

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Možnosti využití Cirkusové terapie při léčbě ADHD

The possibilities of the use of the circus therapy in the treatment of adhd



Magisterská diplomová práce

Autor: Vojtěch Holický

Vedoucí práce: PhDr. Martin Kupka PhD.

Olomouc 2012

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: Možnosti využití cirkusové terapie při léčbě ADHD vypracoval samostatně pod odborným dohledem PhDr. Martina Kupky PhD. a PhDr. Jiřího Smejkal, uvedl jsem všechny použité podklady, literaturu a nesmlčel jsem žádnou prožitou skutečnost.

V Olomouci.dne 26. 3. 2 12

Podpis

Děkuji PhDr. Martinu Kupkovi PhD. za odborné vedení práce, PhDr. Jiřímu Smejkalovi za vstřícnost, s jakou mi umožnil výzkum a všem, se kterými mohu být v kontaktu za to, že mě inspirují.

Obsah

Úvod.....	7
I.ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).....	9
1. Historie.....	11
2. Klinický obraz a psychodiagnostika ADHD	14
2.1. Klinický obraz.....	14
2.2. Psychodiagnostika podle MKN-10 a DSM-IV	15
2.3. Psychologické vyšetření	17
2.3.1. Klinická část	18
2.3.2. Testová část.....	19
2.4. Příčiny a vysvětlení ADHD	20
2.4.1. Kognitivní modely ADHD.....	21
2.4.2. Neurobiologické podklady ADHD	22
2.4.3. Biochemické podklady ADHD	25
2.4.4. Genetické předpoklady	26
2.4.5. Psychoanalytické teorie	27
2.4.6. Vliv výživy	28
2.4.7. Antropologické vysvětlení.....	29
3. Způsoby terapie ADHD	29
3.1. Farmakoterapie	30
3.2. Kognitivně behaviorální terapie (KBT).....	31
3.2.1. Behaviorální přístup.....	32
3.2.2. Kognitivní přístup	32
3.3. Relaxační techniky.....	33
3.3.1. Jacobsonova progresivní relaxace	33
3.3.2. Autogenní trénink	34
3.3.3. Relaxačně aktivační metoda (RAM).....	34
3.3.4. Meditace.....	35
3.3.5. Masáž.....	36
3.4. EEG biofeedback	36
3.5. Diety a doplňky stravy	37
3.6. Výchovné přístupy	38

II. Cirkusová terapie	40
1 Cirkusová pedagogika.....	40
1.1 Historie cirkusové pedagogiky	41
1.2 Cirkusová umění	43
1.2.1 Ekvilibristika.....	43
1.2.2. Akrobacie.....	44
1.2.3. Žonglování	45
1.2.4 Dramatické umění.....	45
2 Využití cirkusové pedagogiky	46
2.1 Volnočasový cirkus (Leisure circus)	47
2.2 Sociální cirkus (Social circus)	47
2.3 Adaptační cirkus (Adaptation Circus)	49
2.4. Cirkusová terapie	49
2.4.1 Arteterapie	50
2.4.2. Teatroterapie	51
2.4.3. Taneční terapie.....	52
2.4.4. Dramaterapie.....	52
2.5. Psychologické aspekty žonglování	53
2.5.1. Psychomotorika	53
2.5.2. Vývojové hledisko	54
2.5.3 Učení.....	55
2.5.4. Pozornost	59
2.5.5. Frustrace.....	61
2.5.6. Aspirace	62
2.5.7 Ideomotorický trénink.....	63
III. Výzkumná část.....	64
1. Výzkumný problém	64
2. Cíle výzkumu.....	64
3. Výzkumné otázky	65
4. Metodika výzkumu	65
4.1. Způsob sběru dat.....	66
4.1.1. Použité testy.....	66
4.2. Průběh výzkumu	68

4.3. Charakteristika výzkumného vzorku	69
4.4. Cirkusová terapie	70
4.5. Příklad 1	72
4.5.1 Výsledky testování.....	73
4.6. Příklad 2	76
4.6.1. Výsledky testování.....	77
5. Zodpovězení výzkumných otázek	80
6. Diskuze	80
7. Závěr	85
Souhrn.....	85
IV. Použitá literatura.....	88

Úvod

Tato práce vznikla v poměrně rychlém tempu. Vlivem okolností byl jsem nucen na poslední chvíli změnit plánované téma a najít si téma jiné. Baseballový team, na kterém jsem měl v plánu popsat možnosti ideomotorického tréninku jsem opustil a začal se věnovat zábavě, kterou jsem měl do té doby až daleko na druhém místě. Žonglování.

Konečně jsem získal čas pořádně prozkoumat v čem to vlastně vězí. Když jsem se poprvé setkal se žonglováním u spolužáka na gymnáziu, musel jsem si taky pořídit něco, čím by se dala upoutat pozornost. Ale protože jsem byl příliš líný abych se opravdu něco učil, sáhl jsem po flowersticku, který jsem považoval za nejjednodušší. Naučil jsem se pár základních výhozů pro pobavení a to mi stačilo. V okolí nikdo nežongloval a tak jsem byl stále nejlepší. Netušil jsem ani, že se s tím dá dělat i něco jiného než vyhodit a chytit. Až po delší době jsem se potkal s člověkem, který tomuto umění propadl celým životem. Až on mi ukázal tu spoustu křivek, po kterých se může tyčka kolem těla točit. Kolika způsoby se dá zastavit a chytit. Co všechno může dělat volná ruka. A to se mi stalo motivací. Pochopil jsem, že žonglování může měnit pohled na svět. Že se můžu naučit jinak vnímat prostor, jinak se pohybovat, jinak cítit.

Žonglování je nádherný způsob objevování vlastních limitů. Vrábí vám vždy přesně tolik, kolik do něj dáte. A když mu dáte celé srdce, otevře se vám srdce světa. Je jenom na vás jestli si budete hrát každou minutu nebo jednou za měsíc, může pro vás být příjemnou dovedností, možností jednou za čas se předvést před kamarády, způsobem osahání si světa kolem sebe nebo spirituální cestou k poznání. Ale nejdůležitější ze všeho je, že je to zábava! Je to důvod vstávat a hrát si celý den.

Proto jsem rád, že mě osud navedl touto cestou a umožnil mi propojit znalosti, které jsem měl možnost načerpat ve vrcholovém sportu se znalostmi, které se postupně dozvídám o žonglování. Je zajímavé nacházet stejné tréninkové informace v různých typech knih. Terminologie baseballových coachů je jiná než řeč artistů, metody nácviku specializovaných pohybů jsou však podobné. Objevují celý nový svět, který voní volností a slibuje nekonečno. Nekonečno, které se skrývá v jistotě, že se bude vždy co učit. Že duchovní rozvoj se nemusí točit v kruhu.

Jako téma práce jsem si zvolil vliv žonglování na hyperaktivitu. Jako pokusné osoby jsem zvolil chlapce z Psychiatrické léčebny ve Šternberku protože právě oni mají

konflikty se svým okolím často jen kvůli tomu, že sami nevědí jak se zabavit. Žonglování je jedinečnou zábavou, kterou se může naučit opravdu každý a naučí se tím být sám se sebou a předmětem. Právě být sám se sebou bývá pro některé lidi natolik těžké, že vyžadují sociální kontakt i za cenu negativních projevů. Všichni chlapci, kteří se zúčastnili výzkumu měli diagnózu hyperaktivity takže nabylo těžké je přimět k pohybu a šilným kouskům. Díky třpytivosti žonglérského umění dal se zprostředkovat princip učení chlapcům, kteří by u něčeho jako učení nevydrželi. Učení se pohybem však bylo zábavné.

Chtěl jsem vyzkoušet, zda se mohou chlapci díky získávání nových dovedností stávat lepšími i v posuzujících očích společnosti. Pro vyhovění vědeckým nárokům kladeným na podobný typ práce, jehož obhajoba vynese autorovi akademický titul, zvolil jsem metodu testování chlapců ověřenými psychometrickými testy. Tento typ výsledků však není sto zachytit podstatu tak rozmanitého přístupu. Proto jsem byl nucen oprášit patetická slova básnických let a pokusil jsem se zachytit i něco více než strohou realitu objektivistické vědy.

Věřím, že žonglování je skvělý způsob komunikace sama se sebou i mezi lidmi, srozumitelný prostředek, který umožňuje a vyvolává vztah. Podobně jako hudba a umění obecně může se stavět na roveň filozofii a náboženství. Stejně tak je nádobou, kterou může každý naplnit svým obsahem a pohlédnout zpětně na sebe.

Jak zaznělo na semináři Sociálního cirkusu v Bohnicích: "Je více způsobů jak věci dělat a my jsme si vybrali tento"

I.ADHD

(Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Chvíli neposedí, neustále si s něčím hraje, odbíhá od započaté činnosti, reaguje impulzivně, je neustále v pohybu, vyrušuje, skáče do řeči, mluví nahlas, zapomíná plnit povinnosti, neposlouchá když mu něco vysvětlujeme... Trávit čas s takovým dítětem je pro většinu lidí vyčerpávající, takřka nadlidský výkon. Díky osvětě zejména masových médií již skoro každý ví o čem je řeč. O hyperaktivních dětech. Nejsou neposlušné, mají zkrátka tu hyperaktivitu. Ve škole neprospívají protože nevydrží u práce tak dlouho, aby ji dokončily. Mají potíže navazovat blízké přátelské kontakty protože jsou často dominantní a panovačné a nebo jsou stále duchem mimo. A není jich málo. Podle různých studií se výskyt hyperaktivity v populaci pohybuje mezi 3 a 7%, chlapci přitom bývají podle starších výzkumů postiženi až třikrát častěji než dívky. Podle odhadů v České republice může ADHD trpět až 20 000 dětí. (Goetz, Uhlíková, 2009) Výrazný rozdíl v prevalenci tohoto onemocnění je patrný mezi zeměmi, které využívají diagnostická kritéria DSM-IV, kde se hovoří o 4-19% a zeměmi hodnotícími dle MKN-10 kde je výskyt pouhých 1-3% (Drtílková, 2007)

Problematika hyperaktivity u dětí je v současnosti módou naší západní společnosti. Názory na tuto problematiku se velice liší podle profesí a znalostí podstaty tohoto onemocnění. Jinak k němu přistupuje rodič, který si neví rady s výchovou dítěte, jež chvíli neposedí a je rád, že už ví čím to je, jinak učitel, který si láme hlavu s tím jak ohodnotit nedokončenou práci neupraveným písmem u tří žáků ve třídě, kteří mají potvrzení, že jsou nemocní, jinak psycholog, který se snaží proniknout k podstatě problému. Samotná častost výskytu projevů hyperaktivity vede některé autory k tomu, aby popřeli existenci onemocnění. Není podle nich možné, aby se takto častý jev označoval za nemoc.

Hyperaktivita je velmi žhavým tématem nejen pro pedagogy, psychology, psychiatry, antropology a rodiče. Můžeme diskutovat o diagnostice, příčinách onemocnění, způsobech terapie, začleňování do společnosti... Toto téma se již několik let rozrůstá, stává se objemnějším a stále méně přehledným. Na vědecké úrovni je předmětem mnoha sporů. Na konkrétní úrovni se jedná zejména o způsoby výchovy a pedagogický přístup ve školách a volnočasových kroužcích. Žhavá je také diskuze o vlivu prostředí potažmo výchovy na projevy onemocnění.

Termín ADHD zavádí americký Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). V současnosti se problematikou ADHD zabývají desítky vědeckých publikací a každoročně vycházejí jen v anglickém jazyce výsledky více než tisíce výzkumů. (Goetz, Uhlíková, 2009) To činí z této problematiky opravdu diskutované vědecké téma, na jehož výzkum je jistě vynaloženo obrovské množství peněz. Zároveň je k sehnání záplava populárních publikací, časopisových či internetových článků a diskuzí, které se na různé úrovni tímto problémem zabývají. V každé třídě Základní školy narazíte alespoň na jedno dítě, které již má tuto diagnózu. Učitelé se učí správně tyto děti zapojovat. Rodiče se učí jak s těmito dětmi vycházet.

Čím je způsobena tak velká popularita tohoto onemocnění? Je tento problém opravdu takový, že se vyplatí do jeho výzkumu tolik investovat? Jde opravdu o problém? Co je podstatou tohoto onemocnění? Jak se projevuje?

Výzkum této oblasti lidské psychiky má za sebou dlouhý vývoj, způsob chápání tohoto typu onemocnění se v různých pojetích různě mění. Stejně tak se mění i názvy, které se mezi sebou různě překrývají, vymezují se, zanikají a procházejí tak neustálou změnou. V průběhu vývoje záleželo na každém autorovi, které části tohoto onemocnění bude přikládat jakou váhu, co vše do svého pojmu zahrne, v čem bude spatřovat příčiny onemocnění. V naší republice byl ještě do nedávna rozšířen pojem LMD označující Lehkou Mozkovou Dysfunkci, jinde se hovoří o lehké dětské encefalopatii. Nutnost prozkoumání a pochopení tohoto vývoje studium této problematiky znesnadňuje. Zároveň je patrný současný moderní proud, který si vystačí s dnes již široce rozšířeným pojmem ADHD, který do sebe dokáže pojmut množství projevů a nezabývá se příliš jejich kořeny. Je záměrně otočen směrem ke korekci chování a tedy konkrétním výsledkům.

Projevy ADHD je možno rozdělit do dvou základních kategorií. Jednou kategorií jsou poruchy **pozornosti**, neschopnost soustředit se. To se projevuje tím, že dítě nevydrží dlouho poslouchat, je roztěkané, často střídá činnosti, dělá chyby z nepozornosti... Druhou kategorií je **hyperaktivita a impulzivita**, která se projevuje psychomotorickým neklidem, vznětlivostí, nestálostí. Konkrétní projevy u jednotlivých dětí jsou kombinací vlivů prostředí a základních příznaků onemocnění případně projevů komorbidních onemocnění. (Goetz, Uhlíková, 2009)

1. Historie

Jak již bylo řečeno termín ADHD pochází z amerického kulturního okruhu a jako takové je třeba jej i chápat. Toto označení je snad nejširším možným a zabývá se podle americké tradice hodnocení nemocí zejména vnějšími, behaviorálními, projevy což se projevuje i v názvu, který vystihuje základní podstatu projevů onemocnění. V historii se setkáváme s mnoha označeními podobných obtíží, která vycházela z evropského chápání nemocí a snažila se nemoci kategorizovat ne podle projevů, ale podle jejich původu.

Ačkoli je hyperaktivita dětí v posledních letech velice aktuální a populární, je jí věnován velký prostor v médiích i vědeckých kruzích, nejedná se o jev nikterak nový. Britský lékař Frederic Still již v roce 1902 uveřejnil v časopise Lancet svou studii, v níž popsal "abnormální psychický stav" u dětí charakteristický nedostatečnou schopností udržet pozornost, neurologickou abnormalitou včetně choreatických pohybů (tanec sv. Víta), lehkými vrozenými anomáliemi, neklidností, těkavostí, agresí, porušováním pravidel a ničením. Tento stav nazval "deficitem morální kontroly" a přisoudil jeho symptomy organickým a vrozeným příčinám. (Munden, Arcelus, 2002) Všech dvacet dětí, které ve studii popsal splňovaly kritéria "dobré výchovy", děti, které tento standard nespĺňovaly do studie zařazeny nebyly. Tento předpoklad je základem úvah o biologickém podkladu podobných onemocnění a mění pohled na projevy chování, které do té doby bylo vnímáno jako "morální defekt" (Drtilková, 2007). Podobnou problematikou se u nás zabýval i prof. Antonín Haveroch, který v učitelském časopise Pedagogické rozhledy publikoval v ročníku 1904 – 1905 sérii tří článků nazvanou Dítě neposeda. (Říčan, Krejčířová, 2006)

S pojmem mozkového poškození s příznačnými projevy a nápadnostmi v psychice přišli vývojový psycholog Heinz Werner z tvarové školy a neuropsychiatr Erwin W. Strauss, kteří ve 30. a 40. letech 20. století působili v zámoří. Jimi popsaný koncept těchto poruch se již blíží našemu dnešnímu pojetí. Zpočátku se věnovali studiu mozkových poškození u mentálně retardovaných dětí, brzy však pochopili význam centrálního poškození pro duševní rozvoj dítěte bez ohledu na jeho inteligenci. Z typických příznaků, které prokázali u dětí poškozených, soudili pak na přítomnost poškození i tam, kde přímé doklady pro ně v anamnéze nenacházeli. (Říčan, Krejčířová, 2006)

Hypotéza o biologickém podkladu onemocnění byla podpořena i prací Charlese Bradleyho, který jako první při léčbě začal používat psychostimulační látku. Po podání

benzedrinu bylo u dětí patrné zmírnění hyperaktivity a zlepšení prospěchu u neklidných dětí. (Drtílková, 2007)

Významnou postavou výzkumu poškození mozku u dětí je Arnold Gesell, který ve spolupráci s C. Amatrudovou vydal stále hodnotnou knihu Vývojová diagnostika, kde v souvislosti s častými mozkovými poškozeními hovoří o rozličných nepříznivých důsledcích pro rozvoj osobnosti, o subklinických, jemných deficitech, o nedokonalosti lidského chování. Autoři upozorňují na různou míru postižení a podle závažnosti rozlišují tři typy poškození: 1. devastující (nejtěžší) – projevující se mentální retardací; 2. selektivní (částečné) – zejména motorické poškození ve smyslu rané dětské obrny; 3. minimální (nejlehčí) – zcela ve smyslu dnešního pojetí lehkých mozkových dysfunkcí. (Říčan, Krejčířová, 2006)

Již od 50. let minulého století byly příčiny postižení spatřovány převážně v nepříznivých činitelích působících prenatálně, perinatálně a postnatálně a je tomu tak i u našeho pojetí dětských encefalopatií. "I zcela negativní porodní anamnéza a novorozenecké období proběhlé bez rušivých příhod vyžadují někdy diagnosu lehkého poškození na základě přetrvávajících či jen postupně ubývajících známek v chování. V nejasných a pochybných případech platí toto bezpečné pravidlo: Netvrďme, že zde určitě došlo k mozkovému poškození, ale předpokládejme, že každé dítě, které se narodilo živé bylo vystaveno obecnému nebezpečí takového poškození." (Říčan, Krejčířová, 2006)

Předpoklad poškození mozku se projevoval i v terminologii, která se lišila podle zemí a zaměření výzkumníků. Používaly se termíny jako minimal brain damage syndrom, brain injured child, minimal brain disfunction, chronic brain syndrom, cerebral dysfunction a další. Relativní pořádek do názvosloví vnesl tým odborníků pod vedením S. Clemense, který se v roce 1963 v Chicagu usnesl na užívání termínu LMD (lehká mozková dysfunkce) a ohraničil diagnostická kritéria pro toto onemocnění. Vymezili je jako různé formy onemocnění od mírných po závažné, které jsou spojeny s odchylkami funkcí CNS a projevují se v poruchách percepce, tvoření pojmů, paměti, řeči, pozornosti, impulzivity nebo motorických funkcí. Předpokládal se také vznik z genetického nebo biologického porušení regulace, poškození perinatálního nebo jinými poruchami vzniklými v době zrání CNS. (Drtílková, 2007)

V českém prostředí probíhal intenzivní výzkum nezávisle na světovém dění a vznikl tak koncept Lehkých dětských encefalopatií. Výzkumný interdisciplinární tým pod vedením MUDr. JUDr. Otakara Kučery prováděl výzkum v Krajské dětské psychiatrické

poradně Středočeského kraje a Dětské psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích, monografického zpracování se problematice dostalo v díle Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích. (Kučera et al., 1961 in Říčan, Krejčířová, 2006) V Kučerově pojetí se myslí lehkými dětskými encefalopatiemi drobné difúzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu vzniklé prenatálně, perinatálně nebo postnatálně, rozhodně však před dobou dospělosti. Při těchto lehkých poruchách není výrazněji postižena motorika ani rozumové schopnosti, které nejsou nižší než podprůměrné. Nacházíme však u těchto dětí jiné výrazné poruchy psychických procesů a funkcí zejména v motorice, vnímání, jednání a myšlení. Tyto primární poruchy, spoluutvářené zpravidla i nevhodnými vlivy výchovnými, jsou podkladem širokého spektra rozmanitých psychopatologických projevů. (Říčan, Krejčířová 2006)

Termín LMD byl z dnešního pohledu široce pojatý a zahrnoval i onemocnění, která bychom dnes považovali pouze za komorbidní jako jsou vývojové poruchy učení nebo poruchy motorické funkce. Z neurologického pohledu byla LMD považována za něco jako lehkou formu dětské mozkové obrny. Za klíčové pro vznik LMD byly považovány protahované porody, omotaný pupečník, nedostatečná plicní ventilace a další komplikace vedoucí k mozkové hypoxii. V současném pojetí hyperkinetické poruchy jsou prenatální a perinatální komplikace akceptovány jako součást etiopatogenetických faktorů, zároveň jsou však hledány další příčiny a to zejména v oblasti molekulární genetiky. (Drtilková, 2007)

Kořeny dnešního pojetí tohoto onemocnění lze spatřovat v práci Laufera a Denhoffa, kteří v roce 1957 zavedli termín hyperkinetické impulzivní poruchy. Kritéria pro určení této poruchy se opírala výhradně o klinické příznaky jako je hyperaktivita a impulzivita bez ohledu na jejich etiologii. Podobná kritéria uváděl i americký manuál DSM-II pro hyperkinetickou reakci v dětství, v manuálu DSM-III již byla zdůrazněna porucha pozornosti a toto deskriptivní pojetí přetrvává i v posledním zatím vydaném manuálu DSM-IV roku 1994, který zavádí pojem Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Podobně deskriptivní je i 10. revize MKN, která zavádí pojem Hyperkinetická porucha. (Drtilková, 2007)

2. Klinický obraz a psychodiagnostika ADHD

Jak se vůbec stane, že je dítě označeno za hyperaktivní? Jak se hyperaktivita projevuje? Kdo určí, zda se jedná o zlobivé dítě nebo o dítě nemocné? V této kapitole se pokusím popsat jaké jsou základní charakteristiky a diagnostická vodítka pro určení ADHD. Historický vývoj této problematiky jsme popsali výše. Je natolik spletitý, že vyznat se v něm je poměrně těžký úkol, který musí výzkumník tohoto oboru podstoupit. Zároveň během tohoto výzkumu odhalí kolik nepřesností se v něm vyskytuje. V současnosti je onemocnění popisováno takto:

2.1. Klinický obraz

Klinický obraz se skládá ze tří základních veličin, které jsou u tohoto onemocnění narušeny. Ty potom tvoří základ diagnostických vodítek pro určení přesné diagnózy. Jsou jimi pozornost, hyperaktivita a impulzivita.

Děti s tímto typem poruchy mají větší problém s koncentrací a udržení pozornosti než jejich vrstevníci. Dítě často přerušuje práci a nechává ji nedokončenou, přechází od jedné činnosti ke druhé, pracuje povrchně, pomíjí okrajové detaily, není schopno soustavně vnímat instrukce. Děti často selhávají při činnosti, která vyžaduje duševní úsilí, vytrvalost a trpělivost. Dělatí mnoho chyb z nepozornosti, školní prospěch bývá nevyrovnaný, celkově bývá jejich prospěch horší než odpovídá jejich inteligenci. Většinou mají ve svých věcech nepořádek, stále něco hledají a zapomínají, ztrácejí hračky a školní pomůcky. Jejich aktivity bývají špatně organizované, špatně regulované a to často proto, že jich je nadbytek. Při rozhovoru se často zdá, že neposlouchají, je potřeba jim věci připomínat. Špatně usměřují svou pozornost, neumí vyhodnotit, které informace jsou podstatné. (Drtilková, 2007)

Hyperaktivita se projevuje jako puzení k neustálému pohybu, k neúčelné činnosti, děti mají potíže zůstat v klidu, relaxovat, vykonávají různé neúčelné pohyby, vrtí se. Jsou-li přinuceny být v klidu, zhoršuje se jim nálada. Pohyby bývají nepřesné, zbrklé a překotné. Bývají nápadně pohyblivé, živé a neklidné a to i v situacích, které klid vyžadují. Jejich aktivita jim však nepomáhá zvládnout větší počet úkolů, ale je bezúčelná. Dají se špatně usměrnit, nedokáží delší dobu klidně sedět, vrtí se na židli, vstávají, pobíhají. To jim dělá

problémy zejména ve škole. Mívají často problémy s usínáním a spánek během dne odmítají. Bývají hlučné, upovídané, ruší, nebaví je aktivity, při kterých musí být ticho.

Impulzivita se u nich projevuje jak v rovině reaktivního jednání tak i v kognitivním stylu jako jsou zbrklé úsudky. Mnoho věcí dělají nahodile, postupují spíše chaoticky. Problém jim dělá sebeovládání, dělají vše hned a teď. Nedokáží utlumit či oddálit svou reakci. Je u nich vyšší riziko úrazů a nehod protože často jednají zbrkle a bez rozmýšlení bez ohledu na nebezpečí. Často mluví bez ohledu na sociální zábrany, přerušují řeč nebo činnost jiným lidem. Vykřikují bez přihlášení, odpovídají na ještě nedokončené otázky. Dělá jim problém čekat ve frontě nebo při hře než na ně přijde řada. Hůře se podrobují autoritám, těžce nesou omezení a příkazy. Mohou mít sníženou společenskou distanci ve vztahu k dospělým osobám. (Drtílková, 2007)

Zajímavý je vztah nadání a hyperaktivity. Panuje obecný názor na základě mnohých případů a poznatků z praxe, že nadání maskuje ADHD a ADHD může maskovat nadání. Je poukazováno na to, že se vyskytuje mnoho podobností mezi nadáním a ADHD což často znemožňuje diagnózu nadání. Zkoumání tohoto vztahu se na Slovensku věnovaly Laznibatová a Jurášková (2005), které při porovnání chování dětí na běžných školách a dětí na škole pro nadané děti zjistily statisticky významné rozdíly kdy nadané děti se projevovaly častěji hyperaktivně. Ve stejném výzkumu bylo prokázáno, že hyperaktivita je častější u chlapců než u děvčat.

2.2. Psychodiagnostika podle MKN-10 a DSM-IV

Základní otázkou psychodiagnostiky zůstává podle jakých kritérií a jakou poruchu se snažíme diagnostikovat. Zůstaneme-li věrni evropské tradici, využijeme Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi (MKN-10). Ta pro popsání klinický obraz zavádí diagnostickou skupinu Hyperkinetické poruchy, která zahrnuje poruchu aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování. Zvolíme-li manuál Americké psychiatrické asociace DSM-IV dospějeme k diagnóze Porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou, tedy ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder), která se dále dělí na typ s převládající poruchou pozornosti, typ s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a nebo typ smíšený.

Diagnózy Hyperkinetické poruchy a ADHD se do značné míry překrývají, nejsou však totožné. Liší se jak ve výčtu příznaků, tak v jejich popisu a počtu symptomů nutných k určení diagnózy. Tyto rozdíly v diagnostických kritériích se promítnou ve výběru rozdílných skupin dětí. (Munden, Arcelus, 2002) Tento problém je nejvíce patrný v oblasti vědecko -výzkumné protože vzniká inkompatibilita mezi studii používanými DSM-IV a MKN-10. Jedná se o výzkumy účinnosti léčby, ale i zjišťování příčin onemocnění. Soubory se skládají z různých subtypů a výrazně se rozcházejí epidemiologické údaje. Panuje názor, že skutečná prevalence hyperkinetických poruch je pravděpodobně ve všech zemích srovnatelná, ale rozdíly vznikají především v důsledku použití rozdílných klasifikačních kritérií. Navíc se objevuje i předpoklad, že diagnostiku částečně ovlivňují transkulturní temperamentové rozdíly nebo zvyklosti a tolerance určitého chování v různém sociokulturním prostředí. (Drtílková, 2007) "Naprostá většina celosvětového výzkumu je vedena právě podle amerických diagnostických kritérií a uzavřít se před těmito poznatky by bylo nerozumné." (Goetz, Uhlíková, 2009)

Důležité je také podotknout, že splnit kritéria pro ADHD je pro dítě mnohem snazší a současný trend směřuje k používání kritérií DSM-IV i v Evropě. Jak uvádí Munden a Arcelus (2002) z praktického hlediska nesmíme opomenout existenci nezvratného důkazu o tom, že větší skupina mladých lidí, kteří splňují méně přísná a mnohem širěji definovaná kritéria DSM-IV, trpí symptomy, které znamenají potenciální omezení (a z definice způsobuje značné postižení), a že tyto symptomy příznivě reagují na stanovanou léčbu.

Dále uvádí, že pokud budou kliničtí pracovníci trvat na tom, že dříve, než padne rozhodnutí terapeuticky pracovat s pacientem s ADHD, je nutné, aby splňoval diagnostická kritéria MKN-10, hrozí nebezpečí, že část dětí s určitým postižením bude ochuzena o účinnou léčbu a náležitá opatření.

S tímto názorem lze polemizovat, je však natolik rozšířen, že polemika nezabrání současnému trendu, který bych označil za nadužívání diagnostické skupiny. Chceme-li říci, že je dobré když se dítěti věnuje zvýšená pozornost a klade se důraz na jeho potřeby, nemusíme kvůli tomu ještě přicházet s psychiatrickou diagnózou. Důvod tohoto nadužívání je do značné míry veden dobrou vírou v účinnou pomoc dítěti a doufejme jen, že se nejedná o touhu rozšířit skupinu probandů pro další výzkum, na který jsou vynakládány veřejné peníze nebo nalézt nová odbytíště pro prodej psychofarmak.

Nezodpovězenou otázkou zůstává proč se v literatuře uvádí, že hyperkinetický syndrom i porucha pozornosti s hyperaktivitou je způsoben poškozením mozku, které

vzniklo v období blízce porodu a přesto není k určení diagnózy vyžadováno žádné vyšetření mozku. Vzniká tak dojem, že hledání poškození mozku je až sekundární a diagnostická pozornost se věnuje pouze vnějším projevům. V prvních studiích popisujících tyto abnormální stavy byl jasně vymezen požadavek na kritéria dobré výchovy, která byla podmínkou pro zařazení do této kategorie. V současnosti se důraz na výchovu neklade, rozšiřuje se diagnostická skupina a je tak patologizována i část populace, která být nemusí. Nehledě na to, že funkční změny v mozku nemusí být primární příčinou vzniku onemocnění, ale mohou se začít vyskytovat až jako důsledek špatně regulované mozkové aktivity.

Řešení této problematiky však již spadá do oblasti diskuze o směřování společnosti potažmo našeho civilizačního okruhu, sdílených hodnotách a způsobech řešení.

2.3. Psychologické vyšetření

Úkolem psychologického vyšetření není stanovit přesnou diagnózu, která spadá do kompetence psychiatrů, nýbrž rozkrýt podrobně individuální strukturu potíží u jednotlivých dětí, lépe jejich problému porozumět a navrhnout další účinné psychoterapeutické kroky obsahující rozvojový a nápravný plán. Toto se dá prohlásit o každém dětském vyšetření. Naším úkolem není patologizovat dítě, ale odhalit jeho silné a slabé stránky a ve spolupráci s rodiči a školou pomoci dítěti v rozvoji jeho osobnosti.

Práce s dítětem, u kterého je podezření na hyperkinetickou poruchu klade na psychologa specifické nároky a je dobré, pokud je na tuto zvláštní situaci dobře připraven. Nevhodný postup testování může totiž významným způsobem zkreslit výsledný psychodiagnostický obraz a tím i další postupy, které vycházejí z výsledků vyšetření. Například před administrací jakýchkoliv standardizovaných postupů musí examinátor na základě rozhovoru s dítětem i rodičem a pozorování určit, do jaké míry projevy hyperkinetického syndromu mohou ovlivnit výsledky zamýšlených psychodiagnostických metod. Je otázkou, do jaké míry přizpůsobit testovou situaci nebo standardní postup administrace testu specifickým potřebám dítěte. Výrazný rozdíl může vzniknout například u testů inteligence, kde při přísném dodržení standardních postupů mohou děti s hyperkinetickým syndromem skórovat až o jednu standardní odchylku níž než při časově volnější administraci. (Paclt, 2007)

Otázkou potom ovšem zůstává co opravdu testem změříme, do jaké míry si můžeme standardizovaný postup upravit podle aktuální potřeby. Má-li test měřit to, k čemu je určen, je dobré se držet standardního postupu a ostatní poznatky uvést v diskusi. Měnění testové situace je tenkým ledem, který není dobré pokoušet neboť je těžké si udržet míru.

2.3.1. Klinická část

Tato část vyšetření začíná již příchodem dítěte, nejčastěji v doprovodu matky, do čekárny. Psycholog by si měl všimnout jak se dítě chová, jakým způsobem a zda vůbec s matkou komunikuje. K těmto účelům dobře poslouží vyšetření maličko oddálit a nechat klienta chvíli čekat, dát mu tak prostor aby se projevil. Interakce s matkou je velmi důležitá a napoví nám leccos o výchovném prostředí, v němž dítě vyrůstá. Klinickou část vyšetření můžeme rozdělit na *pozorování*, *rozhovor*, *anamnézu* a *analýzu spontánních produktů*. (Svoboda, 2009)

Svoboda (2009) uvádí dva druhy pozorování: *pozorování volné* (orientační), které je bezděčné, náhodné a pozornost je při něm upoutána nápadným jevem nebo rysem a *pozorování zaměřené* (systematické, kontrolované), to je omezeno a řízeno předem stanoveným schématem či programem. Volné pozorování provádíme po celou dobu vyšetření kdy si dokážeme všimnout nestandardních projevů dítěte. Zaměřené pozorování se týká zejména konkrétních zadaných úkolů a jejich plnění.

Důležitou částí je rozhovor s matkou, která má o dítěti nejvíce anamnestických informací zejména z jeho raného vývoje. Rozhovor se tedy může věnovat jednak jejímu soužití s dítětem, celkové osobní situaci, a nebo sběru anamnestických dat podstatných pro určení diagnózy jako jsou prenatální období a porod, raný vývoj, sourozenci, somatické zdraví, scholarita, emocionální vývoj, návyky, zájmy a aktivity, výchovné potíže... Fáze rozhovoru a anamnézy se tady do značné míry překrývají, je však důležité ani jednu z nich nevynechat.

Dále si necháme popsat chování dítěte, v jakých situacích jak reaguje, co mu činí největší potíže. Je třeba mít na paměti, že informace pocházejí od konkrétního člověka a nemohou tedy být objektivní. Můžeme se v praxi setkat s oběma extrémy od popírání jakýchkoli problémů (u rodičů, kteří jsou velmi tolerantní a nebo nemají na vyšetření zájem) až po jejich zveličování (u rodičů úzkostných nebo takových, kteří si přišli pro módní nálepku hyperaktivity). Během celého rozhovoru s matkou samozřejmě sledujeme,

jak se dítě chová, jestli např. vydrží v klidu sedět nebo si hraje, je-li třeba jej napomínat a podobně.

Nesmíme opomenout ani přímý rozhovor s dítětem. Ten je dobré začít konverzačními tématy, která pomohou prolomit ledy. Až postupně se dostaneme k tomu, co si dítě o situaci, která kolem jeho chování vznikla myslí, jak na ni reaguje. Dále nás zajímá vše, z čeho se skládá jeho svět, tedy zájmy, škola, vztahy s vrstevníky, vztah k rodičům. Nesmíme opomenout sledovat po celou dobu rozhovoru jeho psychomotorické tempo, zda jsou výpovědi smysluplné a v souladu s tím, co nám řekli rodiče a podobně.

Během této úvodní části bychom měli získat dostatek informací pro to, abychom optimálně zvolili testovou baterii a její časové rozložení. Dobré je také mít základní hypotézu o možném charakteru obtíží, kterou se budeme snažit ověřit. To nám také pomůže ke zvolení základní strategie efektivního vedení vyšetření a předejít tak nežádoucím projevům v oblasti chování a pozornosti. (Paclt, 2007)

2.3.2. Testová část

Testy můžeme rozdělit na takové, které vykonává přímo dítě a pokoušejí se tedy diagnostikovat přímo některou vlastnost a na metody dotazníkové určené nejčastěji rodičům a učitelům. Dotazníky pro rodiče nejsou pro Českou republiku standardizovány, jako dobré vodítko však mohou posloužit jejich překlady. Mezi takové testy patří *dotazníky Connersové – verze pro rodiče a učitele, ADHD Rating Scale IV – Home Version, ADHD Rating Scale IV – School Version* a jiné.

Jako dobrá diagnostická vodítka nám poslouží testy přímo pro děti, které jsou zaměřené na pozornost. Ta má několik vlastností, která se dle různých autorů liší. Plháková (2007) rozlišuje pět základních kam řadí selektivitu, koncentraci, distribuci, kapacitu a stabilitu. Každý test nám podle svého zaměření dokáže pomoci v odhalení poruch různých těchto vlastností.

Mezi nejpoužívanější testy patří *Číselná čtverec*, který obecně hodnotí úroveň koncentrace a distribuce pozornosti a zároveň schopnost odolávat zátěži. Test umožňuje zachycení kolísání pozornosti v čase. Náročnější obdobou tohoto testu je *Číselný obdélník*. Mezi hojně využívané patří také *Test cesty, Test koncentrace pozornosti, Test pozornosti D2* nebo *Burdonův test*. Výkon v těchto testech je však také ovlivněn kvalitou percepce,

paměti, pohotovostí, senzomotorickou koordinací a samozřejmě motivací, která ovlivňuje volní úsilí.

Obecně se doporučuje použít jako nezbytnou část vyšetření *WISC-III*, který pomůže odhalit nejen intelektový defekt, ale obsahuje celou řadu škál, jejichž zaměření nám dokáže podat poměrně komplexní pohled na problémy dítěte.

Dále existuje celá řada dílčích testů zaměřených na jednotlivé psychické funkce, které mohou pomoci při zpřesňování diagnózy. Patří sem Míkův *Test dynamické praxe* a *Test pohybového učení* zaměřený na schopnost napodobovat jemně motorické pohyby. Testy věnované percepci odhalují případné defekty v kognici jako je *Reverzní test*, *Zkouška sluchové diferenciacce* nebo *Zkouška sluchové analýzy*. Další kategorii tvoří testy paměti jako *Paměťový test verbálního učení*. (Paclt, 2007)

2.4. Příčiny a vysvětlení ADHD

Příčiny tohoto onemocnění nebyly stále uspokojivě vysvětleny. Je to dáno množstvím faktorů, které hrají v případě této choroby roli, hovoříme tedy o multifaktoriálním onemocnění. Různí autoři přisuzují různou váhu různým příčinám. Dokonalé porozumění příčinám vzniku onemocnění dává dobrý předpoklad pro efektivní léčbu. Samotná diagnostická skupina dětí trpících ADHD je natolik široká, že poměr příčin může být u různých dětí různý. Situaci také komplikuje fakt, že různé výzkumné práce používají různá diagnostická kritéria. Rozdíl mezi Hyperkinetickou poruchou a ADHD potom může ovlivnit i výzkumy hledající příčiny neboť se jedná do značné míry o různá onemocnění, která však mají některé prvky společné.

Nejčastěji uváděné výzkumné modely, které se snaží objasnit etiologii tohoto onemocnění jsou *kognitivní* vyzdvihující chybný informační proces, *neurobiologický* zabývající se vzájemnými funkčními souvislostmi CNS, *genetický* hledající dědičné znaky a *biochemický* zaměřený na poruchy v oblasti neurotransmiterů. (Paclt, 2007) Někteří autoři zdůrazňují další hlediska podstatná pro vznik a vývoj tohoto onemocnění jako je vliv výživy nebo antropologický pohled na projevy onemocnění v historii. (Munden, Arcelus, 2002) S pokusem o vysvětlení ADHD přicházejí i psychodynamicky orientovaní autoři. (Drtílková, 2007)

2.4.1. Kognitivní modely ADHD

Teorií, které se věnují ADHD z pohledu kognitivních funkcí je celá řada. Jedním z předpokladů je, že děti trpící tímto onemocněním mají problém s útlumem své činnosti. Netrpí tedy ani tak neobvykle rychlou reakcí jako spíše neobvykle pomalými útlumovými mechanismy. Počítá s tím, že tento deficit je u ADHD primární. (Schachar a kol., 1990 in Paclt 2007)

Mezi kognitivní modely řadíme i teorii opožděného odporu (Delay aversion theory), která neschopnost dětí tlumit své projevy chování považuje za skrytý kognitivní defekt a deviaci motivačního postoje. Tato koncepce však bere v úvahu i neurologické temporální procesy. (Sonuga – Barke 1994, 1996 in Paclt, 2007)

Russel A. Barkley formuloval v 90. letech 20. století teorii, kde vysvětluje základní mechanismus ADHD deficitem inhibičních mechanismů. Podle této teorie je základním deficitem ADHD špatná behaviorální inhibice a pozornostní deficit je teprve jejím důsledkem. (Drtilková 2007) Za čtyři nejvíce dotčené funkce považuje 1. pracovní paměť, 2. sebeovládání afektivně-motivačního nabuzení, 3. internalizace řeči, 4. plánování a reorganizace činnosti. (Paclt, 2007) *Pracovní paměť* umožňuje uchovat informaci i v době, kdy už není podnět přítomen a díky tomu načasovat a nasměrovat aktivitu k cíli. *Internalizovaná řeč* napomáhá regulaci chování díky zvnitřnění formulace otázek, sebereflexi, pochopení pravidel a řízení se jimi. Podle některých zjištění je tato schopnost, která se vyvíjí před desátým rokem života, opožděná zejména u chlapců. *Seberegulace* je složena z kontroly emocí, řízení motivace a úrovně arousalu. *Rekonstituce* chování obsahuje plánování činnosti, schopnost analyzovat pozorované chování a jeho části syntetizovat v nové aktivity. Barkley popsané deficity dává do souvislosti s biologickým podkladem, který vidí v abnormalitách některých mozkových struktur jako jsou prefrontální mozková kůra, bazální ganglia nebo oblast vermis v mozečku. (Barkley, 1997, 1998, Swanson, 1998 in Drtilková 2007) Spojitost mezi chováním a abnormalitami ve strukturách mozku vede některé autory k tomu, že tuto a podobné teorie řadí mezi teorie neuropsychologické.

Mezi neuropsychologické modely patří i dalším přístup k explikaci příčin ADHD, kterým je kognitivně energetický model (CEM), jenž připouští deficit inhibičních mechanismů a současně uvažuje o vlivu energetického stavu jedince. Podle tohoto modelu proces zpracování informací probíhá na třech úrovních, které jsou ve vzájemné interakci.

Dolní úroveň zahrnuje obecné stupně kognitivních procesů jako je kódování, paměťové vyhledávání, rozhodnutí a motorickou organizaci. Střední úroveň obsahuje energetické rezervy jako úsilí, arousal a aktivaci. Horní úroveň obsahuje řídicí systém a systém exekutivních funkcí, který je asociován s prefrontálním kortexem.

Podle modelu CEM se vyskytuje deficit na všech třech úrovních. Deficit exekutivních funkcí, které spadají do horní úrovně odpovídá výše popsanému mechanismu se selháním inhibice. Tento inhibiční deficit je v rámci CEM dáván do souvislosti s dysfunkcí energetických rezerv, tedy se střední úrovní. Spodní úroveň je reprezentována deficitem motorické organizace, která má opět vztah k energetickým rezervám.

Představitelem modelu CEM je Sergeant, který o něm poprvé publikoval v roce 1999 a od té doby se zabýval empirickým výzkumem této oblasti zejména řídicích a exekutivních funkcí. V roce 2005 kriticky zhodnotil přínos výzkumných zjištění s tím, že inhibiční deficit je u ADHD prokazatelný, ale není specifický. Pokus potvrdit spojitost s dysfunkcí energetických rezerv však vyžaduje nové metody, které umožní jejich přímé měření. (Drtilková, 2007)

2.4.2. Neurobiologické podklady ADHD

Zkoumání této oblasti se těší velké pozornosti a dle některých autorů "...neurobiologické modely v explikaci ADHD dominují, neboť se ukázalo, že vlivy prostředí tvoří spíše složku sekundární, která modifikuje obraz příznaků do určitého fenotypu". (Kulišťák, 2003 s.91) Vývoj v této oblasti je velmi dynamický zejména díky zpřesňujícím se neinvazivním zobrazovacím metodám jako je pozitronová emisní tomografie (PET), magnetická rezonance (MRI) a počítačová tomografie (CT), ale i SPECT (Single-Photon-Emission-Computed Tomography), xenonové emisní tomografie nebo EEG. Díky těmto metodám jsme schopni odhalit funkční anatomii mozku, srovnávat výsledky běžné populace a hledat výjimky. Uvažuje se o jejich využití při běžné diagnostice v klinické praxi, zatím však jsou využívány převážně k výzkumným účelům.

Díky stále lepšímu pochopení procesu zpracování informací a způsobu reakcí na ně jsme schopni vystopovat odchylky a chyby, které vedou ke vzniku ADHD. Pozornost je brána jako "souvislé vlákno, které se proplétá různými činnostmi jednotlivých mozkových center. Je integrální součástí vnímání, poznávání, asociací, paměti, výběru odpovědi i

identifikace. A jakákoli porucha v jakémkoli z těchto systémů může pozornost narušit." (Paclt, 2007 s.28)

Tabulka shrnuje nejdůležitější anatomické struktury pro syndrom ADHD.

Psychofyzické funkce	Lokalizace
Percepce a lokalizace	Smyslové orgány
Asociace a rozpoznávání	Spánkový lalok a přidružené oblasti kortexu
Rozpoznání změny	Hippocampus
Přepojování a přerušování	Nucleus accumbens, striatum a mezokortex
Afektivní a emoční význam	Limbický systém
Pozdržení, analýza a posouzení	Prefrontální kortex
Vzrušení a nabuzení organismu	Retikulární aktivační systém a locus ceruleus

(Paclt, 2007 s. 27)

Při pokusech na univerzitě v Georgii pod vedením Hynda bylo zjištěno, že pravostranné nucleus caudatus, což je shluk nervových svazků zodpovědných za zahájení a provedení uvědomělého pohybu, je u lidí s ADHD větší než levé a zároveň je menší než nucleus caudatus normálních dětí. (Munden, Arcelus, 2002) Jiný výzkum zase nepotvrdil očekávané zmenšení objemu nucleus caudatus u chlapců s ADHD, které je jinak typické pro dospívající muže. (Giedd a kol., 1996 in Paclt 2007)

Hynd a kolektiv také ukázali, že u dětí s ADHD je o něco menší corpus callosum, které umožňuje integraci informací zpracovávaných v obou hemisférách. (Munden, Arcelus, 2002) Corpus callosum, které spojuje obě hemisféry mozku se ukázalo jako menší u dětí s ADHD v 5 ze 6 studií a to zejména v rostrální části anteriorní oblasti kalózního tělesa. (Baumgarder a kol., 1996 in Paclt 2007)

Některé děti s ADHD vykazují menší jak celkový objem mozku, tak i mozečku. Rovněž se uvádějí změny stranové symetrie nucleus caudatus a globulus pallidus. Bazální ganglia jsou vlevo zvětšena. (Castellanos a kol., 1996 in Paclt 2007)

Nucleus caudatus patří mezi mozkové struktury, které řídí uvědomělé pohyby. Je tvořeno několika svazky nervových vláken, jednomu z nich se říká striatum. Striatum hraje důležitou roli při inhibici chování a udržení pozornosti. Má spojení s limbickým systémem, který je zodpovědný za řízení emocí, motivaci nebo paměť.

Výše popsaná abnormalita se vyskytuje častěji u chlapců. Nedostatečně vyvinuté levostranné nucleus caudatus zřejmě hraje roli v příčinách a příznacích ADHD.

Studie užívající pozitronové emisní tomografie (PET) prokázaly změny metabolismu ve frontálním laloku. Šlo o studii dospělých trpících ADHD od dětství, kde redukce glukosového metabolismu byla nejvýraznější v premotorickém a superiorně frontálním kortexu, ale i v subkortikálních oblastech, jako jsou corpus striatum a thalamus. (Zametkin a kol., 1990 in Paclt 2007)

Technika SPECT zase odhalila, že děti s ADHD vykazují výraznější asymetrii vychytávání (uptaku) glukosy se sníženou úrovní aktivity v levé frontální a levé perietální mozkové oblasti, avšak v temporální oblasti se tato asymetrie neobjevuje. (Sieg a kol., 1995 in Paclt 2007)

Elektroencefalografie (EEG) zaznamenává jemné elektrické impulzy lidského mozku. V diferenciálně diagnostické praxi se využívá pro určení epilepsie, která může být v některých případech za ADHD zaměněna. Celková zjištění z EEG výzkumů u dětí, které mají pouze ADHD a žádnou jinou neurologickou ani psychickou poruchu, však nejsou průkazná a nedají se z nich vyvodit jednoznačné závěry.

Podle výzkumů Buchsbauma a Wendera z roku 1973 vypadají záznamy EEG u dětí trpících ADHD tak, jak by se dalo čekat u mladších dětí. Po podání stimulačních léků došlo ke snížení rozdílů v záznamech mezi dětmi s ADHD a dětmi zdravými.

Studie krevního průtoku prokázaly, že u dětí s ADHD je v některých oblastech mozku redukován průtok krve. Jedná se zejména o oblast striata v nucleus caudatus a frontální oblasti. (Munden, Arcelus, 2002)

Výzkumů mapujících problematiku neurobiologických podkladů ADHD je velké množství a není snadné se v nich vyznat. Některé se navzájem vylučují, jiné zpřesňují již známé až do těžko pochopitelných souvislostí. V této práci ukazujeme pouze krátké ukázky, které jen ilustrují jakým směrem se současný výzkum v této oblasti ubírá. V České republice se tomuto druhu výzkumu a publikační činnosti věnuje prof. Ivo Paclt s kolektivem spolupracovníků na Univerzitě Karlově. (Paclt, 2009)

Pro psychology je dobré vývoj této problematiky sledovat se zájmem, výraznější průlom, který by razantně změnil způsob chápání tohoto onemocnění nebo psychoterapeutický přístup však, obávám se, na obzoru není.

2.4.3. Biochemické podklady ADHD

Předpoklad biologického podkladu hyperkinetické poruchy vedl ke snaze potvrdit předpokládané odchylky v metabolismu mozku. Výzkum této oblasti se zaměřuje na pochopení správné funkce neurotransmiterů, které plní funkci chemických posílů v mozku a hledání odchylek ve fungování u dětí trpících ADHD. Současné poznatky získáváme pomocí moderních neinvazivních zobrazovacích metod jako je PET, které pomáhají odhalovat metabolismus mozku.

Jako nejdůležitější neurotransmitery z pohledu explikace ADHD se jeví dopamin a noradrenalin. Patří do katecholaminové skupiny neurotransmiterů a kromě kontroly emocí a motorické aktivity jsou u lidí odpovědné i za kognitivní funkce a motivaci. Noradrenalin hraje důležitou roli v procesu spánku a bdění, v udržování a koncentraci pozornosti, jakož i v učení a paměti. Dopaminové neurony ve středním mozku regulují motorickou kontrolu a emoce a jsou zapojeny do různých kognitivních procesů a různých forem paměti. Ve striatu dopamin odpovídá za hladkou koordinaci pohybů končetin. Degenerace dopaminových drah a následná deplece dopaminu vedou k hypokinezi, tremoru a rigiditě, charakteristickým pro Parkinsonův syndrom. Dopamin hraje výraznou roli v ovlivňování psychomotoriky, pozornosti a typu chování souvisejícího s pocitem odměny, které jsou dysfunkční u ADHD. (Drtílková, 2007 s.48) Někteří autoři hovoří také o funkci serotoninu, který zase řídí impulzy a puzení k činnostem. (Paclt, 2007)

Výzkum v této oblasti započal již v polovině minulého století a podle možností tehdejší medicíny a biochemických měření odhalil u velké části postižených dětí sníženou exkreci metabolitů katecholaminů (dopaminu a noradrenalinu), nižší hladinu kyseliny homovanilové (která je metabolitem dopaminu) v likvoru a sníženou exkreci MHPG v moči. (Shekim, 1978 in Drtílková 2007) Tato zjištění vedla ke vzniku teorií spojujících vznik hyperkinetické poruchy s poruchou metabolismu monoaminů, podle jiných šlo o sníženou produkci nebo sníženou utilizaci katecholaminů. Výsledky tehdejších výzkumů se potýkaly s metodologickými problémy jako je nehomogenost souboru testovaných pacientů a technologickými omezeními danými tehdejším stupněm vývoje. Závěry, ke kterým však dospěly se ukazují i při pokračujícím výzkumu jako platné a probíhá jejich zpřesňování za pomoci současných zobrazovacích metod.

Katecholaminovou hypotézu zpětně potvrzuje účinek psychostimulancií a nálezy zvýšené koncentrace dopaminového transportéru u neléčených případů ADHD a její normalizace po léčbě methylphenidátem, který je blokátorem receptorů dopaminového transportéru. (Krause, 2000 in Drtílková 2007)

2.4.4. Genetické předpoklady

Výzkumy v této oblasti se snaží prokázat, že je ADHD dědičnou geneticky danou chorobou, na jejíž vznik nemá vliv výchova ani životní prostředí dítěte. Lepší znalost genetického mechanismu, podle kterých symptomy ADHD dokážeme vysvětlit by mohla vést k pokroku v léčbě a zdokonalení diagnostických testů. (Munden, Arcelus, 2002)

Pro výzkum v této oblasti se využívá metoda zjišťování výskytu ADHD u blízkých příbuzných dětí trpících touto chorobou a porovnání s kontrolní skupinou příbuzných dětí trpících jinými psychickými poruchami. Takovýto výzkum provedl například Biederman a jeho kolektiv z Massachusettské všeobecné nemocnice v roce 1990. Porovnávali 457 pokrevních příbuzných 75 dětí s ADHD s kontrolním vzorkem rodin 26 dětí. Výsledkem bylo, že z rodin dětí s ADHD mělo podobné potíže 25% lidí zatímco u rodin kontrolní skupiny pouze 5%. (Munden, Arcelus, 2002) Paclt (2007) uvádí, že hyperkinetický syndrom je 5x častější u příbuzných dětí s ADHD v první linii než u kontrolní skupiny rodin zdravých dětí. Při srovnání výskytu hyperkinetické poruchy u příbuzných a nepříbuzných (adoptivních) sourozenců ADHD pacientů byla hyperaktivita a poruchy chování nalezeny u 47-53% biologicky příbuzných a u 9-13% biologicky nepříbuzných dětí. (Safer a kol., 1973 in Paclt 2007)

Dalším způsobem zkoumání je porovnání výskytu poruchy u jednovaječných dvojčat, která mají identickou genetickou výbavu a většinou totožné životní podmínky. Tyto studie ukázaly, že pokud mělo jedno dítě ADHD, z 80 – 90% jím trpělo i jeho dvojče. U dvojvaječných dvojčat, kde je genetická shoda pouze 25% studie ukázaly, že ve 32% případů trpěly ADHD obě děti. To je 6 – 10 krát více než v běžné populaci kde je výskyt ADHD 3 – 5%. (Munden, Arcelus, 2002) Hechtman (1994) (in Paclt, 2007) uvádí u monozygotních dvojčat konkordanci 50 – 80%, pro dizigotní 0 – 33%. Rozptýl výskytu se mezi výzkumy značně liší, přesto však heritabilitu ADHD vesměs potvrzují. Mezi námitky proti podobným výzkumům patří to, že některé studie nebyly dosud replikovány a také to,

že výsledky závisí na subjektivním posouzení rodičů při dotazníkovém šetření. (Paclt, 2007)

Zvažujeme-li možnost přenosu od příbuzného druhého stupně, je riziko dědičnosti choroby větší po mužské linii. (Munden, Arcelus, 2002) Hyperkinetický syndrom se vyskytuje 3 – 6 X častěji u chlapců než u dívek. (Anderson a kol., 1987 in Paclt 2007)

S rozvojem poznání v oblasti genetiky se objevuje snaha zpřesnit popis funkce jednotlivých genů v neurotransmiterových systémech. Postupně jsou označovány jednotlivé geny, které mají vliv na dopaminergní, noradrenergní, serotoninový a GABA systém. Pochopení práce těchto systémů má význam ve vývoji a indikaci psychofarmak sloužících k léčbě. Jsou odhalovány podskupiny ADHD podle způsobů odpovědi na různé podávané preparáty. Hypoteticky by některé podskupiny ADHD mohly být identifikovány korelací biochemických charakteristik a některých kandidátských genů (Paclt, 2007). Podstatná část těchto výzkumů je prováděna na tzv. knock-out mice, neboli na myších, kterým v genomu chybí určitý konkrétní gen. (Drtílková, 2007)

Při současném stavu vývoje poznání můžeme prohlásit, že ADHD je polygenní onemocnění podmíněné různými kandidátskými geny. V současnosti je známo více než třicet dopaminergních, noradrenergních, serotoninergních a gabaergních genů. (Paclt, 2007 s.51)

2.4.5. Psychoanalytické teorie

Psychoanalytické teorie spatřují příčinu hyperaktivity v konstitučně daných biologických mechanismech, kdy je zdůrazněn deficit v seberegulaci, nebo v psychosociálních faktorech anebo v jejich souhře. Podle Šebka (1995) (in Drtílková 2007) lze psychoanalytické teorie rozdělit podle toho, zda vykládají hyperaktivitu z hlediska monopersonálního nebo bipersonálního.

Podle monopersonálního hlediska je hyperaktivita chápána jako důsledek nadměrné pudové excitace, která je dána konstitučně nebo je způsobena dysfunkcí neurofyziologicky operujících mozkových struktur nebo jejich celkovou či částečnou nezralostí. Takovou úroveň excitace není Já schopno zvládnout. Děti pak mohou trpět potížemi v řízení svého psychofyziologického vzrušení. U těchto dětí se dá uvažovat o nespoutané pudové síle, se kterou je možno bojovat nebo ji kultivovat. Tuto kultivaci se učí od rodičů a postupně ji

zvnitřňuje do svého Já. U hyperaktivních dětí se tento proces nezdařil často z důvodů nepříznivého vzorce rodičovského chování. (Šebek, 1990)

Bipersonální hledisko zdůrazňuje psychosociální faktory. Vysvětluje hyperaktivitu v rámci objektních vztahů. Vzrušení a neklid se objevují v souvislosti s dočasnou ztrátou nebo oddělením od pečujících osob. Důsledkem je trvalá hyperaktivita, která je symptomovým chováním, za nímž se skrývá obava z blízkosti k někomu nebo něčemu. Neklid představuje zmatečné, primitivní hledání ztraceného objektu (matky), který však stále není nalézán a neklid trvá. Teorie objektních vztahů dobře vysvětluje proč jsou některé děti hyperaktivní jen v některých konkrétních situacích.

Šebek (1990) poukazuje na to, že organické příčiny hyperaktivity jsou mnohočetné a nemohou zcela objasnit složitou psychiku hyperaktivního dítěte. Proto je dobré nerezignovat na psychologické modely vysvětlující nejen vznik, ale hlavně vývoj hyperaktivního chování a dávají tak lepší rámec terapeutickým zásahům.

2.4.6. Vliv výživy

O tom jaký vliv má složení stravy na projevy ADHD se již dlouhá léta vede zajímavá diskuze. Spekuluje se nad vlivem potravinářských aditiv, konkrétně žlutého potravinářského barviva na bázi dusíku. Bez povšimnutí nezůstalo ani olovo a jiné těžké kovy, které se mohu do potravy dostat.

Jiný přístup vidí zásadní vliv v nadmíře cukru ve stravě současných dětí. Organismus lidí, kteří špatně snášejí cukr, reaguje na silné zatížení cukrem nadměrným vylučováním inzulínu, které vede k rychlému poklesu hladiny cukru v krvi – hypoglikemii a tedy k hladu, agresivitě a jiným projevům. Dodáním dalších potravin bohatých na cukr se kolotoč opět roztáčí a kolísání krevní hladiny vnese zmatek do citlivé látkové výměny v mozku a tím i do mozkových funkcí. (Speck, 2009)

Výsledkem jsou různé druhy diet vynechávající nebezpečná jídla. V současnosti však panuje rozšířený názor, že změna jídelníčku žádný velký prospěch nepřináší. (Munden, Arcelus, 2002)

2.4.7. Antropologické vysvětlení

Významnou postavou tohoto přístupu je Thom Hartmann, který poukazuje na to, že v období před zemědělskou revolucí by symptomy ADHD byly považovány za výhodu. Vychází z předpokladu, že kočovní lovci museli neustále zkoumat své okolí, být schopni okamžitě všeho nechat a čelit nebezpečí nebo pronásledovat kořist. Agrese a impulzivita byly v tehdejší době podmínkou přežití. Tato situace se změnila se zemědělskou revolucí, po níž začaly být nároky na člověka jiné. Život začal vyžadovat soustředěnou práci, plánování.

Antropologický pohled na věc je ukázkou mezioborové spolupráce. Hartmann podnítil debatu napříč vědními obory a začaly tak vznikat studie spojující poznatky neurologie, psychologie, antropologie a dalších sociálních věd. (Munden, Arcelus, 2002)

Pohled na ADHD jako pozůstatek chování po dávných předcích evokuje představu dítěte jako malého divocha, který se teprve pobytem ve společnosti stává kultivovaným člověkem.

3. Způsoby terapie ADHD

Dnešní rodiče mají k dispozici široké spektrum služeb, které jim mohou při výchově dítěte, kterému bylo diagnostikováno ADHD pomoci. Michalová (2010) rozlišuje tyto typy terapeutické a intervenční péče:

- *Psychologická* – psychoterapeutická činnost, diagnostika Pedagogicko-psychologických poraden, střediska výchovné péče, školní psychologové, klinické ambulance
- *Speciálně-pedagogická* – reedukační a kompenzační cvičení v Pedagogicko-psychologických poradnách, SVP a školní prostředí
- *Psychiatrická a lékařská péče* – ambulantní, klinická, psychiatrické léčebny, zaměřené zejména na farmakoterapii
- *Školní* – speciálně pedagogický přístup k dětem ve škole, individuální péče
- *Rodinné* – po intervenci v odborném pracovišti se rodina stává poskytovatelem vhodné péče

Podle stejné autorky jsou nejčastějšími terapeutickými přístupy

- Kognitivně behaviorální terapie (KBT)
- Multimodální přístup – kombinace rodinné terapie, dynamické terapie, pracovní terapie, komunitně orientovaná terapie (nejvíce se osvědčuje kombinace KBT a rodinné)
- Farmakologická léčba jako součást víceúrovňové terapie (rozšířenější v USA)

Kromě těchto nejpoužívanějších a kontrolovanými studii ověřených metod, kam patří právě farmakoterapie a KBT, jsou často používány způsoby alternativní, nestandardní, jejichž vědecká hodnota značně kolísá. Patří sem různé druhy diet, rostlinná léčba, EEG biofeedback, zrcadlový feedback, relaxační trénink a meditace, vestibulární stimulace, masáž nebo antimykotická léčba. Většina těchto přístupů se opírá pouze o kazuistická sdělení nebo pilotní a otevřené studie. Jen některé, jako třeba eliminační dieta, byly ověřeny v kontrolovaných studiích. (Drtilková, 2003)

3.1. Farmakoterapie

Pro medikamentózní léčbu ADHD se používají medikamenty, které jsou schopny v mozku ovlivnit systémy neurotransmiterů dopaminu a noradrenalinu. Existují dvě skupiny těchto léků, které se podle účinků dělí na stimulantia, která ovlivňují dopaminový systém a látky nestimulační, které mění metabolismus noradrenalinu. (Goetz, Uhlíková, 2009)

Stimulantia s krátkým poločasem vylučování jsou základním lékem pro terapii ADHD. Jejich účinnost potvrdilo 62 randomizovaných placebem kontrolovaných studií, kterých se zúčastnilo 2897 pacientů (Schachter a kol., 2001 in Paclt, 2007) Do této skupiny patří i u nás nejčastěji používaný Ritalin (methylfenidát). Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří snížení chuti k jídlu, nespavost a bolesti žaludku, lze je však eliminovat podáváním mezi jídly nebo vynecháním večerní dávky. Mezi nevýhody těchto léků patří krátký poločas vylučování a tedy nutnost podávat dávku 2-3X denně. Proto byly vyvinuty léky s prodlouženým poločasem vylučování, které jsou pohodlnější na aplikaci a nemívají tolik nežádoucích účinků. Jsou však k dostání zatím pouze v zahraničí. (Paclt, 2007)

Mezi nejčastěji používané léky bez stimulačních účinků patří např. Stratera (atomoxetin), který se možná brzy stane lékem první volby. Byla u něj také provedena řada kontrolovaných studií s pozitivními výsledky. Jako další látky se mohou podávat tricyklická antidepresiva nebo Alfa2 agonisté. U pacientů, kteří jsou farmakorezistentní nebo trpí komorbiditními onemocněními jsou využívána také neuroleptika, antiepileptika nebo lithium. (Paclt, 2007)

3.2. Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Jak uvádí Kratochvíl (2002), tento typ léčby pomáhá pacientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Terapeutický efekt je poté postaven na systematickém rozhovoru, který pomáhá hodnotit a měnit zkreslené myšlenky, a na kladení strukturovaných behaviorálních úkolů, které napravují dysfunkční jednání.

Historicky tento směr vychází z behaviorálních a kognitivních přístupů, které se vyvíjely odlišně. V chápání KBT, které tvoří integraci těchto směrů, jsou patrné tři základní přístupy. Prvním z nich je behaviorální, který je zaměřen zejména na ovlivňování chování a vnitřní psychické procesy jako myšlení či postoje bere jako "vmezežené proměnné". Druhé pojetí je zaměřeno kognitivně a experimentování se změnou chování bere jako dobrý způsob pro dosažení změn v myšlení, které vnímá jako rozhodující. Třetí pojetí, představované dvojicí autorů Mahoney a Meichenbaum, se vymezuje vůči filozofickému paradigmatu současné racionalistické, objektivistické, logicko-pozitivistické vědy a buduje KB terapii na epistemologickém paradigmatu radikálního konstruktivismu. Tento přístup spočívá v předpokladu, že každý jedinec je strůjcem reality, která není objektivně zjiřitelná. V patologických projevech se poté objevují např. sebepodrývající přesvědčení, která ovlivňují jeho pohled na svět. Většina autorů se však drží korektně vyváženého integrujícího pojetí. (Kratochvíl, 2002)

V přístupu k dětem je KBT dobře ověřeným postupem, který v současnosti patří k nejrozšířenějším u nás a společně s farmakoterapií tvoří základ léčby ADHD. Behaviorální složka je dobře použitelná pro děti od nejtějššího věku, kognitivní složka předpokládá určitý stupeň zralosti a schopnosti řešit abstraktní situace, bylo zjiřtěno, že efekt kognitivní terapie u dětí mladřích 9 let je nižří. (Stallard, 2002 in řlepecký 2007)

3.2.1. Behaviorální přístup

"Behaviorální terapie předpokládá, že duševní poruchy můžeme vysvětlit jako následek chybného učení. Patologické vzorce chování vyvolávají také účinky, které poruchu dále rozvíjejí a upevňují." (Šlepecký, 2007, s.906)

Tento přístup využívá poznatků o způsobech učení, jejichž výzkumu se věnoval např. Skinner, a využívá je k dosažení požadovaného chování. Předpokládá lidskou tendenci napodobovat jednání jiných pokud vede k žádoucím následkům (odměnám) a opouštět toto jednání pokud má subjektivně nežádoucí následky (tresty). Vychází převážně z principů *operantního podmiňování*, které předpokládá vědomé, vůlí ovládané chování, u něhož jsou kontrolovány následky. Tyto následky poté ovlivní jednání budoucí. Důležitým faktorem je *zpevnění*, které posílí chování, po němž následovalo. Zpevnění může být, individuální pro každé dítě jiné, najdou se však i tzv. primární či nepodmíněná zpevnění jako potrava, nápoj, teplo či sexuální stimulace. Můžeme hovořit o zpevnění pozitivním, což je získání něčeho žádoucího (bonbon za dobré chování), a negativním, které znamená zbavení se nežádoucího (dítě přestane plakat, když ho rodič vezme za ruku).

Jako *tvarování* označujeme proces, během kterého se učíme postupně nové dovednosti. Posilována, zpevňována, je každá další žádoucí reakce, která se blíží požadovanému tvaru chování. (Učíme-li se chytat, nejprve si kutálíme, poté házíme na krátkou vzdálenost a postupně ji protahujeme, za každý pokrok přichází odměna).

Trest má vézt k oslabení nežádoucího chování. To, zda se jedná o *trest* poznáme podle reakce. Po *trestu* se vždy oslabí intenzita chování, po kterém následuje. Je tedy třeba dobře *trest* zvolit – např. napomínání ve třídě může vést k ukončení vyrušování pokud je vnímáno jako *trest*, ale může ho i podnítit pokud je věnování pozornosti (i negativní) vnímáno jako odměna (a tedy zpevnění). (Šlepecký, 2007)

3.2.2. Kognitivní přístup

Kognitivní terapie dětí by měla být zábavná, zajímavá a poutavá, s materiály a představami přiměřenými danému věku. Je dobré používat metafory, přirovnání, představovat kognitivní principy hravou formou. Například automatické myšlenky a jejich řízení můžeme popsat jako plynoucí řeku, kterou můžeme svým jednáním usměrnit apod.

Předpokladem kognitivní terapie je schopnost dětí verbalizovat své myšlenky, dokázat vytvářet alternativy, uvědomit si rozdíly ve svých emocích a pochopit v jednotlivých situacích vztah mezi myšlenkami a emocemi.

Jako způsob terapie se dá využít rozhovor, ve kterém dítě popíše konkrétní problematickou situaci, terapeut poté pomocí sokratovských otázek vede dítě k náhledu, jak se asi mohl cítit někdo jiný, přivést dítě k vytváření alternativních možností podobné situace, uvědomění si emocí, které v situaci prožívalo nebo přetváření pomocí hry. (Šlepecký, 2007)

3.3. Relaxační techniky

Tento přístup je zaměřen na nacvičení autoregulace arousalu, která je u jedinců s diagnostikovaným ADHD narušena. Inspiraci čerpá z východních nauk jako je například jóga. Součástí těchto přístupů je vědomá práce s dechem a nácvik úpravy svalového tonusu.

Randomizované, kontrolované studie prokázaly prospěšnost tohoto přístupu. Mezi hlavní výhody této metody patří to, že je levná, rychlá a minimálně riziková. Vyžaduje však určitou zralost a může být tedy dobře využita pro dospělé a adolescenty, ale i děti, které jsou schopny spolupráce. Tato metoda je velmi nespecifická a je prospěšná také u řady dalších poruch spojených s pocitem tenze a neklidu. (Drtílková, 2003)

Machač (1988, s.212) přímo popisuje psychologickou regulaci jako "*úmyslný, neobsahový, z kontextu praktické interakce subjektu s prostředím vyčleněný zásah do dynamiky psychofyzilogického dění.*" Základem všech autoregulačních technik je dobrá introspekce, schopnost u sebe rychle a správně rozpoznat probíhající děje a zvolit odpovídající způsob zvládnutí této situace.

3.3.1. Jacobsonova progresivní relaxace

Mezi nejčastěji používané relaxační metody patří *Jacobsonova progresivní relaxace*, která pracuje s tělem. Během ní se střídají pocity napětí a uvolnění v různých svalových partiích. V první fázi cvičení je cílem dosáhnout zjemnění smyslu pro napětí ve svalech a schopnost volního útlumu tohoto napětí. Nácvik probíhá odděleně u různých

svalových partií a spočívá nejprve v jejich napětí (úmyslně jsou svaly zapojovány k ohybům či výdrži), úkolem cvičence je soustředit se a uvědomovat si toto napětí. Po chvíli dochází k uvolnění, které je vnímáno právě v kontrastu s předešlým napětím.

V další fázi je cvičenec schopen sám si navozovat pocity relaxace různých částí těla i jeho celku v každodenním životě i bez předešlého napětí. V poslední fázi si je cvičenec schopen uvědomovat i velmi jemné stavy napětí vyskytující se zejména při afektech a je schopen na ně reagovat a vhodně je uvolňovat. (Machač, 1988)

3.3.2. Autogenní trénink

Další používanou metodou je *Autogenní trénink*, popsali ji J. H. Shultz a poprvé ji publikoval ve 30. letech 20. století. Podstatou autogenního tréninku je vytrvalá vnitřní koncentrace zaměřená na vyvolávání vnitřních stavů pomocí formulí vztahujících se k předepsaným cvičením. Dochází k ovlivnění vnitřních pochodů v organismu pomocí představ, tedy propojení duchovní a tělesné složky.

Jak popisuje Kratochvíl (2002) jádrem autogenního tréninku je šest postupně nacvičovaných úkolů, při nichž se dosahuje uvolnění v různých částech a orgánech těla ve spojení s koncentrací na subjektivní pocity. Předpokladem je zvládnutí celkové relaxace svalové, při níž se cvičenec koncentruje na myšlenku "jsem docela klidný". Oči cvičícího jsou zavřeny, vhodnou polohou je pohodlná poloha vleže, sezení ve vysokém křesle nebo "poloha drožkáře sedícího na kozlíku".

Postupně jsou navozovány pocity tíhy v končetinách a celém těle, pocity tepla v končetinách a celém těle, soustředění na klidný srdeční tep, zklidnění dechu, prohřátí okolí solárního plexu a příjemně chladný pocit na čele. Doporučuje se cvičit až třikrát denně a postupně dobu cvičení prodlužovat. (Kratochvíl, 2002)

3.3.3. Relaxačně aktivační metoda (RAM)

Zajímavou metodou je také Machačova *Relaxačně aktivační metoda*, která byla vyvinuta zejména pro sportovce jako způsob optimálního emočního vyladění před výkonem. Patří mezi pokročilé metody a vyžaduje schopnost dobré autoregulace neboť během ní dochází ke střídání fáze aktivační a fáze relaxační. Právě toto uvědomění si jejich

střídání a možnosti přímého ovlivnění je zajímavou zkušeností pro osoby trpící symptomy ADHD a její nácvik vede k lepší autoregulaci.

"Záměrné pěstování autoregulačních schopností je vhodnou obranou proti neurotickým sklonům i proti neekonomickému zacházení s vlastním psychofyziologickým aparátem. Trénovaný jedinec je vcelku vyrovnanější, klidnější, výkonnější, odolnější vůči stresu, méně křečovitý. Je schopen rychleji tlumit doznívající negativní napětí. Dokáže maximálně využít i krátkého úseku k intenzivnímu odpočinku a je schopen snášet intenzivní duševní zatížení bez větších poruch koncentrace pozornosti, bez rušivých výkyvů citových stavů a pod. Obrat v celkovém životním pocitu po cvičení je pro každého cvičence překvapením. Cítí se svěží, má dobrou náladu, chuť k činnosti, odpadají zbytečné starosti, roste pocit sebejistoty a klidu." (Machač, 1988, s.219)

3.3.4. Meditace

Meditace je duchovní nadstavbou relaxačních technik. Vyžaduje dlouhodobý trénink, zato se však odměňuje hlubokými stavy, které jedince obohacují. Ověření jejího pozitivního dopadu na nejrůznější nemoci, se kterým přichází západní medicína, není žádným překvapením pro ty, kteří se jí dlouhodobě věnují. Její potenciál sahá mnohem dále než k odstranění nepříznivých příznaků nemoci. Je cestou k poznání a duševnímu rozvoji.

Spočívá v dovednosti vyvolat si a udržet živé představy určených předmětů, osob a dějů a ve využívání této dovednosti k dalšímu meditativnímu setrvání u osobně významných témat. Využívá se prvků řízené aktivní imaginace a práce se snovými obrazy. (Kratochvíl, 2002)

Meditace je název označující hluboké duševní stavy, kterých je dosahováno různými způsoby v závislosti na historických a náboženských kořenech, ze kterých daná technika vychází. Existuje neskonalé množství meditačních technik, podle jejich zaměření můžeme hovořit o technikách pracujících s tělesným prožitkem, které bývají často spojeny s bojovými uměními a technikách pracujících pouze s duševními obrazy. Meditace je zejména cestou k rozvoji osobnosti a její využití v léčbě je druhotným efektem vycházejícím z jednoduchého pravidla vyladění se s vesmírem a následným odezněním utrpení.

3.3.5. Masáž

Taktilní a hloubková tlaková stimulace nebo masáž mají uklidňující efekt u mnoha druhů savců. Podle některých kontrolovaných studií zvyšuje hladinu serotoninu a imunitní funkce. V kontrolované randomizované studii u adolescentů s ADHD dosáhl efekt 10 – 15 minutových masáží 77% ve srovnání s relaxační technikou, u které byl jen 51%. (Drtílková, 2003)

Rozdíl v účinnosti může být dán i způsobem relaxace a zkušeností testovaných osob s touto technikou. Zatímco při masáži je člověk pasivní a uvolnění svalů za něj provádí masér, relaxaci se musí naučit. Rozdíl bude jistě také v délce trvání efektu kdy se dá předpokládat delší uvolnění při správně provedené natrénované relaxaci.

3.4. EEG biofeedback

Metoda EEG biofeedback je poněkud kontroverzním přístupem k léčbě rozličných psychických poruch včetně ADHD. Názory na její účinnost se značně liší a dají se rozdělit na dva základní tábory. Prvním z nich jsou zastánci tohoto přístupu, kteří vyzdvihují jeho účinnost, druhým potom oficiální medicína, která vznáší námitky ohledně ověření této účinnosti a označuje tuto metodu za experimentální.

Během sezení je snímána EEG aktivita mozku, která je převáděna na obrazovku v podobě jednoduché počítačové hry. Průběh této hry má pacient možnost ovládat změnami psychického stavu, mění tak frekvenci vln své mozkové aktivity, která se projevuje jako žádoucí (úspěch) nebo nežádoucí (neúspěch) změna ve hře. Tím dostává zpětnou vazbu o svém výkonu. Opakovaným tréninkem tak pacient učí svůj mozek fungovat v požadovaném frekvenčním pásmu, které je spojováno se zlepšením výkonu v kognitivní oblasti. (Drtílková, 2007)

Tyl a Tylová (2003) uvádějí, že: "EEG biofeedback je vysoce specifická metoda pro posílení žádoucí aktivace nervové soustavy, především pro trénink pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně (zklidnění impulzivity a hyperaktivity), zlepšení výkonů intelektu. Vynikající a rychlý účinek má také na poruchy spánku, zejména problémy s usínáním, i na noční děsy a enurézu (pomočování). Dobré výsledky vykazuje i u vývojových vad řeči a specifických poruch učení (dyslexie, dyskalkulie). Účinek EEG

biofeedbacku se vyrovná účinku silného psychostimulancia. (Studie srovnávající u skupiny dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou efekt EEG biofeedbacku a Ritalinu ukázala u obou skupin přesně stejné zlepšení - významný ústup příznaků u 83% subjektů.) Na rozdíl od psychostimulancií je však účinek EEG biofeedbacku trvalý, protože se jedná o učení - co se mozek při tréninku naučí, už se nelze "odnaučit".

Již samotný rozsah a univerzálnost použití této metody vzbuzuje opatrnost. Dá se předpokládat, že tato metoda může sloužit pro nácvik relaxace nebo soustředění pozornosti, její účinky na maturaci CNS nebo zvýšení inteligence však jsou vysoce kontroverzní. Účinky této metody byly popsány zejména kazuisticky. Objevují se i kontrolované studie s pozitivními výsledky, metodologicky jsou však často rozdílné a s málo početnými soubory. Problematické je také využití placebo což znesnadňuje hodnocení. Dá se tedy říci, že můžeme předpokládat jisté zlepšení při nácviku pozornosti, relaxace nebo vizuomotorické koordinace, zároveň však patří mezi metody, u nichž nebyla jednoznačně prokázána jejich účinnost. (Drtilková, 2007)

3.5. Diety a doplňky stravy

S prvotní myšlenkou omezení jídelníčku, tzv. eliminační dietou, u hyperaktivních dětí přišel Benjamin Feingold, který popsal až 50% efekt u dětí s ADHD, kterým byla ze stravy odstraněna umělá barviva, aromata a salicyláty (látky obsahující kyselinu acetylsalicylovou jako jablka, ostružiny, citrusy, čaje...) Tímto výzkumem se nechala inspirovat široká škála nejrůznějších diet (mezi nejznámější patří Few Foods diet nebo oligoantigení dieta), které měly dobrou vědeckou podporu v kontrolovaných studiích s placebem, které proběhly v pěti zemích tří kontinentů. Bombastického Feingoldova výsledku se však dosáhnout nepodařilo a stále není jisté, jaké procento dětí na tuto léčbu příznivě reaguje, odhaduje se 5 – 15%. Léčba je účinná zejména u dětí s prokázanou senzitivitou na určitý druh potravin. Průběh dieta je takový, že se zavede omezený program stravy, do kterého se postupně přidávají další prvky až se objeví, které potraviny dítě špatně snáší. Mezi problémy tohoto přístupu patří nutnost spolupráce, nepříjemnost, drahota, možné konflikty mezi dítětem a rodičem a oddálení případné účinnější léčby.

Některé přístupy se zaměřují na nutriční doplňky stravy jako jsou aminokyseliny, esenciální mastné kyseliny nebo minerály kam patří zinek, železo, magnézium a vitamíny.

Bohužel však neexistují přesvědčivé důkazy o účinku těchto látek, přestože byly prováděny ojedinělé kontrolované studie s povzbudivými výsledky. Nebyly však nikdy replikovány. (Drtílková, 2003)

3.6. Výchovné přístupy

S projevy hyperaktivity se nejčastěji potýkají učitelé ve škole. Některé děti, které jsou v domácím prostředí bezproblémové na sebe upoutávají svým chováním pozornost právě ve škole. To je také důvod proč k diagnostice ADHD dochází ve velké míře až po nástupu do školy. Část problémů může být způsobena rozdílným výchovným přístupem rodičů a učitelů, nastavení jiných pravidel hry. Nejvýrazněji se problém projeví při střetu konzervativního učitele ze staré školy vyžadujícího bezvýhradný pořádek s dítětem vychovávaným volným *laissez faire* přístupem. Vznikají potom třecí plochy a konflikt může eskalovat do otevřeného boje, kde každý využívá zbraně podle svých možností – učitel kázeňské tresty a zhoršené hodnocení prospěchu, žák odmítání poslušnosti, narušování hodiny a později rezignaci na vzdělání.

V současnosti je na trhu dostatek literatury, která nabádá učitele ke správnému přístupu k dětem se speciálními vzdělávacími potřebami kam spadají i děti s poruchou pozornosti. (Riefová, 2010, Michalová, 2011, Jucovičová, Žáčková, 2007) Klade se důraz na to, aby dítě nebylo nálepkováno jako líné, nešikovné a podobně negativní vlastnosti. Obecně se doporučuje individuální přístup soustředěný na kladné stránky jeho osobnosti.

Zdůrazňuje se potřeba jasné struktury prostředí i komunikace. Je třeba stanovit jasné hranice, pravidla, na kterých je dobré se oboustranně dohodnout a důsledně je dodržovat. Přesný řád dodává dětem mantinely, ve kterých se mohou cítit bezpečně a zároveň je chrání. Důslednost tuto jistotu podporuje.

Důležité je sjednocení výchovného přístupu rodičů a vyučujících. Bez tohoto sjednocení si navzájem podrývají autoritu a dítě opět ztrácí hranice. Je nutné si uvědomit, že nejednotností trpí zejména dítě, které se nedokáže správně zorientovat, cítí se ztracené, neví jaká pravidla jsou po něm vyžadována a dostavuje se nežádoucí chování.

Do tohoto hlavního rámce potom zapadají konkrétní doporučení týkající se jednotlivých projevů jako je nenutit násilím ke klidu, na drobný psychomotorický neklid nereagovat, zajistit dostatek možností k pohybovému uvolnění, střídání činností (mít na

paměti, že děti nevydrží dlouho soustředěně pracovat na jedné věci), učit dokončovat úkoly, neutíkat od nich (je nutné zvolit splnitelný úkol), činnost střídat s relaxací, věnovat více pozornosti když je dítě uklidněné (to dává možnost k pochvale a tedy pozitivnímu zpevnění), neklid ignorovat, oceňování dílčích úspěchů.

Riefová (2010) hovoří o důležitosti předcházet problémovému chování, které je vždy zdrojem negativního napětí. Výhodnější je všítat si dobrého chování a okamžitě chválit. Významnou roli také hraje učení se učit, které si musí žáci osvojit. Získávají tak kompetence ke zvládnání zátěžových situací. Učitel by měl žákovi pomoci při organizaci jeho práce a naučit ho udělat si ve věcech pořádek. Pro předávání vědomostí preferuje multisenzorickou výuku, která zapojuje větší množství smyslů a podporuje tak snazší zapamatování i využití nabytých vědomostí.

Dodržování těchto a mnohých dalších zásad při výuce klade vysoké nároky na osobnost a kompetence pedagoga. Zároveň se dá konstatovat, že návody jak vychovávat hyperaktivní dítě jsou vesměs použitelné na každé zdravé dítě. Jde hlavně o vnímání individuality jedince, stanovení jasných pravidel a nepřetěžování přemírou podnětů a úkolů což bude vždy prospívat jakémukoli dítěti.

II. Cirkusová terapie

Pojem Cirkusová terapie není z literatury znám a v této práci se budeme trochu neskromně snažit o jeho vymezení. Cirkusová terapie však nevznikla ze vzduchoprázdna, stojí naopak na poměrně silných základech cirkusové pedagogiky a využívá jejích principů k léčbě širokého spektra pacientů. Jedná se o poměrně nový přístup pro práci s klientem, který využívá zajímavého exotického prostředí cirkusu pro integraci známých a osvědčených postupů terapie. Skrz nácvik cirkusových umění vede klienta k osobnostnímu rozvoji, procvičováním dovedností ke zlepšení psychomotoriky, vystoupením před publikem k zažívání úspěchu a přijetí okolím.

Komplexnost cirkusového přístupu je jednou z jeho největších devíz a umožňuje jeho uplatnění u širokého spektra klientely. Může využívat prvků skupinové terapie stejně jako může být předpokladem nosného vztahu pro terapii individuální. Dává rámec, který může být naplněn osobitým obsahem. Způsob jejího uchopení je závislý na osobě terapeuta, jeho založení a schopnostech. Osobitý způsob komunikace. Prostředek psychoterapie.

Názory na fenomén cirkusu se mezi lidmi různě liší. Pro někoho je cirkus spojen s nízkým životem pouličních kejklířů, jinému toto slovo voní dálkami nebo pilinami manéže. Abychom vysvětlili, co tímto pojmem myslíme v této práci, popíšeme historické kořeny nejen cirkusové pedagogiky, ale i cirkusu a jeho jednotlivých disciplín. To vše s přihlédnutím k psychologickým aspektům.

1 Cirkusová pedagogika

Cirkusová pedagogika je v České republice poměrně novým, zato dynamicky se rozvíjejícím odvětvím. Ve světě je však dlouhá léta přijímaným přístupem obohacujícím nejen školní osnovy, ale tvořícím rámec pro volnočasové aktivity, tábory apod. O vymezení pojmu Cirkusová pedagogika se ve své Diplomové práci z roku 2010 pokusila Kateřina Lišková a vydala se směrem širokého popsání jejího obsahu, metod a využití. Její definice nám však stále chybí. Neuman (2006 in Lišková 2010) uvádí, že „cirkusová pedagogika zprostředkovává pravidelným a vysoce motivovaným cvičením nové pohybové

vzorce společně s dalšími výchovnými hodnotami, aniž by musela být pedagogická a výchovná práce předem zdůrazňována.“

Místo definice je však lépe popsat její obsah, který se skládá z nácviku jednotlivých cirkusových disciplín a jejich následného předvádění formou performance. Důležitý je nejen samotný proces učení, ale i forma osobitého ztvárnění dovednosti před publikem. Výsledkem nemusí být perfektní show, jde o umožnění účastníkům účastnit se na procesu vzniku něčeho vlastního a sklidit za to potlesk a uznání.

1.1 Historie cirkusové pedagogiky

Pochopíme-li cirkusová umění v nejširším možném smyslu jako mistrovství ve zdánlivě neúčinném konání, vystopujeme jeho historické kořeny u samého vzniku lidstva v rituálech dávných lovců. Postupnou kultivací a civilizačním vývojem stávalo se toto umění strukturovanějším a propracovanějším, tehdy vznikají první žongléři vyobrazení na zdech egyptských hrobek, komedianti řeckých komedií, gymnasti po celém helénském světě a tedy i v Římě. Své rituály kde byly k vidění nadlidské výkony měly i předkolumbovské civilizace Jižní a Střední Ameriky. Nácvik těchto dovedností byl zřejmě spojen s kulty různých božstev a trénink byl způsobem každodenní modlitby k uctění božstva.

Další možné kořeny můžeme vysledovat ve vojenství, které bylo vždy spojeno s drilem dovedností vyžadujících zručnost, přesnost a koordinaci. Své umění vojáci předváděli na přehlídkách a pochodech. V militaristických kruzích můžeme dodnes vidět kromobyčejné výkony v drezuře koní nebo v manipulaci se zbraní. Na východě došlo během let ke vzniku širokého spektra bojových umění, která se dají považovat za akrobacii.

Současná podoba cirkusu do jisté míry vychází ze středověké tradice trubadůřů, minesengrů a potulných kejklířů, kteří si předváděním svého umění vydělávali na živobytí. Postupně se začali sdružovat do uskupení, ve kterých můžeme hledat předobraz tradičního cirkusu.

Po staletí se umění a metody cirkusových rodů předávaly z jedné generace na druhou a málokdo dostal šanci připojit se ke kočovné společnosti a naučit se jejich řemeslu, pokud se u cirkusu přímo nenarodil. Silné konkurenční prostředí a nutnost všech

nově vznikajících společností přijít s vlastním osobitým stylem, či atrakcí, kterými se od ostatních liší, vedlo spíše k udržování rodinných metod v tajnosti. Teorie se předávala ústně z otce na syna, tudíž neexistují téměř žádné spisy dokumentující praktické návody a postupy nácviku cirkusových disciplín. (Lišková, 2010)

Z historického hlediska můžeme využívání prvků cirkusových umění nalézt v metodických příručkách pro cvičence Sokola z dvacátých let dvacátého století. Do školního konceptu přirozeného tělesného cvičení zařadili kejkliřská a pohybová cvičení rakouští pedagogové Gaulhofer a Streicherová během třicátých let. Ve Spojených státech amerických začal s cíleným využíváním cirkusových dovedností v rámci volnočasových aktivit pro děti Roy Coble, který v roce 1929 založil v Kalifornii The Great Y Circus pod organizací YMCA.

Výrazný vliv na rozvoj cirkusové pedagogiky měl vznik Nového Cirkusu (Cirque Nouveau) během sedmdesátých let ve Francii. Toto nové pojetí cirkusového umění rozdělilo cirkusový svět na dva tábory – tradiční a nový cirkus. (Lišková, 2010)

Pro vytvoření cirkusové pedagogiky jako uceleného systému výuky bylo třeba sebrat zkušenosti cirkusových rodin, sepsat je, kategorizovat, sjednotit teoretická východiska. Tento proces se odehrál souběžně na celém světě a souvisel se vznikem cirkusových škol, které byly vytvořeny pro potřeby velkých státních cirkusů. Každá škola si svůj program pochopitelně tajila a v současnosti tak můžeme napočítat až 200 různých pedagogických přístupů, které se od sebe v různých aspektech liší. (Lišková, 2010)

Jako první vznikla cirkusová škola v Rusku roku 1927 a nesla název Státní škola cirkusového a estrádního umění (GUCEI). Artisté v ní byli nejdříve trénováni způsobem vycházejícím ze sovětského gymnastického programu, v průběhu let 1950 – 1970 však vznikl tzv. Gurevičův systém, který vytvořil ekvilibrista Zinovij Bonič Gurevič. Jedná se o první významnější pokus o objektivní klasifikaci všech tehdy existujících cirkusových disciplín se zakomponováním metodických postupů jejich tréninku. Tento systém byl dlouhá léta držen v tajnosti a využívali jej pouze sovětské artisté. V současnosti celá řada cirkusů staví své základy právě na tomto přístupu.

Obdobný systém vznikl ve spojených státech a je spojen se jménem Hovey Burgess, který v roce 1976 vydal instruktážní knihu *Circus Techniques*, mnohými považovanou za cirkusovou bibli. Burgess dělí cirkusové umění na tři základní kategorie, které jsou dále rozděleny do tří úrovní dovedností. Patří mezi ně Ekvilibristika, Žonglování a Přeskoky přes náradí.

Další významné pedagogické systémy vznikly ve Francii a jsou spojeny se jmény dvou nejznámějších škol. První z nich je L'École Internationale de Théâtre Jacques Lecoq pro studium pantomimy, pohybu a divadla, která byla založena v roce 1956 profesorem sportovní a tělovýchovné výuky a pozdějším divadelním hercem Jacquesem Lecoqem, jehož heslo "Všechno se pohybuje" je základem metody výuky založené na dynamičnosti pohybu a kde je tělo pojímáno jako primární prvek vědomí. Současnou nejslavnější cirkusovou školou ve Francii je Národní cirkusová škola Châlons de Champagne, která má vybudovaný vlastní systém dělení novocirkusových disciplín. Nabízí dvou až tříleté kurzy, které jsou složeny ze dvou etap – v první studenti absolvují základní fyzickou přípravu, získají teoretický přehled a absolvují výuku všech disciplín, ve druhé etapě se již specializují na jeden z nabízených oborů. (Lišková, 2010)

Vývoj v České republice po Druhé světové válce do jisté míry kopíroval dění v Sovětském svazu, došlo k zestátnění cirkusů a v roce 1952 vzniká Artistické a estrádní učiliště pod státním podnikem Československé cirkusy, varieté a lunaparky. (Janura, 1953) V současnosti jsou cirkusová umění vyučována roztržštěně v rámci uměleckých škol. O sjednocení se snaží organizace Cirqueon – Centrum pro nový cirkus, která působí v Praze a nabízí kurzy akrobacie a žonglování.

1.2 Cirkusová umění

Pojem Cirkusová umění, jak uvádí Cihlár (2006), je poměrně problematický neboť vztahuje rozličné disciplíny, které mají mnohdy tisícileté tradice jako žonglování, provazochodectví nebo tanec, k z tohoto pohledu novodobému fenoménu cirkusu. Jak bylo uvedeno, rozdělení cirkusových disciplín se liší v podání různých cirkusových škol. Zde se pokusíme o co nejpřehlednější výčet, který má sloužit spíše pro představu jakými směry se může trénink cirkusových dovedností ubírat než jako snaha o úplnou systematizaci.

1.2.1 Ekvilibristika

Ekvilibriztika je artistické umění založené na udržování rovnováhy těla vlastního nebo partnerova, umění balancovat na zemi (parteru) a vysoko nad zemí, na stabilním nebo labilním náčiní. Základními prvky jsou stoje, chůze nebo skoky na rukou, stoje na hlavě,

dlouhodobé stoje na jedné ruce a balancování s rekvizitami (balancování pomůcky na hlavě, čele, bradě, v ústech). (Lišková, 2010)

Rovnovážná cvičení vyžadují přesnost pohybu a zvýšený cit pro rovnováhu. V akci je celé tělo a nutným předpokladem je maximální soustředění na výkon. Nároky jsou kladeny také na zajímavou choreografii i na spolupráci s ostatními členy skupiny (vzájemná pomoc, přidržování při nácviu). Je také nutná vytrvalost při cvičení. (Neuman, 2006 in Lišková, 2010).

Mezi ekvilibristické disciplíny patří jízda na jednokolce, chůze po laně, chůze na chůdách, balanční koule, rolo bolo (balanční deska ležící na kulaté trubce) nebo balancování na žebříku či židli.

1.2.2. Akrobacie

Cizím slovem akrobacie či akrobatika označujeme obvykle souhrn tělesných dovedností, které jsou založeny na mimořádné tělesné zdatnosti spojené s nadprůměrnou obratností, popřípadě na mimořádných schopnostech ovládnání těla, někdy spojené i s velkou dávkou odvahy. Tyto osobní fyzické dovednosti jsou pak využívány v některých uměleckých i neuměleckých profesích, dále pak v oblasti sportu (Petráčková & Kraus, 2000, 834 in Lišková, 2010).

Jako základní artistickou disciplínu označujeme akrobacii přízemní, která je pokládána za základ artistické práce, při ní se pracuje bez rekvizit a technického zařízení. Uplatňují se v ní pouze fyzické schopnosti, zejména síla a svižnost. Především jsou to prvky statické, někdy prvky dynamické. Artisté pracují ve dvojicích a ve větších skupinách (Hančl, 1995).

Dalším možným typem akrobacie je akrobacie vzdušná což je artistický obor spočívající v práci artistů ve výškách. Uplatňují se v ní jak prvky dynamické (vzdušná voltiž), tak statické (vzdušná gymnastika). Bývá prováděna také mimo prostory cirkusu, ve volné přírodě, např. pod letadly, nad vodopády apod. (Hančl, 1995).

Mezi nejznámější příklady patří létající hrazda (trapéz), visutá obruč a vertikální šály. Akrobacie také využívá různých náradí a náčiní, mezi nejužívanější patří trampolína, švihadla nebo žebříky.

1.2.3. Žonglování

Žonglování (z angl. *juggling*, něm. *jonglage*, fr. *jonglerie*) je kreativní pohybovou aktivitou, spadající do oboru psychomotoriky, která nespočívá pouze v nácviku a drilu techniky, ale umožňuje též rozvoj nových pohybových zkušeností a dovedností. Žonglování je definováno nejen jako opětovné vyhazování a chytání předmětů, ale především jako obratná manipulace s předměty. (Trávníková, 2008)

Hančl (1995) uvádí, že žonglování je artistický obor, který spočívá v rychlém, rytmickém vyhazování několika různých, stejných nebo nestejných předmětů do výšky a jejich chytání, nebo balancování těchto předmětů.

Žonglování má z hlediska zapojení do běžného života výsadní postavení mezi ostatními cirkusovými disciplínami. Nevyžaduje zvláštní fyzickou přípravu a přesto umožňuje každému kdo projeví zájem prožít pohybové zkušenosti, zdokonalovat se. Jedná se o nekonečné učení se využívat přírodních zákonů k osobitému vyjádření pohybem. Žonglovat se dá prakticky s jakýmkoli předmětem, je jen potřeba si jej správně osahat, zjistit si jeho vlastnosti a potom jich využít.

Hovey Burgess rozdělil žonglérské dovednosti do tří skupin podle dovedností, které vyžadují. Použijeme tohoto dělení i pro neúplný výčet možných žonglérských pomůcek.

Mezi přípravné dovednosti zařadil balancování objektů jako je míč na hlavě, vztyčená tyč na dlani, talíř na prstě, kuželka na bradě apod. Jako základní dovednosti označuje házení s míčky, kužely nebo kruhy. Za rozšířené žonglérské dovednosti označuje manipulaci s objekty na gyroskopickém (točivém) základě. Do této různorodé skupiny spadají diablo, devil stick, poi poi, talíře, jojo atd. (Lišková, 2010)

1.2.4 Dramatické umění

Podstatnou složkou cirkusu je samotné vystoupení. Během vystoupení dostávají nabyté dovednosti příslušný tvar. Cirkusové představení, nácvik a závěrečné vystoupení, to vše je dílem společné práce všech zúčastněných. Je to výborná možnost poznávat druhé lidi za různorodých okolností. Je to přirozená cesta, jak učit mladé lidi, aby vlastní spolehlivostí přispěli k rozvoji spolehlivosti druhých. Toto poznání je možná jedním z nejvyšších cílů cirkusu (Neuman, 2006 in Lišková, 2010).

Mezi klasické cirkusové výstupy kromě akrobatů a žonglérů patří klauni. Hančl (1995) popisuje, že klaun je směšně oblečená a maskovaná postava, bavící zejména cirkusové diváky. Někdy mívá i samostatný výstup a uplatňuje se i v soudobém divadle, filmu a televizi. Musí to být všestranný umělec, perfektně ovládající mnoho disciplín.

Mezi výrazové prostředky klaunů může patřit pantomima, ale i hra na hudební nástroj případně některá z cirkusových disciplín. Posláním klauna je zejména bavit.

Mezi další herecké postavy můžeme zařadit kouzelníky a fakíry nebo pouťové siláky. Součástí cirkusů bývají i tanečnice nebo hadí ženy.

Z hlediska úspěchu cirkusového představení je třeba nezapomenout na dobrou výtvarnou přípravu kostýmů, líčení umělců a celkovou přípravu scény. To vše dohromady vytváří onen magický celek cirkusu.

2 Využití cirkusové pedagogiky

Cirkusová pedagogika ve svém širším pojetí se pohybuje v nižších patrech pomyslné pyramidy, jejíž nejvyšší vrchol patří právě cirkusovým školám. V těchto školách se pracuje s vybranými talentovanými jedinci, kteří se připravují na svůj profesní život. V současnosti se však po celém světě využívá různých forem cirkusu k práci s mládeží. Takto pojatá cirkusová pedagogika si dle Neumana (2006) (in Lišková, 2010) klade jako cíle:

- Rozvoj osobnosti prostřednictvím uměleckých pohybových činností
- Rozvoj skupiny a sociálních kompetencí spočívajících ve vzájemném respektu, ve schopnosti řešit konflikty a v rozvoji kooperace a komunikace
 - Společné učení a učení se od sebe navzájem
 - Vytváření radosti ze života, kterou posiluje podíl na společném díle, společný podíl na prezentaci výsledků práce a koncentrace na prožívání všech aktivit ve volné atmosféře hry

Rožtek (2010) (in Lišková, 2010) dále tyto cíle rozšiřuje o výchovně vzdělávací cíle, tedy o rozvoj klíčových kompetencí jako jsou rozvoj individuálních vlastností a schopností osobnosti, kompetencí učení, komunikačních kompetencí, kompetencí k řešení problémů a rozvoj sociálních a personálních kompetencí.

Mezi metody využívaná cirkusovou pedagogikou patří způsoby práce dramatické výchovy (hra, improvizace, napodobování), zážitkové pedagogiky (zkušenostní učení, týmová práce, zážitek), sportovní pedagogiky (trénink, tělesná výchova) a sociální pedagogiky (prevence, kompenzace, sociální péče). (Lišková, 2010)

Aplikace cirkusové pedagogiky je závislá na cílové skupině, které je určena. Je třeba zvolit správný způsob pro správné lidi, přizpůsobit náš přístup jejich způsobu vnímání, přizpůsobit naše očekávání klientovým možnostem. Rozdílnost v možných uplatněních dává vzniknout dělení podle přístupů k práci.

2.1 Volnočasový cirkus (*Leisure circus*)

Volnočasový cirkus aneb příležitost vyzkoušet si cirkusové disciplíny na vlastní kůži. Do této kategorie spadají převážně jednodenní kurzy, jednorázové akce, letní tábory a kurzy zážitkové pedagogiky organizované pro širokou veřejnost. Účastníci mají během těchto kurzů možnost nahlédnout do světa cirkusu, prožít dny naplněné dynamickým programem, získat návod na výrobu vlastních žonglovacích pomůcek, vytvořit vlastní cirkusové představení, nechat se inspirovat hrou, zážitkem... (Lišková, 2010)

Nabízíme tak volnočasovou aktivitu v zájmovém kroužku, která formuje osobnost a smysluplně strukturuje volný čas. Je prevencí před sociálně patologickými jevy. Tento přístup má velký integrační potenciál pro děti s lehčími typy poškození nebo pro děti v ohrožení sociální exkluzí.

2.2 Sociální cirkus (*Social circus*)

Sociální cirkus je inovativní sociální přístup založený na cirkusovém umění. Je zaměřen na rozličné rizikové skupiny žijící v nejisté osobní a sociální situaci jako je mládež žijící na ulici nebo ženy ohrožené násilím. V rámci tohoto přístupu není hlavním cílem naučit se cirkusovým uměním, ale spíše pomoci zúčastněným v osobním a společenském rozvoji podporou jejich sebevědomí a důvěry v ostatní stejně jako pomocí získávat sociální dovednosti, stát se aktivními občany, vyjádřit vlastní kreativitu a využít vlastní potenciál. Sociální cirkus je mocným nástrojem pro vytváření společenské změny protože pomáhá marginalizovaným jednotlivcům získat své místo v komunitě a obohatit

tuto komunitu o svůj talent. (<http://www.cirquedusoleil.com/en/about/global-citizenship/social-circus.aspx> 2. 3. 2012)

Dalším rysem sociálního cirkusu je jeho univerzálnost a dostupnost. Děti nepotřebují umět číst ani psát, stačí jim pouhá ukázka a pár dobrých rad „jak na to“ a můžou začít trénovat. Jelikož mají spoustu času (většinou totiž jen tak posedávají na ulici a nic nedělají), mohou se aktivitám věnovat opravdu naplno. Právě z těchto jedinců rostou ti nejlepší světoví umělci (začínají v útlém věku a platí zde obecné cirkusové pravidlo, že talent má hodnotu jednoho bodu, zato tvrdý trénink deseti).

Sociální cirkus uznává a oceňuje umění a kulturu jako mocný prostředek vzdělávání a během vyučování pracuje se symbolikou kruhu. Jako dokonalý geometrický tvar bez začátku a konce, stejný ve všech bodech, symbolizuje kruh úplnost, věčné pokračování, jednotu a ochrannou hradbu. (Lišková, 2010)

Dobře tento pocit vystihuje věta z tréninkové příručky Evropské federace cirkusových škol (2008, s.19): "Dny jsou velmi dlouhé, ale nakonec lidé společně pijí pivo pod hvězdami a jsou spokojení s tím, čeho dosáhli. To je to, co hledají – smysl osobního uspokojení ze sdílení společného projektu, který je motivuje, aby se těšili na každé ranní vstávání, a stále dokola."

Historicky je Sociální cirkus latinskoamerického původu. Pracoval s ohroženými dětmi velkoměstských slumů, kterým dával možnost získat alespoň nějaké dovednosti a tím možnost vydělávat si peníze jinak než kriminalitou často propojenou s obchodem se zbraněmi nebo drogami. Cílovou skupinou jsou sociálně vyloučené skupiny obyvatel žijící ve špatných socioekonomických podmínkách. V České republice se jedná nejčastěji o Romy, přistěhovalce nebo dlouhodobě nezaměstnané. Děti vyrůstající v těchto podmínkách často nezískají dostatečné návyky pro začlenění do většinové společnosti a zůstávají součástí komunity nebo ghetta kde jsou v ohrožení kriminalitou. Cirkus v tomto prostředí je ukázkou sociálně přijatelného způsobu trávení volného času, který má potenciál pro učení základní struktury trávení času, procesu učení, získávání dovedností a kompetencí, případně společensky přijatelného způsobu obživy tímto uměním. Je lepší se na ulici živit uměním než krádežemi. Toto pojetí odpovídá původnímu latinskoamerickému přístupu. Tento přístup však vyžaduje poskytnutí dalších možností růstu v cirkusových školách a uplatnění jako motivační prvek.

2.3 Adaptační cirkus (*Adaptation Circus*)

Specializované kurzy cirkusových technik pro osoby se specifickými potřebami, s cílem integrace těchto lidí do majoritní společnosti. (Lišková, 2010)

Tento přístup se snaží využít pozitivních účinků psychomotorické aktivity jako žonglování, akrobacie nebo jiný způsob uměleckého vyjádření k nápravě, rehabilitaci fyzických a psychických funkcí jednotlivého člověka. Pracujeme se specifickou populací lidí, kteří mají konkrétní potíže, na které se v rámci terapie zaměřujeme. Pro tento přístup je nutná základní orientace v problematice psychopatologie a konzultace s ošetřujícím personálem.

Pojetí adaptačního cirkusu se velmi blíží Cirkusové terapii, rozdílné však jsou kořeny, ze kterých vyrůstají, cíle, možnosti a omezení. Adaptační cirkus vychází z cirkusového prostředí, lidé, kteří se mu věnují jsou svým zaměřením umělci, kteří se z různých osobních důvodů rozhodli zapojit se do pomoci znevýhodněným bližním a svým pozitivním přístupem je nadchnout a povzbudit. Cílem je adaptovat jedince do většinové společnosti, jsou tedy podobné jako u Sociálního cirkusu a odpovídá jim i forma, která většinou využívá jednorázových různě intenzivních workshopů.

Příkladem tohoto přístupu může být kromě tohoto výzkumu práce Trávníkové a jejích studentek s dětmi s ADHD případně starými lidmi v domově důchodců nebo intervenční aktivity centra Cirqueon v PL Bohnice.

2.4. Cirkusová terapie

Cirkusová terapie si bere za cíl konkrétní práci s jednotlivcem. Vychází z psychologických poznatků a snaží se je aplikovat sdělitelnou cirkusovou formou.

Abychom mohli mluvit o terapii, je na místě provést diagnostiku stavu klienta, určit si cíle terapie, průběžně sledovat jejich plnění a po jejím skončení vyhodnotit její účinnost. Možnosti využití tohoto přístupu jsou velmi široké a závisí na schopnostech a limitech terapeuta. Dá se uvažovat o terapii dětí trpících onemocněními z autistického spektra, jimž fixace na objekt a manipulace s ním pomůže v komunikaci se světem, s nímž se dostanou tímto způsobem do kontaktu. U neurotických onemocnění lze využít ritualizace a relaxačních účinků, pro pacienty s depresivními poruchami může žonglování tvořit rámeček,

který nedovolí upadnout do úplné nečinnosti. Nekonečnost cesty žonglování se dá brát jako dobrá paralela pro vysvětlení filozofických otázek a může být předpokladem duševního růstu a rozvoje.

V současnosti je v psychiatrických léčebnách využíváno velké množství nejrůznějších terapií, které jsou vždy zaměřeny na jeden konkrétní aspekt. Cirkusová terapie má potenciál tyto jednotlivé druhy terapií absorbovat a svébytným stylem rozvíjet. Můžeme hovořit o integraci těchto směrů – arteterapie, dramaterapie, teatroterapie, pracovní terapie. Není vyloučeno, že by se dala integrovat i canis či hypo terapie. Využívání zvířat v cirkusech má dlouhou tradici a měl-li by klient možnost a prostor secvičit jednoduché číslo se psem nebo koněm, jistě by to mělo také kladný výsledek.

Výhodou této integrace pod jednu střechu cirkusového šapitó je příběhovost. Činnosti už nejsou vytrženy z kontextu a nestojí samy o sobě, ale začíná hrát svou roli i příběh, exotika, dobrodružství, pocit sounáležitosti.

2.4.1 Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.

Předstupněm ve vývoji arteterapie jako profese bylo zkoumání výtvarné produkce duševně nemocných, zaměřené původně spíše k upřesnění diagnózy. Jako terapeutická metoda se arteterapie začala cíleně využívat ve 30. až 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. Průkopníky arteterapie byli většinou výtvarníci, kteří prošli psychoterapií a hledali možnosti propojení výtvarného působení s psychoterapeutickými postupy a jejich uplatnění v léčbě (např. M. Naumburgová, C. Lewis, E. Kramerová a další).

U nás se arteterapie využívala od 50. let v různých léčebných a psychoterapeutických zařízeních jako součást psychoterapie. V 70. letech vznikla na půdě Psychoterapeutické společnosti ČLS J.E. Purkyně arteterapeutická sekce, založená a vedená PhDr. D. Kocábovou. Sdružovali se v ní zájemci o danou problematiku z

různorodých oborů a byly pořádány speciální semináře a dílny. V průběhu 80. let narůstala popularita arteterapie zvláště mezi studenty a absolventy speciální pedagogiky, neboť arteterapie byla začleněna do plánů výuky a počátkem 90. let zásluhou PhDr. M. Kyzoura bylo na Jihočeské univerzitě otevřeno bakalářské studium arteterapie. V roce 1994 vznikla Česká arteterapeutická asociace, jako samostatné občanské sdružení, otevřené všem zájemcům o arteterapii, které postupně usiluje o přeměnu na organizaci profesní. (<http://www.arteterapie.cz/> 17. března 2012)

2.4.2. Teatroterapie

Teatroterapie je specifickou formou umělecké - expresivní terapie, léčebné metody, která využívá uměleckých prostředků. Je definována jako divadlo hrané postiženými herci. Podstatou této terapie uměním je příprava a realizace divadelního představení. Tato ucelená terapie obsahuje dramaturgii či tvorbu divadelní hry, čtené zkoušky, návrhy a výběr kostýmů, rekvizit a scény, práce na jevišti, využití zvukových a světelných prostředků. Tato dlouhodobá teatroterapeutická práce je zakončena vlastním hraním divadelního představení pro veřejnost (Valenta 2001 in Řeřichová 2006).

Teatroterapie sama na sebe klade vysoké umělecké nároky. Snaží se o kvalitní a hlavně osobité zpracování tématu. Nejde o nacvičování besídky kde jsou klienti v roli pasivních loutek deklamujících připravený text, důraz se klade na invenci, kreativitu, pochopení smyslu a nadšení ze hraní. Umělecká kvalita je výrazným zdrojem terapeutického efektu. (Řeřichová, 2006)

Počátky současného pojetí teatroterapie můžeme hledat na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let minulého století a jsou spjaty s natáčením australského filmu *Stepping Out*, který dokumentoval přípravu a realizaci divadelního představení *Madame Butterfly*, jehož aktéry byli mentálně postižení herci. Od této chvíle se postupně prosazoval nový postoj, který korespondoval s větší společenskou otevřeností a snahou o integraci lidí s postižením. Od poloviny osmdesátých let vznikaly podobné divadelní projekty po celé Evropě. V České republice je svou činností známá PL Bohnice se svým divadlem *Za plotem*. (Řeřichová, 2006)

2.4.3. Taneční terapie

Tanečně-pohybová terapie je psychoterapeutické využití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení psychické a fyzické integrace jedince (ADTA – Americká asociace taneční a pohybové terapie)

Chodorowová (2006) využívá tanečně-pohybovou terapii jako metodu aktivní imaginace v jungiánském pojetí. Chápe ji jako základní metodu analytické praxe kde terapeutický vztah slouží jako nádoba a proces. Tato metoda slouží jako způsob kontaktu s vlastními emocemi, jejich uvědomění, k rozvinutí diferencovanějšího a vyváženějšího vztahu jak k sensorické, tak i imaginativní stránce emočního života. Lidé si během terapie mohou vzpomenout na zvláště živý sen nebo zážitek z dětství. Celý tanec je prací s vlastním Já, které pomáhá dávat tvar pohybovým impulsům. Já může usměřňovat vyjádření nevědomého materiálu, podporovat i utlumovat, čímž odráží dynamiku neustálého vzájemného ovlivňování mezi vědomou, volní fyzickou činností a pohybem, který pochází z nevědomí.

2.4.4. Dramaterapie

Podle integrativní definice, kterou používá Valenta a kolektiv (2006) je dramaterapie léčebně – výchovná, terapeuticko – formativní disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.

Dramaterapie spadá do širokého rámce terapeutického využití divadla, sousedí s přístupy jako psychodrama nebo výchovná dramatika, od kterých se však v mnohém liší. Dramaterapie je zaměřena na širokou škálu zejména psychiatrických pacientů a klade si za cíle zejména zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence, zvládnutí kontroly svých emocí, rozšíření repertoáru rolí pro život, získání schopnosti spontánního chování, posílení sebedůvěry nebo poznání vlastních hranic a omezení. Na rozdíl od teatroterapie není výstupem veřejné vystoupení, ale je kladen důraz právě na samotný prožitek při nácviu hraní rolí. (Valenta, 2006)

2.5. Psychologické aspekty žonglování

Z psychologického hlediska je žonglování vysoce komplexní činností, ve které hraje svou roli veliké množství faktorů. Pro dokonalejší pochopení jsme nuceni ji rozložit na co nejmenší součásti, které nám dovolí nahlédnout blíže k podstatě, a zkusit vysledovat, jak spolu jednotlivé části souvisejí. Vydáváme se tedy cestou konstruktů, které se mohou dále zpřesňovat, ale nikdy nebudou přesným obrazem reality.

Nutno podotknout, že tento způsob poznání vychází z racionalisticko-pozitivistického pohledu na problematiku a je vyžadován současným pojetím vědy. K opravdovému hlubokému pochopení podstaty je nutné prožívat a získávat zkušenosti, které není třeba verbalizovat.

2.5.1. Psychomotorika

Termínem psychomotorika se obecně myslí výchova pohybem nejen za účelem zlepšení obratnosti nebo fyzické zdatnosti, ale i napomáhání rozvoji psychických funkcí. Psychomotorických cvičení je možno použít ve všech věkových kategoriích od předškolních dětí po lidi v důchodovém věku. Zvláště velké uplatnění má u lidí méně pohybově nadaných nebo zdravotně oslabených. (Blahutková, Klenková, Zichová, 2007) Provázanost psychiky a motoriky je nejmarkantnější v raných stádiích lidského vývoje kdy je pohybová vyzrálost takřka totožná s vyzrálostí duševní.

Psychomotorika tvoří souhrn pohybových aktivit člověka, které jsou projevem jeho psychických funkcí a psychického stavu. Tato motorická akce vychází z motorických procesů (vnímání, myšlení, paměť představa) a psychických stavů (nálada, individuální naladění člověka). (Blahutková, Klenková, Zichová, 2007)

Trávníková (2008) uvádí cíle a úkoly psychomotoriky podle Adamírové (2006): "Prvním úkolem je **poznat své tělo**, vytvořit si mapu – schéma těla, poznat jeho funkci jako celku i jeho jednotlivých částí, naučit se tělu rozumět a chápat nejen jeho pohybové schopnosti, ale i prožívat různé pocity a city, vyjadřovat je pohybem, naučit se s tělem zacházet a ovládat je, přitom je přijímat takové, jaké je. Základem je tedy získat co nejvíce zkušeností o svém těle z hlediska fyziologického, kognitivního a emocionálního a dovést je využívat pro své sebepoznání, sebezdokonalování a jednání.

Druhým úkolem je **seznámit se s prostředím, s předměty**, které nás obklopují, s jejich vlastnostmi, možnostmi a způsoby využití. Naučit se předmětům přizpůsobit, ale postupně je přizpůsobovat svým potřebám, přetvářet je ke svému prospěchu.

Třetím úkolem je poznat **společenské prostředí, osoby**, které v něm žijí. Pomocí znalostí sebe sama se naučit poznávat druhé, rozumět jejich citům, pocitům, přáním, touhám i potřebám. Na začátku tohoto procesu se cvičenci učí navazovat kontakty, v jeho průběhu pak komunikovat, spolupracovat, postupně budovat vzájemnou důvěru, odpovědnost a v závěru pomáhat druhým i za cenu potlačení sama sebe, svých výhod. Jedná se o celoživotní proces."

Splnění těchto cílů není podmíněno vysokou fyzickou zdatností, pro každého jedince se dá nalézt úroveň, která bude vyhovovat jeho potřebám a odpovídat jeho možnostem. Je škoda, že někteří lidé pod dojmem prvotních neúspěchů zanevrou na pohyb jako takový a ochuzují tak svůj život o zajímavou složku, která pomáhá lépe porozumět našemu okolí skrze přímý kontakt se sebou.

2.5.2. Vývojové hledisko

Pro správnou metodiku výuky žonglování je třeba se obeznámit s psychomotorickým vývojem tak jak jej popisují vývojoví psychologové. Propojení psychických procesů s tělem je nejvýraznější v mladším věku. Děti zkoumají svět, který je obklopuje, poznávají ho a ověřují si tak na vlastní kůži platnost základních fyzikálních zákonů.

Jak popsal již Piaget, v kojeneckém období je například veškerým zdrojem inteligence skutečná činnost dítěte, která zprostředkovává jeho styk s okolím, hovoří o tzv. inteligenci senzomotorické. V batolecím věku se pohyb stává prostředkem osamostatnění, dává dítěti svobodu objevovat svět po svých. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s.57)

Z hlediska nácviu žonglování se dá uvažovat již o předškolním období, které je charakteristické zlepšováním pohybové koordinace, větší hbitostí a elegancí pohybů. Děti v tomto věku již běhají po rovině stejně dobře jako po nerovném terénu, padají jen velmi zřídka, skáčou, hopsají, stojí na jedné noze a, což je důležité, umí házet míč po vzoru dospělých. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s.88) Toho se dá využít při pohybových hrách a soutěžích, které dále rozvíjí a zdokonalují pohybové vlastnosti dětí. Celé předškolní období je obdobím her, které mají smysl samy o sobě.

Jak uvádí Janura (1953), artisté začínají s tréninkem od nejtútlejšího věku, pravidelně již od pěti let. Výcvik malých adeptů je systematický a se stálou snahou zdokonalit se. Je třeba nadlidské trpělivosti a houževnatosti. A pak samozřejmě znovu a znovu opakovat.

Během mladšího a staršího školního věku před nástupem puberty většinou dochází k rovnoměrnému růstu spojenému s rovnoměrným zlepšováním hrubé i jemné motoriky. Pohyby se zrychlují, jejich koordinace se výrazně zlepšuje, roste svalová síla. To vše vede ke zvýšenému zájmu o pohybové hry a sportovní výkony, které vyžadují obratnost, vytrvalost a sílu. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s.120)

Vývoj motoriky v období dospívání je zpravidla výraznější než v období předcházejícím. Zdokonalují se dovednosti vyžadující sílu, hbitost, jemnou pohybovou koordinaci i smysl pro rovnováhu. Významně pokračuje i vývoj zejména vizuálního vnímání. To vše hraje nemalou roli při vzniku sebehodnocení a sebepojetí. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s.148) Pro vývoj sebepojetí je důležitý nejen absolutní výkon, ale svou roli hraje i problém tělesného vzhledu a potřeba kladného hodnocení ze strany opačného pohlaví.

Období adolescence je typické tím, že jedinec je již fyzicky i psychicky připraven podávat výkon na horní hranici svých možností a tuto hranici dále posouvat. Je schopen dlouhodobě pracovat na technické dokonalosti pohybové struktury. Výrazný je i rozvoj vytrvalosti a vůle, který dlouhodobou přípravu umožňuje. (Hošek, 2009, s.38)

Správné pochopení funkce psychických procesů při vývoji sportovce je dobrým základem pro další individuální práci na zlepšování dílčích dovedností. Respektování vývojových stádií a maximální využití jejich potenciálu by se mělo stát samozřejmostí.

Jedním z pozitivních přínosů žonglování je nekonečnost vývoje. Díky žonglování se člověk může vyhnout stagnaci, která může s postupem věku přicházet.

2.5.3 Učení

Na žonglování se z psychologického pohledu můžeme dívat jako na nikdy nekončící proces učení, který je uvědomovaný. Člověk se přirozeně učí celý život, při žonglování si však tento proces musí osvojit a tedy lépe mu porozumět. Schopnost sám sebe učit dovednosti tak zjevně nepraktické má poté za následek dokonalé porozumění tomuto procesu a jeho aplikaci do praxe. To je předpokladem osobnostního rozvoje a růstu.

Člověk, který je zvyklý sám na sobě pracovat je lépe disponován pro zvládnání těžkých životních situací a překážek. Nepraktičnost žonglování je tak pouze zdánlivá.

Velkou část lidí, kteří se k žonglování jakýmkoli způsobem dostanou odradí složitost, kterou komplexní pohyb žongléra vzbuzuje. A to, že se bez této dovednosti docela dobře obejde pomůže k racionalizaci a omluvě toho to vůbec nezkusit. Složitost žonglování a jeho nedosažitelnost je ale pouhou iluzí, ve skutečnosti není o nic složitější než jízda na kole nebo řízení auta, rozdíl je pouze v tom, že řídit auto se z praktického hlediska naučit potřebujeme a věnujeme tomu tedy potřebný čas.

Nácvik žonglování není ve své podstatě ničím jiným než motorickým učením. Takto postavená věta snad naznačuje, že se jedná o něco nízkého zahrnující pouze tělo. Podle Linharta (1967) se však motorické učení netýká jen návyků a dovedností, ale je v něm zúčastněná celá složitá psychická regulace (včetně rozhodovacích procesů). Efektivnost v motorickém učení není proto měřitelná jen nacvičenou dovedností, ale týká se celé osobnosti.

Složité pohybové variace vyžadují nejen dobrou fyzickou přípravu, ale i schopnost pohyb si představit, vědět jak dosáhnout požadovaného výsledku. Pro zjednodušení se dá každý pohyb přenést do roviny křivek, které budou jednotlivé části těla opisovat. Pohyb se může odehrávat v různých rovinách složených z linií, kruhů, smyček či osmiček. Každý sebekomplexnější pohyb se dá tímto způsobem zjednodušit a usnadnit tím jeho nácvik. Postupem tréninku se samozřejmě pohyby zpřesňují a získávají na eleganci. Při samotném vystupování je pohyb natolik komplexní, že netrénované oko nerozezná, po jakých trajektoriích se která část těla pohybuje.

Při nácviku nové dovednosti se nejčastěji používá přímka, kruh a osmička. Při házení kaskády se třemi míčky je kupříkladu důležité, aby se obě ruce pohybovaly po kružnicích směřujících buďto od těla nebo k tělu. Míčky tak opisují osmičky.

Linhart (1967) dále popisuje podmínky nutné pro osvojení pevné a přesné motorické dovednosti. Tato základní pravidla je dobré znát zejména pokud chceme pracovat s mládeží a efektivně tak předávat žonglérské znalosti.

- Učitel zná povahu motorických aktů

Čím lépe je učitel obeznámen s daným pohybem, tím lépe bude schopen dovednost předat dále. Je dobré pokud zná více způsobů osvojení daného pohybu protože může nácvik přizpůsobit potřebám a úrovni svých žáků.

Při žonglování se musí každý naučit být vlastním učitelem protože jen málokdo je pod trvalým dohledem zkušenějšího učitele. Učení nových pohybů nejčastěji probíhá formou jednorázových workshopů.

- Znalost přesného cíle, správné zadání úkolu

Zadání by mělo být takové, aby žák pochopil podstatu pohybu. U komplexnějších pohybů je nutné rozčlenění na dílčí úkoly a dobře promyšlená struktura nácviku. Nové pohyby by se měly napojovat na staré a dobře upevněné pohybové systémy.

- Motorické učení má být vždy aktivní

Pro splnění tohoto požadavku je nutná vhodná motivace což je snadné při sportovní hře, ale využít se dají i rytmická cvičení s tleskáním.

- Pohyby a operace mají být po určitou dobu posilovány

Což by se dalo popsat také rčením Opakování matkou moudrosti. Je tedy nutný nácvik, během kterého se pohyby, které mají být upevněny dají upevnit pozitivní zpětnou vazbou, tedy pochvalou. Jak ve svých výzkumech dokázal Skinner, nejefektivnější upevnění je občasné, intermitentní. Názorné i slovní posílení má větší efekt je-li podáno včas po provedení úkolu. Nadbytečná kontrola působí na efektivnost učení negativně. Jelikož žonglování je často zábavou jednotlivců, musí se naučit odměňovat se sami. Vyžaduje to tedy vybudování vnitřního místa kontroly, locus of control.

Největší odměnou pro žongléra je samotný trik, který se po nekonečných nezdarech konečně podařil. Tato odměna opravdu přichází nepravidelně a je vždy vykoupena nekonečným opakováním.

- Vliv skupiny na učení

Učení ve skupině má pozitivní vliv pokud jsou dobré interpersonální vztahy a vstřícná kreativní atmosféra. Dochází k sociálnímu učení a učení nápodobou což zvyšuje potenciál celé skupiny. Důležitým aspektem je také sdílení zkušeností, podněcování kreativity, povzbuzování.

- Učení má probíhat za podobných podmínek, ve kterých bude naučené využito.

Toto pravidlo se u žonglování týká zejména pozdějšího vystupování, které vyžaduje zvyknout si na obecenstvo, osvětlení, ne vždy ideální prostor apod. Při nácviku je prostředí málo důležité, žonglovat se dá opravdu všude.

- Fáze plató

Tak nazýváme část v křivce učení kde dochází ke zpomalení či zastavení zvyšování výkonu. Pro překonání této frustrující fáze je dobré rozložení výkonu do dílčích úkolů a jejich nové procvičování. Tím dojde k dokonalejšímu pochopení podstaty pohybu a přesunutí na vyšší úroveň.

Trávníková (2008) uvádí, že instruktor by měl být schopen ukázat svým svěřencům další možnosti jejich rozvoje a znát způsoby jak přiměřeně zvyšovat stupně obtížnosti tak, aby i pohybově méně nadaní zažívali úspěch.

Učení se dá podle Linharta (1967) rozdělit do tří základních fází:

- První fáze

V této fázi se žák seznamuje s látkou, důležité je vzbudit u něj v této fázi zájem, správně jej motivovat. Dochází k prvním pokusům o provedení pohybu což může být spojeno s negativními emocemi jako je ostych, nechuť k učení, zklamání z neúspěšných pokusů. V této fázi velká část žáků odpadá, nejsou schopni přenést přes srdce několikátý neúspěch a nechce se jim pokračovat. Důležité je soustředit se na příjemné pocity spojené s radostí z pohybu, nesoustředit se přímo na výsledek, který se dostaví až časem. Úspěch v této počáteční fázi vede ke zvýšení sebedůvěry a chuti zkoušet další a nové postupy. Dojde ke zvýšení aspirační úrovně, která poté táhne k dalšímu zlepšování a učení se nových dovedností.

Nejdůležitější v této fázi je tedy umožnit dětem zažít úspěch, který podnítl jejich zvědavost. Nenechat se otrávit vlastními ambicemi a uvědomit si, že každý má své osobní limity nastaveny jinak což nevylučuje, aby ho pohyb bavil.

- Druhá fáze

Dochází ke zkoušení a prověřování správnosti pohybů, které se tímto zpřesňují a stávají se ladnějšími, přirozenějšími. Dochází k pochopení detailů pohybů, upravuje se postoj, rytmizuje se dýchání. Na základě zkoušek a chyb žák promýšlí lektor jednotlivé postupy, rozčleňuje úkol na části, hledá prostředky a chybějící informace pro dosažení cíle. Důležité je vytyčení cíle a hledání prostředků pro jeho dosažení. Je třeba si osvojit patřičné postupy a strategie, které vedou k dosažení cíle.

V této fázi je potřeba postupně ověřovat tyto postupy zkoušením a kontrolou výsledků. Je vyžadována zpětná vazba, kterou podává učitel nebo kolega. Výsledky činnosti v této fázi kontrolují další činnost, učitel by měl znát podstatu kontrolních činitelů. Ne vždy je však na blízku někdo, kdo je schopen poskytnout zpětnou vazbu, je třeba naučit se kontrolovat činnost sám.

V této fázi dochází ke zpomalení tempa učení, často poklesá zájem žáků, objevuje se nedůvěra ve vlastní schopnosti. Pro překonání této kritické fáze je třeba znovu motivovat a nastínit plán s dosažitelnými cíli.

- Třetí fáze

Dochází k ukotvení dynamického stereotypu - konečné pohyby jsou adekvátně voleny a jsou přiměřené, přesné koordinované, plynulé, tvoří dobře organizovanou pohybovou strukturu. Učení má povahu zdokonalování nově získané dovednosti a zvyšování výkonnosti. Probíhá další automatizace složek, které mohou probíhat mimo kontrolu vědomí. Je třeba záměrně obměňovat vnější i vnitřní podmínky učení – individuální obměna.

Naučená dovednost se stabilizuje, stává se z ní motorický stereotyp takže již nevyžaduje tolik vědomé pozornosti což vytváří podmínky pro tvořivé zvládnutí.

2.5.4. Pozornost

Jako pozornost označujeme zaměřenost a soustředěnost duševní činnosti na určitý objekt nebo děj. (Hartl, Hartlová, 2000, s.445)

Z vědeckého pohledu je pozornost " mentální proces, jehož funkcí je vpouštět do vědomí omezený počet informací, a tak ho chránit před zahlcením velkým množstvím podnětů. Základní vlastností pozornosti je selektivita – výběrovost. Pozornost lidem umožňuje monitorovat vnější i vnitřní prostředí a vybírat z něj pouze ty podněty, které si v daném okamžiku přejí nebo potřebují uvědomit, přičemž ostatní ignorují." (Plháková, 2007, s.77)

Podle Nakonečného (2003) je pozornost proces zaměřování vědomí na určitý předmět, který se pak v ohnisku vědomí jeví jako zřetelný a jasný. Jde-li o vnější objekt, stává se ve vnímání figurou.

Pozornost můžeme rozdělit do dvou základních fází. První z nich je zaměření pozornosti, které bývá označováno jako selektivní pozornost a je z velké části nevědomá. Druhou fází je soustředění pozornosti vědomí, kterou vůlí ovládáme. Pozornost může být zaměřena nejen do vnějšího světa, ale také k vnitřním psychickým obsahům. Souvisí s emocionálními a motivačními procesy, které hrají významnou roli v první etapě procesu

pozornosti, určují její zaměření. Pozornost je kognitivní proces, který souvisí s vědomím, vnímáním, pamětí a učením. (Plháková, 2007)

Mezi vlastnosti podle Plhákové (2007) pozornosti řadíme

- Selektivitu (výběrovost) – zaměření pozornosti, schopnost ignorovat
- Koncentraci (soustředěnost) – čím menší je počet psychických obsahů, na něž se snažíme soustředit, tím vyšší je koncentrace. Meditace vedoucí ke změně stavů vědomí.
- Distribuci (rozdělení) – více aktivit najednou můžeme provádět pokud jsou z velké části zautomatizované
- Kapacitu (rozsah) - množství objektů, které člověk dokáže postřehnout současně
- Stabilitu (stálost) – časový interval, v jehož průběhu jsme schopni sledovat jediný podnět, je-li fixace narušena, hovoříme o fluktuaci, tékání pozornosti

Jednou z nejdůležitějších podmínek žonglování je schopnost udržovat pozornost. Bez pečlivého soustředění není člověk schopen složitějších psychomotorických výkonů. Během žonglování je třeba pozornost udržovat po co nejdelší dobu.

Pozornost je jednou z funkcí vědomí. Je to ona, kdo vybírá, co si budeme v daný okamžik uvědomovat. Díky koncentraci pozornosti dokážeme pronikat do tajů jednotlivých předmětů nebo jevů. Pokud dokážeme plně koncentrovanou pozornost věnovat většímu počtu jevů znamená to, že se nám podařilo rozšířit naše vědomí. Tento princip je stovky let využíván v tradicích náboženských rituálů a meditačních technik.

Pozornost se věnuje. Je to dar, kterým můžeme obdarovat každou chvíli svého života. A je na nás, koho nebo co obdarujeme.

Člověk žije mezi spoustou podnětů. Některé útočí a jsou agresivní, jiné jsou jemné a tiché. Naše vědomí si mezi těmito podněty vybírá. Tento výběr nazýváme pozorností. Naši pozornost může něco upoutat nebo ji můžeme úmyslně věnovat. Mezi těmito dvěma stavy upřené pozornosti je jemný rozdíl dobře lingvisticky odlišitelný. Zatímco poutání pozornosti vyžaduje aktivitu objektu, při věnování je aktivita na straně subjektu. Jinými slovy je na každém člověku jestli bude svou pozornost aktivně věnovat nebo bude-li jeho vědomí pasivně připoutáno. Při domyšlení tohoto jednoduchého schématu se dostáváme k hlubší rovině tohoto problému a tím je nevyřešená otázka svobody vůle. Do jaké míry si je

subjekt opravdu schopen vybírat nezávisle objekty své pozornosti a nakolik je odsouzen k pasivnímu sledování podnětů vnějších?

Klíčem k pochopení tohoto rozporu je praxe. Kdo se nikdy nezkusil opravdu soustředit nedokáže tak jemně rozlišovat mezi podněty. Pravidelným cvičením, které vyžaduje většina světových náboženství, se člověk dokáže dostat do stavu kdy je schopen vnímat pouze tu jedinou skutečnost, která je neoddiskutovatelná – sebe. Mezi změtí fenoménů, které člověka v jeho světě obklopují najít pevný bod, díky kterému se dá pohnout zeměkouli.

Při obrácení pozornosti do vnitřního světa se člověku odhaluje pestrá změť impulzů z celého těla. Ať už je to svalový tonus, srdeční tep nebo informace z podkožních termoreceptorů. To vše a mnohem více se každým okamžikem odehrává, mění a tělo je schopno tyto informace zpracovávat tak rychle, že nestihnou ani proniknout do vědomí. Pravidelným cvičením koncentrace pozornosti na tyto procesy je člověk překvapen kolik informací mu uniklo jen o vlastním těle a kolik jich asi každý okamžik proudí ve vnějším světě. Uvádění těchto jemných pocitů do vědomí, kultivace této schopnosti je královskou cestou k pochopení světa.

Způsobů jak tohoto stavu dosáhnout je velké množství. Člověk se může držet stovky a někdy i tisíce let starých, ale opravdu přesných návodů jak pracovat se svým vědomím za pomoci meditací, rytmickém pohybu, zpěvu... Manipulací s předměty – tedy žonglováním.

Žonglování vyžaduje koncentraci pozornosti na jeden nebo více předmětů najednou. Pracuje s učením motorických stereotypů, které procházejí cestou z vědomí při nácviu nové dovednosti do nevědomé části díky automatizaci pohybů. Tělo si zkrátka zapamatuje pohyb a je schopno jej opakovat při dokonalém zvládnutí bez uvědomování. Z takto naučených pohybů, jejich seskládání do řady za sebe, vznikají série a sestavy, které působí plynulým dojmem a lehkostí. Začátek však je u věnování pozornosti jednotlivým svalům, které pohyb provádějí.

2.5.5. Frustrace

Jako frustraci označujeme "stav zklamání, zmarnění, který vzniká, je-li člověku zabráněno dosáhnout cíle jeho snažení. Za stavem frustrace, která byla vyvolána překážkou na cestě k cíli respektive ohrožením, oddálením nebo znemožněním uspokojit určitou

potřebu může vézt překážka *vnější*, tj. fyzická nebo způsobená jednáním jiné osoby, anebo *vnitřní*, tj. stydlivost, plachost, pocit viny, výčitky svědomí aj. Odolnost na frustrační situaci je rozdílná; jsou známy i případy, kdy frustrace vede ke zvýšení hladiny motivace." (Hartl, Hartlová, 2000, s.172)

Žonglování je neustálý souboj člověka nejen s gravitací a jinými přírodními zákony, ale především sama se sebou. Neustále je třeba najít v sobě dostatek sil znovu hračku ze země zvednout a znovu se pokusit. Tímto způsobem člověk neustále trénuje svou frustrační toleranci.

Jako frustrační toleranci označujeme "odolnost především vůči frustraci, ale šířeji též konfliktům, stresu a psychické zátěži vůbec. Hladina tolerance je inter- a intra-individuální, závislá na konstituci a výchově, je ovlivnitelná též životní zkušeností, emocionální podporou (partner, skupina) nebo psychoterapií. (Hartl, Hartlová, 2000, s.622)

Pokud žonglování zaujme pevnou pozici v našem životě stane se pro nás samovýchovným prostředkem ovlivňujícím naši životní zkušenost a dá se chápat i jako způsob nikdy nekončící psychoterapie.

2.5.6. Aspirace

Jako aspirace označujeme úroveň vlastního výkonu, kterou jedinec očekává na základě předchozího výkonu v dané situaci. Závisí na osobnostních dispozicích, hodnotové orientaci a aktuálních okolnostech, které mají vliv na strategii jednání. Podle rozdílu mezi očekávaným a dosaženým výsledkem posuzuje jedinec svůj výkon jako úspěch či selhání. Je prokázáno, že úspěch u většiny lidí aspirace zvyšuje, zatímco neúspěch naopak snižuje. (Hartl, Hartlová, 2000, s.58).

Aspirace v reálném životě znamená kladení osobních cílů. Předpokladem správně položených, s přiměřeným úsilím dosažitelných, cílů je znalost vlastních hranic a možností. Žonglování dává člověku možnost osahat si vlastní schopnosti a možnost zažít úspěch po vynaloženém úsilí. To úzce souvisí s mírou sebedůvěry a je dobrým předpokladem, že se člověk v osobním či pracovním životě bude hodnotit realisticky, nebude se tedy podceňovat ani na sebe klást nesplnitelné nároky.

Pro osobnostní růst je dobré mít aspirační úroveň kus nad aktuálními schopnostmi, ale stále v pásmu dosažitelnosti. Příliš vysoká aspirační úroveň, tedy nedosažitelné cíle, vede k pocitům neúspěchu a zmaru.

2.5.7 Ideomotorický trénink

Motorika je v lidském organismu řízena centrální nervovou soustavou. Propojení mezi psychikou a motorikou je tak silné, že již při pouhých představách pohybu byly zjištěny impulzy ve stejných svalech které by byly zapojeny i při jeho provedení. Toho se dá dobře využít právě při tréninku, kdy správné představování příslušných pohybů značně urychluje jejich fyzické zvládnutí.

Jedna z technik využití ideomotoriky pracuje s horším vybavováním částí pohybu, které nejsou dokonale zvládnuty. Tyto části se při zpětném vybavování objevují jako malá "okénka". Toho se dá využít pro zdokonalování techniky u složitějších pohybů prostřednictvím analýzy bezprostředně po provedení pohybu. Žonglér se soustředí na bezprostředně provedený pohyb a z okének v kritických fázích pohybu usuzuje na nedostatky, které se dají později odstranit systematickým motorickým cvičením. (Macák, Hošek, 1989)

Ideomotorický trénink využívá metod imaginace, která sama o sobě vyžaduje nácvik. Kvalita vyvolaných představ závisí na zkušenostech. Nejde jen o vizuální představy, ale o komplexní vyvolání stavu co nejvíce podobného reálné situaci. Představy zvuků okolí, vjemy spojené s konkrétním pohybem, doteky s předměty i čichové vjemy pomáhají konkrétnějšímu uchopení situace a kvalitnějšímu přenesení představ do skutečného procesu. Imaginace se dá využít nejen k nácviku komplexnějších pohybů a sestav, ale i ke zvládnutí zátěžových situací spojených s vystupováním.

III. Výzkumná část

1. Výzkumný problém

Předmětem našeho výzkumu je ověření možností aplikace Cirkusové terapie při léčbě ADHD. ADHD chápeme jako onemocnění, jehož hlavními příznaky jsou hyperaktivita, impulzivita a poruchy pozornosti. Terapeutický zásah je tedy veden ke zlepšení těchto tří dominantních projevů. Jako metody užíváme pevně strukturovaného kognitivně behaviorálního přístupu. Důraz je kladen na vytvoření schopnosti autoregulace, schopnosti ovládat vnitřní impulzy.

Jedná se o snahu experimentální cestou potvrdit oprávněnost tohoto přístupu, podložit ji výzkumnými výsledky a tím rozšířit možnosti nabízených terapeutických služeb pro tuto cílovou skupinu.

2. Cíle výzkumu

Cílem našeho výzkumu bylo vypracovat plán Cirkusové terapie, který bude dostatečně atraktivní a motivační pro děti a zároveň bude obsahovat důležité terapeutické prvky, aby mohl být považován za terapeutický přístup. Dále ověřit možnosti jeho využití jako pomocné léčebné metody při léčbě ADHD. Důležitým cílem také bylo získat potřebné zkušenosti s prací s touto cílovou skupinou, které se dají využít pro další zdokonalení terapeutického plánu a přístupu do budoucna.

Mezi další skupinu cílů patřilo popsat jak budou na Cirkusovou terapii děti reagovat, zda je bude bavit a motivovat k další práci. Důležitou součástí výzkumu bylo přimět děti ke každodennímu alespoň několikaminutovému tréninku získaných dovedností. Předpokládali jsme, že díky pravidelnému tréninku motoricky náročných cvičení dojde ke zlepšení pozornosti, její koncentrace i délky trvání. Pravidelnost opakování, tréninku je podmínkou pro duševní a osobnostní rozvoj každého jedince. Získání tohoto návyku je vysoce žádoucí.

3. Výzkumné otázky

Na základě takto popsaných cílů jsme formulovali výzkumné otázky:

- Je možné pravidelné zařazení Cirkusové terapie do chodu Dětského oddělení Psychiatrické léčebny?
- Dojde u dětí s diagnostikovanou Hyperkinetickou poruchou po absolvování Cirkusové terapie ke zlepšení pozornosti?

4. Metodika výzkumu

Pro výzkum dané problematiky jsme zvolili kvalitativní přístup s využitím kvantitativních diagnostických metod. Jedná se tedy o smíšený design, který však má těžiště v kvalitativním zachycení dané problematiky.

Jako hlavní metoda byla použita případová studie – klinická kazuistika, která slouží k zachycení diagnostiky jednotlivých případů a popisu terapeutického působení právě na tento případ. Dle Miovského (2006) případová studie zdůrazňuje komplexnost celého případu, souvislosti funkčních a životních oblastí života účastníka a jeho historicko – biografické pozadí. Tato strategie představuje výchozí místo pro hledání, popis a vysvětlení vlivu různých faktorů a souvislostí v kontextu daného případu.

Případová studie by měla mít tyto charakteristika (Yin, 1994 in Hendl 2005):

- využívá více zdrojů dat kvantitativního i kvalitativního charakteru;
- musí se vypořádat se situací, že je obvykle více proměnných než naměřených datových bodů, tedy realizací uvažovaných proměnných;
- snaží se využít předchozí teoretická tvrzení, která usměrní sběr dat a jejich analýzu.

V našem výzkumu jsme se věnovali dvěma kazuistikám, na kterých se budeme snažit popsat průběh a efekt daného výzkumu.

4.1. Způsob sběru dat

Data pro výzkum byla sbírána ze tří základních zdrojů. Prvním byla zdravotnická dokumentace jednotlivých chlapců, která obsahovala anamnestická data, popis jejich chování, způsob medikace a podobně.

Druhým způsobem bylo využití psychometrických testů zjišťujících pozornost a psychomotorické schopnosti. Výběr těchto testů byl konzultován s psychologem dětského oddělení PhDr. Jiřím Smejkalem a odpovídá obecně doporučené baterii testů používané pro vyšetření dětí s podezřením na poruchy pozornosti. Testování probíhalo individuálně v prostoru jídelny v době kdy ostatní děti byly ve škole. Bylo tedy zajištěno klidné prostředí a eliminovány podněty, které by eventuelně mohly rušit pozornost.

Třetím bylo klinické pozorování projevů jednotlivých chlapců během lekcí a při testování. Možnosti pozorování byly vzhledem k průběhu lekcí značně omezené kvůli nutnosti vedení a organizování průběhu. Do popředí se tak dostávaly zejména negativní projevy chování a k podrobnějšímu strukturovanému pozorování nedošlo.

4.1.1. Použité testy

Číselný čtverec

Test je určen zejména k hodnocení úrovně koncentrace a distribuce pozornosti a pro posouzení schopnosti odolávat zátěži pozornosti. Tato metoda je díky svému stáří již dobře zavedena v praxi, první příručka k tomuto testu byla vydána již v roce 1926 a byla doporučena i pro zjišťování základní orientace, pracovní rychlosti a temperamentu. Podle zjištění Senka a Daniela z roku 1969 je tento test saturovaný percepcí, pozorností, představivostí a pamětí. Původně byl test určen pro dospělé, úpravu pro děti provedl Jirásek v roce 1975.

Materiál k administraci testu tvoří podnětová tabulka s 25 čísly uspořádanými nepravidelně do čtverce, stopky a záznamový arch. Dítě je instruováno ukazovalo a přeřikávalo čísla tak jak mají jít správně za sebou. Tento postup se provádí desetkrát po sobě. Je zaznamenáván čas, za který dítě ukáže všechna čísla. Součástí testování je i pozorování chování dítěte, jeho postoje k práci, změnám během času a podobně.

Výsledkem je čas potřebný ke splnění úkolu, který tvoří křivku. Tato křivka má v závislosti na učení, zácvičku klesající tendenci. Mohou se však objevit výkyvy pozornosti nebo unavitelnost dítěte. Jirásek doporučuje vypočítat průměrnou hodnotu v první a druhé polovině testování a také průměrný čas jednoho pokusu. Pro tyto vypočítané hodnoty existuje tabulka stenových norem. Dále lze posuzovat diferenci mezi nejlepším a nejhorším výkonem atd. Pro interpretaci výsledků je třeba brát v úvahu i další funkce, které mohou výsledek ovlivnit jako je vizuální percepce, senzomotorická koordinace, motivace apod. (Vágnerová, 2001)

Test cesty (Trail Making Test, TMT)

Tento test byl poprvé publikován v roce 1944 jako součást armádních zkoušek. Později byl zařazen jako jeden ze subtestů do Halstead – Reitanovy neuropsychologické baterie. Slouží k posouzení pozornosti, psychomotorického tempa, zrakové percepce a vizuomotorické koordinace. Podmínkou pro jeho použití je dobrá znalost písmen a číslic. Českou verzi pro děti upravili v roce 1995 Preiss a Panamá.

Test se skládá ze dvou částí. Část A obsahuje testovací listy s vytištěnými čísly, která má dítě spojovat. Část B obsahuje kromě čísel i písmena, při spojování se čísla a písmena střídají a je tedy třeba přesouvat pozornost z číselné řady na abecedu a zpět. Úkolem dítěte u verze A je spojit co nejrychleji čísla postupně od jedničky do ... Samotnému testu předchází zácvičný úkol, na němž se ukáže, zda dítě zadání pochopilo. Ve verzi B má co nejrychleji spojit čísla a písmena, která se střídají (1-A-2-B-3...) Pokud udělá dítě chybu, examinátor je vrátí k poslednímu správnému úkonu.

Výkon v testu je hodnocen na základě času potřebného ke správnému splnění úkolu. TMT hodnotí úroveň zaměřené pozornosti, schopnost rozdělit a koordinovat pozornost, zaměřenou na zrakovou orientaci a senzomotorickou aktivitu. Výsledky z části B jsou diagnosticky přínosnější, hodnotí flexibilitu a schopnost rozdělení pozornosti. Výsledky negativně ovlivní neochota spolupracovat a nízká míra motivace. (Vágnerová, 2001)

Test pohybového učení (TPU-1)

Název testu zhruba popisuje jeho účel, který se však dá chápat širěji jako test předpokladů učení. Historicky navazuje na starší verzi Orientační test dynamické praxe

(OTDP), která je určena pro děti předškolního a mladšího školního věku a zároveň je předstupněm složitějšího TPU – A, B, C, D, který je používán od 10 let do dospělosti.

V TPU je předmětem testování učení různě složitých pohybových vzorců, které relativně málo závisí na transferu dřívějšího učení, zkušenostech a osvojených intelektových funkcích. Pozorování různého druhu průběhu motorických projevů při pohybovém učení umožňuje usuzovat jak na poznávací, tak i na motorické články organizace činnosti. Jedinci s mozkovou dysfunkcí například rozloží sled pohybů na dvě i více částí. Provedení tak není plynulé, dostatečně rychlé nebo dochází k záměně pohybů. Předpokladem TPU je, že provedení rychlého a plynulého pohybu vyžaduje schopnost připravovat se k další činnosti již během provádění aktuálního úkonu. To je umožněno díky nervovým mechanismům spolupráce obou mozkových hemisfér. Nedostatečnost této funkce se při testování projevuje jako malé pauzy narušující plynulost pohybu.

Testování probíhá v klidné místnosti bez přítomnosti dalších osob, potřebné jsou dvě židle, stůl a záznamový arch. Testování by měla provádět osoba mladšího nebo středního věku, která sama netrpí žádnou mozkovou dysfunkcí ani specifickou poruchou učení. Testující předvede 3x sled úkonů, které musí testovaný zopakovat zcela přesně a přiměřeně rychle. Hodnocení probíhá prostým ano – ne (splnil – nesplnil). Podle počtu splněných úkolů, kterých je osm, určujeme výkon podprůměrný, průměrný a nadprůměrný. (Míka, 2001)

4.2. Průběh výzkumu

Samotnému výzkumu předcházely dva na sobě nezávislé workshopy žonglování, které proběhly na konci prázdnin 2010 a 2011 pro děti, které se účastnily táborového pobytu Racek v PL Šternberk. Během těchto workshopů jsem získal základní představu o možnostech aplikace tohoto přístupu, jeho přijetí dětmi i zdravotnickým personálem. Došlo k seznámení se širokou paletou dětí s různými onemocněními a nabytí základních dovedností pro vedení kroužku s touto cílovou skupinou. Výsledkem vždy bylo nadšení dětí a živý zájem sestřiček, které si také chtěly vyzkoušet, jaké to je.

Pro umožnění dlouhodobějšího výzkumu bylo třeba podat žádost na vedení Psychiatrické léčebny, které si vyžádalo názory vedení dětského oddělení a následně provedení výzkumu povolilo. Tato žádost byla podána v listopadu 2011, potvrzení o

možnosti uskutečnění výzkumu však padlo až na začátku roku 2012, čímž se podstatně zkrátil čas na jeho provedení.

Výzkum proběhl od poloviny ledna do konce února 2012. Začátku Cirkusové terapie předcházelo studium dokumentace zúčastněných chlapců, seznámení se s jejich diagnózami a rodinným pozadím, ze kterého do léčby přicházeli. Dokumentace byla dobrým zdrojem informací o možných problematických projevech konkrétních chlapců. Dále proběhlo seznámení se s jednotlivými chlapci u příležitosti testování pozornosti a psychomotoriky. Během tohoto prvního kontaktu byl navázán prvotní vztah a vzbuzen zájem o pro chlapce novou a atraktivní činnost.

Cirkusová terapie byla zařazena do běžného chodu Dětského oddělení PL Šternberk mezi odpolední program, který byl individuálně volen každému dítěti. Ve stejnou dobu například probíhala teatroterapie, která byla určena spíše pro dívky.

Během sedmi týdnů proběhlo sedm lekcí, každá z nich trvala hodinu. Kromě těchto lekcí, na kterých se chlapci dozvídali nové postupy v závislosti na zvládnutých dovednostech, měli chlapci možnost trénovat každý den v době odpoledního volna. Tréninkové míčky a později i flowersticky jim byly vydávány sestřičkami, které byly instruovány o nutnosti tréninku pro efekt terapie.

Výzkum byl ukončen v druhé polovině února zejména proto, že se takřka kompletně vyměnila skupina chlapců. Chlapci, kteří byli do Cirkusové terapie zařazeni na jejím začátku byli propouštěni domů a přicházeli chlapci noví, které by bylo třeba nově otestovat, nezbýval by však již čas na dostatečně dlouhý nácvik, aby se mohl projevit terapeutický efekt.

4.3. Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr vzorku chlapců, kteří se účastnili Cirkusové terapie zajistil na základě předběžných konzultací psycholog dětského oddělení PL Šternberk PhDr. Jiří Smejkal. Do programu bylo zpočátku zařazeno šest chlapců, kteří splňovali předpoklad hyperkinetické poruchy. Všichni však měli ještě další komorbidní onemocnění, nejčastěji enurézu, enkoprézu, ale i fetální alkoholový syndrom (FAS), akutní psychotickou poruchu, psychosociální deprivaci nebo škodlivé užívání návykových látek. Skladba skupiny podle diagnostikovaných onemocnění nebyla z hlediska výzkumu vlivu Cirkusové terapie

na projevy ADHD optimální, vycházela však z aktuálního obsazení dětského oddělení PL Šternberk a nebylo tedy možno ji více ovlivnit.

Skupina procházela během výzkumu obměnami v závislosti na onemocněních některých chlapců (nachlazení, chřipka...), ukončením léčby a přechodu do domácího prostředí a naopak přicházeli noví chlapci, kteří na oddělení nastupovali. Z tohoto důvodu nabylo možno sebrat relevantní data od všech zúčastněných. Tato skutečnost měla také vliv na průběh samotné terapie protože bylo nutno učit nové chlapce pravidlům, která již ostatní znali, znovu předvádět cviky, které už ostatní nudily atd.

4.4. Cirkusová terapie

Jak již bylo předestřeno, v Cirkusové terapii nejde pouze o nácvik žonglování, ale jde o svébytný přístup k terapii, který využívá prvků skupinové terapie, pohybové terapie a relaxačních cvičení. Všechny tyto prvky mají své opodstatnění a každý z nich má svůj pevně daný důvod. Snahou tohoto přístupu není pouhé odstranění symptomů onemocnění, ale komplexní rozvoj osobnosti zaměřený směrem k seberozvoji, který je vnímán jako ústřední pojem. Podstatou je naučit se učit a využívat k tomu co nejvíce způsobů. Proto je kladen důraz nejen na osvojování si pohybových dovedností, ale i na uvědomění si vlastního prožívání, práce s vnitřními obsahy a nácvik sociálních interakcí mezi členy skupiny. Zároveň je třeba vnímat Cirkusovou terapii jako přístup experimentální, který musí být ověřen v praxi. To, že se však skládá z již dříve vyzkoušených přístupů umožňuje předpokládat jeho využitelnost. Jedná se o vybudování nové formy slučující známé obsahy.

Terapie probíhala formou hodinových lekcí jedenkrát týdně. Jednotlivé lekce byly předem připraveny s ohledem na průběh lekce předchozí a byl kladen důraz na jasnou strukturu a průběh. Zdrojem inspirace pro práci s cílovou skupinou byl přístup popsany Blahutkovou, Kleinovou a Zichovou (2007) v příručce Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti.

Každá lekce začínala sezením v kroužku kde měl postupně každý možnost pochlubit se, jak postoupil v tréninku nebo vznést připomínky a přání. Během této fáze bylo vyžadováno respektování základních pravidel komunikace – mluví pouze jeden, kdo chce mluvit, musí se o slovo přihlásit. K označení toho, kdo má právo hovořit koloval ve

skupině klobouk, případně roztočený talířek, mluvit mohl pouze ten, kdo měl klobouk nebo talířek. Pokud byl klobouk uprostřed, mohl mluvit kdokoli. Pravidlo se ukázalo jako funkční a chlapci se ho naučili respektovat.

Po kroužku následovala rozcvička zaměřená na prohrátí organismu a protažení hlavních svalových partií. K tomuto účelu se osvědčila honička s různými obměnami, dále různé poskoky a tleskání. (panák) V rámci rozcvičky byly zařazeny také cviky na rovnováhu a koordinaci rukou. (holubička, kroužení do protisměru, stoj na jedné noze s dotýkáním se nosu prsty...)

Na rozcvičku navazovala artistická část s jednoduchými gymnastickými prvky jako válení sudů, kotouly vpřed a vzad, hvězda nebo stojka. Teto část byla problematická z pohledu bezpečnosti a vyžaduje více než jednoho cvičitele pro podání záchrany. Chlapci jednali zbrkle a nebylo vždy možné uhlídat správné provedení cviků. Z tohoto důvodu bylo postupně od gymnastiky upouštěno a tvořila stále menší část terapie.

Až takto přiměřeně vybouření a unavení začínali chlapci s nácvikem žonglování. Ten byl zaměřen zejména na házení s míčky a postupně i na nácvik s flowerstickem. Nácvik házení míčeků byl veden podle plánu založeného na postupném zvládnutí různých technik hodů a chytání nejprve jednoho a postupně dvou a tří míčeků. Základním vzorcem házení tří míčeků je kaskáda. K tomuto bodu se dostali pouze tři chlapci, ostatní zůstali ve fázi nácviku s jedním a dvěma míčky. Flowerstick byl zapojen až v polovině celého projektu a to zejména pro ozvláštňení a zpestření. Při nácviku s touto pomůckou jsme se zaměřili na základní způsoby rolování po těle, prohazování, chytání a kyvadlo.

V této části hodiny však chlapci dostávali i prostor k vyzkoušení si dalších pomůcek jako kuželky, kruhy, talíře, klobouk nebo šátky. Každá z těchto pomůcek má jiné charakteristiky a manipulace s ní má jiné fyzické nároky. Pro osvojení si dovedností s každou z nich však nebyl dostatečný prostor, a tak šlo spíše o ukázkou možností a šířky žonglérského světa.

Žonglérská část byla ukončena krátkou jednoduchou hrou, která měla vždy spojitost s některou z žonglérských pomůcek – házení míčeků do klobouku, předávání si talířků z tyčky na tyčku, balancování s kuželkou na ruce...

Po hře nastal čas pro oddech a relaxaci, která byla zaměřena zejména na uvolnění, uvědomění si vlastního dechu. Součástí bylo vyvolání pocitu tíhy a tepla v končetinách, postupně i imaginace a ideomotorický trénink. Během relaxační fáze byl největší problém s uklidněním a setrváním v klidu. Každý sebemenší pohyb byl rušivý, vyvolával výbuchy

smíchu a podobně. Chlapci byli instruováni, že pokud se nechtějí účastnit aktivně, mají alespoň v klidu ležet což postupně začalo fungovat.

Celá lekce byla zakončena sezením v kolečku kde byl prostor pro zhodnocení proběhnuté lekce, dovysvětlení některých postupů (zejména relaxace, ale i nácvik jednotlivých dovedností) a motivaci pro trénink v týdnu.

4.5. Případ 1

První případ je jedenáctiletý chlapec, jedná se o jeho první hospitalizaci. Byla u něj diagnostikována Hyperkinetická porucha chování, Porucha přizpůsobení a Akutní psychotická porucha.

Byl narozen koncem pánevním o měsíc dříve. Jeho psychomotorický vývoj byl od začátku zrychlený, v půl roce seděl, začal i dříve chodit. Cvičili s ním Vojtovu metodu, později navštěvovali logopedii. Do mateřské školky šel ve třech letech. Adaptoval se špatně, měl problémy s vrstevníky.

Do první třídy šel v šesti letech. Již během prvního roku navštěvoval Pedagogicko–psychologickou poradnu, kde mu byla diagnostikována hyperaktivita, ale se závěrem že je možno jej normálně integrovat do kolektivu třídy. Prospíval výborně, do čtvrté třídy měl samé jedničky a dvojky. V páté třídě přestupoval na novou školu, dostal poprvé trojku a postupně to vypadá i na čtverku. Ve čtvrté třídě dostal poprvé dvojku z chování. Od té doby má z chování jedničku, ale vždy ředitelskou důtku. Ze zájmových kroužků dříve navštěvoval střelecký kroužek a chodil na gymnastiku, v současnosti do žádného kroužku nechodí.

Maminka chlapce uvádí, že byl v minulosti nepřiměřeně trestán otcem. To potvrzuje ve své výpovědi i chlapec, mělo to být před sedmi až osmi lety. Teď již ve společné domácnosti dva roky nežijí. Matka jako důvod rozvodu udává nevěru ze strany otce.

Ředitel školy, kterou chlapec navštěvuje, udává, že chtěl chlapec vyskočit z okna. Chlapec vysvětluje, že má asi měsíc pocit, že vidí otce, třeba na paneláku, občas ho i slyší. Jednou se prý otec převtělil do spolužáka, se kterým se proto začal bít a taky ho škrtil. Má strach, že by mu mohl zavraždit maminku nebo babičku.

Na Cirkusovou terapii reagoval pozitivně. Těšil se na každou hodinu, byl aktivní a snažil se. Patřil mezi chlapce, kteří byli lépe disponovaní pro pohyb, měl základní průpravu z gymnastiky, která ho z celého programu bavila nejvíce. Neprojevovaly se u něj žádné výrazné projevy nekázně nebo nezvladatelného neklidu, spolupracoval výborně a spíše napomínal ostatní chlapce, aby začali dělat co mají abychom neztráceli čas. Občas došlo jen k drobným konfliktům s ostatními chlapci. Po zadání cvičení byl schopen procvičovat i sám a nebylo třeba jej příliš často napomínat. Při relaxacích jako první zaujal správnou pozici, nevyrušoval, pokoušel se správně dýchat a odpočívat.

Z žongléřských dovedností zvládl základní házení se třemi míčky – kaskádu v rozsahu asi šesti hodů, tedy dvě celá kola. S flowerstickem ovládl rolování po těle, vyhazování s chytáním na oba handsticky, prohazování ve dvojici a kyvadlo (klick – klack) i kyvadlo s výhozem.

Během hospitalizace byl medikován Ritalinem a Straterou. Z hlediska ovlivnění výkonu během Cirkusové terapie je však vliv tato medikace zanedbatelný. Ritalin byl podáván ráno a díky jeho rychlému vstřebání účinky nevydrží do odpoledních hodin. Stratera byla podávána až ke konci pobytu a jelikož nástup jejího účinku je pomalý, dá se předpokládat, že ani ona výsledek nezkreslila.

4.5.1 Výsledky testování

Test cesty (TMT)

	Verze A	Verze B
Před začátkem	0:27	0:27
Na konci	0:27	0:23

Výsledek odpovídá stenu 3, jedná se tedy u podprůměrný výsledek, který se nezměnil. Zlepšení ve verzi B při druhém testování můžeme přičíst zácviku a vysoké míře motivace. Výsledky tohoto testu nám umožňují vyloučit vážné organické poškození a poškození senzomotorických funkcí.

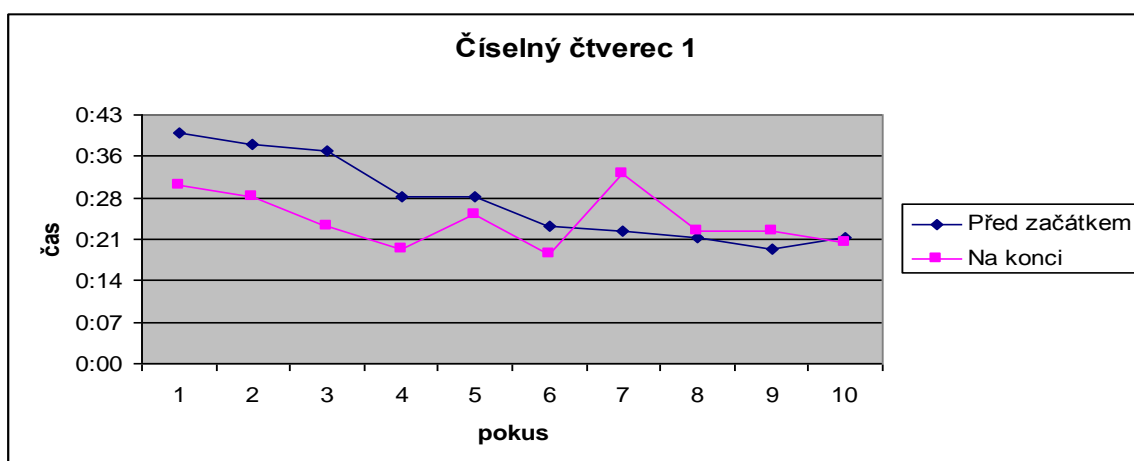
Číselný čtverec

Testování před začátkem

Pokus č. 1	0:40
Pokus č. 2	0:38
Pokus č. 3	0:37
Pokus č. 4	0:29
Pokus č. 5	0:29
Pokus č. 6	0:24
Pokus č. 7	0:23
Pokus č. 8	0:22
Pokus č. 9	0:20
Pokus č. 10	0:22
<i>Průměr 1. pol.</i>	<i>0:34</i>
<i>Průměr 2. pol.</i>	<i>0:22</i>
Průměr celkem	0:28

Testování na konci

Pokus č. 1	0:31
Pokus č. 2	0:29
Pokus č. 3	0:24
Pokus č. 4	0:20
Pokus č. 5	0:26
Pokus č. 6	0:19
Pokus č. 7	0:33
Pokus č. 8	0:23
Pokus č. 9	0:23
Pokus č. 10	0:21
<i>Průměr 1. pol.</i>	<i>0:26</i>
<i>Průměr 2. pol.</i>	<i>0:23</i>
Průměr celkem	0:24



Celkový výsledek v testu Číselný čtverec odpovídá lepšímu průměru již při testování před začátkem Cirkusové terapie. Z klesající tendence křivky můžeme usuzovat na normální průběh učení, vysokou motivaci a můžeme vyloučit senzorické poškození, které by nedovolovalo takového výsledku dosáhnout.

Při druhém testování došlo k poměrně velkému zlepšení vzhledem k velmi dobrému výsledku při prvním pokusu. Svou roli jistě sehrálo učení, obeznámenost s testovou situací. Mezi testováními však uběhlo sedm týdnů, a tak tento efekt výrazně výsledky nezkreslil. Z diagnostického hlediska je zajímavý výkonnostní propad mezi 6. a 7. pokusem kdy ihned sobě následují nejlepší a nejhorší čas testování. To je patrně způsobeno nezvládnutím hladiny nadšení, které vyvolal úspěch, došlo tak ke zúženému (tunelovému) vnímání, které mělo za následek výpadek ve výkonu. Poté však následoval návrat k průměru.

Test pohybového učení (TPU)

1.	X
2.	X
3.	X
4.	X
5.	X
6.	X
7.	O
8.	X

Splněno:1

1.	O
2.	X
3.	X
4.	X
5.	O
6.	X
7.	O
8.	O

Splněno: 4

Výsledek v Testu pohybového učení před začátkem Cirkusové terapie odpovídá pásu podprůměru. Hodnocení testu je striktní a vyžaduje provedení pohybu zcela přesně a v přiměřeném tempu, i malé přerušení plynulosti pohybu je vyhodnoceno jako neúspěch. V tomto případě byla většina úkolů provedena nepřesně a s přerušeními. Zadání úkolu však bez problémů pochopil a úsilí pro splnění bylo přiměřené.

Výsledek při testování na konci již spadá do pásma průměru. Projevilo se tedy zlepšení jemné motoriky, pohyby se staly plynulejšími a bylo tedy možno uznat více položek.

4.6. Příklad 2

Druhý případ je také jedenáctiletý chlapec, mezi jehož diagnózy patří Porucha aktivity a pozornosti odeznívající, Neorganické enkopreza a Neorganická enureza. V Psychiatrické léčebně byl již dvakrát, jednou na víkendovém pobytu pro rodiče s dětmi, jednou na týdenním pobytu kvůli enkopreze. Jedná se tedy o první dlouhodobý pobyt.

Byl narozen v normálním termínu, z dětských nemocí prolongovaná novorozenecká žloutenka. Pro opožděný vývoj v motorice byl v péči neurologa. Opožděný byl i vývoj řeči. Vyskytovala se noční enureza. Ve třech letech prodělal úraz hlavy když spadl asi z 1,5 metru, v bezvědomí nebyl, byl však pro jistotu hospitalizován na pozorování. Před pěti lety se objevila enkopreza, vyšetření vylučuje její organickou podstatu.

Do mateřské školky šel ve třech letech. Zaškolen byl v sedmi letech. Prospěchově výborný, nyní dokončil čtvrtou třídu se dvěma dvojkami. Ve škole se projevují poruchy chování v rámci ADHD, špatně se ovládá, neustále zapomíná věci atd. Pro zmírnění příznaků hyperaktivity musí brát do školy Ritalin.

Enureza se projevuje například tak, že se vykaká do pokoje a snaží se to skrýt pod postel, jindy si strká prsty do zadečku a roztírá to po koberci. Dělá to jen doma. Přiznává, že si sahá do zadečku hlavně když ho někdo vytočí, nejčastěji přítel od maminky, který ho štve. Myslí si, že by jim bylo lépe bez něj, jen s maminkou a sestrou.

Žije s matkou a starší sestrou. Matka je vyučená kuchařka s maturitou. Je v péči psychiatra pro úzkostně depresivní poruchu, medikována antidepresivy a dochází na individuální i rodinnou terapii. Otec matky je léčen pro depresivní poruchu a její sestra pobírá invalidní důchod na rekurentní depresivní poruchu. Otec chlapce má středoškolské vzdělání, s matkou jsou rozvedeni pro psychické týrání matky a jedno fyzické napadení. Měli rozdílný výchovný přístup. Matka nyní žije s přítelem, kterého chlapec uznává jako autoritu. S otcem je ve styku jen při návštěvě prarodičů, otec si je sám nebere a výživné platí pouze v exekučně stanovené výši.

Na Cirkusovou terapii reagoval pozitivně, byl aktivní a pracoval s nadšením. Reagoval impulzivně a bylo třeba mu věnovat pozornost, bez častého dohledu přestával procvičovat a věnoval se jiným činnostem. Pokud mu však byla věnována pozornost, pracoval svědomitě a soustředěně. Občas se na své diagnózy vymlouval a žádal úlevy, při odvedení tématu hovoru jinam však na své požadavky často zapomněl a pokračoval v nácviku. Ke konfliktům s ostatními chlapci nedocházelo. Při relaxacích bylo třeba jej usměrňovat, přehrával dýchání (dýchal úmyslně nahlas), vrtěl se, měnil polohy. Časem však začal spolupracovat lépe a při relaxacích nerušil.

Ze žongléřských dovedností zvládl základní žonglování se třemi míčky – kaskádu, kterou si byl schopen prohodit i více než desetkrát. S flowerstickem zvládl všechna základní cvičení jako Případ 1, se kterým spolupracovali ve dvojici. Jako jediný se naučil roztočit žongléřský talířek.

Medikován Ritalinem. Bráno dvakrát ráno, takže odpoledne již bez účinků.

4.6.1. Výsledky testování

Test cesty (TMT)

	Verze A	Verze B
Před začátkem	0:37	0:36
Na konci	0:23	0:25

Výsledky v Testu cesty před Cirkusovou terapií spadají podle stenových hodnot do kategorie jedna, což znamená nejhorší výsledek. Při testování po terapii se výsledek posunul a odpovídá stenu 3 což můžeme považovat za výrazné zlepšení.

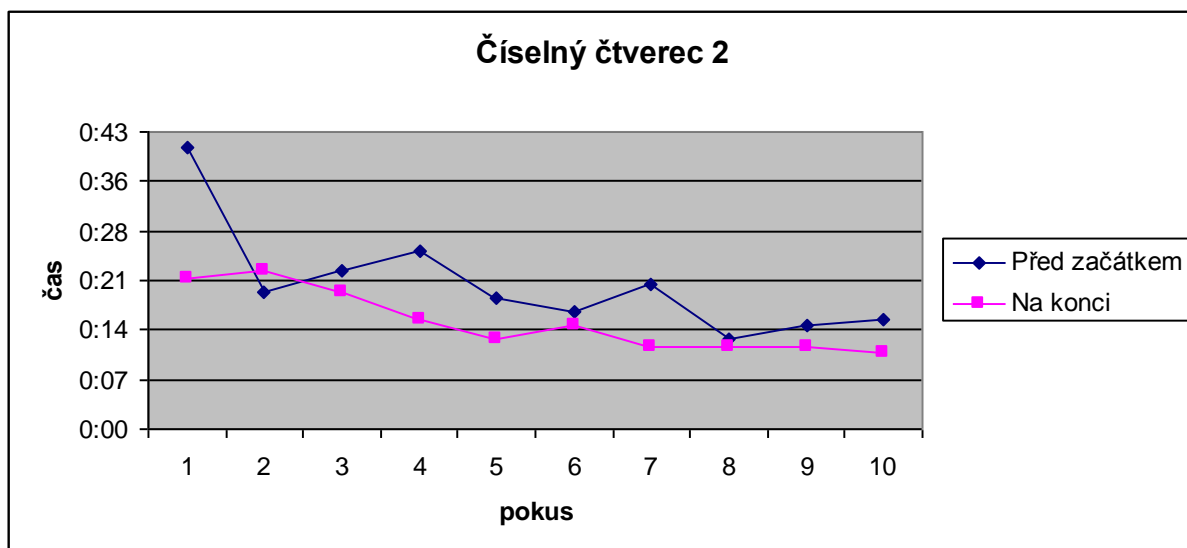
Číselný čtverec

Testování před začátkem

Pokus č. 1	0:41
Pokus č. 2	0:20
Pokus č. 3	0:23
Pokus č. 4	0:26
Pokus č. 5	0:19
Pokus č. 6	0:17
Pokus č. 7	0:21
Pokus č. 8	0:13
Pokus č. 9	0:15
Pokus č. 10	0:16
Průměr 1. pol.	0:25
Průměr 2. pol.	0:16
Průměr celkem	0:21

Testování na konci

Pokus č. 1	0:22
Pokus č. 2	0:23
Pokus č. 3	0:20
Pokus č. 4	0:16
Pokus č. 5	0:13
Pokus č. 6	0:15
Pokus č. 7	0:12
Pokus č. 8	0:12
Pokus č. 9	0:12
Pokus č. 10	0:11
Průměr 1. pol.	0:18
Průměr 2. pol.	0:12
Průměr celkem	0:15



Výsledek v testu Číselný čtverec je nadprůměrný. Z křivky popisující průběh můžeme vyčíst, že došlo velice rychle k zácviku, schopnost učení je tedy u tohoto chlapce velká. Následné výkyvy ve výkonu jsou vzhledem k výborným výkonům minimální a v rozmezí jen několika málo sekund.

Zlepšení při druhém testování je proto ještě výraznější. V průběhu druhého testování již nejsou patrné ani tyto mírné výkyvy a tendence je takřka lineární a blíží se chlapcovým maximálním možnostem. Poruchy pozornosti se ve výsledcích tohoto testu takřka nevyskytují.

Test pohybového učení (TPU)

1.	O
2.	O
3.	X
4.	X
5.	O
6.	O
7.	O
8.	O

Splněno: 6

1.	O
2.	O
3.	O
4.	O
5.	O
6.	O
7.	O
8.	O

Splněno: 8

Výsledek v Testu pohybového učení byl již před začátkem Cirkusové terapie v pásmu vyššího průměru. Dvě nesplněné položky byly provedeny nepřesně a nemohly být uznány, pohyb však byl správně odpozorován. Při druhém testování již byly správně splněny všechny položky což je výsledek, který odpovídá nadprůměru a v této věkové kategorii patří mezi výjimečné.

5. Zodpovězení výzkumných otázek

Po absolvování výzkumu můžeme s ohledem na průběh a výsledky odpovědět na položené výzkumné otázky:

- Ano. Zařazení Cirkusové terapie do běžného chodu Dětského oddělení Psychiatrické léčebny je možné.
- Ano. Po absolvování Cirkusové terapie dojde ke zlepšení v testech pozornosti a psychomotoriky.

6. Diskuze

Cílem této práce bylo ověřit možnosti zapojení Cirkusové terapie do chodu Dětského oddělení PL Šternberk po bok jiných již etablovaných terapeutických přístupů jako teatroterapie či canisterapie. Teoretická východiska, z nichž jsme vycházeli se opírala o předpoklad pozitivního vlivu psychomotorických cvičení pro podporu širokého spektra terapií. Nad rámec psychomotoriky jsme se pokusili vytvořit efektivně pracující skupinu, uvnitř níž se objeví dynamické prvky, a která bude plnit funkci jakou plní skupinová terapie. Důraz byl tedy kladen, na nabývání nových pohybových zkušeností, které jsou stěžejní pro prožívání vlastního těla, vytváření tělesného schématu, prožitek procesu učení, nabývání nových dovedností a následné zažívání úspěchu. Stejně tak byla důležitým prvkem příslušnost ke skupině, jistá výlučnost daná zvláštností cirkusové činnosti, která má moc působit na některé lidi až magicky.

Pro možnost ověření účinnosti a získání dat, o která se dá alespoň trochu opřít, byl výzkum zacílen na konkrétní skupinu – chlapce s diagnostikovanou Hyperkinetickou poruchou. Jako proměnná, kterou jsme se pokusili zachytit byla určena pozornost, jejíž poruchy jsou v popředí klinického obrazu této poruchy. Ze širokého rámce Cirkusové terapie bylo vytknuto žonglování jako koordinačně náročná psychomotorická dovednost, jejíž nácvik měl sloužit ke zlepšení pozornosti, zejména její koncentrace.

Výzkum byl pojat jako pilotní studie, která měla za úkol prověřit možnosti využití tohoto přístupu v Psychiatrické léčebně a zjistit, zda může Cirkusová terapie mít opravdu terapeutický potenciál, který bude ověřitelný a obhajitelný. Proto je na místě kritické zhodnocení přínosu tohoto projektu a odhalení co největšího množství chyb, kterým bychom se měli při dalším studiu této problematiky vyhnout.

Hlavním problémem se ukázala krátkodobost projektu. Doba trvání byla sedm týdnů, což je pro měření efektu terapie nedostačující. Během takto krátké doby dojde jen k mírným změnám, pokud se vůbec nějaké dostaví. Z pohledu měřitelnosti výsledků pomocí psychodiagnostických testů je důležité zmínit faktor nácviku, který při opakování v takto krátkém čase hraje velkou roli a zlepšení v celkovém výsledku může být z velké části způsobeno zapamatováním z předešlého testování.

Takto krátký průběh výzkumu byl způsoben pozdním zvolením tématu a nutností nastudovat množství nové teorie. V Postupové práci jsem se zabýval sportovní psychologií, pokračování v tomto směru bylo přerušeno vlivem několika skutečností. Z tohoto důvodu byl design výzkumu vypracován na poslední chvíli a bylo tak dáno jeho hlavní omezení. Další zdržení bylo způsobeno nutností schválení žádosti o povolení projektu na několika úrovních, které zabralo skoro dva měsíce, které mohly být pro výzkum využity.

Další omezení pro využití na dětském oddělení vyplývají z nestálosti obsazení. Standardní doba pobytu je tři měsíce, ne všechny děti však stráví na oddělení celou tuto dobu a odcházejí do domácí péče předčasně v závislosti na domácích podmínkách i podmínkách na oddělení. To se projevilo na našem vzorku chlapců, který se během trvání výzkumu celý obměnil. Tímto trpěla hlavně příprava jednotlivých lekcí. Nejednou se stalo, že bylo nutno improvizovat a vymýšlet program pro úplně nové chlapce zatímco chyběli ti, kteří se již jevíli jako šikovní a zlepšovali se.

I proto se nepodařilo dotáhnout terapii k důležitému momentu vystoupení. Skupina nebyla kompaktní, nebylo jisté s kým se příště potkáme, a tak byl problém najít i správný termín a možnost představení. Chlapci však jednotlivě předváděli své umění v rámci Velké komunity, která probíhá jedenkrát týdně. Šlo spíše o krátkou vsuvku než o secvičené vystoupení podle nároků, které bychom na vystoupení měli v rámci Cirkusové terapie klást. Přesto však chlapci o tomto předvádění mluvili s nadšením a sklidili potlesk a obdiv ostatních což pro ně mělo jistě pozitivní účinek.

V této práci jsme se však rozhodli zaměřit zejména na účinky žonglování coby psychomotorické techniky nácviku pozornosti, z tohoto pohledu absence dobře secvičeného vystoupení nehraje velkou roli.

Pro práci s dětmi je lépe pracovat alespoň ve dvou, je tak snazší se věnovat individuálně a efekt práce je tak větší. Zajištění pomoci však selhalo jednak pro nedostatek žonglérů v okolí a také proto, že pomoc vyžadovala pravidelné dojíždění a byla tak

poměrně časově náročná. Přesto však se většina lekcí vydařila a práce se dala odvést i v jednom člověku.

Cirkusové terapie se během jejího průběhu zúčastnilo 10 (?) chlapců v rozmezí od šesti do patnácti let. Jako výsledky jsou prezentovány dvě případové studie doplněné o výsledky psychodiagnostických testů zaměřených na pozornost a pohybové učení. Obě případové studie popisují jedenáctileté chlapce, kteří dobře reagovali na Cirkusovou terapii. Projevovali živý zájem, těšili se a pravidelně trénovali přes týden. Původní výzkumný záměr počítal se zastoupením chlapců s ADHD, tito chlapci trpěli Hyperkinetickou poruchou chování spojenou s komorbidními onemocněními. Z metodologického hlediska vidím problém v tom, že celá teoretická část se věnuje poměrně široké diagnostické skupině ADHD, Hyperkinetická porucha chování však již pod tuto skupinu nespadá. Problém je v různých diagnostických kritériích DSM-IV, kde se používá termín ADHD, a kritérií MKN-10, která operuje s pojmem Hyperkinetická porucha. Tyto kategorie se do značné míry překrývají, Hyperkinetická porucha chování však již z překrytí vybočuje. Podle amerických kritérií se již v případě poruch chování jedná o přidružené komorbidní onemocnění Teoretická část tak popisuje problém, který ve výzkumné části přímo zastoupen nemáme.

Tento rozpor však nebylo možno ovlivnit protože v době kdy výzkum probíhal byla skladba dětských pacientů z tohoto hlediska nevyhovující. Přesto však nejde o natolik velkou odchylku, aby celou práci úplně znehodnotila. Na tento problém poukazují, abych vyhověl vědecké korektnosti.

Z osobního hlediska beru jako velký přínos nutnost nastudovat literaturu o dnes častém a dle mého názoru módním onemocnění ADHD/Hyperkinetická porucha. Názory na toto onemocnění se často liší, ale nikdo se je nepokouší příliš zpochybnit. Alespoň v běžně dostupných knihách. Osobně mám velký problém s vnímáním projevů hyperaktivity jako onemocnění a jsem toho názoru, že dochází k masivnímu nadužívání diagnostické kategorie. Z přehledu dostupné literatury jsem získal pocit, že se na pozornost nahlíží na něco automatického, co zdravý člověk má a nezdravý nikoli, úplně se opomíjí nutnost jejího procvičování respektive její procvičování je již označeno za terapeutický či pedagogický přístup.

Naše společnost v současnosti věří, že hyperaktivita dětí je způsobena zejména genetickými předpoklady a probíhá jako porucha přenosu neurotransmiterů. Je to tedy mozek, který je špatný, nikoli dítě. Některé teorie předpokládají přímé organické

poškození tohoto orgánu před porodem, během něho nebo těsně po něm, tedy v období, které jedinec sám ovlivnit nemůže. Vlivy prostředí, rodiny, společnosti a celkového výchovného přístupu jsou označeny jako nepodstatné pro vznik. Za hyperaktivitu tedy nikdo nemůže a musíme se naučit s ní vypořádat. Podle toho vypadají také terapeutické přístupy. Terapii se věnují vyškolení odborníci. Hyperaktivita se tedy léčí. Na problémy s mozky se hledají nové účinnější léky. Otázky vnějších projevů dětí jsou ponechány odborníkům na duši a výchovu, kteří udílejí dobré rady rodičům.

Jsem přesvědčen, že nejdůležitějším aspektem tohoto přístupu je externalizace problému. To, že nechám problém mimo své vlastní já není ohroženo mé sebehodnocení a přes objektivní neúspěchy se nesnižuje mé sebevědomí, které je současnou společností adorováno jako jedna z nejdůležitějších hodnot.

Bez ohledu na příčiny onemocnění je potřeba děti začlenit do společnosti, socializovat. Je neoddiskutovatelné, že každé dítě má své specifické výchovné potřeby. Správná socializace znamená najít poměr mezi potřebami jednotlivce a společnosti. Dobře socializovaný dospělý jedinec je schopen správně vyhodnotit situaci, ve které se nachází a regulovat podle ní své chování. Prohřešky u dospělých lidí jsou trestány sociální exkluzí nebo perzekucí moci. Na dospělé lidi jsou přirozeně kladeny vyšší nároky.

U dětí tyto nároky nemáme. Teprve je učíme jak správně vycházet s lidmi, čeho si vážít, jak prožívat a žít. Nároky na člověka jsou v každé společnosti specifické podle její geografické polohy, historie či aktuálního státního zřízení. Naučit se správně žít ve společnosti vyžaduje vždy přijetí alespoň minimálních norem. V naší republice se snažíme žít podle řeckého ideálu demokracie, který je pro nás něco málo přes dvacet let nový. Navíc si každý tento ideál vysvětluje trochu po svém v závislosti na své vlastní výchově, intelektu a historicko-filozofických znalostech. Lidé se učí žít v novém zřízení, poznávají jaké hodnoty jsou uznávány, jaké chování vede ke společenskému úspěchu. Je na každém člověku, jakou udělá životní zkušenost, co se mu osvědčí. Tyto své znalosti dále předávají svým dětem.

Kromě politických změn jsme svědky dynamického vývoje v pojetí světa. Vytváří se způsoby i objekty víry lidí. Mění se partnerská soužití, v nichž jsou děti vychovávány. Navazování, trvání a hloubka sociálních kontaktů, to vše je pozadím, na kterém vychováváme naše děti.

Pro mnoho lidí není jednoduché se v současné situaci světa vyznat a tato nejistota se promítá i do způsobu výchovy. Ve snaze neškodit dítěti rodiče často rezignují na

vytvoření vlastní autority tím nejjednodušším historicky ověřeným způsobem - za použití síly. Zapomínají, že pevné objekty nemusí být jen násilím, ale i vytvořením hranic – rámce, ve kterém se může bezpečně odehrávat vztah. Nejlepším receptem jak vychovat neposlušné dítě je nejistota rodičů.

A abychom rodiče nedeptali ještě více, přichází ke slovu externalizace problému. Externalizaci však nemusíme chápat jako negativní označení nebo popření existence. Je opravdu důležitým terapeutickým momentem, který nám umožní přestat se trápit problémy, které již neovlivníme a soustředit se na to, co je opravdu podstatné – na dítě a jeho výchovu. Podmínkou zůstává bezvýhradné přijetí.

Co je považováno za úspěch terapeutického zásahu? Odeznění příznaků? Schopnost zvládat situace, které byly dříve problémové?

Úspěchem u ADHD je vytvoření pevné struktury osobnosti, která dokáže zvládat impulzy, které v ní vznikají. Dokáže se projevovat sociálně přijatelně, využije svou aktivitu společensky přijatelným způsobem. Tomuto se musí naučit. Nedokážou-li to zvládnout rodiče, přichází chvíle pro pedagogy, pokud ani ti nic nezmůžou, je přivolán psychoterapeut, který má dítě opravit. Jediným problémem však zůstává nedostatečná sebekontrola, která musí vždy vycházet z osobnosti, která se formuje v dětství. ADHD v dospělosti se projevuje jako selhávání v běžných situacích, pokud se jedinec nenaučí svůj problém kompenzovat dostává se do konfliktů s okolím.

Terapie je tedy zaměřena na strategie zvládnání. Otázkou stále zůstává, zda se dá v tomto případě stále hovořit o terapii. Člověk se neustále učí zvládat život, který žije. Každá zkušenost, se kterou se potká je pro něj nová a on na ni reaguje nejlépe jak za daných okolností dokáže. Selhání patří k životu stejně jako zvládnání tohoto selhání. Často mívám pocit, jako by současná společnost odmítala připustit, že utrpení patří k životu. Snaží se bojovat proti jakémukoli druhu nedostatečnosti, vyvíjí standardizované postupy k optimalizaci lidského života.

Velkým přínosem Cirkusové terapie, jak prohlásila kamarádka, je práce s chybou. Žádné z dovedností se nedá naučit bez dělání chyb a ani při žonglování to bez chyb nejde. Právě toto uvědomění si vlastní nedokonalosti a omezení, hledání nových přístupů a nekonečné zkoušení znovu je extraktem zvládnání života. Mluvíme-li o Cirkusové terapii, nemáme na mysli ucelený propracovaný systém jak léčit lidi. Máme jen velmi účinný nástroj, kterým jim umožníme, aby se léčili sami.

7. Závěr

Tato práce zavádí nový pojem Cirkusová terapie, který vychází z přístupů Cirkusové pedagogiky a jejího využití v sociálním a adaptačním cirkusu. Výzkum potvrdil možnost zapojení Cirkusové terapie do běžného chodu PL Šternberk a můžeme předpokládat jeho dobrou aplikovatelnost i do jiných zařízení podobného druhu.

V terapii jsme se zaměřili na chlapce s diagnózou ADHD/Hyperkinetický syndrom, jejím cílem bylo zlepšení pozornosti dosažené formou procvičování psychomotorických aktivit, zejména žonglování. Dle hodnot naměřených psychodiagnostickými testy došlo u sledovaných případů ke zlepšení pozornosti. Výsledky se však dají jen těžko považovat za dostačující k potvrzení účinnosti tohoto přístupu a bude nutné provést dlouhodobější výzkum se zapojením většího množství probandů.

Souhrn

V současné době se stále častěji setkáváme s dětmi, kterým byla diagnostikována hyperaktivita. Takto se hovorově označuje onemocnění, kterému odpovídá název Porucha pozornosti s hyperaktivitou, Hyperkinetická porucha pozornosti nebo Hyperkinetická porucha chování. Projevy těchto onemocnění jsou spojeny s poruchami pozornosti, které mohou být vyvolány drobnými poškozeními mozku, a s poruchami zvládnání vnitřního vzrušení (arousal), které se projevuje jako hyperaktivita nebo impulzivita. Projevy se mohou u různých dětí značně lišit. U některých v klinickém obrazu dominuje zvýšená aktivita, jiné mají zejména problémy s pozorností, většinou s její koncentrací, ale i délkou trvání a dalšími. Ačkoli mezi těmito diagnózami jsou drobné rozdíly, terapeutický a výchovný přístup k nim se příliš neliší a je zaměřen zejména na učení rozpoznat a zvládat impulzy, které u dítěte vznikají a na zlepšení pozornosti.

Pro diagnostiku ADHD/Hyperkinetické poruchy by mělo být podmínkou, že projevy nejsou způsobeny výchovou. V historickém pojetí tohoto onemocnění je tato podmínka jasně vyjádřena a zvláštní projevy chování u dětí byly dávány do spojitosti s poškozeními mozku. Postupem času se však diagnostická kritéria posunula, rozšířila a do této kategorie dnes velmi často spadají i děti, u nichž dochází k hyperaktivním projevům až důsledkem nepříznivých životních okolností jako je psychosociální deprivace, stresové

poruchy, fetální alkoholový syndrom, ale i to co popsala Jiřina Prekopová v knize Malý tyran – tedy děti, kterým nebyly jasně vymezeny hranice a jsou nuceny panovat v království, které je nad jejich možností. Projevy však zůstávají velmi podobné a většina autorů se shoduje na tom, že je lépe dítě označit za hyperaktivní, aby mu byla poskytnuta patřičná péče než kategorii zúžit.

Děti s hyperaktivitou často velmi trpí tím, že nejsou schopny navázat trvalejší vztahy se svými vrstevníky. Bývá pro ně těžké zapojit se do kolektivních aktivit, dlouho nevydrží u jedné činnosti, kvůli nezvládnutí vlastních impulzů často kazí ostatním hru a ti jim to dávají najevo. Zároveň mohou být neobratné ne kvůli přímému fyzickému či organickému poškození, ale proto, že pohybovou koordinaci neprocvičují. Dětem chybí cílevědomost a chuť dotahovat věci do konce. Dalším důležitým aspektem je, že děti neumí a nedokážou odpočívat, i přes únavu jsou stále aktivní, ale také více nepřesné, živelné a podrážděné.

Nejčastěji se k terapii hyperaktivity využívají postupy založené na kognitivně – behaviorálním přístupu, který pracuje jak se složkou prožívání a uvědomování si, tak s nácvikem správného a účelného chování. K podpoře účinku se stále častěji používá farmakoterapie v podobě podávání stimulantů, které umožňují dítěti využít energii správným směrem. Jako podpůrné způsoby léčby se využívá široké spektrum doplňkových aktivit zaměřujících se na autoregulaci (relaxace), práci s emocemi (dramaterapie, teatroterapie) nebo smysluplné využití přebytečné energie (sportovní kroužky). Významnou složkou při zvládnutí projevů hyperaktivity je strukturování času, jeho společensky přijatelné využití. U velké části hyperaktivních dětí je největší pomocí nalezení zájmové činnosti, která je bude bavit a kvůli které jsou ochotny začít na sobě pracovat.

Takovou činností může být právě žonglování, které bývá pro děti atraktivní díky nádechu exotičnosti a asociuje cirkusové prostředí. Zároveň je poměrně složitou psychomotorickou aktivitou, která vyžaduje soustředění a dlouhodobý nácvik. Velké množství žongléřských pomůcek a nekonečně velké množství jejich kreativního použití zaručuje pestrost této zábavy a možnost střídání jednotlivých hraček odpovídá impulzivnosti hyperaktivních dětí. Přesto je vždy nutné zachovat plné soustředění. Dochází tedy ke střídání fáze koncentrace pozornosti a jejího úplného uvolnění. Problematice využití žonglování u dětí s ADHD se již věnovala Dagmar Trávníková, která tento přístup aplikovala na škole pro děti se speciálními výchovnými potřebami. Pod jejím vedením ve

využívání žonglování v terapii pokračují její žáci na Masarykově univerzitě v Brně a kromě využití pro hyperaktivní děti zapojují žonglování i do práce se seniory.

Kromě žonglování nabízí cirkusové prostředí širokou škálu pohybově – koordinačních aktivit jako je akrobacie, balancování na laně atd., které jsou atraktivní zábavou a současně dobrým cvičením psychofyzických funkcí. Tohoto principu využívá tzv. Social Circus, který výuku cirkusových dovedností využívá v pomoci sociálně znevýhodněným dětem dnes již po celém světě. Sociální cirkus je zaměřen na nabývání cirkusových dovedností, které mohou pomoci nejen dostat se ze špatného socioekonomického prostředí a umožňují vydělat peníze jiným způsobem než žebráním nebo krádeží, například pouličním uměním, ale zejména slouží ke smysluplnému strukturování času a získávání funkčních sociálních návyků.

Podobně se využitím cirkusových dovedností v pomoci zabývá Adaptační cirkus, který je zaměřen přímo na tělesně a psychicky nemocné.

Inspirováni tímto přístupem pokusili jsme se vytvořit přístup, jenž jsme nazvali Cirkusová terapie, který je zaměřen na osvojení si psychomotorických dovedností, které slouží jako prostředek ke zlepšení projevů onemocnění a získání sociálních kompetencí. Cirkusová terapie si klade za cíl aplikovat nejen cirkusové dovednosti, ale zejména přidat psychologický náhled na problematiku a terapeutický přesah. V rámci tohoto přístupu jsme se zaměřili na práci se skupinou hyperaktivních chlapců na dětském oddělení PL Šternberk.

Výzkum probíhal sedm týdnů během ledna a února 2012. Programu terapie se zúčastnilo více než deset chlapců. Skupina se během výzkumu měnila. Jako ilustraci výsledků používáme dvě případové studie chlapců, kteří se zúčastnili celého průběhu terapie.

Jako nástroj pro měření efektu terapie bylo užito psychodiagnostických metod zjišťujících pozornost a schopnost motorického učení. V obou případech došlo ke zlepšení v těchto dílčích testech. Proto se můžeme domnívat, že terapeutický přístup Cirkusové terapie může být účinný. Je však třeba výsledky této pilotní studie ověřit dlouhodobějším výzkumem na větším počtu probandů.

IV. Použitá literatura

1. Altmanová M. (2010). *Hyperaktivní a nepozorné dítě*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, s.r.o.
2. Bendíková L. (2011). *Využití prvků psychomotoriky a žonglování u seniorů*. (Diplomová práce) Masarykova Univerzita Brno
3. Blahutková, M., Klenková, J., Zichová, D. (2007). *Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. Brno: Masarykova univerzita v Brně
4. Cihlár O. (2006). *Nový cirkus*. Praha: Pražská scéna
5. Drtílková I., Šerý O., et al. (2007). *Hyperkinetická porucha / ADHD*. Praha: Galén
6. Geldhard K., Geldhard D. (2008). *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál
7. Goetz M., Uhlíková P. (2009). *ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou, Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén
8. Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál
9. Hančl A. (1995). *Ejhle, cirkus a varieté. První český cirkusový slovník*. Brno: Rovnost
10. Hartl P., Hartlová H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál
11. Chodorowová J. (1991). *Taneční terapie a hlubinná psychologie. Imaginace v pohybu*. Praha: Triton
12. Janura F. (1953). *Za cirkusem*. Praha: Orbis
13. Jucovičová D., Žáčková H. (2007). *Máte neklidné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. (2. vydání) Praha: Nakladatelství D+H
14. Jucovičová, D., Žáčková, H. (2008). *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Relaxace nejen pro děti s ADHD*. (4. vydání) Praha: Nakladatelství D+H
15. Klucká J., Volfová P. (2009). *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada
16. Kratochvílová A. (2011). *Texty z mezinárodního semináře doktorských studií divadelních škol 2003/2005 Brno. Žonglérské projekty: Vliv žonglování na rozvoj osobnosti; Žonglování jako performační umění*. (s. 293-298) Brno: Janáčkova akademie múzických umění.

17. Kratochvíl S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál
18. Langmeier J., Krejčířová D. (2007). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada
19. Linhart J. (1967). *Psychologie učení*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
20. Lišková K. (2010). *Cirkusová pedagogika*. (Diplomová práce) Univerzita Palackého Olomouc
21. Macák I., Hošek V. (1989). *Psychologie tělesné výchovy a sportu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
22. Machač M., Macháčová H., Hoskovec J. (1988). *Emoce a výkonnost*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
23. Michalová Z. (2011). *Komunikace s dětmi s LMD, ADHD, řešení problémových situací*. Praha: Lumen vitale – Centrum vzdělávání, o.s.
24. Michalová Z. (2011). *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. Liberec: Technická univerzita v Liberci
25. Míka J. (2001). *Test pohybového učení (TPU)*. Praha: Tisk vlastním nákladem
26. Munden, A., Arcelus J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha: Portál
27. Paclt I. a kolektiv. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada
28. Paclt I. (2009). *Attention-deficit, hyperactivity disorder (ADHD) biochemical, genetic and clinical studies*. Praha: Charles university in Prague – Karolinum press
29. Pascal J. (2008). *The circus artist today. Analysis of the key competences*. Bruxelles: FEDEC - Fédération européenne des Écoles de Cirque professionnelles
30. Plháčková A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia
31. Praško J., Možný P., Šlepecký M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Triton
32. Řeřichová M. (2006). *Teatroterapie*. (Diplomová práce) Masarykova Univerzita Brno
33. Říčan P., Krejčířová D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4. vydání) Praha: Grada

34. Skopalová L. (2010). *Vliv žonglování a jiných psychomotorických aktivit na rozvoj jemné motoriky a reakční rychlosti u žáků se symptomy SPU*. (Diplomová práce) Masarykova Univerzita Brno
35. Svoboda M., Krejčířová D., Vágnerová M. (2009). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál
36. Swierkoszová J. (2006). *Specifické poruchy chování – diagnostika, reedukace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta
37. Trávníková D. (2008). *Žonglování*. Brno: Masarykova univerzita
38. Trávníková D. (2008). *Vliv žonglování a dalších psychomotorických aktivit na rozvoj motorických dovedností a pozornosti u adolescentů se symptomy ADHD, poruch chování a učení*. (Diplomová práce) Masarykova Univerzita Brno
39. Tyl J., Tylová V. (2003). *Lehké mozkové dysfunkce. Nové metody nápravy. Komplexní příručka pro pedagogy, lékaře, psychology... i rodiče dětí s LMD*. Praha: Biofeedback Institut

Internetové zdroje:

www.juggling.org

www.juggle.org

www.jugglingdb.com

www.jugglinginstructions.com

zonglovani.info

www.firelovers.cz

www.zongluj.eu

www.cirkusjinak.cz

www.cirqueon.cz

www.cirquedusoleil.com/en/about/global-citizenship/social-circus.aspx

www.letscircus.com/what-we-do/community-social-circus/

www.educircation.eu/workshops/social-circus/

www.cirkuspaciento.cz

www.ledovec.cz

www.fedec.eu

www.arteterapie.cz

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Možnosti využití Cirkusové terapie při léčbě ADHD

Autor práce: Vojtěch Holický

Vedoucí práce: PhDr. Martin Kupka PhD.

Počet stran a znaků: 90 stran, 180 706 znaků

Počet příloh:

Počet titulů použité literatury: 39

Abstrakt:

Práce se zabývá způsoby léčby ADHD/Hyperkinetické poruchy a možností využití cirkusových dovedností k její terapii. Tento přístup nazývá Cirkusovou terapií. Pro ověření jejího účinku byl proveden výzkum na dětském oddělení PL Šternberk. Výzkum byl zaměřen na vyzkoušení nové metody nácviku dovedností, které vedou ke zlepšení pozornosti. Na dvou případových studiích byly prokázány příznivé účinky Cirkusové terapie pro léčbu poruch pozornosti.

Klíčová slova: žonglování, psychoterapie, cirkus, ADHD, hyperaktivita, Hyperkinetická porucha, relaxace,

ABSTRACT OF THESIS

Title: The possibilities of the use of the circus therapy in the treatment of adhd

Author: Vojtěch Holický

Supervisor: PhDr. Martin Kupka PhD.

Number of pages and characters: 90 pages, 180 706 characters

Number of appendices:

Number of references: 39

Abstract:

My work deals with various ways of treatment of adhd and with the use of "circus skills" in the therapy. this approach is called circus therapy. to verify its effects a research in the children's ward of the sternberk psychiatric hospital was carried out. the research was focused on the new method of practising skills that lead to attention improvement. in two case studies beneficial effects of circus therapy have been proved.

Key words: juggling, psychotherapy, circus, ADHD, hyperactivity, Hyperkinetic disorder, relaxation,