



Expresivní terapie u dětí s mentálním postižením

Bakalářská práce

Studijní program:

B7508 Sociální práce

Studijní obor:

Sociální práce a penitenciární péče

Autor práce:

Tereza Pekárková

Vedoucí práce:

Mgr. Zdeňka Braumová

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





Zadání bakalářské práce

Expresivní terapie u dětí s mentálním postižením

Jméno a příjmení: Tereza Pekárková
Osobní číslo: P17000451
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce a penitenciární péče
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: 2018/2019

Zásady pro vypracování:

Cíl: Zjistit, zda, do jaké míry a jaké formy expresivní terapie se používají u dětí s mentálním postižením.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhotovení dat, formulace závěrů.

Metody: Pozorování, dotazník.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- BENÍČKOVÁ, M., 2011. Muzikoterapie a specifické poruchy učení. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3520-7.
- DOSEDLOVÁ, J., 2012. Terapie tancem: Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3711-9.
- CHALOUPKOVÁ, S., 2013. Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z. Praha: Grada. ISBN 978-80-2474-678-4.
- KROUPOVÁ, K., kol., 2016. Slovník speciálně-pedagogické terminologie: Vybrané pojmy. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9344-8.
- MULLER, O., kol., 2014. Terapie ve speciální pedagogice. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
- SLOWÍK, J., 2010. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
- VYMĚTAL, J., kol., 2007. Speciální psychoterapie: 2., přepracované vydání. Praha: Grada.. ISBN 978-80-247-6997-4.

Vedoucí práce:

Mgr. Zdeňka Braumová
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

3. dubna 2019

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2020

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

15. prosince 2020

Tereza Pekárková

Poděkování

Chci poděkovat mé vedoucí Mgr. Zdeňce Braumové, díky níž se mi dostávaly odborné rady a doporučení. Dále děkuji instituci Diakonie Církve bratrské a pracovníkům, respondentům, kteří mi věnovali svůj drahocenný čas. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mým blízkým, kteří mi byli velikou oporou.

Anotace

Tématem předložené bakalářské práce je využití expresivních terapií při práci s dětmi s mentálním postižením. Cílem práce je zjistit zda, do jaké míry a jaké formy expresivních terapií se u dané cílové skupiny využívají nejčastěji v rámci hlavního města. V teoretické části práce se pojednává o diagnostice dítěte s mentálním postižením a jeho vývoji, komunikaci a psychotherapeutickém působení. Dále jsou zde vymezeny druhy expresivních terapií, které se využívají v praxi. Na teoretickou část navazuje empirická, která obsahuje dotazníkové šetření s výsledky respondentů a pozorování v organizaci. Průzkum probíhal kvantitativní metodou sběru dat.

Klíčová slova: mentální postižení, dítě, exprese, arteterapie, muzikoterapie, teatroterapie, dramaterapie.

Annotation

The topic of the bachelor thesis is the use of expressive therapies in working with children with mental disabilities. The aim of the work is to find out whether, to what extent and what forms of expressive therapy are used in a given target group within the capital. The theoretical part of the thesis deals with the diagnosis of a child with a mental disability and its development, communication and psychotherapeutic effects. Furthermore, the types of expressive therapies that they use in practice. The theoretical part is followed by an empirical, which includes a questionnaire survey with the results of respondents and observations in organizations. The survey was examined with the quantitative method of data collection.

Keywords: mental disability, child, expression, art therapy, music therapy, theater therapy, drama therapy.

Obsah

OBSAH	7
ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. TERMINOLOGIE	9
2. DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	11
3. KOMUNIKACE S DÍTĚTEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	14
4. PSYCHOTERAPIE S DÍTĚTEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	16
5. EXPRESIVNÍ TERAPIE	17
6. VYBRANÉ FORMY EXPRESIVNÍ TERAPIE VYUŽÍVANÉ V ČR	19
6.1. MUZIKOTERAPIE.....	19
6.2. ARTETERAPIE	21
6.3. DRAMATERAPIE A TEATROTHERAPIE	25
PRAKTICKÁ ČÁST	28
7. CÍLE PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	28
7.1. METODY PRŮZKUMU	28
8. VLASTNÍ PRŮZKUM	29
8.1. VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH INTERPRETACE	29
8.2. POZOROVÁNÍ	42
8.3. SHRNTÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	44
NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ	45
ZÁVĚR	46
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	47
SEZNAM GRAFŮ	49

Úvod

Tato bakalářská práce má za úkol zaměřit se na expresivní terapie u dětí s mentálním postižením. Hlavní cíl, který si autorka klade je, zjistit zda a do jaké míry se využívají expresivní terapie na daném území. Práce je členěna na dvě části, teoretickou a empirickou.

V obsahu teoretické části, která se dělí do 6 kapitol, autorka rozvádí pojednání o obecných pojmech, zmiňuje specifické odlišnosti u sledované cílové skupiny, zaměřuje se na formy a druhy expresivních terapií využívaných v České republice (dále ČR).

V empirickém pokračování se autorka zaměřuje na cíl, kdy uplatňuje vybrané metody. Autorčin průzkum se zaměřuje na kvantitativní metodu, prostřednictvím dotazníkového šetření a pozorování v organizaci zjišťuje výsledky v rámci svého zaměření. Téma bylo zvoleno se zájmem prozkoumat, jak velký vliv mají umělecké terapie v kontextu odborné sociální práci s klienty.

Teoretická část

1. Terminologie

Na začátku bakalářské práce by autorka ráda vymezila pojmy, se kterými se v předkládané práci bude setkávat. Jde o definice, které slouží k pochopení dalších souvislostí práce.

Mentální retardace (postížení) – dříve v odbornosti pod pojmem oligofrenie. Tímto pojmem se chápe vrozené mentální postížení, které je způsobeno před narozením jedince nebo během porodu (Slowík 2010, s. 46).

Podle Bendové (2011, s. 9), která odkazuje na definici Světové zdravotnické organizace (WHO), je mentální retardací „stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakterizován narušením dovedností, projevující se během vývojového období, přispívající ke snížené úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových sociálních schopností.“ Bendová dále uvádí, že z celkové populace žijící v ČR je odhadem 3 - 4 % jedinců s mentálním postížením.

Dle Květoňové (2006, s. 19), která definuje mentální postížení jako „poruchu myšlení, kognitivních funkcí související s postížením v oblasti centrální nervové soustavy, či duševní poruchy.“

Handicap – výraz definuje Kroupová (2016, s. 24) jako „znevýhodnění jedince se speciálními potřebami a to v rámci interakce se společenským prostředím, jedná se o znevýhodnění vyplývající z vady, poruchy, poškození nebo disability, které jedince limituje.“

Květoňová - Švecová (2004, s. 17) k pojmu handicap dodává, že je to „vliv poruchy či postížení na práci člověka či dosažení cílů, které si přeje, nebo jsou od něj společností očekávány.“

Arteterapeutické metody – obecný pojem, který zahrnuje veškeré umělecké terapie, které se využívají u zvolené cílové skupiny. Dále se dělí dle druhu metody, kterou uplatňují, např. tanečně-pohybová, hudební, výtvarná, dramatická i intermediální (Stehlíková Babyrádová 2016, s. 19).

Expres – soustředí pozornost experimentujícího na zlepšování výrazových kvalit v kontextu uznávaných uměleckých hodnot (Imuza, 2018).

Jak uvádí Stehlíková Babyrádová (2016, s. 37), „exprese je způsob vyjádření silného prožitku, pocitu nebo stavu. Může probíhat na nejrozličnějších úrovních od méně uvědomovaných výrazů až po uměleckou tvorbu. Využívá se i jinde, a to v jazyce, v gestech, v mimice. “

2. Dítě s mentálním postižením

Děti, které jsou odlišné od intaktní společnosti, mohou vyvolávat rozporuplné pocity, přílišnou pozornost, lítost ale i ignoraci a opovržení. Klíčovou roli pro úspěšnou integraci vytváří vysoká míra mezilidského kontaktu a pocit přijetí. Pro rodiny těchto dětí jsou tyto faktory mnohdy velmi vyčerpávající. Vzhledem k tomu, že mentální postižení vzniká v raném vývojovém stádiu dítěte, je nezbytně nutné rozpoznat tuto skutečnost co nejdříve, aby došlo k nejvčasnější péči.

Pojem dítě může vysvětlovat definice, že jde o jedince, u kterého stále probíhá vývoj a růst. Prochází tedy různými vývojovými stádii. Květoňová - Švecová (2004, s. 10) je ve své publikaci uvádí podrobněji:

- Novorozenecké období: od narození do 28. dne.
- Kojenecké období: od konce 28. dne do 12. měsíce.
- Batolecí období: 1. – 2. rok, starší batolecí 2. – 3. rok.
- Předškolní období: 4 - 5. rok.
- Mladší školní věk: 6-10let.
- Starší školní věk: 10-15 let.
- Období adolescentní: 15-18 let.

Pokud je vývoj narušen několika faktory, u dítěte můžou vznikat vady a další formy postižení. Bazalová (2014, s. 14) ve své publikaci uvádí, že mentální postižení u dítěte často vzniká díky abnormálnímu vývoji a poruše centrálního nervového systému, kdy dochází ke změně chování. Zmiňuje vývojové faktory, které zde hrají určující roli:

- Prenatální - před narozením jedince, kdy je zapříčiněno inteligenční kvocientem rodičů, nebo zde hraje roli dědičnost, infekční onemocnění či jiné závislosti.
- Perinatální – během porodu a bezprostředně po něm, kdy může dítě trpět nedostatkem kyslíku, nebo dojde k mechanickému poškození hlavy.
- Postnatální – až do 2 let věku jedince, kde hrají roli genetické predispozice, výživa nebo náhlé úrazy.

Řada postižení se ovšem vyvíjí v průběhu času. Proto je na místě včasná diagnostika obtíží. Čím dříve se začne s dítětem pracovat, tím je větší pravděpodobnost, že se integruje do běžného života.

To potvrzuje Květoňová - Švecová (2004, s. 13) dodává, že „vliv negativních vlivů i pozitivní stimulace na vývoj dítěte je v přímé úměře, čím časněji nastává porucha, tím časněji musí dojít ke stimulaci, rehabilitaci, tím lepší je dopad na rozvoj schopností dítěte.“

Jak se zmiňuje Bazalová (2014 s. 15) „dítě s mentálním postižením má snížený intelekt, který vzniká na základě strukturálních změn. Je zde nejvíce zasažen proces učení, poznávání a orientace ve světě.“ Dále jak uvádí Květoňová - Švecová (2004, s. 18) poruchy u dítěte jsou definovány jako:

- Vrozené – dítě již s určitou vadou rodí, případně zde hraje roli genetická modifikace.
- Získané – zahrnuje vznik vad v průběhu porodu nebo až těsně po porodu, proto jsou tyto faktory vnější a přímo působící.

V následujících vývojových stádiích se u dětí provádí rozsáhlá odborná vyšetření. K odhalení příčin obtíží probíhá na základě posuzování principů osobnosti. Jak uvádí Bazalová (2014, s. 44-45) diagnostika není závislá nejen na osobnosti posuzovaného klienta, ale je nezbytné brát v potaz působnost jeho okolí, ve kterém se dítě s mentálním postižením vyskytuje. Dále dodává, že k nástrojům posuzování se využívá více faktorů a je nereálné porovnávat toto dítě se zdravými jedinci, či se obracet na normy, které popisují danou věkovou kategorii. Mentální postižení je trvalý stav, ovšem díky vhodným přístupům se může dítě cítit lépe.

K rozpoznání rozumových schopností dítěte slouží testy inteligenčního kvocientu. Švarcová (2006, s. 22) odkazuje na Inteligenční kvocient psychologa Williama Sterna, který „slouží k vyjádření vztahu mezi výkonem odpovídajícím určitému vývojovému stupni a chronologickému věku jedince“. Podle stupně závažnosti se pak dítě s mentálním postižením podle Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje následovně:

- F 70 Lehká mentální retardace (IQ 69–50).
- F 71 Středně těžká mentální retardace (IQ 49–35).

- F 72 Těžká mentální retardace (IQ 34–20).
- F 73 Hluboká mentální retardace (IQ 19 a níže).
- F78 Jiná mentální retardace – u daného dítěte jsou intelektové schopnosti prokazatelně výrazně snižené a mentální retardace je u něj zřejmá, avšak vzhledem k těžkému kombinovanému postižení, poruchám chování či poruchám autistického spektra není možné realizovat spolehlivé vyšetření.
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace – intelektové schopnosti dítěte jsou výrazně snižené, ale pro nedostatek informací nelze daného jedince zařadit do některé z výše uvedených kategorií.

Dle Bazalové (2014, s. 15) se průměrná hodnota zdravého jedince pohybuje v rozmezí 90-110 (IQ) ovšem dodává, že nelze vycházet jen z této naměřené hodnoty.

3. Komunikace s dítětem s mentálním postižením

Komunikace je pro děti s mentálním postižením stejně důležitá jak pro kohokoliv jiného, avšak tyto minoritní skupiny mívají často v jedné nebo více složkách komunikace obtíže. Úroveň komunikace může vypovídat o vývojovém stupni dítěte. Při práci s dítětem s mentálním postižením je potřeba k těmto problémům přihlížet. Nejbližší okolí v těchto případech přizpůsobuje ke svému dítěti řeč, snaží se o interaktivní přístup, aby se navázalo hlubší spojení.

Jak shrnuje Bazalová ve své publikaci (2014, s. 17) „komunikace se zakládá na mnohých složkách, ale především na motorické, kdy jedinec využívá mimiku, jazyk, tělo, pohyby, sociální chování, jehož výsledkem je navázání interpersonálního vztahu. Dále je komunikace založena na dialogu a monologu. Zakládá se tedy na sociálním vztahu“.

Muller (2014, s. 49) shrnuje, že účel interpersonální komunikace tkví ve verbálních projevech, ale převážně v neverbální rovině, která tvoří až 60% interakce. Pokud je komunikace opomíjena, může to mít fatální následky, které se projeví v rámci vývojových anomálií.

V komunikaci s jedinci s mentálním postižením se vyjadřuje Slowík (2010, s. 57) tak, že je nutné brát v potaz tři oblasti, ve kterých může být komunikace narušena. Jde o složku fonetickou, artikulační (výslovnost) a obsahovou. Při práci je cílem druhé strany dbát na vhodný výběr témat k hovoru, adekvátní k danému věku, tak aby dítě lépe porozumělo tématu a aktuálnosti. Při práci s dětmi s mentálním postižením je vhodné si předem stanovit formu komunikace s ohledem na závažnost postižení.

Komunikace se vždy opírá o vztahový rámec a propojuje funkce člověka. Solovská (2013, s. 17) ke komunikaci s jedincem s mentálním postižením uvádí, že je nezbytné stavět ji na situacích a úkolech, které jsou srozumitelné a tím posilují poznávací procesy. Díky tomu se rozvíjí paměťové stopy, jedinec si vybavuje zážitky a může je poté snáze aplikovat do běžného života.

Dle Bazalové (2014, s. 65) je pro postižené dítě komunikace nezbytná, jelikož pokud dochází k nedostatečnému vyjádření potřeb, může se dítě uchýlovat k sebepoškozování. Také v kapitole zmiňuje důležitost alternativní komunikace. Těmito pomůckami dochází k lepší adaptaci do intaktní společnosti. Slowík (2010, s. 57) také zmiňuje plusy

augmentativní alternativní komunikace, kdy je zvolen systém nabízející různé obrázky, piktogramy, komunikátory, které zefektivňují celkovou mezilidskou komunikaci.

Další podstatou je důležitost volit správné komunikační prostředky, kdy je nezbytné vyhýbat se cizím slovům, využívat spíše jednoduché věty, užívat přiměřenou slovní zásobu. U neverbální komunikace si dát pozor na gestikulaci, která může být v rozporu s mimikou (Slowík 2010, s. 58).

Na základě rozvoje komunikace Solovská (2013, s. 18) uvádí normy, které by měl klient s mentálním postižením být schopen ovládnout:

- Schopnost verbálně komunikovat.
- Schopnost oslovit druhého člověka, nebo ho jinak kontaktovat.
- Schopnost naslouchat a jinak aplikovat získaná doporučení do praxe.
- Rozlišit a posoudit, s kým klient jedná.
- Schopnost přehrát připravenou situaci, případně improvizovat.

Rodina, její pospolitost a vůle má nejzásadnější vliv na úspěšný rozvoj komunikace u dítěte. Pro dítě s handicapem, ale i pro celou jeho uzavřenou komunitu je prvořadé, aby potřeby a přání byli vyjádřeny, jelikož opak by mohl vést ke ztrátě integrity. Následkem by mohla být frustrace či nedorozumění označující rozpad celku.

Bazalová (2014, s. 65) potvrzuje, jak je nezbytná součinnost rodiny a okolí, kdy je zapotřebí vokalizovat dítětem pokládané věty, klást důraz na adaptaci do společnosti, snažit se co nejdříve aplikovat doporučení od odborníků.

4. Psychoterapie s dítětem s mentálním postižením

K pojmu psychoterapie se dá shrnout, že jejím účelem je spojit myšlenkové prožívání a chování člověka s bezpečným prostředím u naslouchající protistrany, tedy odborníka, který je vyškolen na to, aby zvládl pracovat s lidskou stránkou psychiky. U dětí, které si prochází celoživotní změnou, je terapeutická intervence velice často nevyhnutelná.

Vybíral a kol (2010, s. 30) vymezuje pojem psychoterapie jako „léčebnou činnost, při níž využívá psychoterapeut svých léčebných schopností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu uspořádání života.“

Psychoterapie si dle Orla (2016, s. 5) klade za cíl „působit na poruchu, vadu či nemoc, tak, aby se zmírnily negativní potíže u klienta, kterého vede psychoterapeut a ten musí být profesně uzpůsoben v rámci sebezkušenostního dlouholetého výcviku.“

Terapeut navrhuje techniky a způsoby, které mohou klienta nasměřovat k pozitivním změnám. V rámci své působnosti může specialista svoji léčbu uzpůsobit pro dítě s mentálním postižením. Vztah obou subjektů by měl vycházet z rovnocennosti, porozumění a vzájemné důvěry. Je důležité, aby si klient při terapii uvědomoval důraz na budování a přebírání zodpovědnosti za své činy a myšlení.

Nejdůležitější v tomto procesu je dle Bazalové (2014, s. 54-57) diagnostikovat obtíže dítěte. Za tímto účelem se provádí komplexní vyšetření, na kterém se podílí tým odborníků, kde je cílem v co nejkratší době definovat vhodnou intervenci. K tomuto účelu slouží zařízení jako speciálně pedagogická centra, pedagogicko-psychologické poradny atd. Dále uvádí definované oblasti podpory, na které se působení odborníků zaměřuje a tím ovlivňuje rozvoj dítěte s mentálním postižením:

- Řeč, slovní zásoba.
- Jemná motorika.
- Grafomotorika (výkresy, držení tužky).
- Sluchové vnímání.
- Zrakové vnímání.
- Prostorová orientace.

- Časová orientace.
- Myšlení, početní představy.
- Paměť, pozornost (říkadla, písničky atd.).
- Společenské chování (pozdravy, umět poprosit atd.).
- Samostatnost (Bazalová 2014, s. 63).

Jak uvádí Šicková-Fabrici (2016, s. 138) hlavním cílem expresivních terapií v rámci působení na klienty s mentální retardací je náprava poškozených mozkových center skrze umělecké působení, definuje, že se „využívá reorganizace vnitřního vnímání postiženého, jejímž výsledkem může být nárůst kreativity, sociální otevřenosti a rozvoj komunikace.“

Dá se říci, že každý absolvovaný terapeutický vztah je doživotní vzpomínka, kde je aplikováno doprovázení terapeutem v určitém úseku klientova života. Hlavním cílem je zde nasměrovat podporujícím jednáním klienta tak, aby své úzkosti a návyky, které mohou způsobovat bolest jemu i okolí, přetransformoval v působivější celek, který vytváří pozitivnější a radostnější prožívání (Šicková-Fabrici 2016, s. 108).

5. Expresivní terapie

V rámci hlavního vymezení pojmu expresivní, které bylo vysvětleno výše, jsou tyto terapie v následujících řádcích podrobněji rozepsány. Mezi arteterapeutické techniky lze zahrnout veškerou expresivní činnost, se kterou se dítě s mentálním postižením může v rámci sociálně terapeutického procesu setkat.

Expresivní techniky dle Stehlíkové Babyrádové (2016 s. 42) „podněcují tvořivé, zejména umělecké aktivity, to nejenom vizuální, ale i verbální a nonverbální. Druhy těchto terapií jsou v praxi realizovány odděleně nebo jiným způsobem propojovány.“

Expresivní terapie je tedy definovaná jako „formy psychoterapie, které využívají pro sebevyjádření jedince jiné komunikační kanály než verbální. Hlavním prostředkem zde bývá kreativita, vyjádření pocitů a spontánnost. Cílovými skupinami osob jsou ty, které mají narušené komunikační schopnosti, tudíž vzniká prostor pro vyjádření díky alternativním metodám a technikám (Ergo Aktiv, 2015).“

Jak vysvětluje ve své publikaci Vymětal (2007, s. 259) „expresivními postupy v psychoterapii rozumíme takové metody, při níž se pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média.“

Müller (2014, s. 63) dodává, že expresivita je „jedinečný typ výrazového vyjádření lidské aktivity, kdy se touto formou vyjadřují psychické stavy, dojmy, nálady. Jedná se tedy o individuální formu sebe prezentace, ve které je pro jedince obtížné se kontrolovat.“

Stehlíková (2016, s. 37) uvádí, že jde o „specifickou aktivitu, v nichž člověk spontánně a s důrazem na formu projevu vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady formou symbolů.“

Dle Müllera se „jedná o terapeutické využití specifických projevů vyvolaných specifickými médii uskutečňovaných v rámci umělecké nebo paraumělecké tvorby.“

Dosedlová (2012, s. 163) vymezuje expresi tak, že dle ní „staví na seberealizaci, dává prostor emoční hloubce, vytváří proces objevování a nehraje zde roli žádná estetická podoba díla.“

Co se týče druhů expresivních terapií, řadí se mezi ně práce s hudební, dramatickou, literární, tanečně-pohybovou a výtvarnou složkou. Jedinec zde tedy vyjadřuje své niterné pocity skrze umělecké vyjádření.

Šicková-Fabrice (2016, s. 110) uvádí, že díky tvůrčímu procesu se může osoba s handicapem cítit dobře a tím lépe uchopit smysl života. Vnímání výsledné práce je pak provázeno tím, jak daný objekt chápe sám klient, ne jak ho vnímá okolí. Díky těmto procesům může docházet k úspěšnějšímu přijetí svého já.

Jak uvádí Vymětal (2007, s. 260) „všechny expresivní terapie slouží k odtajnění vnitřní cenzury klienta a jelikož dochází k velmi intimnímu odhalení, je třeba tyto terapie provádět co nejcitlivěji, klást důraz na načasování, tak aby ve výsledku došlo k vhledu klienta. Hlavní roli zde hraje improvizace, adaptace, tyto procesy pak pomáhají uchopit neočekávané situace v reálném životě.“

6. Vybrané formy expresivní terapie využívané v ČR

Metody a techniky expresivních terapií vykazují v určitých prvcích rozdílnost nebo se naopak navzájem prolínají. Mohou využívat verbální i neverbální prostředky a zakládají si na tom, aby se co nejlépe uzpůsobili vybrané cílové skupině. Expresivních technik je využívaných celosvětově velké množství a stále vznikají nové léčebné techniky. V ČR se na přínos a ocenění v těchto oborech ještě vyčkává. V následujících podkapitolách budou uvedeny základní a nejrozšířenější formy aktivních terapií u nás.

6.1. Muzikoterapie

Jedním z mnoha nástrojů léčení mysli může být hudba. Každý vnímá prožitek hudby individuálně. V důsledku času se tento obor začal využívat také jako léčebná disciplína, která se neustále posouvá a získává si úspěchy u odborné veřejnosti.

Gerlichová (2014, s. 15) ve své knize Muzikoterapie v praxi uvádí muzikoterapii „jako terapeutický obor, ve kterém se využívá účinků hudby nebo hudebních prvků za účelem dosažení léčebných nebo osobních cílů.“

K muzikoterapii uvádí Matoušek (2008, s. 107) to, že se jedná o „terapeutický program založený na hudbě. Dělí se na receptivní, kdy klient hudbu naslouchá a produktivní, při níž se vyjadřuje hrou nebo zpěvem.“

„Muzikoterapie využívá hudby, rytmu, zvuků, tónu či zpěvu v návaznosti na pohyb nebo výtvarnou tvorbu. Léčebnou metodou není jen hudbu vytvářet a podílet se na ní, ale může jít i o poslech a vnímání samotné hudby“ (ErgoAktiv 2015).

Dále jak uvádí ve své publikaci Kantor (2009, s. 145), vliv hudby působí na fyziologické procesy, tedy lidský tep, frekvenci dechu, mozkovou činnost a další tělesné funkce. V průběhu aktivity se rozeznávají parametry jako rytmus, tempo, dynamika, které napomáhají definovat účinky hudby na člověka. Dále dodává, že „hudba může působit sedativně (relaxace) nebo aktivizačně (stimulace). Účinky hudební složky mohou mít vliv na schopnost zapamatování si a na proces učení. Hudba navazuje komunikaci mezi rozdílnými sociálními skupinami.“

Počátky muzikoterapie na našem území jsou spojeny s obdobím 2. pol. 19. stol. O rozvoj oboru se zasloužil na začátku 20. stol. František Bakule, tehdejší ředitel Jedličkova ústavu. V tomto století vznikl první specializovaný sbor tvořený dětmi

s tělesným omezením. V 60. letech 20. stol. se začala využívat muzikoterapie v psychiatrické nemocnici Bohnice, na Foniatričké klinice v Praze a na dalších místech po celé ČR. Je spíše ke škodě, že oproti zahraničním zemím je u nás muzikoterapie vnímána spíše jako doplňková léčebná aktivita (Gerlichová 2014, s. 17).

Muzikoterapii lze považovat za vztah mezi terapeutem a klientem, kdy probíhá vzájemná intervence. Především je důležité zmínit, že se jedná o systematický proces, nikoliv o jednorázové působení. Dle Kantora (2009, s. 26) lze muzikoterapii provádět v následujících formách:

- Individuální terapie – kdy se využívá potenciál pouze jednoho klienta, samozřejmě spolu s terapeutem, který je průvodcem tohoto procesu. Jedná se hlavně o individuální přístup práce.
- Párová terapie – jedná se o práci dvou klientů současně, kteří v páru přistupují do procesu. Je nutno podotknout, že je stále dobré zachovat individuální přístup ke každému jedinci.
- Skupinová terapie – probíhá za účasti velikostně proměnlivé skupiny účastníků, bere se v potaz charakteristika řešení.

Jak uvádí Beníčková (2011 s. 16) v tomto procesu se také sleduje efektivita pomáhajícího profesionála. Terapeut by měl zachovat stejný přístup ke všem klientům, založený na nehodnotícím projevu. Nezbytným předpokladem bývá nadhled nad citově zabarvenými situacemi. „Hlavní myšlenka, která plyne z muzikoterapeutického sezení, je vědomí, že každý klient má různé prožitky, postoje, které tento proces dále formují. Výsledek bývá vždy velmi individuální.“

Beníčková (2011, s. 22) ve své publikaci definuje fáze terapie, které probíhají následovně:

- Preterapie - řeší se, kde bude muzikoterapie probíhat, jaký je důvod, proč chce klient absolvovat tuto aktivitu, součástí je i rozbor kazuistiky a anamnézy.
- Terapie - realizace procesu, zahrnující muzikoterapeutickou interakci.
- Postterapie - závěr, kdy se snaží klient a terapeut zhodnotit celkový dojem, současně se určí doba, po kterou se proces v konečném důsledku zhodnotí.

Při muzikoterapii ve vztahu k dítěti se specifickými potřebami je vždy nezbytné si uvědomit aktuální stav, anamnézu klienta a pracovat s těmito informacemi. V rámci působení aktivity, je zásadní znát stupeň postižení, sociální zázemí, či blízkost podporujícího okolí. Jak uvádí Gerlichová (2014, s. 98-99) hudba v tomto seskupení usnadňuje komunikaci, tím se účastní na navazování nových vztahů. Slouží k rozvoji motoriky a podpoře nezávislosti.

Hlavní cíle muzikoterapie můžeme tedy definovat jako:

- Integrace osobnosti, posílení kompetencí, podpora vývojových ztrát.
- Osvojení vlastní identity a integrace ve vztahu s terapeutem, uvědomovat si smysl své existence, učit se orientaci, připravenost na krizové situace.
- Převzetí zodpovědnost za sebe i druhé, sebeuvědomění si svého já a hodnotového systému, podpora socializace (Kantor 2009, s. 39).

Jak vysvětluje Kantor (2009, s. 41) v průběhu terapií s touto cílovou skupinou je dobré si uvědomit, že hlavním cílem muzikoterapie je reedukace narušených funkcí a jejich napravování. Proces je zaměřen na motoriku, orientaci a koncentraci pozornosti. Cílem je v tomto případě podpořit adaptační schopnosti, sociální dovednosti, rozvoj empatie. U osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením se klade důraz na multisenzorickou stimulaci.

Při terapii je třeba přihlížet k individuálním potřebám klienta, je zřejmé, že děti s mentálním postižením vnímají hudbu velice kladně a rádi se účastní různých společenských setkání. Například pro skupinu jedinců se sluchovým postižením platí, že mají dobře rozvinutý práh hmatu i zraku. Je tedy často viditelné, jak si neslyšící hmatem zjišťují zdroje hudby. Dále se využívají vizuální pomůcky, například rytmus písně je předveden jako světelná signalizace, neslyšící tak lépe hudbu chápou (Gerlichová 2014, s. 91).

6.2. Arteterapie

Výtvarné umění bezpochyby působí na estetické prožívání a všímavost v celé naší společnosti. Klient s mentálním postižením má při terapeutické práci mnoho prostoru pro fantazii a individuální požitek, jelikož nelze usuzovat, co je pro jednoho působivé více a co méně.

Předem je důležité zmínit, že definice arteterapie je poměrně obsáhlá, jelikož zahrnuje všechny umělecké podkategorie. Dle Šickové-Fabrici (2016, s. 59), která definuje arteterapii v širším smyslu jako léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užším slova smyslu jako léčbu výtvarným uměním.

Oproti tomu Stehlíková Babyrádová (2016, s. 18) shrnuje arteterapii jako „materiálovou akční činnost, která užívá vizualizace, pracuje s různými materiály, ale i s aktivizací myšlenkových situací. Zakládá se na vizualizaci, kdy klient pracuje s vnitřní představou, kterou poté převede do umělecké činnosti.“

Jak blíže specifikuje Šicková-Fabrici (2016, s. 30-47) „arteterapie je aplikované umění s terapeutickým prožitkem a s účelem pomoci, léčby a změn.“

V procesu arteterapie dochází hlavně k pozorování klientova vyjádření, ale také bývá předmětem zkoumání to, jak se klient projevuje při tvorbě. Součástí této disciplíny jsou i terapeutické zásady, které shrnuje Muller (2014, s. 91) takto:

- Nenálepkování a opatrnost, kdy se bere v potaz klientovo vyjádření na jeho výtvar, a v této fázi je zde terapeut jako průvodce, který zůstává v pozadí.
- Načasování závěru, kdy je potřeba, aby terapeut, který může tušit součást problému, by měl dát potřebný čas k zpracování klientovi, na kterého terapie působí.
- Znalosti týkající se barev, symbolů v kresbě, což jsou základní nezbytnosti pro úspěšný proces celé terapie a vede tak k pozitivním změnám.

Dle Matouška (2008 s. 25) se tento obor využívá u mnoho cílových skupin, nejčastěji u seniorů s demencí, klientů s postižením, vězňů nebo i umírajících. Uplatňuje se nejvíce ve skupinových terapiích, ale i při individuální práci s jednotlivci a s rodinami.

Dříve v dějinách sloužilo umění převážně náboženským účelům. Během času doby vzniká spousta umělecky bohatých aktivit, mezi ně můžeme zařadit i arteterapii. Dotýká se jak vědecké, tak umělecké disciplíny. Arteterapii lze definovat jako poměrně nové odvětví. Zrod toho oboru je datován na 30. léta 20. století v USA (Šicková-Fabrici 2016, s. 30-47).

Při arteterapeutickém procesu je nutné dodržovat určité zásady. Je zapotřebí zhodnotit věk klienta, kdy u předškolních dětí setkání probíhá méně než hodinu, u starších až dvě. V dalších fázích se hodnotí výsledek. Pokud arteterapeut nezvolí s klientem dané téma,

dostává slovo klient a sám sděluje, jakým tématům by chtěl dát prostor, či se zaměří na aktuální vnitřní pocity (Šicková-Fabrice 2016, s. 101).

V diagnostickém procesu se velmi často využívá symbolika. Je třeba klást důraz na to, že z jednoho výtvaru není možné stavět celkový výsledek terapie a také je důležité se odosobnit od hodnotících kritérií. Terapeut se s klientem dohodne na daném tématu, které bude figurovat. „Při diagnostickém procesu v arteterapii dochází nejen k interpretaci výtvarného projevu klienta, ale i toho, jak se klient při práci projevuje (Muller 2014, s. 90).“

Jak uvádí Vymětal (2007, s. 283) často dochází v arteterapii i k výrobě artefaktů, které klientovi mohou pomoci od úzkosti. Umělecké dílo, které vzniká v této terapii je stálé, kdykoliv k dispozici klientovi, který může dále reflektovat své pocity. Počet setkání je vždy vyvozen ze závažnosti problému. Mezi další oblíbené techniky v rámci procesu patří modelace z hlíny, koláž z výstřížků nebo jiného materiálů.

Müller (2014, s. 92) odkazuje ve své publikaci na charakteristiku Zicha, který rozdělil dětský výtvarný projev pomocí níže uvedených vývojových stadií:

- Čmáranice (2-3 roky).
- Linie (okolo 4 let).
- Popisný symbolismus (5-6 let) první postava.
- Popisný realismus (7-8 let) kresby spíše logické.
- Vizuální realismus (9-11 let) předlohy, perspektiva.
- Potlačení (11-14 let).
- Umělecké oživení (15 let).

Jak zmiňuje Vymětal (2007, s. 274) hlavní myšlenka tohoto léčebného procesu tkví v tom, že klient se svým nevědomím snáze komunikuje přes výtvarná díla, kdy dochází ke spojení s terapeutem, kdy může vyjádřit nejniternější pocity, které by pro něj bylo obtížné pojmenovat.

Dle Stehlíkové Babyrádové (2017, s. 31) jde o vyjádření určitých pocitů a emocí, kdy je produktem klientova výpověď ve formě vytvořeného díla, z čehož plyne, že je všechna pozornost kladena na jednotlivce, nikoliv na většinovou společnost. Účastník vyjádří artefaktem to, co by nedokázal říci slovně.

Formy arteterapie lze rozdělit dle Šickové-Fabrici (2016, s. 85) na skupinovou a individuální. K tomu podrobněji vysvětluje:

- Individuální terapie – probíhá s jedním klientem, většinou z důvodu nemožného začlenění do skupiny, kdy by mohl být účastník agresivní, či rušivý.
- Skupinová terapie – jedná se z praktického hlediska o náročnější terapii, ale má řadu výhod, kam patří rychlejší učení, ekonomicky výhodnější, poskytuje prostor pro zpětnou vazbu od zúčastněných, vzniká jakási sounáležitost.

Dále uvádí cíle, které jsou hlavními body v rámci práce s klientem:

- Celkový rozvoj osobnosti.
- Poznání vlastních hranic a možností.
- Svoboda pro experimentování.
- Uvolnění a sebevímání.
- Přijetí a uznání jiných lidí, komunikace, kooperace.

Hlavním efektem intervencí je, aby se dítě s mentálním postižením cítilo sebevědoměji, šťastněji a vstupovalo do vývojových stádií se zvýšenou sebeakceptací. Jak zmiňuje Bazalová (2014, s. 113) jde především o to, „aby se naplnila očekávání těchto technik za pomoci včasnosti, kvalifikovanosti, posunu a důslednosti“.

Lze tedy shrnout, že arteterapie v sobě spojuje psychoterapeutickou práci, která je uzpůsobena podle toho, na které cílové skupině je využita. Nejčastěji ji využívají klienti s depresemi nebo závislostmi, ale i jedinci s mentálním či fyzickým postižením. Proces je cílen tak, aby zasáhl osobnost a formoval flexibilitu a intuici (Stehlíková Babyrádová 2017, s. 32).

Vzhledem k chybějící legislativě je obtížné definovat odbornost arteterapeuta. Jak shrnuje Müller (2014, s. 98) jde hlavně o specializované vzdělání v oboru, sebezkušnostní výcvik zaměřený na danou terapii.

6.3. Dramaterapie a Teatroterapie

Jakákoliv hra, které se člověk účastní, ho staví do nepřeborného množství rolí, působící na svobodné smýšlení a fantazii, při níž může docházet k zaměňování identity. V rámci terapeutického procesu s klienty s mentálním postižením se klade důraz na schopnost sebe prezentace a rozvíjení komunikační a pohybové složky.

Dramaterapii lze zařadit do dávné historie, ovšem ve 30. letech 20. stol. se divadelní terapie začala využívat v rámci léčby na psychiatrických klinikách. Začátek této formy exprese u nás je datován k období 90. let minulého století (Stehlíková Babyrádová, 2017 s. 24).

Slovo dramaterapie má své kořeny v pojmu dramatická výchova, kterou Valenta (2011, s. 20) shrnuje jako „činnost, vycházející z obsahu dramatického umění a využívající k tomu prostředky jako improvizace, interpretace, vstupování do rolí, atd.“

Jak ve své publikaci shrnuje Vymětal (2007, s. 278) dramaterapie je „záměrné použití léčivých aspektů dramatického a divadelního procesu a příbuzných technik pro dosažení terapeutických cílů.“ Valenta (2011, s. 24) popisuje tuto techniku jako „postup upravující narušenou část organismu dramatickými (divadelními) prostředky“.

Dle Stehlíkové Babyrádové (2017, s. 24) jde o „metodu umělecké terapie, která využívá umělecké individuální i skupinové aktivity, zaměřené nejenom na divadlo, ale i na práci s tělem, mimikou, gestem, jazykovým experimentem.“

Obsahově příbuzná teatroterapie se liší hlavně tím, co přibližuje Valenta (2001, s. 30) definicí, že jde o divadlo, které výlučně hraje s herci s postižením, tímto působením spojuje obor speciální pedagogiky s uměleckým prostředím.

Müller (2014, s. 167) k teatroterapii dodává, že jde o „terapeuticko-formativní metodu radící se k expresivním terapiím, která dosahuje terapeutických cílů prostřednictvím přípravy a veřejné realizace divadelního tvaru. Jedná se tedy o práci specifické divadelní společnosti“

Formy dramaterapie jsou dle Valenty (2011, s. 43) možné shrnout jako:

- Ambulantní forma – je šitá na míru vztahuje se k privátní praxi, speciálních škol, denních center atd. (jedná se o dlouhodobější proces).
- Klinická forma – probíhá v rámci léčebného procesu v léčebnách, nebo klinikách.

- Individuální forma – není u nás tak častá jako skupinová, nejčastěji se tato forma využívá u jedinců s autistickou poruchou.
- Skupinová forma – zakládá se na atmosféře skupinové dynamiky, kde je poté dělena na specifikaci pohlaví, či jiné prvky, které skupinu blíže specifikují, nejčastěji je využívána v pobytových centrech pro mentálně postižené či drogově závislé klienty.

Müller (2014 s. 141) k výše uvedeným formám dodává, že atmosféra komunity je stěžejní, jelikož proces probíhá a je vázán na otevřenost a upřímnost, jelikož klient a terapeut se vzájemně propojují svými osobnostmi.

Velký přínos, který dramaterapie a teatroterapie poskytuje jedincům s mentálním postižením je, že během nácviku divadelní hry probíhá reedukace, rehabilitace a v závěru hry dochází prostřednictvím ocenění obecnstva k resocializaci (Valenta, 2011, s. 29).

Müller (2014 s. 137) shrnuje hlavní cíle, které si dramaterapie klade:

- Zvýšení sociální interakce, interpersonální komunikace.
- Zvládnutí kontroly svých emocí.
- Získání schopnosti být spontánní.
- Rozvoj představivosti a koncentrace.

Další cíle, na které poukazuje Stehlíková Babyrádová (2017, s. 25) jsou rozvoj vztahů mezi účastníky, upevňování kolektivního vědomí, zbavení se negativních emocí. Technikami, které dramaterapie nabízí, jsou např. řečová cvičení, práce s textem, vyprávění příběhu, maňásková hra nebo pantomima.

Vymětal (2007, s. 271) definuje fáze dramaterapie:

- Zahřívací fáze – počátek, kdy členové získávají důvěru, tvoří scénář hry a zjišťují své hlasové a pohybové možnosti. V této části bývá aktivnější terapeut, v průběhu ovšem dochází k přebírání zodpovědnosti protagonisty.
- Fáze rozvinutí – v rámci této fáze dochází k hraní hry, kdy je zapojena celá skupina.
- Fáze reflektování a rozvinutí role – uvědomění si svého reálného života skrze roli.

K procesu dramaterapeutického sezení Müller (2014, s. 143-149) dodává, že hlavní terapeut poznává skupinu jako celek, definuje různé reakce účastníků, avšak jeho prvotním cílem zůstává propojit skupinu nebo komunitu v jednotu. Při práci s dětmi s mentálním postižením je nejtěžší dostat dítě do různých sociálních rolí, ovšem po zvládnutí této překážky se zapojují do hry s nadšením a oceňují zpětnou vazbu od druhých.

Praktická část

V praktické části je popisován průběh průzkumu, lokalita, charakteristika vybrané skupiny respondentů. Dále jsou popsány použité metody sběru dat, které jsou následně vyhodnoceny, navrhovaná opatření a závěr.

7. Cíle průzkumu a průzkumné otázky

Stěžejním cílem, který byl pro práci prvořadý, bylo zjistit, zda do jaké míry a jaké formy expresivních terapií se nejčastěji uplatňují při práci s dětmi s mentálním postižením. Byla vybrána lokalita, konkrétně hlavní město Praha, kde průzkum probíhal. Vzhledem k specifikaci daného tématu, byla lokace zvolena tak, aby byla zjistitelná data a byl naplněn cíl práce. V rámci procesu autorka oslovila dané instituce a dle odpovědí zhodnotila, zda jsou na daném území zařízení, která se věnují zvolenému tématu. Na počátku tvorby práce bylo zadáno šetření kvantitativními metodami, proto bylo využito dotazníkového šetření za účelem oslovení respondentů a pozorování ve vybraném zařízení.

Na základě výše popsaných skutečností, byly pro jejich naplnění zvoleny tyto průzkumné otázky:

Otázka č. 1: V jakém časovém intervalu se pracuje s expresivními terapiemi, které působí na dítě s mentálním postižením?

Otázka č. 2: Jaké formy expresivních technik se u této cílové skupiny využívají nejčastěji?

7.1. Metody průzkumu

Hlavní metoda, která se zrealizovala v rámci průzkumného šetření, byla metoda kvantitativní, která byla využita k získání dostupných dat a zacílila tak na zadaný záměr.

Kvantitativní výzkum zachycuje realitu pomocí měřitelných proměnných. Význam kvantitativního šetření spočívá v jeho schopnosti poznat a predikovat s jistou mírou pravděpodobnosti zákonitosti mezi jevy. Výhodou tohoto typu šetření je poměrně rychlé a finančně méně náročné získávání dat, jejich rychlá statistická analýza poskytující číselná data (Hanzl 2012, s. 34).

8. Vlastní průzkum

Jak již bylo zmíněno, s ohledem na téma bakalářské práce se průzkum realizoval na území hlavního města Prahy. Autorka sestavila dotazníkové šetření, dále vytvořila tabulku, kde sestavila seznam oslovených institucí. K tomuto výběru využila registr sociálních služeb. Dohromady bylo osloveno 17 praktických a speciálních škol a 13 mimoškolních zařízení, kdy šlo nejčastěji o stacionáře, ranou péči a sociálně aktivizační služby. Respondenti byli oslovováni postupně, primárně v rámci telefonického hovoru, kdy autorka představila svůj cíl a téma práce. Hlavními respondenty dle celkové účasti, byli pracovníci v sociálních službách, pedagogové, terapeuti a sociální pracovníci. Sběr dat probíhal dotazníkovou metodou od července 2020 do srpna 2020 mezi pracovníky ve specializovaných zařízeních v rámci Prahy. Použitý dotazník byl vytvořen autorkou, obsahoval 12 otázek. Otázky byly otevřené (5), polozavřené (3) a uzavřené (4). Na hlavní straně dotazníku bylo pro respondenty uvedeno téma práce, sdělen účel dotazníku, utvrzení v anonymitě a poděkování. Poté průzkum pokračoval pozorováním v zařízení od září do října 2020. Toto období autorka docházela 1 měsíc do zařízení, které je určeno pro děti a dospělé s kombinovanými vadami. Průzkumný vzorek se v konečném výsledku skládá ze získaných odpovědí a pozorování.

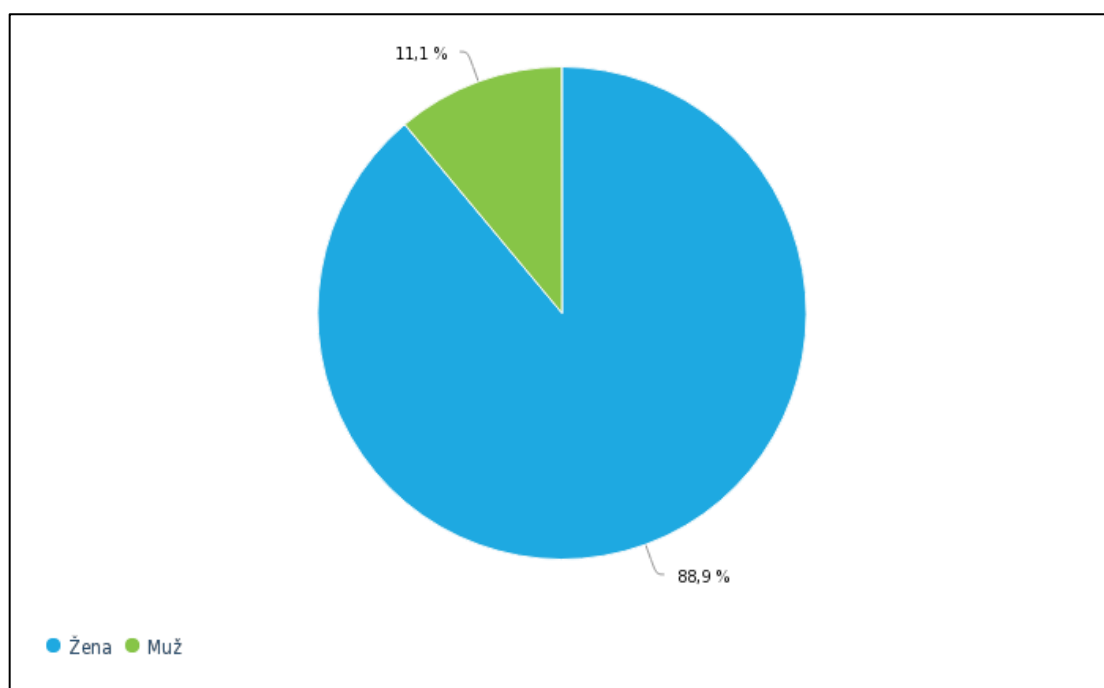
Byly vytvořeny dvě verze dotazníku, jeden elektronický a jeden pro osobní předání. Vzhledem k situaci v rámci pandemie Covid19, byl průzkumný vzorek získáván výhradně v podobě online dotazníku. Dle dostupnosti bylo vyhledáno a osloveno dohromady 30 zařízení, kde se zabývají expresivními terapiemi a zvolenou cílovou skupinou. Velikost průzkumného vzorku byla vyhodnocena dle dostupných zařízení v hlavním městě. Dotazníky byly po telefonickém oslovení zasílány nejčastěji vedoucím pracovníkům, kteří dotazník distribuovali dále dle instrukcí. Ve výsledku se rozeslalo dohromady 29 dotazníků.

8.1. Výsledky průzkumu a jejich interpretace

Na základě získaných výsledků byl sestaven podrobnější souhrn informací, který byl převeden do grafické podoby tak, aby vše bylo co nejpřehlednější. U některých otázek, které byly situovány jako otevřené, jsou odpovědi odlišně vyhodnoceny.

Položka č. 1

Jste muž nebo žena?

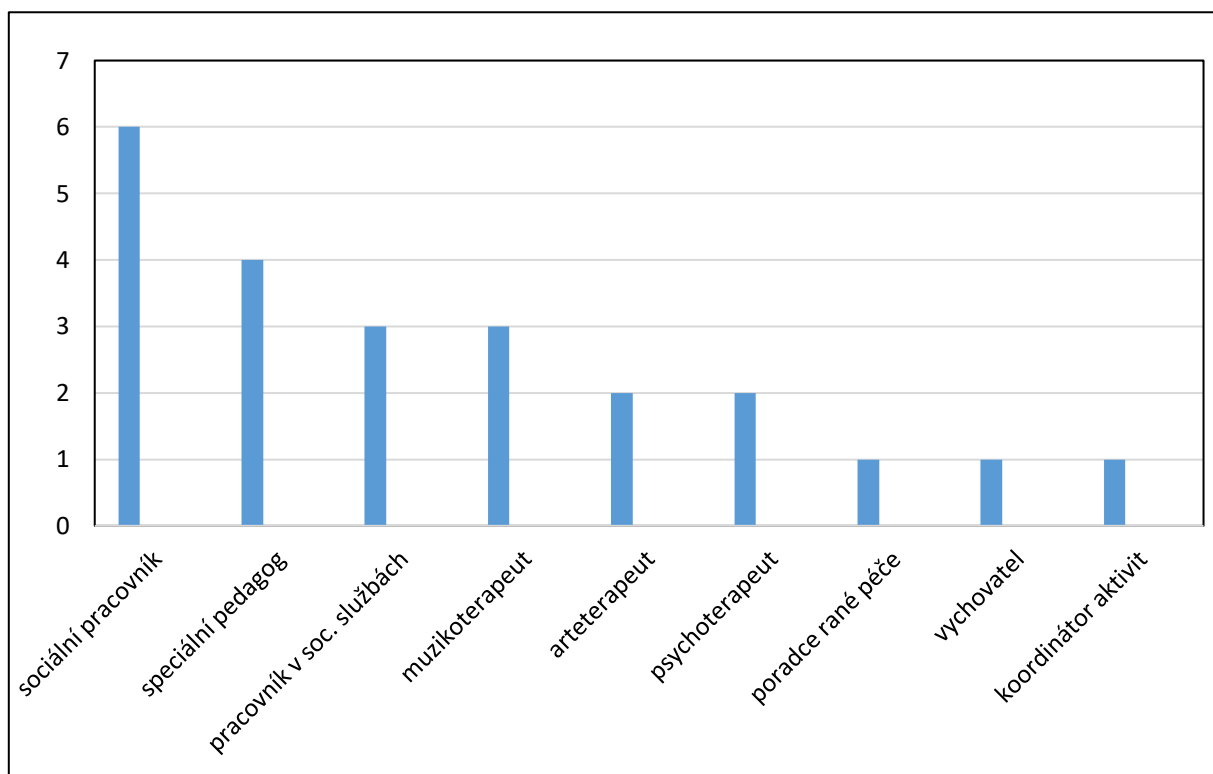


Graf 1 Pohlaví respondentů

V rámci účasti na dotazníkovém šetření se ukázalo, že zde panuje značná převaha žen, z grafu jednoznačně vyplývá, že 88,9% respondentů tvoří zastoupení žen, muži se zúčastnili ve zbylých 11,1%.

Položka č. 2

Prosím uveďte Vaši pracovní pozici.

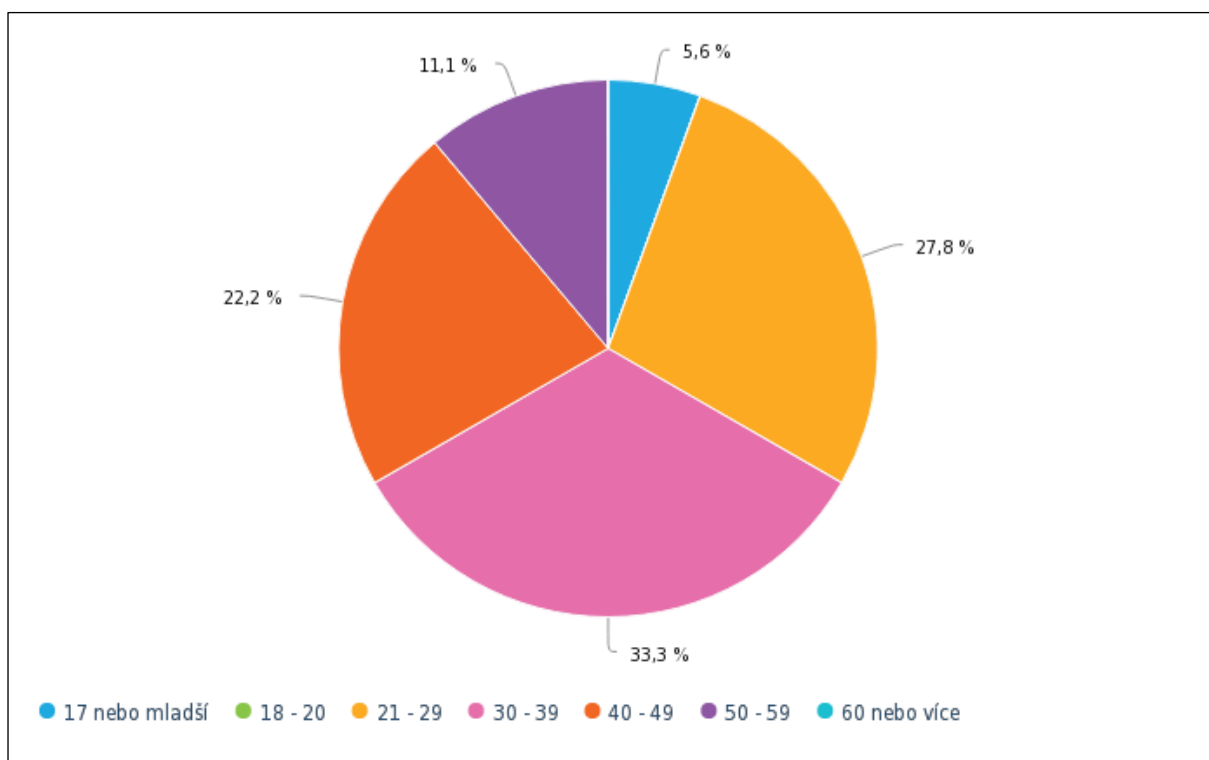


Graf 2 pracovní zařazení

Z otevřené otázky týkající se zjištění profesního zaměření respondentů vyplynuly tyto skutečnosti. V odpovědích se ukázalo, že největší zastoupení mají sociální pracovníci, kterých v přepočtu respondentů odpovědělo 6. Poté následují speciální pedagogové v zastoupení 4 respondentů. Dále následují dvě pracovní pozice, které byly uvedeny ve shodném počtu 3 respondentů, pracovníci v sociálních službách a muzikoterapeuti. Znovu se stejným počtem 2 respondentů psychoterapeuti a arteterapeuti. Zbylí 3 respondenti měli zcela odlišné profese, které specifikovali jako poradce v rané péči, koordinátor aktivit a vychovatel.

Položka č. 3

Která z níže uvedených kategorií zahrnuje Váš věk?

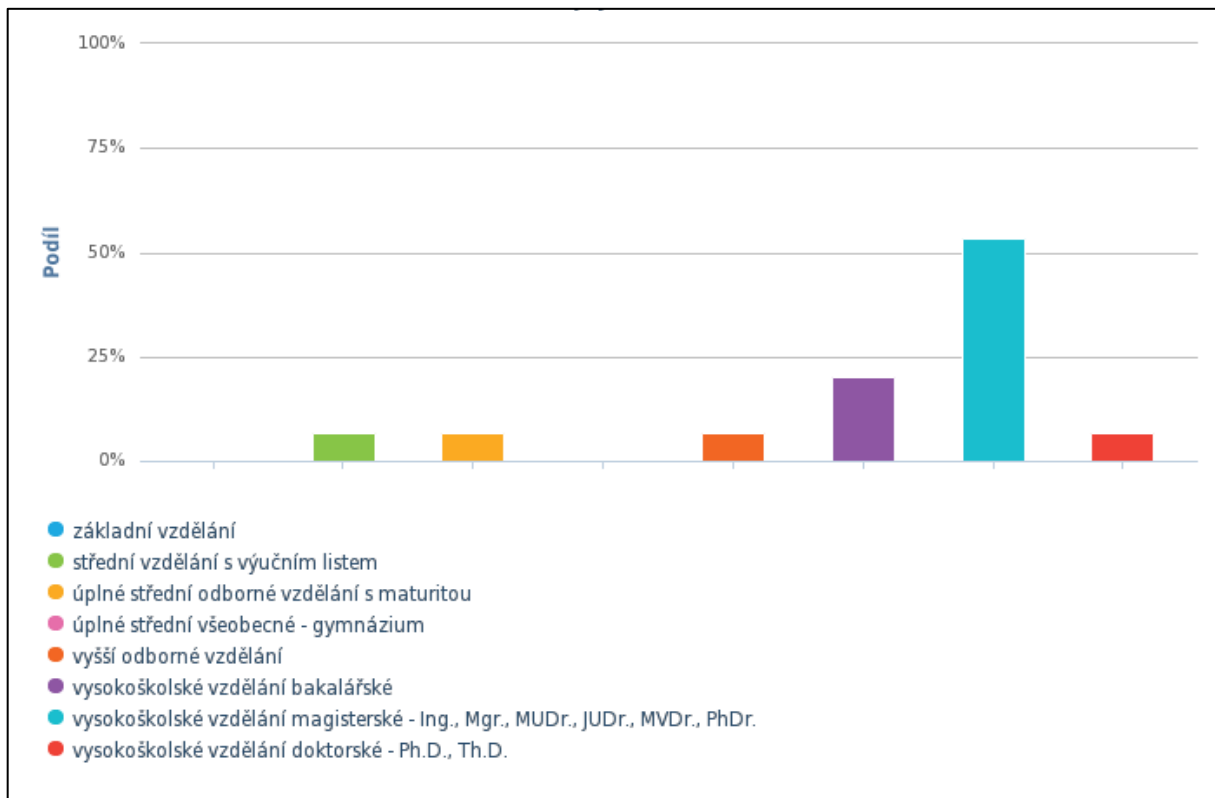


Graf 3 věk respondentů

Podle výsledku k položce č. 3 je zřejmé, že největší část, až 33,3% respondentů se věkově pohybuje v rozmezí mezi 30-39 lety. V dalším pořadí následuje kategorie zahrnující věk 21-29 let, která v grafu zahrnuje 27,8% . Třetí kategorií tvoří respondenti ve škále 40-49 let, což je 22,2% . Na posledních pozicích je vyhodnocen věk respondentů v rozmezí 50-59 let (11,1%) a následuje 17 let a mladší (5,6%).

Položka č. 4

Prosím, uveďte nejvyšší dosažené vzdělání

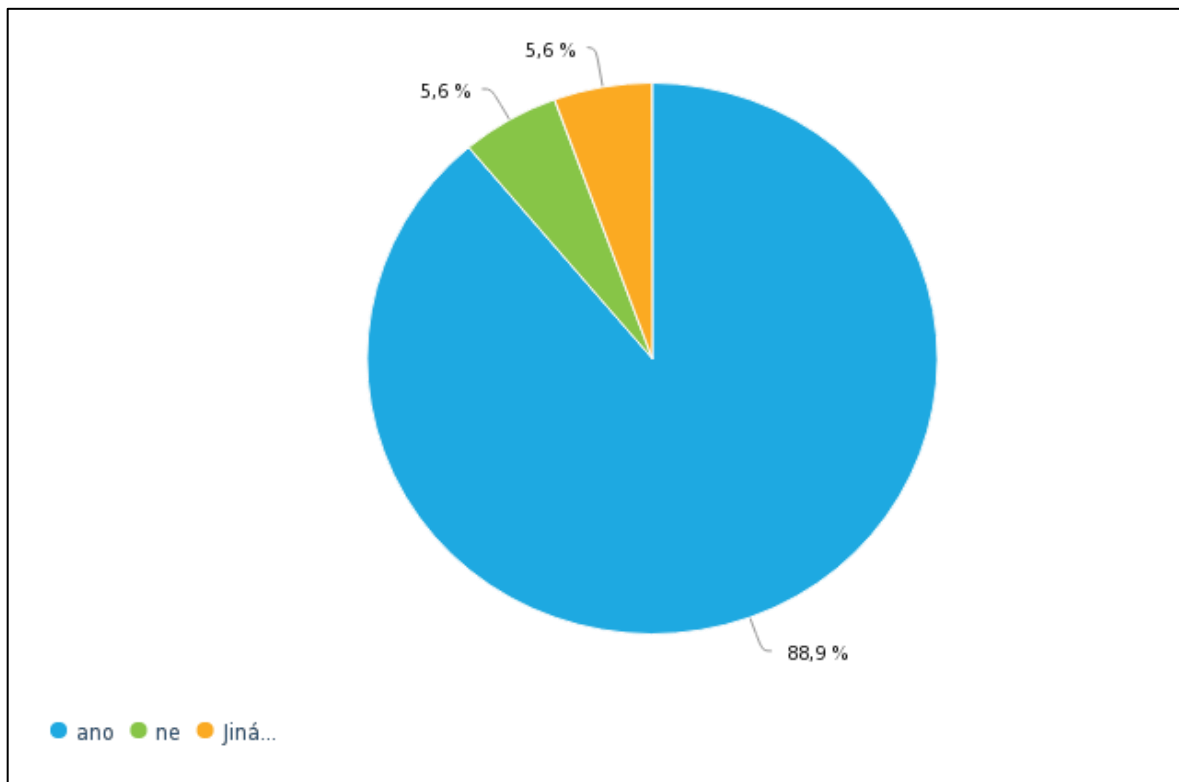


Graf 4 vzdělanost respondentů

Z výsledku grafu plyne, že nejvyšší část respondentů (53,3%) má vysokoškolské vzdělání magisterské, za ním v kategorii vzdělanosti je bakalářské vzdělání, které získalo 20%. Poté následují tři procentuální shody v počtu 6,7% , pro vysokoškolské vzdělání doktorské, vyšší odborné vzdělání, úplné vzdělání s maturitou a střední vzdělání s výučním listem.

Položka č. 5

Využívají se u Vás v zařízení některé z expresivních terapií?

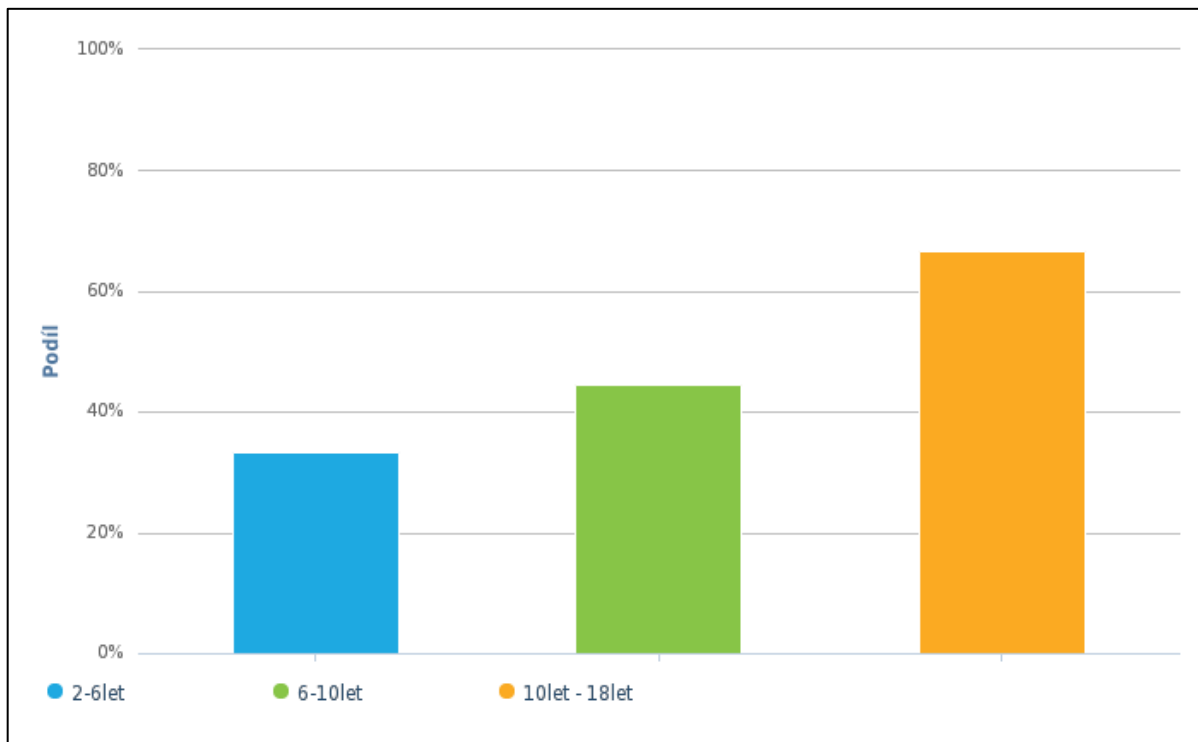


Graf 5 využití terapií

Z daného grafu s přehledem vyplývá, že nadpoloviční část respondentů (88,9%) využívá na svém pracovišti nějakou z expresivních terapií. Zbylé odpovědi jsou zařazeny do shodné kategorie - ne nevyužívá a jiné (5,6%). V poznámkách tuto možnost respondenti zdůvodňují tím, že jde o terénní typ služby.

Položka č. 6

V jaké věkové kategorii se nevíce pohybují účastníci expresivních terapií?

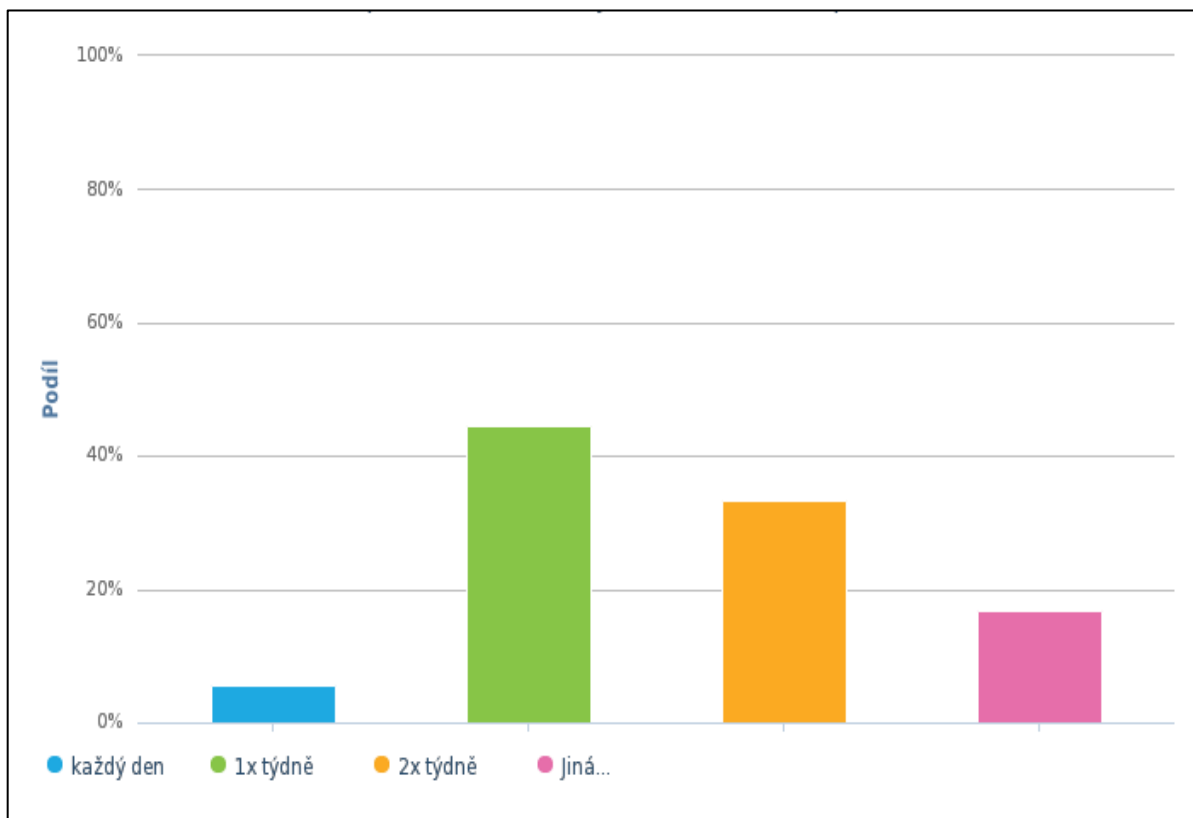


Graf 6 věková kategorie klientů

Z uvedených odpovědí týkajících se věkového rozpětí dětských klientů využívající expresivních terapie je patrné, že největší podíl (66,7%) jsou klienti ve věku od 10-18let, dle odpovědí respondentů. Zbylé dvě kategorie zastupují klienti ve věku 6-10 let (44,4%) a nejnižší procento sledovaných v rozmezí mezi 2-6 lety (33,3%).

Položka č. 7

Můžete prosím definovat, jak často u Vás probíhá expresivní terapie?

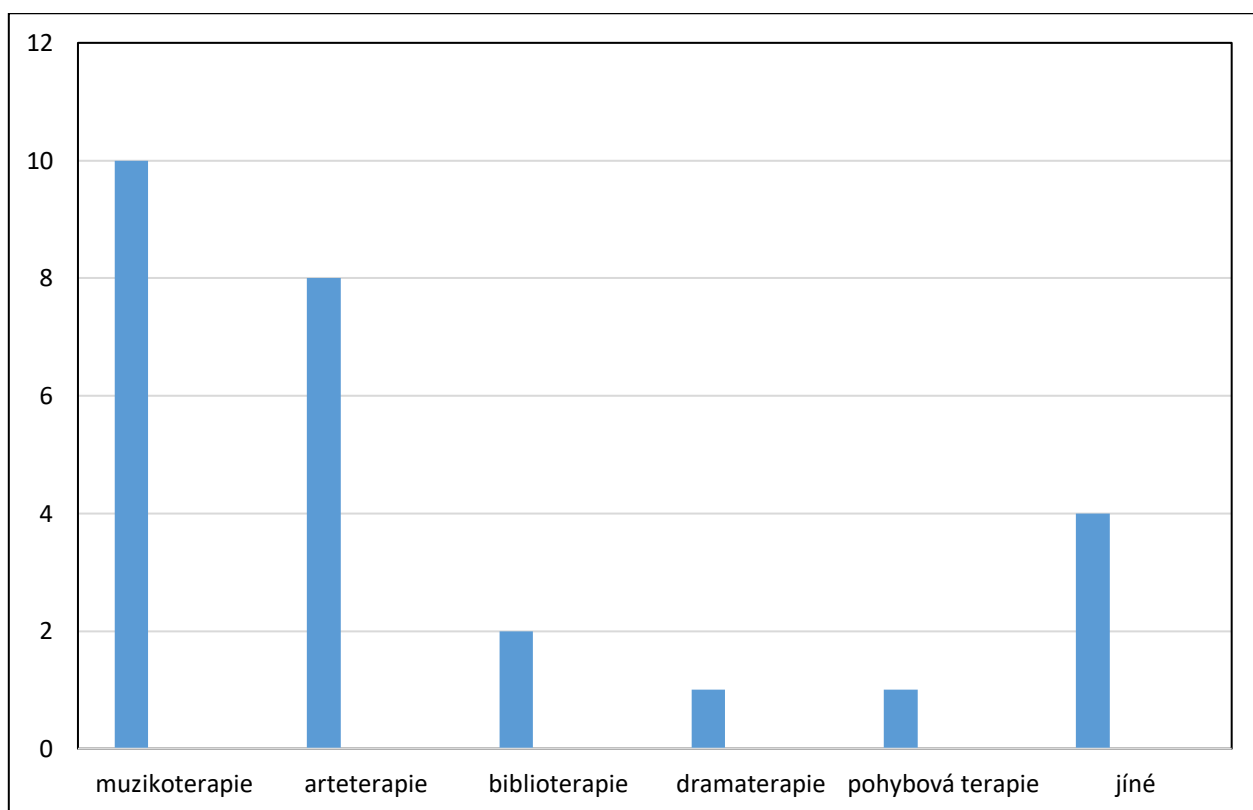


Graf 7 využití expresivních terapií

Dle vyhodnocení je patrné, že nejvíce se expresivní terapie v zařízeních využívají v časovém rozmezí 1x týdně, což odpovídá 44,4% . Následuje odpověď 2x týdně, kdy tak odpovědělo 33,3% respondentů. Hodnotu každý den zvolilo 5,6% respondentů. Kategorii jiná (16,7%) zahrnovaly odpovědi jako 3x týdně, dle potřeby a individuálně v rámci terénní práce.

Položka č. 8

Jaký druh expresivní terapie se nejčastěji využívá ve Vašem zařízení?

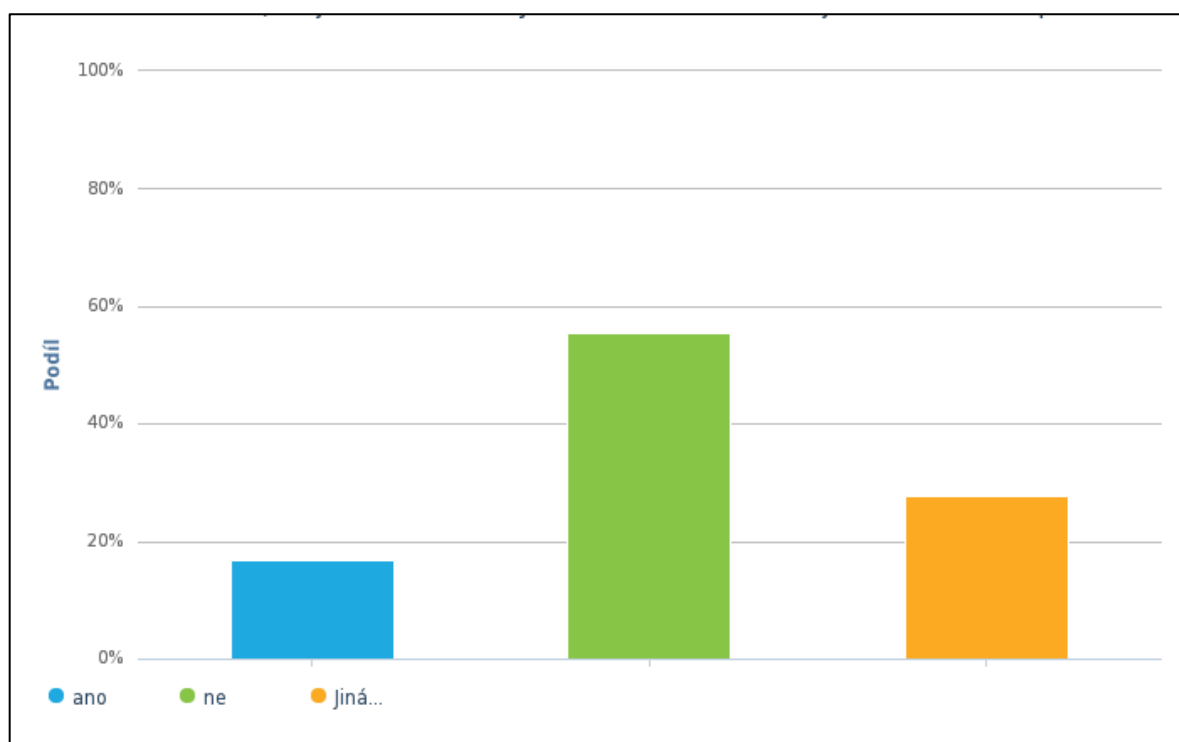


Graf 8 nejčastější druh expresivních terapií

Odpovědi na otevřenou otázku byli různorodé. Někteří respondenti zmiňují využití kombinací dvou, nebo tří terapií v jejich praxi. Vzhledem k tématu práce, které se týká cíleně expresivních terapií, je z odpovědí respondentů nejčastěji využívána technika muzikoterapie. V těsné shodě následuje arteterapie, kde byli odpovědi specifikované na kresbu, malbu a práci s jinými materiály. Technikou, která se v rámci hlavního města využívá spíše okrajově, patří biblioterapie. Následuje dramaterapie a pohybová terapie, které už zmínilo minimum respondentů. Do kategorie jiné, dle odpovědí respondentů, lze zařadit techniky, které nevystihují expresivní terapie, uváděli zde smyslovou stimulaci, snoezelen, ergoterapii a herní terapii.

Položka č. 9

Domníváte se, že je na území Prahy dostatek zařízení věnující se těmto terapiím?



Graf 9 dostatek zařízení v hlavním městě

V této kategorii odpovědí byla procentuálně nevyšší získaná odpověď ne (55,6%). Opověď ano zvolilo 16,7% respondentů. Zbylí respondenti odpovídali v kategorii jiné, kdy zdůvodnili, že nemají tušení, že neví (27,8%).

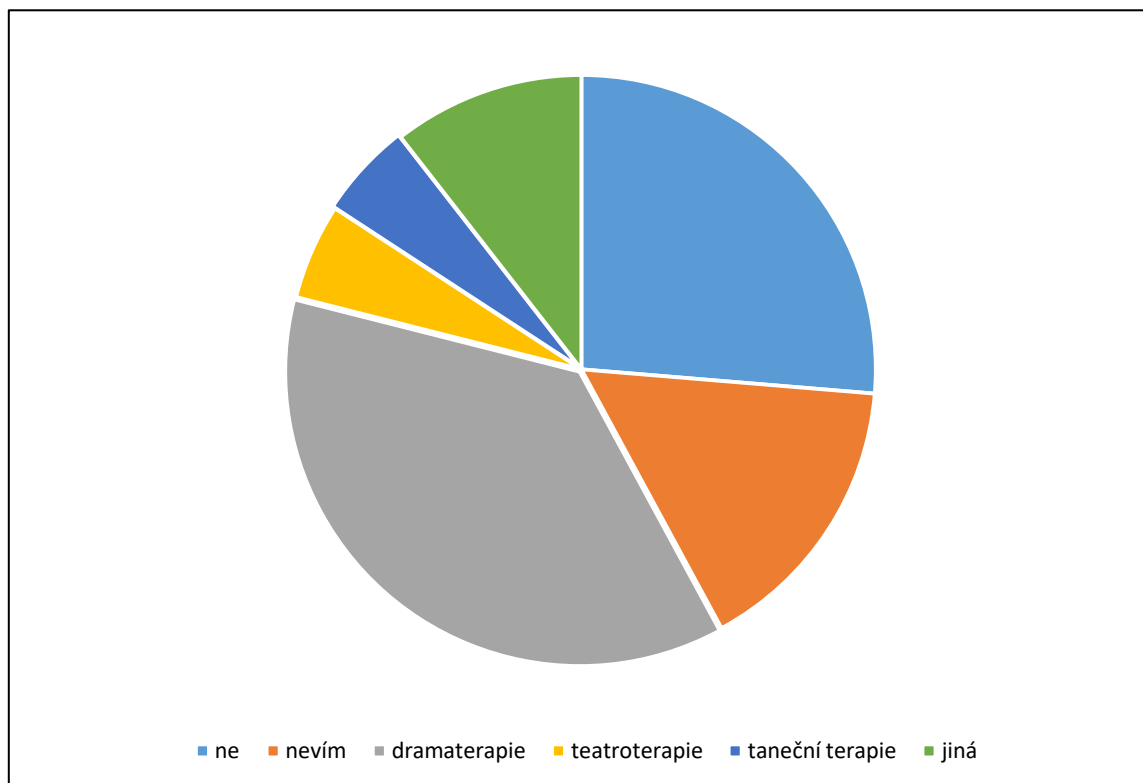
Položka č. 10

Vidíte díky expresivním terapiím pozitivní vliv na rozvoj dětí s mentálním postižením? V jakém směru?

Zde byli odpovědi respondentů obsáhlejší a konkretizované. Plný počet respondentů uvedlo, že specializované terapie mají pozitivní vliv a podporují celkový rozvoj dítěte. Nejčastější odpovědí v rámci součtu bylo, že má relaxační rozměr, ovlivňuje emoční rozpoložení klienta, rozvíjí motorické a kognitivní funkce, podílí se na socializaci, empatii a kreativě. Dále ovlivňuje soustředěnost a koncentraci. Další z častých odpovědí vedla k uvědomění si identity, svého sebehodnocení a pozice ve společnosti. Jde o prostředek s možností sebevyjádření nonverbální cestou. Dle odpovědí má také vliv na citovou složku a radost ze života. Respondent uvedl, že vidí rozdíly v celkovém zklidnění dítěte, lepší navazování očního kontaktu, úsměv. Také uvedli, že expresivní techniky vnímají jako jiný komunikační kanál. Dále odpovídali, že se děti s lehčím mentálním postižením dokáží skrze rytmus a dynamiku více vyjádřit.

Položka č. 11

Existuje podle Vás expresivní terapie, která je dle Vašeho názoru opomíjena a měla by se více využívat u dětí s mentálním postižením?

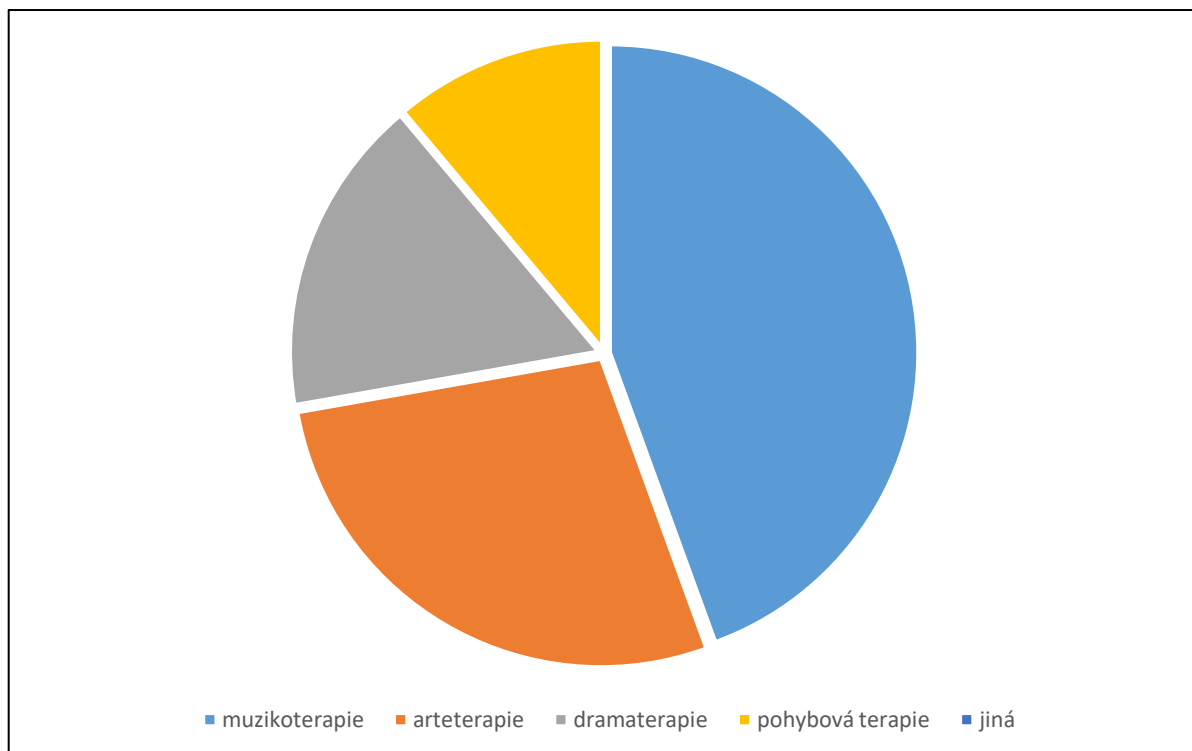


Graf 10 využitelnost terapií

Z otevřené otázky a volných odpovědí respondentů vyplynulo následující zjištění. Větší skupina respondentů odpovídala, že není, nebo že neví. Další skupina uvedla názor, že jsou opomíjeny. Nejčastěji se respondenti shodli na nedostatečném využití skupinových technik, jako je dramaterapie, teatroterapie a tanečně pohybová terapie. Jiné odpovědi se týkaly tvrzení, že by se mohlo více využívat přírodních prvků, že by se měly terapie více přizpůsobovat tzv. „šít na míru“ klientovi. Dále bylo uvedeno, že jakákoliv pozornost ze strany odborníka přináší velký přínos klientovi. Respondenti dále uvedli, že vidí přínos v nevšední energii, který s sebou terapeut do zařízení přináší.

Položka č. 12

Pozorujete-li že existuje expresivní aktivita, která je u těchto dětí více oblíbená, prosím můžete uvést?



Graf 11 oblíbenost terapií u dětí

Z odpovědí na závěrečnou otázku bylo zjištěno, že nejoblíbenější aktivita v rámci expresivních terapií bývá muzikoterapie, kterou uvedlo až 14 respondentů. Poté následovala arteterapie. Dále byla zmíněna oblíbenost v dramaterapii a pohybové terapii, kdy je dětem velmi blízký pohyb. Ovšem jak bylo dále rozepsáno, záleží na individualitě dítěte. Bylo zmíněno, že se dětem často líbí střídání ticha a zvuku, relaxační hudba a pohybové hry. Dále dle názorů, děti reagují na hlasovou intonaci a rytmus. Jeden respondent uvedl, že vidí pozitivní působení v Pelzeho muzikomalbě. Dále děti uvítají práci s hlinou a s neobvyklými materiály. Zbytek respondentů uvedla, že neví (3).

8.2. Pozorování

Pozorování vycházelo z absolvované praxe, kdy autorka docházela do stacionáře pro děti s kombinovaným postižením. Chtěla si ověřit dosavadní získané teorie v praxi, zjistit to, jak probíhají formy terapií naživo. Do instituce docházela 1x až 2x týdně po dobu 1 měsíce. V rámci celostátních opatření nebylo možné zařízení déle navštěvovat. Dala si za cíl pozorovat expresivní aktivity v interakci působení na klienty služby.

Pobočka Diakonie Církve bratrské v Praze 3, jde o neziskovou organizaci, která nedávno oslavila 30 let svojí existence. V činžovním domě mají k dispozici přízemní byt, který slouží jako denní stacionář už od roku 1990. Stacionář zajišťuje registrovanou sociální službu, která je určena pro děti s kombinovaným postižením. Kapacita je omezena na 15 účastníků, tím dochází k většímu individuálnímu přístupu pracovníků ke klientům, což je velké pozitivum. Služba probíhá ve všední dny od 8-18 hodin. V zařízení pracuje 7 pracovníků a vedoucí služby. Instituce působí přátelským až rodinným dojmem, v rámci pozorování se autorka přesvědčila, že se zde klade důraz na potřeby každého jedince tak, aby se zde klienti cítili jako doma. Dále by vyzdvihla, profesionální přístup všech pracovníků a přehledně vytvořený organizační plán aktivit. Jelikož se téma této práce zaměřuje na expresivní terapie, při pozorování bylo hlavním cílem zaměřit se na techniky, které v zařízení probíhají. V následujících odstavcích je shrnutí vypořizovaných aktivit (stacionář, online).

Pozorování Muzikoterapie

V zařízení probíhá dle domluvených termínů muzikoterapie s muzikoterapeutem, který dochází do centra 2x měsíčně, či dle aktuální domluvy. Jeho cílovou skupinou jsou převážně děti s mentálním postižením, kdy své služby poskytuje v rámci celé Prahy. Také dochází do jiných organizací, nebo pracuje ve své soukromé praxi. Průběh procesu začíná v okamžiku, kdy terapeut začne milým přivítáním v kruhu, kde s ním spolupracuje 7 klientů a 2 pracovníci. Přivítání spočívá v tom, že se terapeut za doprovodu kytary ptá zpíváním, jak se dnes kdo má a jak se kdo cítí. Touto úvodní intervencí začíná každé muzikoterapeutické sezení, přispívá to k dobré atmosféře skupiny. Struktura skupinové činnosti se vyvíjí vždy dle plánu, který má muzikoterapeut připraven. Po tomto zahřívacím ceremoniale, nastává prostor pro kolektivní hru. Zakládá se na tom, že se účastníci rozdělí do dvou skupin, vzápětí je klientům rozdána karta, na které mají vyobrazenou určitou emoci. Jejich úkolem je uvědomit si, co vidí na obrázku. Poté jen za

doprovodu hudebních nástrojů a mimiky předvést druhé skupině tak, aby měla možnost jí uhádnout. Tato aktivita trvá necelou půl hodinu. Následuje pohybový set, kdy se skupina rozdělí do dvojic a za zvuku hudby, kdy muzikoterapeut hraje na různé nástroje, se snaží následovat dané instrukce. Nejčastěji jde o spojení prstů, dlaní, tleskání do rytmu, hlazení na určitém místě těla. Klienty tato část rozproudila, jelikož lze vyčíst na jejich tvářích úsměvy. Bez debat lze usoudit, že hudební složka má na klienty a jejich rozpoložení zásadní vliv a vzbuzuje v nich různé škály emocí. Tato technika probíhá v doprovodu zvuků bonga a rámového bubnu. Muzikoterapeut je vstřícný a pohotový, komunikuje s nadšením pro věc, to vše vytváří ve skupině pozitivní dojem. Na konci nabitě „dvouhodinovky“ je pro terapeuta i účastníky nezbytné ukončit terapii relaxačním cvičením. Terapeut vyzívá skupinu, ať zavře oči a soustředí se jen na svůj dech. Bere si k ruce didgerido a nastává kolektivní uvolnění těla i ducha. Je to vedená relaxace, proto prostorem zní hlas, který určuje instrukce. Někteří klienti tento závěr zvládli bez obtíží, pro jiné to bylo více náročné ve smyslu soustředit se na sebe. Klienti si na závěr s terapeutem podají ruce a rozloučí se s přáním dobrého dne.

Pozorování Arteterapie

Arteterapie probíhala v rámci rozvrhu 2x týdně, či dle aktuální situace. Klienti dostali za úkol zobrazit uměleckým způsobem výtvar týkající se probíhající epidemie. Jejich cílem bylo vytvořit na velký formát bakterie, bacily, které by jim sloužily jako informační list do kroniky stacionáře. V počtu šesti klientů, za asistence pracovníků, kdy jeden klient napsal velký nápis, který vyjadřoval od kdy, do kdy bylo v jarních měsících zařízení zavřeno. Ostatní klienti malovali pastelkami úvary, které měli znázorňovat nemoc. Dalším tématem arteterapie v rámci autorčina pozorování bylo přáním vyhotovit denní a noční oblohu. Klienti využívali nejčastěji vodové barvy v kombinaci s barevnými papíry. Formát byl dost rozměrný, jelikož výsledný výtvar měl v plánu být vyvěšen nad dveřmi. Někteří klienti s pomocí asistence pracovníků nalepovali velké ale i menší hvězdy, jiní vystřihovali mraky. Poté dobarvovali oblohu vodovými barvami. Při práci bylo vidět, že se klienti dokáží koncentrovat a soustředit. Barvy se přizpůsobily zobrazovanému dennímu pásmu. Výsledný artefakt visí dodnes tam, kde byl původní plán. Tvoří opravdu pozoruhodné zobrazení dne a noci za použití různých uměleckých technik. Zhodnocením pozorovaných expresí se naplnila podstata práce, kdy bylo úkolem zhodnotit, do jaké míry a jaké formy expresivních terapií se nejvíce využívají.

8.3. Shrnutí výsledků průzkumu

V rámci sběru dat se potvrdilo, že v hlavním městě se vyskytují zařízení specializující se na expresivní terapie u dětí, které mají mentální postižení. Ve výsledku vyplývá, že dané specifické techniky přispívají k celkovému zlepšení kvality života dítěte. Vliv terapií na dítě se promítá hlavně na rozvoji kognitivních funkcí, motoriky, emoční stability a pomáhá zlepšit postoj ve společnosti. Tato informace se shoduje s teoretickou částí, kdy Kantor (2009, s. 41) uvádí, že proces muzikoterapie je zaměřen na motoriku, orientaci a koncentraci pozornosti. Cílem je v tomto případě podpořit adaptační schopnosti, sociální dovednosti, rozvoj empatie. Což se shoduje s daty, kterými respondenti zhodnotili přínos terapií právě v těchto oblastech. Z odpovědí se dále zjistilo, že na sledovaném území je nedostatek míst, které nabízí dětem s mentálním postižením expresivní terapie. Uvádí tak většina dotázaných respondentů. Výsledky také ukazují, že v hlavním městě pracují s touto cílovou skupinou převážně vysokoškolsky vzdělané ženy, ve věkovém rozmezí od 30-39 let. Data ukazující na nejčastější věkové rozmezí dětí, které využívají určené terapie, jsou ve věku 10-18 let. V rámci získaných poznatků, se teoretická část práce shoduje s částí empirickou.

Pozorování v zařízení ukázalo skutečnost, že terapeut v rámci muzikoterapeutického působení využívá jako jednu z forem skupinovou práci s klienty, jak uvádí Kantor v teoretické části. Dále vyplynulo, že děti, které využívají umělecké terapie, snáze spolupracují a působí klidněji.

Autorka si dala za cíl zkoumat dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: V jakém časovém intervalu se pracuje s expresivními terapiemi, které působí na dítě s mentálním postižením? Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že nejčastěji se s dětmi s mentálním postižením pracuje v hlavním městě 1x týdně v rámci expresivních metod. Výzkumná otázka č. 2: Jaké formy expresivních technik se u této cílové skupiny využívají nejčastěji? S poměrně jednoznačným výsledkem se jako nejčastěji využívaná terapie osvědčuje muzikoterapie.

Navrhovaná opatření

Ze získaných dat plyne, že účast respondentů, kteří aktuálně pracují ve sledované oblasti, je poměrně vysoká. Co se týče navrhovaných opatření, dle názoru autorky, by více zaměřila pozornost na fakt, že pracovníci těchto zařízení postrádají v hlavním městě dostatek institucí, které se na toto téma specializují. Z toho lze vyvodit, že by zde byl jistě prostor pro rozvoj a investice do tohoto odvětví.

Jako opatření autorka navrhuje aktivně posilovat sledovanou sféru z hlediska informovanosti, inspirovat se trendy ze zahraničí, zaměřit se na větší dostupnost vzdělávání a potřeby zařízení. Aplikovat nové arteterapeutické techniky do praxe, za účelem většího zkvalitňování služeb. Vytvořit pro budoucí zájemce o tento obor více možností v rámci dalšího vzdělávání. Zaměřit pozornost na to, aby byly tyto terapeutické profese řádně ukotveny v platné legislativě, díky tomu by se více zviditelnila potřeba uměleckých terapií.

Závěr

Předkládaná bakalářská práce se věnovala expresivním terapiím a jejich využití u dětí s mentálním postižením. V tomto kontextu se zaměřovala na cíl, který směřoval ke zjištění, zda vůbec, do jaké míry a jaké formy těchto technik se využívají v rámci zkoumané cílové skupiny. Úkolem průzkumného šetření bylo objasnit za pomoci dotazníkového šetření a pozorování, jak často a jaké formy terapie se využívají nejčastěji v rámci hlavního města. Dotazníkové šetření, které bylo šířeno vybraným respondentům v hlavním městě, přineslo údaje, které zodpověděli na požadované skutečnosti.

Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Obsah první části se zaměřoval na vymezení základních pojmů spojených s tematikou zadání, definoval dítě v kontextu psychoterapie. Dále popisoval součinnost s rodinou, komunikační rámec zaměřený na odlišnosti dítěte a shrnoval další vývojové návaznosti. V následujících kapitolách byly vymezeny nejvyužívanější expresivní metody, které se s úspěšností aplikují.

Empirická část práce pracovala se získanými skutečnostmi v rámci průzkumu. Na základě nasbíraných dat autorka vytvořila grafické shrnutí, které vyjadřuje výsledky, které byly použity ke zhodnocení. V závěrečné části jsou shrnuta získaná data v rámci pozorování vycházející z návštěv ve vybrané organizaci. Jak již bylo uvedeno, byla zvolena kvantitativní metoda zaštiťující dotazníkové šetření a pozorování. Průzkumné otázky byly zodpovězeny.

Seznam použitých zdrojů

BENÍČKOVÁ, M., 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3520-7.

DOSEDLOVÁ, J., 2012. *Terapie tancem: Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-8056-6.

EMERSON, E., 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál ISBN 978-80-7367-390-1.

GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4581-7.

HANZL, Daniel, 2012. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Třebíč: Amaprint-Kerndl. ISBN 978-80-877-1001-2.

KANTOR, J., aj., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-2472-846-9.

KROUPOVÁ, K., aj., 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5264-8.

KVĚTOŇOVÁ - ŠVECOVÁ, L. aj., 2004. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-063-8.

MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MÜLLER O., aj., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4172-7.

OREL, M., kol., 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-9424-7.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-1216-4.

SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.

STEHLÍKOVÁ BABYRÁDOVÁ, H., 2016. *Expresivní terapie se zaměřením na výtvarný a intermediální projev*. Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8354-7.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1043-6.

ŠVARCOVÁ, I., 2016. *Mentální postižení*. Psyché. ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, M., 2011. *Dramaterapie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3851-2.

VYBÍRAL, Z., aj., 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.

VYMĚTAL, J., aj., 2011. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-6997-4.

ERGOAKTIV[online].[cit.2020-08-09] Dostupné z: <https://www.ergoaktiv.cz/handycap/expresivni-terapie/>

IMUZA[online].[cit.2020-08-09]Dostupné z: <https://www.imuza.upol.cz/site/index.php/2018/06/29/exprese/>

Stacionář pro děti s kombinovaným postižením[online].[cit. 2020-10-29]. Dostupné z: <https://cb.cz/praha3/stacionar/nase-aktivity/>

Seznam grafů

Graf 1 pohlaví respondentů.....	30
Graf 2 pracovní zařazení.....	31
Graf 3 věk respondentů	32
Graf 4 vzdělanost respondentů.....	33
Graf 5 využití terapií	34
Graf 6 věková kategorie klientů.....	35
Graf 7 využití expresivních terapií.....	36
Graf 8 nejčastější druh expresivních terapií	37
Graf 9 dostatek zařízení v hlavním městě	38
Graf 10 využitelnost terapií	40
Graf 11 oblíbenost terapií u dětí	41