



Slezská univerzita v Opavě

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

## **Korekční program pro děti s ADHD**

**Nora Gavendová**

**Rozvoj kompetencí učitelů související s reformou CZ.1.07/1.3.05/11.0006**

**OPAVA 2011**

Název: Korekční program pro děti s ADHD  
Autor: Nora Gavendová  
Vydání: 1.vydání, 2011  
Počet stran: 95  
Tisk: Tribun EU s.r.o.

Recenzent: PhDr. Šárka Čížková  
Mgr. Marta Kolaříková

Editor: Mgr. Eva Lorencovičová  
Mgr. Jana Nálepová, Ph.D.

## **NEPRODEJNÉ**

Studijní materiál pro projekt Rozvoj kompetencí učitelů související s reformou.

Registrační číslo projektu CZ.1.07/1.3.05/11.0006

Tento projekt je financován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

© Nora Gavendová

© Slezská univerzita v Opavě

ISBN 978-80-7248-647-2

# OBSAH

OBSAH .....	1
ABSTRAKT .....	2
PŘEDMLUVA.....	3
SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ .....	4
ÚVOD .....	5
1. VZNIK, VÝVOJ, HISTORIE POJMU ADHD A JEJÍ KLINICKÝ OBRAZ .....	6
1.1 Historická východiska zkoumané problematiky .....	6
1.2 Terminologické vymezení pojmu ADHD.....	9
1.3 Etiologie ADHD .....	13
1.4 Projevy ADHD v různých věkových obdobích .....	15
1.5 Komorbidita ADHD s dalšími psychickými poruchami.....	21
2. VYŠETŘENÍ DÍTĚTE S HYPERKINETICKOU PORUCHOU .....	22
2.1 Speciálně pedagogická a pedagogická diagnostika .....	22
2.2 Psychologická diagnostika.....	24
2.3 Medicínská diagnostika .....	25
2.4 Diferenciální diagnostika .....	26
3 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY K DĚTEM S ADHD .....	30
3.1 Problematika ADHD ve škole, základní pedagogické postupy .....	30
3.2 Speciálně pedagogická a psychoterapeutická intervence .....	34
3.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	36
3.3 Význam farmakologické léčby .....	43
4. RODIČE A DÍTĚ S ADHD .....	44
5. INTEGRATIVNÍ KOREKČNÍ PROGRAM JAKO JEDNA Z MOŽNOSTÍ V TERAPII DĚTÍ S ADHD .....	49
6. DISKUSE.....	77
ZÁVĚR .....	81

## **ABSTRAKT**

Práce se zabývá problematikou dětí s diagnózou ADHD a současnými formami odborné pomoci těmto dětem. Klade důraz na uplatňování multidisciplinárního přístupu v terapii – pomoc speciálně pedagogickou, psychologickou, pedopsychiatrickou. Podrobně se věnuje metodám a principům speciálně pedagogických a terapeutických intervencí uplatňovaných směrem k dětem. Práce také představuje integrativní korekční program, který byl u dětí s ADHD v roce 2008 výzkumem autorky úspěšně ověřen.

### **Klíčová slova:**

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Diagnostika. Speciálně pedagogická intervence. Psychoterapeutická intervence. Kognitivně behaviorální terapie. Reedukace. Individuální terapie. Skupinová terapie. Integrativní korekční program. Techniky.

## PŘEDMLUVA

Dětská agresivita, impulzivita, drzé, nerespektujícího a neuctivé chování k sobě navzájem i k dospělým, budí stále větší zájem společnosti. Odpovědi na narůstající problémy s chováním dětí hledají odborníci z různých oborů.

Zvyšuje se tlak společnosti na pedagogy, kteří jsou často vnímáni nekompetentně, protože „neumí“ žáky „vychovat“ tak, aby byli slušní ke svému okolí, včetně svých vlastních rodičů! Zvyšující se zodpovědnost, kladena na pedagogy a mnohdy nerealistická očekávání od rodičů žáků (očekávání, že pedagogové jejich děti vychovají), vedou k potřebě pedagogické vzdělání prohlubovat.

Zdaleka ne všechny „neposlušné“ děti trpí hyperkinetickou poruchou, výzkumy však ukazují, že ADHD se vyskytuje u 6% dětské populace. S touto poruchou se setkávají pedagogové na běžných školách a při dnešním integračním trendu je reálný předpoklad, že tomu tak bude nadále. Tento fakt vede k nutnosti pedagogické vzdělávání stále prohlubovat a rozšiřovat. Je velmi důležité, aby pedagogové na základních školách jednali včas a poruchu ADHD odborně podchytili co nejdříve, aby se nerozvinula v poruchy chování, respektive disharmonický vývoj osobnosti.

Problematika hyperkinetických dětí dříve patřila do sféry zájmu pedopsychiatrů, psychologů a speciálních pedagogů. V současnosti se toto téma dotýká stále víc i pedagogů vyučujících a výchovně působících na běžných základních nebo středních školách.

V práci se zabývám jednak terminologickým vymezením pojmu ADHD, také jejím klinickým obrazem a etiologií, akcent je však dán na odbornou pomoc těmto dětem i jejich rodičům.

Dovoluji si vyslovit naději, že tato práce přispěje k lepšímu porozumění složité problematice ADHD a integrativní korekční program, který je v práci uveden, poslouží pedagogům (především speciálním pedagogům), psychologům či terapeutům jako námět pro rozšíření repertoáru jejich odborných intervencí.

Autorka

## SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

- ADD – Attention deficit disorder (porucha s deficitem pozornosti)
- ADHD – Attention deficit hyperaktivity disorder (porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou)
- DSM-IV – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition  
Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace
- ES - Evropské společenství
- KBT – Kognitivně-behaviorální terapie
- LDE – Lehká dětská encefalopatie
- LMD – Lehká mozková dysfunkce
- MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí. Systém světové zdravotnické organizace.  
(The International Classification of Diseases, 10 th edition, ICD 10)
- MŠMT ČR – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
- UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization  
(Organizace spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu)
- VIP KARIÉRA – Vzdělávání-informace-poradenství, systémový projekt MŠMT ČR

## ÚVOD

„Člověk ke svému plnému rozvoji potřebuje mít v rovnováze dva principy: lásku a řád. Lásku předem danou, nezaslouženou, kdy je přijímán takový, jaký je, i se všemi případnými nedostatky. Řád, který poskytuje hranice, klade nároky a vede tak k poznání vlastních možností a mezí. Naplněním obou těchto principů lze dosáhnout svobody, která není na úkor druhých, ale je spjata se zodpovědností a vyznačuje se vcítěním a solidaritou.“

Jaroslav Šturma

Dětem s ADHD je dnes věnována pozornost a odborná péče ve všech vyspělých zemích celého světa.

Dlouhodobé studie, které sledují osudy dětí s ADHD, potvrzují, že větší část postižených se potýká s reziduálními příznaky poruchy během celého života. Studie však také ukazují, že neléčená porucha představuje mnohem větší potíže, projevující se problémy s učením, chováním a může negativně ovlivnit celý další osobní i profesní život (Drtílková, Šerý et al., 2007).

### **Cílem této práce je:**

- poukázat na význam včasného diagnostikování poruchy a následného zahájení odpovídající terapie, která má zahrnovat odborný speciálně pedagogický přístup, kontakt s psychologem a eventuální medikaci dítěte;
- představit integrativní korekční program, který je akreditovaný MŠMT ČR a autorkou realizovaný v praxi;
- zdůraznit nutnost dalšího vzdělávání pedagogů, kteří pracují s dětmi s ADHD;
- vyzvednout nezbytnost pedagogicko - psychologicko - lékařské spolupráce, v zájmu lepší socializace dítěte, trpícího touto poruchou.

# 1. VZNIK, VÝVOJ, HISTORIE POJMU ADHD A JEJÍ KLINICKÝ OBRAZ

## 1.1 Historická východiska zkoumané problematiky

Málokterá diagnostická kategorie od svého definování měla tolik přejmenování. Jak uvádí ve své publikaci Swierkoszová (2006), Belgičan **J. Guislain** (1830; in: Swierkoszová, 2006) vidí poruchy mysli ve vztahu k poruchám chování. Němec **H. Hoffman** (1845; in: Swierkoszová, 2006) popsal hyperkinetický syndrom, ale tento název neuvedl.

Drtilková, Šerý et al. (2007) uvádějí, že příznaky hyperkinetické poruchy u dětí zaujaly lékaře na začátku 20. století, kdy v roce 1902 doktor **G. F. Still** (1902; in: Drtilková, Šerý et al., 2007) vyšetřil skupinu dvaceti neklidných dětí s výrazně nežádoucím chováním, přestože byly vychovávány v domácnostech splňujících kritéria „dobré výchovy“. Popsal u nich projevy hyperaktivity, různé poruchy chování, narušenou pozornost, problémy s učením a všiml si, že tyto příznaky byly častější u chlapců. Ze své studie vyvodil, že tyto projevy musí mít pravděpodobně nějaké biologické příčiny, protože je nebylo možné vysvětlit zanedbáním výchovy či vlivem prostředí. Tento předpoklad byl velmi pokrokový, když uvážíme, že na počátku 20. století byly poruchy chování spojovány spíše s charakterovými vadami rodičů a nedůslednou výchovou.

Dále tito autoři ve své publikaci zmiňují, že prestižní britský časopis **Lancet** v roce 1904 (1904; in: Drtilková, Šerý et al., 2007) otiskl krátký článek s nadpisem „Případ neposedného Filipa“, ve kterém byla popsána narůstající frustrace Filipových rodičů z chlapcova nevhodného chování (je stále v pohybu, houpe se na židli, dokud se nepřevrátí, při pádu stáhne ubrus a s ním sklenice, talíře, příbor atp.).

Swierkoszová (2006), pokračuje v historické ose poruchy – francouzský psychiatr **E. Dupré** (1908; in: Swierkoszová, 2006) poprvé použil název motorická debilita, v roce 1917 německý pediatr **H. T. von Scherckel** (1917; in: Swierkoszová, 2006) popisuje syndrom hypoaktivity u chorobně pomalého, těžkopádného, k podnětům apatického devítiletého chlapce termín hypoaktivita však nepoužil. V roce 1926 německý psychiatr **A. Homburger** (1926; in: Swierkoszová, 2006) užívá termín motorický infantilismus. V syndromu **minimální mozkové poškození** a minimální mozková dysfunkce byly v roce 1930 popsány příznaky poruchy



pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. V roce 1932 němečtí lékaři F. **Kramer a H. Polow** (1932; in: Swierkoszová, 2006) užívali termín hyperkinetický ve spojení hyperkinetický syndrom. Po první světové válce zasáhla Evropu vlna **Economovy nemoci**, jedná se o encefalitidu vyvolanou virem. Po odeznění akutního stádia nemoci u některých dětí přetrvávala citová labilita, dráždivost, zvýšený neklid, impulzivita, změny nálad atp.

**Pozorování chování dětí po úrazech mozku** přineslo své další ovoce. Byl prokázán vztah mezi poškozením mozku a změnami v chování. Děti před úrazem zcela zdravé se měnily na neposlušné, dráždivé, nestálé, agresivní, hrubé atp. (tamtéž).

„Předpoklad organického podkladu poruchy se v letech 1922-1968 odrážel i v terminologii“, uvádějí Drtílková, Šerý et al. (2007, s. 67).

V roce 1961 vyšla kniha Kučery a kolektivu Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích. **Termín lehká dětská encefalopatie (LDE)**, Kučera (1961; in: Swierkoszová, 2006) definuje jako „drobné difúzní poruchy mozkové tkáně, trvalého rázu, vzniklé prenatálně, perinatálně nebo postnatálně, ovšem před dobou dospělosti. Poruchy jsou jen lehké v tom smyslu, že při nich není zřetelně postižena motorika a že také rozumové schopnosti dítěte zůstávají v rámci průměru nebo jsou jen podprůměrné, nesestupují tedy na úroveň debility. Naproti tomu nalézáme u těchto dětí jiné výrazné poruchy vyšší nervové činnosti, a to v několika směrech: v motorice, v percepci, v jednání i v myšlení. Tyto primární poruchy, spoluutvářené zpravidla i nevhodnými metodami výchovnými, ke kterým samy zavdaly podnět, jsou pak podkladem širokého pásma nejružnějších psychopatologických projevů“.

Ještě v šedesátých letech byl termín lehká dětská encefalopatie nahrazován **pojmem lehká mozková dysfunkce** (Swierkoszová, 2006).

Další zajímavé publikace z druhé poloviny dvacátého století jsou například: Čieteková a kol.: Dieťa s ľahkým mozgovým poškodením, vydaná v Bratislavě v roce 1968, také monografie Třesohlavé: Lehká mozková dysfunkce v dětském věku, vydaná v Praze v roce 1983, nebo publikace od Černé: Lehké mozkové dysfunkce, vydaná v Praze 1999 (tamtéž).

Termín lehká mozková dysfunkce (LMD) vznikl z potřeby ujednotit terminologii a vymezit diagnostická kritéria této poruchy v mezinárodním měřítku. **Na termínu LMD se sjednotil v roce 1963 tým odborníků v Chicagu** (1963; in:

Drtílková, Šerý et al., 200, s. 16) vypracoval definici tohoto syndromu: „Jsou to děti vyšší, průměrné nebo podprůměrné inteligence, s různými poruchami chování nebo učení. Různé formy onemocnění, od velice mírných až po závažné, jsou spojeny odchylkami funkcí centrálního nervového systému. Tyto deviace se mohou manifestovat v různých poruchách percepce, tvoření pojmů, paměti, řeči, pozornosti, impulzivity nebo motorických funkcí. Změny mohou vznikat z genetického nebo biochemického porušení regulace, z poškození perinatálního nebo jinými nemocemi a poruchami vzniklými v době, která je typická pro vývoj a vyzrávání centrální nervové soustavy. Mohou být také časné nedostatky smyslové, které mohou vyvolat trvalé poškození mozku. Termín LMD se stal všeobecně známým a používaným nejen v psychiatrii, ale i v příbuzných oborech a toto starší pojetí poruchy někdy přetrvává dodnes“.

Klasifikační systém Americké psychiatrické společnosti DSM-II (1968, in: Swierkoszová, 2006) uvádí **termín Hyperkinetická reakce v dětství**.

V roce 1972 vychází publikace **Vývojové poruchy učení** Matějčka, ve kterých je vysvětlen vztah mezi specifickými poruchami učení a chování (in: Swierkoszová, 2006).

V roce 1980 **klasifikační systém Americké psychiatrické společnosti DSM-III** (1980; in: Swierkoszová, 2006) používá termín: Porucha pozornosti s hyperaktivitou a v roce 1987 se v téže revidované publikaci objevuje **pojem ADHD** (attention deficit hyperaktivity disorder, porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou). Označení ADHD přetrvává v Americkém diagnostickém manuálu psychiatrických poruch DSM-IV (1994; in: Swierkoszová, 2006) i nadále. Setkáváme se také s **termínem ADD** (attention deficit disorder, porucha deficitu pozornosti). Munden, Arcelus (2002, s. 11) uvádějí, že ti, „kteří trpí ADD, nebývají hyperaktivní, mívají však problémy s impulzivitou a nedostatečným soustředěním. Příznaky se vyskytují v takové míře, která je věku a intelektovým schopnostem jedince nepřiměřená“.

V pedagogické oblasti se už tyto termíny poměrně dobře ustálily.

**Mezinárodní klasifikace nemocí ve své deváté revizi** používá pro tuto diagnostickou skupinu označení „**psychomotorická instabilita na terénu LMD**“ a až její **desátá revize, platná od roku 1992**, přinesla **termín hyperkinetické poruchy**, aktuální i v současnosti (tamtéž).

## 1.2 Terminologické vymezení pojmu ADHD

Druhého března 2007 se v Ostravě konala Mezinárodní interdisciplinární konference s názvem: „ADHD – diagnóza nebo handicap“. <http://www.kvic.cz/showFile.asp?ID=1332>.

Referovali na ní odborníci z České i Slovenské republiky, speciální pedagogové, psychologové a pedopsychoiatri. Hlavním posláním konference byla výzva ke sjednocení terminologie a k těsné interdisciplinární spolupráci. Dítě trpící hyperkinetickou poruchou je předmětem zájmu lékařů, psychologů i pedagogů, proto je nutná jejich týmová spolupráce, jak při diagnostikování, tak během terapie, respektive během vyučovacího procesu. Jeví se proto žádoucí, aby reprezentanti jednotlivých obcí mluvili společným odborným jazykem.

V literatuře (například: Pokorná, 2001, s. 127) i praxi se **kromě názvů LMD, ADHD, hyperkinetická porucha**, setkáváme také s termínem: „**Specifické poruchy chování a pozornosti**“, „**Specifické poruchy chování**“, „**Specifické vývojové poruchy chování**“ a „**Specifické poruchy učení a chování**“, s poněkud nešťastně používanou zkratkou SPUCH.

Zkušenosti nás vedou k úvaze, že nejenom rodiče dětí postižených poruchou ADHD bývají zmateni, ale mnohdy i odborníci, kteří se touto problematikou zabývají, se v přemíře tolika odborných názvů přestávají orientovat.

V této práci budeme upřednostňovat termín ADHD.

### **V současné době se používají dva klasifikační systémy:**

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

Pojetí poruch tyto systémy nevnímají identicky.

### **Hyperkinetické poruchy podle kritérií MKN-10 (MKN-10, s. 247-249) zahrnují:**

- subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F90.0);
- subtyp hyperkinetické poruchy chování (F 90.1).

**Diagnostický manuál DSM-IV definuje ADHD širěji a rozděluje ji do tří subtypů:**

- ADHD s převládající poruchou pozornosti;
- ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou;
- ADHD, kombinovaný typ.

(Drtílková, Šerý et al. , 2007, s. 25)

**V MKN-10 (1992, s. 247) je uvedeno,** že „hyperkinetické poruchy jsou charakterizované raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování jsou trvalé, objevují se ve více situacích a jejich míra je nepřiměřená mentálnímu věku dítěte. Hyperkinetické poruchy začínají vždy v raném stádiu vývoje, obvykle v prvních pěti letech života. Jejich hlavními rysy jsou chybění vytrvalosti při činnosti, která vyžaduje kognitivní funkce, a sklon jedince přecházet od jedné aktivity k druhé, aniž by některou dokončil, spolu se špatně regulovanou, špatně organizovanou a nadměrnou činností“.

**Vedle hlavních rysů** bývá často přidružena impulzivita. Tyto děti mají sklon k úrazům, často se dostávají do disciplinárních nesnází, jejich vztah k dospělým postrádá společenské zábrany, chybí normální obezřetnost a ukázněnost, u ostatních dětí nejsou oblíbené a mohou se dostávat do izolace (tamtéž).

Specifické vývojové poruchy učení a motorické funkce, které provázejí hyperkinetické poruchy velmi často, nejsou považovány za součást diagnózy a mají být kódovány zvlášť, jako komorbidní diagnózy (Drtílková, Šerý et al., 2007).

#### **Kritéria hyperkinetické poruchy (zkráceno):**

- vznik před 7. rokem věku, trvání symptomů nejméně 6 měsíců;

#### **porucha pozornosti (přítomno 6 příznaků z 9):**

- obtížně koncentruje pozornost;
- nedokáže udržet pozornost;
- neposlouchá;
- nedokončuje úkoly;
- vyhýbá se úkolům vyžadující mentální úsilí;
- nepořádný, dezorganizovaný;
- ztrácí věci;

- roztržitý;
- zapomětlivý.

**hyperaktivita (přítomny 3 příznaky z 5):**

- neposedný, vrtí se, pobíhá kolem;
- nevydrží sedět na místě;
- vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho;
- „on the go“ (v neustálém pohybu);
- mnohomluvný.

**impulzivita (přítomen 1 příznak ze 4):**

- nezdrženlivě mnohomluvný;
- vyhrkne odpověď bez přemýšlení;
- přerušuje ostatní;
- nedokáže čekat

( Drtílková, Šerý et al. , 2007).

**Hyperkinetická porucha chování**

**V případě současného výskytu hyperkinetické poruchy (poruchy aktivity a pozornosti) a poruchy chování je možné stanovit diagnózu hyperkinetické poruchy chování.** U těchto dětí se ve zvýšené míře může objevovat agresivita, rvačky, opoziční chování, lhaní, krádeže, záškoláctví. U starších dětí mohou mít projevy závažnější asociální nebo delikventní charakter. Nedoporučuje se však stanovit tuto diagnózu, pokud poruchy chování netrvaly alespoň šest měsíců. Problémy s chováním začínají brzy, před věkem šest let, a mají dlouhé trvání. Kombinace hyperkinetických příznaků s poruchami chování je prognosticky méně příznivá, existuje větší riziko rozvoje budoucího násilného chování a delikvence (Drtílková, Šerý et al., 2007).

**Klasifikace ADHD podle DSM-IV (zkráceno):**

Některé ze symptomů hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti se vyskytují již před 7. rokem věku. Některé z příznaků se objevují na dvou či více místech (doma, ve škole atp.). Musí být přítomna evidence vztahů sociálních.

**Kritéria A I: Šest nebo více symptomů trvajících minimálně 6 měsíců.**

**porucha pozornosti:**

- nepozornost při školních úkolech, pomíjení detailů, chyby z nepozornosti;
- neudrží pozornost při hře;
- zdá se, že neposlouchá během rozhovoru;
- neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly;
- má organizační problémy;
- nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim;
- ztrácí věci;
- vnější stimuly snadno přeruší jeho soustředění;
- zapomnětlivý v denních aktivitách

( Drtílková, Šerý et al., 2007).

**Kritéria A II: Šest nebo více symptomů hyperaktivity-impulzivity trvajících minimálně 6 měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni.****hyperaktivita:**

- často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli;
- často opouští lavici ve třídě;
- často pobíhá nebo přelézá v nepřiměřených situacích;
- obtížně při hrách zachová klid a ticho;
- stále v pohybu („jakoby měl v sobě motor“);
- nadměrně mnohomluvný.

**impulzivita:**

- často vyhrkne odpověď před dokončením otázky;
- dělá mu obtíže čekat v pořadí;
- často přerušuje ostatní (při hrách, v hovoru atp.)

( Drtílková, Šerý et al., 2007).

**Subtypy ADHD:**

- ADHD s převahou poruch pozornosti – kritéria A I alespoň 6 měsíců;
- ADHD typ hyperaktivně-impulzivní – kritéria A II alespoň 6 měsíců;

- ADHD typ kombinovaný – kritéria A I a A II alespoň 6 měsíců;
- ADHD typ nespecifický – prominentní symptomy nepozornosti, hyperaktivity-impulzivity, které však nesplňují kritéria ADHD;
- ADHD v částečné remisi – současné symptomy již nesplňují všechna kritéria (tamtéž).

Munden, Arcelus (2002, s. 18) shrnují: „**Kritéria DSM-IV jsou méně přísná** a pokud by kliničtí pracovníci trvali na tom, že dříve než padne rozhodnutí terapeuticky pracovat s pacientem s ADHD, je nutné, aby splňoval „tvrdší“ kritéria podle MKN-10, hrozí nebezpečí, že část dětí bude ochuzena o účinnou léčbu a náležitá opatření“.

### 1.3 Etiologie ADHD

„Podrobnějšími znalostmi o fungování lidského mozku se paradoxně zdají být příčiny mnoha psychických poruch složitější“ (Drtílková, Šerý et al. 2007, s. 41). Uplatňování nových zobrazovacích technik lidského mozku na jedné straně poskytlo odborníkům významný materiál, na druhé straně však znesnadnilo porozumění funkcím mozku a poruchám psychiky. Tato porucha přestala být známou lehkou mozkovou dysfunkcí, vzniklou nejčastěji v důsledku perinatálních komplikací, ale stala se obtížně srozumitelnou poruchou, provázenou dysfunkcemi neurotransmiterů a receptorů a dysfunkčními variantami různých genů. I pro odborníky z jiných odborů, než je psychiatrie – psychology, speciální pedagogy, pedagogy, pediatriy atp., kteří s hyperkinetickými dětmi pracují, je obtížné sledovat nové poznatky a porozumět všem souvislostem.

„**Aktuálně převládá názor, že příčina hyperkinetické poruchy je pravděpodobně heterogenní,** v etiologii se mohou uplatňovat genetické i negenetické faktory spojené s neuroanatomickými a neurochemickými inzulty, které zasahují převážně prenatálně“ (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 41).

#### **Negenetické faktory:**

Drtilková, Šerý et al. (2007), k negenetickým faktorům řadí konzumaci alkoholu, kouření matky v graviditě, nízkou porodní hmotnost, předčasné porody,

perinatální traumata spojená s hypoxií a úrazy hlavy. Okrajově bývá zvažován i vliv toxinů prostředí. „Těžká otrava olovem může u dětí vyvolat vážnou encefalitidu a děti, které se uzdraví, trpí často příznaky nepozornosti a hyperaktivity. Nejrizikovější skupinou jsou děti mezi 12-36 měsíci“ ( Munden, Arcelus, 2002, s. 56).

### **Genetické faktory:**

„Hyperkinetický syndrom je 5krát častější u příbuzných dětí s ADHD v první linii než u kontrolní skupiny rodin zdravých dětí“ (Paclt a kol., 2007, s. 30). Munden, Arcelus (2002) upozorňují na skutečnost, že studie, ve kterých vědci porovnávali výskyt poruchy u obou jednovaječných dvojčat, ukázaly, že 80-90% sourozeneckých dvojic, kde jedno dítě mělo ADHD, trpělo chorobou i druhé dítě. Studie na dvojvaječných dvojčatech (s velmi podobnými životními podmínkami) ukázaly, že ve 32% dvojic trpěly ADHD obě děti, což je 6-10krát více, než je běžné u nepříbuzných dětí, kde se výskyt ADHD pohybuje mezi 3-5%. Tyto výsledky podpořily předpoklad, že symptomy ADHD jsou často geneticky dědičné. Nejnovější studie odhalily skutečnost, že je větší riziko dědičnosti poruchy po mužské linii, než po ženské linii (tamtéž).

### **Poruchy neurotransmise (neurotransmitery – chemičtí poslové mozku):**

Neurotransmitery (jakožto chemické látky, které přenášejí při duševní činnosti informace mezi mozkovými buňkami) souvisí se vznikem ADHD, jak potvrzují četné výzkumy. Ernst a kol. (1998; in: Melicheríková, 2005, s. 3) dokázali poprvé potvrdit nedostatek neurotransmiteru dopaminu u lidí trpících ADHD. „Zvláště v čelní oblasti mozku, která zodpovídá za sladění pozornosti a vytrvalosti, byla aktivita DOPA-dekarboxylázy signifikantně snížena. Spotřeba dopaminu byla tedy porušena. Téměř všechny odchylky chování u ADHD (poruchy pozornosti, kognitivní impulzivita, porucha pracovní paměti) korelují s neurofyziologickou hypotézou deficitu dopaminu. Dopamin má především brzdící funkci, což znamená, že zabrzdí nadprahové podráždění a tím se normalizuje“. Deficit dopaminu způsobuje tedy zvýšenou aktivitu, impulzy chování nejsou dostatečně řízeny, jelikož sebekontrola na to nestačí. Snížená sebekontrola je podle Barkleye (in: Melicheríková, 2005, s. 3) hlavním problémem u ADHD. Při nedostatečné sebekontrolě budou poruchy myšlení, ale i jiné impulzy nedostatečně potlačeny. Následkem je pak oslabení pozornosti, snížená výdrž



a fluktuace pozornosti. Také v premotorické kůře vysvětluje deficit dopaminu funkční odchylky u ADHD. Výsledkem je porušená jemná i hrubá motorika (tamtéž).

Tato záležitost je pravděpodobně ještě komplikovanější. Změněná dopaminová funkce mění citlivou rovnováhu i jiných neurotransmiterů – nejenom serotoninu a noradrenalinu, ale i dalších. Tyto neurotransmitery odpovídají zase za jiné projevy. (Například nízká hladina serotoninu bývá spojována s impulzivitou, agresí a disinhibičním chováním. Noradrenalin hraje důležitou roli v procesech spánku a bdění, v udržování a koncentraci pozornosti, v učení a pamatování).

Paclt a kol. (2007) uvádějí i gabaaminomáselnou kyselinu, jako další z neurotransmiterů, který může být důležitý v etiopatogenezi ADHD.

### **Dietetika:**

O tom, zda má jídelníček dítěte vliv na vznik symptomů ADHD, proběhla řada spekulací (Munden, Arcelus, 2002). Byly navrženy některé speciální diety, které měly dětem s ADHD být nápomocné. V současné době však panuje v odborných kruzích názor, že změna jídelníčku pravděpodobně žádný valný efekt nepřináší.

### **Psychosociální faktory:**

Ještě pořád přežívá mýtus, že porucha ADHD může být způsobena špatnou výchovou. Způsob výchovy má nesporně na každé dítě vliv, za vznik hyperkinetické poruchy však nezodpovídá. Rodiče dítěte s ADHD nejsou ve své rodičovské roli neschopní a nekompetentní, jak se mnohdy veřejnost domnívá (tamtéž).

Existuje již dnes mnoho důkazů o tom, že v pozadí vzniku poruchy stojí biologické mechanismy, kterých je mnoho.

## **1.4 Projevy ADHD v různých věkových obdobích**

Hyperkinetické poruchy jsou diagnostickou kategorií, která se objevuje ve všech věkových skupinách, zejména ve školním věku dítěte. V jednotlivých vývojových obdobích je symptomatika ADHD vyjádřena různě. Melicheríková (2005) poskytuje následující výklad:

### **Kojenec s ADHD:**

Dítě s ADD (bez hyperaktivity) se zpočátku jeví jako nenáročné, naproti tomu dítě s ADHD (s hyperaktivitou) bývá náročné a péče o něj je vysilující od prvních minut života. Vyskytuje se:

- častý a prudký pláč (těžko se dá ukonejšit);
- problémové chování během pití (buď „Barracuda-typ“, nebo příliš líné sání, během kterého dítě zaspí hladové a pak je brzy nespokojené);
- bolesti břicha, které jsou těžko utišitelné a celkové těžkosti s přizpůsobením se příjmu potravy;
- narušený rytmus spaní a pití (prodlužuje tělesný kontakt a odmítá být uloženo do postýlky);
- těžkosti s „přechody“ k jiné činnosti (např. ukončit koupání a následné osušení se, oblékání atp.);
- zápas při úkonech, spojených s tělesnou hygienou;
- brzká vertikalizace (často si zkouší sednout už během 4. a 5. měsíce, vynechá lezení nebo se lezení vyvine, až když už umí chodit);
- extrémní ostýchavost nebo naopak téměř žádná ostýchavost (tamtéž).

Je povzbuzující, že miminko s ADHD se velmi raduje z kontaktu, brzy nastupuje sociální úsměv, je sluníčkem a velice přitažlivým, proto své vyčerpané rodiče drží v dobré náladě.

#### **U batolete s ADHD je patrna:**

- vysoká psychofyziologická úroveň aktivizace (chce být zaměstnané, potřebuje mít program);
- často citlivě reaguje na každý podnět – vizuální, akustický i taktilní;
- vykazuje motorický neklid (pohybuje se rychle a rizikově);
- dysregulace svalového tonusu (těžkosti s rozložením svých sil během pohybu);
- problémy se spánkem (těžkosti s usínáním, menší potřeba spánku, neklidný spánek);
- problémy s jídlem (sklon k jednostranné stravě, prudké odmítání neznámých jídel, excesivní pití);
- intenzivní odpor během oblékání, zvláště není-li zohledněno přání dítěte;

- trávící problémy (prudké koliky, střídání obstipace a průjmu);
- podrážděná nálada (dětí s ADHD působí nevyrovnaně, jsou málo adaptabilní, těžko se dají uklidnit, především jestli okamžitě není uspokojeno jejich přání);
- sklon k bouřlivým záchvatům zuřivosti;
- hlasité hry a radost z experimentování s předměty, které rodiče nejvíc používají (tamtéž).

### **Předškolní dítě s ADHD vykazuje:**

- těžko ovlivnitelnou hyperaktivitu, bezcílnou aktivitu, je náchylné k úrazům, nemá cit pro nebezpečí, je většinou odvážné, běhá místo chůze, chová se rizikově;
- problémy se sociální integrací dítěte ve školce (nedodrжуje pravidla, ruší vrstevníky, je agresivní a často nevypočitatelné);
- nízká intenzita a výdrž během hry, destruktivní a často chaotická hra;
- těžkosti ve výuce schopností, které vyžadují delší výdrž a zapamatování (chce poslouchat tu samou pohádku, hrát si se stejnou hračkou atp.);
- nudí se, nemá nápad jak se zaměstnat;
- loudání se během rutinních činností (oblékání, jedení atp.);
- vývojové deficity – např. těžkosti s automatizací pohybů, vyžadující zašněrování bot, zapínání knoflíků, zacházení s přiborem atp.;
- jazykové problémy: opožděný vývoj řeči nebo akcelerovaný vývoj řeči s vynecháním dětského žargonu;
- opoziční chování vůči rodičům (nejčastěji vystupňovaná fáze vzdoru s prudkými pocity „zhroucení“);
- sourozenecká rivalita, především vůči mladšímu sourozenci (tamtéž).

Výhodou je, že předškolní dítě s ADHD už v prvním kontaktu odhaduje, zda bude s protivníkem vycházet dobře. Dokáže dobře pomáhat, například při domácích pracích, je zvědavé, kreativní a má dobrou fantazii. Rodiny s dětmi v tomto věku se často stávají nápadnými a musí snášet kritické a hanlivé komentáře okolí. Jsou parciálně ze svého okolí vylučováni.

### **U dítěte školního věku s ADHD je možné pozorovat:**

- těžkosti s učením nebo nedostatky v některém specifickém výkonu;
- přeřazení do jiné školy, kvůli těžkostem ve vyučování;
- zapomínání;
- pozdější nástup plynulosti v psaní;
- vznik jiných psychických problémů – depresivní rozlady, úzkostné stavy, somatizace;
- kognitivní impulzivita – průběžné myšlenky spontánně vykřikuje během vyučování;
- motorický neklid;
- nedodrží pravidla ani povinnosti;
- musí pracovat pod kontrolou a vedením;
- potřebuje časté opakování učiva a zpravidla to nenávidí;
- stupňuje se opoziční chování;
- agresivní chování, prudké, silné afektivní reakce při onemocnění nebo poranění;
- sklony k disociálnímu chování (podvody, krádeže atp.);
- problémy s rozdělením peněz (impulzivní nákupy atp.);
- časté zapomínání oblečení nebo ztrácení oblečení či jiných předmětů osobní potřeby (děti s ADHD jsou „drahé“ děti);
- nepořádek v dětském pokoji, kolem sebe, v aktovce atp.;
- konflikty s vrstevníky;
- noční pomočování;
- brzké experimentování s alkoholem a cigaretami atp. (tamtéž).

Přesto překvapují v některých jednotlivých výkonech, například referátem o něčem zajímavém, nebo ve sportovních výkonech, při odpovídajícím talentu. Už asi v deseti letech chtějí brát život do vlastních rukou a „všechno umí lépe“. Z ničeho se lépe nepoučí, než z vlastní zkušenosti.

### **U mladistvého – adolescenta s ADHD jsou pozorovatelné tyto symptomy:**

- redukce motorického neklidu;
- často perzistující poruchy pozornosti a impulzivita;

- neovlivnitelné chování, opozičnické, drzé, a provokativní – na zakrytí vlastní nejistoty, také podvádění, úniky a požívání různých triků;
- těžkosti v sociální oblasti: přijetí rozhodnutí, nejistota v tom, kde co říct a kdy být raději potichu;
- agresivní a disociální chování (především nápadné hyperkinetické děti vytvářejí rizikové skupiny pro rozvoj delikventní kariéry, také pro rozvoj disociální poruchy osobnosti);
- vystupňovaná spotřeba alkoholu, ale i jiných návykových látek;
- emoční nápadnosti (afektivní poruchy), poruchy v interpersonálních vztazích, v důsledku kolísavého sebehodnocení;
- pocity křivdy („proč právě já?“);
- opožděné rozhodování se o budoucnosti, egocentrismus (až do dospělého věku);
- extrémní názory, s neovlivnitelnou kritičností;
- hlad po zážitcích;
- chybějící samostatnost, přes těžko ovlivnitelnou potřebu autonomie;
- pozdě se rozvíjející, nebo extrémní sexuální přátelství (na základě momentálního impulzu);
- strach ze ztráty vztahu, s následnou tendencí partnera kontrolovat;
- chybí schopnost výdrže, vzdělávání nezřídka i několikrát přerušují (tamtéž).

Současně mladiství s ADHD mají přání „být normálními“ a odmítají medikamentózní pomoc. Dokážou se dobře zapojit do různých aktivit: například dělat mluvčího, pomoci při řešení technického problému, při organizování školní slavnosti apod. Mohou mít herecké nadání. Pokud jsou blízkými vztahovými osobami akceptováni, překonají těžké období a přejdou do fáze rané dospělosti.

**Dospělý věk může být provázen následujícími projevy:**

- emoční nezralost;
- poruchy koncentrace, například při naslouchání nebo čtení;
- kolísání nálad (nevyrovnanost, dráždivost atp.);

- chybějící kontrola impulzů (agresivita, impulzivní rozhodnutí, neumí seřadit priority atp.);
- nevýhodné komunikační strategie (skákání do řeči, impulzivní namítání, znevažující mimika, ironizování atp.);
- nízké školní vzdělání neodpovídající schopnostem a nadání;
- sebepoškozující jednání;
- vyhýbání se povinností a lhaní při plnění povinností;
- selektivní vnímání, citlivost na kritiku a zranitelnost;
- intolerance stresu, lehká dráždivost;
- dezorganizace v domácnosti (uchovávání věcí, dokladů atp.) nebo naopak příliš úzkostné, nutkavé ukládání a shromažďování předmětů;
- nedostatečný finanční management;
- delikvence a disociální poruchy osobnosti (u 15-30% s ADHD postižením, Melicheríková, 2005, s. 9);
- opožděná separace od rodičů, opožděná profesní orientace;
- problémové sociální interakce (střídání partnerů);
- vysoká komorbidita, až 50% postižených ADHD dospělých má jiné psychiatrické diagnózy v průběhu života (R. Melicheríková, 2005, s. 9);
- „asi u 40-45% pacientů s ADHD přetrvává výrazná porucha z dětství a adolescence do dospělosti“

(Paclt a kol., 2007, s. 123).

Satterfield (1987), citovaný podle Melicheríkové (2005, s. 9) uvádí **rizikové faktory**, které vedou **k chronifikaci symptomatiky poruchy**:

- nízká inteligence;
- brzy vzniklé a zdlouhavé opozičnické chování, spolu s agresivním chováním;
- špatné vztahy s vrstevníky a rodiči, namyšlenost;
- psychické poruchy u rodičů, zejména antisociální porucha osobnosti u otce;
- problémové rodinné vztahy, manželské konflikty;
- trestající a nekonzistentní styl ve vztazích.

Stejnou roli však sehrávají i **protektivní faktory**, působící na rozvoj a průběh symptomatiky, i na její ústup:

- vysoká inteligence;
- sociální přijetí dítěte ve škole a mezi vrstevníky;
- spokojená rodina s dobrou interakcí dítě – rodič;
- včas zahájená odpovídající terapie (tamtéž).

### 1.5 Komorbidita ADHD s dalšími psychickými poruchami

Je známo, že ADHD se poměrně často vyskytuje spolu s jinou psychickou poruchou.

Szamari a kol. (1989; in: Paclt a kol., 2007, s. 20) uvádí:

- „44% dětí s ADHD trpí nejméně ještě jednou další psychickou poruchou;
- 32% trpí dvěma dalšími poruchami;
- 11% dokonce třemi či více“.

Údaje o procentuálním zastoupení jednotlivých komorbidních poruch u ADHD se v literatuře podstatně neliší. Drtílková, Šerý et al. (2007) seznamují ve své publikaci s následujícím přehledem:

- jako nejčastější komorbidní porucha je porucha opozičního vzdoru, vyskytuje se přibližně u 33 % dětí;
- asi u 25%-50% se jedná o poruchy chování;
- u 25% se vyskytují úzkostné poruchy;
- u 20% je pozorována deprese;
- u 20%-40% různé specifické vývojové poruchy řeči, školních dovedností a motorické funkce;
- u dětí s tikovou a Tourettovou poruchou se uvádí, že až u 60%-70% je současně přítomna psychopatologie ADHD;
- výzkumy také ukazují, že u hyperkinetických dětí bývá přítomna častěji enuréza, zvláště noční;
- výskyt komorbidity drogové závislosti a ADHD je asi 30%-50% - u adolescentů;

- výskyt komorbidity drogové závislosti a ADHD je asi 30%-40% - u dospělých jedinců.

## 2. VYŠETŘENÍ DÍTĚTE S HYPERKINETICKOU PORUCHOU

### 2.1 Speciálně pedagogická a pedagogická diagnostika

Jakoukoli psychopatologickou symptomatiku je třeba vždy posuzovat v rámci celkového kontextu dítěte a jeho prostředí. Paclt a kol. (2007) uvádí, že genetika, biologie, rodina, škola a společnost jsou faktory, které působí ve vzájemné interakci, ať se to týká adaptace či maladaptace. „Včasné diagnostikování poruchy je velmi důležité, aby se předešlo začarovanému kruhu selhání, frustrace a klesajícího sebevědomí dítěte“ (Riefová, 1999, s. 15). Diagnostikování ADHD vyžaduje týmovou spolupráci lékaře (pedopsychiatra, neurologa), psychologa a speciálního pedagoga. Vašek (1991, s. 14) uvádí, že „lékařská diagnostika je výchozí bázi pro terapii, tedy její cílem je úspěšná léčba, respektive vyléčení pacienta. Speciálně pedagogická diagnóza je východiskem úspěšného pedagogického působení, pedagogických opatření. Jejím cílem tedy není léčba, ale výchova, respektive vzdělávání. Tomuto cíli je podřízena i celá diagnostika“. Dále Vašek (1991) poukazuje na rozdíly v diagnostických činnostech uvedených oborů. **Medicínská diagnostika** se v první řadě **soustřeďuje na patologické faktory**, na takové symptomy, respektive syndromy, ze kterých je možné u postižených osob stanovit druh, rozsah a stupeň orgánového či funkčního postižení. **Speciální pedagog**, podobně jako psycholog, **se zaměřuje i na neporušené funkce, protože při korekční činnosti staví právě na těchto neporušených funkcích a procesech**. Formulace diagnostických závěrů je rovněž výrazně odlišná. Lékař svoji diagnózu formuluje tak, aby ji mohl zařadit do systému nemocí, tedy na základě syndromu stanoví druh nemoci a pacienta zařadí takto do určité nozologické jednotky. Diagnóza speciálního pedagoga má podobný charakter jako psychologická diagnóza, je opisná. Je koncipována tak, aby se v charakteristikách individuálních specifík vymezily nejdůležitější vlastnosti a znaky postiženého či narušeného jedince z aspektu možností jeho výchovy a vzdělávání. Ke speciálně pedagogické diagnostice má blízko **pedagogická diagnostika**. Ta se však



podle Vaška (1991) zaměřuje na **objekt v pásmu normy**, na rozdíl od speciálně pedagogické diagnostiky, která se zaměřuje na osoby, které se svojí mentální úrovní, smyslovým vnímáním, tělesnou integritou či svým chováním od normy výrazně odchyľují. **Pedagogická diagnostika se může realizovat individuálně nebo skupinově, avšak speciálně pedagogická diagnostika vyžaduje jednoznačně individuální přístup** (Vašek, 1991). Pedagogická diagnóza žáka, který přichází do speciální školy či zařízení, je důležitým doplňkem k vytvoření si celostního obrazu o jeho pobytu a fungování v běžné škole (tamtéž).

Vašek (1991, s. 19) definuje speciálně pedagogickou diagnostiku jako „proces zjišťování podmínek, průběhu a výsledků výchovy a vyučování postižených nebo narušených jedinců a určování vlivu postižení na jejich vychovatelnost a vzdělavatelnost“. Speciálně pedagogickou diagnostiku chápe uvedený autor jako dynamický proces, výsledkem kterého má být diagnóza. Diagnóza je pak východiskem při určení všech dalších speciálně pedagogických opatření a postupů, směřujících ke splnění výchovně-vzdělávacího cíle.

V současnosti existuje vícero diagnostických nástrojů k pedagogické diagnostice ADHD. Jedná se například o Škálu Connersové pro učitele (1985; in: Paclt a kol., 2007), nebo o dotazník Terrela, (2002; in: Swierkoszová, 2006), či pedagogická diagnostika, podle Traina. (1997; in: Swierkoszová, 2006)

Munden, Arcelus (2002, s. 113), uvádějí přehled starších diagnostických nástrojů, které pedagogové a speciální pedagogové mohou k diagnostice ADHD využít: „Du Paulův dotazník z roku 1991, škála symptomů podle DSM-IV z roku 1995, dotazníky Barkleye a Edelbrocka pro hodnocení situace doma a ve škole, či Goodmanův dotazník předností a slabostí z roku 1977“.

Swierkoszová (2006, s. 45) doporučuje k posílení diagnostických kompetencí pedagogů a speciálních pedagogů pořízení karty pro žáka s diagnózou ADHD, kde může pedagog zaznamenávat aktuální projevy chování dítěte a následně s nimi pracovat.

Příklad záznamové karty:

Jméno dítěte

<b>Porucha pozornosti</b>	<b>hyperaktivita</b>	<b>impulzivita</b>
potíže se soustředěním	v neustálém pohybu	vyhrkne
nepořádný	stále mluví	sobě nebezpečný
vypíná pozornost	padá ze židle	čin, pak přemýšlí
denní snění	poskakuje	chová se hazardně
rozptýlenost	hraje si s rukama	nevnímá nebezpečí
pomalost	vtří se	skáče do řeči
potřebuje dohled	otevívá zásuvky	plácá nevhodně
nedokončí úkol	pošťuchuje	společensky v mínusu
nesamostatný	ztrácí věci	frustrovaný
nevyrovnaný výkon	čmárá, škrtá	malá sebeúcta
jakoby neslyšel	ruší	nevyzrálý sociálně
atp.		

Závěrem lze říct, že je nezbytné posilovat diagnostické kompetence pedagogů i speciálních pedagogů. Včasná diagnostika umožňuje brzké rozpoznání dítěte s hyperkinetickou poruchou. Čím dříve je tato porucha odhalena a zahájena adekvátní terapie, tím jsou výsledky reedukace efektivnější.

## 2.2 Psychologická diagnostika

„**Neexistuje psychologický test, který by spolehlivě řekl, že se jedná o ADHD**“ (Melicheríková, 2005, s. 17). Systematické a komplexní psychologické vyšetření hraje v případě hyperkinetického syndromu v dětství velmi důležitou roli. Podává informace o dosažené vývojové úrovni dítěte, určuje specifické oslabené oblasti a umožňuje tak sestavit individuální korekční plán. Paclt a kol. (2007) míní, že psychologické vyšetření dítěte s ADHD klade zvýšené nároky na odbornost a zkušenost examinátora. Před administrací jakýchkoli standardizovaných postupů musí examinátor na základě rozhovoru s dítětem i rodičem a pozorováním určit, do jaké míry mohou projevy poruchy ovlivnit výsledky plánovaných diagnostických metod. **Psychologické vyšetření by mělo podle Paclta a kol. (2007), obsahovat minimálně tyto součásti:**

- **a) klinickou část** (rozhovor s rodiči a dítětem, záznam pozorování dítěte, zhodnocení školního výkonu od mateřské školy až k současnému dni);
- **b) testovou část** (Wechslerova škála inteligence – představuje fundamentální nástroj v diagnostice ADHD, testy pozornosti, například: Číselný čtverec, škály nebo dotazníky pro rodiče a učitele, například škála Connersové, další zpřesňující testy, například: Reverzní test, Zkouška sluchové diferenciacce, Zkouška sluchové analýzy, Rey-Osterriethova komplexní figura apod.);
- **c) další výkonové testy** - jedná se o některé subtesty Wechslerova testu inteligence, jako je například Opakování čísel, Počty nebo Symboly ( Drtílková, Šerý et al. 2007);
- **d) počítačové testy pozornosti** – Paclt a kol. (2007) upozorňuje i na tuto alternativu, která ve světě představuje poměrně rozšířený diagnostický nástroj a to nejen v oblasti diagnostiky ADHD. V České ani Slovenské republice, až na výjimky, doposud nejsou používány. Jedním z důvodů nižšího rozšíření je zřejmě vysoká cena a zpravidla nutnost platby jednotlivé aplikace.

### 2.3 Medicínská diagnostika

**Lékařské vyšetření je nutné, i když pro ADHD není typický charakteristický nález.** Nejsou známy žádné specifické tělesné nebo neurologické nápadnosti, podle kterých by bylo možno diagnostikovat ADHD. **V první řadě slouží k vyloučení jiných somatických onemocnění.**

Prakticky všechny děti v naší zemi jsou sledovány pediatrem a pediatr je většinou první, na koho se rodiče s problematickým dítětem obracejí. Pediatr pak zpravidla dítě odesílá k psychiatrickému či neurologickému vyšetření.

Podobně jako u speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky je důležitou součástí lékařského (pediatrického, pedopsychiatrického i neurologického) vyšetření anamnéza. Ta poskytuje informace o rodině dítěte a případné genetické zátěži, o těhotenství a průběhu porodu, o nemocech dítěte, alergiích, případné medikamentózní terapii, raném psychomotorickém vývoji, o zaškolení, školní adaptaci a chování dítěte nejen ve škole, ale i mimo ní. Anamnéza, se zaměřením

na ADHD, dále poskytuje informace o počátku symptomů ADHD, o průběhu symptomů a strategiích jejich překonávání a opatřeních, kvůli případným vývojovým problémům dítěte (logopedie, rehabilitace, či jiné reedukační cvičení) Melicheríková (2005).

**Drtílková, Šerý et al. (2007) doporučují ke kompletizaci diagnostiky, zvláště, pokud je s dítětem plánována farmakoterapie, tato další vyšetření:**

- **laboratorní vyšetření:** krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů, jaterní soubor, urea, kreatinin, iontogram, moč chemicky a fakultativně hormonální vyšetření;
- **zobrazovací metody:** (především při atypickém obraze ADHD a podezření na organicitu), jedná se o CT (počítačová tomografie) mozku, MR (magnetická rezonance) mozku a PET (pozitronová emisní tomografie);  
**elektrofyzilogické metody:** EEG (elektroencefalografie) a EKG (elektrokardiografie) – především v souvislosti s plánovanou farmakoterapií.

**K zobrazovacím metodám mozku** Drtílková, Šerý et al. (2007) dále uvádějí, že zobrazování mozku u pacientů s ADHD je **poměrně mladou záležitostí**, která se v běžné praxi prozatím méně využívá. U hospitalizovaných dětských pacientů v psychiatrických léčebnách se standardně využívá metoda EEG. O této metodě odborníci zabývající se lékařskou diagnostikou ADHD soudí, že **EEG záznamy nejsou dostatečně specifické**, aby pouhé EEG vyšetření mohlo sloužit jako metoda jednoznačně potvrzující nebo vylučující ADHD. **Avšak společně s použitím dalších klinických a laboratorních metod může EEG pomoci k potvrzení diagnózy.**

## 2.4 Diferenciální diagnostika

Ne každé dítě, které se projevuje jako hyperaktivní a impulzivní a má problémy se soustředěním a pozorností, trpí ADHD. Různá tělesná a psychická onemocnění, vyskytující se v dětském věku, mohou připomínat ADHD. Munden, Arcelus (2002) uvádějí tyto **somatické poruchy, léky a drogy, které mohou imitovat příznaky ADHD:**

- **porucha zraku nebo sluchu:** problémy se sluchem nebo s viděním dětem ztěžují porozumění mluvenému slovu a pochopení okolních událostí. To vede k nesnadné orientaci v běžných situacích a k problémům ve škole. Zoufalství těchto dětí se může projevovat poruchami chování a emocí.
- **záchvaty: epilepsie je** nejzávažnější a nejběžnější chronická neurologická dětská porucha postihující asi 4 z 1000 dětí. Epileptické záchvaty u dětí berou na sebe řadu různých podob. Ačkoli se symptomy epilepsie nijak zvlášť příznakům ADHD nepodobají, vlastní nebo související příznaky určitého typu epilepsie i některé léky běžně předepisované k jejich léčbě v sobě nesou klíčové rysy ADHD. Patří sem snížená schopnost soustředění, narušené chování a neklid.
- **následek poranění hlavy:** druh úrazu hlavy, oblast a závažnost následného poškození mozku ovlivní typy příznaků, které se u dítěte objeví. Je možné se setkat i s tím, že příznaky ADHD jsou vnímány jako důsledek poranění hlavy, ve skutečnosti ale mohou být příčinou nehody. „Posoudí-li pečlivě problémy dítěte lékař, který má s takovými zraněními zkušenosti, může se dítěti i jeho rodině dostat všestranné a účinné pomoci“ (Munden, Arcelus, 2002, s. 35).
- **akutní nebo chronické somatické onemocnění:** je možné, že některé symptomy ADHD by se mohly projevit během nemoci nebo po ní. Jedním z důležitých rozlišujících faktorů mezi symptomy, které jsou důsledkem nemoci a symptomy, které jsou skutečnými příznaky ADHD, je to, že ADHD je porucha postihující děti během jejich vývoje: dalo by se očekávat, že dítě bude trpět symptomy ADHD již před onemocněním.
- **špatná výživa:** Munden, Arcelus (2002, s. 37) poukazují na fakt, že největší růst mozku spadá do období mezi raným životem plodu a 12. měsícem života dítěte. „Je proto nanejvýš pravděpodobné, že největší důsledky bude mít špatná výživa v prvním roce života dítěte. Děti, které v prvním roce života nerostou tak, jak by měly, bývají vývojově opožděnější a mívají problémy s učním, stejně jako problémy s emocemi a s chováním“ D. Skuse (1989; in: Munden, Arcelus, 2002, s. 37).
- **spánkový deficit v důsledku poruchy spánku nebo nevhodného prostředí:** chronický nedostatek spánku může dítěti velice ztížit schopnost

koncentrace, učení a motivace. Tyto děti bývají podrážděné a mají špatnou náladu.

- **vedlejší účinky léků a drog:** některá léčiva mohou vyvolat vedlejší účinky podobné symptomům ADHD. Je důležité, aby se rodiče nerozhodli náhle přerušit podávání předepsaných léků bez konzultace s ošetřujícím lékařem. Platí to zejména u přípravků používaných k léčbě vážných chorob typu astmatu a epilepsie. Také některé drogy typu marihuany mohou mít za následek sníženou pozornost a problémy s uvažováním. Rovněž alkohol může vyvolat některé symptomy připomínající ADHD. Při zjišťování, zda jsou příznaky výsledkem medikace nebo nedovolených drog, či zda se jedná o ADHD, bude zásadní roli v rozhodování hrát čas. Pokud se příznaky projevovaly již před započatím podávání léků nebo drog, existuje vyšší pravděpodobnost, že v pozadí příznaků stojí ADHD (Munden, Arcelus, 2002).

#### **Mezi psychické poruchy, které lze zaměnit za ADHD, jsou obvykle řazeny:**

- **poruchy autistického spektra:** poruchy v tomto spektru (dětský autismus, Aspergerův syndrom aj.) zahrnují problémy sociálních dovedností různého stupně, poruchy v oblasti emocí, vztahů a komunikace. Tyto děti si nehrají ani nekomunikují tak jako jiné děti a jsou-li v napětí nebo ve stresu, často začnou být značně hyperaktivní a leckdy i agresivní. V jejich chování může být zpočátku jistá podobnost s chováním dětí s ADHD (Munden, Arcelus, 2002).
- **porucha přichylnosti:** „desinhibované chování u emočně deprivovaných dětí může také imponovat jako ADHD. Problém je však o to složitější, že závažná, časná deprivace je považována za jeden z negenetických etiopatogenetických faktorů této poruchy“ (Drtílková, Šerý et al. 2007, s. 91).
- **Tourettův syndrom:** vyznačuje se motorickými tiky (opakovanými bezděčnými záškuby těla) a vokálními tiky (náhlé vyřazení zvuků nebo slov, mnohdy obscénního obsahu). „Symptomy mají často citelný dopad na schopnost postiženého dítěte udržet pozornost a mohou vzbudit

mylný dojem, že se jedná o hyperaktivitu“ (Munden, Arcelus, 2002, s. 41).

- **úzkostné poruchy v dětství:** jsou často provázené excitací (Drtílková, Šerý et al. 2007). Při diferenciální diagnostice je důležité posoudit časový souběh s výskytem stresující události. Také obavy a nervozita úzkostných dětí jsou často příčinou problematického se soustředění ve škole. Tyto děti mohou budit dojem hyperaktivity.
- **deprese a jiné emoční poruchy:** patří sem přetrvávající špatná nálada, pocit neštěstí a smutku, poruchy spánku a chuti k jídlu, problémy s myšlením a koncentrací, podrážděnost, stranění se společnosti, úzkost a někdy myšlenky na sebevraždu. „Děti trpící depresí mívají zásadní problémy s udržení pozornosti a s běžným pracovním nasazením. Je důležité posoudit, zda se symptomy deprese objevily již před nebo teprve po potížích s pozorností“ (Munden, Arcelus, 2002, s. 43).
- **psychotické poruchy:** takto nemocné děti obvykle nejsou schopny se soustředit a ačkoli mohou budit dojem, že mají problém s pozorností, jsou však mnohem vážněji nemocné (tamtéž). Závažnost tohoto onemocnění spočívá v přítomnosti bludů nebo halucinací. Patří sem například schizofrenie, schizoafektivní poruchy aj.
- **mentální retardace:** (stav charakterizovaný snížením intelektových schopností) může koexistovat s hyperkinetickou poruchou a nevylučuje tuto diagnózu, podobně jako některé chronické stavy spojené s organickým postižením mozku (Drtílková, Šerý et al. 2007).
- **poruchy chování:** jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takové chování u daného jedince extrémní, mělo by porušovat sociální očekávání přiměřené věku a proto být závažnější než obyčejná dětská nezbednost nebo rebelantství v adolescenci (MKN-10, 1992). Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (1992, s. 250-255) sem řadí: „poruchu chování ve vztahu k rodině, nesocializovanou poruchu chování, socializovanou poruchu chování, poruchu opozičního vzdoru, jiné poruchy chování a poruchu chování nespecifikovanou“. Vzhledem k potížím s přesným odlišením poruchy chování od ADHD a vzhledem ke skutečnosti, že tyto dvě

poruchy často existují vedle sebe, je důležité pečlivé vyšetření psychiatrem, pro kterého má nedocenitelnou pomoc hodnocení pedagoga, respektive speciálního pedagoga a psychologa.

- **specifické vývojové poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie aj.):** školní výkon ve čtení, psaní nebo počítání je u těchto dětí významně pod úrovní očekávanou v daném věku a pod úrovní jejich intelektových schopností. U části hyperkinetických dětí se také setkáváme s nápadnou motorickou neobratností v oblasti jemné, ale i hrubé motoriky. Odpovědi na otázku, zda souvisí ADHD s poruchami učení, se liší. „Většina uvádí, že se jedná o poruchy na sobě nezávislé“ (Swierkoszová, 2006, s. 19), přičemž se obě postižení mohou vyskytovat současně. Jedinci, u nichž se obě formy poruch objeví současně, musí podstoupit reedukaci zaměřenou na úpravu poruch učení i chování. Částečné zlepšení v jedné oblasti pozitivně ovlivní oblast druhou. Swierkoszová (2006) upozorňuje na skutečnost, že obě poruchy mají některé společné projevy: chyby z nepozornosti, nikoli z nezvládnutého učiva, při aplikaci učiva písemnou formou se dítě nedokáže soustředit, lépe zvládne úkoly kratší, časově náročnější práce nedokončí, svým obtížím nerozumí, má snížené sebevědomí atp. Terapie specifických vývojových poruch učení musí být multimodální a aby byla efektivní, musí zahrnovat spolupráci speciálních pedagogů, psychologů a lékařů.

### 3 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY K DĚTEM S ADHD

#### 3.1 Problematika ADHD ve škole, základní pedagogické postupy

**Současný školský zákon** se zabývá postavením dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole (kam dítě s ADHD patří) – podrobněji se pak touto problematikou zabývá **Vyhláška č. 73 ze dne 9. 2. 2005** o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami u dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, uvádějí ve své publikaci Žáčková, Jucovičová (2007). Tyto autorky dále informují, že jedná-li se o **závažné projevy, může být dítě na základě vyšetření odborníkem zařazeno mezi žáky se zdravotním postižením** (a to jak v mateřské,



tak i základní, střední či vysoké škole). To pak opravňuje školu k čerpání navýšení finančních prostředků určených na nákup potřebných pomůcek, ocenění náročné práce vyučujícího apod. Pro dítě je vypracován individuální vzdělávací plán, v průběhu roku je možné jej měnit a přizpůsobovat aktuální situaci dítěte. Pedagogicko psychologická poradna, která dítě eviduje, by ho měla sledovat a dvakrát ročně vyhodnotit dodržování postupů a opatření stanovených v individuálním vzdělávacím plánu. V případě nedodržování stanovených opatření informuje o této skutečnosti ředitele školy.

**Dítě s lehčí formou ADHD** může být zařazeno mezi žáky se **zdravotním znevýhodněním** (jde zde o zdravotní oslabení – nezralost CNS aj.). I tehdy má nárok na specifický přístup, i když je jeho rozsah už menší a pro situaci dítěte dostačující. Žáčková, Jucovičová (2007) dále uvádějí, že děti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem na vytvoření takových podmínek, které jim toto vzdělávání umožní (viz. školský zákon). K povaze postižení či znevýhodnění se přihlíží i při hodnocení, kde nejde o nadhodnocování výkonu dítěte, ale o zjištění jeho skutečných vědomostí a dovedností nezkrácených projevy poruchy. (Je proto třeba odlišit, zda dítě například selhalo při písemné práci proto, že byla příliš rozsáhlá a dítě proto nebylo schopno ji dokončit, nebo se dopustilo chyb z důvodu, že učivo neumí). Zajištění potřebné péče dítěti s ADHD je povinností odpovídajících odborníků.

Pokud je dítě vyšetřeno odborníkem a je shledáno, že podstatou jeho obtíží je ADHD, Riefová (1999) navrhuje **seznam kroků, které mohou zlepšit způsob, jakým se žáci učí a učitelé vyučují.**

- 1. Pedagogova pružnost, zainteresovanost a ochota pracovat se žákem na osobní rovině.** Pedagog musí vynaložit více času, energie a úsilí na to, aby těmto žákům opravdu naslouchal, povzbuzoval je a přizpůsoboval se jejich potřebám.
- 2. Další vzdělávání pedagogů a získávání znalostí o ADHD.** Je nezbytné, aby pedagogové věděli, že se jedná o poruchu fyziologického a biologického charakteru. Děti s touto poruchou pedagogy „neničí“ záměrně. Na každé škole (základní i střední) by měla být možnost zúčastnit se dalšího vzdělávání pedagogů týkajícího se ADHD, vlivu této poruchy na učení žáků, na jejich výkon ve škole a vhodných strategických opatření, která pomohou situaci zvládnout.

3. **Úzká spolupráce mezi rodiči a školou.** Je důležité vytvořit s rodiči dítěte dobrý pracovní vztah.
4. **Vytváření přehledného a strukturovaného prostředí.** Žákům s ADHD je třeba poskytnout řád a strukturu prostřednictvím srozumitelné komunikace, přesného určení toho, co se od nich očekává, jasných pravidel, promyšlených reakcí na určité projevy jejich chování a stálým udržováním kontaktu s nimi. Zadávané úkoly je třeba rozložit na menší části, které lze postupně zvládnout. Je vhodné, aby pedagog řešení názorně předvedl. Těmto dětem je nutno pomáhat s uspořádáním pomůcek, pracovního prostoru, se zapojením do skupiny, v situacích, kdy se musí rozhodovat mezi několika alternativami a ve chvílích, kdy žáci přecházejí od jednoho druhu činnosti k druhému. Jejich režim dne by měl být strukturován tak, aby se pružně střídala doba aktivity a klidu.
5. **Tvořivé, poutavé a interaktivní vyučovací metody,** které žáky zaujmou a přimějí je spolupracovat se spolužáky, jsou nezbytné.
6. **Týmová práce v zájmu žáka s ADHD.** Spolupráce učitelů z týmu umožňuje, aby bylo dítě nahlíženo z různé perspektivy. Je vhodné požádat o pomoc i odborníky z dalších nepedagogických profesí – psychology, lékaře, psychoterapeuty atp. Předtím než pedagog požádá o pomoc, Riefová (1999) doporučuje, aby si shromáždil ukázky žákovy práce a aby si zaznamenal u dítěte zpozorované specifické vzorce chování (například frekvence padání ze židle, schopnost napsat jen jednu větu za 20 minut samostatné práce, projevy nepřipadného vyhrknutí slov při hodině atp.). Tato dokumentace je pro mnoho dětí klíčová proto, aby se jim dostalo pomoci, kterou potřebují. Učitel tak vlastně napomáhá při přípravě nezbytných odborných nálezů a opatření potřebných ke zlepšení prospěchu žáka.
7. **Podpora ze strany vedení školy.** Je nutné, aby vedení školy podporovalo učitele při práci s problémovými žáky. Podporu vidí Riefová (1999) především při vytvoření podmínek pro krátkodobé umístění žáka mimo třídu, pokud jeho chování brání učitelům ve vyučování nebo ostatním dětem se učit, dále může zajistit asistenta, nebo využít možnost snížení počtu žáků v dané třídě apod.
8. **Respekt k soukromí žáka a zachování důvěrnosti.** Je důležité, aby individuální prospěch žáka, výsledky jeho vyšetření, snížené požadavky na některé aspekty jeho práce a zdravotní problémy, byly považovány za důvěrné informace a nebyly zbytečně zveřejňovány.

- 9. Přizpůsobování zadaných úloh.** Pedagog může tomuto dítěti množství domácích úloh zredukovat, dovolit více času na plnění úloh ve škole, upřednostnit ústní zkoušení před písemným apod.
- 10. Citlivý přístup pedagoga.** Sebeúcta je křehká věc. Je nesmírně důležité, aby pedagog dítě neztrapňoval, neponižoval, nezesměšňoval. K tomu, aby tyto děti v životě uspěly, je primárně důležité, aby si zachovaly sebeúctu. Riefová (1999) doporučuje, aby učitel dal dítěti příležitost ukázat před spolužáky své silné stránky a průběžně ho oceňoval za drobné úspěchy.
- 11. Pomoc s udržením pořádku.** Žáci s ADHD mají potíže s udržením pořádku a studijními dovednostmi. Potřebují pomoc k tomu, aby se zajistilo, že si správně zaznamenají úkoly, aby si uspořádali pracovní prostor a pomůcky apod.
- 12. Přizpůsobení studijního prostředí.** Pro výkon dětí je prostředí třídy velmi důležité. Učitel může měnit uspořádání lavic, vytvořit studijní koutky pro samostatnou práci nebo zájmové či poslechové koutky, může měnit intenzitu světla ve třídě, využívat hudbu, vhodnou výzdobu třídy atp.
- 13. Víra v žáka (nevzdávat se).** Pro dosažení úspěchu je nutné často přehodnocovat stávající pedagogické postupy a hledat nové účinné možnosti při práci s těmito dětmi.

### **Prevence problémového chování ve třídě**

K důležitým krokům při práci s dětmi s ADHD patří předcházet rozvinutí projevů poruchy ve vyučování. Riefová (1999) pedagogům radí:

- jasně sdělit požadavky na chování a práci žáků;
- věnovat dostatek času vysvětlení toho, co je ve třídě přijatelné a co ne;
- jasnou strukturu vyučování;
- předvídatelné a důsledné chování pedagoga;
- častý nácvik žádoucího chování, názorné předvádění správného postupu při plnění rutinních úkolů a příležitostné opakování požadavků a pravidel;
- jasně a spravedlivě stanované důsledky nežádoucího chování;
- důslednost, trvání na dovedení práce do konce;
- pedagogovo porozumění, pružnost, trpělivost;
- pomoc pedagoga na individuální úrovni.

Děti s ADHD potřebují takovou třídu, která je strukturovaná a nikoli chaotická. V prostředí své třídy se potřebují cítit bezpečně a zároveň musí přesně vědět, co se od nich očekává z hlediska učení a z hlediska chování.

Žáčková, Jucovičová (2007, s. 62) míní: „Cílem odlišných metod práce a hodnocení dítěte s ADHD není nadhodnocování výkonu, ale zjištění skutečných schopností a vědomostí nezkreslených poruchou a ocenění i jeho lidských kvalit“.

### 3.2 Speciálně pedagogická a psychoterapeutická intervence

Speciálně pedagogická intervence u dětí s ADHD spočívá především ve speciální edukaci a v uplatňování metod speciální výchovy. Vašek (2007, s. 126) definuje **speciální edukaci jako „sladěný soubor postupů, metod výchovného ovlivňování pomocí, kterých se dosahují pozitivní změny ve kvalitě a kvantitě vchovanosti a vzdělanosti jedinců se speciálními výchovnými potřebami. Dosahují se metodami edukace (výchovy a vyučování)“.**

Vašek (2007) uvádí: „Metodami speciální výchovy se zpravidla rozumí záměrné, promyšlené postupy a způsoby ovlivňování chování subjektů výchovy v souladu s jejich speciálními edukačními potřebami v zájmu co nejkvalitnější socializace, tj. dodržování etických a společenských norem. Ďurič, s odkazováním se na Gráce, (1997; in: Vašek, 2007, s. 126) uvádí všeobecné metody, které lze akceptovat a popřípadě je doplnit dalšími“ (tamtéž).

1. metodu klarifikace (objasňování), jejím cílem je vysvětlením přesvědčit;
2. metodu persuaze (přesvědčování), jejím cílem je přesvědčit argumenty;
3. metodu vsugerování (vnucování), cílem je nátlak na přijetí argumentů;
4. metodu exemplifikace (uvádění příkladů), která má za cíl poskytovat vhodné příklady;
5. exercifikace (cvičení), která si klade za cíl procvičovat pozitivní typy chování;
6. metodu fixace (upevňování), která má za cíl upevnit postoje a chování;
7. metodu laudace (pochvala), která má za cíl pochválit pozitivní chování;

8. metoda premiace (odměňování), jejím cílem je posilňovat pozitivní postoje;
9. metoda kogerace (donucování), jejím cílem je silou potlačit negativní chování;
10. metoda inovace (obnovení), cílem metody je obnovení pozitivních typů chování;
11. metoda expropace (vyčítání), která si klade za cíl vyčítáním ovlivnit.

**Cílem speciálně pedagogické intervence** (reedukace a korekce) u dětí s ADHD je podle Vaška (2007) také vybudování a posilňování autoregulačních mechanismů jedince, vytváření akceptabilní hierarchie hodnot, posilňování pozitivních forem chování, správné vybudování vhodných stereotypů chování a v posilňování volných vlastností. „U 25% - 50% dětí s ADHD vznikají komorbidně poruchy chování a u 33 % dětí vzniká porucha opozičního vzoru“ ( Drtílková, Šerý et al. 2007, s. 184). U těchto dětí se nezdá vyskytuje i syndrom agresivity. V takovém případě Vašek (tamtéž) doporučuje odborně snižovat tenzi, odstraňovat agresivní faktory a jako důležité vidí aplikaci metod léčebné pedagogiky, psychoterapie a hlavně individuální pozitivní ovlivňování dítěte.

**Psychoterapii** Vymětal (2004, s. 175) definuje jako „proces, jímž navozujeme změny osobnosti, chování a zdravotního stavu dítěte nebo dospělého výhradně psychologickými prostředky, tedy prostřednictvím určitého způsobu komunikace, která probíhá v rámci opět specifických vztahů mezi účastníky tohoto procesu“.

**Terapie dětí** se v mnoha směrech odlišuje od terapie dospělých. Rozdíl vyplývá z povahy dětského věku. Ronenová (2000, s. 17) uvádí, že děti jsou „pohyblivé cíle“, to znamená, že se nacházejí v procesu neustálé změny. Chování dítěte je určováno jeho vývojovým stadiem, rodinnými procesy, vlivy z okolního prostředí a jeho individuálními vlastnostmi. Terapie s dětmi by měla všechny uvedené faktory integrovat.

„Léčbu dětí psychologickými prostředky lze uskutečňovat zhruba od tří let věku dítěte“ (Vymětal, 2004, s. 176). V tomto období u běžně nedaných dětí nastává vývojový skok, hra individuální se mění ve hru sociální a dítě obvykle již kvalitně komunikuje. U mladších dětí pracujeme spíše s jejich rodiči, ve smyslu poradenství, navrhuje zásahy do prostředí apod.

Vymětal (2004) ve své publikaci uvádí, že terapie bývá tradičně vedena individuální nebo skupinovou formou, někdy v rámci rodinných setkání. Formy se mohou kombinovat. Z prostředků léčby se obvykle využívá rozhovor, terapie hrou, psychogymnastika (metoda, při které účastníci vyjadřují situace, vztahy a pocity pohybem, beze slov), činnostní terapie (něco se vyrábí), arteterapie (využívání umění pro terapeutické účely – kreslení, malování, modelování), muzikoterapie (terapie hudbou), relaxace, nácvik různých dovedností a přecvičování nežádoucího chování v žádoucí. Dětské pacienty Vymětal (2004) doporučuje léčit výhradně ambulantní formou, aby nebyli vytrženi ze svého přirozeného prostředí. Jsou-li ovšem jejich zdravotní obtíže silné, je nutná hospitalizace.

Většina odborníků, zabývajících se terapií pacientů s ADHD, se shoduje na tom, že postupy, které se ukázaly jako terapeuticky účinné, vychází z aplikace kognitivně-behaviorální terapie (KBT), farmakologické léčby a vhodně volených speciálně pedagogických postupů.

Účinnost léčby ADHD zvyšuje zaměření KBT postupů nejenom směrem k dětským pacientům, ale také směrem k jejich rodičům a pedagogům.

### **3.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)**

Možný, Praško (1999, s. 17) uvádí, že KBT představuje jeden ze základních směrů současné psychoterapie. „Jedná se o směr relativně mladý, který vznikl integrací dvou původně samostatných směrů: terapie behaviorální a terapie kognitivní. KBT vychází z teorie, že příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby chování a myšlení a že tyto chybné způsoby jsou naučen a udržované rozpoznatelnými vnějšími a vnitřními faktory. V terapii se může klient tyto chybné způsoby myšlení a chování odnaučit či přeučit nebo se může naučit novým způsobům, jak řešit své problémy. Vztah důvěry a spolupráce je v KBT nezbytný, ale nikoli postačující prostředek k dosažení úspěchu v terapii“.

Ronenová (2000) zdůrazňuje, že KBT vychází z teoretického předpokladu, na kterém emoce a jednání člověka jsou do značné míry určovány tím, jak interpretuje svět, v němž žije. KBT s dětmi vychází přímo z behaviorální terapie. Behaviorální terapie se zaměřuje na současné problémy jedince, které jsou popsány tak, aby bylo zřejmé, jak ovlivňují životní styl jedince. Nepřiměřené chování je rozděleno na **tři**

**části: spouštěče (antecedent), chování (behavior), následky (consequent), tzv. ABC model.** U dětí se převážně využívají metody založené na klasickém operantním podmiňování a na učení podle vzoru. Rozvoj KBT s dětmi má své kořeny v Bandurově teorii o roli očekávání v procesu učení a o možnosti napodmiňovat určitá očekávání během terapie. Kromě toho KBT s dětmi čerpá i z dalších modelů, vytvořených pro terapii dospělých. Na rozdíl od dospělých se však KBT s dětmi více zaměřuje na naučení příslušným dovednostem a na uplatnění specifických terapeutických postupů.

### **Základní rysy KBT podle Možného a Praška (1999):**

#### **1) KBT je krátká a časově omezená**

- obvyklá délka sezení nepřesahuje 20 sezení. Sezení se konají jednou až dvakrát týdně a trvají 45 minut až 60 minut.

#### **2) KBT je strukturovaná a terapeut je aktivní a direktivní**

- sezení má svou pevnou strukturu a jasný, předem dohodnutý program. Terapeut je aktivní, klade otázky, nacvičuje konkrétní dovednosti, dává konkrétní domácí úkoly.

#### **3) KBT se opírá o vztah otevřené spolupráce mezi klientem a terapeutem**

- předpokladem úspěchu terapie je navázání vztahu důvěry a spolupráce;

#### **4) KBT vychází z teorie učení a teorií kognitivní psychologie**

- vychází z předpokladu, že určité psychické pochody jsou vrozené – pudové, instinktivní a jiné naučené v průběhu života;  
- dalším předpokladem je, že určité formy učení jsou u člověka i jiných živočichů shodné, zatímco jiné formy učení jsou vlastní pouze člověku.

Možný, Praško (tamtéž), k tomuto bodu upřesňují formy učení podle behaviorálního modelu a pojem kognitivní procesy. Behaviorální model rozlišuje tři formy učení: klasické podmiňování, operantní podmiňování a sociální učení čili učení nápodobou.

**A) Klasické podmiňování** je forma učení společná lidem i živočichům. O její objev se zasloužil Pavlov. Ve svých pokusech prokázal, že reflexivní reakce lze vyvolat v organismu i působením neutrálních podnětů, které samy o sobě tuto reakci nevyvolávají. Tedy že se organismus naučí reagovat na původně neutrální podněty určitou reflexivní reakcí.

**B) Operantní podmiňování** je forma učení společná lidem i zvířatům. Podle teorie operantního podmiňování je pravděpodobnost určitého chování určována jeho následky. Jejímu výzkumu se věnoval především americký psycholog Skinner a jeho spolupracovníci. Podle tohoto modelu učení určitý podnět vyvolává určité chování. Následkem tohoto chování se organizmus učí a v jeho důsledku se buď dané chování zpevní, tj. bude se v budoucnu po daném podnětu opakovat s vyšší pravděpodobností, nebo se toto chování oslabí, tj. bude se po daném podnětu opakovat s menší pravděpodobností. Skinner ve svých pokusech se zvířaty dokázal, že pomocí systematické manipulace s žádoucími (např. potrava) a nežádoucími (např. ranka elektrickým proudem) následky určitého chování lze pokusná zvířata naučit velmi nepřírodným formám chování (například cirkusová zvířata). **Typy operantního podmiňování jsou:** **a) pozitivní zpevnění** – pravděpodobnost určitého chování se zvýší, protože je odměňováno. „Odměna“ za určité chování může být například obdiv, zájem, peníze atp. **b) negativní zpevnění** – pravděpodobnost určitého chování se zvýší, protože vede k úlevě. Například vyhýbavé chování úzkostného člověka je zpevňováno tím, že vede ke snížení jeho úzkosti. **c) pozitivní oslabení** – označuje proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování sníží, protože vede k nepříjemným následkům. V těchto případech mluvíme o trestech. **d) negativní oslabení** – pravděpodobnost určitého chování se sníží, protože vede k nežádoucími následkům (například ochota chodit do práce se sníží, pokud pracovník přestane dostávat plat, který očekává).

Principy operantního podmiňování se v běžném životě uplatňují téměř neustále. Lidé se snaží chovat tak, aby jim jejich chování přineslo žádoucí důsledky. Také k druhým lidem se chováme tak, abychom jejich chování buď zpevnili (poděkováním, vyjádřením obdivu apod.), nebo oslabili (vyjádřením kritiky či nesouhlasu, omezením kontaktu apod.). Také v terapeutickém či pedagogickém procesu vědomě nebo nevědomě zpevňujeme chování žáka respektive pochvalou, úsměvem, zájmem atp.

**C) Sociální učení čili učení napodobu** – „Bandura, se svými spolupracovníky prokázal, že člověk ve většině situací nereaguje náhodně nebo na základě pouze vlastních zkušeností, ale že se výrazně uplatňuje sociální učení“ (Možný, Praško, 1999, s. 41). Podle tohoto modelu není chování ovlivněno pouze jeho následky, ale také pozorováním chování jiných lidí nebo i slovním sdělením ze strany druhých, jaké chování je v danou chvíli vhodné, případně k jakým vede následkům. Sociální učení se uskutečňuje pozorováním nebo napodobováním. Při napodobování se člověk snaží



opakovat po druhých určité chování, o němž se domnívá, že je vhodné a vede k žádoucím následkům. Při učení pozorováním člověk chování druhých hned nenapodobuje, ale pouze si je teoreticky zapamatuje, aby je později mohl použít v odpovídající situaci.

Kognitivní procesy, jsou všechny mentální procesy, které zpracovávají a uchovávají informace z vnějšího prostředí i z vnitřního prostředí organismu. Patří sem procesy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, hodnocení, přisuzování, očekávání apod. Kognitivní procesy jsou verbální (myšlení ve slovech, větách) i neverbální (myšlení v představách, obrazech). Kromě toho jsou kognitivní procesy vědomé a nevědomé. V současné době neexistuje jedna ucelená teorie kognitivních procesů. Poznání v této oblasti se neustále vyvíjí. Jednu z nejvlivnějších teorií o vzniku psychických poruch na základě poruch kognitivních procesů vytvořil Beck (1996), uvádí Možný, Praško (1999).

#### **5) KBT se zaměřuje na přítomnost**

- hlavní důraz je kladen na analýzu současných faktorů, které problémové chování spouštějí a udržují;

#### **6) KBT se zaměřuje na konkrétní, jasně definované problémy**

- problém je třeba popsat v pojmech zjevného pozorovatelného chování;

#### **7) KBT si stanovuje konkrétní, funkční cíle**

- cíl je třeba popsat opět v pojmech zevně pozorovaného chování, aby se dalo jasně určit, ve kterém okamžiku klient stanoveného cíle dosáhl;

#### **8) KBT se zaměřuje na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy**

- terapie se snaží vycházet z ověřitelných a objektivizovaných faktů, to znamená z faktů, na kterých se může shodnout více nezávislých pozorovatelů;

#### **9) KBT uplatňuje vědeckou metodologii**

- terapie začíná pozorováním a zaznamenáváním konkrétních faktů (typ chování) souvisejících se zkoumaným problémem;

- tato fakta měříme, tj. zjišťujeme jejich frekvenci, dobu trvání a intenzitu a to opakovaně v průběhu terapie;

#### **10) Konečným cílem KBT je dosažení soběstačnosti klienta**

- během terapie získává klient znalosti o svém problému;

- opakovaným procvičováním získává dovednosti a díky dosaženým úspěchům se zvyšuje jeho hodnocení vlastní zdatnosti a sebedůvěra;

- po ukončení terapie se tedy klient stává svým vlastním terapeutem.

## Metody KBT:

Možný, Praško (1999, s. 90) dělí metody KBT následujícím způsobem:

- a) metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků;
- b) metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování;
- c) metody zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů;
- d) komplexní metody.

**Ad a)** tyto metody používáme především u poruch, při nichž hraje významnou roli úzkost nebo strach, také neklid a napětí. Jedná se především o relaxační metody (progresivní svalovou relaxaci, aplikovanou relaxaci, autogenní trénink, nácvik zklidňujícího dýchání, také použití biofeedbacku).

**Ad b)** metody zaměřené na změnu zjevného chování (behaviorální metody) mají velký přínos hlavně v léčbě úzkostných poruch, poruch chování u dětí a mentálně retardovaných, také při ovlivnění chování chronických psychotických pacientů. Patří sem systematická desenzibilizace, expozice, sledování činností, plánování činnosti a odměňování, metody vytvoření nového chování – učení podle vzoru, formování, řetězení, pobízení, hraní rolí, metody ke změně existujícího chování – operantní podmiňování.

**Ad c)** tyto metody se zaměřují především na ovlivnění pozornosti, automatických negativních myšlenek, kognitivních schémat, hodnocení situace i sebehodnocení. Ronenová (2000) uvádí, že kognitivní metody se soustřeďují na zjištění, vyjádření a ověření specifických mylných názorů a maladaptivních předpokladů klienta. Proto se klient učí zaznamenávat své negativní automatické myšlenky (kognice), rozpoznat spojení mezi kognicemi, emocemi a chováním, zkoumat důkazy pro zkreslující automatické myšlenky i proti nim a nahrazovat interpretacemi, které odpovídají realitě. Cílem těchto metod je dosáhnout prostřednictvím změny kognitivních procesů i žádoucí změny emocí a chování. Jedná se:

- o zastavení myšlenek (stop technika);
- o odvedení pozornosti;
- o kognitivní restrukturalizaci;
- o určení a zpochybňování dysfunkčních schémat;
- o změny kognitivních procesů v imaginaci;

– o sebeinstruktáži.

**Ad d)** komplexní KBT programy: patří sem nácvik zvýšení odolnosti vůči stresu, nácvik zvládání úzkosti, nácvik sociálních dovedností a řešení problémů.

Ronenová (2000) uvádí **přehled nejpůlárnějšich metod KBT**, uplatňovaných **při práci s dětmi**.

- 1. Nácvik sebeinstruktáže.** Jedná se o nácvik samomluvy. Původně hlasitá samomluva se mění ve vnitřní dialog se sebou samým. Jeden ze způsobů nácviku je, že terapeut (speciální pedagog) nejdřív sám předvede žádoucí chování a přitom hlasitě pronáší instrukce, poté tento úkol plní dítě. Nedílnou součástí nácviku samomluvy je upozornění, aby k sobě byly děti upřímné a nelhaly samy sobě. Děti je třeba varovat, aby si neříkaly: „Vůbec se nebojím“, když mají ve skutečnosti strach, ale aby si spíše řekly například: „Mám sice strach, ale dokážu jej překonat“. Děti berou tyto instrukce doslova a snadno si používání samomluvy nacvičí.
- 2. Změna automatických myšlenek.** Hlavní metoda Becka spočívala v tom, že se klient učil měnit své navyklé, automatické myšlenky na myšlenky vhodnější, vědomé a úmyslné. I když to vypadá složitě, děti se dokážou naučit měnit své automatické myšlenky, pokud terapeut použije vhodné příklady.
- 3. Škálování** je metoda, která pomáhá dítěti realističtěji vnímat svůj problém a zlepšuje jeho sebehodnocení, protože se dítě naučí ohodnocovat samo sebe jak ve srovnání s vrstevníky, tak vzhledem k dřívější době a ke svým přáním. Škálování pomáhá dítěti změnit své hodnocení typu „všechno nebo nic“.
- 4. Představivost.** Děti dokážou používat představivost na rozdíl od dospělých velmi konkrétně a také ji přirozeně využívají ve svém každodenním životě.
- 5. Nácvik řešení problémů.** Schopnost řešit problémy je potřebná ke zvládnutí sociálních a mezilidských situací. Děti můžeme nejdříve učit řešení problému jako nějaké hře, zvláště ve skupině. Nejjednodušší je učit děti této dovednosti metodou nácvik podle vzoru: terapeut (speciální pedagog) nejdříve říká dětem,

co mají dělat, zatímco ony pouze poskytují příklady problémových situací. Pak děti dostanou kartičky s instrukcemi, které čtou nahlas, aby věděly, co mají v dané situaci dělat. V dalším kroku si děti samy říkají, co mají dělat a terapeut (speciální pedagog) je přitom kontroluje. V závěrečné fázi si děti samostatně procvičují celý proces řešení problémů, aniž by dostávaly instrukce.

6. **Kognitivní restrukturalizace** je metoda vycházející z předpokladu, že problémy klientů jsou často způsobeny jejich magickým myšlením nebo iracionálními představami. Terapeut (speciální pedagog) pomáhá klientovi tyto myšlenky prozkoumat a změnit. Hlavní metoda spočívá ve slovním přesvědčování a v sokratovském dotazování. Je to metoda směřující k vytvoření nového posuzování skutečnosti a odstranění starých předsudků. (Například: Anna: „Každý ve třídě si myslí, že jsem hloupá. Asi opravdu jsem“. Terapeut: „Kdo z vás ostatních si myslí, že je Anička hloupá“? Eva: „Já si nemyslím, že je hloupá“ atd.)
7. **Sebesledování** je metoda, která vede dítě k uvědomění si svých emocí, přesvědčení a svého chování. Dítě se učí používat záznamové listy k zaznamenání sledovaného chování. K dobré spolupráci s dítětem je potřebné, aby sledované položky byly pro dítě jednoduché a srozumitelné.
8. **Sebehodnocení.** Hodnotit sám sebe vyžaduje, aby si klient vytvořil určitá kritéria, pomocí kterých srovnává sebe s druhými nebo s jinými situacemi. Tato schopnost bývá u dětí problematická vzhledem k jejich egocentričnosti a subjektivnímu vnímání okolí. Využití škály je při sebehodnocení velmi vhodné. (Například: Doporučuje se používání žebříku. „Když si určíme, že nejvyšší příčka žebříku představuje úplné vynechání sprostých slov, velmi zdvořilé vyjadřování a sprosté nadávání po celý den představuje nejnižší příčku, na které příčce jsi stál dnes? Mluvil jsi slušně a zdvořile? Slušně, ale úplně pořádk?“)
9. **Sebeoceňování** pomáhá rozvoji sebedůvěry a zlepšuje sebeobraz, zvláště u stydlivých nebo perfekcionalistických dětí, pro které je těžké se za něco

pochválit. Sebeoceňování je důležitý krok k dosažení nezávislosti na druhých. Děti na konci sezení se mají samy rozhodnout, zda si zaslouží odměnu.

**10. Nácvik odolnosti vůči stresu** je jedním z KBT přístupů, který poskytuje téměř ideální ucelený podklad pro práci s psychickými poruchami u dětí. Byl vytvořen jako léčba pro zvládání úzkosti, vzteku a bolesti. Cílem tohoto programu je pomoci dítěti, aby si vytvořilo repertoár dovedností, který mu umožní zvládat různé stresující situace. Meichenbaum, a Goodman (1971; in: Ronenová, 2000, s. 93) uvádí sled kroků nácviku:

- „terapeut názorně předvede plnění určitého úkolu a přitom nahlas mluví sám k sobě, zatímco jej dítě pozoruje;
- dítě samo plní zadaný úkol, nahlas si přeříkává, co má dělat, zatímco terapeut mu pomáhá překonat potíže;
- dítě zvládá úkol bez terapeuta, hlasitě přitom mluví samo k sobě;
- terapeut předvádí plnění stejného úkolu, ale přitom si sebepovzbuzující výroky jen šeptá a dítě si zkouší plnit úkol, přičemž si pro sebe šeptá instrukce, aniž by mu terapeut pomáhal;
- terapeut provádí úkol a mluví k sobě jen v duchu a dítě podle něj dělá totéž“.

Cílem všech uvedených metod je dosáhnout u dítěte změny automatických negativních myšlenek, vytvoření přiměřenějších způsobů myšlení a dosažení vyrovnanějšího a reálnějšího pohledu na sebe a na svět kolem sebe.

### 3.3 Význam farmakologické léčby

O tom, zda bude dítě s ADHD farmakologicky léčeno, **rozhoduje** více faktorů, **především však lékař – pedopsychiatr**. Drtílková, Šerý et al. (2007, s. 131) uvádějí skutečnost, že „je stále ještě málo známo, že u neléčených hyperkinetických poruch v adolescenci vzniká vážné riziko rozvoje poruch chování, delikventního jednání, zneužívání alkoholu a drog. Přetrvávání poruchy znemožňuje dospívajícímu optimálně využít intelektových možností a dosáhnout přiměřeného a studijního a sociálního úspěchu“. Tato porucha v dospělosti může vést k nerozváženému a rizikovému chování, k nestabilitě v partnerských vztazích atp.

Vzhledem k rizikům a prognóze je žádoucí, aby se postižení léčili nejen v období dětství, ale také během adolescence, případně i v dospělosti.

Paclt a kol. (2007, s. 103) považují „**psychostimulancia za léky první volby** u ADHD“. Popisuje následující pozitivní výsledky psychostimulancií: pokles hyperkinetického, rušivého a impulzivního chování, zlepšení koncentrace pozornosti, zlepšení produktivity, redukci agresivních projevů v chování, zlepšení sociální pozice, uvolnění napětí ve vztahu rodič – dítě, zlepšení interakce ve vztahu učitel – dítě, zlepšení školní výkonnosti. Munden, Arcelus (2002, s. 76) potvrzují: „rovněž v Británii patří k neúčinnějším a nejčastěji používaným lékům stimulancia, především metylfenidát (Ritalin) a dexamfetamin (Dexadrin). Oba preparáty jsou považovány za bezpečné a účinné“. Drtílková, Šerý et al. (2007) uvádějí, že na rozdíl od většiny vyspělých států, ve kterých je léčbě ADHD věnována mimořádná pozornost a k dispozici je poměrně široká nabídka preparátů, v České republice je v současné době zaregistrován pouze standardní metylfenidát „Ritalin“. Děti, u nichž se vedle ADHD vyskytuje i úzkost nebo deprese, na stimulancia nereagují. Pedopsychiatrii proto pro jejich léčbu volí tricyklická antidepresiva, mezi která patří například Imipramin. Antipsychotická léčba (Haloperidol, Chlorpromazin) má také v indikovaných případech u léčby hyperkinetické poruchy své zastoupení. U některých dětí s ADHD se také s úspěchem používá Clonidin, lék, který reprezentuje antihypertenziva.

Závěrem lze říct, že užívání medikace má často dalekosáhlý účinek. Zlepšují se problémové projevy chování, zlepšuje se schopnost učení i společenské vystupování jedince a děti samotné už na nižším stupni základní školy samy dovedou pozitivní vliv medikace ocenit. Psychofarmakoterapie hyperkinetické poruchy představuje ve většině případů indikovanou a nezbytnou součást terapie.

#### **4. RODIČE A DÍTĚ S ADHD**

Rodiče dětí s ADHD bývají mnohdy již od raného věku svého dítěte **vystavováni náročným zkouškám**. Hyperaktivní kojenci jsou často neklidní, podráždění, křičí, jsou plačtiví, i když byly uspokojeny jejich potřeby. Rodiče takových kojenců se proto záhy konfrontují s pocity vlastní neschopnosti, nekompetentnosti, bezmoci až viny. Žáčková, Jucovičová (2007) upozorňují na

skutečnost, že v tomto období se dostává rodičům prvních negativních zpětných vazeb z jejich okolí.

Později se dostávají první afektivní výbuchy, kterými děti reagují na své „neúspěchy“ a omezení, která jim z důvodu jejich vlastní bezpečnosti kladou rodiče. Neadekvátně silně reagují i na malé podněty, dochází ke konfliktům i se širším sociálním okolím než je vlastní rodina (nedorozumění s lidmi, se kterými se dítě dostává do kontaktu při hrách, na vycházkách, při nakupování atd.). Nepřiměřené chování dítěte bývá považováno za důsledek nezvládnuté výchovy, v rodině dochází k výměnám názorů, mnohdy neshodám, partnerským hádkám atp. Nezřídka dochází ke křížení stylů výchovy, kdy se rodiče nedohodnou na jednotném postupu, což dítěti perspektivně škodí. Nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita, zvýšená afektivita a emocionalita bývají častou příčinou problémů při vstupu dítěte do předškolního, později školního zařízení. Žáčková, Jucovičová (2007) doporučují odložení školní docházky, pokud jsou projevy ADHD výrazné a zřejmé už v předškolním věku. Zároveň shledávají vhodným v tomto roce s dětmi intenzivně pracovat (kvůli usměrnění některých projevů chování a prevenci případnému vzniku poruch učení).

Je důležité si uvědomit, že děti mající tuto poruchu žijí neustále pod tlakem pro ně náročných situací. Denně se setkávají se situacemi, které jsou pro ostatní děti běžné, ale ony na ně nestačí. Protože tyto situace nedokáží přiměřeně zvládnout, řeší je jinak, což ale nebývá pro jejich okolí přijatelné. Žáčková, Jucovičová (2007) shrnují **možné reakce:**

- a) **únik** – dítě se snaží před svými problémy uniknout, utéct. Může se jednat o únik do nemoci (ráno před vyučováním je bolí hlava, břicho apod.). Tento únik ale nemusí být vědomý. Vědomě pak ale utíká ze školy nebo z domova, často se vyskytují pozdní příchody do školy nebo úniky z neoblíbených vyučovacích předmětů, případně neoblíbené zájmové činnosti. Méně nápadný bývá únik do „vnitřního světa“ dítěte, do světa svých snů a představ, že je úspěšné.
- b) **regrese** – tento způsob lze nazvat „krokem zpátky“. Dítě se začne chovat jako věkově mnohem mladší, jakoby se vracelo do doby, kdy nároky na sebe kladené zvládlo. Někdy i tímto chováním jakoby po rodičích vyžadovalo více lásky a méně nároků. Tyto děti si také často vybírají mladší kamarády, protože se s nimi vrací do bezstarostného světa. Důvodem je i fakt, že mladší kamarádi jsou k dítěti méně kritičtí a dítě zažívá pocity přijímání a úspěchu.

- c) **popření neúspěchů nebo jejich zlehčování** nebývá opět vědomé, dítě jakoby si neúspěch neuvědomovalo, „nevidí“, že se mu něco nepovedlo. Zlehčování neúspěchů bývá již vědomé, dítě si uvědomuje prohru, ale navenek si z ní nic nedělá. U starších dětí může v důsledku tohoto dojít i ke zkreslení vnímání reality, kde dítě nevnímá, že něco udělalo špatně, svádí vinu na ostatní, vše se děje pod tlakem okolností, ono za nic nemůže. Staví se do role ukřivděného. Pokud toto vnímání reality přeroste únosnou hranici, může dojít k vážným poruchám chování a je ohrožen zdravý vývoj psychiky dítěte.
- d) **poutání pozornosti** – neúspěšné dítě se snaží alespoň nějakým způsobem uspět. A protože buď neví, jakým způsobem by to mohlo udělat, nebo jeho silnějších stránek není mnoho, poutá pozornost často nevhodným způsobem – předváděním se, „šáskováním“, „vytahováním se“, provokováním ostatních dětí, rodičů, učitelů.
- e) **útok** – dítě svůj nezdár, neúspěch řeší slovním napadáním (urážením, zesměšňováním), případně i fyzickým útokem. Leckterý afekt, agrese je mnohdy zoufalým voláním: „Všimni si mne“.

Rodiče, jejichž děti se takto chovají, mívají díky nim časté konflikty se svým okolím. Děti jsou považovány za zlé, nevychované, hloupé atp. Jejich rodiče bývají obviňováni, že své děti špatně vychovávají, že je nezvládají. Mnozí rodiče si ale opravdu se svým dítětem neví rady, protože u něj selhávají běžné výchovné postupy.

Žáčková, Jucovičová (2007) doporučují uplatňovat tyto výchovné zásady při výchově dětí s ADHD:

### 1. Vytvořit klidné, citově proteplené rodinné prostředí.

- dát najevo lásku k dítěti, aby vědělo, že ho máme rádi, i když někdy hodně zlobí;
- netrestat dítě „odejmutím“ lásky;
- dát najevo dítěti, že v rodičích bude mít vždy oporu, že rodina mu poskytne zázemí, bezpečí a jistotu, že rozumí jeho problému
- dát dítěti pocit sounáležitosti.

Rodič by měl zůstat klidný a vyrovnaný pokud možno i ve vypjatých, afektivních situacích. Nervozita rodiče se na dítě přenáší a afekt ještě zhoršuje. Proto je nezbytné zůstat klidní, trpěliví, laskaví. Dáváme tím zároveň příklad dítěti, jak se má samo



v podobných situacích zachovat. Láska a klid v rodině tvoří základ pro další výchovné postupy. Neznamená to ovšem, že nebudeme ve svých výchovných postupech a požadavcích pevní a důslední, že budeme podléhat dítěti. Naše požadavky však musí být přiměřené, pro dítě zvládnutelné.

## **2. V rodinném soužití stanovit řád a jasně a pevně vytýčit hranice ve výchově.**

Láska k dítěti by měla být v rovnováze s dodržáním určitého řádu. Dítě by mělo vědět, co se v rodině od něj očekává, což mu sdělíme přiměřeným a jasným způsobem. Pravidla soužití by měla být vymezena jasně, konkrétně (formulace typu „nezlob“ jsou pro dítě nic neříkající). Dítě by se mělo naučit, že své osobní zájmy a potřeby musí sladit a někdy i podřídit potřebám a nárokům ostatních členů rodiny. Dítě by si také mělo zvyknout na pravidelný režim dne, svět dítěte by měl být přehledný, jasně uspořádaný. Řád je důležitý také proto, že dítěti s ADHD chybí jeho „vnitřní řád“ a tak se mu i vše ostatní jeví chaotické.

## **3. Důslednost ve výchově.**

Pravidla soužití, která jsme stanovili, je třeba důsledně dodržovat. Nutná je též důsledná kontrola prováděna pokud možno nenápadným, nedirektivním, taktním způsobem. Rozhodně se vyplatí postupovat laskavě a trpělivě. Kontrolovat dítě je třeba pravidelně a často, není dobré podléhat vlastní pohodlnosti. Když dítěti něco zakážeme a třeba vzápětí povolíme, uvádíme je ve zmatek. Rychle se také naučí spoléhat na to, že pokyn nemusí vykonat, protože ho rodič stejně potom nekontroluje. Nenásilnou kontrolou dosáhneme toho, že si dítě požadované činnosti zautomatizuje a „zvnitřní“, a posléze je již nemusíme tak často kontrolovat. Požadavek důslednosti ve výchově ovšem neznamená přílišnou tvrdost. V případě, že dítě projevuje snahu, ale výsledek není dokonalý, můžeme přistoupit na určitý kompromis a dát dítěti zvolit z několika alternativ tu, kterou si samo vybere.

## **4. Požadavek sjednocení výchovy.**

Nejdůležitější je sjednocení výchovného působení v rodině. Je-li jeden rodič ve výchově důsledný a druhý ne, dítě se naučí využívat „slabšího“ rodiče, případně neposlouchat ani jednoho z nich. Neméně důležité je sjednotit výchovné postupy se školou, pedagogičtí pracovníci mohou často rodičům přispět radou k výchově ze své praxe. V každém případě je vhodné informovat učitele o problémech dítěte a způsobu,

jakým dítě vychováváme. Nejednotnost ve výchově se rozhodně nevyplácí a zpravidla prohloubí problémy dítěte.

### **5. Soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte.**

Je důležité objevit oblast, ve které je dítě úspěšné a na tu se zaměřit. Umožnit mu prožívat i úspěchy, když doposud zažívalo převážně neúspěchy. V případě, že je dítě úspěšné nebo se chovalo tak, jak bychom to od něj očekávali, nešetříme pochvalou. Chválíme dítě i za malé, pokroky, povzbuzujeme je k dalším výkonům, dáváme mu najevo, že mu věříme. Oceňujeme i jeho snahu.

U dětí s ADHD velmi oceňujeme i to, že vydržely chvíli v klidu, že nám neskočily do řeči, že vydržely doposlechnout pohádku do konce apod. Tím výrazně přispíváme k utváření a hlavně posilování žádaných způsobů chování. Podaří-li se nám dítě kromě pochvaly i vhodně motivovat, je to základ naší úspěšnosti. Je však potřeba si uvědomit, že se jedná o dlouhodobý proces, než se podaří výrazněji nežádoucí projevy v chování dítěte zmírnit či úplně potlačit.

Negativní chování spíše ignorujeme (pokud to jde), pochválíme to, co dítě udělalo správně. Je dobré se naučit spíše pracovat s odměnami, výhodami a pochvalami (s jejich přidělováním a odnímáním), než s tresty, doporučují dále Žáčková, Jucovičová (2007). Zásoba trestů se brzy vyčerpá a navíc hrozí, že si na ně zvykne dítě natolik, že nakonec nepůsobí. Tresty navíc mohou vést k ještě větší zatvrzlosti dítěte. Proto je používáme spíše výjimečně. Také vyčítání, mentorování, ironizování, hanění, „nálepkování“ nebo posmívání spíše uškodí, než pomůže.

### **6. Usměrnování aktivity dítěte a přísun přiměřených podnětů.**

Děti s ADHD bývají zvýšeně aktivní, pohyblivé, neklidné, plné energie. Je vhodné jejich aktivitu nepotlačovat, ale využít ji pozitivním způsobem. Při každé vhodné chvíli je také nutné dát dítěti možnost co největšího volného pohybu, „vyběhat se, vyhrát si“. Pomůže také volba zájmové činnosti dítěte (sport, kroužky atd.), kde má dítě možnost nejen se odreagovat, vybit energii, ale i být úspěšné. Na druhou stranu je ale dobré dbát i zde na rovnováhu, aby u dítěte nedošlo k přetížení přemírou zájmové činnosti – efekt by byl obrácený, klesala by jeho schopnost soustředit se a zvyšovala by se hyperaktivita.

Dostatečný přísun přiměřených podnětů platí nejen pro zájmovou činnost a učení, ale i pro rodinnou výchovu – u dítěte zahlceného podněty, které se na něj hrnou ze všech

stran, množstvím příkazů a zákazů často nejasných, ve kterých má chaos a nevyzná se v nich, tak opět vzniká možnost afektivních reakcí, negativního chování. Jak již bylo zmíněno, těmto dětem vyhovují nejlépe jednoduchá, jasně formulovaná a pro ně přiměřená, pochopitelná pravidla, která ve výchově uplatňujeme. Dítě může být zahlceno nejen přílišným množstvím podnětů, ale i jejich jednostranností. Tomu se pak nevědomě brání tím, že „vypíná“ mozek a jeho schopnost tyto podněty nadále přijímat je omezena (např. dítě, které doma neustále poslouchá pokyny od rodičů, babičky atd., už pak ani není schopno dostatečně vnímat obsah řečeného).

Žáčková, Jucovičová (2007) zdůrazňují, čemu se mají rodiče ve výchově vyhnout. Je to především nejednotná výchova, perfekcionistická výchova – tj. výchova příliš náročná, autoritativní, příliš přísná, liberální, uvolněná výchova – případně až úzkostlivá a příliš „rozmazlující“, tj. výchova, kdy je dítěti vše povoleno. Je velký rozdíl mezi dítětem s ADHD, které je dobře výchovně vedené a které ne. Správný postup při výchově dokáže zmírnit nežádoucí projevy na minimum. S výchovou jiným stylem je vhodné však neotálet a doporučované postupy začít uplatňovat co nejdřív.

## **5. INTEGRATIVNÍ KOREKČNÍ PROGRAM JAKO JEDNA Z MOŽNOSTÍ V TERAPII DĚTÍ S ADHD**

**Osnova:**

### **A) Charakteristika programu**

1. Teoretická východiska programu.
2. Cíl programu.
3. Formy realizace programu.
4. Časová dotace programu.
5. Využití programu.
6. Cílová skupina.

### **B) Struktura a náplň jednotlivých forem programu**

1. Cíl, struktura a náplň hodiny individuální terapie.
2. Cíl, struktura a náplň hodiny skupinové terapie.
3. Cíl krizové intervence a její smysl.
4. Monitorování chování dětí.
5. Terapeuticko-edukační pohovory s rodiči.

### **C) Metodické a didaktické pokyny**

1. Metodické a didaktické pokyny k technikám uplatňovaných ve skupinové terapii a jejich popis.
2. Pokyny k relaxacím a jejich popis. Popis imaginačního cvičení.

**Ad A Charakteristika programu.** Tento program je akreditovaný MŠMT ČR pod číslem: 21 552/2009-20-505. Je koncipovaný na principu integrativního pojetí terapie ADHD v aplikaci speciálního pedagoga. To znamená, že kombinuje a využívá východiska, metody a prvky různých terapeutických směrů – především kognitivně-behaviorální terapie (KBT), Rogersovské terapie, dynamicky orientované terapie, arteterapie, muzikoterapie, relaxační a imaginační terapie, nácviku asertivity a sociálních dovedností. Nabízí psychoterapeutické hry a využívá speciálně pedagogické metody výchovy, zaměřené na modifikaci chování dítěte, v zájmu akceptabilního chování. Taktéž uplatňuje principy a strategie krizové intervence.

#### **Doporučená profese realizátora programu:**

- pedagogové, kteří absolvovali výcvik v tomto vzdělávacím programu (výcviky realizuje autorka), či jiný sociálně-psychologický výcvik, speciální pedagogové, léčební pedagogové, psychologové, terapeuti;
- poznámka 1: v této práci budeme upřednostňovat pojem speciální pedagog;
- poznámka 2: integrativní program je v uvedené podobě aplikovatelný ve výchovně-vzdělávacích zařízeních. Jeho realizace ve speciálně výchovných zařízeních nebo poradenských zařízeních vyžaduje modifikaci v bodech týkajících se krizové intervence a monitorování chování.

#### **1. Teoretická východiska programu:**

**Kognitivně behaviorální terapie:** z této terapie čerpá především ústřední myšlenku, že chybné způsoby myšlení a chování se může dítě odnaučit či přeučit a naučit se novým způsobům řešení problémů. Dále jsou v programu uplatňovány četné metody řadící se k této terapii (metoda postupných kroků zaměřených na odstranění nežádoucího chování, metody pozitivního posilování žádoucího chování, metody sebesledování).

**Rogersovská terapie:** Labáth, Smik (1991) uvádí, že terapie Rogerse, označovaná také jako terapie zaměřená na klienta, je charakteristická tím, že usiluje o uvolnění cesty existujícím možnostem a potenciálu v člověku. Nepřátelství, agrese, egoismus a destruktivní chování projevuje člověk jen pod vlivem nepříznivých životních situací, které prožívá jako ohrožující. Rogers předpokládá, že uvolnit existující potenciál člověka lze hlavně tak, že mu poskytneme vřelý, autentický, důvěrný, reálný mezilidský vztah. Speciální pedagog má poskytovat vztahovou jistotu, reagovat autenticky, skutečně. Dítě však, na rozdíl od dospělého klienta, potřebuje v některých situacích od speciálního pedagoga víc direktivních zásahů. Z Rogersovských myšlenek jsou v programu uplatňovány především prvky, které pozitivně ovlivňují vztah mezi dítětem a speciálním pedagogem. Jedná se o empatii, kongruenci, akceptaci pocitů, problémů, a celkového prožívání dítěte (tamtéž).

**Dynamicky orientovaná psychoterapie:** pomáhá dítěti porozumět mezi minulými zážitky a zkušenostmi na jedné straně a mezi jeho současnými postoji, problémy a prožíváním na straně druhé. Důraz je kladen na přenosové vztahy k autoritám, které bývají často silnými negativními minulými zážitky. „Přenášejí se do aktuálních vztahů a stávají se jednou z oblastí, kde je nezřídkou nutné dítěti zprostředkovat korektivní a emoční zkušenost“ (Labáth, Smik, 1991, s. 11).

**Psychoterapeutické hry:** Kratochvíl (2005) uvádí, že v ČR do skupinové praxe zavedl tyto hry Bakalář. Hry podněcují aktivitu a tvořivost členů skupiny a přinášejí podnětný materiál k prohloubení sebepoznání, k poznávání druhých a ke srovnávání. Mají určitá pravidla, vyžadují připravené pomůcky (obrázky, texty, předlohy) a jsou řízeny vedoucím skupiny.

**Relaxace:** relaxace je vědomé odstranění tělesného a psychického napětí. Když se tělesně uvolníme, impulsy, které přicházejí z jednotlivých svalů do mozku, se mění a postupně začínáme cítit i psychické uvolnění. Naučit se relaxovat není vždy jednoduché. Mnohdy to vyžaduje trpělivost a určitě opakované cvičení. Duševní stav a tělesný postoj jsou spolu propojené. „Sebedůvěra vede ke vzpřímenému postoji a

vzpřímený postoj může pozvednout sebedůvěru. Podobně duševní napětí vyvolává napětí svalů. Svalové uvolnění pak může podpořit duševní uvolnění, narůstající duševní klid“, uvádí Praško (2003, s. 98).

**Imaginační techniky:** začínají podle Kratochvíla (2005, s. 80) „relaxací a pohroužením se do představ, které se nechávají volně probíhat před duševním zrakem. Mohou mít ráz vzpomínek a obrazů ze života dítěte, nebo charakter symbolický a projektivní (plavba ve člunu, pobyt se skupinou na pustém ostrově apod.)“. Vymětal (2004) soudí, že aktivní imaginace představuje pro děti jakousi zajímavou hru.

**Arteterapie:** podle Kratochvíla (2005, s. 123) „využívá k léčebnému působení výtvarné prostředky, výtvarné aktivity jako kreslení, malování a modelování, k vyjádření problematiky jedince nebo skupiny jako celku“.

**Muzikoterapie:** jak uvádí Kratochvíl (2005, s. 128), „využívá k léčebnému působení hudbu. Je možno ji rozdělit na receptivní, kdy pacienti hudbu poslouchají a aktivní, kdy hudbu či zpěv sami provozují“.

**Nácvik asertivity a sociálních dovedností:** je zaměřen na rozšíření repertoáru chování dětí a na to, aby si osvojili ty potřebné dovednosti, které jim chybějí. K osvojení takových dovedností je potřeba příslušné chování nejdřív vidět, pak vyzkoušet a poté si je tréninkem upevnit, doporučuje Kratochvíl (2005).

**Metody speciální výchovy:** z obecných metod výchovy, podle Ďuriče (1997, in Vašek, 2007 s. 126), jsou v programu uplatňovány především: klarifikace (objasňování) žádoucího a nežádoucího chování a poukazování na důsledky z daného chování, persuaze (přesvědčování) o výhodách vhodného – společensky akceptovatelného chování, exemplifikace (uvádění příkladů) a konfrontace se situacemi, kde vhodné, respektive nevhodné chování dítě realizovalo. Fixace (upevňování) žádoucího chování probíhá prostřednictvím technik s psychoterapeutickým potenciálem a tréninkem asertivity, laudaci (pochvalu), děti zažívají jak ze strany speciálního pedagoga, tak ze strany ostatních dětí ve skupině. Premiace (odměňování) – žádoucího chování je realizována průběžně i v závěru programu. Inovace (obnovení), představuje obnovení žádoucích vzorců chování, které byly u některých dětí špatnou zkušeností s okolím (se spolužáky, kamarády nebo dospělými) potlačeny nebo zdeformovány.

**Krizová intervence:** Vodáčková a kol. (2002, s. 60) definuje krizovou intervenci jako „odbornou metodu práce s jedincem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující“. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit

a strukturovat prožívání jedince a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování.

## **2. Cíl programu:**

dítě má integrovat skutečnost, že je „nositel“ ADHD, zmírnit a naučit se přiměřeně a efektivně zacházet se symptomy této poruchy.

## **3. Formy realizace programu:**

- individuální terapie s dítětem;
- skupinová terapie s dítětem;
- krizová intervence, v případě potřeby;
- monitorování projevů chování dítěte;
- terapeuticko-edukační pohovory s rodiči dítěte.

## **4. Časová dotace:**

- program je realizovaný v 18 setkáních během 8 týdnů (jedná se o 16 setkání s dítětem, z toho 8 individuálních a 8 skupinových a 2 setkání s rodiči dítěte);
- délka individuálního kontaktu s dítětem je 45 minut;
- délka jednoho skupinového sezení je 45 minut;
- délka jednoho pohovoru s rodičem je 60 minut.

## **5. Využití programu:**

### **Ve výchovně vzdělávacích zařízeních:**

- v základních školách, kde působí speciální pedagog, respektive léčebný pedagog, respektive školní psycholog či terapeut;
- ve speciálních školách, kde působí určený speciální pedagog, v neučitelské funkci, respektive, školní psycholog či terapeut;

### **Ve speciálně výchovných zařízeních:**

- léčebně-výchovná sanatoria, kde působí kompetentní odborník;
- diagnostická centra, kde působí kompetentní odborník k realizaci programu;
- dětské domovy, kde pracuje speciální pedagog, respektive psycholog či terapeut;

- reedukační dětské domovy a reedukační domovy pro mládež (s příslušným odborným pracovníkem);
- resocializační a rehabilitační zařízení (s příslušným odborníkem);

#### **V poradenských zařízeních:**

- v pedagogicko-psychologických poradnách;

#### **V zařízeních speciálně-pedagogického poradenství:**

- speciálně-pedagogické poradny;
- dětská integrační centra.

Poznámka: struktura rozdělení zařízení je podle Vaška (2007, s. 152-154)

### **6. Cílová skupina:**

- děti ve věku 12 až 15 let s diagnostikovanou hyperkinetickou poruchou.

### **Ad B Struktura a náplň jednotlivých forem programu**

#### **1. Cíl, struktura a náplň hodiny individuální terapie**

**Cíl individuální terapie:** cílem individuálních setkání je především navázání dobrého vztahu s žákem. Vztahu, ve kterém dítě může projevit své emoce a cítí, že je dospělým akceptováno. Pro mnohé děti se jedná o novou zkušenost, kdy zažívají, že jsou jako osobnost přijímány. I když speciální pedagog neschvaluje některé projevy jejich chování, nepeskuj je za to, ale snaží se jim s korekcí nežádoucích projevů pomoci.

V individuálním kontaktu je také dostatečný časový prostor pro práci s monitorovacím deníkem. Speciální pedagog s dítětem rozebírá, co se dařilo, respektive nedařilo předešlý den zvládnout, úspěchy oceňuje pochvalou a při neúspěších spolu hledají nové možnosti korekce chování. Individuální sezení končí relaxačním nebo imaginačním cvičením. Žák se během celého programu naučí progresivní svalovou relaxaci, rychlou relaxaci, nácvik klidného dýchání a seznámí se s imaginačním cvičením „Člun“ (viz. část C). O tom, které z cvičení bude speciální pedagog během terapie upřednostňovat, se rozhoduje podle toho, jak jednotlivec na daná cvičení reagoval během úvodních setkání.

**Uspořádání prostoru:** během rozhovoru dítě i speciální pedagog sedí sami v místnosti, která je k tomuto účelu určena



- během relaxace nebo imaginačního cvičení dítě může ležet na karimatce, resp. matraci. Jestliže je pro žáka příjemnější poloha vsedě, může sedět.

**Materiální a technické zabezpečení:** místnost vybavená židlemi, eventuálně křesly, karimatky, matrace, CD přehrávač a CD nosiče vhodné pro relaxaci nebo imaginaci.

Poznámka: hudba pro relaxaci má být klidnější a nemá obsahovat text.

**Struktura individuálního sezení:**

- a) přivítání;
- b) rozhovor s dítětem;
- c) relaxační nebo imaginační cvičení (volíme dle konkrétního dítěte);
- d) zhodnocení, závěr, rozloučení.

## **2. Cíl, struktura a náplň hodiny skupinové terapie**

**Cíl skupinové terapie:** Kratochvíl (2005, s. 15) definuje skupinovou terapii jako postup, který využívá k terapeutickým účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Cílem skupinové terapie v tomto programu je, aby žáci nahlédli na své chování a změnili maladaptivní vzorce chování na sociálně adaptabilnější.

**V programu jsou stanoveny tato skupinová pravidla:**

1. nemluvíme vulgárně;
2. neskáčeme si do řeči;
3. dění ve skupině je důvěrné;
4. během skupinové terapie nejíme.

Za dodržení pravidel na konci každého sezení hodí speciální pedagog do určené nádoby žeton za každého žáka. (Při počtu 8 účastníků je maximální počet žetonů za sezení 8, to znamená, že na konci posledního, osmého setkání, bude součet žetonů 64. Dosáhne-li skupina dohromady součtu alespoň 50 žetonů, tak na závěrečném sezení dostanou všichni pohoštění, zpravidla se jedná o koupený zákusek nebo šlehačkový pohár vyrobený ve škole, respektive zařízení).

**Uspořádání prostoru:** žáci i speciální pedagog sedí v kruhu.

**Materiální a technické zabezpečení:** místnost vybavená židlemi, příslušné materiály k technikám, CD přehrávač a zvolené CD nosiče, psací potřeby, pastelky, vodové barvy atp.

**Poznámka:** V tomto intervenčním programu používáme pojem techniky. Tento termín podle Labátha, Smika (1991, s. 13) v sobě zahrnuje různé hry a cvičení, mnohdy s psychoterapeutickým potenciálem.

**Rozeřivací techniky:** jsou zpravidla časově kratší, slouží k navození dobré nálady, naladění se na skupinovou práci, bývají většinou zábavné a nemají hlubší terapeutický záměr.

**Nosné techniky:** jsou většinou časově náročnější a nesou v sobě terapeutický potenciál. Svým zaměřením mohou být zpětnovazebné, komunikační, sebezpoznavací nebo nácvikové.

**Doporučovaný počet členů skupiny:** 6 až 8 účastníků, výhodou jsou skupiny heterogenní.

#### **Struktura skupinového sezení:**

- a) přivítání;
- b) rozeřivací technika;
- c) nosná technika určená k danému sezení;
- d) rozbor skupinového dění;
- e) zhodnocení, závěr, rozloučení.

#### **Náplň jednotlivých skupinových setkání:**

##### **První setkání:**

- a) přivítání, seznámení se smyslem skupinové práce a se skupinovými pravidly;
- b) rozeřivací technika Míč;
- c) nosná technika Interview;
- d) rozbor skupinového dění;
- e) zhodnocení, závěr, rozloučení.

##### **Druhé setkání:**

- a) přivítání;
- b) rozeřivací technika Vítr;

- c) nosná technika Tričko;
- d) rozbor skupinového dění;
- e) zhodnocení, závěr, rozloučení.

#### **Třetí setkání:**

- a) přivítání;
- b) rozeřivací technika Po mé pravici;
- c) nosná technika Vyber srdce;
- d) rozbor skupinového dění;
- e) zhodnocení, závěr, rozloučení.

#### **Čtvrté setkání:**

- a) přivítání;
- b) rozeřivací technika Sultán;
- c) nosná technika Moje nebe;
- d) rozbor skupinového dění;
- e) zhodnocení, závěr, rozloučení.

#### **Páté setkání:**

- a) přivítání;
- b) rozeřivací technika Kruhový rozhovor;
- c) nosná technika Semafor;
- d) rozbor skupinového dění;
- e) zhodnocení, závěr, rozloučení.

#### **Šesté setkání:**

- a) přivítání;
- b) rozeřivací technika Řízek, těsto, struhadlo;
- c) nosná práce: nácvik sebeprosazení (asertivity) – první část;
- d) rozbor skupinového dění;
- e) závěr, zhodnocení, rozloučení.

#### **Sedmé setkání:**

- a) přivítání;

- b) rozehřívací technika Korunová štafeta;
- c) nosná práce: nácvik sebeprosazení (asertivity) – druhá část;
- d) rozbor skupinového dění;
- e) zhodnocení, závěr, rozloučení.

#### **Osmé setkání:**

- a) přivítání;
- b) rozehřívací technika Lovci lidí;
- c) nosná technika Sluníčková;
- d) rozbor skupinového dění;
- e) zhodnocení zisků z terapie, společné pohoštění, rozloučení.

### **3. Cíl krizové intervence a její smysl**

V tomto programu krizovou intervencí myslíme:

- a) možnost, pro zpravidla právě vyučující pedagogy, dekompenzované dítě odvést v danou chvíli ke speciálnímu pedagogovi, který krizi ošetří (vyučující se pak může věnovat ostatním žákům);
- b) možnost pro dítě promluvit si se speciálním pedagogem i v době mimo programem stanovená setkání, má-li potřebu.

### **4. Monitorování chování dětí**

Monitoring chování probíhá v úzké spolupráci s vyučujícími. Speciální pedagog žákům zavede monitorovací deník a u každého žáka zvlášť přesně určí problémové chování, které se během terapie bude sledovat.

Po skončení každé vyučovací hodiny vyučující pedagog do deníku zaznamená znaménko plus nebo mínus podle toho, jak se sledovanému žákovi dařilo v hodině své chování korigovat. Na konci vyučování speciální pedagog přidělí žákovi barvu, podle semaforu. (Semaforový systém posilování žádoucího chování). Červená znamená STOP: takhle se nemám chovat, ORANŽOVÁ znamená: připravuji se na zelenou, ZELENÁ vyjadřuje: jedu, takhle se mám chovat. Na konci týdne žák dostává od speciálního pedagoga odměnu, při dostatečném počtu zelených koleček. **(Náměty na odměny obsahuje příloha číslo 6).** Pro příznivý efekt terapie je užitečné, podaří li se týdenní odměnu vymyslet ve spolupráci s rodiči. (Například společná návštěva kina, cukrárny, společný výlet apod.).

Poznámka: jestliže je tento program realizován v mimoškolním zařízení, mohou realizátoři způsob monitorování modifikovat, například deník bude veden ve spolupráci s rodiči dítěte apod.

## **5. Terapeuticko-edukační pohovory s rodiči**

### **Cíl a struktura terapeuticko-edukačního pohovoru s rodiči**

První setkání s rodiči probíhá před zahájením programu. Cílem prvního setkání je informovat rodiče o smyslu korekčního programu a průběhu jeho aplikace. Poté podepíší dohodu, ve které se zavazují, že své dítě budou v terapii podporovat a případnou absenci včas řádně omluví. **(Znění dohody obsahuje příloha číslo 1).** Poznámka: autorka pracuje na škole při psychiatrické léčebně. Dohodu si mohou pedagogové modifikovat dle vlastních potřeb.

Také obdrží leták „Účinné strategie v komunikaci s dětmi“, který obsahuje doporučení, jak efektivně komunikovat se svým dítětem. **(Leták obsahuje příloha číslo 2).** Rovněž jsou během prvního setkání informováni o možnosti telefonické nebo osobní konzultace se speciálním pedagogem i mimo tato stanovená setkání.

Druhé setkání s rodiči probíhá po skončení programu. Slouží ke zhodnocení účinnosti programu.

### **Ad C 1. Metodické a didaktické pokyny k technikám uplatňovaným ve skupinové terapii a jejich popis.**

#### **2. Pokyny k relaxacím a jejich popis. Popis imaginačního cvičení.**

### **Ad C 1. Metodické a didaktické pokyny k technikám uplatňovaným ve skupinové terapii a jejich popis.**

Jednou z pedagogických možností je využití technik s psychoterapeutickým potenciálem. Techniky umožňují dětem získat zkušenosti se sebou samým i druhými. Děti mohou vložit do technikou nabízené situace svoje pocity a potřeby. Mohou se učit jednat aktivně a otevřeně a následně zakusit důsledky svého chování. Techniky zprostředkovávají rozličné vztahy mezi členy skupiny. Účastníci mohou překonat zaběhnuté vzorce chování a cvičit se ve schopnostech potřebných k prosociálnímu jednání. Techniky slouží také k vyjádření různých emocí, hněvu, agrese, radosti, lásky atp. Dovolují poznat podněty, které tyto emoce spouští. Učí lépe porozumět sobě

i druhým. „Děti se pomocí nich učí řešit konflikty a v neposlední řadě slouží k posílení vlastního „já“ a k posílení své hodnoty. Mohou pomoci vyrovnávat sociální deficity učení a zprostředkovat korigující sociální a emoční zkušenost“, uvádí Portmannová, (1996, s. 13).

Předpokladem pro jejich úspěšné zvládnutí je atmosféra důvěry ve skupině a hlavně chuť speciálního pedagoga techniky aplikovat. Je žádoucí, aby speciální pedagog před tím, než techniku dětem nabídne, měl s ní již předešlý osobní zážitek.

Po dokončení musí zbývat čas pro zažití. Děti potřebují příležitost, aby mohly o svých zkušenostech a pocitech hovořit. Ventilace svých zkušeností a pocitů je i věcí „tréninku“. Zpočátku se děti ostýchají, časem si však na tento styl práce zvyknou a vesměs jsou rády, že mají prostor k tomu, aby mohly své emoce či zážitky vyjádřit.

**Asertivní techniky** se žáci učí v šestém a sedmém sezení integrativního programu. Šimanovský (2002, s. 134) definuje asertivitu jako způsob zdravého sebeprosazení a podle Mezihorského jmenuje tato asertivní práva:

1. Mám právo posuzovat svoje vlastní chování, myšlenky a pocity a být si za ně i jejich důsledky sám zodpovědný.
2. Mám právo nenabízet žádné výmluvy, vysvětlení ani omluvy svého chování.
3. Mám právo posoudit, zda a nakolik jsem odpovědný za řešení problémů druhých lidí.
4. Mám právo změnit svůj názor.
5. Mám právo dělat chyby a být si za ně odpovědný.
6. Mám právo říci: „Já nevím“.
7. Mám právo být nezávislý na dobré vůli druhých lidí.
8. Mám právo dělat nelogická rozhodnutí.
9. Mám právo říct: „Já ti nerozumím“.
10. Mám právo říct: „Je mi to jedno“.

Šimanovský (tamtéž) doporučuje promluvit si s žáky o smyslu asertivních práv a jejich relativní platnosti.

**V programu si žáci nacvičují tyto asertivní techniky:**

- otevřené vyjadřování vlastních pocitů;
- zahajování, ukončování a vedení rozhovoru;

- mluvení k více lidem;
- požádání o laskavost;
- prosazování oprávněného požadavku;
- nácvik odmítnutí.

## **Popis technik realizovaných v jednotlivých skupinových sezeních:**

### **1. sezení**

#### **Rozehrávací technika: Název: Míč**

#### **Instrukce k realizaci:**

Žáci včetně speciálního pedagoga sedí v kruhu. Speciální pedagog seznámí žáky s následujícími pravidly:

- Budeme si házet míč. Já hodím první a řeknu nějaké slovo. Žák, kterému míč hodím, má říct správné slovo. Správné slovo znamená takové, které se hodí k mému slovu. Například, já řeknu „bílá“ a očekávám, že správné slovo je „zelená“ nebo „modrá“ nebo jakákoliv jiná barva.
- Další pravidlo je, že až zazní čtyři správná slova, páté slovo se může měnit. Páté nebo kterékoliv další. Například: bílá, modrá, červená, fialová, pes, kočka, vlaštovka, had atd.
- Hráči nesmí říct název okruhu, v našem případě slovo „barvy“ a „zvířata“.
- Nesmí se zopakovat slovo, které již bylo řečeno.
- Komu byl hozen míč, musí reagovat, jinak vypadává.

Opakuji, kdo vypadává:

- Ten, kdo měnil slovo dřív, než zazněla čtyři slova ze stejného okruhu.
- Ten, kdo neumí zareagovat, dlouho drží míč a nemluví.
- Ten, kdo řekl název okruhu, nebo zopakoval slovo, které již ve hře zaznělo.

**Cíl:** Procvičování hrubé motoriky, pozornosti, pohotovosti. Žáky hra vede ke spolupráci, podporuje jejich soutěživost.

**Doporučený věk:** Je vhodná pro žáky nižšího i vyššího stupně základní školy, pro středoškoláky.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Při vhodném pedagogickém vedení tato technika nemá rizika.

**Poznámky:** Je dobře použitelná v různých výukových předmětech (v mateřském jazyce, lze takhle například procvičit slovní druhy, v prvouce názvy rostlin, zvířat apod.).

Speciální pedagogové si mohou uvedenou techniku modifikovat podle vlastních potřeb. Tato verze vznikla ve spolupráci se žáky. Žáci vymysleli například další výhodné pravidlo, které vzniklo v důsledku toho, že hyperkinetická žáci, kteří v úvodu hry vypadli, nevydrželi sedět a jenom nečinně přihlížet, tudíž další průběh narušovali svým neklidem. Děti daly podnět, necht' vypadnutí jedinci hrají dál s ostatními, ale nemluví. Poslední pravidlo tedy zní: Vypadnutému hráči můžeme míček přihrát, ale ten ho beze slov odehraje někomu dalšímu.

**Zdroj:** vzdělávací program: Terapeutická práce s dětmi jako součást výchovného procesu; akreditace MŠMT ČR pod číslem: 5000016/1150.

### **Nosná technika: Název: Interview**

#### **Instrukce k realizaci:**

Žáci se rozdělí do dvojic. Speciální pedagog vysvětlí, co je interview. U mladších dětí mohou pedagogové motivovat hrou na televizní moderátory.

Každý z dvojice dostane list papíru, na kterém je napsáno pět otázek. Tyto otázky si mají členové dvojice vzájemně pokládat. Odpověď tázaného dotazovatel zapíše a pak si role vymění. Po skončení interview referují celé skupině, co se o dotazovaném dozvěděli.

Čas na interview speciální pedagog řídí pozorováním, kdy je většina dvojic hotova. Když pedagog vidí, že většina skončila, je dobré říct, že do ukončení zbývají např. tři minuty. Je to informace pro ty, co skončili, že už nebudou dlouho čekat, a pro ty, co ještě pracují, aby si pospíšili.

#### **Otázky:**

1. Co děláš nejraději?
2. Co nejlíp umíš?
3. Co se ti na sobě samotném líbí?
4. Na co jsi hrdý?
5. Ve kterém předmětu jsi ve škole nejlepší?

**Cíl:** Komunikace, sebepoznání.



**Doporučený věk:** Od čtvrtého ročníku základní školy, taktéž pro středoškoláky.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Žáci mohou u otázky číslo 3 - „Co se ti na sobě samotném líbí,“ odpovědět: „Nic“. Je to důvod k tomu, aby se speciální pedagog u této odpovědi zdržel a věnoval se jí. Například tak, že se zeptá ostatních dětí, co se jim na dotyčném líbí, může také sám něco na dotyčném ocenit.

**Poznámky:** Někdy se v kolektivu objevuje „vtipálek“, který odpovídá například takto: „Co děláš nejraději?“ Odpověď: „Spím“.

„Co umíš nejlíp?“ Odpověď: „Spát“.

„Co se ti na sobě samotném líbí?“ Odpověď: „Jak umím spát“ atd.

Jako vhodné se jeví takové odpovědi přijmout „velkoryse“.

**Zdroj:** vzdělávací program: Terapeutická práce s dětmi jako součást výchovného procesu; akreditace MŠMT ČR pod číslem: 5000016/1150.

## 2. sezení

**Rozehrívací technika: Název: Vítr fouká**

**Instrukce k realizaci:**

Akteři opět sedí v kruhu na židlích. Speciální pedagog vstane, jednu židli odebere a vysvětlí pravidla.

Stojící žák řekne jakoukoli větu, kterou uvede slovy: „Vítr fouká pro toho, kdo...“ O kom z dětí ta věta platí, ten vstane a mění si místo s někým jiným. Ten, kdo se nestihl posadit, vymýšlí novou větu. Pozor - věta, kterou hráč řekne, musí platit i o něm. Například: Žák, který stojí, může říct: „Vítr fouká pro toho, kdo má bílé boty“, jestliže sám má bílé boty. Po vyčtení této instrukce si všichni, kteří mají bílé boty, mění místa a snaží si sednout, samozřejmě včetně autora věty. Ten, kdo stojí a vymýšlí větu, nemůže však říct: „Vítr fouká pro toho, kdo má brýle“, jestliže sám brýle nemá.

**Cíl:** Procvičování pozornosti, mrštnosti, postřehu. Technika je veselá, uvolňující, navozuje dobrou atmosféru.

**Doporučený věk:** Děti nižšího i vyššího stupně základní školy, pro středoškoláky.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Žáci by se při rychlém a neopatrném přesouvání mohli zranit. Proto pedagog předem upozorní na zvýšenou opatrnost.

**Poznámky:** Technika se z povrchních vět často přesouvá do jiné roviny, kdy děti vymýšlí věty typu „koho otec bije,... kterého dítěte maminka pije“,... technika má najednou jiný hlubší rozměr. Může tak sloužit pro speciálního pedagoga

i „diagnosticky“, kdy menší děti v zápalu hry na sebe „něco prozradí“ a ani si to neuvědomí.

**Zdroj:** Komunitní a skupinový výcvik v psychoterapii s integrativním zaměřením, pořádný Institutem pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství v Olomouci.

### **Nosná technika: Název: Tričko**

#### **Instrukce k realizaci:**

Žáci dostanou papírové tričko předem pedagogem vystřížené. Dostanou k dispozici kreslicí potřeby (pastelky, voskovky, tužky, vodové barvy, tempery apod.).

Pedagog instruuje: „Nakresli na tričko všechno, co tě charakterizuje, co je pro tebe typické.“

**Cíl:** Tato technika je arteterapeutického charakteru, má sebepoznávací a uklidňující efekt.

**Doporučený věk:** Žáci nižšího a vyššího stupně základní školy, žáci středních škol.

Případná rizika spojená s aplikací: Při dobrém pedagogickém vedení rizika nejsou.

**Poznámky:** Pedagog může doplnit průběh realizace relaxační hudbou.

**Zdroj:** vzdělávací program: Účinné kroky při výchově dětí s poruchami chování; akreditace MŠMT ČR pod číslem 11 318/2007-25-247.

### **3. sezení**

#### **Rozehrvací technika: Po mé pravici**

##### **Instrukce k realizaci:**

Účastníci opět sedí v kruhu. Pedagog přidá o jednu židli navíc. Ten z žáků, který bude mít po své pravé ruce volno, pozve k sobě někoho, o kom si myslí, že s ním má něco společného. Pozve si spolužáka podle společného znaku. Například: „Po mé pravici si sedne Katka, protože ráda kreslí jako já.“

**Cíl:** Navození dobré atmosféry. Společný znak lidi sbližuje.

**Doporučený věk:** Hra je vhodná pro žáky nižšího i vyššího stupně základní školy, taktéž pro středoškoláky.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Může se stát, že některý z účastníků bude prožívat úzkostně, jestliže si ho nikdo nevybere.

**Poznámky:** Žáci na nižším stupni často jako společný znak, volí většinou oblečení, barvu vlasů apod. spíše vnější charakteristiky. Starší děti již mluví o společných vlastnostech, zájmech apod.

**Zdroj:** technika vznikla modifikací hry podle Šimanovského (2002, s. 98).

### **Nosná technika: Vyber srdce**

#### **Instrukce k realizaci:**

Pedagog žáky rozdělí do skupin.

Každá skupina dostane list papíru, na kterém je napsaná uvedená technika.

Je dobré, aby pedagog celý text nahlas před započítím hry všem žákům ještě přečetl (aby byli seznámeni s tím, co je čeká).

#### **Text:**

Představte si, že jste tým chirurgů ve velké nemocnici. Jako komise musíte přijmout velmi důležité rozhodnutí. V tomto okamžiku máte jednoho dárce srdce a osm pacientů, kteří potřebují transplantaci srdce. Pokud víte, prognóza úspěšné transplantace je pro všechny tyto pacienty stejná. Vaše komise musí vybrat toho, kdo srdce dostane. Máte 10 minut na to, abyste došli ke skupinovému rozhodnutí.

Pacienti:

1. Sedmnáctiletá romská servírka, která nedokončila střední školu a je jedinou živelkou své rodiny.
2. Patnáctiletá těhotná dívka, svobodná.
3. Středoškolák ruského původu, předseda třídy, který nedávno získal stipendium na lékařskou fakultu.
4. Čtyřadvacetiletá matka se třemi malými dětmi, vietnamská vdova, která v této zemi nemá žádné příbuzné.
5. Dvaapadesátiletý černošský náboženský vůdce, který vede útulek a kuchyň pro bezdomovce, kde se každý den stravují tisíce lidí.
6. Čtyřicetiletý vědec, který je blízko k objevu léku proti AIDS a sám je HIV pozitivní.
7. Jedenáctileté děvče ze Středního východu, které se stalo symbolem světového míru.
8. Pacient přeložený z malé venkovské nemocnice – žádné další údaje nejsou k dispozici.

**Cíl:** Hlavním cílem je získat zkušenost se sebou samým – jak se umím domluvit ve skupině (zkušenost s vlastní dominancí a submisí, zkušenost s tím, do jaké míry se chci podílet na společném rozhodování, zkušenost, jak nesu fakt, když není „po mém“). Cílem hry je také komunikace a dotýká se rovněž uvědomění si vlastních priorit.

**Doporučený věk:** Žáci druhého stupně základní školy, středoškoláci.

**Poznámky:** Technika většinou neponechá aktéry v klidu. Mnohdy se hádají, diskutují, rozčilují atp. Volba jednoho z osmi pacientů nebývá většinou jednoduchá. Někdy se také losuje. Děti hru hrají rády. Čím jsou starší, tím je víc emočně zasahuje.

**Zdroj:** Komunitní a skupinový výcvik v psychoterapii s integrativním zaměřením, pořádající Institutem pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství v Olomouci.

#### 4. sezení

**Rozehrívací technika: Název: Sultán**

**Instrukce k realizaci:**

Pedagog dětem sdělí, že je jejich milovaný Sultán a žádá, ať mu nabídnou jídlo a pití, jejichž název neobsahuje písmeno „a“.

**Cíl:** Procvičení pozornosti, pohotovosti, povzbuzení zdravé soutěživosti.

**Doporučený věk:** Žáci nižšího i vyššího stupně základní školy, středoškoláci.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Při dobrém pedagogickém vedení rizika nejsou.

**Poznámky:** Žáci techniku prožívají většinou vesele a uvolněně.

**Zdroj:** technika vznikla modifikací her podle Lokšové, Lokši (1999).

**Nosná technika: Název: Moje nebe**

**Instrukce k realizaci:**

Sedí se v kruhu.

Každý účastník dostane list papíru, na kterém je předtištěno sluníčko a obláčky (viz.

**Příloha číslo 3 – Pracovní list**). Počet obláčků je vždy menší než počet dětí ve skupině. Do sluníčka si každý napíše své jméno a pedagog řekne: „Vyber si na svoje nebe z této skupiny, koho chceš. Do jednoho obláčku můžeš napsat jenom jedno jméno.“

Je důležité pohlídat, aby si žáci vzájemně do papíru neviděli. Poté, co jsou hotovi, vyplněný list si dají v kruhu před sebe na zem a jeden po druhém čtou, koho si vybrali a z jakých důvodů.

**Cíl:** Posílení, sebepoznání, stmelení kolektivu.

**Doporučený věk:** Žáci nižšího i vyššího stupně základní školy, středoškoláci.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Tato technika může být pro žáky výrazně posilující. Většinou slýchají pozitivní informace typu: „Vybrala jsem si Věrku, protože pomůže. Vybral jsem si Frantu, protože mi půjčuje věci, Zuzku, protože je kamarádká apod.“

Má však svá rizika. Může se stát, že některého člena skupiny nevybere nikdo, což je pochopitelně zraňující. V případě, že by taková situace nastala, je důležité s odmítnutým dítětem zůstat a mluvit o jeho pocitech. Některým dětem „není moc do řeči“, tehdy je vhodné s ním sdílet alespoň společný čas, třeba v tichosti, jenom svou přítomností dát najevo spoluúčast. Jelikož tato technika v poměrně velké skupině dětí navozuje úzkost, myslíme, že není vhodné ji aplikovat v kolektivu, kde víme, že se nachází méně oblíbený jedinec. Tato technika by to jistě jenom potvrdila.

**Další možnost, jak lze s touto technikou pracovat.**

Pedagog dětem rozdá list „Moje nebe“. Instrukce tentokrát zní: „Do obláček napiš nebo symbolicky vyjádři všechno, co máš rád(a).“

Opět je důležité dodržet, aby si žáci do listů nenahlíželi.

Po dokončení si děti sedící v kruhu položí svůj list před sebe na zem a povídají, co do jednotlivých obláčků napsaly či nakreslily.

**Cíl:** Sebeoznání, zamyšlení se nad sebou.

**Poznámky:** Je zajímavé pozorovat, jak někteří žáci do všech obláčků obsadí věci (např. počítač, video, MP 3, kolečkové brusle atd.). A „nebe“ některých žáků je zase pokryto jenom lidmi a čtou: mamka, taťka, teta, strejda, bratr apod.

Pak se stává, že ostatní děti po vyslechnutí toho, co napsali jiní, spontánně konstatují: „Ježíš, na mamku jsem zapomněla.“

**Zdroj:** vzdělávací program: Terapeutická práce s dětmi jako součást výchovného procesu; akreditace MŠMT ČR pod číslem: 5000016/1150.

## 5. sezení

**Rozehrívací technika: Název: Kruhový rozhovor**

### **Instrukce k realizaci:**

Sedí se v kruhu. Žákům pedagog rozdá list papíru, na kterém je text kruhového rozhovoru.

Informuje: „Můžete se zeptat na kteroukoliv otázku kohokoliv z kruhu.“ Ten, komu byla otázka položena, se poté co odpověděl, ptá někoho dalšího.

1. Úspěch, kterého jsem nedávno dosáhl(a).
2. Co mám sám (sama) na sobě rád (ráda).
3. O čem hodně přemýšlím.
4. Zábavná věc, která se stala tento týden.
5. Čemu se někdy divím.
6. Co dělám, když jsem smutný(á).
7. Co si přeji lépe umět.
8. Co dělám, když se bojím.
9. Způsob, kterým získávám pozornost ostatních.
10. Co se mi na sobě líbí.
11. Můj oblíbený film, TV program, píseň.
12. Co jsem vždycky chtěl (a) dělat.
13. Co dělám, když se zlobím.
14. Kde bych chtěl (a) žít, kdybych mohl (a) žít jinde.
15. Čeho bych chtěl (a) dosáhnout v příštích třech letech.

**Cíl:** Komunikace, sebepoznání, posílení.

**Doporučený věk:** Pro žáky od čtvrtého ročníku základních škol, pro středoškoláky.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Úskalí se může objevit u otázky číslo 2 (Co mám sám na sobě rád?). Stává se, že dítě odpoví „nic“. Je to moment, kdy má do hry zasáhnout speciální pedagog a ptá se ostatních, co oni mají na něm rádi. Nestává se, že by se nenašel aspoň jeden člen skupiny, který by na dotazovaném něco neocenil. V této zpětné vazbě je mimořádný zisk ze hry.

Často se rovněž rozvine diskuze u otázky číslo 13 (Co dělám, když se zlobím?). Co děláme, když se zlobíme? Jak ventilujeme svůj vztek? Můžeme cítit vztek? Můžeme projevit vztek? Je to prostor, kdy má speciální pedagog příležitost vysvětlit žákům, že vztek můžeme cítit všichni, že vztek je emoce, kterou máme a je to v pořádku. Vztek rovněž můžeme projevit, ale rozhodně není jedno, jak ho projevíme.

Otázka číslo jedna někdy zaskočí mladší děti. Co je to úspěch? Může být považováno za úspěch to, že ho pochválila paní učitelka? Jaké jsou „hranice“ úspěchu? Co pro jednotlivé děti znamená úspěch?

**Poznámky:** Technika je v dětských skupinách velmi oblíbená.

**Zdroj:** vznik techniky byl inspirován autory Canfieldem, Wellsem (1995).

**Nosná technika: Název: Semafor**

**Instrukce k realizaci:**

Po motivačním úvodu, co je to semafor, žáci dostanou předtištěný list papíru (viz. **Příloha číslo 4** – pracovní list) s následujícím textem. Pod jednotlivé barvy semaforu mají napsat odpovědi.

Červená .....to znamená stopka ve vaší hlavě, to, co byste nikdy nechtěli udělat

Oranžová .....představuje to, na co si ve svém životě máte dávat pozor

Zelená.....představuje to, co se vám v životě osvědčilo

**Cíl:** Sebepoznání.

**Doporučený věk:** žáci od třetího ročníku základní školy a středoškoláci.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Setkáváme se s tím, že žáci potřebují přiblížit slovo „osvědčilo“.

**Poznámky:** Technika je v dětských kolektivech mimořádně oblíbená.

**Zdroj:** vzdělávací program: Devět terapeutických technik pro zlepšení sebepojetí a úspěšnosti dětí; akreditace MŠMT ČR pod číslem: 11 318/2007-25-247.

## 6. sezení

**Rozehřívací technika:** Název: Řízek, těsto, struhadlo

**Instrukce k realizaci:**

Žáci stojí v kruhu. Udělají vpravo v bok. Když pedagog řekne slovo „řízek“, budou spolužákovi na záda klepat, protože řízek se klepe. Když uslyší slovo „těsto“, budou spolužákova záda hníst, protože těsto se hněte. Když uslyší slovo „struhadlo“, budou záda spolužáka škrábat, protože na struhadle se strouhá. Pedagog tato slova střídá a podle příslušného slova žáci vykonávají příslušný pohyb. Pedagog pak může „zavelet“ vlevo v bok a hra se opakuje.

**Cíl:** Procvičování pozornosti, masáž zad, dotýkání se.

**Doporučený věk:** Žáci nižšího i vyššího stupně základní školy, středoškoláci.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Při dobrém pedagogickém vedení rizika nehrozí.

**Poznámky:** Přestože je tato hra doteková, dobře ji přijímají i starší děti, jelikož doteky v této hře jsou vnímány bezpečně.

**Zdroj:** technika vznikla modifikací hry podle Šimanovského (2002).

**Nosná technika: Návik sebeprosazení (asertivity) – první část: a) otevřené vyjadřování vlastních pocitů, b) zahajování, ukončování a vedení rozhovoru, c) mluvení k více lidem.**

**Ad a) otevřené vyjadřování vlastních pocitů, se nacvičuje hrou s názvem: Mám rád, nemám rád, líbí se mi na tobě.**

**Instrukce k realizaci:**

Žáci sedí v kruhu. Vzájemně si hází balónek. Ten, kdo hodí, má adresátovi sdělit to, co má rád. Například: „Mám rád slunečné dny.“ Ten, kdo balónek chytil, pokračuje, například: „Mám rád fotbal.“

Druhé kolo má stejná pravidla, ale děti říkají, co rády nemají. Například: „Nemám rád, když na mě někdo křičí.“

V posledním kole si žáci vzájemně sdělují, čeho si na sobě cení, co se jim na sobě líbí. Například: „Líbí se mi, Katko, že vždy pomůžeš.“ Nebo: „Líbí se mi Marceli, že jsi mi včera půjčil kružítko.“

**Ad b) zahajování, udržování a ukončování rozhovoru** se děti učí prostřednictvím improvizovaných scének. Speciální pedagog navrhne běžnou situaci, jako je například navázání hovoru v trolejbusu, v čekárně, při schůzce a podobně. Cvičí s dětmi taktní a slušné vedení i ukončování hovoru.

**Ad c) mluvení k více lidem**, speciální pedagog simuluje situaci ve třídě, navrhuje téma, o kterém budou děti hovořit, věnuje pozornost gestikulaci, postoji, intenzitě hlasového projevu a dalším neverbálním i verbálním projevům protagonisty.

Poznámka: Šesté sezení speciální pedagog zahájí vysvětlením pojmu „asertivita“ a také seznámí žáky s asertivními právy.

**Zdroj:** vzdělávací program: Rozvoj komunikačních a sociálních dovedností; akreditace MŠMT ČR pod číslem 15838/2007-25-331.



## 7. sezení

### **Rozehrívací technika: Název: Korunová štafeta**

#### **Instrukce k realizaci:**

Dvě skupiny stojí proti sobě ve dvou řadách. První z každé řady drží na hřbetu předpažené dominantní ruky minci. Předá ji bez pomoci druhé ruky nebo jiného hráče na hřbet dominantní ruky dalšího, ten třetímu... Vítězí skupina, která dopraví minci po hřbetech rukou nejrychleji až k poslednímu. Když někomu mince upadne, je nutno ji vrátit na hřbet ruky prvního a začít od začátku řady. Hrajeme-li hru poprvé s menšími nebo s méně obratnými žáky, nevracíme spadlou minci na počátek řady, ale na ruku toho, komu právě upadla.

**Cíl:** Procvičování motoriky, koncentrace, hra má soutěživý charakter, navozuje atmosféru spolupráce.

**Doporučený věk:** Nižší, vyšší stupeň základní školy, středoškoláci.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Při dobrém pedagogickém vedení rizika nehrozí.

**Poznámky:** Technika je mezi dětmi většinou velmi oblíbená.

**Zdroj:** technika pochází z publikace Šimanovský (2002, s. 88).

### **Nosná technika: Návik sebeprosazení (asertivity) – druhá část: a) požádání o laskavost, b) prosazování oprávněného požadavku, c) odmítání**

**Ad a) požádání o laskavost:** žáci, pod vedením speciálního pedagoga přehrávají situace, kdy mají vhodným způsobem požádat o uvolnění místa při vystupování z dopravního prostředku, o sklenici vody, o rozměnění bankovky apod.

„V inscenovaných situacích se má cvičícímu střídatě vyhovět a nevyhovět, aby zažil radost z úspěchu, ale také se učil přijímat odmítnutí bez pocitu křivdy“. S. Kratochvíl (2005, s. 141)

**Ad b) prosazován oprávněného požadavku:** speciální pedagog navodí situaci v obchodě nebo v restauraci, kdy má žák vyžadovat službu, na kterou má nárok. Dítě si trénuje slušnou, ale neústupnou formou trvat na svém. (Například: žák dostal nepřiměřeně malou porci ve školní jídelně).

**Ad c) odmítnutí:** žáci přehrávají scénky, ve kterých se učí říct „ne“. Speciální pedagog nabízí scénky odmítnutí pozvání do cukrárny nebo do restaurace, odmítnutí

pozvání cizím dospělým do auta atp. Děti procvičují opakované vyslovení: „ne“, „nechci“, bez zbytečného zdůvodňování.

**Zdroj:** vzdělávací kurz: Rozvoj komunikačních a sociálních dovedností č. akreditace MŠMT ČR: 15838/2007-25-331.

## 8. sezení

**Rozehrívací technika: Název: Lovci lidí**

**Instrukce k realizaci:**

Speciální pedagog žákům rozdá papíry, na kterých je níže uvedený text. Pak hru odstartuje. Kdo je první s úkolem hotov, oznámí to pedagogovi.

Na jednu pozici je třeba „ulovit“ jednoho žáka. Jméno žáka se může vyskytnout na více pozicích. Soutěžící však nesmí napsat sám sebe.

**Text:**

Najdi někoho kdo:

1. Hraje na hudební nástroj.....
2. Nedávno se mu něco povedlo.....
3. Někomu pomohl.....
4. Něco oslavoval.....
5. Nekouří.....
6. Má rád švestkové knedlíky.....
7. Umí říct větu v cizím jazyce.....
8. Umí zahvízdat.....

**Cíl:** Rozvoj komunikace a vzájemného poznávání se.

**Doporučený věk:** Žáci nižšího stupně základních škol (přibližně od čtvrté třídy), žáci vyššího stupně, středoškoláci.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Při správném pedagogickém vedení rizika nevznikají.

**Poznámky:** Technika je mezi dětmi oblíbená. Speciální pedagog může dle vlastního uvážení první tři žáky odměnit. Po skončení si účastníci, včetně pedagoga, sednou do kruhu a jednotlivci čtou, koho „ulovili“.

**Zdroj:** Komunitní a skupinový výcvik v psychoterapii s integrativním zaměřením, pořádající Institutem pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství v Olomouci.

**Nosná technika: Název: Sluníčková**

**Instrukce k realizaci:**

Žáci dostanou předtištěný list papíru (viz Příloha číslo 5 - pracovní list). Zamýšlejí se nad otázkami, které jsou u jednotlivých paprsků, a píšou odpovědi.

**Cíl:** Zamyšlení, orientace na pozitiva v životě, zároveň cenné informace pro pedagoga.

**Doporučený věk:** Žáci nižšího stupně (přibližně od třetího ročníku), vyššího stupně, středoškoláci.

**Případná rizika spojená s aplikací:** Při dobrém pedagogickém vedení nejsou.

**Poznámky:** Je vhodné techniku aplikovat k časově ohraničenému období (například po víkendu, prázdninách, po ukončení korekčního programu apod.)

**Zdroj:** vzdělávací seminář: Dítě se specifickými potřebami; akreditace MŠMT ČR pod číslem 294 64/2003-25-203

## **AD C 2. Pokyny k relaxacím a jejich popis. Popis imaginačního cvičení.**

**Relaxační polohy** podle Praška (2003):

### **Jogínský sed.**

Sedíme na rovné židli, měkký polštář není vhodný. Záda jsou vzpřímená, ale ne strnulá. Hlava je v jedné přímce s páteří. Je třeba uvolnit vše, co tlačí (hodinky, brýle, oblečení...). Na židli sedíme rovně, nohy se opírají o zem, nekřížíme je. Ruce jsou složeny volně v klíně, dlaněmi vzhůru, tak aby to bylo příjemné.

### **Pozice mexického povaleče.**

Sedíme až na předním okraji židle nebo křesla, lopatkami se opíráme vzadu o opěradlo. Nohy jsou nataženy jako při ležení, volně, takže celé tělo je v jedné přímce. Hlava je uvolněná a svěšená. Paže visí volně podél těla, od ramen dolů.

### **Relaxace vleže.**

Při relaxaci vleže člověk může usnout. Pokud se tak stane, je to důkaz, že proběhla skutečná relaxace. Není však možné cvičit, když člověk spí. Proto je

vhodné zpočátku zaujmout pohodlnou pozici raději vsedě. Při pozdější relaxaci vleže se položíme naznak a zaujmeme co nejpohodlnější polohu. Tělo je uvolněné, oči mohou být zavřené, ruce ani nohy se nekříží. Ruce spočívají volně, podél těla, na malíkové hraně. Nohy jsou trochu od sebe, uvolněním se špičky vytočí samy ven.

### **Poloha drožkáře.**

Tuto polohu volíme, máme-li k dispozici pouze židli. (Například ve třídě). Předloktí je opřeno o stehna, trup a hlava jsou spuštěny, chodidla se celá dotýkají země. Končetiny se opět nekříží.

### **Typy relaxací:**

#### **Progresivní relaxace**

Nácvik progresivní relaxace pomáhá naučit se rozlišovat mezi napjatými a uvolněnými svaly. Postupně procházíme jednotlivé svalové skupiny, které se učíme napínat a uvolňovat. Je významné nacvičovat napětí a uvolnění ve správném pořadí a správném rytmu. Napětí by mělo přijít na konci nádechu, uvolnění s výdechem. Nejdřív příslušné svaly pozvolna napínáme a přitom se soustředujeme na pocity napětí. Svaly mají být v napětí asi 5 vteřin, potom je pozvolna uvolňujeme na 10-15 vteřin. K efektivnímu nácviku je dobré procvičovat progresivní relaxaci 1krát až 2krát denně, alespoň 2 týdny, po dobu 10-ti minut.

Instrukce pro progresivní relaxaci, podle Praška (2003, s. 104)

- zatněte obě pěsti tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí.... uvolněte;
- ohněte lokty a zatněte bicepsy, ruce jsou uvolněné... uvolněte;
- natáhněte obě paže a zatněte triceps... uvolněte;
- přitáhněte ramena k uším... uvolněte;
- nakrčte čelo a zvedněte obočí ... uvolněte;
- sevřete víčka... uvolněte;
- napněte čelisti tím, že sevřete pevně rty... uvolněte;
- zatlačte jazyk proti patru, rty jsou zavřené, všimněte si napětí v hrdle... uvolněte;
- zakloňte hlavu jak nejdál to jde.... uvolněte;
- zatlačte hlavu proti hrudi .... uvolněte;

- zvedněte ramena k uším... uvolněte;
- zhluboka se nadechněte, naplňte zcela plíce, zadržte dech, vydechněte a uvolněte;
- přitáhněte k sobě lopatky... uvolněte;
- zatněte svaly břicha... uvolněte;
- zatněte hýždě... uvolněte;
- zatlačte nohy do podlahy... uvolněte;
- zvedněte palce na nohách a tlačte vzhůru... uvolněte;
- klidně a pravidelně dýchejte břichem;
- udělejte sedm nádechů a výdechů a při každém výdechu nechte tělo zvadnout jako hadrového panáčka, řekněte si v duchu slovo „uvolnit“.

### **Rychlá relaxace**

Cílem rychlé relaxace je uvolnění v běžných, nestresujících situacích za dvacet až třicet vteřin. Můžeme si vyrobit řadu vodítek, které nám budou připomínat, že bychom se měli uvolnit. Jako vodítko může sloužit cokoli, na co nám často padne zrak. Důležité je relaxovat 15krát až 20krát během dne, v přirozených situacích. Během relaxace je postup následující:

Praško (2003, s. 107) navrhuje:

- jednou až třikrát zhluboka vdechnout a pomalu vydechnout;
- před každým výdechem si v duchu říct „uvolnit“;
- uvědomit si, kde je napětí, uvolnit co nejvíce svalů.

### **Nácvik klidného dýchání**

Správné dýchání představuje lehce a pravidelně vdechovat nosem. Dýchání má být plynulé, bez polykání, vdechujeme do celých plic.

Je lehčí začít nacvičovat vleže. Jestliže již dokážeme rozlišit povrchové a hluboké dýchání, můžeme přejít do sedu nebo cvičit vestoje.

- jedna ruka je položena na hrudi a druhá na žaludku;
- když vdechujeme nosem, žaludek se zvedá;
- opakujeme a snažíme se zachovávat plynulý rytmus dýchání. Měli bychom vdechnout asi 12krát za minutu.

Praško (2003) doporučuje se procvičovat správné dýchání při každé vhodné příležitosti. Jako vodítko, či „připomínku“ si můžeme dát třeba barevný puntík někam, kde se často díváme.

### **Imaginační cvičení:**

Příběh Člun (Lokšová, Lokša, 1999 s. 103):

„Kdo chce, si může zavřít oči. Sedíte uvolněně a soustředíte se na můj hlas. Dnes se půjdeme podívat do pohádky. Přestavte si všechno jako ve snu. Představte si krásný zámek. Za zámkem je nádherná zelená louka. Je teplo, sluníčko příjemně hřeje. Jeho paprsky se odrážejí v malém jezírku, ze kterého vytéká říčka.

Na břehu je přivázaný člun. Vkročíte do něj, odvážete ho a lehnete si na teplou a měkkou přikrývku na jeho dně. Člun se jemně kolébá na vlnkách nahoru, dolů, nahoru, dolů. Cítíte, jak krásně vás kolébá. Jemně se kolébáte a člun vás odnáší dál a dál, nese vás po proudu. Cítíte jen příjemné kolébání a posloucháte jemné pleskání vody. Člun se vzdaluje zpod stromů, plujete do teplého slunečného dne. Jak pomalu plujete dolů proudem, cítíte teplé sluneční paprsky a jemný vánek, který vás ovívá. Loďka vás unáší podél břehu, kde zpívají ptáci, rybičky vyskakují z vody a větřík vám přináší vůni polních květin.

Cítíte se velmi dobře a je vám velmi příjemně. Cítíte, jak se lodička kolébá na vlnkách. Představujete si, jak se kolébáte a přitom stále plavete dál a dál. Na tomto místě můžeme přestat na chvíli mluvit a poskytnou žákům možnost představu vychutnat.

Potom pokračujeme ve vypravování příběhu. Stále ještě plujete, jemně se kolébáte a plujete dál po proudu, až se konečně člun přibližuje ke břehu a hladce přistává na kraji krásné, zelené louky. Pomalu z něho vystupujete a procházíte se po louce. Tráva vám hladí nohy. Cítíte vůni lučních květů, posloucháte zpěv ptáků a šum stromů. Je vám teplo a velmi příjemně. Teď si sednete do stínu košatého stromu. Sedíte a těšíte se z příjemné pohody.

Velmi dobře jste se cítili. Teď se pomalu vracejte zpět, do této místnosti. Pomalu otevíráte oči a probíráte se. Dobře jste si odpočinuli“.

## DISKUSE

Při reedukaci a rehabilitaci dětí s ADHD je v současnosti uplatňována **široká paleta možností**. O. Zelinková (2003) uvádí, že v reedukačních postupech v USA se nejčastěji spojuje **medikamentózní léčba s behaviorálními metodami** založenými na operantním podmiňování, v Anglii preferují modifikaci chování. Někteří odborníci v různých zemích využívají **canisterapii**, při které se využívá pozitivní působení psa ke zdravotnímu zlepšení klienta, či **hipoterapii** (léčba jízdou na koni), která má uklidňující vliv na hyperkinetické děti, na procvičování jemné a hrubé motoriky, koordinaci pohybů a zvyšování sebedůvěry. Jiní speciální pedagogové či terapeuti upřednostňují **muzikoterapii, arteterapii, dramaterapii apod.**

**EEG biofeedback**, je využíván ve všech zemích, kde se zbývají terapii ADHD a v současnosti je hojně zaváděn v ČR i SR. EEG biofeedback je metoda, která umožňuje regulaci frekvencí elektrické aktivity mozku („mozkových vln“). Jedná se o sebeučení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby. Když mozek dostává okamžitou, cílenou a přesnou informaci o ladění svých mozkových vln, může se naučit, jak je uvést do souladu. Podporuje správné myšlení, zlepšuje paměť, ustupuje neklid, těkavost a impulzivita, zklidňuje se chování.

<http://biofeedbackcentrum.com/>

**Snoezelen** (multisenzoriální metodika zaměřená na stimulaci a relaxaci ve speciálně zařízených terapeutických místnostech, umožňujících muzikoterapii, aromaterapii, terapii světlem) uplatňují v terapii ADHD například ve Švédsku. <http://zmskolast.nejendetem.cz/clanky/snoezelen>

**Videotréning interakcí (VTI)** je také využíván při práci s dětmi s ADHD. Slouží především k rozvoji komunikace či k obnově zdravé komunikace, pokud došlo k její narušení. Nejdůležitější částí tohoto typu práce je rozhovor nad významnými úseky záznamu. <http://www.spin-vti.cz/metod.html>

V České i Slovenské republice již řadu let probíhá **realizace některých intervenčních programů** doktorky Kunzové. Je to metoda **KUPOZ a KUMOT**. Metoda KUPOZ je individuální nápravná metoda vhodná pro děti 8 až 12 let, rozvíjející pozornost a soustředění, pomáhá ke zrychlení psychomotorického tempa, k rozvoji samostatnosti a zlepšení komunikace mezi rodičem a dítětem. Program KUMOT je určený pro děti ve věku 5 až 8 let, napomáhá rozvoji grafomotoriky,

zlepšuje hrubou motoriku a vede k lepšímu sebeovládání. Program je určen pro děti s ADHD, ale i pro děti nesmělé či sociálně neobratné. <http://www.educozatec.cz/>

Individuální nápravná metoda **dílčí oslabení výkonu (DOV)** je založená na percepčních, kognitivních a motorických nápravných cvičeních a je určená pro jedince od předškolního věku až do dospělosti. Sestává ze speciálních cvičení, které vedou k vytváření nových nervových spojení, ty pak umožňují optimálně využít všechny schopnosti mozku. Základem této metody je především každodenní domácí cvičení. <http://www.educozatec.cz/educo4.htm>

Individuální nápravná metoda **Už se těším do školy**, je vhodná pro děti ve věku 5 – 7 let. Rozvíjí logické myšlení, procvičuje zrakové a sluchové vnímání, matematické představy, napomáhá rozvoji řeči, slovní zásoby, grafomotoriky, učí správnému držení psacího náčiní a správnému sezení u psaní, dítě se učí každodenní systematické práci. Je určená pro děti neklidné, pomalé, nesoustředěné a neurotické. Těžiště tohoto programu je v každodenní domácí práci dítěte s rodičem. <http://www.educozatec.cz/>

Skupinová metoda: **Metoda dobrého startu**, je doporučena pro děti ve věku 5 – 11 let. Napomáhá k rozvoji řeči a grafomotoriky, cvičí rytmizaci, připravuje děti pro vstup do školy. Je účinná především u dětí v předškolním věku a u dětí s odkladem školní docházky. Cvičení probíhá v průběhu školního roku, hravou formou – nositelem je píseň, pohyb, vyprávění atp. (<http://www.educozatec.cz/>)

Skupinový program **Zas já, proč já**, vhodný pro děti 12 – 15 let, který je zaměřen na zlepšení sebeovládání, seberegulaci a komunikaci. (<http://www.educozatec.cz/>)

Program pro **odstraňování grafomotorických obtíží** u dětí mladšího školního věku sestavila doktorka Heyrovská. <http://www.dyscentrum.org/>

**S Feuersteinovou metodou instrumentálního obohacování (FIE)**, která byla do ČR a SR dovezena z Rakouska a má za cíl rozvíjet pozornost, vnímání, učební postoje a návyky a je vhodná pro děti a mládež od 8 let, mají taktéž někteří speciální pedagogové dobré zkušenosti.

<http://www.jabok.cuni.cz/~ortova/dokumenty/obohacovani.doc>

Forma terapie, kterou speciální pedagogové ke korekci deficitních funkcí zvolí je jistě limitována možnostmi zařízení ve kterém pracují, nemalou úlohu však hraje i osobní preference určitého typu terapie, metody, respektive korekčního programu.



**Výsledky autorkou realizovaného výzkumu potvrzují, že i integrativní korekční program lze rovněž ve speciálně pedagogické praxi doporučit.**

Se změnou pohledu na výchovu a vzdělávání postižených dětí a žáků (inkluzivní snahy v běžných školách) se mění postavení učitelů a speciálních pedagogů na školách. Vančová (2002) uvádí, že princip inkluze znamená vytvoření podmínek pro to, aby se lidé s postižením mohli účastnit v plném rozsahu na všech společenských aktivitách, které jsou otevřeny lidem bez postižení.

Dochází ke změně úkolů při výchově a vzdělávání postižených. Vítková (2004, s. 24-25) uvádí, že „dosavadní systém přípravy učitelů i speciálních pedagogů přestal vyhovovat novým integračním trendům a začaly se proto hledat nové směry ve vzdělávání učitelů, speciálních pedagogů a všech dalších odborníků pracujících v pedagogicko-psychologickém poradenství“. Ve většině zemí ES se před několika roky začalo s přestavbou učitelské přípravy. Také další vzdělávání je středem pozornosti, a to zvláště u učitelů na základní škole, která přijímá znevýhodněné žáky a používá ve výuce nové technologie. Na uvedené potřeby prohloubeného vzdělání ve speciální pedagogice se reaguje různě v různých zemích a v různých rovinách.

Ve většině zemí se konají informativní semináře, v některých zemích jen pro učitele prvního stupně. Tyto semináře, poskytující informace k integraci, se většinou pořádají na univerzitách, vysokých školách a učitelských ústavech. (Univerzity v SR i ČR nabízejí vzdělávací aktivity pro učitele a jiné pedagogické pracovníky formou krátkodobých školení, výcvikových kurzů, specializovaných inovačních studií či rozšiřujících studií speciální pedagogiky pro učitele atp.). Existují různé varianty speciálně pedagogické přípravy a péče o učitele z běžných škol. Může to být vzdělávání realizované ve škole (in-service school-based training) rozšířené ve Velké Británii, individuální doprovod (Tutoring) prostřednictvím Ressource center, který je určen učitelům, kteří mají integrované dítě ve třídě, realizovaný například ve Švédsku nebo realizace informativních seminářů a pomoc při vypracovávání individuálních programů pro integrované dítě před začátkem školního roku a v jeho průběhu. Snahy v tomto směru jsou indikátorem pro to, jak je v jednotlivých zemích rozdílně sledovaná integrativní politika (tamtéž).

V evropských zemích přibývá právních předpisů, které předepisují speciálně pedagogickou dodatečnou kvalifikaci. Co se týče vzdělávacích cest, existují většinou v zemích OECD v nabídce na postgraduální úrovni. V zemích OECD existuje široký

konsensus ohledně velkého významu speciálně pedagogického dalšího vzdělávání a v jeho klíčové roli při integraci (tamtéž).

Vítková (2004) dále uvádí, že mezinárodní zprávy a doporučení UNESCO, OECD, Evropského společenství a Evropské rady jsou za jedno v tom, že v budoucnu budou děti se speciálními vzdělávacími potřebami chodit čím dál ve větší míře do běžných škol a že učitelé by měli být na tuto skutečnost připraveni. Orosová (2006, in: Lazarová a kol. 2006, s. 35) poukazuje na fakt, že „s potřebou rozvoje kompetence učitelů korespondují i závěry Národní podkladové zprávy za SR pro OECD“. Inkluzivní trend na běžných základních školách vede k zamyšlení (v mnohých školách i k realizaci) vytvoření pracovního místa pro speciálního pedagoga, jehož náplní práce by byla především péče o děti se speciálními vzdělávacími potřebami, k nimž se žáci s ADHD řadí.

V České republice je od 1. 9. 2005 v realizaci projekt VIP Kariéra, ve kterém je zapojeno 99 škol. VIP Kariéra je systémový projekt ministerstva školství, který přispívá ke zlepšení pedagogicko-psychologického a kariérového poradenství na školách. Projekt zaštiťuje Institut pedagogicko-psychologického poradenství v Praze. Iničiátoři projektu mají za cíl proškolit a zaměstnat pedagogy, respektive speciální pedagogy, kteří budou pracovat na základních školách a odborně se věnovat žákům, kteří potřebují zvýšenou péči. Tak se dostává potřebné pomoci indikovaným dětem přímo v terénu. Právě někteří z těchto odborníků integrativní korekční program již realizují a setkávají se s pozitivním ohlasem, jak u žáků a vyučujících, tak u rodičů dětí s diagnózou ADHD.

## ZÁVĚR

Příznaky ADHD bývají nejnápadnější u dětí ve školním věku. Práce s dětmi trpícími touto poruchou bývá náročná pro všechny, kteří s nimi přijdou do styku. V první řadě jsou to rodiče a pedagogové, ať už se jedná o učitele a vychovatele mateřských, základních či speciálních škol.

Pedagogický přístup k těmto dětem vyžaduje nejen velkou trpělivost, odpovědnost a laskavost, ale především odbornou erudici. Jeví se proto nezbytné další vzdělávání pedagogů v oblasti speciální pedagogiky. Kompetentní pedagog pak dovede symptomy poruchy u dětí objevit a popsat, ve spolupráci s pedagogicko-psychologickou poradnou (respektive psychologem či pedopsychiatrem) přesně diagnostikovat, vypracovat individuální vzdělávací plán a s respektem k uvedeným požadavkům v pedagogické praxi realizovat. Erudovaný pedagog dokáže edukovat a povzbudit i rodiče žáků, kteří jsou mnohdy výchovou dítěte s ADHD vyčerpaní a bezradní.

Pozitivní výsledky autorkou realizovaného výzkumu ukazují, že integrativní korekční program lze rovněž ve speciálně pedagogické praxi doporučit. Aplikací tohoto programu bylo výzkumem prokázáno pozitivní ovlivnění zejména poruch chování a hyperaktivity dětí, taktéž nezúčastněnosti, pasivity, i napětí a úzkosti. Aplikace integrativního korekčního programu se pozitivně projevila i na chování dětí ve třídě, jejich účasti na činnostech skupiny a postoji k autoritě. Integrativní korekční program se proto nabízí jako další užitečná možnost v terapii dětí s ADHD. Jeho realizace nevyžaduje žádné speciální podmínky (speciální prostor či materiálně technické zabezpečení), je jasně strukturovaný, časově nenáročný, modifikovatelný podle mentální a věkové úrovně dětí a je dobře realizovatelný ve výchovně-vzdělávacích zařízeních, ve speciálních výchovných zařízeních, také v poradenských zařízeních, kde mají kompetentní pracovníci pravidelný kontakt se svými svěřenci. Tento program neopomíjí ani spolupráci s rodiči, kterou při snaze modifikovat chování dítěte shledáváme jako nepostradatelnou.

**Integrativní korekční program se jeví vedle úpravy podmínek při výuce ve škole, psychoterapie a farmakoterapie jako úspěšná podpůrná alternativní metoda při reedukaci dětí s ADHD.**

## SHRNUTÍ

Uvedená práce se zabývá problematikou dětí s ADHD. Je rozdělena do pěti kapitol.

V úvodní kapitole jsou uvedena historická východiska, terminologické vymezení pojmu, etiologie a projevy ADHD v různých věkových obdobích, také komorbidita ADHD s dalšími psychickými poruchami.

Navazující kapitola popisuje speciálně pedagogickou, pedagogickou, psychologickou, medicínskou a diferenciální diagnostiku této poruchy.

Třetí kapitola, je věnována terapeutickým přístupům k dětem s ADHD. Jsou zde nabídnuty základní pedagogické postupy při práci s těmito dětmi ve škole, obsahuje také doporučení k prevenci problémového chování ve třídě. Akcentuje metody speciální výchovy a vysvětluje základní rysy a metody kognitivně behaviorální terapie. Neopomíjí ani význam farmakologické léčby v indikovaných případech.

Následná kapitola informuje o vhodných rodičovských postupech při výchově dítěte s ADHD.

Těžiště práce je v páté kapitole, kde je podrobně popsán integrativní korekční program, jeho charakteristika, struktura, metodické a didaktické pokyny. Uvedený program je koncipovaný na principu integrativního pojetí terapie ADHD v aplikaci speciálního pedagoga. Program kombinuje a využívá východiska, metody a prvky různých terapeutických směrů, nabízí psychoterapeutické hry a využívá speciálně pedagogické metody výchovy, zaměřené na modifikaci chování dítěte, v zájmu jeho akceptabilního chování.

**Autorka: PhDr. Nora Gavendová, více informací: [www.gavendova.cz](http://www.gavendova.cz)**

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- AMEN, D. G. 2001. *Healing ADD*. New York: Berkley Books, 2001
- BAŠTECKÁ, B., a kol. 2005. *Terénní krizová práce*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X.
- CANFIELD, J., SICCONI, F. 1998. *Hry pro výchovu k odpovědnosti a sebedůvěře*. Praha: Portál, s. r. o. 1998. 384 s. ISBN 7178-194-0
- CANFIELD, J., WALS, H. C., 1995. *Hry pro zlepšení motivace a sebepojetí žáků*. Praha: Portál 1995. 197 s. ISBN 80-7178-136-3
- DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. ET AL. 2007. *Hyperkinetická porucha /ADHD*. Praha: nakladatelství Galén 2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5
- FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika*. Praha: nakladatelství Triton 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0
- KRATOCHVÍL, S. 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: nakladatelství Galén 2005. 294 s. ISBN 80-7262-347-8
- LABÁTH, V., SMIK, J. 1991. *Expoprogram (Intervenční program pro skupinovou práci s dětmi a mládeží)*. Bratislava: Psychodiagnostika, 1991. 198 s.
- LANGMEIER, J. , BALCAR, K. , ŠPITZ, J. 2000. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, s. r. o. 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1
- LANIADO, N. 2004. *Máte nelidné dítě?* Praha: Portál, s. r. o. 2004. 112 s. ISBN 80-7178-868-6
- LAZAROVÁ, B. A KOL. 2006. *Cesty dalšího vzdělávání učitelů*. Brno: Paido 2006. 230 s. ISBN 80-7315-114-6
- LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, J. 1999. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole*. Praha: Portál, s. r. o. 1999. 208 s. ISBN 80-7178-205-X
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2005. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7
- MELICHERÍKOVÁ, R. 2005. *Poruchy pozornosti v škole*. (Překlad z německého originálu ADS in der Schule Peter Alther und kol.) 2005. 82 s.

- MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. 1992. *Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. World Health Organization Geneva 1992. s. 305. ISBN 80-85121-44-1
- MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. 1999. *Kognitivně – behaviorální terapie - úvod do teorie a praxe*. Praha: nakladatelství Triton 1999. 304 s. ISBN 80-7254-038-6
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, s. r. o. 2002. 120 s. ISBN 80-7178-625-X
- PACLT, I. A KOL. 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing a.s. 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4
- PIPEKOVÁ, J. A KOL. 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury. 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6
- PIPEKOVÁ, J. VÍTKOVÁ, M. 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury. 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7
- POKORNÁ, V. 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, s. r. o. 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9
- PORTMANOVÁ, R. 1996. *Jak zacházet s agresivitou*. Praha: Portál, 1996. 104 s. ISBN 80-7178-094-4
- PRAŠKO, J. 2003. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5
- PREKOP, J., HÜTHER, G. 2008. *Odhalte poklad u svého dítěte*. Praha: Grada Publishing a. s. 2008. 94 s. ISBN 978-80-247-2070-8
- PREKOP, J., SCHWEIEROVÁ, CH. 2008. *Neklidné dítě*. Praha: Portál, s. r. o. 2008. 160 s. ISBN 978-80-7367-351-2
- RIEFOVÁ, SANDRA F. 1999. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, s. r. o. 1999. 256 s. ISBN 80-7178-287-4
- RONENOVÁ, T. 2000. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál, s. r. o. 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6
- SATIROVÁ, V. 2006. *Kniha o rodině*. Praha: Práh 2006. 357 s. ISBN 80-7252-150-0
- SATIROVÁ, V., BANMEN, J., GREBEROVÁ, J., GOMORIOVÁ, M. 2005. *Model růstu*. Brno: Cesta 2005. 303 s. ISBN 80-7295-071-1

- SERFONTEIN, G. 1999. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál, s. r. o. 1999. 152 s. ISBN 80-7178-315-3
- SWIERKOSZOVÁ, J. 2006. *Specifické poruchy chování diagnostika – reedukace*. Ostrava: vydavatel Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta 2006. 88 s. ISBN 80-7368-238-9
- ŠIMANOVSKÝ, Z. 2002. *Hry pro zvládnání agresivity a neklidu*. Praha: Portál, s. r. o. 2002. 176 s. ISBN 80-7178-689-6
- TRAIN, A. 1997. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, s. r. o. 1997. 168 s. ISBN 80-7178-131-2
- TRAIN, A. 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, s. r. o. 2001. 200 s. ISBN 80-7178-503-2
- VANČOVÁ, A. 2002. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia. 2002. 100 s. ISBN 80-967108-7-X
- VAŠEK, Š. 1991. *Špeciálno pedagogická diagnostika*. Bratislava: SPN 1991. 166 s. ISBN 80-08-00396-0
- VAŠEK, Š. 2007. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiencia s. r. o. 2007. 218 s. ISBN 978-80-89229-09-3
- VÍTKOVÁ, M. (ED.) 2004. *Inegrativní speciální pedagogika*. Brno: edice pedagogické literatury Paido 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9
- VODÁČKOVÁ, D. A KOL. 2002. *Krizová intervence*. Praha: Portál, s. r. o. 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9
- VYMĚTAL, J. 2004. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, s. r. o. 2004. 184 s. ISBN 80-7178-830-9
- VYMĚTAL, J., REZKOVÁ, V. 2001. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál s. r. o. 2001. 240 s. ISBN 80-7178-561-X
- ZELINA, M., 1990. *Rozhovor vo výchove, poradenstve a na vyučovaní*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, š. p. 1990. 241 s. ISBN 80-85179-12-1
- ZELINKOVÁ, O. 2001. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha, s. r. o. 2001. 208 s. ISBN 80-7178-544-X

ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení*. Praha: Portál, s.r.o. 2003. 264 s. ISBN 80-7178-800-7

ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. 2007. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?* Praha: nakladatelství D + H 2007. 83 s. ISBN 978-80-903869-0-7

Jiné zdroje:

- vzdělávací programy akreditované MŠMT ČR pro Krajské vzdělávací a informační centrum Nový Jičín: (viz. <http://www.kvic.cz/dvpp/>)

lektorka: N. Gavendová; *Terapeutická práce s dětmi jako součást výchovného procesu*

č. akreditace 500000 16/1150

Dítě se specifickými potřebami

č. akreditace 294 64/2003-25-203

Rozvoj komunikačních a sociálních dovedností

č. akreditace: 15838/2007-25-331

- vzdělávací programy akreditované MŠMT ČR pro Slezskou Univerzitu v Opavě: (viz. <http://www.vck.slu.cz/studium/index.html>)

lektorka: N. Gavendová; *Principy krizové intervence*: č. akreditace: 2007/341-SP

Účinné kroky při výchově dětí s poruchami chování:

č. akreditace: 11 318/2007-25-247

Devět terapeutických technik pro zlepšení sebepojetí

a úspěšnosti dětí: č. akreditace: 11 318/2007-25-247

- Komunitní a skupinový výcvik v psychoterapii s integrativním zaměřením, pořádající Institutem pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství v Olomouci. (viz. <http://www.ipipapp.cz/index.php>)

- <http://biofeedbackcentrum.com/>

- <http://zmskolast.nejendetem.cz/clanky/snoezelen>

- <http://www.educozatec.cz/>

- <http://www.educozatec.cz/educo4.htm>

- <http://www.dyscentrum.org/>

- <http://www.jabok.cuni.cz/~ortova/dokumenty/obohacovani.doc>.



# PŘÍLOHA ČÍSLO 1

## DOHODA

### Vážení rodiče,

aby péče o Vaše dítě měla smysl, předkládáme Vám tuto dohodu.

Jejíím předmětem je vymezení pravidel, která považujeme za nezbytnou součást efektivního pobytu v našem zařízení.

Jméno dítěte: .....

Jméno zákonného zástupce: .....

Adresa a telefonní kontakt zákonného zástupce: .....

### Pravidla:

Stvrzuji svým podpisem, že:

1. Respektuji terapii, která byla dítěti doporučena a budu v terapii spolupracovat a řídit se odbornými radami;
2. Budu včas omlouvat každou nepřítomnost dítěte v terapii (pokud bude známa). Pokud se dozvím o neomluvené absenci dítěte, nebudu ji zakrývat;
3. Respektuji a dohlížím na užívání medikace, v případě, že byla pedopsychiatrem ordinována;
4. Souhlasím s provedením (v případě potřeby) odborného – kontrolního speciálně pedagogického vyšetření školním speciálním pedagogem;
5. Při důvodném podezření z užití návykové látky dítětem souhlasím s odběrem biologického materiálu odborným pracovníkem (lékařem);
6. Byl(a) jsem podrobně seznámen(a) s obsahem školního řádu, s režimem školy a pravidly spolupráce se školou.

### V případě nedodržování dohody beru na vědomí, že:

- při neomluvení absence bude škola kontaktovat OPD (hlášení na sociální obor)
- dítě může být přeřazeno na kmenovou školu, resp. může být podán návrh na zařazení do jiného zařízení (diagnostický servis, výchovný ústav apod.)

V Opavě dne:

Podpis zákonného zástupce:

## **PŘÍLOHA ČÍSLO 2**

### **LETÁK PRO RODIČE**

#### Účinné strategie v komunikaci s dítětem

##### **1. Používejme výrok „JÁ“**

Znamená to, že mluvíme v první osobě.

Mluvíme o tom, jak to „vidím já“

jak to „vnímám já“

jak to, či ono působí na mě apod.

Mluvme o SVÝCH emocích. Proč? Protože my jsme nejkompentnější o sobě mluvit. Kdo jiný by měl lépe vědět, „jak na tom jsem“, než já sám.

„Přiznáním vlastních myšlenek, pocitů a skutků přebíráme vládu nad situací do svých rukou. Přijetí vlastních pocitů nám dává sílu ovládat tyto pocity a ovládat způsob, jakým jsou vyjádřeny. Abychom v dětech podporovali pocit odpovědnosti, je třeba položit důraz na „já“ jako hybnou sílu, aby děti na vlastní kůži poznali sílu sebekázně a sebeřízení a pocítili osobní podíl a závazek.“ (J. Canfield, F. Siccone, 1998)

##### **2. Vyhybejme se „dvojně vazbě“ v komunikaci**

Znamená to, že budeme mít v souladu verbální projev s neverbálním. Jednoduše řečeno, to, o čem budeme mluvit, bude v souladu s tím, jak vypadá naše tělo. Když tomu tak není, mnohé děti to mate, a v dětech úzkostnějších vzbuzuje nejistotu a pochybnosti o tom, „co je špatně?“ „Co tu nesedí?“

S tímto doporučením souvisí i ironizování ze strany rodičů. Někdy rodiče ironizují i jaksi „v dobrém“. Dítě však údajně do osmi až devíti let nerozumí ironii! Jestliže dítě rozlije čaj a maminka to okomentuje slovy „ty jsi ale šikulka“, dítě tomu nejspíš neporozumí. Slyší sice něco pozitivního, ale situace tomu neodpovídá.

##### **3. Neznačkejme děti**

Neříkejme dětem: „Ty jsi otrava.“

„Ty jsi nemehlo.“

„Ty jsi sobec.“

„Ty nejsi normální“ apod.

Mnoho dětí a mladých lidí vyrůstá s tímto druhem „sugesce“ a toto „poselství“ následně přechází z generace na generaci.

Neznačujeme děti ani „v dobrém“. Informace od rodiče - „ty jsi takový můj popleta“ nebo „ty jsi takový můj ťulda“ - žádnému dítěti sebevědomí nepřidá.

Jak ale na to, abychom děti přece jen vychovávali, usměrňovali a přitom je nezraňovali?

**Jedna z možností, jak lze „značkování“ obejít, je - vyjadřovat se k CHOVÁNÍ dítěte a ne k jeho osobnosti.** (Chováš se tak a tak a ne ty jsi takový a takový).

Oddělit chování od „člověka“ od jeho „já“.

V. Satirová (2005, s. 143) používá pro lepší porozumění „vrstev“ osobnosti metaforu ledovce. Lidskou osobnost přirovnává k ledovci, který pluje po moři. To, co je nad hladinou moře a všichni to vidíme, je CHOVÁNÍ člověka. To, co se skrývá pod hladinou, není vidět. Jsou:

pocity  
pocity z pocitů  
pozice  
očekávání  
touhy  
„JÁ“

Chování je nad hladinou. Jestli chceme, můžeme ho změnit hned. Čím postupujeme hlouběji, tím je „změna“ těžší, až nemožná. Proto neříkejme dětem: „TY jsi...“, dotýkáme se totiž místa, které je nejhlouběji. Volme raději možnost, že popíšeme, jak na nás působí chování onoho člověka. Pamatujme si, že chování můžeme kdykoli změnit, je to v moci každého z nás. (Výjimky tvoří těžce zdravotně či mentálně postižení).

#### **4. Nepoužívejme ponižující výrazy v komunikaci s dětmi**

Volme prosté instrukce.

Nepoužívejme ponižující výrazy ani přátelským způsobem. Např. „Hej, sloní ouško, běž umýt nádobí!“

#### **5. Nesrovnávejme**

„Povolené“ srovnávání je s normou nebo se sebou samým. Např. „Podívej se, včera jsi hezky uklidila pokojík, čím to, že se ti to dnes nepovedlo?“

## **6. Nedávejme sami špatný příklad**

Mnohokrát, když dětem promluvíme „do duše“, máme možná ze sebe sami dobrý pocit, jak se nám ta myšlenka podařila hezky říct a věříme, že se děti „polepší“. Přestože jsme to tak „hezky naformulovali“, může se stát, že to děti vůbec nezaujalo a z kontaktu s námi si „vyberou“ úplně něco jiného. Například to, jak se chováme ve chvílích, když jsme třeba unaveni, nebo jak zareagujeme, když se dozvíme něco nečekaného apod.

## **7. Neobviňujeme**

Výroky typu: „Mne z tebe odvezou do blázince!“

„Já z tebe dostanu infarkt!“

navozují v dětech pocity viny. Jeden z nejhorších (někteří autoři uvádí, že úplně nejhorší) emočních pocitů je pocit viny.

## **8. Dávejme dětem možnost volby**

Možnost volby předpokládá, že dítě si může vybrat mezi dvěma velmi podobnými variantami. Uvádíme příklady, jak lze tuto dovednost uplatnit. Je potřeba vynést koš. Matka vidí, že dcera zrovna čte. Otázka matky může znít: „Půjdeš s košem hned, nebo až si dočteš stránku?“ Další příklad: Matka chystá dítě ráno do mateřské školy. Po včerejší zkušenosti předpokládá, že si dítě nebude chtít obléct mikinu. Opět si dítě bude chtít prosadit možnost jít jenom v tričku. Maminka se může zeptat: „Oblečeš si mikinu zelenou, nebo modrou?“ Možnost volby je pro většinu dětí (i dospělých) příjemná. Dává nám pocit větší kompetence.

## **9. Nevyhrožujeme, nementorujeme, nezastrašujeme**

Uplatňováním těchto zlovyků v komunikaci sami devalvujeme své postavení. Výroky typu „takovou ti vlepím, až se ti hlava otočí“, či „no počkej, až to řeknu tatínkovi“ apod. nikterak svoji rodičovskou autoritu nezvýšíme, ba naopak.

## **10. Udělejme si sami jasno a mluvejme jasně**

Žádáme-li něco od dítěte, není to prosba ani téma k diskusi. Pro dítě bude prospěšné, když se naučí naše požadavky plnit.

Mluvejme jasně a buďme jednoznační!

**PŘÍLOHA ČÍSLO 3**

**PRACOVNÍ LIST „MOJE NEBE“**



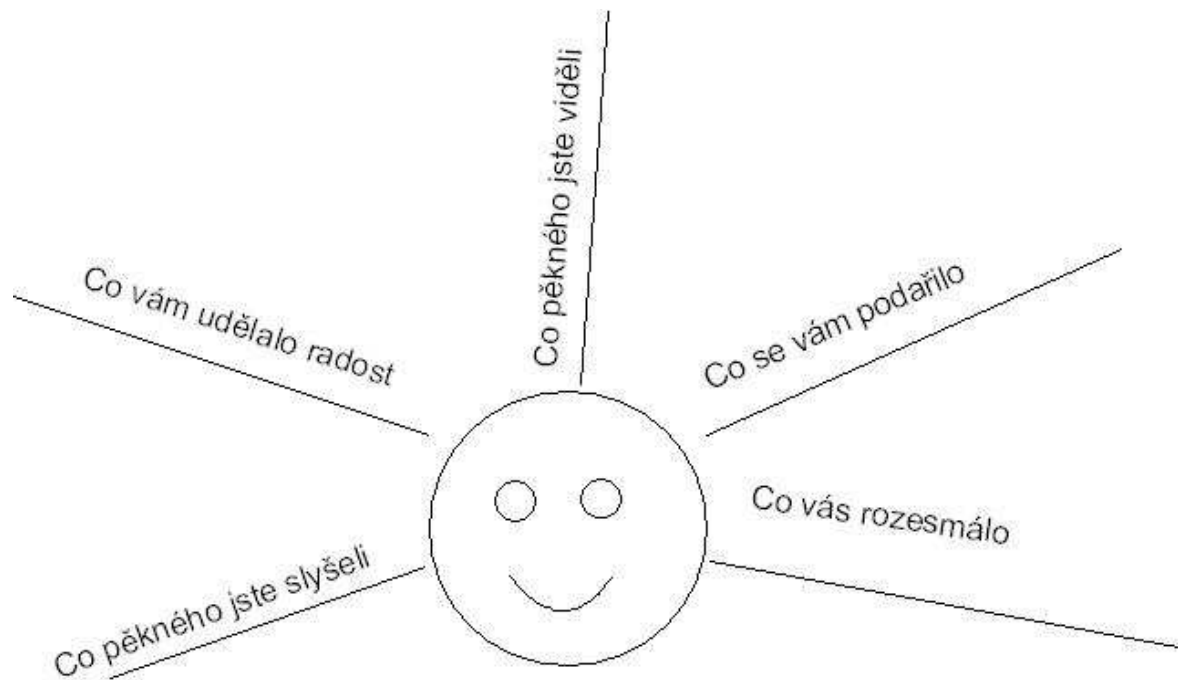
## PŘÍLOHA ČÍSLO 4

### PRACOVNÍ LIST „SEMAFOR“



## PŘÍLOHA ČÍSLO 5

### PRACOVNÍ LIST „SLUNÍČKOVÁ“



Sluníčková

## PŘÍLOHA ČÍSLO 6

### NÁMĚTY NA ODMĚNY PRO ŽÁKY

(příklady pozitivního posilování, zpevňování ve třídě)

#### **Nejlepším posílením bývá zasloužená pochvala a uznání.**

Doporučuje se žáky odměňovat určitými výsadami (např. možnost vykonávat ve třídě určité práce nebo se o něco starat).

**Všeobecně vzato je dobré, když se neužívají „velké trumfy“** (významné pobídky a odměny), pokud jich ve třídě není zapotřebí. **Pro začátek je lepší, jsou-li odměny a pobídky jednoduché a drobné.**

Mnohé žáky k práci motivují hmatatelné odměny (samolepky, drobné ceny, dobroty apod.).

#### **Mezi další způsoby pozitivního posilování patří následující možnosti:**

- zvolit si hru, kterou je možné se zahrát s kamarádem;
- zasloužit si „volný čas“;
- zasloužit si společnou svačinu s učitelem nebo společný oběd s ním;
- přečíst si nebo prolistovat zajímavé časopisy;
- používat počítač samostatně nebo s kamarádem;
- poslouchat hudbu z MP 3;
- pracovat s hlínou, se speciálními pomůckami;
- hrát vedoucí roli ve hře, třeba jako kapitán družstva;
- zrušit svoji nejhorší známku z desetiminutovky;
- vynechat úkol podle žákova výběru;
- přinést do třídy nějakou věc podle vlastního výběru nebo před třídou předvést něco osobně významného (sbírku, sportovní trofej apod.);
- zkrátit dobu, kterou je nutné za trest strávit „po škole“;
- privilegium v určené době mít žvýkačku.

S. F. Riefová (1999, s. 32, 33)



Název: Korekční program pro děti s ADHD

Autor: Nora Gavendová

Vydání: 1.vydání, 2011

Počet stran: 95

Tisk: Tiskárna Kleinwächter

recenzenti: Šárka Čížková

Marta Kolaříková

## **NEPRODEJNÉ**

Studijní materiál pro projekt Rozvoj kompetencí učitelů související s reformou.

Registrační číslo projektu CZ.1.07/1.3.05/11.0006

Tento projekt je financován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

© Nora Gavendová

© Slezská univerzita v Opavě

ISBN 978-80-7248-647-2