

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
Husitská teologická fakulta

Esteticko- haptická stimulace u dětí s ADHD  
Aesthetic and haptic stimulation with children with ADHD

*Bakalářská práce*

**Vedoucí práce:**

Prof. PhDr. et RNDr. Marie Vágnerová, CSc.

**Autor práce:**

Anna Šupčíková

Praha 2011

**Anotace:** Bakalářská práce „Esteticko-haptická stimulace dětí s ADHD“ shrnuje základní poznatky o ADHD a přidružených poruchách pozornosti. Navrhuje možnosti, jak s těmito dětmi pracovat pomocí esteticko-haptické stimulace, jakožto arteterapeutické a artefiletické metody. Cílem práce bylo ověřit účinnost této metody na dětech s ADHD zařazených do sociálně preventivních programů.

**Annotation:** The work entitled „Aesthetic and haptic stimulation of children with ADHD“ summed up the basic knowledges about ADHD and associated malfunctions of attention. It proposes possibilities to find a way to work with this children by means of aesthetic and haptic stimulation as art-therapeutic and art-philetic method. Main focus of the work is to verify the efectivity of this method with children included in programs of social prevention activities.

**Klíčová slova:** ADHD, esteticko-haptická stimulace, arteterapie, artefiletika, sociálně-preventivní program

**Keywords:** ADHD, aesthetic and haptic stimulation, art-therapy, art-philetic, social preventive program

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze 15.7.2011

Anna Šupčíková

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní profesorce Vágnerové, za nesmírnou trpělivost a podporu při vedení mé bakalářské práce. Dík patří i koordinátorce programu Kompas Mgr. Kuškové za poskytnutí prostoru i materiálů a samozřejmě dětem, neboť jejich postřehy a pokroky daly vzniknout této práci.

## **OBSAH:**

<b>ÚVOD</b>	<b>7</b>
<b>I. Teoretická část</b>	<b>9</b>
<b>1. ADHD a další poruchy pozornosti</b>	<b>9</b>
1.1 Stručně z historie	9
1.2. Rozdělení a terminologie	10
1.2.1. ADD	11
1.2.2. ADHD	12
1.2.2.1. Příčiny	13
1.2.2.2. Diagnostika	14
1.2.2.3. Možnosti léčby	16
1.2.2.4. Zásady přístupu k dětem s ADHD	16
1.2.3. Hyperkinetická porucha	18
1.2.3.1. Diagnostika	19
1.2.4. Lehká Mozková Dysfunkce	21
<b>2. Využití výtvarné tvorby v práci s hyperaktivními dětmi</b>	<b>22</b>
2.1 Areterapie	23
2.1.1. Stručně z historie	23
2.1.2. Formy arteterapie	24
2.1.2.1. Skupinová	24
2.1.2.2. Individuální	25
2.1.3. Rozdělení podle teoretických východisek	26
2.2 Artefiletika	27
2.2.1. Stručně z historie	27
2.2.2. Srovnání ateterapie a artefiletiky	28
2.3 Esteticko-haptická stimulace	29
2.3.1. Působení na děti s ADHD	30
2.3.2. Metody	31

<b>II. Praktická část</b>	32
<b>3. Cíle a východiska práce</b>	32
<b>4. Program 5P</b>	33
4.1.Charakteristika sociálně-preventivního programu 5P	33
4.2.Případová studie Abigail	34
4.2.1.    Začátky	35
4.2.2.    Příklad schůzky – zrcadlo	35
4.2.3.    Shrnutí	37
<b>5. Program Kompas</b>	39
5.1.    Charakteristika sociálně preventivního programu Kompas	39
5.2.Struktura schůzek	40
5.3.Příkladová studie - Pondělní skupina	41
5.3.1.    Anamnézy dětí	41
5.3.2.    Příklad schůzky – Zoologická zahrada	45
5.3.3.    Příklad schůzky – Amor	46
5.3.4.    Shrnutí	48
<b>ZÁVĚR</b>	50

## Úvod

*„Můžeme si myslet cokoli a vážit čemukoli, ale náš příběh se skládá z toho, co jsme skutečně udělali, co jsme vytvořili. Člověk nemusí být teolog ani patřit k nějaké konkrétní náboženské skupině, ale k otázce: Co je v životě možné, se každý vyjadřuje tím, jak vlastně žije. Každý tak či onak touto pravdou žije.“*

Robert Fulghum

Jako dítě jsem byla velmi živá a neklidná, vedoucí zájmových kroužků i učitele jsem dováděla téměř k šílenství a dobře si pamatuji, že jsem často ani dost dobře netušila, co vlastně dělám špatně. Jediné, co mě dokázalo udržet chvíli na jednom místě, byla tvůrčí ruční práce, u které jsem naopak dokázala vydržet celé hodiny. Hnání pudem sebezáchovy, nechávali mi osvětlení pedagogové při vyučování v ruce háčkování, drhání a v dobrém rozmaru i plastickou gumu a podobně, neboť si všimli, že manuální činnost, mi neodvádí pozornost od výuky, ba naopak, když zaměstnám ruce, jsem schopna podávat mnohem lepší výkony. Nejenom na poli školním, ale i při volnočasových aktivitách mi pomáhaly hry, ve kterých byly nějakým způsobem zapojeny i hmatové vjemy.

Když jsem dospěla a sama jsem se začala zabývat výchovnou činností, ve své praxi jsem se nutně musela setkat s dětmi podobně neklidnými, jako jsem bývala já sama. Tyto děti dneska často nosí potvrzení od lékařů, na kterém se skví diagnóza ADHD či ADD společně s doporučením odborníka k větší toleranci. Tato potvrzení však často vyčerpaným rodičům či pedagogům nepřinášejí radu, jak s touto diagnózou nakládat.

Při své práci s hyperaktivními dětmi jsem spíše náhodou a spontánně začala používat to, co se osvědčilo i mě – kreativní výtvarné činnosti. A podobně jako zabíraly na mě, pomáhaly i dětem, s kterými jsem pracovala. Po úspěchu mých prvních pokusů jsem se této problematice začala věnovat i po odborné stránce, absolvovala jsem výcvik i sebezkušenost v arteterapii, semináře zaměřené na arteterapii či artefiletiku a nastudovala odbornou literaturu. Zjistila jsem, že mnoho z arteterapeutických i artefiletických technik znám z různých kroužků, volnočasových aktivit i školy. To, co však chybělo, aby tyto hry využily svůj potenciál, bylo vědomé a kontinuální používání těchto her s následnou reflexí a tedy přesahem do terapeutického rozměru. Pro děti s kterými pracuji, jsem vytvořila řadu esteticko-haptických etud, které vždy vycházeli z aktuálních potřeb mých svěřenců, a zároveň na sebe tematicky navazovaly. Inspirací mi byly odborné knihy s arteterapeutickými technikami, sborníky her i techniky které znám z vlastní zkušenosti,

ale největší inspirací při procesu vytváření her či technik mi byly děti samotné. Vzhledem k povaze potíží mých klientů, bylo nutné často improvizovat a přizpůsobit připravené hry aktuálním náladám dětí.

Z počátečních pokusů a spíše náhodných činností se postupně stal systematický soubor ověřených technik, cílevědomě rozvíjející klíčové kompetence dětí. Zároveň mi tvůrčí techniky pomohly navázat kontakt s mými dětskými klienty, uvolnit počáteční nedůvěru i nedorozumění či potíže a konflikty, které v naší spolupráci nastaly. Kreativní práce, která není zaměřena na výkon, není soutěží ani nepodléhá kvalitativnímu hodnocení, přináší dětem, které často chválu neslychají, dobrý pocit nejen ze samotného procesu tvorby, ale i z hmatatelného výsledku své práce.

Ve své bakalářské práci chci pomocí případových studií a ukázkou praktických technik názorně ukázat, jak mohou sloužit metody esteticko-haptické stimulace dětem.



# I. Teoretická část

## 1. ADHD a další poruchy pozornosti

### 1.1 Stručně z historie

Napříč historií lidské civilizace je výchova dětí a problematika dětí “zlobivých a nevychovaných“ středem pozornosti mnoha autorů. Výchově dětí se věnovaly hliněné tabulky, papyry, pergameny a později i knihy tištěné. Ale ať už bylo nezvladatelné chování dětí připisováno posedlostí démonem či špatné výchově rodičů, o neurofyziologickém původu problémů se začalo uvažovat až v 19. století.

Poprvé se tyto úvahy objevily v roce 1838. Belgický psychiatr J. Guislain vypožoroval souvislosti mezi poruchami chování a mozkovým poškozením. (Zelinková, 2007)

Pokorná (2001) počátky výzkumu směřujícího k diagnóze ADHD spatřuje až v práci W. Jamese, který ve svých *Principles of Psychology* z roku 1890 referoval o symptomech poruch pozornosti a chování. Větší pozornost odborné veřejnosti tato problematika vzbudila v dvacátých letech. V padesátých letech se objevují první zkušenosti s psychofarmaky. V letech šedesátých (zvláště v Anglii) vznikala řada praktických i teoretických prací o hyperaktivních dětech. Vznikala různá označení, stejně jako různá diagnostická kritéria a definice. Jednotná definice LMD vznikla v roce 1966, a byla dílem psychiatra S. Clementse.

V Československu byl vývoj podobně bouřlivý a plodný jako v zahraničí i navzdory režimu. V roce 1949 MuDr. Karel Macek ze Sociodiagnostického ústavu v Praze jako první přišel s diagnózou „lehké postižení“ CNS. V šedesátých letech se začal objevovat termín LME tedy lehká mozková encefalopatie.

V dalších letech se problematice věnovala řada předních českých odborníků z řad lékařů (např. L. Černý), psychologů (např. Z. Matějček, K. Šturma) i pedagogů (např. M. Černá). Díky výzkumu se začaly objevovat první třídy pro takto specifické děti. (Zelinková, 2007, s. 163)

Navzdory pečlivému vymezení ADHD a náležité diagnostiky se stále můžeme setkat s pochybnostmi o konceptu ADHD. Pochybují nejenom laici z řad rodičů, nýbrž se bohužel můžeme setkat s podobnými reakcemi i u odborné veřejnosti, například pedagogů či vychovatelů. Na internetových stránkách věnujících se ADHD můžeme najít například tyto

argumenty: „Zlobivé děti existovaly vždycky..., lidé jsou různí a problémy nastávají, když tato různost není respektována institucemi, např. školou... tyto instituce (jako např. škola) jsou ze své povahy netolerantní a direktivní... moderní doba má na děti přehnané nároky...“ atd. (<http://www.adehade.cz/o-adhd/>, vytištěno 25.5.2011)

Z těchto reakcí můžeme vyvodit, že navzdory názorům, že je ADHD „módní diagnóza“ a bylo o tomto fenoménu napsáno již mnoho publikací, je stále nutné věnovat se dále výzkumu, osvětě veřejnosti a samozřejmě i léčbě a edukaci dětí, které tímto syndromem trpí.

## **1.2 Rozdělení a terminologie**

ADHD je diagnóza, se kterou se v posledních letech setkáváme čím dál tím častěji. Jak jsem však už uvedla v předcházející kapitole o historii, terminologie není zdaleka jednotná. V českém speciálně-pedagogickém terénu se stále často setkáváme s termínem LMD, ADD, hyperkinetická porucha a ve starší literatuře taktéž LME či psychomotorická instabilita.

Všechny tyto pojmy se týkají ADHD, proto pokládám za nutné, si hned na začátku některé tyto termíny představit a kategorizovat.

Základní charakteristika všech těchto diagnóz obsahuje slova jako nepozornost, neschopnost soustředěné práce, impulzivita, snadná unavitelnost, nadměrná upovídanost apod. Přesto nacházíme i symptomy zcela rozdílné a proto je třeba tyto pojmy pečlivě rozlišovat.

### 1.2.1 ADD (Attention Deficit Disorder)

Symptom ADD bývá často s označení ADHD zaměňován, ovšem jedná se o jiné, avšak velmi podobné a nejspíše i příbuzné onemocnění. Dětem s ADD narozdíl od ADHD chybí zmíněná hyperaktivita. (Munden, Arcelus, 2002). Z neuropsychologického hlediska dochází k změně aktivitě v posteriorní kortikální oblasti.

V pedagogické praxi tyto děti nejsou nijak nápadné, často jsou zasněné, nepozorné, ale na rozdíl od dětí hyperaktivních nemají potřebu na sebe více upozorňovat, čímž často nedojde k vhodné intervenci. (Riefová, 1999, s. 17 )

Syndrom ADD se objevil již v roce 1987 jako samostatná diagnóza v DSM-III (Diagnostic and Statistical manual of the American Psychiatric Association - třetí revidované vydání tohoto klas. systému) V současné době je definován v DSM-IV (tedy v pátém revidovaném vydání). Ta je v současnosti pokládána za nejuživnější přehled doporučených označení nemocí. (Riefová, 1999)

#### **Pro děti s ADD je typické:**

1. *Větší úzkostlivost,*
2. *sklony k dennímu snění,*
3. *otupělost, apatie, lenost, pomalost,*
4. *problémy s pamětí, zaměřením pozornosti a rychlostí zpracování informací, tedy i s vizuomotorikou,*
5. *pomalost v kognitivním zpracování,*
6. *uzavřenost a nespolečenská,*
7. *až u 20% výskyt SPU,*
8. *nedostatečné studijní povinnosti,*
9. *potíže se samostatnou prací.*

*(Riefová, 1999, s. 17)*

### 1.2.2. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Syndrom ADHD je vývojová porucha, která se projevuje vývojově neadekvátním stupněm nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Často se objevují již v raném dětství. Tyto děti mají vlivem těchto obtíží problémy s dodržováním pravidel chování a opakovaným prováděním určitých pracovních výkonů po delší dobu. S tím jsou spojené horší výkony ve škole, agresivita, komplikované navazování sociálních vazeb s vrstevníky, nesnášenlivost, neschopnost uznávat autority a pravidla, agresivní řešení interpersonálních problémů. (Zelinková, 2007)

Děti s ADHD mohou mít v zásadě dobré a nevinné záměry avšak ve svém okolí budí dojem, že si v nespolečenských schválnostech a jiných nežádoucích projevech libují. Jejich chování bývá často zaměňováno s opozičními, nebo dokonce asociálními činy, které by dítě by dítě podnikalo z negativních pohnutek. Toto však platí spíše u mladších dětí, neboť vlivem neustálých potíží, obviňování a trestů se pro tyto děti během let vytvoří vzorce chování, které mají opoziční, nebo asociální charakter. (Arcelus a Munden, 2006 s. 22, 23)

Z tohoto důvodu jsou podle Zelinkové tyto jedinci velmi rizikovou skupinou. Často vyrůstají v dysfunkční rodině, kdy se mezi příbuznými vyskytují i psychopatologické projevy. U této skupiny je značná pravděpodobnost, že obtíže spojené s ADHD přetrvávají v adolescenci i dospělosti. (Zelinková, 2007, s. 165) Arcelus a Munden uvádějí v souvislosti s ADHD poruchu opozičního vzdoru, kterou lze vysledovat až u 60% dětí s ADHD. Dále autoři zmiňují poruchu chování projevující se chronickou agresí, destruktivním chováním, lhaním a krádežemi. U 25% těchto dětí dosahuje úroveň tohoto chování delikvence.

Kromě poruch chování je syndrom ADHD často spojen i s poruchami učení. Výzkum ve Spojených státech Amerických dokazuje, že děti s ADHD mají sklon k následujícím poruchám učení:

- ♣ *90% dětí s ADHD není ve školní práci dostatečně výkonných,*
- ♣ *90% dětí s ADHD nepodává ve škole výkon podle svých schopností,*
- ♣ *20% dětí s ADHD má problémy se čtením,*
- ♣ *60% dětí s ADHD má vážné problémy se psaním,*
- ♣ *30% dětí s ADHD v USA nedokončí školní docházku*
- ♣ *5% lidí s ADHD v USA dokončí čtyřleté akademické studium na college, nebo na universitě v porovnání s 25% s celkové populace.*

Diagnóza ADHD s sebou přináší i rizika dalších psychických nemocí, či poruch jako je například klinicky definovatelná deprese, která se projevuje špatnou náladou, plačtivostí, potížemi se spánkem, nechutenstvím, sociální izolací, ztrátou zájmu o okolí a dokonce i suicidálními myšlenkami. Přibližně u stejného počtu těchto dětí (Arcelus a Munden uvádějí, že se jedná přibližně o třetinu) můžeme najít úzkostné poruchy, které se projevují strachem a vyhýbáním se některým situacím, či setkáním i psychosomatickými symptomy, jako například bolest břicha, či hlavy, zvracení, dušnost, panika při odloučení od rodičů a obsedantní chování. Všechny tyto uvedené obtíže mohou být matoucí při diagnostice a mít za následek nedostatečnou, či nepřesnou diagnózu a s tím spojená špatná volba terapeutické intervence.

### **1.2.2.1. Příčny**

Teorií objasňující příčiny vzniku ADHD je několik a odborníci se stále nemohou shodnout. Komplikovanost tohoto syndromu vyžaduje, aby byl zkoumán současně z několika vědeckých disciplín, jako je antropologie, genetika, neuroanatomie, neurofyziologie, neurochemie, dietetika a toxikologie, psychologie i sociální a speciální pedagogiky.

Jako nejčastější příčina je uváděna novorozenecká žloutenka, dále nedostatek jódu v těle matky během těhotenství (Šlapal, 2009, s. 31) Dalším rizikem může být situace, kdy je mozek plodu dlouhodobě vystaven nižšímu přísunu kyslíku, například je-li matka dlouhodobě zasažena infekcí, popřípadě v těhotenství kouří či pije alkohol. (Dtílková, 2009, s. 67)

Lze předpokládat, že významnou roli hraje genetická dispozice. Dle Šlapala se jedná o změnu v přísunu dopaminových transmiterů. (Šlapal, 2009, s. 31) Biederman (in Zelinková, 2007, s. 166) uvádí, že u rodičů s ADHD je 50% pravděpodobnost, že jejich děti budou trpět stejnými obtížemi. Což dokazují i studie dvojčat. Na studii doktora Biedermana odkazuje i Arcelus a Munden. Studie doktora Biedermana a jeho kolektivu z Massachusettské všeobecné nemocnice z roku 1990 dokládá, že 25% nejbližších příbuzných dětí s ADHD rovněž trpělo touto poruchou. V porovnání s pouze 5% nejbližších příbuzných z kontrolní skupiny dětí s jinými psychickými poruchami to znamená 50% nárůst rizika, že příbuzný dítěte s ADHD trpí touto chorobou také.

Výzkum, který provedený Comingsem v Kalifornii (in Arcelus a Munden, 2006 s. 53), ukazuje, že vnitřně spřízněné a překrývající se poruchy (jako jsou ADHD, Tourettův syndrom, porucha chování a porucha opozičního vzdoru) jsou s největší pravděpodobností výsledkem sdílených genetických anomálií.

Neurologové se díky přístrojům na principu nukleární magnetické rezonance (MRI) zjistili, že u dětí s ADHD mají o něco menší oblasti mozkové tkáně v pravém frontálním laloku, který má různé funkce například plánování a ovládání podnětů. Hynd (in Arcelus a Munden, 2006 s. 53) a jeho kolektiv z university v Georgii poukázali také na to, že ocasité jádro mozku (nucleus caudatus), který má zodpovědnost za emoce motivace a paměť je u dětí s ADHD menší, než u normálních dětí.

### **1.2.2.2. Diagnostika**

Jak jsem uvedla výše, s ohledem na četnost přidružených poruch bývá těžké ADHD diagnostikovat. Navzdory častým přáním rodičů, také není možné přidělit diagnózu ADHD všem dětem, které jsou zlobivé, neposedné a obtížně vychovatelné. Diagnózu může stanovit pouze odborník, jakým je klinický psycholog, psychiatr, nebo neurolog.

**Diagnostická kritéria podle DSM-IV jsou následující:**

#### **Nepozornost**

##### **A. Bud' 1., nebo 2.:**

*1. Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepříznovost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu*

- 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;  
často se zdá, že neposlouchá, když se na ně přímo hovoří;

- d) často nepostupuje podle 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);
- e) často mívá problémy zorganizovat si úkoly a činnosti;
- 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);
- g) často ztrácí věci potřebné pro vykonávání úkolů nebo činností (například hračky, školní pomůcky, pera, knížky nebo nástroje);
- h) často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
- i) často zapomíná na každodenní povinnosti.

**2. Šest (nebo více) následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvá po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:**

- a) často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
- b) často při vyučování nebo v jichých situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
- c) často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodé (u dospívajících dětí nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu);
- d) často mívá potíže tiše si hrát nebo v klidu něco jiného dělat;
- e) bývá často „na pochodu“ nebo se chová, jako by „jelo na motor.“;
- f) často bývá nepřiměřeně upovídané.

### **Impulzivita**

- g) často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
- h) mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada;
- i) často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. Skáče jiným do řeči, ruší je při hře).

(Acelus, Munden , 2006, s.16,17,18)

### 1.2.2.3. Možnosti léčby

Při léčbě dětí s ADHD je třeba spolupráce širokého týmu lidí, a to odborníků (psycholog, pedagog i lékař) a rodiny. Je možné nasadit terapii psychofarmaky a psychoterapii, kombinovanou s vhodným přístupem pedagogů ve škole i volném čase při edukaci dítěte.

Pro léčbu psychofarmaky se dle Drtílkové využívají dvě skupiny léků. Stimulancia, která ovlivňuje dopaminový systém, a látky nestimulační, které ovlivňují nonadrenalin. (Drtílková, 2009, s. 82)

Šlapal je konkrétnější: ze stimulancií se využívá Ritalin, což je methylphenidát. Spadá do stejné kategorie jako například kokain, užívání takového léku je proto dosti rizikové. Jako alternativu uvádí modafinil, který je u nás zastoupen v lécích Provinil a Vigil. Jako úspěšná se ukázala i léčba tricyklickými antidepresivy jako je například Imipramin. Důležité je před nasazením psychofarmak určit všechny diferenční diagnózy a zvážit všechna rizika, protože každý jednotlivec může reagovat různě. (Šlapal, 2009, s.33)

Z psychoterapie se jako nejvhodnější ukazuje systém kognitivně-behaviorální terapie, vhodné je kombinovat s dalšími formami animoterapie (canisterapie, hipoterapie) popřípadě s expresivními terapiemi (arteterapie, muzikoterapie) a různé druhy relaxací, popřípadě autogenní trénink.

### 1.2.2.4. Zásady přístupu k dětem s ADHD

Stejně jako jsou děti s diagnózou ADHD velmi specifické, vyžadují i jedinečný přístup svého okolí, zvláště pak rodiny a pedagogických pracovníků, kteří s dítětem tráví většinu jeho času. Rozhodně znamenají velkou zátěž pro rodinu i třídní kolektiv, dodržováním jistých zásad lze však předejít mnoha nedorozuměním a nepříjemným situacím.

Riefová sestavila seznam důležitých činitelů, které pomáhají učitelům pracovat s hyperaktivními dětmi. Uvedená pravidla se však nevztahují pouze na učitele, své uplatnění najdou i pro vychovatele volnočasových aktivit a podobně:

**Učitelova pružnost, zainteresovanost a ochota** – učitel musí pracovat s žákem velmi osobně, individuálně a empaticky.



**Další vzdělávání a získávání znalostí o ADHD** – Mnoho nedorozumění mezi dětmi s ADHD a učitelem pramení z nepřipravenosti a neznalosti pedagogů v této oblasti. Znalost problematiky může pomoci uvědomit si, čím dítě prochází a tím si zachovat trpělivost a pevné nervy

**Úzká spolupráce mezi rodiči a školou** – aby byla práce s dítětem úspěšná, je třeba spolupracovat s rodiči (např. na plnění domácích úkolů.) Rodiče, mohou mít také někdy pocit, že si učitel na jejich dítě tzv. zasedl a prospěchové neúspěchy přisuzují nikoliv svému dítěti, ale kantorovi. V takových případech je vhodná intervence výchovného poradce popřípadě psychologa.

**Vytvoření přehledného a strukturovaného prostředí** – Děti s ADHD mají problémy s hranicemi, je tedy pro jejich bezpečí a jistotu vhodné vytvořit bezpečné prostředí s jasnými pravidly. Všechny úkoly je nutné zadávat s velmi a jasnými instrukcemi, ideálně náročné úkoly rozčlenit na několik menších. Pro úspěch takového přístupu je nutné poskytovat dítěti okamžitou zpětnou vazbu a náležitě ocenit pokroky.

**Tvořivé, poutavé a interaktivní vyučovací metody** –

Zaujmout děti je pro výuku čehokoliv vždy velmi důležité, pro děti s ADHD toto platí dvojnásob. Je třeba vytvářet takové aktivity, které děti budou bavit, budou se často střídat, aby děti doslova neměly čas věnovat se něčemu jinému a mohly se soustředit na svou vlastní práci. Zároveň je dobré mezi cvičeními dávat krátké, časově jasně ohraničené pauzy, neboť přes sebezajímavější program tyto děti nejsou schopny udržet soustavnou pozornost. (Riefová 1999, s. 21,22))

Drtílková (2009) jako hlavní zásady práce s hyperaktivními dětmi uvádí praktické rady pro rodiče i odborníky. Podle ní je zásadní užívat pochvaly místo trestu, což v praxi znamená vyzdvihovat, co se dítěti povedlo místo neustálého opakování a verbalizování toho, co dítě udělalo špatně. Pokud si situace trest vyžaduje, je nutné dítě potrestat bezprostředně po přečinu. Později už si dítě nebude vybavovat, za co trest přišel, čímž se výchovný efekt trestu úplně vytratí. Děti s ADHD mají problém s chápáním času. Proto je třeba dávat dítěti jasná časová ohraničení a limity.

### 1.2.3 Hyperkinetická porucha

*„Hyperkinetická porucha (HKP) se řadí mezi neurovývojové poruchy. Je charakterizovaná věku nepřiměřenou mírou nepozornosti, impulzivity a hyperaktivity. Postihuje děti již od raného věku a nesmí být opomíjena ani v dospělosti. Svým klinickým průběhem a incidencí představuje významný socioekonomický problém a s pokrokem dnešní medicíny, a to především s rozvojem neurozobrazovacích metod a genetiky, se dostává do popředí vědeckého výzkumu“* (Cahová, Pejčochová, Ošlejšková, 2010, <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hyperkineticka-porucha-detskeho-neurologa-v-klinicke-praxi-448913> vytištěno 25.5.2011)

Z hlediska patogeneze je hyperkinetická porucha kortiko(prefronto)-talamo-striato-kortikálního okruhu.

Projev je velmi podobný jako u ADHD. Tyto dvě diagnózy jsou víceméně totožné, hlavní rozdělení najdeme v klasifikaci těchto chorob. Název hyperkinetická porucha nalezneme systému MKN-10, který je uznáván převážně v Evropě. Jedná se o klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases, 10th edition, neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN-10) (in: Acelus, Munden, 2002, str. 16) Zatímco ADHD nalezneme k klasifikačním systému DSM-IV (viz kapitola o ADD). Tento klasifikační systém je podle Drtílkové stručnější, mírnější a tím populárnější. Tímto vysvětluje častější používání diagnózy ADHD než hyperkinetická porucha. V zásadě se dá říct, že hyperkinetická porucha je závažnější formou ADHD s vystupňovaným agresivním a asociálním chováním (agrese k lidem a zvířatům, nepoctivost, lhaní, krádeže, záškoláctví, útoky z domova atd.) (Drtílková, 2007)

Srovnání ADHD a hyperkinetické poruchy uvádím v tabulce v příloze č. 1. a č. 2.

### 1.2.3.1. Diagnostika

**Diagnostická kritéria hyperkinetické poruchy podle MKN-10 :**

#### **Nepozornost**

*Alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:*

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 pozornosti 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 nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do pozice či nepochopilo zadání);
5. Často není s to uspořádat si úkoly a činnosti;
6. Často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí;
7. Často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností, například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje;
8. Často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty,
9. Často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý.

## **Hyperaktivita**

*Alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stádiu:*

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 podřizovat společenským podmínkám nebo požadavkům.

## **Impulzivita**

*Alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:*

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.

(Acelus, Munden, 2006, s. 21.22)

#### 1.2.4. Lehká mozková dysfunkce

Toto označení pochází přibližně z šedesátých let. Souběžně s ním se užívaly i označení Lehká Mozková Encefalopatie (LME). Přesto, že v současné době byl tento pojem vytlačen diagnózami ADHD či hyperkinetická porucha v odborné literatuře se s ním můžeme setkat i nyní. Na rozdíl od označení ADHD, nebo hyperkinetická porucha, která popisují spíše symptomy, pojem LMD vychází z etiologie této poruchy.

Podle Vágnerové jsou okolnosti vzniku syndromu dosti různorodé. Porucha může být genetického původu, případně exogenně vyvolané porušení mozkové tkáně. Rozhodně se jedná o vzájemné působení několika faktorů. Různorodost etiologie a individuální reaktivita na působení vyvolávajících faktorů a další psychosociální vlivy okolí způsobují značnou variabilitu příznaků a tím i závažnosti poruchy. (Vágnerová, 1991, s.73)

Clements (in Zelinková, 2007 str. 163) vybral z 99 různých příznaků LMD deset nejčastěji zaznamenávaných charakteristik:

1. *Hyperaktivita,*
2. *percepčně-motorická oslabení,*
3. *emoční labilita,*
4. *nedostatky v celkové koordinaci,*
5. *poruchy pozornosti,*
6. *impulzivita,*
7. *poruchy paměti a myšlení,*
8. *specifické poruchy učení,*
9. *poruchy mluvené a slyšené řeči,*
10. *neurčité známky neurologické a nepravidelnost EEG.*

## 2. Využití výtvarné tvorby v práci s hyperaktivními dětmi

Esteticko-haptická stimulace, je široký pojem pro techniky využívající hmatové a vizuální podněty k vybudování uvědomování si svého těla a rozvoj taktilních vjemů. Zároveň, jako tvořivá expresivní činnost pomáhá lidem uvědomovat si lépe prožívání svoje i okolí. Pro děti hyperaktivní, impulzivní je to tedy pomoc velmi vhodná. Slavík píše: „*Expresivita (...) má přímé důsledky pro kvalitu vztahů mezi lidmi, protože snížená citlivost pro chápání egocentrických adaptivních rozhodnutí druhého člověka a neschopnost o nich srozumitelně komunikovat vyvolává problémy jak ve vztazích mezi lidmi, tak s ohledem na duševní pohodu každého člověka.*“ (Slavík, 2009, s. 23)

V odborné literatuře (například u arteterapeutku Šicové -Fabrici) je esteticko-haptická stimulace uvedena jako technika arteterapeutická. Arteterapie má funkci léčebnou a setkáme se s ní spíše v léčebných zařízeních. Při léčbě příznaků ADHD má arteterapie své významné místo. Nároky na osobnost arteterapeuta jsou velmi vysoké, ať už mluvíme o stránce charakterové či o požadavku na odborné vzdělání a výcvik. Tyto předpoklady rodič, pedagog popřípadě jiný dospělý, který má na starosti péči o děti s ADHD, často nesplňuje. Přesto i tito lidé mohou techniky esteticko-haptické stimulace využívat, ovšem s cílem nikoliv léčebným, nýbrž sociálně-preventivním, výchovným. Tento přístup se nazývá artefiletika. (Blíže pojmy arteterapie a artefiletky vysvětlím v následujících kapitolách.)

### ***Výtvarný projev rozvíjí:***

1. *Koncentraci pozornosti,*
2. *grafomotorické dovednosti,*
3. *zrakové vnímání,*
4. *plošnou a prostorovou orientaci,*
5. *konceptualizaci práce,*
6. *při slovní reprodukci slovní zásobu a jazykový cit,*
7. *vyjádřit myšlenky, pocity, vjemy (sebevyjádření),*
8. *posilovat kreativitu a sebedůvěru.*

### ***Výtvarný projev umožňuje:***

1. *Hledat v symbolickém ztvárnění cestu ke změně,*

2. *změnit stereotypní řešení a projevy chování,*
3. *otevřít se a sdílet své potřeby a pocity s druhými,*
4. *rozvíjet komunikaci s druhými.*

(Valečková, 2008, <http://www.artefiletika.cz/modules/articles/article.php?id=68>  
vytištěno 25.5. 2011)

## **2. 1 Arteterapie**

Arteterapie, je podle Matouška:

*„... jedním z psychoterapeutických postupů. Opírá se o výtvarné projevy klientů jak, o o hlavní léčebný prostředek. Nejde u ní o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby“.* (in Caseová, Dalleyová, 1995, str 9) Na oficiálních internetových stránkách České arteterapeutické asociace (<http://www.arteterapie.cz/>, vytištěno 25.5.2011) je tato definice doplněna: *„Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovány.*

Liebmann zmiňuje tyto pozitiva arteterapie:

- *sociální učení probíhá rychleji a intenzivněji*
- *podpora a pocit sounáležitosti u jedinců s podobným nebo totožným problémem*
- *podnětnost zpětné vazby pro jednotlivce ve skupině*

(in Šicková – Fabrici, 2000, s. 43)

### **2.1.1. Stručně z historie**

Artererapie jako taková v odborném světě za sebou zatím nemá příliš dlouhou historii. Výraz „art therapy“ ve svých pracích jako první použila Margaret Naumburgová ve třicátých letech 20. století v USA. Její východisko bylo psychoanalytické. Tento termín se v Evropě začal používat až roku 1940 a první profesionální školení arteterapeutů vznikala v pozdních osmdesátých letech 20. století. Arteterapie jako univerzitní studijní obor byl poprvé otevřen v šedesátých letech 20. století na Hannerman University ve Filadelfii. (Šicková-Fabrici, 2008)

## 2.1.2. Formy arteterapie

### 2.1.2.1 Skupinová

Důvody pro použití skupinové práce mohou být shrnuty do následujících bodů:

1. *Většina sociálního učení probíhá ve skupinách, skupinová práce tedy poskytuje vhodné zázemí, ve kterém jej můžeme procvičovat.*
2. *Lidé s podobnými potřebami si mohou poskytovat vzájemnou podporu a pomáhat si s řešením problémů.*
3. *Členové skupiny se mohou poučit ze zpětné vazby od ostatních: „Je zapotřebí dvou, abychom viděli jedno“*
4. *Členové skupiny si mohou vyzkoušet nové role, vidí, jak ostatní reagují (nácvik role), a mohou v nich být podpořeni a posíleni.*
5. *Skupiny mohou být katalyzátorem vývoje skrytých zdrojů a schopností.*
6. *Skupiny více vyhovují určitým jedincům, například těm, pro které je intimita individuální práci příliš intenzivní.*
7. *Skupiny mohou být demokratičtější a dělit se o moc a zodpovědnost.*
8. *Některé terapeutů může skupinová práce uspokojovat více než práce individuální.*
9. *Skupina může být ekonomický způsob, jak využít odborné znalosti a pomáhat několika lidem najednou.*

*(Brown in Liebmann, 2005 s. 19, 20)*



### 2.1.2.2 Individuální

Individuální arteterapie probíhá pouze mezi čtyřma očima terapeuta a klienta. Také díky tomu mezi nimi vzniká intenzivnější emocionální zážitek styku s chápajícím člověkem, než je tomu u arteterapie skupinové. Je vhodná pro zvláště pro klienty, jejichž problém vyžaduje celou pozornost terapeuta nebo jejichž chování ve skupině by působilo rušivě, odstrašujícím způsobem a mohlo by mít pro druhé klienty negativní následky.

Pro děti s ADHD je doporučována, zvláště zpočátku intervence, vhodnější než skupinová, protože u nich se častěji vyskytují kontraindikace jako je např. agresivita, negativní vůdcovství i částečně psychotické projevy. (Šicková-Fabrici, 2008) Taktéž ji doporučuje u klientů, jejichž problém vyžaduje plnou pozornost terapeuta.

#### **Výhody individuální arteterapie:**

- 1. Zachování důvěrnosti, protože není zapojeno více lidí.*
- 2. Skupiny potřebují zdroje a jejich organizování je obtížnější.*
- 3. Členům skupiny je poskytováno méně individuální pozornosti.*
- 4. Skupina může snadněji někoho označkovat, dát mu „nálepku“, které se pak obtížně zbavuje.*
- 5. Lidé se nemohou vyhnout rozhovoru o nepříjemných tématech, protože se nemají za koho „schovat“.*

*(Brown in Liebmann, 2005 s. 19, 20)*

### **2.1.3. Rozdělení dle teoretických východisek**

#### **Spirituálně-ekologické východisko**

Terapeutická hermeneutika znamená překlenutí k integrujícímu, krativnímu činu, který je transcendentní, tedy přesahuje člověka jako takového. Podle Šickové-Fabrici se spirituálně-ekologická arteterapie neomezuje jen na archivování, nalézání či rekonstrukci, chápání a objasňování minulé a současné zkušenosti. Původní problém „recykluje“ do „očistěné“, akceptovatelné podoby, jenž dává prostor k seberozvoji a seberealizaci.

#### **Psychodynamická východiska arteterapie**

Psychoanalytický přístup vidí původ kreativity v osobním konfliktu. Takto orientovaní arteterapeuti vidí význam raného dětství, sexuality a volných asociací. Psychické poruchy podle nich vznikají z nahromaděného napětí z nevyřešených konfliktů a frustrace potřeb.

#### **Humanistický přístup v arteterapii**

Filozofie C. R. Rogerse (1902-1987), představitele humanistické, na klienta orientované terapie, je častým východiskem současných arteterapeutů. Za jeho předchůdce lze považovat částečně antropozofickou filozofii Rudolfa Steinera, rovněž zaměřenou na člověka, filozofii A. Maslowa (1908-1970), jenž přistupuje k člověku v jeho celistvosti, jedinečnosti a výjimečnosti. Kreativitu chápe jako globální cíl jednotlivce, který vede k sebeaktualizaci a sebetranscendenci.

#### **Tvarová psychologie a fenomenologie v arteterapii**

Filozofickým východiskem tvarové psychologie je fenomenologie. Její zakladatel a představitel Edmund Husserl (1848-1938) za základní tezi fenomenologie považuje nové vidění věcí, toho co se jeví člověku, co je dané jako fenomén předtím, než si o tom vytvoří na základě zkušenosti svoje mínění. Prezентuje názor, že podstatou věcí, fenoménů, není to, co vnímáme smysly, ale to, co můžeme odhalit duchovním zrakem, nahlížením na podstatu věcí pomocí intuice. Fenomenologie je filozofií hodnot.

(Šicková-Fabrici, 2008)

## 2.2 Artefiletika

Na stránkách pojednávajících o artefiletice nalezneme následující definici: *„Artefiletika je reflektivní, tvořivé a zážitkové pojetí vzdělávání a výchovy, které vychází z vizuální kultury nebo jiných expresivních kulturních projevů (dramatických, hudebních, tanečních). Na oficiálních stránkách pojednávajících o artefiletice se můžeme dočíst, že artefiletika si klade za cíl obohacení kulturního kapitálu žáků, rozvíjení jejich sociálních kompetencí a prevence psycho-sociálních selhávání skrze umělecké aktivity reflektované v žákovské skupině.*

(<http://www.artefiletika.cz/index.php>, vytištěno 25.5.2011)

*„... Artefiletika může sloužit jako screeningová oblast, v níž mohou být řešeny, vyřešeny nebo alespoň předběžně zachyceny psychické a sociální problémy, které jsou jinak mimo dosah běžné pozornosti školní výchovy... „ (Slavík, 1997 s. 182)*

Formou artefiletických aktivit si děti kromě lepšího osobního a sociálního zvládnání svých deficitů mohou lépe uvědomit i své dobré schopnosti, dovednosti (např. kognitivní schopnosti, kreativitu, fantazii, sociální citlivost, komunikativnost...) (Slavík, 1997)

Cílem artefiletiky je pedagogicky co nejlépe zpracovat sociokognitivní konflikt a využít jej:

- a) k odhalení dosud skrytých rozdílů nebo shod mezi žáky,*
- b) k respektování jedinečnosti a vzájemné odlišnosti,*
- c) k poznávání interpretační rozmanitosti,*
- d) ke vzájemnému intelektuálnímu, citovému i motivačnímu podněcování a k inspiraci.*

(Slavík, 1997)

### 2.2.1. Stručně z historie

Počátky výtvarné výchovy tak, jak jí známe dnes, byly položeny již v 19. století, s postupným zaváděním povinné školní docházky a ujednocováním učebních postupů a osnov. S počátkem 20. století se ve výtvarné výchově zkrížilo několik pojetí, a to: „řemeslné“, „poznatkové“ a „humanistické“. V 90. letech 20. století se ve výtvarné výchově objevuje animo-centrický proud, pro který je charakteristický příklon k hlubinné a dynamické psychologii a k arteterapii.

Pojem „artefiletika“ je odvozený z latinského „ars, artis“ = umění, a řeckého slovního kořene „-fil-“, který vyjadřuje vztah anebo příznivý postoj (např. „mít rád“). V tomto případě se týká tzv. filetického pojetí výchovy (Slavík 2000, s. 12), které je založeno na respektování osobních zkušeností i potřeb žáků a směřuje k jejich intelektuálnímu a morálnímu rozvoji prostřednictvím reflektivní komunikace.

V České republice se artefiletika rozvíjí od začátku 90. let 20. stol. na průniku esteticko-výchovných a expresivně-terapeutických oborů. Ve svých počátcích artefiletika vycházela z kritického zhodnocení poznatků dvou hlavních oblastí:

1. Arteterapie,
2. Spontánně-tvořivého – modernistického – pojetí výtvarné výchovy.

### 2.2.2. Srovnání artefiletiky a arteterapie

K těmto uvedeným definicím pokládám za vhodné připojit u zamyšlení Šickové-Fabrici o rozdílu mezi arteterapií, jako formu terapie, tedy léčby a výtvarným kroužkem či speciální výtvarnou výchovou. Arteterapeutická intervence musí být cílená a řízená a tudíž musí probíhat pod vedením profesionála s náležitou odbornou přípravou. Na mnohých pracovištích, volnočasových, výchovných a léčebných zařízeních se využívají výtvarné aktivity za účelem, jež je podobný cílům arteterapie, ne vždy však jde o arteterapii. Při těchto programech lze použít Oproti tomu artefiletika, je rozšířením arteterapie, kdy lze arteterapeutické techniky uplatnit při prevenci, edukaci a výchově obecně. Je třeba velmi pečlivě rozlišovat, které arteterapeutické techniky lze využít při výchově a co je naopak vhodnější ponechat pro potřeby léčebné.

#### **S arteterapií má artefiletika společné zejména dvě stránky:**

- 1) **V oblasti cílů:** zaměřenost na sebe-poznávání a na rozvíjení sociálních kompetencí prostřednictvím uměleckých výrazových prostředků. V tomto ohledu artefiletika přispívá k rozvoji sociální a emoční inteligence
- 2) **V oblasti metod:** zaměřenost na poznávání prostřednictvím umělecké výrazové hry spojené s tzv. reflektivním dialogem o zážitcích a pocitech ze hry., ale též jen samotné vnímání, je-li soustředěno na estetický zážitek.

## **Od arteterapie se artefiletika odlišuje zaměřením:**

- 1. Na jeho vzdělávání,*
- 2. Na jeho výrazovou kultivaci,*
- 3. Na rozvoj jeho umělecké tvořivosti, příp. na tzv. pozitivní prevenci (tj. prevenci vzniku nebo rozvoje psychických a sociálních problémů)*

(Stiburek, in Slavík 2000 s.36).

Artefiletika – na rozdíl od arteterapie – sice používá některé psychoterapeutické pojmy (např. nevědomí, přenos, archetyp), ale jenom v omezené míře; naopak více se orientuje k pojmosloví z oblasti pedagogiky, estetiky, teorie umění a tzv. post-analytické filozofie. (Slavík, 2000)

### **2.3. Esteticko – haptická stimulace**

V.Löwenfeld (in Šicková-Fabrizi, 2008) během svého celoživotního výzkumu (především v oblasti hmatu) pojmenoval dva typy projevů ve výtvarné expresi dětí ve věku kolem dvanácti let:

3. Vizuální typ – zrakový,
4. haptický (haptos – z řeckého uchopit).

Podle statistických údajů se děti mnohem lépe učí z toho, co říkají a dělají, než z toho, co čtou a slyší. Mezi dětmi s ADHD na rozdíl od většinové společnosti převládají haptické, či smíšené typy. Z toho můžeme vyvozovat, že optimální pro edukaci hyperaktivních či nepozorných dětí budou právě takové techniky, při kterých se uplatní multisensorické přístupy. Při esteticko-haptické stimulaci děti zapojují hmat, zrak, a zároveň mají možnosti tyto vjemy verbálně reflektovat.

Haptika v názvu signalizuje, že se jedná o hodně kontaktní, dotekovou formu arteterapie. V jedné z následujících kapitol uvedu, jaké metody a materiály lze při této technice uplatňovat.

Ačkoliv tato metoda má v názvu slovo „estetika“, neklade se však na děti nárok na estetickou stránku věci ve smyslu kvality. Estetikou je v tomto kontextu myšleno to, co

podněcuje naše smysly a vyvolává v nás vizuální, citové a emocionální prožitky (Campbellová, 1998)

### 2.3.1. Působení na děti s ADHD

S termínem esteticko-haptická stimulace se v české odborné literatuře setkáme pouze u psychoterapeutky Šickové-Fabrici. Techniky ve kterých je využíváno hmatu a doteku však najdeme téměř v každé monografii či jakékoli jiné práci pojednávající o arteterapii. Práce s tvárnou hmotou je jedinečná tím, že dovoluje dítěti zakusit hranice svého těla a okolního světa. Stiskem může ventilovat agresi, nebo naopak zakusit jak jemné jeho dotyky mohou být (např. technika malování PET lahvemi, kterou popisuji v praktické části).

Děti s ADHD mají velmi často špatnou jemnou motoriku, v drobných ručních pracích, ať domácích nebo výtvarných standardně nevynikají. Když však umožníme dětem v bezpečném, nekritizujícím prostředí modelovat, hníst či tisknout různé materiály tak, aby sice tuto činnost vykonávaly bez nároku na výsledek, nýbrž pro činnost samotnou, dochází k samovolnému zlepšování jemné motoriky.

Arteterapeutka Šicková-Fabrici uvádí tyto kategorie, ve kterých je modelování důležité pro terapeutický popřípadě edukační proces:

- ♣ **Sebereflexe** – modelování poskytuje unikátní možnost sebevyjádření.
  
- ♣ **Korekce** – na rozdíl od korekce v grafickém projevu má výhodu trvalé opravy, změnu výtvaru beze stopy po předešlém tvaru. Tím modelování umožňuje i dětem méně zdatným zažít zážitek úspěchu a posiluje jejich sebehodnocení a sebevědomí. Ten, kdo modeluje, přetváří materiál, v transferu dokáže částečně měnit i svůj život, své problémy a vytvářet nové možnosti a řešení.
  
- ♣ **Učení** – modelování nám pomáhá pochopit a rozlišit prostorové a proporcionální veličiny a pojmy, jako např.: vzadu, vpředu, uvnitř, venku...

- ♣ **Členění lidské postavy** – modelování je konkrétnější, schůdnější cestou ve vytváření lidské postavy než v kresbě a malbě. Plastický materiál je významným činitelem vytváření vlastního sebeobrazu.
- ♣ **Tělesná stimulace** – tělesné stimulování přes motorickou expresi, prostřednictvím posílení expresivního vyjádření a percepčního vnímání je cestou k seberealizaci přes plastický materiál.
- ♣ **Projektivní hodnota** – s věkem dítěte roste i projektivní hodnota díla. Tvary, jež vzniknou, jsou stále méně a méně náhodné. Stále více je výtvar zprávou od dítěte, o dítěti, pro dítě a pro druhé.

(Šicková-Fabricsi, 2002, s.142)

### 2.3.2. Metody

Konkrétní výtvarné techniky, které mohou být využity jako metody esteticko-haptické stimulace najdeme vyjmenované rovněž u arteterapeutky Šickové-Fabricsi :

1. *Prstovou hru s hlinou, hru s provázkem*
2. *Hru s rukama (lechtání, tleskání, stlačování, dotýkání se tvrdých a měkkých předmětů)*
3. *Naplňování textilních sáčků různými materiály (pískem, šterkem, rýží, vatou)*
4. *Malbu prstovými barvami, malbu řídkou hlinou*
5. *Malování na stěnu oběma rukama současně*
6. *Kresbu prsty na zamlžená okna*
7. *Malování a kreslení nohama namočenýma do řídké hlíny na hladkou podložku nebo napnuté plátno*
8. *K posilňování vnímání jednotlivých částí těla slouží obalování do rolí papíru, záclon*
9. *Hru s vodou a pískem*
10. *Vytváření hliněných kuliček a tvarování hliněných válečků*
11. *Otištění částí těla*
12. *Vytváření nádoby pomocí hliněných válečků a hliněných kuliček*
13. *Vytváření objektů z květů bodláků*

(Šicková-Fabricsi, 2002, s.143)

## II. Praktická část

### 3. Cíle a východiska práce

Cílem praktické části této práce je ověření účinnosti technik esteticko- haptické stimulace na dětech s ADHD, zařazených do sociálně-preventivních programů Pět P a Kompas, spadajících pod Národní dobrovolnické centrum Hestia o.s. (Charakteristika programů viz kapitoly 4.1 a 5.1)

Představím dvě případové studie, na kterých bych ráda demonstrovala, jak může být prakticky využito technik esteticko-haptické stimulace u dětí s diagnostikovaným syndromem ADHD ve věku 7 – 14 let. Na těchto studiích chci ukázat i rozdíl mezi individuální a skupinovou prací s klienty.

Děti z uvedených případových studií byly zařazeny do sociálně-preventivních programů nikoliv pro diagnózu samou, nýbrž právě pro potíže, které jim v životě způsobují symptomy ADHD. V obou případech se jedná o dlouhodobé působení (více než rok). Studie se od sebe liší věkem dětí i způsobem práce, neboť v skupinové práci vzniká zcela jiná dynamika, než při práci individuální.

Oba programy, ve kterých jsem prováděla svůj výzkum, pracují na zásadách dobrovolnosti ze strany klientů a přátelském vztahů klientů s dospělými dobrovolníky. Pro potřeby programů jsem vytvořila metodické řady esteticko-haptických etud, které by pružně reagovaly na aktuální potřeby a nálady klientů. V průběhu spolupráce, bylo nutno techniky obměňovat, aby dětem vyhovovaly, zaujaly je a zároveň zohlednily jejich pokroky a respektovaly jejich přirozený vývoj.



## 4. Program 5P

### 4.1. Charakteristika sociálně-preventivního programu 5P

Program Pět P, který v názvu nabízí **P**éči, **P**řátelství, **P**omoc, **P**odporu a **P**revenci, je sociálně preventivní program pro děti ve věku 6 – 15 let, kterým by mohl prospět hodnotný vztah s dospělou osobou – dobrovolníkem. Program nabízí pomoc neorganizovaným dětem a mládeži, které pocházejí ze sociálně slabých rodin, často se sociálně patologickými problémy. Jedná se o děti z rozvedených rodin, o děti, které nemají kamarády, nejsou schopny navazovat přátelské vztahy, neumí komunikovat, mají problémy s chováním, jsou hyperaktivní, obtížně zvladatelné nebo naopak ohrožené šikanou či přímo šikanované. Tyto děti jsou cíleně vyhledávány prostřednictvím spolupráce s výchovnými poradci na školách, pedagogicko-psychologickými poradenskými pracovníky, sociálními pracovníky z oddělení péče o dítě, dětskými psychiatry a podobně.

Program Pět P funguje na principu vytvoření přátelského vztahu mezi jedním dítětem a jedním dobrovolníkem. Dvojice spolu tráví 2-3 hodiny volného času týdně rozmanitými aktivitami, které si společně domlouvají a které se jim zdají pro oba přínosné, a to nejméně po dobu 10 měsíců. Program je realizován celoročně.

Od roku 2007 je akreditovaná dobrovolnická služba programu Pět P rozšířena o činnosti registrované sociální služby označené jako „Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi“.

Z této změny vyplývá především, že kompetence koordinátorek dobrovolníků jsou rozšířeny o činnosti z oblasti sociální práce s rodiči dětských klientů programu Pět P. V programu působí navíc odborník – poradenský psycholog.

Garant programu – poradenský psycholog zajišťuje organizační a formální řízení projektu, je k dispozici rodičům dětí zařazených do programu, zajišťuje návaznost na celostátní aktivity programu v rámci Asociace programu Pět P v ČR. Psycholog při výběru dobrovolníků používá i metody psychologické diagnostiky a společně s koordinátorkami se podílí na sestavení vhodných dvojic dobrovolník – dítě.

Koordinátorky i dobrovolníci se každoměsíčně účastní supervizí s externím supervizorem.

Dobrovolníci absolvují výcvik, zaměřený na sebe-zkušenost a motivaci. Pod vedením psychologa procházejí psychologickými testy a individuálními pohovory.

Kancelář programu a společenská místnost – klubovna, která je každý den přístupná schůzkám dvojic (včetně víkendů i svátků po předchozí domluvě). Všem účastníkům programu jsou zde k zapůjčení výtvarné a sportovní potřeby či deskové hry. Dobrovolníkům je k dispozici i knihovnička (tituly z psychosociální oblasti). Klubovna slouží také ke schůzkám koordinátorů dobrovolníků se zájemci o účast v programu, s rodiči a dětmi, slouží také k výcviku dobrovolníků a jejich supervizím

### **Struktura schůzek**

S ohledem na individualitu a rozdílné charaktery diagnóz jednotlivých klientů je program schůzek upraven vždy operativně, přesně podle potřeb a aktuálního stavu věcí zohledňujících chod schůzky. Z tohoto důvodu je struktura schůzek velmi flexibilní a obecně nspecifikovatelná.

## **4.2. Případová studie Abigail**

*„Když už člověk jednou je, tak má koukat aby byl. A když kouká, aby byl a je, tak má být to, co je a nemá být to, co není, jak tomu v mnoha případech je“*

*Jan Werich*

S Abigail jsme se poprvé potkali v září 200. Spolupráce v rámci programu Pět P trvala do jara 2011, kdy jsme se pro opakované hospitalizace Abigail v PL Bohnice nemohly pravidelně scházet. Neformální kontakt udržujeme stále, což neodporuje etickým zásadám programu 5P.

*Diagnóza:* ADHD, RAD (Reactive Attachment Disorder)

*Věk při vstupu do programu:* 12

Abigail je romská dívka, která byla v 9 měsících adoptovaná do bilingvní rodiny. Matka Češka, je lingvistkou a vysokoškolskou profesorkou, otec Američan je lékařem. Abigail je adoptovaná jako třetí dítě rodiny, nejstarší dcera je vlastní dítě páru a je o patnáct let starší než ona, úspěšně vystudovala vysokou školu a má vlastní lékařskou praxi. Prostřední

dítě je adoptovaná dívka z Indie, o deset let starší než Abigail, studuje na vysoké škole. Rodina žila v Americe, kde Abigail navštěvovala základní školu. Již v Americe měla potíže s pozorností a učením, byl jí diagnostikován syndrom ADHD a RAD a navštěvovala psychologa. Když bylo Abigail 12 let, rodina se rozpadla. Matka se po rozvodu vrátila s Abigail do Česka. Starší sestry a otec zůstali v Americe. Abigail začala navštěvovat běžnou základní školu, ovšem o ročník níž než odpovídá jejímu věku, kvůli rozdílům ve znalostech a problémům v českém jazyce. Vlivem okolních změn se chování Abigail výrazně zhoršilo, byla agresivní na matku i spolužačky, ve škole měla velmi špatné výsledky. Začala opět navštěvovat psychologa i psychiatra a byla doporučena na program Pět P.

#### **4.2.1. Začátky**

První setkání s Abigail bylo velmi rozpačité. V posledních měsících absolvovala mnoho různých sezení s odborníky z řad psychologů a výchovných poradců, byla nervózní a nevěděla co má od programu čekat.

Pro první kontakt bylo velmi důležité vysvětlit Abigail mou roli v programu. Věnovaly jsme velký prostor jejím dotazům ohledně programu, mé osoby a očekávání. Projevila zájem o umělecké činnosti, neboť její starší sestra, která zůstala s ní v Americe byla výtvarně nadaná a trávila s ní dost času právě výtvarnými aktivitami. Souhlasila jsem a naše tvořivé aktivity se staly pravidelnou náplní téměř každého setkání, Abigail sama vyžadovala nové podněty a popisovala, že jí výtvarné techniky (kterým ona říká „patlání“) pomáhají se uklidnit. Otevřeně jsem mluvila s Abigail o esteticko-haptické stimulaci a navrhl, abychom naše výtvarná setkávání zaměřily cíleně na její potíže, s čímž Abigail souhlasila.

#### **4.2.2. Příklad schůzky - zrcadlo**

Na jedno setkání přichází Abigail velmi rozrušená a o hodinu dříve než jsme byly domluvené. Ve škole si z nudy ostříhala dobrou půlku vlasů na hlavě, zbytek dne čelila posměchu ze strany spolužáků i výčitkám od učitelů. Po příchodu domů se na téma vlasy pohádala s matkou, rozbila v afektu zrcadlo a utekla.

Řešení problém útěkem je podle Žáčkové a Jucovičové (1997) pro děti s ADHD typické. Pro Abigail, je společně a výbuchem agrese, útěk obvyklou reakcí na stresové situace.

Na jejím projevu je znát silné rozrušení. / „*Jsou to krávy, krávy, všechno sou to krávy, strašně mě štvou, oni to prostě mě prostě nepobíraj.*“/ Vyprávění přerušuje vzteklými výkřiky, a pobíhá po místnosti. Nebráním ji v pohybu ani v projevu, cítím, že potřebuje vztek ventilovat touto cestou. Po krátké chvíli si sedá a ptá se, co budeme dělat. Na základě domluvy přenechávám zodpovědnost za program jí a naopak se ptám, co by si přála dělat. Ptá se po zrcadle. Když jí ho podám, začne si prohlížet nový účes a hlasitě vzdychá.

Stále ještě neznám detaily toho, co se stalo, že přišla dřív a co ji tak rozrušilo. Nabízím jí prstové barvy a navrhuji, aby zrcadlo postavila před sebe tak, aby na sebe dobře viděla a prsty domalovala chybějící vlasy přímo na sklo. Chvilí sama sebe prohlíží, potom začne vyprávět, jak se ostříhala. Vybídnu jí, aby namalovala na svou zrcadlovou tvář, jak se v tu chvíli cítila. U malování se houpe na židli. Maluje si zelená ústa, která spodobní jako vlnovku. / „*Bylo to kyselý, nudila jsem se! Hnus, chápeš*“ / Abigail u vyprávění křiví obličej, vybízím jí, jestli by nechtěla přemalovat něco, aby tu vzpomínka zahnila. Abigail přemalovává ústa na sytě červená a maluje k nim vyplazený jazyk a lízátko. To jí pobaví, svaly v obličejí se jí viditelně uvolní a sedá si na židli pohodlně do tureckého sedu.

Klidnější, s pohledem zapíchnutým do své podoby v zrcadle s přimalovanými vlasy a ústy vypráví o nudné hodině. Nemohla si pomoci, musela vlasy ustříhnout, maže je tedy i teď houbičkou i ze zrcadla. Ústa v úsměvu přemalovává do rovné čárky. S pochopením legalizují pocit nudy, aniž bych komentoval její řešení – ostříhání. Ptám se na její pocity v tu chvíli. Neví jak jí bylo, / „*to je fuk, nevím, nevím*“ / Pak ale vypráví o spolužačkách, napomínání učitelek i zděšení matky po spatření nového „účesu“. Během vyprávění na zrcadlo přemalovává svůj výraz tváře podle toho, jak se cítí, když vypráví.

Někdy se zastaví a všechno smaže a namaluje celý obličej znova. Podle toho jak zpětně zhodnotí své pocity. / „*Byla jsem na mámu strašně naštvaná, protože mě to hrozně štválo, protože oni na mě byly hnusný chápeš a ona na mě křičela a mě to bylo líto.*“ / Mluvíme o tom, že když byla na rozzlobená, cítila se zrazená, opuštěná, sama. Jak tyto pocity Abigail postupně pojmenovává a rozeznává, přemazává a přemalovává svůj výraz na zrcadle. Střídají se momenty úžasného náhledu na celou situaci a její prožívání, s hněvem a obviňováním, na což poukazují

Následuje reflexe toho, jak výraz v tváři může být někdy pro okolí matoucí. Abigail si uvědomuje rozměry svých pocitů při kreslení tváří a výrazů přímo na zrcadlo, to jí umožňuje pohled jakoby z odstupu. Fakt, že kromě verbálního pojmenování pocitu zároveň

prsty neustále kreslila na zrcadlo výtvarné ztvárnění svých emocí, jí pomohlo udržet myšlenky během vyprávění u sebe a svého prožívání.

Delší rozhovor s dítětem s ADHD je sice těžké udržet, ale jak je vidět z uvedeného příkladu, zapojení dalších smyslů, jako je hmat a zrak do rozhovoru, může dítěti pomoci dítěti se více uvolnit, uklidnit a hlavně soustředit. Kromě bezprostředního pozitivního účinku popsané intervence, měla tato technika i dlouhodobější přesah. Společně jsme vymyslely rituál, večer v koupelně si svůj den přehraje v hlavě a namaluje prsty na zamlžené zrcadlo svou aktuální náladu popřípadě pokud zažila nějakou konfliktní situaci, pokusí se nakreslit obličej jak se v ní cítila a zauvažovat, jaké pocity to v ní vyvolalo.

### 4.2.3. Shrnutí

Techniky, podpořené bezpečným, přijímajícím a nehodnotícím přístupem, se ukázaly být dobrým prostředkem navazování hlubšího vztahu s který byl pro naši spolupráci v rámci programu Pět P klíčový.

Z dlouhodobého hlediska je z důvodů mnoha dalších faktorů, které ovlivňují Abigailin život (rodina, škola, pobyty v PL Bohnice) těžko vyhodnotit efekt vlivu programu Pět P i esteticko- haptické stimulace.

Z dotazníku, (příloha č. 3) který vyplnil samostatně psycholog, koordinátorka programu, matka klientky a já jako dobrovolník, vyplynula značná rozdílnost ve vnímání změn, které u Abigail nastaly.

Osobně vidím velmi významnou změnu v tom, že Abigail dokáže popisovat své pocity a prosazovat své názory bez agrese. Je v kontaktu se mnou klidnější, projevuje důvěru, nelže a neodmlouvá. U posledního bodu je však těžko určit, zda to není způsobeno tím, že s ohledem na nastavení programu mě nevnímala jako autoritu, nýbrž staršího kamaráda u kterého potřeba vymezit se není tak silná. Činnosti, které zpočátku naší spolupráce nebyla schopná vykonávat, protože jí nešly a po velmi krátké době je ve vzteku opouštěla (jako například drhání, modelování z keramiky či navlékání korálků) jí šly mnohem lépe. Ukázalo se tedy, že esteticko-haptické techniky měly pozitivní vliv na rozvoj jemné motoriky a zároveň na trpělivost.

Psycholožka shodně s koordinátorkou rovněž ocenily otevřenější přístup Abigail v komunikaci oproti vstupním pohovorům.

Matka hodnotila významné zhoršení téměř ve všech bodech dotazníků a dceru umístila nejprve do nemocnice Motol do péče MuDr. Považana, po jeho přechodu do pavilonu č. 28. v PL Bohnice byla dívka hospitalizována právě tam. Jako důvod k hospitalizaci uvedla (obdobně jako v dotazníku) časté záškoláctví, toulky a agresivitu vůči pedagogům i matce. Celkově můžeme říct, že metoda esteticko-haptické stimulace, je v individuálním kontaktu s klientem s ADHD prospěšná, je však nutno ji kombinovat s dalšími terapeutickými intervencemi a je nutno celkově zlepšit situaci v rodině. Jako hlavní podmínku úspěšnosti této techniky na klienta s ADHD, vnímám v dobrovolnosti a ochotě ze strany klienta a otevřený, přátelský a autentický přístup ze strany pomáhajícího, v tomto případě dobrovolníka.

**Hlavní přínosy esteticko-haptické stimulace v tomto případě spatřuji v:**

- ♣ Zlepšení jemné motoriky
- ♣ Posílení trpělivosti
- ♣ Možnosti vyjádřit a nahlédnout na své pocity jinak než obvykle
- ♣ Vybíjení agresivity správným a neškodným způsobem
- ♣ Ventilace negativních pocitů

## 5. program Kompas

### 5.1. Charakteristika sociálně preventivního programu KOMPAS

Sociálně preventivní program KOMPAS je určen dětem ve věku 7-15 let, ve kterém se skupinka 6 dětí pravidelně jednou týdně po dobu 5-6 měsíců setkává s dvojicí dobrovolníků. Název vznikl z klíčových slov: **KOM**unikace, **PAR**tnerství, **SPOL**upráce. Kromě pravidelných schůzek skupinek s jejich dobrovolníky nabízí program i víkendové jednodenní i vícedenní akce pro všechny skupinky zároveň

Tento program slouží k získávání a rozvoji sociálních a komunikačních dovedností prostřednictvím tzv. neformálního učení. Snaží se o vytvoření bezpečného respektujícího prostředí pro děti v čase, kdy jsou nejvíc mimo dozor odpovědných osob a jsou nejvíc zranitelné.

Do programu jsou zapojené děti s širokým spektrem potíží, které mohou vést k jejich možnému sociálnímu vyloučení a sociální patologii. Klienti mají problémy s navazováním vrstevnických vztahů, jsou hyperaktivní, nebo naopak velmi pasivní, často ve škole neprosívají, pocházejí z menšinového etnika a mají proto problémy s integrací do většinové společnosti nebo jsou jinak sociálně ohrožené. Často jsou to děti z neúplných či přímo z dysfunkčních rodin. Do programu jsou děti zapojovány na základě doporučení psychologů, výchovných poradců, psychiatrů a výjimečně i rodičů. Skupinky nejsou sestavovány náhodně, nýbrž na základě úvahy koordinátora programu a lektorské dvojice. (Například sedmiletá autistická dívka by neprosperovalo ve skupině hyperaktivních dvanáctiletých chlapců apod) Při formování skupiny jsou zohledněny i osobnostní rysy lektorů.

Program Kompas je dobrovolnou a bezplatnou službou, nízkoprahovost služby zajišťuje přístup k pomoci klientům, kteří by jinak žádnou podobnou (zájmovou, volnočasovou, zážitkovou nebo socioterapeutickou) aktivitu nemohli využívat z ekonomických důvodů. Tím, že program není orientován výkonnostně, má každé dítě možnost si uvědomit a projevit svoje pozitivní stránky. Děti zažívají akceptující partnerský přístup dobrovolníků, který, byť je orientovaný na pomoc a rozvoj dítěte, je rozdílný od přístupu rodičů, učitelů nebo vedoucích zájmových kroužků. Je pro ně impulzem, aby si vyzkoušeli nové činnosti a navazovali nové vztahy, ovšem na pravidelné bázi a při aktivitách, které na sebe kontinuálně navazují.

## 5.2. Struktura schůzek

Struktura jednotlivých schůzek se liší dle složení skupiny i orientace dobrovolníků/lektorů, kteří tuto skupinu vedou. Program je orientovaný na aktuální potřeby dětí se snahou o dlouhodobý přesah.

S ohledem k povaze potíží dětí, bylo nutné stanovit jasnou strukturu, podle které budou schůzky probíhat. Každé setkání je zahájeno tzv. úvodním kolečkem, kdy všichni sedí v kroužku na zemi, předávají si slovo prostřednictvím plyšové hračky a odpovídají na otázky typu „*co se mi dneska povedlo*“ či „*co mě tento týden nejvíce potěšilo/naštvalo*“ apod. (příloha č. 10, minuta 0:40) Děti na program jdou ze školní družiny či kroužků, cílem je, aby se děti naladily samy na sebe i program. Zároveň v této úvodní fázi získají lektoři povědomí o aktuální náladě dětí a mohou tomu přizpůsobit další program. Tuto část programu lze využít i pro oznámení organizačního charakteru.

Po úvodním kolečku je vhodné zařadit pohybovou aktivační techniku, při které děti mohou ze sebe vybit přebytečnou energii, popřípadě jsou-li unavené ze školy či kroužků, je taková hra může naopak probrat. Časová dotace takové hry (popř. her) je 10 – 15 minut s ohledem na potřeby dětí. (příloha č. 10, minuta 2:00)

V další fázi již je prostor pro techniky zaměřené na rozvoj dětí, patří sem hry s prvky muzikoterapie, dramaterapie a především arteterapie/artefiletiky, zaměřené na esteticko – haptickou stimulaci. Tato část je centrálním momentem celého setkání, je třeba vyhradit na ní poměrně velký časový úsek, minimální doba bývá kolem 45 minut.

Po hlavní technice zařazujeme opět aktivační hru, sloužící k uvolnění po často náročném předešlému programu. Pokud zbude čas a rozpoložení skupiny to dovolí, zakončíme program některou z forem relaxací.

V závěru programu opět utvoříme kolečko, ve kterém děti postupně reflektují průběh setkání, mají prostor k vyjádření svých přání pro příští setkání, i k ventilaci negativních emocí které nebyly reflektovány bezprostředně po proběhlé technice nebo situaci ke které se pocity dítěte vztahují.



## 5.3 Případová studie Pondělní skupiny

*„Často jsem se ptal sám sebe, jak jde dohromady, že každý má raději sebe než ostatní lidi, ale přesto svým názorům přikládá menší hodnotu než názorům druhých.“*

*Marcus Aurelius*

Pondělní skupinka programu Kompas se poprvé sešla první týden v únoru 2010. Byla to první skupinka tohoto programu, která byla sestavena. Program byl ve svých začátcích, neměli jsme k dispozici kompletní anamnézy dětí a tak sestavení skupinky bylo spíše náhodné. Společným jmenovatelem většiny dětí byla diagnóza ADHD, popřípadě stížnosti na agresivitu a špatné chování. U některých dětí došlo k diagnostikování ADHD v průběhu programu na mé doporučení. V době psaní této práce (květen 2011) již skupina dokončuje třetí běh. Jeden běh trvá 5 měsíců a je shodný s pololetím školního roku. O prázdninách program neběží. Za dobu svého trvání doznala skupina několik významných změn jak ve složení lektorů, tak dětí.

### 5.3.1. Anamnézy dětí

#### **Janička**

*Diagnóza: ADD, Dysgrafie, Dyslexie*

*Věk při vstupu do programu 7*

*Do programu se dostala na doporučení výchovného poradce.*

Janička je nejmladší ze tří dětí. Oba sourozenci jsou už dospělí.. Janička má problémy s učivem a nedokáže udržet pozornost. Žije pouze s matkou, která má velmi nerealistické nároky na studijní výsledky své dcery. Již od první třídy řeší, jak bude dcera na gymnáziu atd. Potíže své dcery si nepřipouští.

Janička vykazuje známky haptické deprivace, neustále se domáhá fyz. kontaktu s lektory.

## **Jindra**

*Diagnóza: ADHD*

*Věk při vstupu do programu 7*

*Do programu byl zařazen na základě doporučení výchovného poradce.*

Jindra je jednou z nejvýraznějších osobností skupinky a zároveň dítě s nejzávažnějšími potížemi. Žije s matkou, která má diagnostikovanou bipolární poruchu a je alkoholička. O Jindru se stará převážně starší sestra, protože ani otec není přítomen. Jindra si ho idealizuje a neustále o něm vypráví smyšlené příběhy.

U tohoto dítěte jsou časté záchvaty agrese a vzteku spojené s pláčem, popřípadě útěky z klubovny či hřiště. Jeho slovník je velmi vulgární a neustále se v něm objevují narážky na sexuální tematiku, které doprovází i sexuálními pohyby či gesty. Zároveň si však Jindra vymáhá pozornost, je velmi kontaktní a v individuálním rozhovoru klidný.

Ve skupině vzbuzuje rozporuplné reakce. Někdy je kladně přijímán jako „bavič“, často však naráží na výtku pro svou agresivitu a vyrušování.

## **Lukáš**

*Diagnóza: Dysgrafie, Dyslexie,*

*Věk při vstupu do programu 10*

*Do programu byl zařazen na základě doporučení z pedagogicko- psychologické poradny.*

Lukáš pochází ze Slovenska. Do ČR se odstěhoval po rozvodu rodičů. Žije pouze s otcem, který je v současné době bez práce a jejich ekonomická situace je náročná.

Je to dítě velmi zakřiknuté, málo se projevuje. Aktivit se účastní pouze po vyzvání. V okamžiku, kdy si myslí, že ho nikdo nepozoruje je agresivní vůči hračkám i vybavení klubovny, přičemž tuto činnost doprovází i agrese verbální.

Ve skupině je přijímán kladně, od listopadu 2010 kdy zbyli ve skupině pouze dva chlapci, se přátelí s Jindrou.

## **Samuel**

*Diagnóza: podezření na ADHD*

*Věk při vstupu do programu 7*

*Do programu byl zařazen na základě doporučení výchovného poradce.*

Samuel do Kompasu přišel, protože byl agresivní vůči dětem ve třídě a drzý na pedagogy.

Pochází z prostředí vysokoškolsky vzdělaných rodičů a má mladšího bratra. Rodiče nemají na výchovu čas a o děti se staraly najaté chůvy. Když chlapci začali chodit do školy, jediný dospělý, s kterým tráví doma volný čas je hospodyně. Absolutně nerespektuje ostatní děti ve skupině ani autoritu lektorů. Byl v programu do listopadu 2010, kdy s ním musela být spolupráce ukončena pro závažnost jeho chování.

Ve skupině se přátelil hlavně s Jindrou, ostatní děti převážně napadal nebo ignoroval.

## **Martin**

*Diagnóza: neudána*

*Věk při vstupu do programu 7*

*Do programu ho přivedla třídní učitelka*

Krátce před vstupem do programu zemřel Martinovi otec, matka s ním o tom odmítala mluvit a nepřijala ani nabídku na i intervenci psychologa. Chlapec začal vykazovat výrazné zhoršení ve školním prospěchu i chování. Třídní učitelka jeho třídy ho začala vodit do Kompasu, skupinu navštěvoval však velmi krátce a na žádost matky ji opustil po dvou měsících.

Ve skupině byl oblíbený, jeho projev byl spíše klidný, tichý a přátelský.

## **Nikola**

*Diagnoza: ADHD*

*Věk při zařazení do programu: 8*

*Do programu byl zařazen na základě doporučení třídního učitele.*

O její rodině toho mnoho nevíme, rodiče přihlášku do Kompasu poslali po třídní učitelce a sama Nikola o rodině podává velmi rozporuplné informace. Nejspíše žije s matkou a starším bratrem. Ve škole má dobré studijní výsledky, je velmi inteligentní, má však problém udržet si přátelství svých vrstevníků. Má velmi vulgární slovník a podobně jako Jindra má ve středu

zájmu sex, přičemž její znalosti této problematiky jsou zcela neúměrné věku. Do technik a her se nerada zapojuje, mnohem raději je v roli pozorovatele.

V kolektivu je kladně přijímaná.

### **Dan**

*Diagnóza: neudána*

*Věk při zařazení do programu 12*

*Do programu byl zařazen na základě doporučení z pedagogicko- psychologické poradny.*

Dan měl problémy zapadnout do kolektivu na nové škole, špatně se učil a byl drzý na učitele. V programu Kompas byl klidný, společenský, do her se zapojoval spíše nerad, zvláště pak do těch kdy bylo nutné projevovat kreativitu.

Pro chlapce z Kompasu představoval starší mužský vzor a byl velmi kladně přijímán

### **Lenka**

*Diagnóza: ADHD*

*Věk při vstupu do programu: 12*

Do programu byla zařazena na základě doporučení výchovného poradce.

Lenky rodiče se nedávno rozešli, žije sama matkou a k otci má velmi negativní vztah. Je velmi výřečná a zahlcující, má problém navazovat přátelství a ve škole byla obětí šikany.

Ve skupině je poměrně oblíbená, je nejstarší což u ostatních dětí budí respekt. Našla si v Kompasu kamarádku, Karolínu H. Lenka přestoupila na školu kam chodí i Karolína, což zlepšilo její postavení v novém třídním kolektivu

### **Karolína S.**

*Diagnóza: Dysgrafie, Dyslexie*

*Věk při vstupu do programu: 10*

*Do programu byla zařazena na základě doporučení výchovného poradce.*

Karolína žije s matkou jako jedináček, otce nikdy nepoznala. Má velmi silnou nadváhu, pro kterou je velmi neoblíbená ve třídě. Karolína se vůči ostatním dětem silně vymezuje.

Ve skupince je spíše tolerovaná.

## **Karolína H.**

*Diagnóza: neznámá*

*Věk při vstupu do programu 11*

*Do programu byla zařazena na základě doporučení výchovného poradce.*

Karolína žije po smrti vlastního otce s matkou a nevlastním otcem. Je velmi tichá a přemýšlivá, na svůj věk velmi vyspělá. V chodí na ZŠ Brigádníků do třídy kam chodí Lenka, se kterou jsou nyní nejlepší kamarádky.

Ve skupině působí jako stmelující a uklidňující osobnost. Je velmi populární.

### **5.3.2. Příklad schůzky – Zoologická zahrada**

Schůzka, kterou nyní budu popisovat je výjimečná tím, že byli přítomní filmaři, kteří průběh natáčeli (Příloha č. 10). Nicméně děti tento prvek po krátké chvilce zcela přestaly vnímat jako rušivý a do her se zapojovaly (popřípadě zlobily) stejně jako při jakékoliv jiné schůzce.

Po úvodním kolečku a pohybové hře dostaly děti za úkol vymodelovat fiktivní zvíře svých snů z barevné vařené modelíny, kterou používáme místo plastelíny neboť je cenově dostupnější a po zaschnutí drží tvar. (Návod na výrobu je dostupný na <http://www.brydova.cz/napady/ostatni-/117-domaci-modelina-pro-deti> vytištěno 15.4.2011) (příloha č. 10, minuta 1:00) Na společný velký balicí papír potom společně vytvářely zoologickou zahradu, o které budou jejich vymodelované figurky umístěny. (příloha č. 10, minuta 4:06) Cílem této techniky bylo posilovat fantazii dětí skrze tvorbu figurky, dynamiku skupiny při společné přípravě příbytků pro vymodelovaná zvířátka. Děti do svých zvířátek i příbytků pro ně měly tendence projektovat svoje vlastnosti, potřeby a přání, bylo nutné v reflexi dát velký prostor pocitům a zároveň vše zarámcovat tak, aby si děti uvědomovaly, že se jedná o hru.

V průběhu tvorby došlo k incidentu. Jindrovi se nedostávalo modré modelíny, vzal si to jako osobní urážku a začal být agresivní a brečet. Ve stejný moment začala plakat i Lenka, neboť její zvířátko nebylo takové, jaké ho chtěla. Rozbouřené emoce těchto dětí se přenesly na celou skupinu, hyperaktivnější děti se přestaly soustředit na svá zvířátka a nastal chaos. Tato technika však s touto situací počítala. S kolegyní jsme začaly lehce svolávat zvířátka do jejich domečků. Během modelace si děti ke svým výtvorům vytvořily vztah, proto na toto volání dobře zareagovaly, každé si vzalo svůj výtvor a umístilo ho do nakreslené ohrádky na společném papíru.

Projekce skrze zvířátka nám dala možnost probrat vypjatou situaci. Každé dítě mělo promluvit za zvířátko, co dělalo když jejich „páníček“ (autor) odběhl pryč, nebo plakal že není dost dobrý.

Lenka mluvila o tom, že její zvířátko se cítilo smutné, protože se jí nelíbilo a cítilo se o samotě. Lenka se svému zvířátku omluvila a do jeho ohrádky přimalovala něco dobrého. Obdobně jako Lenka i ostatní děti reagovaly s lítostí, že nechaly svá zvířátka samotná. Směřovaly jsme je, aby nejenom přidaly hezké věci do nakreslených domečků, ale chvíli si se zvířátka hrály, držely je v dlaních, případně jim domodelovaly úsměv apod. Děti potom samovolně mluvily o tom, co jim pomáhá, když se cítí samy nebo jsou smutné. Poněkud jinak vše probíhalo s Jindrou. Svě chování vysvětlil tím, že nechtěl, aby jeho zvířátko bylo holka. A není mu líto, že svou figurku zanechal na stole a dokonce ji zničil. Na otázku, proč je to problém se velmi vulgárně a agresivním tónem začal vyjadřovat o ženách. Ostatní děti poukázaly, že s dívkami ve skupině se baví, což Jindra neuznal. Dostal od ostatních dětí modrou modelínu a prostor aby vytvořil nové zvířátko, což ho v tu chvíli uklidnilo a všem se omluvil.

Pro Jindru se tedy tato technika neukázala tak efektivní, jako pro ostatní děti. S ohledem na povahu a hloubku jeho potíží by bylo třeba odbornější intervence, pro kterou není v sociálně-preventivních programech místo.

Jsou-li do programu zařazeny děti se závažnými potížemi, je třeba zvážit vhodnost těchto technik. Pokud se je rozhodneme zařadit, je nutné velmi citlivě přistupovat k výstupům. Vždy je nutné pečlivě uvážit i složení skupiny, zda se děti nemohou vzájemně rušit či jinak negativně ovlivňovat.

### **5.3.3. Příklad schůzky - Amor**

Během jedné z posledních schůzek v letošním školním roce děti již v úvodním kolečku ke konci školního roku hodně popisovaly únavu z testů a uzavírání známek. Zároveň mluvily o obavách z reakcí rodičů, zklamání a pocitu nepřijetí. Rozhodla jsem se toto setkání směřovat k relaxaci pocitům lásky a bezpečí.

Po úvodní pohybové technice jsme tedy zařadily krátkou relaxaci, kdy si děti lehly na koberec v pohodlné pozici, zhaslo se světlo a pustila klidná hudba (Mike Oldfield- album Voyager. V mnohé odborné literatuře jsou pro hyperaktivní děti tyto relaxace doporučované, ale v praxi i přes časté používání této metody naše děti stále nezvládaly celou dobu ležet

klidně, nemluvit, nevykřikovat nebo neutíkat. Osvědčilo se nám dát nejhyperaktivnější děti blízko lektorů, popřípadě je držet za ruku. (Ne příliš pevně, spíše jako podporu než pro kontrolu) Během relaxace jsem dětem četla pohádku O neposlušném chlapci od H. Ch. Andersona. V této pohádce je vyprávěno o chlapci, Amorkovi, který může mít mnoho podob a může nás zaskočit v nečekaných momentech.

Zklidněné relaxací, dostaly děti za úkol vymodelovat bytost, která by mohla jim přinášet lásku z keroplastu (samo-schnoucí, hlíně podobná hmota) po vymodelování měly vymyslet jméno a krátký příběh o jejich vymyšlené bytosti. Mluvily jsme o tom, co pro ně znamená láska, jak se cítí, když milují nebo jsou milovány.

Poté co děti představily své postavičky a hovořily o svém pojetí lásky, pomalovaly své modely temperami, čímž jim symbolicky vdechly život. Svě výtvořily si děti ponechaly jako talismany, pro chvíle kdy jim bude smutno.

Děti téměř všechny namalovaly barevné, pozitivní bytosti, často ve tvaru či s motivy srdíček. Za zmínku stojí výtvar Jindry (příloha č. 5). Vymodeloval slunce, která má však rudé oči a je celé čenozelené. Svého Amora definoval jako „*supervojáka s lezrovejma očima co všechny sejme*“. Na otázku jak mu taková figurka připomíná lásku souhlasil jenom smíchem, utekl pro míč a počal ho kopat proti stěně. Takové chování u Jindry není neobvyklé a podle mého názoru signalizuje závažnější problémy. Není však v kompetencích našeho programu hlubinně analyzovat významy vplynuvší z tohoto dílka. Pro zarámčování celé techniky pro Jindru, jsme z papíru vytvořili barevnou krabičku, na kterou si Jindra s pomocí ostatních dětí nakreslil veselými barvami srdíčko a slunce do něj schoval. Tento návrh přijal ochotně a neměl problém odložit míč.

Rovněž Nikoly výtvar (příloha č. 6) notně vybočoval z řady. Neudělala jednu postavu jako ostatní, nýbrž postavu jakoby roztříštěnou a barevně ozdobila pouze jediný fragment tohoto modelu. Vyjadřovat se k svému dílku zatvrzele odmítala. Po ukončení diskuze však nečekaně bílé fragmenty svého výtvaru věnovala ostatním členům skupiny, největší dala lektorům a nechala si pro sebe jen ten barevný, s komentářem: „*Mám vás ráda, ale sebe nejvíc*“, čímž ostatní děti rozesmála a rozkryla též myšlenkové pozadí svého dílka.

Podobné techniky se nám však osvědčily spíše ve dnech, například když venku prší nebo v zimě, kdy je již tma. Děti se díky pohádce dostávají do klidnější a zamyšlenější nálady, což se umocňuje pravidelností zařazování podobných technik. S přihlédnutím k věku si potom mají možnost lépe uvědomovat svoje emoce a prožívání. V případě že máme u dětí

podezření na závažný problém, je nutno zvážit bezpečnost takové techniky a mít připravený plán, jak v takovém případě ošetřit emoce dítěte a kam se obrátit pro odbornější pomoc.

### **Další příklady**

Popsat všechny techniky, které jsme během dvou let úspěšně či méně úspěšně s dětmi absolvovali, by vystačilo na celou knihu. Kromě uvedeného modelování bych však chtěla vyzdvihnout techniku házení hlínou na podložku podobně jako ve hře petangue. Děti si při ní mají možnost vybit agresivitu neškodným způsobem a jsou potom schopnější se lépe soustředit.

Na ventilování agresivity je skvělá i technika s PET lahvemi. Do PET lahví s provrtaným víčkem nalijeme vodu s potravnářským barvivem. Děti s těmito lahvemi malují na staré prostěradlo jako na malířské plátno. Čím silněji tisknout PET lahev, tím silnější je proud barvy na prostěradlo a malba je nepřesnější. Tuto techniku používáme na malování pocitů. Děti mají možnost ventilovat svůj hněv, smutek a zároveň i příjemné pocity ztvárnit lehkostí při malování z lahve, kreslit lze i kropením, bez potřeby stisku.

Osvědčily se i techniky využívající sádku, do které je možné vyrývat či vytlačovat ornamenty, vzkazy, hesla, motta či otisky prstů. Přílohy č. 7,8,9)

### **5.3.4. Shrnutí**

Skupinová práce je organizačně náročnější než práce s jednotlivcem, zvláště je-li skupinka složena z dětí, které jsou téměř všechny hyperaktivní, impulzivní, citlivé či agresivní. Je dobré, je-li jeden lektor garantem techniky a věnuje se skupině jako celku, zatímco druhý mu poskytuje podporu a pracuje spíše s jednotlivci uvnitř skupiny, kteří v tu chvíli potřebují větší pozornost či péči. Silný vliv mají na sebe i děti vzájemně, je-li správně usměrněn a funguje-li správně skupinová dynamika, zpětná vazba kterou si děti poskytují se ukázala jako velmi cenným prostředkem pozitivního působení programu i esteticko-haptické stimulace.

U dětí jako je Jindra nebo Nikola se ukázala naše intervence jako nedostatečná. Bez individuální a zvláště vnější odborné péče tyto děti jevíly zdánlivě jen malé pokroky. Přesto, nebo možná právě proto byl pro ně program KOMPAS velmi přínosný. Jako jedno z mála míst se zde s nimi pracovalo bez předsudků a bez hodnocení. Zažili pocity přijetí a zároveň pevných a bezpečných hranic, což jim v běžném životě chybí. U těchto dvou dětí modelovací



hmota velmi dobře posloužila například jako prostředek ventilace vzteku. Při práci s dětmi s ADHD je důležité uvědomit si možnosti sociálně-preventivních programů i esteticko-haptické stimulace a neočekávat od dětí co je nad jejich síly.

U Samuela se ukázalo, že bez vnější odborné péče a spolupráce s rodiči není zařazení do sociálně-preventivního programu efektivní. Na výtvarné techniky naprosto nereagoval, dokonce striktně odmítal se jich jakkoliv účastnit.

V případě Janičky se haptické výtvarné techniky naopak velmi osvědčily. Při schůzkách, kde bylo zařazeno modelování, nevyžadovala tolik fyzický kontakt s okolím a celkově se dost osmělila a začala se prostřednictvím svých výtvarných dílek prosazovat ve skupince.

Lukáš s Danem vstoupili do programu bez problémů s pozorností a hyperaktivitou. U nich můžeme vysledovat zlepšení v oblasti komunikace s ostatními. Pro oba chlapce bylo důležité, že díky svému věku, byli skupinkou od začátku velmi přijímání, jako starší vzory. Oba mírní chlapci na ostatní měli zklidňující efekt. Zároveň zažili pocit oblíbenosti a výjimečnosti, který oběma v jiných kolektivech chyběl.

Asi nejvýznamnější pokroky jsem zaznamenala u Lenky, kterou techniky zaujaly natolik, že si materiály sehnala domu a na schůzky nám nosila své výtvary, ke kterým často po nějaké době i sama dokázala přidat i reflexi toho, jak jí ta která konkrétní činnost pomohla něčemu porozumět či se uklidnit. Podobný efekt měla tvorba i na obě Karolíny.

U krátkého působení, jaké bylo u Martina, se dlouhodobý efekt bohužel nedá kvalitně a objektivně vysledovat. Jeho potíže byly natolik specifické, že s přístupem matky a absence odborné péče předpokládám, že by byla naše intervence, která je spíše doprovodného a podpůrného charakteru, nedostačující.

## Závěr

*„Je lépe se opotřebovat než zrezivět.“*

*Denis Diderot*

V úvodu jsem popisovala svou cestu k výtvarné tvorbě a jak mohu svou osobní zkušenost předat dál, dětem s ADHD. Tuto poslední dobou často skloňovanou diagnózu jsem v teoretické části charakterizovala a pozornost jsem věnovala i souvisejícím poruchám pozornosti.

Problematické poruchy pozornosti a narůstající impulzivité a agresivité u dětí se v současné době věnuje mnoho odborníků. Navzdory této zvýšené pozornosti, která je na tyto problémy zaměřená, je stále v českém prostředí úroveň provázanosti služeb a pomoci pro tyto děti značně nedostačující. Informovaných a vyškolených pedagogických pracovníků, terapeutů, lektorů a instruktorů volnočasových aktivit, kteří mají zájem a trpělivost těmto dětem poskytnou adekvátní péči a individuální přístup je však stále více. Jejich úkol, coby odborné veřejnosti, nespátřuji pouze v uplatňování zažitých postupů, nýbrž i v hledání nových možností jak těmto dětem pomoci. Osobně v arteterapii a artefiletice, jako praktickém vyústění umění, vidím obrovský potenciál. Umění se ukazuje být nápomocné při léčbě nebo výuce na mnoha rovinách. Může to být přímá stimulace hmatových receptorů, která těmto dětem napomáhá zlepšit jemnou motoriku, ale i rozvoj fantasmie, tvořivosti a trpělivosti jednotlivých dětí. Nezanedbatelný efekt má uvědomění si vlastních pocitů skrze krásu či děsivost vytvořených dílek. Verbální reflexe, která je nedílnou součástí arteterapeutické či artefiletické práce toto uvědomění může (je-li citlivě a empaticky vedeno) silně umocnit.

*„Vnější svět, ve kterém žijeme, je jeden a je pro všechny lidi společný. Naproti tomu vnitřní svět každého člověka je originálním zobrazením vnějšího světa. Tento vnitřní svět nemá ve světě obdobu. Přístup k němu má jen každý sám.“ (Königová, 2004, s. 96 )* Vnitřní svět dětí s ADHD je velmi komplikovaný a zmatený pro ně samotné, dospělí skrze starost o ně a vyčerpanost z projevů jejich poruchy na tento nádherný a často velmi bohatý prostor dětských duší zapomínají. Skrze techniky esteticko- haptické stimulace mají možnost do něj nahlédnout a stát se jeho součástí.

## Seznam použité literatury:

- BLAHUTKOVÁ, M., KLENKOVÁ, J., ZICHOVÁ, D. *Psychomotorické hry: pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN: 978-80-210-3627-7
- CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-204-1
- CASEOVÁ, C., DALLEYOVÁ, T. *Arteterapie s dětmi*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-065-0
- DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě*. Praha: Galén, 2007 ISBN: 978-80-7262-447-8
- KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 1999*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-294-7
- KÖNIGOVÁ, M. *Výchova k tvořivosti*. Praha: FF UK, 2004. ISBN: 80-708-077-X
- KOMZÁKOVÁ, M., SLAVÍK, J. (ed) . *Umění ve službě výchově, prevenci, expresivní terapii*. Praha: Univerzita Karlova, 2009. ISBN 978.80-7290-415-0
- KUCHARSKÁ, A. *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 2000*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-389-7
- LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivity*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X
- POKORNÁ, V. *Teorie náprav vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9
- RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4
- SLAVÍK, J. *Od výrazu k dialogu ve výchově (Artefiletka)*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN: 80-7184-437-3
- SLAVÍK, J. (ed.). *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. Praha: Univerzita Karlova, 2000 ISBN 80-7290-004-8
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0
- ŠLAPAL, R., *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007 ISBN 978-80-7315-160-7
- VÁGNEROVÁ, M., ŘÍČAN, P. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991 ISBN: 80-201-0131-4

- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie, teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2
- ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-326-0

### **Internetové zdroje :**

- ASOCIACE DOSPĚLÝCH PRO HYPERAKTIVNÍ DĚTI . Praha: Adehade, 2009. Dostupné na WWW: <http://www.adehade.cz/o-adhd/> , vytištěno 25.5.2011
- BRYDOVÁ, M. Domácí modelína pro děti, Praha: Brydova, 2009. Dostupné na <http://www.brydova.cz/napady/ostatni-/117-domaci-modelina-pro-deti> , vytištěno 14.2011
- Cahová, Pejčochová, Ošlejšková. Praha: ZDN, 2010. Dostupné na WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hyperkineticka-porucha-detskeho-neurologa-v-klinicke-praxi-448913> vytištěno 25.5.2011)
- ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. *Arteterapie*, Praha: ČAA, 2005, Dostupné na WWW: <http://www.arteterapie.cz/> vytištěno 25.5.2011
- SLAVÍK, J. *Artefiletika* . Praha: Artefiletika, 2006, Dostupné na WWW: <http://www.artefiletika.cz>. Vytištěno 25.5.2005
- VALEČKOVÁ, D. *Propojení speciálně pedagogické a artefiletické reedukační péče o děti s SPU a syndromem ADHD*, Praha: Artefiletika, 2008, Dostupné na WWW: <http://www.artefiletika.cz/modules/articles/article.php?id=68> vytištěno 25.5.2011

### **Seznam příloh:**

- Příloha č. 1:** Klinická diagnostická kritéria HKP podle MKN-10 a ADHD podle DSM-IV - srovnání
- Příloha č. 2:** Dělení HKP podle MKN-10 a ADHD podle DSM-IV – srovnání
- Příloha č. 3:** Dotazník Asociace Pět P
- Příloha č. 4:** technika „Amor“
- Příloha č. 5:** technika „Amor“ Jindrův výtvar
- Příloha č. 6:** technika „Amor“ Nikoly výtvar
- Příloha č. 7:** technika se sádrrou – „Otisky prstů“
- Příloha č. 8:** technika se sádrrou – „Otisky prstů“

Příloha č. 9: technika se sádrou – „Otisky prstů“

Příloha č. 10: video přiloženo na DVD – Hestia národní dobrovolnické centrum-  
dokument o programu Kompas, Citadella production 2011

## Přílohy:

### Příloha č. 1:

<b>Tab. 1 – Klinická diagnostická kritéria HKP podle MKN-10 a ADHD podle DSM-IV</b>	
<b>Diagnostická kritéria HKP podle MKN-10</b>	<b>Diagnostická kritéria ADHD podle DSM-IV</b>
<b>Symptomy poruchy pozornosti:</b> <b>alespoň 6 příznaků po dobu 6 měsíců</b>	<b>Kritéria A1: 6 nebo více příznaků trvajících minimálně 6 měsíců</b>
obtěžná koncentrace pozornosti	<b>Porucha pozornosti:</b> nepozornost při školních úkolech, opomíjení detailů, chyby z nepozornosti
neposlouchá	neudrží pozornost při hře
nedokončuje úkoly	neposlouchá během rozhovoru
vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí	neposlouchá instrukce, není schopno dokončit úkol
nepořádný, desorganizovaný	organizační problémy
ztrácí věci	nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí, vyhýbá se jim
roztržitý	ztrácí věci
zapomnětlivý	dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty
	často zapomnětlivost
<b>Symptomy hyperaktivity:</b> <b>alespoň 3 příznaky po dobu 6 měsíců</b>	<b>Kritéria A2: 6 nebo více příznaků hyperaktivity-impulzivity trvajících minimálně 6 měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni</b>
	<b>Hyperaktivita:</b>
neposedí, vrtí se	neklid rukou, nohou, vrtí se na židli
pobíhá kolem	vstává ve třídě, když má sedět
vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid	často pobíhá v nevhodných situacích
v neustálém pohybu	neumí si hrát tiše
excesivně mnohomluvný	trvale příliš vysoká motorická aktivita nadměrně mnohomluvný
	<b>Impulzivita:</b>
<b>Symptomy impulzivity:</b> <b>alespoň 1 příznak po dobu 6 měsíců</b>	
nezdrženílivě mnohomluvný	často vyhrkne odpověď na otázky, které ještě nebyly dokončeny
vyhrkne odpověď bez přemýšlení	často není schopno čekat ve frontě nebo až přijde na řadu ve hře či komunikaci
nedokáže čekat	často přerušuje ostatní nebo se jim vrucuje
přerušuje ostatní	často příliš mluví bez ohledu na sociální zábrany

Autor: Postgraduální medicína

Zdroj : <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hyperkineticka-porucha-detskeho-neurologa-v-klinicke-praxi-448913>

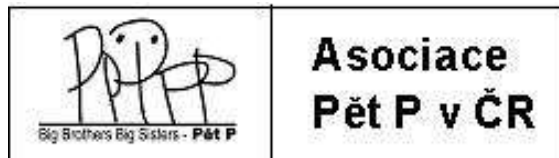
## Příloha č. 2:

**Tab. 3 – Dělení HKP podle MKN-10 a ADHD podle DSM-IV – srovnání**

Hyperkinetická porucha (MKN-10)	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD (DSM-IV)
Porucha pozornosti a hyperaktivita (F90.0)	ADHD typ s převahou poruchy pozornosti
	ADHD typ hyperaktivně-impulzivní
	ADHD typ smíšený
Hyperkinetická porucha chování (F90.1)	
	ADHD typ nespecifický
	ADHD v časně remisi

Autor: Postgraduální medicína

Zroj: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hyperkineticka-porucha-detskeho-neurologa-v-klinicke-praxi-448913>



## Dotazník Asociace Pět P v ČR

Kdo vyplňuje? rodič – dobrovolník – koordinátor – učitel – odborník (*prosím zaškrtněte*)

Jméno vyplňující osoby.....

Jméno dítěte:..... Věk dítěte:.....

Jméno dobrovolníka:..... Věk dobrovolníka:.....

Vyplněno za dobu (počet měsíců):..... Datum vyplnění:.....

	<i>Mnohem lepší</i>	<i>O něco lepší</i>	<i>Stejně</i>	<i>O něco horší</i>	<i>Mnohem horší</i>	<i>Nedovedu posoudit</i>	<i>Netýkalo se nás a netýká<sup>1</sup></i>
<b>CHOVÁNÍ I.</b>							
1) <i>Záškoláctví</i>							
2) <i>Toulky</i>							
3) <i>Agresivita</i>							
4) <i>Krádeže</i>							
5) <i>Vandalismus</i>							
6) <i>Trávení volného času v negativní partě</i>							
7) <i>Dítě šikanuje vrstevníky</i>							
<b>CHOVÁNÍ II.</b>							
8) <i>Lhaní</i>							
9) <i>Odmouvavost</i>							
10) <i>Použití nevhodných slovních výrazů</i>							
11) <i>Nepořádnost</i>							

<sup>1</sup> *Netýkalo se nás při vstupu do programu Pět P a ani nyní se nás netýká.*

12)	<i>Sebepoškozování</i>							
13)	<i>Nesoustředěnost</i>							
<b>SOCIÁLNÍ ADAPTACE</b>								
14)	<i>Dostatek kamarádů</i>							
15)	<i>Má zájmy a koníčky</i>							
16)	<i>Celková situace v rodině</i>							
17)	<i>Dítě je šikanováno</i>							
		<i>Mnohem lepší</i>	<i>O něco lepší</i>	<i>Stejně</i>	<i>O něco horší</i>	<i>Mnohem horší</i>	<i>Nedovedu posoudit</i>	<i>Netýkalo se nás a netýká<sup>2</sup></i>
<b>ŠKOLA</b>								
18)	<i>Začlenění do školního kolektivu</i>							
19)	<i>Problémy s učením</i>							
20)	<i>Vztah pedagoga (učitelky) k dítěti</i>							
<b>OSOBNÍ KOMPETENCE</b>								
21)	<i>Zájem o nové věci</i>							
22)	<i>Sebedůvěra</i>							
23)	<i>Schopnost vyjádřit pocity</i>							
24)	<i>Samostatné rozhodování</i>							
<b>OSOBNÍ PROBLÉMY</b>								
25)	<i>Úzkostnost</i>							
26)	<i>Přílišné upnutí se na jinou osobu (fixace)</i>							
27)	<i>Nesamostatnost</i>							
28)	<i>Rozmazlenost</i>							
29)	<i>Únava dítěte</i>							
30)	<i>Citová labilita (uplakanost, náladovost, vzteklost)</i>							

<sup>2</sup> Netýkalo se nás při vstupu do programu Pět P a ani nyní se nás netýká.



31)	<i>Pocit méněcennosti</i>							
<b>SOMATICKÉ PROBLÉMY</b>								
32)	<i>Enuréza a enkopréza (pomočování, pokakávání)</i>							
33)	<i>Tiky</i>							
34)	<i>Koktavost</i>							
35)	<i>Okusování nehtů</i>							
36)	<i>Bolesti břicha</i>							

**Prostor pro vaše další vyjádření (jiné změny v chování dítěte):**

**Příloha č. 4:**





**Příloha č. 5:**



**Příloha č. 6:**



Příloha č. 7:



**Příloha č. 8:**



Příloha č. 9:

