároveň je chlapcovou silnou ochranou před okolním světem. Matějův náhled na sestru (had) vyplývá z jejího nevypočitatelného chování (abúzus drog). Sourozenecké vztahy nejsou naznačeny, ale autor je od symbolu sestry nejdál. Vztah k otčímovi může znamenat velikou stabilní jistotu. To, že se kresba slona celá nevešla na papír, může signalizovat mírné nepříjetí otčíma. Matěj si pro sebe vybral symbol býka, který je agresivní, ovšem v závěsu matky.

5.3. Případová studie č. 3

Organizační dokumentace

S Jaroslavem jsem začala pracovat v jeho 5,5 letech. Matka kontaktovala sdružení Hyperaktivita, po té co si ho sama vyhledala na internetu a požádala o spolupráci. Byla jí nabídnuta ucelená psychosociální služba na osm týdnů, s tím, že budou docházet jednou týdně na 45 minutové sezení. Matka měla zájem o nácvik pozornosti, předškolní přípravu a výchovné poradenství pro rodiče.

Rodinná anamnéza

Rodiče chlapce jsou dva roky manželé, ale žijí spolu ve společné domácnosti (ještě s matkou manžela) již od matčina těhotenství s Járrou. Otec je vyučen a pracuje jako prodejce tabákových potřeb, matka absolvovala nástavbu s maturitou, a nyní je na mateřské dovolené s mladším dvouletým synem. Matka otce hodnotí jako ve stresu impulsivního. Matka je citlivá, lítostivá a labilní. O děti se řádně stará a projevuje zájem o problémy syna s ADHD.

Osobní anamnéza

První gravidita, porod proběhl bez komplikací, PV 3600/50, nekříšen, ikterus, kojen 2 roky. Neuropsychologický vývoj v normě, mírné obtíže řeči – slova v 18 měsících, navštěvuje logopeda pro dyslálii⁸⁸). Čistotu udrží, ale při stresu špiní, zadržuje stolici. Vážněji nestonal. Jaroslav je citlivý, mazlivý, fixován na matku. Je žárlivý na mladšího sourozence. V noci trpí nočními děsy a vyžaduje příchod matky. Odmítá usínat sám.

Mateřskou školku navštěvuje od 4,5 let, zde špatná adaptace, výchovné problémy, afekty vzdoru, neposlouchá učitelky, negativismus, nesoustředí se na práci a nezapojuje se do hry s vrstevníky. Problémy ve školce vyústily v hospitalizace na oddělení dětské psychiatrie a byla u chlapce diagnostikována hyperkinetická porucha chování na bázi nedůsledného vedení (dle MKN 10 F 90.1).

Psychologické vyšetření.

Chlapcův intelekt je v normě a profil výkonu je vyrovnaný. Pozornost má kolísavou, je snadno unavitelný a psychomotorické tempo je v normě. Kresba je po formální i obsahové stránce dobrá. Vykazuje problémy způsobené grafomotorickou neobratností: špatný úchop tužky, výrazný tlak na tužku, špatná orientace na papíře. Jeho osobnost je introvertní a preferuje hru o samotě, (hra je pouze konstrukční).

⁸⁸ Dyslálie – porucha artikulace vinou narušené centrální inervace nebo deformací vnějších mluvidel.

Průběh hospitalizace.

Zpočátku se obtížně adaptoval a projevoval se u něho stesk po matce. Po několika dnech se v mateřské školce zapojil. Nejprve byl v kolektivu neklidný, měl výchovné problémy s učitelkami a nevyhledával kontakt ostatních dětí. Při nevyhovění občas reagoval negací, ale bez větší zlosti či úzkosti. Pro velký motorický neklid a nesoustředěnost mu byla nasazena medikace (Ritalin 10 1-0-0 a Rispen 0-0-1/2). Po ní nastalo výrazné zlepšení, byl poslušný, pracoval s paní učitelkou a více vydržel u jedné činnosti. O kontakt ostatních dětí nejeví příliš zájem, raději pracuje samostatně. Velice se zajímá o vše spojené se stavbou domů, opravou a řemesly. Oblékne se a nají se bez pomoci.

Terapie ve sdružení Hyperaktivita

Sdružení Hyperaktivita nabízí ucelený komplex psychosociálních služeb pro rodiny s dítětem s ADHD. Jeho součástí je osmítýdenní terapie, se zaměřením na poruchy koncentrace pozornosti. Každé setkání má svůj formát a své téma. Po uvítání jsem Járovi vysvětlila, co a jak budeme dělat. Metodický postup sezení byl v zásadě vždy stejný. Střídala jsem aktivity pohybové s výtvarnou činností, logopedickými cviky a tréninkem s pracovními listy na koncentraci pozornosti. Celkově sezení trvala 45 minut.

Od počátku jsem se snažila získat maximálně široký a komplexní pohled na dítě, jak se chová v rodině, ve školce, jaký má vztah k vrstevníkům a sourozenci. Všimla jsem si způsobu zacházení s výtvarným materiálem, správnosti držení štětce či tužky. V počátku rozpaky ovlivňovaly Járův výkon, asi od třetího sezení získal větší jistotu, začal si věřit a ochotněji spolupracoval.

Na počátku spolupráce s Járou jsem mu vysvětlila, že jeho porucha neomlouvá špatné chování. Dohodly jsme se na pravidlech chování v terapeutické místnosti (především kdy je možné odejít do herního koutku). Po druhém sezení Jaroslav pravidla přijal a respektoval.

Terapeutická místnost byla uzpůsobena pro práci s dětmi. Byla rozdělena na dvě části. V pracovním prostoru byl stůl s židlemi s opěrkami na ruce. Židle s opěrkami se

mi velmi osvědčily, protože dítě tak přirozeně vnímalo hranice a strukturu prostoru. Napomáhalo to i snadnějšímu zacílení pozornosti dítěte. Vlastně i papír nabízí dítěti pohyb v omezeném prostoru. Druhá část místnosti byla malou hernou. Tu jsem využívala na začátku a na konci setkávání, kdy jsem zpravidla hovořila s matkou chlapce o průběhu terapie a o potížích či úspěších, se kterými se setkal od minulého sezení. Jednu stěnu místnosti jsem používala k vylepování chlapcových obrázků. Jeho pozornost byla opakovaně směřována na starší artefakty, aby je vnímal jako stopy své práce. Všechna výtvarná produkce chlapce nás doprovázela až do samotného závěru naší spolupráce.

Po dokončení artefaktu jsem dbala na to, aby proběhl rozhovor nad obrázkem. Šlo mi o to, naučit chlapce o něm povídat, vnímat ho, odpovědět na otázky a také naslouchat. Děti s ADHD musejí z terapie odcházet včas a důstojně, nelze je nechat tzv. „rozjet“. V závěru potřebují uslyšet pochvalu a ne kritiku.

Své interpretace obrázků jsem ani v náznaku samozřejmě před chlapcem nevyslovovala. „Ve věku 5-8 let se pro děti samotné nic neinterpretuje, mohou se obávat průhlednosti svých pocitů.“⁸⁹⁾ Šlo mi o výtvarný posun, který jsem navozovala metodickými vstupy. Sebevyjadřování a ochota o sobě vypovídat, je pro předškolní děti natolik příslovečná, že zvítězí nad obavami, zda se jim obrázek zdaří. S motivací k práci jsem s Járou neměla nikdy problém.

Složitost zadávaných úkolů jsem se snažila časem zvyšovat. „Další zadání se musí optimalizovat podle zájmů dítěte“.⁹⁰⁾ Na začátku arteterapie jsem volila jednoduchá a pro Járu zajímavá témata. Aplikovala jsem svojí zkušenost, že dětem je třeba zadávat konkrétní úkoly, což ony vnímají jako vymezení hranic a předem danou strukturu svého projevu. Předškolní děti potřebují od terapeuta větší organizovanost. První náměty, např. autoportrét, dopravní prostředky, vyzývaly k monotematickému zpracování. V závěru naší spolupráce již Jára maloval příkladně zážitek z výletu s rodiči. Takové téma již není jednoznačné a pro dítě je obtížněji uchopitelné. Do kazuistiky jsem

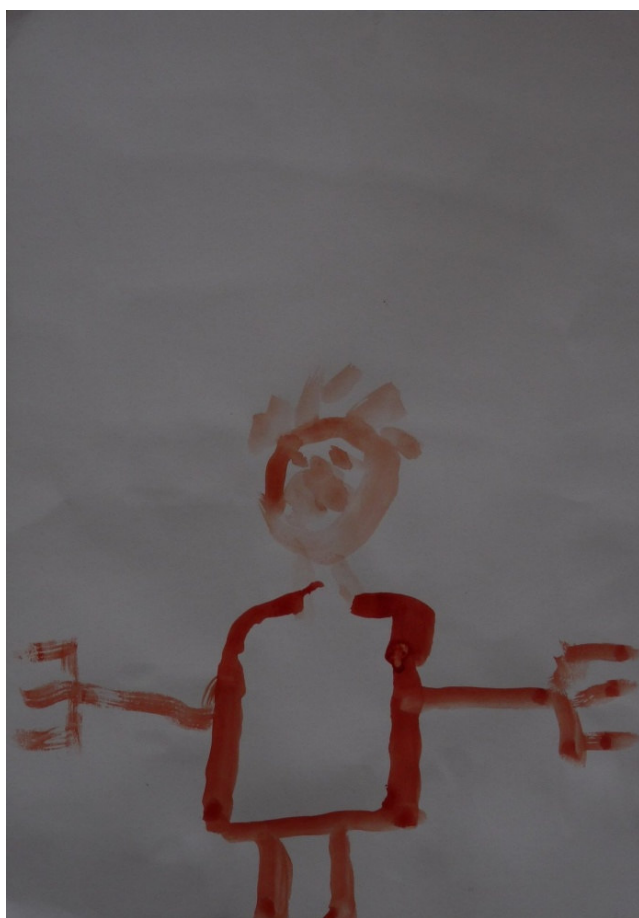
⁸⁹⁾ McNeilly (1990) s. 109 in Safran.(2002). Art Therapy and AD/HD. Diagnostik and Therapeutic Approaches. London and Philadelphia: J.K.Publisherss. s.99.

⁹⁰⁾ Oster, G.D.(2004) Using drawings in assesment artherapy: a guide for mental health Professional. 2nd.ed.New York. Brunner-Routledge. s.10.

vybrala průřez Járovou tvorbou, s tím, že jde o artefakty přelomové nebo něco zásadního demonstrující.

Analytická dokumentace

Jára obtížně kontroluje své impulsy, často pracuje rychle až zbrkle. Zpočátku vyslovoval i svou nespokojenost s výsledným obrázkem. Postupem času se však naučil o obrázcích mluvit a dokázal je okomentovat. Vzrůstala jeho spokojenost s vlastní výtvarnou prací.



Járova podobizna je vůbec prvním obrázkem, který vznikl na úvodním sezení a jeho námět korespondoval s naším vzájemným představením. Nejvíce nápadné je umístění figury, je značně stlačena do spodní části a to tak, že dokonce nohy nejsou namalované celé, vešly se jen po kolena. Obrázek jsme mohly podlepit a nohy mohly být domalovány, ale neiniciovala jsem to, protože to byl vůbec první Járův artefakt a chtěla jsem rovněž zachovat jeho diagnostickou výpověď. Může to svědčit o Járově nejistotě a

ostražitosti. Jára maloval na formát A3. Tento obrázek však

Obr.13. „Jára, vlastní podobizna“, formát A3 dokazuje, že je pro něho příliš veliký a nedokáže využít celou jeho plochu. Jinak má namalovaná postava podstatné náležitosti, jen počet prstů nedopovídá, s tím, že ruce jsou trojprsté a působí toporně, jako hrábě. Se symbolickou Járovou „neohrabaností“

jsme pracovaly. Postava je složená z hlavy, trupu a končetin. Hlava je s trupem spojena již krkem. Na hlavě jsou krátké vlasy, ale chybí uši. V obličejí jsou oči, nos a ústa.

Na malbě je patrný nerovnoměrný tlak na štětec, což souvisí s grafomotorickými obtížemi. Jednotlivé detaily v obličejí se vzájemně prolínají. Na obrázku dominuje postava, bez dalších detailů či barevných ploch.



Obr. 14. „Dům, kde bydlím“, formát A4

Obrázkem č.14 začalo Járovo barevně depresivní ladění. Paleta se rázem omezila na dominující černou, často v kombinaci se studenou modrou a zelenou. Ostatní barvy Jára ignoroval. Depresivní barevnost je v artefaktech dětí s ADHD poměrně častá a souvisí s jejich reálnými smutnými náladami. Zrcadlí jejich nepochopení okolím, mnohdy i tím nejbližším, a časté neúspěchy v sociálních kontaktech. Jára namaloval sídliště, kde opravdu bydlí, a s ohromným zaujetím mi vyprávěl o dveřích a pro něj tajuplných zámcích, které rád odemyká. Byl tím zcela fascinován. Dveřmi se může na symbolické úrovni oddělit od okolního

světa, který je pro něj často nepřátelský. Obrázek je složen z geometrických tvarů, především ze čtverců, které působí staticky. Předpokládám, že příčinou Járova kvadratického schématu, by mohla být jeho snaha docílit vyrovnanosti, jistoty a stability. Vnímám to jako demonstraci touhy po klidu. Mnoho jednoduchých grafických detailů vyvolává i představu jakéhosi labyrintu, kterým je určitě pro dítě sídliště.

Symbolu labyrintu je přisuzován „archetypický význam (archetyp bludnosti, složitosti a zároveň i smysluplnosti) související s obrazem životních cest.“⁹¹⁾



Obr. 15. „Koleje“ vzniklo spontánně, formát A4

Artefakt č. 15 je typickým obrázkem z Járova „černého“ období. Jeho námětem jsou tramvajové koleje. Vše je černé, jen koleje a panely na cestě mají hnědou barvu. Kromě toho, že obrázek demonstruje již zmiňovanou depresivní barevnost, ráda bych na něm doložila grafomotorické obtíže, které poruchu ADHD doprovázejí. Menší zručnost u dětí s ADHD bývá častá. Obtíže jsou patrné v oblasti hrubé či jemné motoriky a grafomotoriky. Součástí mého úsilí bylo přivést Járu ke správným pracovním návykům při kreslení nebo malování. Proto jsem sledovala a podporovala jeho správné návyky v tomto ohledu. Tím jsou: celkové správné držení těla, držení „psacího“ náčiní, postavení a uvolnění ruky, tlak na podložku. „Okolo třetího roku by měl být navozen špetkový úchop.“⁹²⁾ Při špetkovém úchopu tužka leží na spodním článku prostředníku a

⁹¹ Babyrádová, H. (2004). Symbol v dětském výtvarném projevu. Brno. MU, s. 60.

⁹² Bednářová, J., Šmardová, V. (2007). Diagnostika dítěte předškolního věku. Brno: Computer Press, a.s., s. 7.

sešora ji přidržuje bříško palce a ukazováku. U některých dětí je tento úchop navozen i později, mělo by však k tomu rozhodně dojít před nástupem do školy. S Járou jsem špetkový úchop nacvičovala a upozorňovala ho na chyby. V tomto ohledu se výrazně zlepšil.

Grafický výkon dítěte významnou měrou ovlivňuje uvolněnost ruky a úzce s tím souvisí i jeho chuť kreslit nebo malovat. Při nadměrném tlaku není umožněn plynulý pohyb ruky a tím plynulost vedení čáry. Tlak na podložku je vidět z linie kresby či malby. V případě nesprávného tlaku je linie vytlačená, kostrbatá, přerušovaná, nebo naopak velmi tence vedená. V praxi se mi osvědčilo pracovat s vodovými barvami a štětcem, který vyžaduje lehkost ruky. Zkusila jsem i zvednout papír, na který Jára maloval, do svislé polohy, a jen tak jsem ho v podstatě donutila správně uchopit štětec.



Obr. 16. „Dopravní prostředek – vlak“, formát A3

Obrázek č. 16 je prvním průlomovým, co se týče barevnosti. Černá barva zůstala jen na spodní lince, jinak použil barvu hnědou. Kvalita vedených čar vypovídá o grafomotorických obtížích. Vlak je postaven na spodní linku a v horní části obrázku jsou dráty vysokého napětí. Barevnost obrázku je sice chudá, ale považuji za úspěch změněnou barevnost. Pokud jde o náměty obrázků, často jsem vyhovovala přáním chlapce. Činila jsem tak proto, abych neztratila jeho zájem o spolupráci se mnou. Využila jsem toho, že Jára má zájem o dopravní prostředky. V praxi se tak potvrdilo, že zájem dítěte o kreslený předmět působí až zázračně na motivaci k další práci.



Obr. 17. „Společný rodinný výlet“, formát A4.

Na sklonku spolupráce s Járou se nám podařilo dospět ke složitějším námětům. Na obrázku č. 17 je to konkrétní rodinný výlet. Jára si vybral výlet z předchozího víkendu, kdy byl s rodiči a bratrem na hudebním festivalu. Na obrázku namaloval maminku, fialově mateřskou. Toho, že sám namaloval figuru, si velmi cením, protože na předchozích obrázcích se tomu vyhýbal. Je to jeho druhá figura, po své vlastní podobizně (viz. Obr. 13). Na rozdíl od první, je zdařilejší, nohy se už na obrázek téměř vešly, jen chybí chodidla. Zdařilejší jsou i detaily v obličejí. Průhledná figura vznikla jako

poslední a umístil jí na spodní linku papíru. Nejprve namaloval pódium a poté zelenou linku. To, že namaloval pouze maminku, interpretuji jako potvrzení její významnosti pro chlapce. Ostatní členy rodiny, i sebe, opomenul.

Efektivnost individuální arteterapie u Járy vidím ve třech rovinách:

1. Změny v artefaktech Járy ukazují, že u něho došlo k námětovému posunu, od jednoduchých obrázků ke složitějším a obsažnějším. Kresby se staly bohatší, nešlo již jen o izolované objekty. Došlo k výraznému barevnému posunu. Jára měl velmi dlouho omezenou barevnou paletu, protože pracoval výhradně s černou barvou, případně s modrou nebo zelenou. V posledních obrázcích je patrné rozšíření o další barvy. Podařilo se mu „vykročit“ z depresivně laděných obrázků.
2. Zlepšilo se Járovo hodnocení učitelek v MŠ. Učitelky zároveň ocenily jeho větší zapojení, především do tvůrčí práce ve školce. Přičítám to pozitivním zážitkům z arteterapie, kdy si prožil pochvalu a podporu. Jeho výtvarnou práci oceňovala i matka. Tyto pochvaly ho dokázaly podpořit v dalším snažení.
3. Prováděla jsem časové měření a zjišťovala jsem, jak se v průběhu naší spolupráce mění intenzita soustředění a doba zaměření Járovi pozornosti na malbu. Došla jsem k pozitivnímu výsledku. Járova koncentrace na malbu se v závěru naší spolupráce prodloužila o třetinu času. Zpočátku Jára maloval v průměru 5 minut. Na závěrečných sezeních se dokázal soustředit až v časovém úseku 8 minut. Sledovala jsem tak sice pouze jeden z elementů ADHD (poruchu pozornosti), ale podařilo se mi objektivně ověřit pozitivní přínos arteterapie. Potvrdilo se také, že „intenzita soustředění nastává, když činnost se týká výlučně jednoho předmětu.“⁹³⁾ Jára se dokázal hlouběji ponořit do obsahu svého výtvarného díla.

⁹³⁾ Marek OP A.M. (1992). Psychologie. Olomouc.s.160.

5.4. Poznatky z práce v ateliéru a z případových studií – závěrečná zpráva.

Děti, které syndrom ADHD postihuje, jsou nápadně neklidné, nesoustředěné a nejsou schopny udržet si pozornost. Chovají se jako by neposlouchaly, co se jim říká, nerespektují instrukce a určenou práci často nedokončí. Mívají obtíže s časovou i prostorovou organizací zadaných úkolů. Ztrácejí své osobní věci, dokáží je rozptýlit slabé podněty a jsou zapomnětlivé. Mezi hlavní projevy hyperaktivity na půdě školy patří celkový neklid dítěte doprovázený pohybem končetin a trupu, vybíhání z místa, nápadná hlučnost a neustálé mluvení často doprovázené gesty. Impulsivita se vyznačuje neschopností kontrolovat a tlumit své projevy, dítě je výbušné, neadekvátně reaguje i na malé podněty a strhává na sebe pozornost. Odvedenou práci těchto dětí lze hodnotit jako neuspořádanou, nepečlivou a nepromyšlenou. Popsané projevy ADHD narážejí na požadavky školy, protože děti nedokáží dodržovat kázeň a potřebují být zohledňovány i při samotné školní práci. Se stejnými problémy jsem se potýkala i v ateliéru, i když reakce a projevy chování nebyly tak markantní, neboť při arteterapii jsou požadavky na dítě méně náročné a tolerantnější je i celkový přístup.

Pro svůj výzkum jsem zvolila případovou studii, která je jednou ze strategií kvalitativního výzkumu. Záznam dat v kvalitativním výzkumu je obtížný, protože celý výzkumný proces má mnoho dimenzí a jeho zpracování nemá jednotná pravidla.

Pro zvýšení kvality výzkumu jsem použila kromě vlastní analýzy dokumentů i škálu Connorsové, konkrétně dotazník pro učitele CTQ, viz. příloha III. Dotazník byl použit i u dětí, kterým věnuji případovou studii č.1 a č.2, a to ve dvou časových obdobích - po jednom měsíci od přijetí do školy (dítě musí být pozorováno po dobu čtyř týdnů) a poté po třech měsících. Vyplňovala ho třídní učitelka chlapců.

Využila jsem především čtvrtou část dotazníku, ve které je seznam reakcí a způsobů chování dítěte. Učitel zde posuzuje, zda se uvedené reakce a způsoby chování u dítěte objevují a v jakém stupni. Hodnocení je prováděno přidělováním bodů a platí, že vyšší počet bodů signalizuje závažnější úroveň poruchy. Hraniční patologické hodnoty jsou pro ADHD stanoveny: 20 ± 5 bodů.

Jakub byl prvním dotazníkem ohodnocen 28 body, přičemž u něj dominovaly tyto projevy a reakce: neklidný, nesmělý, výbušný, hádavý, vzdorovitý a nepřijatý

kolektivem. Po třech měsících si polepšil na bodové skóre 23, byl hodnocen jako méně výbušný, nesmělý a lépe byl přijímán kolektivem. Zlepšení bylo zapříčiněno nejen adaptací na nový třídní kolektiv, ale pozitivní roli sehrála i nově nasazená medikace a za přínosnou lze považovat i arteterapii.

Matěj byl prvním dotazníkem ohodnocen na 34 bodů. Jeho projevy a reakce dosahovaly hraničních hodnot u těchto reakcí: neklidný, vznětlivý, nepozorný, hlučný, vyrušuje, kolektiv ho nepřijímá, dráždí ostatní děti a nespolupracuje s učitelem. Po třech měsících i u Matěje došlo ke zlepšení na 31 bodů. Pozitivně zapůsobila pozměněná medikace, zapojení rodiny do rodinné terapie a svůj podíl na zlepšení věřím, že měla i arteterapie. Posun ve výtvarné produkci Matěje byl zcela zřejmý. Změna však není tolik patrná jako u první případové studie, přispěla k tomu i nepravidelnost v terapiích kvůli Matějově zvýšené nemocnosti.

V celkovém chování chlapců byl zaznamenán mírný posun k lepšímu a u Jakuba šlo o výraznější pozitivní změnu. Projevem nízkého sebehodnocení je u Jakuba nesmělost a Matěj ho naopak maskuje hlučností a přitahováním pozornosti na sebe.

Efekt individuální arteterapie (případová studie č.3) spatřuji ve výtvarném posunu klienta, v jeho lepším zapojení do činností v MŠ a v prokazatelně zlepšující se schopnosti soustředit se na výtvarnou a následně i jinou práci.

Na základě hloubkového studia sledovaného problému, kterým je sebehodnocení dětí s ADHD pomocí případové studie jsem se dotkla samé podstaty problémů jedinců s touto poruchou. Hlavním smyslem je co možná nejpodrobnější zkoumání a porozumění jednomu či několika málo případům. Na základě depistáže projevů nízkého sebehodnocení dětí, které se projevují v jejich kresbě, jsem dospěla k následujícím poznatkům:

- Děti s poruchou ADHD mají nízké sebevědomí.
- Děti s poruchou ADHD mají sníženou důvěru v sebe sama.
- Přestane-li být libovolná náprava poruchy aplikována, dochází k okamžitému návratu příznaků poruchy.

V samotné výtvarné produkci dětí jsem se setkávala s následujícími skutečnostmi, které potvrzují moje závěry.

1. Pro děti s ADHD je typická značná počáteční bezradnost, jak a s čím vůbec začít. Vypovídá to o obavách dítěte, jak obrázek zvládne a co na něj řekne okolí. Mnohdy vznikaly obrázky až v samotném závěru setkání. Obavy vedly děti rovněž k „opisování“ při kreslení. Sebevědomější a výtvarně zdatnější děti udaly jakýsi koncept svým obrázkem a ten se rychle rozšířil i na další artefakty.
2. Nízká sebedůvěra dětí s ADHD se projevuje „stlačováním“ kresleného objektu a jeho zmenšováním s ohledem na celkovou plochu papíru.
3. Děti s ADHD nemají velkou chuť o sobě vypovídat. Svědčí o tom malé objekty, často jen schematicky a kresebně zpracované.
4. Děti s ADHD pracují s omezenou paletou barev. Častá byla deprivativní barevnost (černá, modrá, zelená). Děti také obtížně udržovaly čistotu barvy, zejména při práci s akvarelem. Souvisí to s poruchou jemné motoriky a s grafomotorickými obtížemi, ty byly patrné při kresbě detailů.

Porucha ADHD má svůj charakteristický dopad v sociální oblasti. Sociální vývoj dětí s ADHD je značně ovlivněn mnohdy nevhodnými postoji okolí vůči jejich projevům. Často nejsou správně pochopeny příčiny jejich chování. A také bohužel existuje málo možností jak tyto projevy ovlivnit výchovným působením. Většinou dochází k zesílení výchovného tlaku na tyto děti, k jejich trestání a mnohdy až k odmítnutí. Za vzor jim bývají dávaní bezproblémoví vrstevníci či sourozenci.

Dítě s ADHD získá nízký sociální status a dostává se do role nežádoucího jedince. Může být až deprivováno nedostatkem sociálních kontaktů a nebývá výjimečné, že tyto děti na sebe nevhodně upozorňují (to byl problém Matěje z případové studie č. 2). Je to však vlastně forma obrany a dítě se tak snaží saturovat svou přirozenou potřebu akceptace.

Děti s ADHD si podle mého názoru pod vlivem negativních zkušeností s nepřijetím od okolí vytvářejí vlastní záporné hodnocení sebe samotných. Vycházím ze známé skutečnosti, že pro rozvoj vlastní identity potřebujeme hodnocení druhých. Do těchto procesů ovšem ještě vstupuje obrana vlastní identity a ta často funguje tak, že dítě

nepřijímá názor druhých. Proto dochází snadno ke střetům s okolím, které je v očích dítěte nepřátelské. S uvedenými obtížemi je nutné správně pracovat a hlavní zásadou je poskytnutí podpory a pochvaly za sebemenší úspěchy.

Ve svém ateliéru jsem se zaměřovala na posilování sociálních dovedností, neboť děti potřebují být respektovány, aby se cítily samy se sebou spokojeny. Používala jsem v rámci alternativní strategie výuky sociálním dovednostem, tzv. želví strategii. Mimo řady technik vedoucích děti ke zklidnění a přemýšlení nad svým chováním je třeba je učit přijímat, ale i dávat pochvalu. Nabízela jsem jim mimořádné role, aby si mohly prožít pocit výjimečnosti a důležitosti.

Na základě svého výzkumu jsem dospěla k následujícím doporučením, která jsou vhodná pro zefektivnění práce s dětmi s ADHD:

- Informovanost a dobrá orientace v problému (nejsou-li potíže včas rozpoznané a vhodně se s nimi nezachází, časem se znásobí).
- Podporovat, chránit a oceňovat úspěchy dětí, a to i dílčí.
- Snažit se eliminovat strach před neúspěchem.
- Netrestat za neúspěch v činnostech, které jsou obtížné na koncentraci pozornosti.
- K dětem přistupovat individuálně. Respektovat, že oblasti náročné na koncentraci pozornosti jsou pro děti s ADHD obtížnější a vyžadují proto více času. Nabízet jim oporu nebo vedení.
- Pravidelně poskytovat dětem zpětnou vazbu na jejich práci i chování.
- Vytvářet situace, ve kterých si děti mohou prožít pocit úspěch (v tomto je nápomocná arteterapie).
- Jasně stanovit pravidla a pevné hranice. Motivovat děti k plnění a opět je za jejich dodržování chválit.
- vést děti k respektu a toleranci.
- Pracovat pokud možno s malým počtem dětí a respektovat jejich individualitu.
- Děti neustále zapojovat do činnosti.

- Rozdělit činnosti do časově méně náročných celků (důležitá je jasná struktura).
- Dávat dětem možnost uspokojit jejich potřebu být středem pozornosti.
- Spolupracovat s rodinou (podpora a informovanost).

Porucha ADHD je léčitelná, vyžaduje ovšem porozumění a zaujetí správného postoje.

Problémy dětí s ADHD zahrnují impulsivitu, emoční labilitu, hněv, úzkostné stavy a poměrně časté jsou depresivní rozlady. Mnohdy zažívají ponižování a trpí samotou. Nedokáží vybudovat stabilní vztahy. Mají špatné vztahy s učiteli a vrstevníky. Jsou zátěží ve svých rodinách, mívají konflikty se sourozenci a často i s prarodiči. Potvrzují to poznatky z rodičovských skupin. Medikace jim pomáhá v sebeovládání a dokáže podpořit jejich soustředění. Má však i své vedlejší účinky a vyžaduje dávkování během dne. Z těchto obtíží plynou jejich specifické potřeby, se kterými by jim mělo okolí pomáhat.

Arteterapie dětem nabízí možnost bezpečně projevit své pocity, které bývají zdrojem jejich bolestí a zmatenosti. Soustředěním se na výtvarnou tvorbu je dítě vtaženo do procesu, který osvobozuje tvůrčí energii a podporuje vyjadřování niterných pocitů. Potěšení, které plyne z tvůrčí práce, podporuje dětské sebehodnocení. Probíhá-li arteterapie ve skupině, podporuje to u dětí sociální dovednosti, učí je to vytváření vztahů, což tyto děti obzvláště potřebují.

Současné názory na léčení poruchy ADHD nabízejí široké spektrum terapeutických možností a arteterapie by rozhodně neměla v nabídce chybět. Léky jsou maximálně efektivní, jsou-li kombinovány s dalšími terapeutickými prostředky. „Někteří odborníci připouštějí, že používané terapeutické metody se svými důsledky nejsou vždy bezpečně známé.“⁹⁴⁾ Bezpochyby to lze konstatovat i o arteterapii. V tomto ohledu bych ráda vyzdvihla skutečnost, že obrázky vznikající při arteterapii archivují aktuální stav a lze tak do určité míry kontrolovat výsledky terapie. „Domácí, školní, rodinné prostředí a samotná osobnost dítěte je to prvotní co se musí léčit. Psychoterapii má doprovázet odpovídající biologické léčení.“⁹⁵⁾ Amen pracuje s příznačným názvem „systém

⁹⁴⁾ Plagens, C.M. (2003). Art Therapy for the ADD/ADHD Child, s.1.

⁹⁵⁾ Amen, D. (2001). In Plagens, C.M. (2003). cit.d., s.1.

záporné víry“ (negative belief systems), kterým označuje víru dítěte ve vlastní neschopnost, v to, že to či ono neumí a v nedůvěru v okolí, které vnímá jako nepřátelské. Jde o stav vlastního přesvědčení, který lze i pomocí arteterapie přetvářet.

Ucelené léčení v sobě kombinuje sociální podporu, povzbuzování výchovných stylů, které podporují prospěšnou aktivitu dítěte, a učení se sebeovládání. Nezastupitelné místo má arteterapie v léčbě ADHD i proto, že pracuje s kreativním vyjadřováním, a to je v podstatě jedna ze základních potřeb dítěte. Dítě přirozeně a snadno přijímá malování jako způsob sebevyjadřování. Výtvarné techniky dávají dítěti prostředky pro analýzu a syntézu na vizuální, metaforické a verbální úrovni. Děti nemají dostatečnou slovní zásobu a ani schopnosti vyjadřovat přesně nebo alespoň souvisle své pocity, psychické bolesti nebo traumata. Malování dokáže tuto skutečnost usnadnit, obrazy mluví za sebe. Rozhovor nad artefaktem nás může přivést k důležité oblasti konfliktu, který by si dětský klient neuvědomil, kdyby zprvu nenamaloval obraz. Stimulují se tak verbální i neverbální komunikační dovednosti.

Použití umění, jako terapeutického nástroje, usnadňuje vzájemný vztah terapeuta a klienta, nenásilně totiž napomáhá vzájemné spoluexistenci, nabízí intimitu a komfort. Arteterapie obohacuje komunikační možnosti, a je zvláště užitečná pro děti, které jsou zdatnější spíše vizuálně než verbálně. Pro děti s ADHD, které bojují s nízkým sebehodnocením a chybným sebeuvědomováním je díky arteterapii nabízena cesta k uzdravení a transformaci, která je stvořena pro jejich potřebu. Tendence současné arteterapie se rozvíjejí směrem ke sběru a asimilaci různých podnětů pro podporu většího osobního růstu a psychologické integrace klientů.

Závěr

Problematika dětí s ADHD je velice složitým jevem, ke kterému je třeba přistupovat komplexně. V současné době neexistují žádné univerzální ani zázračné metody nápravy hyperaktivity a poruchy pozornosti. V každém případě platí pro péči o tyto děti zásada komplexnosti a systematičnosti. Všichni zúčastnění v procesu nápravy (rodiče, učitelé, odborníci, atd.) musí vycházet z toho, že terapie vyžaduje trpělivost, čas a pochopení. Jde o velice obtížný proces, který komplikuje podstata samotné poruchy – nepozornost a neposednost. Porucha ADHD ovlivňuje psychický i sociální vývoj jejího nositele. Proto je nutná včasná diagnostika, se kterou lze začít již v předškolním věku dítěte. Po celou dobu školní docházky je zapotřebí hledat vhodné prostředky pro pomoc a intervenci.

Rigorózní prací jsem chtěla poukázat na problematiku dětí s ADHD a zdůraznit některé zdravotně-sociální dopady tohoto jevu na společnost. Děti s touto poruchou potřebují specifickou péči, která jim může být poskytována i v běžných výchovných a vzdělávacích institucích. Předpokladem je však správná informovanost všech sfér působících na děti. Mým cílem bylo rozšířit spektrum možných nápravných aktivit pro děti o arteterapii a o alternativní strategii výuky k sociálním dovednostem, jejíž upravenou podobu jsem s úspěchem používala v arteterapeutickém ateliéru.

Východiskem analýzy je kvalitativní výzkum a podstatu problému jsem rozkryla prostřednictvím třech případových studií. Pracovala jsem především s analýzou dětských artefaktů podle principů projektivní arteterapie. Vyhledávala jsem na obrázcích projevy, které signalizují nízké sebehodnocení a sníženou sebedůvěru autora. Při stanovení závěrů jsem vycházela také z výsledků dotazníků Connorsové pro učitele, který je používán k diagnostice ADHD a lze jím hodnotit chování a reakce dítěte.

Výstupem mého výzkumu je stanovení tří závěrů, které vznikly na základě případových studií. Vyslovuji v nich předpoklad, že děti s ADHD mají problémy se sebehodnocením, nevěří si a pokud nejsou pod vlivem terapeutické intervence, projevy

jejich poruchy se velmi rychle zesilují. V mnoha obrázcích dětí s ADHD jsem našla důkazy nízkého sebehodnocení. Konkrétně šlo o bezradnost, jak vůbec začít kreslit, stlačování znázorňovaného objektu, malé objekty kreslené pouze schematicky a použití omezené barevnosti.

Značná část rigorózní práce je věnována analýze a kvantifikaci námětů kreseb. U dětí s hyperaktivitou se podle analýzy námětů kreseb potvrdila jejich nízká sebedůvěra i v tom, že se vyhýbají výtvarně náročnějším námětům, a odborníky popisovaný přirozený antropocentrismus v jejich námětech není tak častý. Popsala jsem také jednotlivá vývojová stádia dětského výtvarného projevu, protože jejich znalost je nezbytná pro správné posouzení dětského obrázku.

Děti v životě řadu věcí nedokáží pochopit, natož pak vyjádřit slovy. Prostřednictvím svých obrázků mohou „vyprávět beze slov“, kreslí to co je pro ně důležité a jsou při tom spontánní. Arteterapii jako alternativní či doplňkový prostředek pro zmírnění potíží u dětí s ADHD mohu na základě svých praktických zkušeností jen doporučit. Argumentem jsou případové studie, v nichž podrobně popisují proces arteterapie, který přinesl pozitivní efekt. Předpoklad, že arteterapie může přispět ke zvýšení sebehodnocení dětí s ADHD, byl potvrzen.

Děti s ADHD vykazují sociální a emocionální problémy, obtíže v chování a učení. Pokud však pochází ze stabilní rodiny, mají správné vedení a dostává se jim podpory, zvyšuje se pravděpodobnost zlepšení jejich celkového stavu.

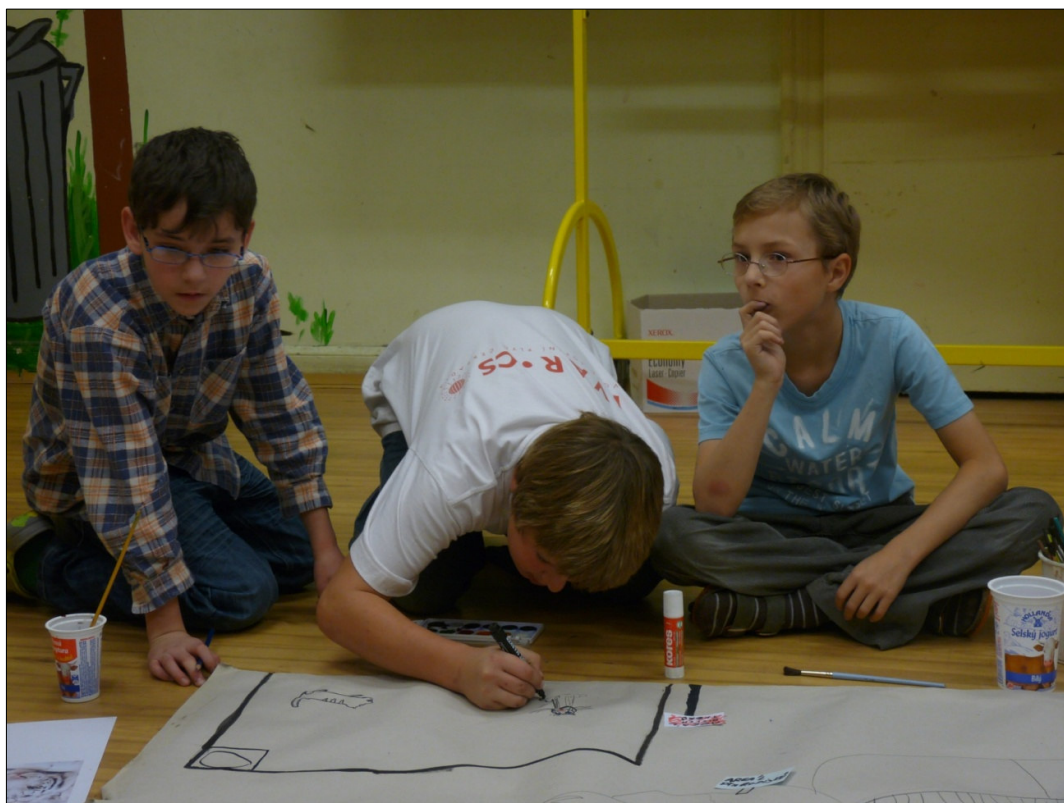


Foto 4. Děti při práci v třídním ateliéru
(k fotografování dali souhlas zákonní zástupci dětí).

Klíčová slova

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Alternativní strategie výuky

Artefakt

Arteterapie

Hyperaktivita

Ohnisková skupina

Případová studie

Psychoterapie

Sebehodnocení

Sociální dovednosti

Seznam použité literatury:

Monografie

1. Babyrádová, H. (2004). Symbol v dětském výtvarném projevu. Vyd. 2. Brno: MU.
2. Baleka, J. (1999). Modř barva mezi barvami. Vyd. 1. Praha: Academia.
3. Barkley, R.A. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 1st ed. New York: Guildofor Press.
4. Bauer, A. (1996). Lexikon výtvarného umění. Vyd. 1. Olomouc: Fin.
5. Bednářová, J.; Šmardová, V. (2007). Diagnostika dítěte předškolního věku. Vyd. 1. Brno: Computer Press.
6. Caseová, C.; Dalleyová, T. (1990). Arteterapie s dětmi. Vyd. 1. Praha: Portál.
7. Cikánová, K. (1993). Malujte si s námi. Vyd. 1. Praha: Aventinum.
8. Cikánová, K. (1998). Tužkou, štětcem nebo myší.... Vyd. 1. Praha: Aventinum.
9. Compellová, J. (1993). Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti a dospělé. Vyd. 1. Praha: Portál.
10. Čáp, J. (1997). Psychologie výchovy a vyučování. Vyd. 1. Praha: Karolinum.
11. Davido, R. (2001). Kresba jako nástroj poznání dítěte. Vyd. 1. Praha: Portál.
12. Disman, M. (1998). Jak se vyrábí sociologická znalost. Vyd. 1. Praha: Karolinum.
13. Franz, M-L. (1998). Psychologický výklad pohádek. Vyd. 1. Praha: Portál.
14. Freud, S. (1916-1917). Introductory lectures on psycho-analysis. Standard ed. Vol 17. London: Hogarth Press.

15. Garfield, S. L.; Bergin, A. E. (1978). Handbook of psychotherapy and behavior change. 2nd ed. New York.
16. Hartl, P. (1996). Psychologický slovník. Vyd. 3. Praha: Budka.
17. Hendl, J. (2008). Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Vyd. 2. Praha: Portál.
18. Hobdayová, A.; Ollierová, K. (2000). Tvořivá činnost pro terapeutickou práci s dětmi. Vyd. 1. Praha: Portál.
19. Jebavá, J. (1997). Úvod do arteterapie. Vyd. 1. Praha: Karolinum.
20. Kastová, V. (2000). Dynamika symbolů: základy jungovské psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál.
21. Kirbyová, A. (2000). Nešikovné dítě: dyspraxie a další poruchy motoriky. Vyd. 1. Praha: Portál.
22. Kučera, O. (1961). Psychopatologické projevy při dětských lehkých encefalopatiích. Vyd. 1. Praha: SPN.
23. Kucharská, A. a kol. (1998). Specifické poruchy učení a chování. Vyd. 1. Praha: Portál.
24. Langmeier, J.; Balcar, K.; Špitz, J. (2000). Dětská psychoterapie. Vyd. 2. Praha: Portál.
25. Langmeier, J.; Krejčířová, D. (2006). Vývojová psychologie. Vyd. 2. Praha: Grada.
26. Liebmann, M. (2005). Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci. Vyd. 1. Praha: Portál.
27. Marek OP A.M.(1992). Psychologie. Olomouc.
28. Meglin, D.; Meglin, N. (2001). Kreslení jako cesta k sebevyjádření. Vyd. 1. Praha: Portál.
29. Mezinárodní klasifikace nemocí. (10. revize). (1992). Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (přel. z angl. orig.) Praha: Psychiatrické centrum.

30. Michalová, Z. (2004). Analýza dílčích aspektů specifických poruch. Vyd. 1. Praha: PF UK.
31. Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada.
32. Munden, A.; Arcelus, J. (2008). Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Vyd. 3. Praha: Portál.
33. Novák, T. (2004). Co dítě sděluje když nakreslí svou rodinu. Vyd. 1. Olomouc: Rubico.
34. Oster, G.D. (2004). Using drawings in assesment artherapy: a guide for mental health Professional. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge.
35. Paclt, I. a kol. (2007). Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti. Vyd. 1. Praha: Grada.
36. Paclt, I.; Ptáček, R.; Florián, J. (2008). Hyperaktivita. Vyd. 1. Praha: Sdružení Hyperaktivita.
37. Perout, E. (2005). Arteterapie se zrakově postiženými. Vyd. 1. Praha: Okamžik.
38. Piaget, J.; Inhelderová, B. (2000). Psychologie dítěte. Vyd. 3. Praha: Portál.
39. Read, H. (1967). Výchova uměním. Vyd. 1. Praha: Odeon.
40. Rubinová, J. A. (2008). Přístupy v arteterapii: Teorie & technika. Vyd. 1. Praha: Triton.
41. Říčan, P.; Krejčířová, D.; a kol. (1997). Dětská klinická psychologie. Vyd. 3. Praha: Grada.
42. Safran, D.S. (2002). Art Therapy and AD/HD. Diagnostic and Therapeutic Approaches. 1st ed.. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
43. Slavík, J. (2001). Umění zážitku, zážitek umění (teorie a praxe artefiletiky). I. díl. Vyd. 1. Praha: PF UK.
44. Slavíková, V.; Slavík, J.; Hazuková, H. (2000). Výtvarné čarování: artefiletika pro předškoláky a mladší školáky. Vyd. 1. Praha: PF UK.

45. Současná arteterapie v České republice a v zahraničí. (2000) Vyd. 1. Praha: PF UK.
46. Šicková – Fabrici, J. (2002). Základy arteterapie. Vyd. 1. Praha: Portál.
47. Švaříček, R.; Šedová, K. (2007). Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 1. Praha: Portál.
48. Train, A. (1997). Specifické poruchy chování a pozornosti . Vyd. 1. Praha: Portál.
49. Train, A. (2000). Nejčastější poruchy chování dětí. Vyd. 1. Praha: Portál.
50. Vágnerová, M. (1999). Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 2. Praha: Portál.
51. Whitney – Peterson, L.; Hardin, M. (2002). Dítě v tísní: Příručka pro screening dětských kreseb. Vyd. 1. Praha: Triton.
52. Wollschläger, M. – E. (2001). Symbol v diagnostice a psychoterapii. Vyd. 1. Praha: Portál.
53. Мони́на, Г.Б.; Лю́това-Робертс, Е.К.; Чу́тко, Л.С. (2007). Гиперактивные дети: психолого-педагогическая Помощь. 1^о изд. Санкт-Петербург:Речь.
54. Под ред. Копытина, А. И. (2001). Практикум по арт-терапии. 1^о изд. Санкт-Петербург: Питер

Články

1. Svoboda, M. (2007). Projektivní kresba intrafamiliárních vztahů. Arteterapie. Časopis České arteterapeutické asociace. č.13, s.6-14.
2. Perout, E. (2005). Viktor Lowenfeld a jeho pojetí ontogeneze dětské kresby a malby. Arteterapie. Časopis České arteterapeutické asociace. č.9, s.27-32.
3. Kyzour, M. (1969-1970). O krizových jevech v dětské malbě a kresbě. Výtvarná výchova 2/II, s.35-36 a 3/III, s.43-46.

Elektronické zdroje

1. ADHD, ADD (LEHKÉ MOZKOVÉ DYSKUNKCE), LEHKÉ MOZKOVÉ DYSKUNKCE, (příručka) Část VII. - X. [cit.2009-12-09]. Dostupný z www: <<http://www.pppbruntal.cz/texty/adhd07.html>>
2. Councill, T. (2003). Medical Art Therapy with Children. Handbook of Art Therapy. Chapter 16. [cit.2010-05-19]. Dostupný z www: <<http://tracyskids.org/pdf/Malchiodi-Ch16.pdf>>
3. Lukáš Berta. Dream-analysis.web, [cit.2009-10-10]. Dostupný s www: <<http://www.vykladsnu.cz/teorie/carl-gustav-jung-archetypy.htm>>
4. Občanské sdružení SPIN. O metodě VTI, [cit.2009-10-25]. Dostupný z www: <<http://www.spin-vti.cz/metod.html>>
5. Plagens,C.M. Art Therapy for the ADD/ADHD Child, [cit.2010-05-02]. Dostupný z www: <<http://www.balancedlivingmag.com/2004/Sept%20-%20Oct%2004/Art%20Therapy%20.htm>>
6. Tyl, J. Metoda EEG – Biofeedback, [cit.2009-09-13]. Dostupný z www: <<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=1>>
7. Wikipedia. Benjamin Feingold, [cit.2009-12-09]. Dostupný z www: <http://en.wikipedia.org/wiki/Benjamin_Feingold>
8. Качурина О. И. Арт терапия в педагогике., Фестиваль педагогичечких идей «Открытый урок», [cit.2010-05-01]. Dostupný z www: <<http://festival.1september.ru/articles/212738/>>

Zákony

1. Vyhláška 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky.
2. Vyhláška 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a studentů mimořádně nadaných.
3. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon).

Učební program

1. Program „Cesty“, (2007). v originále „Paths“ byl vydán a registrován pod obchodní značkou Channing Bete Company, Inc. Item 50 04 25C - 05 – 04. Českou modifikaci vytvořil kolektiv pedagogů Speciální základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování v Praze a to v rámci projektu „Nácvik sociálních dovedností u dětí se SPCH s dopadem na profesní orientaci“ pod číslem CZ 04.3.07/3.1.01.1/0061 a byl spolufinancován Evropským sociálním fondem, Magistrátem hl. města Prahy a MPSV v průběhu let 2005 – 2007.

Příloha I. Soubory diagnostických kritérií

(Tabulka 1, zdroj: Munden, A., Arcelus, J.):

MKN-10 Hyperkinetická porucha	DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)
<p><i>Alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu.</i></p> <p>Nepozornost</p> <ol style="list-style-type: none">1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;2. často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;3. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká;4. často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce	<p><i>Bud' 1., nebo 2.</i></p> <p>1. Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:</p> <p>Nepozornost</p> <ol style="list-style-type: none">a) často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;b) často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;c) často se zdá, že neposlouchá, když se na ně přímo hovoří;d) často nepostupuje podle

MKN-10 Hyperkinetická porucha	DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)
<p>nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice či nepochopilo zadání);</p> <p>5. často není s to uspořádat si úkoly a činnosti;</p> <p>6. často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí;</p> <p>7. často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje;</p> <p>8. často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;</p> <p>9. často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý.</p>	<p>pokynů a nedaří se mu dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice nebo nepochopilo zadání);</p> <p>e) často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti;</p> <p>f) často se vyhýbá vykonávání úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se například dělat domácí práce, které vyžadují soustředěné duševní úsilí (například školní nebo domácí úkoly);</p> <p>g) často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje);</p> <p>h) často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;</p> <p>i) často zapomíná na každodenní povinnosti.</p>
<p><i>Alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že</i></p>	<p><i>2. Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek</i></p>

MKN-10 Hyperkinetická porucha	DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)
<p><i>mají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu.</i></p> <p>Hyperaktivita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli; 2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle; 3. často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu); 4. často je nadměrně hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech; 5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřízovat společenským podmínkám nebo požadavkům. <p><i>Alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po</i></p>	<p><i>nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:</i></p> <p>Hyperaktivita</p> <ol style="list-style-type: none"> b) často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli; c) často při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle; d) často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu); e) často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat; f) bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jako by „jelo na motor“; g) často bývá nepřiměřeně upovídané.

MKN-10 Hyperkinetická porucha	DSM-IV: Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (ADHD)
<p><i>dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu.</i></p> <p>Impulzivita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka; 2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu; 3. často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře); 4. bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví. 	<p>Impulzivita</p> <ol style="list-style-type: none"> h) často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka; i) mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada; j) často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře).

Příloha II. Dotazník pro rodiče (CPQ – CONNERS/TEST)

Autor: C. Keith Conners

Česká verze: Ivo Paclt, Michal Šebek

Jméno dítěte: Datum narození:
Vaše jméno: Vztah k dítěti:
Dnešní datum:.....

Předkládáme Vám seznam nejrůznějších potíží a problémů, s nimiž se rodiče u svých dětí setkávají. Jednotlivé potíže a problémy pročítejte pečlivě a posuďte, zda se v průběhu minulých 4 týdnů u Vašeho dítěte uvedené potíže vyskytovaly a v jakém stupni.

Svoji odpověď, to znamená stupeň obtíže, dejte do kroužku!

Pracujete rychle a nic nevynechejte!

S vyplněným dotazníkem bude zacházeno jako s důvěrným sdělením, určeným pro lékařské účely.

Stupnice: 0 - vůbec ne | 1 – trochu | 2 – značně | 3 – velmi.

Problémy s jídlem:

1. Jí nimravě, vybírá si.	0	1	2	3
2. Jí málo.	0	1	2	3
3. Má přes váhu.	0	1	2	3

Problémy se spánkem:

4. Ve spánku je neklidný.	0	1	2	3
5. Mívá noční můry (děsy).	0	1	2	3
6. V noci se probouzí.	0	1	2	3
7. Těžko usíná.	0	1	2	3

Strach a obavy:

8.	Bojí se nových situací.	0	1	2	3
9.	Bojí se lidí.	0	1	2	3
10.	Bojí se být sám.	0	1	2	3
11.	Bojí se nemoci a smrti.	0	1	2	3

Svalové napětí:

12.	Je velmi strnulý, ztuhlý, má toporné držení těla.	0	1	2	3
13.	Cuká sebou, má záškuby.	0	1	2	3
14.	Má třes.	0	1	2	3

Problémy s řečí:

15.	Koktá.	0	1	2	3
16.	Mluví nesrozumitelně, drmolí.	0	1	2	3

Problémy s močením:

17.	Pomočujete se v noci.	0	1	2	3
18.	Když jde na záchod močit, musí pospíchat, aby se nepomočil.	0	1	2	3

Problémy se stolicí:

19.	Pokakává se.	0	1	2	3
20.	Má zácpu.	0	1	2	3

Obtíže s následujícími příznaky, i když lékař nenalezl žádné onemocnění.

21.	Bolesti hlavy.	0	1	2	3
22.	Bolesti břicha.	0	1	2	3
23.	Zvracení.	0	1	2	3
24.	Jiné bolesti.	0	1	2	3
25.	Průjmy.	0	1	2	3

Problémy s dumláním, žvýkáním předmětů vytrhávání vlasů:

26.	Cucá si palec (prst).	0	1	2	3
27.	Okusuje si nehty.	0	1	2	3
28.	Žvýká šaty, pokrývky atd.	0	1	2	3
29.	Vytrhává si vlasy.	0	1	2	3

Dětinskost, nevyzrállost:

30.	Chování, hra odpovídá nižšímu věku.	0	1	2	3
31.	Pláče.	0	1	2	3
32.	Vyžaduje pomoc při činnosti, kterou by měl provádět sám.	0	1	2	3
33.	Lne k rodičům nebo jiným dospělým.	0	1	2	3
34.	Dětsky, nepřiměřeně věku žvatlá.	0	1	2	3

Citové problémy:

35. Zlobí se sám na sebe.	0	1	2	3
36. Nechá se napadat ostatními dětmi.	0	1	2	3
37. Cítí se nešťastný.	0	1	2	3
38. Své trápení si nechává pro sebe.	0	1	2	3

Zvýšené sebeprosazování:

39. Pouští hrůzu na slabší.	0	1	2	3
40. Chlubí se, že ho druzí nemají rádi.	0	1	2	3
41. Je drzý k dospělým.	0	1	2	3

Problémy se získáváním přátel:

42. Je plachý, bázlivý.	0	1	2	3
43. Bojí se, že ho druzí nemají rádi.	0	1	2	3
44. Cítí se snadno zranitelný.	0	1	2	3
45. Nemá žádné přátele.	0	1	2	3

Problémy se sourozenci:

46. Cítí se ukřivděný.	0	1	2	3
47. Vztahovačný nebo škodolibý.	0	1	2	3
48. Bojovný, svárlivý vůči sourozencům.	0	1	2	3

Problémy s udržením přátel:

49. Obtěžuje ostatní děti.	0	1	2	3
50. Prosazuje svou.	0	1	2	3
51. Střídá přátele, je vybíravý.	0	1	2	3

Neklid:

52. Je neklidný, do všeho se hrne.	0	1	2	3
53. Impulzivní, jedná podle okamžitého nápadu.	0	1	2	3
54. Nedokončí započatou činnost.	0	1	2	3

Nálada:

55. Je výbušný, chová se nepředvídatelně.	0	1	2	3
56. Mlátí sebou o zem.	0	1	2	3
57. Rozhazuje a rozbíjí věci.	0	1	2	3
58. Je rozmrzelý.	0	1	2	3

Sex:

59. Hraje si s pohlavními orgány.	0	1	2	3
60. Účastní se sexuálních her s ostatními.	0	1	2	3
61. Je zdrženlivý, stydlivý.	0	1	2	3

Problémy ve škole.

62.	Učení mu dělá problémy.	0	1	2	3
63.	Nerad chodí do školy.	0	1	2	3
64.	Bojí se chodit do školy.	0	1	2	3
65.	Sní za bílého dne.	0	1	2	3
66.	Chodí za školu.	0	1	2	3
67.	Nedodržuje školní řád.	0	1	2	3

Lhaní:

68.	Popírá, že udělal něco špatně.	0	1	2	3
69.	Obviňuje ostatní z vlastních chyb.	0	1	2	3
70.	Vypráví příběhy, které se nestaly.	0	1	2	3

Krádeže:

71.	Krade rodičům.	0	1	2	3
72.	Krade ve škole.	0	1	2	3
73.	Krade v obchodech, jinde.	0	1	2	3

Zakládání ohňů:

74.	Zakládá ohně.	0	1	2	3
-----	---------------	---	---	---	---

Problémy s policií:

75.	Má „opletačky“ s policií.	0	1	2	3
-----	---------------------------	---	---	---	---

Puntičkářství:

76.	Všechno musí být „akorát“.	0	1	2	3
77.	Všechno musí být uděláno pokaždé stejně.	0	1	2	3
78.	Klade si příliš vysoké cíle.	0	1	2	3

Další problémy:

79.	Nepozorný, roztržitý.	0	1	2	3
80.	Neklidný, neposedný.	0	1	2	3
81.	Nemůže být ponechán o samotě.	0	1	2	3
82.	Všetečný, všude vlez, hrabe se ve věcech.	0	1	2	3
83.	Časně se budí.	0	1	2	3
84.	Odbíhá při jídle mezi jednotlivými sousty.	0	1	2	3
85.	Dožaduje se okamžitého splnění svých přání.	0	1	2	3
86.	Má rozvázané tkaničky, zipy.	0	1	2	3
87.	Provádí stále stejný pohyb.	0	1	2	3
88.	Je strojený, nepřirozený.	0	1	2	3
89.	Rychle mění nálady.	0	1	2	3
90.	Špatně se orientuje v okolí nebo v denní době.	0	1	2	3
91.	Je neohrabaný.	0	1	2	3
92.	Je si stěží vědom toho, co je kolem něho, či denní doby.	0	1	2	3
93.	Dodnes si nedovede zavázat tkaničky u bot.	0	1	2	3

Prosím, doplňte jakékoliv jiné problémy, které máte se svým dítětem. Uveďte každý zvlášť (pokud není uveden v dotazníku) a zakřížkujte, v jaké míře se projevuje.

.....

Pozoruji u svého dítěte: Vůbec ne | Trochu | Hodně | Moc

.....

.....

Jak vážné problémy má podle Vás v současnosti vaše dítě?

Zakřížkujte: () Žádné | () Malé | () Vážné

Prohlédněte si ještě jednou test, který jste právě vyplnili, a zakroužkujte prosím čísla těch otázek v testu, které se týkají nejzávažnějších problémů vašeho dítěte.

Tabulka: Faktory

Číslo a název faktoru		Patří sem otázky č.	Počet položek
I.	Poruchy chování	39, 40, 41, 47, 48, 51, 69	7
II.	Úzkost	8, 9, 10, 11, 42, 43, 64	7
III.	Impulzivní-hyperaktivní	78, 80, 81, 82, 83, 84, 89, 90	8
IV.	Poruchy učení	45, 62, 63, 67	4
V.	Psychosomatické potíže	6, 21, 22, 23, 24	5
VI.	Puntičkářstvím, perfekcionismus	76, 77, 78, 3	4
VII.	Asociální chování	71, 72, 73, 75	4
VIII.	Svalové napětí	12, 13, 14, 36	4
		Celkem	42

Příloha III. Dotazník pro učitele (CTQ – CONNERS/TEST)

I. Jaké problémy jsou s tímto dítětem v současnosti? (Vypište slovy)

K jakým změnám došlo (pokud k nějakým došlo) od posledního vyplnění tohoto dotazníku? (Vypište slovy)

II. Pozoroval/a jste nějaké změny ve školní výkonnosti tohoto dítěte? Zařaďte jednotlivé předměty, kterým učíte, do příslušné kategorie:

Velice se zhoršil/a v

Trochu se zhoršila/a v

Jeho (její) výkon se nezměnil v

Zlepšil/a se v

Výrazně se zlepšil/a v

III. Jaké změny chování jste u tohoto dítěte pozoroval/a? (Prosím, zakřížkujte příslušné místo) (viz. tabl. Změny chování dítěte).

Tabulka: Změny chování dítěte

Chování	Mnohem horší	Trochu horší	Nezměnilo se	Lepší	Mnohem lepší
Celkové					
Ve třídě					
Podílení se na činnostech třídního kolektivu					
Postoj k autoritě					

IV. Předkládáme Vám seznam nejružnějších reakcí a způsobů chování dětí. Postupně je přečtěte a posuďte, zda v poslední době (v posledním týdnu, v posledních 2

týdnech, v posledních 4 týdnech) se u posuzovaného dítěte takovéto reakce a způsoby chování projevovaly a v jakém stupni.

Stupnice s popisem jednotlivých stupňů je na *pravé straně*! Svoji odpověď dejte do kroužku.

Pracujte rychle a nic nevynechejte! S vyplněným dotazníkem bude zacházeno jako s důvěrným sdělením určeným pro lékařské účely.

Stupnice: 0 – vůbec, 1 – trochu, 2 – značně, 3 – velmi značně

Chování ve třídě:

1. Je neposedný.	0	1	2	3
2. Brumlá, mumlá „bručí“ nebo vydává jiné rušivé zvuky.	0	1	2	3
3. Dožaduje se okamžitého uspokojení.	0	1	2	3
4. Obtížně usměrňuje své pohyby, je neobratný.	0	1	2	3
5. Je neklidný (do všeho se hrne).	0	1	2	3
6. Je vznětlivý.	0	1	2	3
7. Je nepozorný, má potíže se soustředěním.	0	1	2	3
8. Nedokončí, co začne.	0	1	2	3
9. Je citlivý ke kritice.	0	1	2	3
10. Je vážný nebo smutný.	0	1	2	3
11. Je zasněný, duchem nepřítomný.	0	1	2	3
12. Je zachmuřený nebo rozmrzelý.	0	1	2	3
13. Křičí, povykuje, je hlučný.	0	1	2	3
14. Vyrušuje ostatní děti.	0	1	2	3
15. Je hádavý.	0	1	2	3
16. Rychle a dramaticky střídá nálady.	0	1	2	3
17. Jedná vychytrale.	0	1	2	3
18. Destruktivní, ničivý.	0	1	2	3
19. Krade.	0	1	2	3
20. Lže.	0	1	2	3
21. Má výbuchy hněvu, explozivní a nepředvídatelné chování.	0	1	2	3

Účast na činnostech skupiny:

22. Izoluje se od ostatních dětí.	0	1	2	3
23. Zdá se, že ho/ji kolektiv nepřijímá.	0	1	2	3
24. Zdá se, že se snadno nechá vést jinými.	0	1	2	3
25. Nemá smysl pro fair play.	0	1	2	3
26. Zdá se, že mu/jí schází někdo, kdo by ho/ji vedl.	0	1	2	3
27. Nevychází s příslušníky opačného pohlaví.	0	1	2	3
28. Nevychází s příslušníky vlastního pohlaví.	0	1	2	3
29. Dráždí ostatní děti nebo se míchá do jejich věcí.	0	1	2	3

Postoj k autoritě:

30. Je submisivní.	0	1	2	3
31. Je vzdorovitý.	0	1	2	3
32. Je nestydatý, drzý.	0	1	2	3
33. Je nesmělý.	0	1	2	3
34. Je ustrašený.	0	1	2	3
35. Klade mimořádné nároky na učitelovu pozornost.	0	1	2	3
36. Je tvrdohlavý.	0	1	2	3
37. Je příliš úzkostlivý, než aby o něco požádal.	0	1	2	3
38. Nespolupracuje s učitelem.	0	1	2	3
39. Má problémy s pravidelnou docházkou do školy.	0	1	2	3

Dodatečné údaje pro učitele:

VI. Došlo podle Vás u tohoto dítěte k nějaké (závažnější) změně v postojích rodičů k němu/ní anebo ve vztazích v rodině? (Pokud ano, vypište to na volný list papíru).
Jak byste hodnotili/a chování tohoto dítěte ve srovnání s ostatními dětmi téhož věku? Zakřížkujte prosím nejvhodnější tvrzení:

Chová se mnohem hůře než ostatní děti

Chová se hůře než ostatní děti

Chová se asi tak stejně jako ostatní děti

Chová se lépe než ostatní děti

Chová se mnohem lépe než ostatní děti

Tabulka: Vyhodnocení faktorů

Číslo a název faktoru		Patří sem otázky č.	Počet položek
I.	Poruchy chování	12, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 30, 31, 32, 36, 38	13
II.	Nezúčastněnost, pasivita	4, 7, 8, 11, 24, 26	6
III.	Napětí, úzkost	9, 10, 30, 33, 34, 39	6
IV.	Hyperaktivita	1, 2, 5, 6, 14, 29	6
		Celkem	31

Poznámky: Skóre jednotlivých faktorů se vyznačují jistým stupněm vzájemné korelace, zvlášť mezi faktory 1 a 4. Tyto dva faktory lze pro zjednodušení sečíst a hodnotit jako jediný faktor.