

UNIVERZITA PALÁČKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

Bakalářská práce

Martina Belanová

Specifika použití vybraných terapeuticko – formativních přístupů u
osob s mentálním postižením

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala sama a použila jen uvedené zdroje a literatury.

V Olomouci dne:

.....

Martina Belanová

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat vedoucí své práce Mgr. Petra Jurkovičové Ph.D. za cenné rady, připomínky, metodické vedení práce, za ochotu a podporu při vedení mé práce. Poděkování rovněž patří všem účastníkům, kteří se na výzkumu podíleli.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část	
1 Osoby s mentálním postižením	8
1.1 Lehká mentální retardace.....	11
1.2 Středně těžká mentální retardace	11
2 Osoby s jinou duševní chorobou	13
2.1 Downův syndrom.....	13
2.2 Dětský autismus	14
2.3 ADHD	14
3 Osoby s poruchou mobility.....	17
3.1 DMO	18
4 Terapeuticko-formativní psychoterapeutické přístupy	20
4.1 Dramaterapie.....	21
4.2 Muzikoterapie	25
4.3 Arteterapie.....	28
Praktická část	
5 Výzkum	30
5.1 Hlavní cíl, dílčí cíle a výzkumné otázky.....	30
5.2 Metody práce	30
5.3 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku.....	34
6 Realizace a aplikace terapeuticko -formativních disciplín	36
6.1 Dramaterapeutické techniky	36
6.2 Muzikoterapeutické techniky.....	42
6.3 Arteterapeutické techniky	48
7 Závěrečná diskuze a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi	52

Závěr	54
Seznam bibliografických citací:	55
Seznam příloh	59

ÚVOD

„Komunikace prostřednictvím umění zvyšuje citlivost vnímání člověka a ten se stává lidštějším, více společenským a méně osamělým“

Zdena Mátejová

Lidé s mentálním postižením musí čelit mnoha překážkám během svého života, které připadají zdravé populaci běžné a bezproblémové. Díky terapeuticko-formativním přístupům můžeme jedince s mentálním postižením dokonaleji poznat a pomoci jim alespoň o kousek jejich handicap překonat.

Tato práce je zaměřena na žáky s mentálním postižením. Zabývá se terapeuticko-formativními přístupy a podrobně zpracovává umělecké terapie zejména dramaterapii, muzikoterapii a arteterapii, kterým je věnovaná praktická část.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak určité terapie působí na žáky s různým typem postižení. Ve své práci se snažím přijít především na to, jak nejlépe a nejefektivněji organizovat skupinu žáků s různým typem postižení za použití terapeutických technik.

Z hlediska komplexního vlivu na žáky je velmi nešťastné, že se prvky uměleckých terapií ve speciálních školách realizují minimálně. Děje se tak především proto, že pedagogičtí pracovníci nevědí, jak pomocí prvků uměleckých terapií aktivovat skupinu žáků s různým typem postižení. Dle mého názoru je to velká škoda. Uměleckými terapiemi se zabývám dlouhou dobu a jsem přesvědčená, že umělecké terapie působí na celou osobnost jedince. Správně prováděné umělecké techniky dokážou odstranit či zmírnit nežádoucí potíže a vedou k jisté prospěšné změně, ať už v prožívání, chování, či fyzickém výkonu.

Při výzkumu jsem se zaměřovala především na techniky, které posilují sebevědomí žáků, jejich originalitu, rozvíjejí kreativitu a fantazii. Dále jsem se při technikách zaměřovala na rozvíjení komunikace, snížení tenze a propojení skupiny.

Myslím si, že každý žák je originální a skrývají se v něm jedinečné hodnoty, a proto je důležité, aby učitel objevil jeho schopnosti, snažil se žáka správně motivovat a posilovat tyto schopnosti, ať už skrz prvky uměleckých terapií či jinými vhodnými prostředky.

Teoretická část se dělí na čtyři kapitoly. První kapitola se zabývá definicí mentální retardace a její klasifikací. Kapitola druhá je zaměřená na osoby s jinou duševní poruchou. Zde je stručně popsán Downův syndrom, dětský autismus a syndrom ADHD. Osobami s poruchou mobility se věnuje třetí kapitola, kde se hovoří o dětské mozkové obrně. Čtvrtá kapitola pojednává o terapeuticko – formativních psychoterapeutických přístupech. Hovoří se zde o dramaterapii, muzikoterapii a arteterapii.

Při zpracování podkladů pro praktickou část jsme si určili hlavní cíl, kterým bylo zjistit, jak určité terapie působí na žáky s různým typem postižení. Tento cíl jsme rozvinuli v dílčích cílech, na základě těchto úkolů jsme si dále kladli otázky.

Výzkum byl realizován v základní speciální škole v Novém Jičíně, kde se ho účastnilo 8 žáků s rozdílnou diagnózou. Do zařízení jsem docházela tři týdny, kde jsem prováděla 3x týdně vždy přibližně 1,5 hodiny prvky z určité umělecké terapie.

Pro zpracování praktické části jsem zvolila kvalitativní způsob šetření. Mezi metody sběru dat patřilo pozorování (přímé systematické pozorování určitých žáků při terapeutických technikách), kvalitativní experiment a skupinové interview. K metodám analýzy patřila metoda prostého výčtu, metoda vyhledávání a vyznačování vztahů a analýza odborné literatury a internetových zdrojů. V páté kapitole již popisují průběh samotné realizace a aplikace terapeuticko-formativních disciplín. Zde jsem uveřejnila vybrané techniky a ke každé z nich popsala pozorování skupiny a pozorování určitého žáka. Sedmá kapitola nese název „Závěrečná diskuze a doporučení pro speciálně-pedagogickou praxi“, kde shrnuji zjištěné informace z výzkumu.

„Každá lidská bytost má absolutní hodnotu, protože je neopakovatelná ...“ T.G. Masaryk

TEORETICKÁ ČÁST

1 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Definice mentální retardace

V literaturách, které se zabývají problematikou osob s mentálním postižením, nalezneme velké množství definic. Od roku 1959 kdy proběhla v Miláně konference WHO, se označení mentální retardace začalo používat mnohem více (Kozáková, Valenta, 2006). Tento termín tak nahradil velkou řadu používaných označení, mezi které patří například termíny „*duševně defektní, rozumově zaostali, duševní postižení, duševně úchylní, intelektově úchylní, oligofrenní*“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 12)

Několik definic mentální retardace od různých autorů k porovnání.

Definice od Dolejšího (in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 13): „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh; na porušeném stavu anatomickofyziologické struktury a funkce mozku a jeho zraní; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“

Definice podle Kozákové a Valenty (2006, s. 20): „*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií*“

Pro přiblížení pojmu mentální retardace zmiňuji globální obraz mentálního postižení, které se projevuje těmito determinanty, které se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a hierarchii: „*zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilita a rigidita chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění psychosociálního vývoje, nerovnováha aspirace a výkonu, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulsivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, těkavá*

pozornost, porucha vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace“ (Valenta, Müller, Vítková a kol., 2007, s. 35)

Klasifikace mentální retardace

Tak jako je těžké mentální retardaci definovat, je složité ji i klasifikovat. Mentální retardace se dá klasifikovat podle různých kritérií. Mezi ně se řadí klasifikace „podle etiologie, klinických symptomů, vývojových období, podle hloubky postižení, stupně inteligence“ atd. (Kozáková, 2005, 21 s.)

Dále bych ráda v krátkosti zmínila klasifikaci podle etiologie a podle stupně inteligence.

Klasifikace podle etiologie

Etiologie mentální retardace je velmi rozsáhlá. Vyskytují se zde příčiny prenatální, perinatální i postnatální. Význam zde mají i dědičnost, chromozomální poruchy a metabolické poruchy (Černá a kol., 2008)

Pro stručný přehled uvádím tři tabulky prenatálních, perinatálních a postnatálních příčin.

Tabulka č.1: Prenatální příčiny: (Černá a kol., 2008, s.87)

Příčina vzniku	Příklady příčin vzniku mentální retardace
Chromozomální aberace	Downův syndrom(rozepsán níže), Turnerův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu.
Metabolické a výživové poruchy	Fenylketonurie, Prader-Williho syndrom, galaktosemie.
Infekce matky	Zarděnky, cytomegalovirus, Rh inkompatibilita, toxoplazmóza, HIV, syfilis
Podmínky prostředí	Fetální alkoholový syndrom, užívání drog
Neznáme	Anencefalie, hydrocefalus, makrocefalus, mikrocefalus

Tabulka č. 2: Perinatální příčiny: (Luckasson et al., 2002 in Černá a kol., 2008, s.88)

Příčina vzniku	Příklady příčin vzniku mentální retardace
Perinatální	Nízká porodní hmotnost, nezralost.
Neonatální komplikace	Hypoxie, porodní úraz, respirační nouze.

Tabulka č. 3 : Etiologie postnatální: (Luckasson et al., 2002 in Černá a kol., 2008, s. 88)

Příčina vzniku	Příklad příčin vzniku
Infekce, otravy, intoxikace	Otravy olovem, encefalitida, meningitida.
Faktory prostředí	Úrazy hlavy, podvýživa, deprivace.
Onemocnění mozku	Neurofibromatóza, tuberkulózní skleróza

Klasifikace podle stupně inteligence

Tato klasifikace patří v současné speciálněpedagogické praxi k nejpoužívanějším. Pomocí inteligenčních testů obvykle měříme inteligenci. Mohou být nahrazeny škálami (ty nejsou tak přesné), které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. V průběhu času se intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost mohou měnit. Snížené hodnoty se dají zlepšovat cvičením a rehabilitací (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

Tabulka č. 4 : Stupně mentální retardace podle MKN – 10.(Kozáková, 2005, s. 22; s.29-31)

Stupeň mentální retardace	Rozmezí IQ	Označení podle MKN-10	Mentální věk
Lehká mentální retardace	50-69	F 70	9 – 12 let
Středně těžká mentální retardace	35-49	F 71	6 – 9 let
Těžká mentální retardace	20-34	F 72	3 – 6 let
Hluboká mentální retardace	0-19	F 73	Pod 3 roky
Jiná mentální retardace	Nesnadné nebo nemožné určit (např. u nevidomých, neslyšících, u poruch chování, tělesné postižení)	F 78	
Nespecifikovaná mentální retardace	Jedná se o mentální retardaci, ale pro nedostatek informací nelze jedince zařadit	F 79	

Jelikož má práce je zaměřená především na osoby s lehkou a středně těžkou mentální retardací, budu se věnovat bližšímu přiblížení těchto dvou stupňů mentální retardace.

1.1 Lehká mentální retardace

Dlouhá (2011) uvádí, že inteligenční kvocient jedince s lehkou mentální retardací se pohybuje v pásmu hodnot 50-69 IQ. Bývá diagnostikována v předškolním věku. Z celkového počtu osob s mentální retardací je lehká mentální retardace zastoupená ve 4/5, to je 80 % případů. I přesto, že je příčina vzniku lehké mentální retardace nejasná, častou příčinou jsou vlivy dědičné (rodiče dětí také mají lehkou mentální retardaci). Organická etiologie se objevuje zřídka. (Dlouhá, 2011)

Jedinci trpí opožděným řečovým vývojem, hlavní problémy se však začínají objevovat až s nástupem do školy. Většina klientů je plně nezávislá v sebeobsluze, je schopná vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez problémů a omezení. Velký význam u těchto klientů má výchovné prostředí (MKN-10) Ve školské oblasti základní úrovně jsou za předpokladu upravených podmínek poměrně dobře vzdělávatelní. Bývají zařazováni převážně do základních škol praktických, ale i individuálním vzdělávacím plánem mohou být integrováni i v běžné základní škole. V dospělém věku zvládají vykonávat jednoduché manuální zaměstnání (Švarcová, 2011) V oblasti motoriky u této kategorie mentální retardace jen ojediněle dochází k opoždění motorického vývoje či poruchy jemné a hrubé motoriky (Kvapilík, Černá, 1990)

Mentální retardace je zjevná při řešení složitějších úkolů či situací. V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se mohou projevit, pokud je postižený emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím a společenským normám, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání, zajištění úrovně bydlení apod. (Kozáková, 2005)

1.2 Středně těžká mentální retardace

Inteligenční kvocient jedince se středně těžkou mentální retardací se pohybuje v pásmu hodnot 35 – 49 IQ. Z celkového počtu osob s mentální retardací je středně těžká mentální retardace zastoupená přibližně ve 12 % případů. (Dlouhá, 2011). U většiny osob se středně těžkou mentální retardací můžeme zjistit organickou etiologii. Objevuje se i řada

přidružených chorobných stavů, mezi něž patří epilepsie, tělesná postižení, poruchy autistického spektra, neurologické poruchy atd. (Švarcová,2006)

Vágnerová (1999, s. 148) k tomuto stupni mentální retardace uvádí: „*Uvažování postižených lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte. V jejich slovníku chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Dovedou se učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti.*“

Zasažena je také jemná motorika, ale i vývoj hrubé motoriky je zpomalený. Jedinec má potíže s koordinací pohybů. Většina postižených jsou fyzicky aktivní (Dlouhá, 2011) Dle Kozákové (2005) bývá opožďování vývoje zachyceno již v kojeneckém nebo batolecím věku. Jedná se zejména o mobilitu, fyzickou aktivnost (somatické vady bývají méně časté). Objevuje se omezené chápání situací, užívání řeči; řeč je obsahově agramatická, chudá, začíná se rozvíjet teprve v předškolním období, artikulace je neobratná, přetrvává dyslalie. Někteří žáci si osvojí základy čtení, psaní, počítání, pokroky jsou však limitované a nároky školní docházky nezvládají; většinou navštěvují základní školu speciální. Jsou schopni vykonávat manuální práci, proto jejich výchova směřuje k rozvoji motorických dovedností. Ve většině případů nejsou schopni plně se o sebe postarat, v dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Jedinci se středně těžkým mentálním postižením jen těžko dokážou zformulovat své myšlenky. Většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

2 OSOBY S JINOU DUŠEVNÍ CHOROBOU

Do této kategorie řadíme osoby s pervazivní vývojovou poruchou (Dětský autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, Atypický autismus a jiné dezintegrační poruchy), osoby s poruchami chování a emocí (Hyperkinetické poruchy, poruchy chování, emoční poruchy, tikavé poruch, Tourettův syndrom atd.) a klienty se schizofrenií (Paranoidní schizofrenie, Hebefrenie, Katatonní schizofrenie a simplexní schizofrenie) (Valenta, Muller,2007)

Jelikož mými účastníky výzkumu byli dva chlapci s dětským autismem a jeden chlapec s Downovým syndromem a s přidruženou vývojovou poruchou ADHD, budu dále popisovat jenom tyhle diagnózy.

2.1 Downův syndrom

Downův syndrom je nejrozšířenější ze všech dosud známých a studovaných forem mentální retardace. Downův syndrom je genetická anomálie s důsledky na celý život. Je způsoben přítomností jednoho nadbytečného chromozómu č.21. Chromozómy jsou molekuly deoxyribonukleové kyseliny). V každé lidské buňce se nachází 23 dvojic chromozómů, celkem tedy 46. Lidé s Downovým syndromem mají kromě obvyklé sestavy ještě jeden chromozóm č.21. Protože jsou u lidí s Downovým syndromem místo dvou, chromozómy tři, hovoříme o trizomii 21. Downův syndrom provází řada typických příznaků u tělesného zjevu (kožní řasa ve vnitřním koutku oka, úzká víčka, krátký krk, nižší postava), větší náchylnost k určitým nemocem (nemoci respiračního traktu, změněná funkce štítné žlázy, snížená imunita, srdeční vady, poruchy sluchu, poruchy zraku) a je přítomný různý stupeň mentální retardace. (Selikowitz, 2005). Švarcová (2006) však uvádí, že mentální retardace se ve spojení s Downovým syndromem se nemusí vyskytovat vždy, ale je velmi častá. „ *V literatuře se udává, že lidé s tímto syndromem tvoří okolo 10% všech lidí s mentálním postižením* “. Každý člověk s Downovým syndromem je individuem s vlastními kvalitami. „*Děti s Downovým syndromem mohou mít všechny známé odchylky nebo jenom některé, mohou být těžce mentálně postižené nebo mít téměř průměrnou inteligenci, mohou být obézní nebo hubené, každé dítě s Dowovým syndromem je však jedinečnou osobností*“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 113)

Rozvoj osobnosti dítěte s postižením je závislý na míře přijetí dítěte rodiči, na způsobu jejich výchovy, která bývá v případě dětí s postižením často extrémnější, na míře kontaktu s okolím či na možnostech získat různé role a s nimi tudíž spojené sociální

zkušenosti. „Mnohé problémy postižených dětí vznikají v důsledku neadekvátní výchovy a bylo by možné je odstranit. Může jít o nepřiměřenou a přetrvávající závislost, nesamostatnost, egocentrismus vypěstovaný hyperprotektivní výchovou, pocity nejistoty a méněcennosti vzniklé jako reakce na odmítání a podceňování apod.“ (Vágnerová, 2008, s.164)

2.2 Dětský autismus

Dle MKN-10 je dětský autismus „*typ pervazivní vývojové poruchy, která je definována přítomností abnormálního a/nebo narušeného vývoje a která se projevuje před věkem 3 let. Má charakteristickou formu abnormalit ve všech třech oblastech sociální interakce, komunikace a omezeného opakujícího se chování.*“ Základní rozdíl je v terminologii, kterou se rozhodneme používat.

Hrdlička (2004, s. 15) porovnává jednotlivé termíny, které nalezneme v MKN-10 s termíny DSM-IV, MKN-10 pro poruchy autistického spektra využívá termín *dětský autismus*, zatímco DSM-IV termín *autistická porucha*. Dětský autismus může mít různé stupně závažnosti, má formu od mírné až po těžkou. Problémy se musí projevit v každé části triády. S věkem dětí se také postupně mění specifický projev deficitů charakteristických pro autismus. Tento syndrom lze v každé věkové skupině diagnostikovat (Thorová, 2006).

Dětský autismus má diagnostické označení F84,0, podle MKN-10. Tohle postižení, se vyskytuje do tří let věku dítěte. Podle míry funkčnosti (tedy přizpůsobení běžnému životu) rozlišujeme autismus na vysoce funkční autismus, středně a nízko funkční. „*Dosavadní výzkumy došly k závěru, že pouze menší procento lidí s vysoce funkčním autismem dokáže fungovat samostatně. Na prognózu mají velký vliv vrozené dispozice týkající se poruchy, raná péče a kvalita vzdělávacího programu, ve kterém bylo dítě umístěno*“ (Thorová, 2006, s. 181). Wingová a Potter (2002, sec. cit. Thorová, 2006, s. 177) odhadují, že: „*jen jedna třetina maximálně jedna polovina dětí, které mají diagnostikovaný dětský autismus na základě kritérií uvedených v MKN-10, by splňovala původní Kannerova kritéria.*“

2.3 ADHD

„*ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony.*“

Potíže nelze vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoliv se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností“ (Barkley, 1990, in: Zelinková,2003, s. 196).

Největší potíže, které potkávají děti s ADHD, je udržení pozornosti zaměřené na plnění jednotlivých úloh. Tyto potíže můžeme pozorovat při herních testech jako např. World-test. Takové děti si hrají s hračkami krátce, přebíhají od jednotlivých stanovišť.(Pacl a kolektiv, 2007) Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou se vyskytuje v 6 % dětské populace. Chlapci se s ní setkávají častěji, a to 3 až 5:1 dívkce (Pacl a kolektiv, 2007) Matky některých dětí tvrdí, že potomci byli neklidní, již od raného věku a mnohé z nich se dokonce pohybovaly v děloze více, než jejich sourozenci. V batolícím období jsou v neustálém pohybu, když začínají mluvit, nelze je utišit (Train, 1997)

Terminologie

„Snad pro žádnou jinou psychiatrickou poruchu nebylo použito takové množství terminologických variant, které postupně odrážely změny v pohledu na její psychopatologii, etiologii a patogenezi“ (Drtílková, Šerý, s. 21, 2007)

V současné době se setkáváme s terminologií, která je převzatá z:

- Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize, z roku 1992, neboli MKN-10.
Klasifikační schéma Světové zdravotnické organizace (The International Classification of Diseases -> ICD – 10) uvádí termín Hyperkinetické poruchy:

Porucha pozornosti a aktivity F 90.0

- syndrom deficitu pozornosti
- syndrom s hyperaktivitou a poruchou pozornosti

Hyperkinetická porucha chování F 90.1

Pojetí hyperkinetické poruchy dle MKN: *K základním příznakům patří porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Vzniká před 7. rokem a příznak musí trvat nejméně 6 měsíců (musí být přítomno 6 příznaků z 9 u pozornosti), (3 z 5 u hyperaktivity) a (1 ze 4 u impulzivity).*

- Klasifikační schéma Americké psychiatrické asociace, čtvrtá revize, z roku 1994, nebo-li DSM - IV.

Klasifikační schéma Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) uvádí termín *Syndrom deficitu pozornosti*

s hyperaktivitou (ADHD)_V angličtině: Attention deficit hyperactivity disorders – Deficit pozornosti s hyperaktivitou

Pojetí ADHD dle DSM IV: Některé z příznaků se vyskytují již před 7. rokem života dítěte a objevují se na dvou a více místech (doma ve škole), kde se dítě pohybuje. Porucha musí splňovat kritéria A I – poruchy pozornosti (6 příznaků po dobu půl roku) a A II- hyperaktivita, impulzivita (6 příznaků po dobu půl roku)

Hyperkinetická porucha a ADHD se částečně překrývají. Americké pojetí je širší, pro depistáž, diagnostiku, reedukaci a terapii užitečnější. Také v literatuře se setkáváme spíše s pojmem ADHD (Train, 1997)

3 OSOBY S PORUCHOU MOBILITY

Postižení hybnosti zasahuje jednotlivé složky osobnosti, ovlivňuje poznávací procesy, sociální chování, adaptabilitu a emocionální oblast, během jednotlivých vývojových stádií. Osobami s tělesným postižením se zabývá speciálněpedagogická disciplína – somatopedie. V zahraničí se používají i další termíny. V České republice patří do somatopedie, kromě pedagogiky tělesně postižených, také pedagogika nemocných a pedagogika zdravotně oslabených (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

Tělesné postižení znamená omezení motorických dispozic jedince. Jednat se převážně

o poruchy nervového systému s následkem poruchy hybnosti, také poruchy nosného a pohybového aparátu. Tyto poruchy se pak negativně promítají do celkového vývoje osobnosti, především do psychomotorického vývoje, psychické a sociální oblasti. (Jankovský, 2006)

Již od raného dětství se děti s tělesným postižením musejí potýkat s problémy plynoucími z vlastního postižení, jež se projevují především při sebeobsluze, vzdělávání, hře a později při pracovních činnostech. Kvůli nedostatku pohybu jsou výrazně omezeny jejich poznávací schopnosti, proto je třeba dítěti s poruchou mobility co nejdříve umožnit samostatný pohyb s použitím kompenzačních pomůcek a zajistit dostatečně podnětné prostředí. (Renotierová, 2002)

Klasifikace poruch hybnosti

Dle Renotierové (2002) společnými znaky osob s tělesným postižením jsou poruchy hybnosti (nedostatky v oblasti pohybového nebo nosného aparátu, či v kombinaci obojího). Ty se dělí z více hledisek:

- Dále poruchy hybnosti můžeme dělit dle mobility. Podle tohoto kritéria pak existují:
 - mobilní jedinci – jsou schopni samostatného pohybu;
 - částečně mobilní jedinci – jsou odkázáni na různé pomůcky či pomoc jiného člověka a
 - imobilní jedinci – ti nejsou schopni pohybu ani s dopomocí.
- Podle primárního nebo sekundárního charakteru. Mezi primární patří porucha hybnosti jako následek přímého poškození pohybového ústrojí (úrazem, nemocí, vadným vývojem). Mezi sekundární patří poruchy hybnosti, které vznikly následkem nemoci

nebo úrazu, které pohybový orgán přímo nezasáhly. Poruchy hybnosti lze rozdělit do třech stupňů – tedy poruchy hybnosti lehké, střední a těžké.

- Dále pak dle lokalizace poruch hybnosti je lze rozdělit na poruchy dolních končetin, horních končetin, trupu, hlavy, celého těla.
- Dle Vítkové (1999) příčiny tělesných postižení mohou být různé a je také možné je různým způsobem dělit.
- Podle doby vzniku na získaná a vrozená.
- Podle charakteru příčin pak na tělesná postižení vzniklá z vnějších příčin a vnitřních příčin.

Abychom mohli určit správnou rehabilitaci je velmi důležité nejen správné posouzení poruchy hybnosti, ale také mentální úroveň jedince, jeho komunikační schopnosti, sensorické předpoklady a celkový stav jeho psychiky (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

Pro práci s dětmi a mládeží s poruchou mobility, které jsou více či méně závislé na dopomoci ze svého okolí, je důležitá dobrá orientace pedagogů, vychovatelů v problematice jednotlivých tělesných postižení tak, aby byli schopni objektivně posoudit možnosti a potřeby dítěte během výchovně vzdělávacího procesu. (Renotierová, 2002)

3.1 DMO

Dětská mozková obrna patří mezi závažná centrální onemocnění, je pro ni typické hybné postižení, tělesná neobratnost, především v oblasti jemné motoriky, nerovnoměrný vývoj, nedokonalé vnímání, představitost a další. Jedná se o onemocnění neprogresivní, ale nikoli neměnné. (Vítková in Pipeková, 2006)

Dětskou mozkovou obrnu (dále pouze DMO) podle Lesného (in Ludíková, 2005, s.83) lze definovat jako „*raně vzniklé poškození mozku, k němuž došlo před porodem, za porodu nebo krátce po něm a jež je charakteristické zejména poruchou vývoje hybnosti.*“ Časová hranice, kdy vzniká DMO, je uváděna řadou autorů od 6 měsíců do 3 let. Lesný uvádí jako hranici 1 rok, jelikož následky postižení nezralé centrální soustavy, především hybné, se výrazně liší od následků stejných postižení u zralejších a zralých mozků. (Lesný, 1985)

Klasifikace DMO

Dle Renotiérová (2002, s. 214) se DMO člení :

1. Spastické formy

- Diparetická forma postihuje obě dolní končetiny. Dolní končetiny jsou většinou překříženy, což souvisí se zvýšeným svalovým napětím a jsou oproti trupu kratší. Mentální schopnosti většinou poškozeny nejsou.
- Diparetická forma paukospastická je méně častá a projevuje se nedostatečnou motorickou koordinací, nevzniká překřížení končetin.
- Hemiparetická forma týká se jak horní tak i dolní končetin jedné poloviny těla, kdy horní končetina bývá postižena více. Obě končetiny mohou být slabší. U nejlehčích případů může být hybnost téměř v normě.
- Oboustranná hemiparetická forma postihuje postižení všech čtyř končetin. Děti s touto formou většinou nechodí a bývají odkázány na pomoc další osoby.
- U kvadraparetické formy jsou také postiženy všechny končetiny. Tato forma má nejméně příznivou prognózu.

2. Nespastické formy

- Dyskinetická forma je charakteristická nechtěnými a nepotlačitelnými pohyby, které se zpravidla zvětšují při chtěných pohybech. Projevují se jako pomalými vlnovitými pohyby až po prudké pohyby celou končetinou. Dále se zde objevuje těžko srozumitelná řeč.
- Hypotonická forma je charakteristická sníženým svalovým napětím, kdy děti mají zvýšený rozsah pohybu v kloubu. Jestliže začnou chodit, je jejich chůze nejistá a vrávoravá. Tato forma je téměř vždy doprovázena mentální retardací.

Pro DMO není žádná konkrétní léčebná metoda. U některých lehčích případů se dají účinně léčit stavy, které s DMO souvisí (např. operační zákroky refrakčních vad či léčba epilepsie pomocí medikamentů). Díky léčebným programům se ale dá zmírňovat nepříznivý zdravotní stav. Důležité je zaměřit se na prevenci zkracování svalů postižených spasticitou. Pro prevenci deformací je třeba udržovat svaly a klouby v neutrální poloze a to pomocí ortéz, které drží končetinu v požadované poloze. (Kraus, 2006)

4 TERAPEUTICKO-FORMATIVNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

Terapeutické přístupy jsou způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, které směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (například v prožívání, chování, fyzickému výkonu). Tyto přístupy mohou být prováděny buď v rámci terapií (psychoterapie, dramaterapie, arteterapie apod.), nebo v rámci jiných odborných a cílených na člověka zaměřených činností (v institucionální výchově znevýhodněných osob apod.). Vycházejí z různých zdrojů a využívají současně nejrůznějších prostředků, metod, technik a forem práce.

Cílem těchto terapií je:

- Posilování vlivu stresorů a snížení tenze
- Podpora sebereflexe, reálného sebehodnocení a sebeovládání
- Posilování motivace k pozitivní změně
- Budování komunikačních dovedností
- Celková socializace osobnosti
- Rozvoj schopností motorických a řečových
- Růst schopnosti vnímat umění
- Relaxace, odreagování se a uvolnění
- Násobení duchovního prostoru. (Valenta, Müller, 2009)

Umělecké terapie

Umělecké terapie jsou součástí terapeuticko – formativních psychoterapeutických přístupů. Je to cílevědomé a záměrné upravování narušené činnosti organismu prostředky výtvarného, hudebního, literárního a dramatického umění. Snaha pomoci lidem změnit jejich patologické myšlení, emoce a chování doprovázela lidské společenství odpradáвна. Pravěcí léčitelé směřovali prakticky stejným směrem jako současní terapeuti. Co se však změnilo v průběhu novověku, byla změna celkového společenského klimatu a posun v oblasti teorie. Zájem o „věci psychologické“ přestal být výsadou užšího okruhu specialistů a stal se součástí širší společenské „výbavy“. Tento zájem o psychické procesy a možnosti jejich ovlivňování šel společně s budováním nové teoretické základny, která se postupně uvolnila z výsadního „područí“ psychologie a medicíny. Za velký příklad tohoto pohybu může sloužit vývoj psychoterapie a vlastně jejich tzv. „uměleckých terapií“. (Valenta, Müller, 2004)

4.1 Dramaterapie

Na dramaterapii můžeme nahlížet pod různými úhly. Existují dva přístupy k systémovému pojetí dramaterapie (Valenta, Müller, 2009):

- Drama in Therapy – využívání dramaterapeutických postupů v rámci nejrůznějších psychoterapeutických škol
- Drama as Therapy – dramaterapie je pojímána jako svébytný psychoterapeutický postup

M. Valenty (2004, s. 23) definuje dramaterapii takto:

“Dramaterapie je 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.“

Slovenská dramaterapie nedefinuje obor dramaterapie pouze jako disciplínu léčebně-výchovnou, ale také uměleckou (Majzlanová in Valenta 2007) Dramaterapie umožňuje jedinci projevit se skrz symbolické vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i neverbální složku komunikace (The British Association for Dramatherapists in Valenta 2007). Dramaterapie je významná právě díky přenesení změn individuálních nebo skupinových přes přímou zkušenost s divadelním uměním (Jennings, 1995).

Z celkového kontextu se dramaterapie řadí společně i s ostatními uměleckými terapiemi, kterými jsou například arteterapie v užším slova smyslu, muzikoterapie, poetoterapie, biblioterapie, taneční a pohybová terapie, pod pojem arteterapie v širším slova smyslu. Jestliže je arteterapie v širším pojetí vnímaná jako záměrné upravování narušené činnosti uměleckými prostředky, pak lze dramaterapii vymezit jako disciplínu upravující narušenou činnost organismu dramatickými (divadelními) prostředky (Valenta, 2007).

Pokud se podíváme jakou většinu prostředků, metod a forem dramaterapie využívá, patří tato disciplína nejen mezi expresivní terapie využívající vlivu kreativity jednotlivých múz, ale také mezi paradiadelní systémy, které nahlíží na divadlo jako na syntetické umění, přičemž dramaterapie využívá tyto divadelní a dramatické prostředky k edukačním a terapeutickým cílům (Valenta, 2007). V dramaterapii je tak zastoupený aspekt edukační, diagnostický, terapeutický, reedukační, korekční a rozvíjející (Majzlanová in Valenta a kol. 2006). V dramaterapii není důraz kladen na výsledný produkt, jak je tomu u

teatroterapie, ale na celý proces dramaterapeutického působení na jedince (Valenta in Müller, 2007)

Cíle dramaterapie

Valenta M. (2007, s. 31) uvádí, že: „*Cíle dramaterapie jsou velmi variabilní a specifické. Vyplynávají totiž ze specifických potřeb klientů. Například při práci s autistickými dětmi se klade důraz na změnu jejich chování a terapeutický přístup musí být přísně strukturovaný a soustředěný na oční kontakt, využití modulačních faktorů hlasu, pozorování v zrcadle apod. U seniorů můžeme za specifický cíl vytyčit cvičení paměti či schopnost uvědomění toho, co v životě dokázali a že jejich další život má smysl.*“

Majzlanová (2004) se snaží cíle více zobecnit a rozčlenit. Zaměřuje se na hlavní i vedlejší cíle, krátkodobé i dlouhodobé, průběžné a konečné, konkrétní i všeobecně zaměřené. Společně s Valentou se shoduje, že nejčastější a pro práci nejdůležitější, je formulování konkrétních cílů vyplývajících ze situace a poznatků o klientovi.

K základním (obecným) cílům Majzlanová řadí:

- redukci tenze
- rozvoj empatie, tvořivosti, fantazie, kreativity
- odblokování komunikačního kanálu
- integraci osobnosti
- rozvoj sebedůvěry, sebevědomí
- vytváření pocitu zodpovědnosti a samostatnosti
- nácvik sebeovládání

Podle S. Jennings (in Majzlanová, 2004) je důležité soustředit se především na zdravé aspekty života (rozvíjet schopnosti, které rozvíjet lze), rozvinout dramatickou představivost, intuici, imaginaci, léčit přes divadelní umění, procvičovat si životní a sociální zručnost, maximalizovat osobní růst a sociální rozvoj.

Můžeme říci, že nejdůležitějším cílem dramaterapie je rozvoj celé osobnosti, prostřednictvím zkušeností, které se realizují v duchu objevování a odkrývání, přes spontánní tvořivou aktivitu, vlastní zkušenost a zážitek. Umožňuje jedincům pronikat do podstaty lidských vztahů a komunikace.(Majzlanová, 2004)

Klientela dramaterapie

Dramaterapeutické lekce jsem do svého výzkumu zařadila především proto, že jsou velmi vhodné pro klientelu mentálně postižených jedinců. Valenta (2007) zároveň uvádí, že mentálně postižení jedinci jsou nejfrekventovanější klientelou v dramaterapii. Další

nejpočetnější skupinou jsou klienti s psychiatrickou diagnózou, dále klienti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, mládež s jinými poruchami chování nebo psychosociálně ohrožená, osoby sociálně vyloučení nebo ohrožení vyloučením, jedinci nacházející se ve výkonu trestu, gerontologičtí klienti a v neposlední řadě osoby v postpenitenciální péči.

Prostředky dramaterapie

Mezi hlavní prostředky dramaterapie řadíme improvizaci. Improvizace odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty, volné asociace, rozvíjí spontaneitu, je svobodná (jedinec může experimentovat s různými rolemi) umožňuje expresi aktuálního stavu jedince a cítění, podporuje vnitřní vhled do modelových situací a jejich dynamiky, umožňuje schopnost okamžité reakce a zapojení do spolupráce v societě. V porovnání s ostatními prostředky dramaterapie, má improvizace nejbližší ke skutečnému životu (Valenta, 2007). Kolínová (in Valenta 2007) tvrdí, že právě improvizace, vstupování do role a práce s ní, je jednou z nejdůležitějších dimenzí dramaterapie.

Dramaterapie rozlišuje tři typy improvizací (Emunah in Valenta 2007)

- Plánovaná improvizace. Je to silně strukturovaná improvizace. Klient se dopředu rozhodne, jaké místo bude v improvizaci zaujímat.
- Neplánovaná improvizace. Klient se má okamžitě rozhodnout, zda vstoupí do role nebo ne
- Nepřipravená improvizace. Jde mimo záměr terapeuta a mimo plán improvizace. Klient dopředu nepředvídá roli ani situaci, ale plynule přechází z jedné scény do druhé.

Další prostředky dramaterapie můžou být mimická a řečová cvičení, dramatická a verbální hra, hra v roli, scénář, mýty a příběhy, práce s textem, vyprávění příběhů, líčení, masky, loutková a maňásková hra, pohyb, pantomima, hra s objekty a s kresbou (Majzlanová, 2004)

Formy dramaterapie

Dramaterapie může být realizována formou klinickou nebo ambulantní. Při klinické formě se dramaterapie realizuje v rámci léčeben, psychiatrických oddělení a klinik, kde je klient hospitalizován. Zde je dramaterapie chápána jako komplementární (doplňková) terapie. Při ambulantní formě klient dochází na intervenci do různých zařízení. Většinou se jedná o neziskový sektor, speciální školy, občanská sdružení, privátní praxe, denní centra nebo instituce speciální výchovy. V tomto případě se nahlíží na dramaterapii jako nosný terapeuticko-formativní přístup. Jako další formu terapie lze zahrnout dramaterapii

ve stacionářích a denních sanatoriích. Zde spadá mezi kardinální psychoterapeutické skupinové činnosti (Valenta, 2007).

Dále dramaterapii můžeme dělit dle počtu klientů, a to na individuální a skupinovou.

- Individuální forma. Vyskytuje se méně často. Vhodná pro jedince s pervazivní vývojovou poruchou, u klientů trpící posttraumatickým stresovým syndromem a u klientů s mentální retardací.
- Skupinová forma. Používá se nejčastěji. Skupiny jsou koedukované (smíšené pohlaví) a izosexuální, ale také podle druhu a typu postižení na homogenní a heterogenní (objevují se častěji). Také se můžou dělit na otevřené a uzavřené (Valenta, 2007).

S formou dramaterapie také souvisí délka sezení a počet klientů. Jednotlivá sezení obvykle trvají hodinu a půl a počet klientů se pohybuje od 3 do 10 osob (Majzlanová in Valenta a kol, 2006). U některých autorů se však můžeme setkat i s počtem 12 klientů. Celková délka sezení se utváří podle potřeb klientů.

4.2 Muzikoterapie

Zvuk a hudba působí na člověka odnepaměti. Nejprve měla hudba elementární význam – sloužila jako magický prostředek k ovládnutí přírodních sil. Sloužila také jako způsob boje proti nemocem a úzkosti ze smrti (Mátejová, Masura, 1992). Muzikoterapie je expresivní terapie, která využívá uměleckých prostředků vedoucí ke zmírnění psychických problémů, rozvoji komunikačních schopností a osobnostních stránek jedince. Jde především o stránky emocionální, kreativní a estetické. Klientela muzikoterapie je velmi široká. Můžou se jí účastnit klienti jak s psychiatrickou diagnózou, tak i děti se specifickými poruchami učení. V muzikoterapii převažují prvky hudební, dramatické, pohybové, nonverbální a emocionální (Kantor, 2009).

Dle Světové federace muzikoterapie (Kantor, 2009, s. 27) „*je muzikoterapie použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuků, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické závěry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby*“.

Americká asociace (in Kantor, 2009, s. 27) definuje muzikoterapii jako: „*Klinické a evidované využití hudební intervence, vedoucí k naplnění individuálních cílů v prostředí terapeutického vztahu akreditovaným odborníkem s ukončeným, schváleným programem muzikoterapeutického vzdělání*.“ Podle Mátejové a Mašury (Kantor, 2009, s. 27): „*Muzikoterapie je psychoterapeutická metoda nebo prostředek k psychoterapii*“

Muzikoterapie se snaží pomocí poslechu hudby, relaxace, dramatických her, pohybu, zpěvu a rytmu odstranit životní trápení a problémy. Je to forma nenásilná a mnohdy je to nejsnazší cesta k otevření duše a začátku pohlížení na své problémy i jinýma očima (Kantor in Müller, 2007)

Formy muzikoterapie

Podle počtu zúčastněných lidí rozdělujeme muzikoterapii na individuální, kolektivní a hromadnou. Autoterapie se také může řadit mezi muzikoterapeutické formy. Jedná se o formu, kdy si je sám sobě klient zároveň i terapeutem (Holzer, 2006).

- Individuální muzikoterapie. Zde se předpokládá samostatná práce klienta s terapeutem. Cíl a obsah muzikoterapie určuje terapeut na základě potřeb klienta.

Výhodou individuální terapie je větší intimita, diskretnost a individuální péče (Linka, 1997)

- Skupinová muzikoterapie. Dochází zde k vzájemné interakci klientů, kteří se mohou navzájem doplňovat. Také dává každému jedinci možnost něco od druhého získat. Skupina může být buď malá (3 – 8) nebo velká (8-15). Ve skupině se může využívat různá škála pohybových technik i muzikoterapeutických her. Výsledek stejné techniky se však v různých skupinách liší. Muzikoterapeut musí u každého jedince zohledňovat jeho individualitu. (Kantor in Müller, 2007)
- Hromadná muzikoterapie. Hromadná muzikoterapie má omezené využití. Při uspořádání velké skupiny klientů je snížena zpětná vazba klienta a terapeuta a terapeutická vztah upadá. Hromadná muzikoterapie u nás však nejčastěji představuje terapeuticky zaměřený koncert nebo recitál, konaný v léčebném zařízení. Koncert se tak stává důležitou společenskou událostí. (Linka, 1997)

Prostředky a metody muzikoterapie

Podle způsobů zapojení klienta se muzikoterapie tradičně dělí na aktivní a receptivní..

- Aktivní muzikoterapie. Soustředí se na práci s projevem vokálním (zpěv) a instrumentální (hra na tělo či hudební nástroj), ale také na projev řečový, dramatický, pohybový či výtvarný (Valenta, Müller, 2009) Příkladem aktivní muzikoterapie může být hudební improvizace, vytváření písní, kompozice hudby, příprava a realizace hudebních vystoupení klientů. (Kantor in Müller, 2007)
- Receptivní muzikoterapie (=pasivní). Základem receptivní muzikoterapie jsou poslechové aktivity. Zde se nabízí velké možnosti spojení poslechu hudby s imaginací, pohybem, relaxací, arteterapeutickými, psychodramatickými nebo jinými terapeutickými technikami.

Podle způsobu můžeme rozlišovat hudbu **improvizovanou muzikoterapeutem a reprodukovanou**. Živě hraná i reprodukováná hudba má své výhody i nevýhody (Müller, 2007). Výzkumy ukazují, že živě hraná hudba je pro recipienty působivější (ICBS-2004, in Müller, 2007)

Průběh muzikoterapeutické lekce

Struktura lekce může být jakkoliv různá. Záleží na tom, v jakém zařízení, u jakých klientů a za jakým účelem muzikoterapii aplikujeme. Dle Šimanovského (2001) má terapeutická lekce několik částí.

1. kratší rozehrívací část (10%) – pozdrav, náladoměr, pohybové aktivity, dynamické hry, hry s rytmy,
2. uvolnění a koncentrace (10%) – krátká relaxace, dechová cvičení, jógové techniky
3. hlavní činnost (50-60%) – nejpodstatnější část lekce, měla by korespondovat s předešlými částmi
4. reflexe (20-30%) – všichni sedí v kruhu a následuje debata o jednotlivých technikách a cvičeních, dojmech, pocitech.

Při sdílení se dodržují tři pravidla:

- pravidlo mluvčího – mluví ten, kdo má slovo a kdo se chce vyjádřit
- pravidlo diskrétnosti – to, co je sděleno, zůstane jen v rámci dané místnosti a skupiny
- pravidlo konkrétnosti - kdo má slovo, mluví jen sám za sebe

Působení hudby na člověka

Hudba na člověka velmi působí a má na něj silný citový vliv. Ovlivňuje jak lidskou psychiku, tak dokáže ovlivnit i náladu. Existuje oboustranná vzájemná závislost mezi psychickou a tělesnou stránkou člověka. Například dobrá tělesná kondice se pozitivně odráží v náladě člověka, ale když je člověk unavený, má hlad nebo žízeň projeví se jeho špatná nálada. Duševní stav má velkou zásluhu i na vzniku tělesných nemocí (Linka, 1997)

Hudba provází člověka už od narození. Matčín zpěv dítěti dodává pocit jistoty a bezpečí. Je také prokázáno, že matčín zpěv uklidňuje dítě mnohem více než vyprávění (Linka, 1997). Lidský plod začíná slyšet už od třetího měsíce. Dvouměsíční děti rozeznají výšku, hlasitost tónu a melodii. Ve čtyřech měsících už rozeznávají rytmus. (Marek, 2000)

Je známo, že hudba překrývá nepříjemné zvuky a pocity. Zpomaluje nebo ovlivňuje mozkové vlny. Stále více lidí začíná používat moderní prostředky audiovizuální stimulace, což jsou různé přístroje na principu biologické zpětné vazby, například psychowalkmany a podobně. Hudba ovlivňuje srdeční tep, puls, krevní tlak a dýchání. Zlepšuje tělesnou a svalovou koordinaci a uvolňuje svalové napětí. Hudba zvyšuje hladinu endorfinů a přirozených opiátů a ovlivňuje tělesnou teplotu (Marek, 2000)

4.3 Arteterapie

Definice o arteterapii bylo napsáno už několik:

Podle Hanuse (1978) je arteterapie zvláštní formou psychoterapie “ *prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti. Je to organizovaný, cílený terapeutický proces, realizovaný individuálně či ve skupině, který řídí a usměrňuje speciálně školená osoba – arteterapeut. Arteterapii lze kromě terapeutických účelů použít i v léčebně-pedagogickém procesu jako prostředek výchovy a sociální integrace.* “ (in Šicková-Fabrici, 2002, s. 31)

Arteterapie je souborem uměleckých postupů a technik, které mají za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit naplnění jeho života (Šicková, 1994)

Arteterapie využívá řadu technik, například uvolňovací kresby, tématické kresby, doplňované a štafetové produkce, prstomalbu, kresbu oběma rukama a modelování (Lakomá, 1993)

Formy arteterapie

Arteterapie se dělí z hlediska formy (Müller, 2005)

- individuální
- skupinová
 - rodinná
 - arteterapie v partnerském vztahu

- Individuální arteterapie

V individuální terapii je středem zájmu klient. Klient má sám pro sebe terapeuta, který se věnuje neustále klientovi, jehož problém potřebuje celou jeho pozornost.

- Skupinová arteterapie

Skupinová terapie je náročnější, neboť vyžaduje větší náročnost pro arteterapeuta. Počet klientů bývá často okolo 6-12, jejich chování je mnohdy nevypočitatelné. Terapeuti by měli mít dostatek zkušeností a osobních předpokladů, které jsou nutné pro vedení arteterapeutických skupin. Také by měli mít schopnost improvizovat.

Jelikož ve svém výzkumu používám metody skupinové arteterapie, uvádím její výhody a nevýhody.

Liebmann (in Šicková, 2008) uvádí výhody proč používat skupinovou arteterapii v praxi

- intenzivnější a rychlejší sociální učení
- klienti se mohou podpořit a cítit sounaležitost s lidmi s podobným problémem
- důležité jsou zpětné vazby ve skupině i pro jednotlivce

- odpovědnost ve skupině se dělí
- skupina pomůže více

Avšak s výhodami jsou spojené i nevýhody, které každou formu doprovázejí. Liebmann (in Šičková, 2008) dále uvádí nevýhody skupinové arteterapie

- skupina je těžce zvládnutelná
- vyžaduje pohotovost a připravenost arteterapeuta
- skupina může dostat „nálepku“ (např. drogově závislí)
- v rámci skupiny se věnuje méně času klientovi
- není tak anonymní jako v individuální arteterapii

Podle Šičkové (2002) arteterapie vyžaduje vnitřní aktivní zapojení a zároveň umožňuje individuální sebevyjádření na základě neverbálních prostředků. Proto je přístupná i lidem, pro které je slovní vyjadřování obtížné, ať už z jakýchkoliv důvodů. Výtvarný prostředek tak může doplňovat nebo nahrazovat verbální komunikaci mezi terapeutem a klientem.

Kresba je významným diagnostickým prostředkem, proto zpočátku cílem arteterapie bylo upřesňovat diagnózu duševně nemocných lidí. Zejména u dětí a mládeže dokáže velmi dobře odhalit nesrovnalosti s normálním vývojem. Postupem času se však přidal i terapeutický aspekt. Arteterapie je nyní vhodnou metodou pro léčbu pacientů zatížených psychózami, přes mentálně handicapované, až po silně emotivní jedince, ale také u autistických jedinců či jedinců s tělesným nebo smyslovým postižením. Valenta (2001) se domnívá, že hlavním cílem u mentálně postižených je reedukace, resocializace, integrace osobnosti, rozvoj kreativity, nácvik empatie, sebereflexe, sebeovládání a vůle.

Při diagnostice u mentálně postižených se zaměřujeme na pohyb ruky, úchop a sklon při čmárání. Dále také na schopnost napodobit obsah kresby, předepsané vzory a zaplnění plochy při malování. Test, který se u klientů s mentálním postižením nejčastěji používá je kresba s volným či částečným zadaným tématem. Také test, při kterém klienti kreslí rodinu, lidské postavy, nebo obkreslují předlohy. Pomocí těchto testů lze hodnotit jemnou motoriku, senzomotorickou koordinaci, vývoj percepce a mentálních schopností. Test obkreslování napomáhá odhalit problémy zrakového vnímání, zároveň upozorňuje na úroveň motoriky a senzomotorickou koordinaci. Čas, který klienti potřebují pro dokončení kresby, by neměl být zahrnutý do diagnostiky (Černá a kol., 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM

5.1 Hlavní cíl, dílčí cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak určité terapie působí na žáky s různým typem postižení.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, které terapeutické techniky jsou méně či více vhodné pro žáky s různým typem postižení
2. Zjistit, jak určité techniky upravovat, aby vyhovovaly, jak celé skupině, tak i individuálně žákům
3. Zjistit, jak se postupně vyvíjel vztah žáků k terapeutickému procesu a k výzkumníkovi v roli terapeuta
4. Analyzovat použité terapie v základní škole speciální, zjistit, jak jsou u žáků oblíbené

Na základě těchto úkolů si klademe otázky:

- Jak nejlépe a nejefektivněji organizovat skupinu žáků s různým typem postižení za použití terapeutických technik?
- Jak upravovat techniky pro určité klienty, aby je mohli provádět samostatně a bez dopomoci?
- Jak žáci reagují během procesu na terapeutické techniky, ostatní žáky a na výzkumníka v roli terapeuta?

5.2 Metody práce

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsem zvolila **kvalitativní způsob šetření**. Dismas(in Miovský,2006) uvádí, že kvalitativní přístup je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je odkrývání významu podkládaného sdělovanými informacemi. Podle Klimeše (in Miovský, 2006) je kvalita pojímána jako jakost, hodnota nebo souhrn vlastností, z nichž se dozvídáme, něco o tom, co a jaký je předmět našeho zájmu.

Metody sběru dat:

- Pozorování (přímé systematické pozorování určitých žáků při terapeutických technikách)
- kvalitativní experiment
- skupinové interview

Metody analýzy:

- metoda prostého výčtu
- metoda vyhledávání a vyznačování vztahů
- analýza odborné literatury a internetových zdrojů

Pozorování

Jedná se o nejvíce uplatňovanou a také jednu z nejstarších testových metod (Chráska, 1993). Od prostého vnímání se liší větší mírou záměrnosti a cílevědomosti. Z jednoho pozorování můžeme jen obtížně vyvodit přesvědčivé závěry, proto je nutná konfrontace s jinými formami pozorování, za účasti důkladné analýzy získaných údajů (Dařílek, 2001).

Ve své práci jsem využila dlouhodobé strukturované extrospektivní přímé pozorování, zaznamenávaného průběžně pomocí deníkové formy a pozorovacího archu. Pozorování se také účastnili dva zaměstnanci školy Speciální pedagog a vychovatelka (dále už asistenti), tak aby byl každý žák pozorován. Na začátku lekce jsme si zvolili, koho budeme pozorovat, většinou každý asistent pozoroval tři žáky a já pozorovala dva. Na konci lekce jsme každý do pozorovacího archu zapsali detaily o pozorování jednotlivých žáků. Pozorovací arch byl pro všechny stejný, jen při určitých terapiích se mírně obměňoval. Obsahoval především: Psychický stav klienta před lekcí a po lekcí, míru spolupráce se skupinou s asistenty a výzkumníkem, míra zapojení do technik, míra přizpůsobení a zvládnutí techniky při změně či úpravě techniky (viz příloha 1). U každé této kategorie jsem uvedla Likertovu škálu a řádek „další poznámky“. Po každé lekci probíhala soukromá skupinová diskuze (popsáno níže), při které jsme si předali informace o jednotlivých žácích a ujasnili si průběh celé lekce. Poté jsem doplnila další pozorovací arch, který byl určen pro pozorování celé skupiny a byl velmi podobný, jako arch pro jednotlivce (viz příloha 2) a dopsala si poznámky do deníků.

Kvalitativní experiment

Kvalitativní experiment je podle vědeckých pravidel zásah provedený do nějakého psychického či sociálního procesu (předmětu) za účelem prozkoumání jeho vlastností a struktury. Předpokládáme, že experimentální zásah způsobí určité změny ve zkoumaném procesu, které jeho průběh změní, a projev těchto změn bude postihnuteľný vědeckými metodami (Mayring in Miovský, 2006).

V rámci klasického pojetí přirozeného experimentu „... *psycholog vymezí a zajistí podmínky, za nichž chce zvolené proměnné pozorovat, avšak do průběhu činností již nezasahuje a zkoumané osoby si neuvědomují, že jsou předmětem výzkumu* ...“ (Švancara in Miovský, 2006)

Dle Mayringa (1990) na začátku realizace výzkumného plánu kvalitativního experimentu nestojí naše představa o tom, jaké vztahy (vazby) či struktura panují v předmětu našeho výzkumného zájmu. Primárním výzkumným cílem je zjišťovat, odkrývat strukturu a vlastnosti předmětu a k tomu je nutné provádět zásahy do této zkoumané oblasti. Přitom předpokládáme, že díky těmto vnějším zásahům a změnám, které tyto zásahy vyvolávají, se nám právě skrytou strukturu podaří zachytit a podrobit analýze.

Metoda prostého výčtu

Tato metoda je na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem. Díky ní můžeme vyjadřovat vlastnost určitého jevu, která se týká například toho, jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru výskytu byl k jinému jevu (Mioviský, 2006)

Čermák a Štěpaníková (1998) upozorňují, že počet je také kategorie a sledováním frekvence a intenzity výskytu („jak mnoho“) určitého jevu se dozvíme také něco podstatného o kvalitě.

Metoda vyhledávání a vyznačování vztahů

Kvalitativní metoda vyhledávání a vyznačování vztahů mezi proměnnými je založena na několika základních principech. Prvním je vyhledávání, identifikace a popis vztahů, na ty nás zřetelně upozorňují účastníci výzkumu. Ti ve svých výrociích uvádějí určité fenomény do vztahů a naším úkolem je popsat, jak účastník tento vztah chápe a jak o něm uvažuje, a následně se pokusit hledat pro daný vztah srozumitelné vysvětlení. Druhým principem je vyhledávání vzájemných vztahů mezi proměnnými na základě vnitřních nebo vnějších souvislostí. (Mioviský, 2006)

Zvláštním tématem je u této metody způsob zdůvodnění identifikovaných vztahů. Není možné pracovat pouze s prostým označením vztahů ze strany účastníků, stejně tak jako s intuitivním nacházením souvislostí ze strany výzkumníka. Je zde vždy nutná vzájemná

triangulace různých podpůrných vysvětlení existujícího vztahu a vzájemné řetězení důkazů o jejich existenci. (Miovský, 2006)

Skupinové interview

Skupinové interview patří mezi soubor kvalitativních metod, které jsou prováděny s větším počtem účastníků a které díky svým výhodám získaly velkou oblibu. Často se prolíná skupinová diskuse (jiný název pro skupinové interview) a ohnisková skupina. Rozlišení není snadné, neboť se u různých autorů liší. V zásadě lze ve shodě s některými autory (např. Barker, 2002) říci, že skupinová diskuse je metoda, při níž provádíme skupinové interview a nepracujeme přitom s žádnou skupinovou interakcí a dodržujeme přitom schéma otázka – odpověď. Rozlišovacím znakem je právě vynechání a cílené potlačování jakékoliv skupinové interakce, dynamiky atd. (Miovský, 2006)

Skupinové interview v mém výzkumu probíhala po lekci s asistenty výzkumu, kdy jsme šli podle pozorovacího archu jednotlivých žáků a prodiskutovali průběh lekce.

5.3 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku

Charakteristika výzkumného prostředí

Pro realizaci praktické části jsem oslovila Základní školu speciální v Novém Jičíně.

Základní škola speciální (dále ZŠ) a Mateřská škola speciální, kde jsem prováděla své šetření je denním školským zařízením, které poskytuje výchovně vzdělávací péči dětem a žákům se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, s vícečetným postižením a s poruchou autistického spektra ve věku od 3 do 20 let.

Škola se nachází blízko centra města a po dokončené rekonstrukci v roce 2007 je velmi moderní, plně bezbariérová s velmi dobrým prostorově-technickým zázemím a vybaveností speciálními rehabilitačními a kompenzačními pomůckami. Mimo výchovně vzdělávacích služeb nabízí škola, za finanční spoluúčast rodiny, také svozovou dopravu upraveným vozidlem s plošinou. Je pomocí zejména rodinám ze vzdálenějších míst a zjednodušením přepravy dětí s těžkým kombinovaným a tělesným postižením

Celková kapacita školy je 70 dětí. Do tříd je zařazováno maximálně 6 - 8 dětí s různým typem postižení. Odbornou péči zajišťují speciální pedagogové – učitelé, vychovatelé, asistenti pedagoga. Žáci se v dopoledních hodinách individuálně vzdělávají s asistencí učitele a vychovatele. (www.specskolanj.cz, 2009)

V této ZŠ se z terapeuticko-formativních přístupů nejčastěji využívá hipoterapie, canisterapie a v menší míře i arteterapie a muzikoterapie. Dramaterapie se v zařízení nepraktikuje. Hipoterapie se uskutečňuje na místním ranči, kde jsou žáci každý čtvrtek sváženi svozovou dopravou. Canisterapie, muzikoterapie a arteterapie se konají v menší prosvětlené učebně bez lavic, kde jsou k dispozici terapeutické a didaktické pomůcky. Když tato učebna byla obsazená, prováděli jsme techniky ve školní učebně, kde jsme lavice a židle odklidili po stranách učebny.

Do zařízení jsem docházela tři týdny, zde jsem prováděla 3x týdně (v Pondělí, Středu a Pátek) vždy přibližně 1,5 hodiny určitou terapii. První týden jsem začala dramaterapií, druhý týden muzikoterapií a třetí týden arteterapií. Techniky byli vždy na každou lekci připravené. V průběhu lekce se však měnili a přizpůsobovali žákům.

Charakteristika výzkumného vzorku

Klienti se zdravotním postižením

Výzkumu se účastnilo 8 žáků s rozdílnou diagnózou. Věkové rozmezí žáku bylo 8-17 let. Všichni tito žáci byli z jedné třídy, kromě jednoho chlapce se somatickými potížemi a chlapce s poruchou autistického spektra. I přesto, že žáci nebyli ze stejné třídy, dobře se všichni znali z hipoterapie, přestávek a odpoledních programů.

Tři dívky jsou v pásmu středně těžké mentální retardace a samostatně se zapojují do činností během terapie (Dále už SMR1,SMR2,SMR3). Dívky jsou ve věku 14 let, 13 let a 8 let.

Dva imobilní žáci - dívka s DMO (dále už IM1), která má 15 let a chlapec se somatickým postižením (IM2), který má 16 let a je z jiné třídy. Tito dva žáci se při technikách s pomocí asistentů a ostatních žáků zapojují do činností, avšak pouze v rámci svých možností. Tito imobilní žáci jsou v pásmu lehké mentální retardace.

Dva žáci s poruchou autistického spektra (dále už PAS1 a PAS2) se zapojovali jen do některých činností. Jako poslední účastník byl chlapec s Downovým syndromem a s diagnózou ADHD (DS), který potřebuje individuální přístup. Tito poslední tři žáci se nacházejí v pásmu středně těžké mentální retardace. Chlapci s PAS mají 9 a 11 let, z toho jeden je z jiné třídy a chlapec (DS) má 10 let. Žáci se navzájem dobře znají, i přesto že neměli moc možností spolu navzájem pracovat.

Jak v mnohých speciálních školách, tak i v této jsou současně ve třídách žáci s nejrůznějším typem postižení. Speciální pedagogové se musí naučit pracovat společně se všemi a přitom být ke každému individuální. Tato skupina byla pro mě velkou výzvou a ve výzkumu mně nejvíce zajímala otázka: „Jak nejlépe a nejefektivněji organizovat skupinu žáků s různým typem postižení za použití terapeutických technik?“

Skupina pracovníků školy

Dalšími aktéry výzkumu jsou dvě pracovnice základní speciální školy. Speciální pedagog a vychovatelka, které mi asistovali během terapeutických technik, pomáhali s organizací a s metodou pozorování.

6 REALIZACE A APLIKACE TERAPEUTICKO - FORMATIVNÍCH DISCIPLÍN

6.1 Dramaterapeutické techniky

Se skupinou, kde jsem prováděla 3 týdny terapie, jsem předem nebyla seznámená (pouze z kazuistik). Uznala jsem tedy, že nejvhodnější terapií pro první týden bude dramaterapie. Moje cíle byli především: snížení tenze, propojení skupiny, navázání vztahu výzkumníka a asistentů s jednotlivci skupiny. Techniky jsem měla na každou lekci připravené, avšak se hodně měnili. Byli zde techniky pohybové, kontaktní, na budování důvěry a na skupinovou expresi. Nyní popíšu techniky, které se během lekcí opakovaly, staly se oblíbené mezi žáky, a které mně z pozorovacího hlediska zaujaly. Dále budu rozepisovat u každé techniky *pozorování skupiny* a *pozorování určitého žáka (žáků)*, kterého jsem si při pozorování všimla, a který byl i z pozorovacího archu v technice něčím zvláštní.

Uvítací kruh

Před začátkem každé lekce jsem s žáky a asistenty utvořila společný kruh. Zde jsme se navzájem přivítali a každý mohl povědět, co si přál. Někdy jsem kruh začínala otázkou: “Jak se dnes máte? Co jste včera odpoledně dělali? Těšíte se na prázdniny? Co budete dělat o prázdninách?” Zde jsem si mohla ověřit, jak se jednotliví žáci v dnešním dni cítí, podle toho přizpůsobit jednotlivé techniky, brát ohled na žáky, kteří se necítí dobře a zapsat si to tak do pozorovacího archu.

Pozorování skupiny: Při první lekci jsem u žáků cítila lehké napětí, omezitelnost, ale i vzrušenost z mé osoby. Proto první uvítací kruh trval 20 minut. Zde, jsem se žákům představila a seznámila jsem je s plánem pro další tři týdny. Snažila jsem se mluvit klidným a jasným hlasem, abych navodila pocit bezpečí. Každý žák mi pověděl něco o své osobě. Ostatní mu často skákali do řeči a chtěli mi povědět, co konkrétního žáka zajímá. Proto jsem hned zpočátku použila kamínek. Princip kamínku byl ten, že kdo ho drží, může mluvit, ale nikdo jiný mluvit nemůže. Tento princip jsme užívali téměř při každém uvítacím kruhu a konečné reflexi.

Pozorovaný žák PASI : Tento žák měl 9 let a trpěl těžkou formou dětského autismu. Poznamenaný byl ve všech třech oblastech: sociální interakce, komunikace a omezeného opakujícího se chování. Komunikoval především pomocí piktogramů. Byla jsem moc zvědavá, jak tento žák bude po dobu lekcí reagovat. Při prvním uvítacím kruhu si k nám do kruhu nesedl, a i když ho asistentka do kruhu posadila, po chvíli vstal a chodil kolem nás.

Při dalších uvítacích (nebo reflexních) sezeních, už byl s námi v kruhu a více nás pozoroval. Když dostal kamínek, občas se na něj podíval a položil ho před sebe, nebo ho vrátil tomu, kdo ho poslal. Na konci lekce v druhém týdnu mi dokonce kamínek přinesl, což byla velká změna a to se opakovalo poté ještě dvakrát. Na základě analýzy zápisů pozorování a rozhovorů jsme s asistenty dospěli k vysvětlení, že se může jednat o žákovu uvědomění a vnímání mé osoby jakožto výzkumníka v roli terapeuta.

Posílání potlesku po kruhu

Všichni stojí v kruhu a náznakem tlesknutí si posílají potlesk po kruhu, poté se posílá potlesk i skrz kruh. Další varianta je ta, že vyšleme potlesk a řekneme jméno, na koho ho vysíláme. Další techniku jsem taktéž začínala v kruhu, který je institucí symbolizující a současně i budoucí jednotu skupiny. Tato technika má sloužit k interakci žáků mezi sebou, uvědomění si sebe sama i žáků ve skupině.

Pozorování skupiny: Žáci této technice dlouho nerozuměli a i přestože později pochopili, že mají tlesknout po spolužákovi po své levici, šla tato technika velmi pomalu, nebyla zde dynamika a postrádala hlavní cíl. Především žáky s PAS technika vůbec nezaujala. Jako obměnu této techniky jsem zvolila variantu, kdy jednotlivec kontaktuje svého spolužáka v kruhu, jde k němu, pozdraví ho a dodá jméno (např. „Ahoj Pét’o“) Ten ho pozdraví zpátky (Ahoj Kájó“) a vymění si místa. Ten co je v kruhu, jde vyměnit dalšího.

Tato technika už nám šla daleko lépe. Žáci si trochu zpočátku pletli jména, ale díky tomu se příjemně uvolnili, nasmáli se a vzájemně se kontaktovali.

Pozorovaná žákyně SMRI : Tato dívka má 8 let, má diagnostikovanou středně těžkou mentální retardaci a v této době elektivní mutismus, který je vázaný na nemluvnost ve škole, doma však mluví normálně. Dívka byla velmi snaživá a měla zájem se na technikách podílet, i přesto že byla bojácná a potřebovala cítit bezpečí a podporu. U některých technik, když měla prostor, tak s pomocí asistenta, vyslovila velmi tichounce určité slovo. Pokud se však dostala do situace, kdy se od ní očekávalo promluvení, dal se jí prostor, a pokud se cítila nejistě, situace se ihned odvrátila. Při této technice si se spolužáky vyměňovala pouze místo, bez verbálního projevu, avšak se spolužáky se kontaktovala očním kontaktem. Tuto techniku jsem uváděla ještě v dalších dvou dramaterapeutických lekcích, dívka se postupně stávala v této technice jistější a nebojácnější. Usuzuji, že dívka už věděla, co má dělat, lépe dokázala důvěřovat kolektivu a mít větší jistotu v sobě samé.

Slunce svítí na toho, kdo ...

Při této technice jsou všichni v kruhu a někdo řekne: „Slunce svítí na toho, kdo rád zpívá (kreslí, tančí, má rád určité jídlo atd.) Ti co určitou aktivitu (věc) mají rádi, jdou

blíže do kruhu a ti co jí rádi nemají, se z kruhu vzdalují. Podle intenzity jdou více do kruhu nebo z kruhu. Při této technice si členové skupiny uvědomují, kolik toho mají s ostatními společného. Mohou zde vyjádřit pouhým posunem těla svůj názor a vyjádřit sebe sama. Při této technice, jsem si musela uvědomit všechny členy skupiny, a jejich omezení. Například u imobilních žáků se neptat na sport, ale jako alternativu využít sport v televizi a také raději vynechat rodinné vazby.

Pozorování skupiny: Tato technika žáky moc zaujala, i přesto že se zpočátku žáci hlásili, než si uvědomili princip této hry. Zpočátku jsem se ptala já, poté se ptali i ostatní žáci. Pořádí, kdo se bude ptát, nebylo určené, proto bylo zajímavé pozorovat, kdo se bude ptát. Nejvíce pokládali otázky imobilní žáci, kteří byli velmi zvědaví. Žák PAS1 skupinu jen pozoroval a žák PAS2 se zapojil, jen pokud uslyšel, něco co ho zaujalo. Tuto techniku jsem v dalších lekcích obměnila technikou, kdy všichni jsou na svém místě v kruhu a místo si vymění například ten, kdo má dnes něco modrého (ten kdo rád chodí brzo spát, atd.), vždy zůstane jeden v kruhu a ten se ptá.

Pozorování žáku IM1 a IM2 : Při této technice se tito žáci velmi projeví, skrz to jsem se domnívala, že jsou to „tahouni“ třídy, což se mi i po lekci při skupinové diskuzi u asistentů potvrdilo. Tito dva žáci měli velké zájmy a tak jejich otázky směřovali právě k tomu. Ptali se například, kdo má rád určitého zpěváka, hudbu, sbírání šmoulů, výlety atd... Když se měli v pomyslném kruhu pohybovat, pěkně navigovali své asistenty. Obou žákům asistovali asistenti, avšak moc se mi líbilo, že ostatní žáci jim také velmi pomáhali. Pokaždé, když se asistent věnoval jinému žákovi, automaticky nějaký žák vzal voziček imobilního žáka a pomáhal mu.

Vyplňování prostorů v místnosti

Žáci chodí po místnosti, když se řekne jedna – jdou pomalou chůzí, dva – jdou normálně, tři – jdou rychle chůzí. Žáci vyplňují celý prostor a snaží se, aby do sebe nevráželi. *Pozorování skupiny:* Tuto techniku jsem prováděla s žáky, dalo by se říct, že u všech technik jak dramaterapie, tak i muzikoterapie, jsem se zapojovala. Žáci tak techniku rychleji pochopili, byli rádi, že se účastním s nimi a jsem pro ně podporou. Žáci si zpočátku u této techniky nemohli zapamatovat jaké číslo, je pro jakou chůzi, proto se dívali hlavně na mně, jakou chůzi jdu. Zpočátku, jsem měnila druhy chůze pomalu, ať si každý druh chůze žáci prožijí. Tato technika měla velký úspěch. Především zaujala žáky s PAS, kteří zde měli prostor k vybití nahromaděné energie. Po úspěchu této techniky, jsem do lekcí zapojovala, více pohybových technik (například různé druhy bab).

Pozorovaná žákyně SMR2 : Těto žákyni bylo 14 let a měla diagnostikovanou středně těžkou mentální retardaci. Tato technika dívku velmi zaujala, načerpala v ní mnoho energie a měla velkou potřebu se zde kontaktovat i s jinými spolužáky. Dívka byla už zpočátku ke mně velmi otevřená a upřímná, avšak jsem nikdy u ní nemohla předpovědět, jaká technika jí zaujme. Podle pozorovacího archu, velmi záleželo, jak se v určitý den cítila. V první dramaterapeutické lekci asistenti uvedli psychický stav této žákyně na likertově škále 5, po lekci klesl na 3. Myslím si, že právě tato technika v tento den dívce pomohla zlepšit náladu. Avšak ve třetí dramaterapeutické lekci, asistenti uvedli počáteční psychický stav dívky na likertově škále 5, i přestože v této lekci byli jak pohybové tak kontaktní aktivity, dívka na konci lekce podle pozorovacího archu měla psychický stav na likertově škále 6. Viděla jsem, že se dívka necítí dobře a snažila jsem se, aby se cítila dobře ve skupině a do žádných technik ji nenutila, její stav se o něco málo zhoršil. Můžu se domnívat, že v tento den žákyni nesedla skupinová práce a příště bych zvažila, zda se žákyně přímo nezeptat, jestli se chce s námi účastnit společných aktivit

Pozorovaná žákyně SMR3 : Těto žákyni je 13 let, za celou dobu dramaterapeutických technik, velmi dobře spolupracovala a byla stále v dobré náladě. Bylo vidět, že jí má nová osoba ve škole zaujala, a tak se mně často i během terapií na různé věci vyptávala. Většinou jsem reagovala tím, že si popovídáme až po lekci, nebo jsem ji jen zkráceně odpověděla a převedla řeč jinam. Velmi často pomáhala svým imobilním žákům a byla pro všechny oporou. Tato technika jí velmi zaujala, vydala při ní všechnu svou energii. Měla moc ráda pohybové aktivity.

Zrcadla

Páry stojí tváří v tvář, jeden v páru začne pomalý pohyb (nejlépe zpočátku pouze pohyb rukou), druhý jej paralelně následuje. Důležitý je oční kontakt. Toto cvičení může mít hodně variant, jako jsou zvuková zrcadla – místo pohybu se zrcadlí hlas a zvuk a pohybově-zvukové zrcadlo – začíná se s pohybem a postupně se přidává zvuk. Tato technika patří do kategorie emocionálních cvičení i technik zaměřených na rozvoj koncentrace a pozornosti.

Pozorování skupiny: I přesto, že jsem tuto techniku v párech zkoušela, těžko se vzhledem k různorodosti klientely prováděla. Pro obměnu této techniky jsem zvolila Skupinové zrcadlo. Což je technika, kdy celá skupina „zrcadlí“ pohyby jednoho. Cílem je dosáhnout co možná nejvyšší úrovně synchronizace pohybů. Nejde jen o pohyby tváří v tvář, ale lze se pohybovat po celé ploše. Jelikož, je tato technika velmi variabilní, vložila jsem ji s malými obměnami do všech tří dramaterapeutických lekcí. V první lekci jsem začala já, jako výzkumník v roli terapeuta vytvářen pohyby a ostatní je po mně opakovali. Tyto pohyby byly

pomalé a ladné, od pohybu malíčku po rozvlnění celého těla. Pomohla jsem si podkreslením relaxační hudbou, technika tak měla relaxační účinek. Imobilním žákům pomáhali asistenti, to co zvládli, zároveň jsem dodala, že nemusí určitým svalem pohnout, důležité je, aby si to alespoň představili. Ostatním se to líbilo, po předešlé technice „vyplňování prostoru“ se dokázali zklidnit. V druhé lekci, jsem doplnila techniku o pohybově zvuková zrcadla, od jemného hlásku až po řvaní. To velmi zaujalo žáky s PAS a všichni ostatní byli nadšení. V této lekci, byl napodobován i jiný žák. Když určitý žák nastoupil, na toto místo byl nejistý, ale zároveň nadšený, že může ostatní vést. Ve třetí lekci mně žáci opět napodobovali, avšak i s pohybem po celé místnosti. Zde jsem předváděla smutnou – veselou – vážnou – ustrašenou, ostatním se to moc líbilo a s nadšením mně napodobovali.

Pozorovaný žák PAS2: Tento žák má 11 let a byla mu diagnostikována porucha autistického spektra. V oblasti sociální interakce byl na tom velmi dobře, dokázal určitým způsobem komunikovat se svým okolím. Při verbální komunikaci se vyjadřoval jednoslovně. Měl však autistické rysy jako vzpurnost a tvrdohlavost. Tato technika žáka velmi zaujala, především při druhé lekci, kdy žáci podle mě zrcadlili dynamické pohybově – zvukové zrcadlo. Celou dobu tato technika udržela jeho pozornost, což se ještě nestalo. Zajímavé bylo, když žák předešel do role, kdy po něm ostatní „zrcadlili“ jeho mimika se změnila, zpočátku dělal pomalé pohyby a pak je zrychloval. Šlo vidět, že je na něj moc lidí a proto se možná díval na mně a na mé napodobování jeho. Pociťovala jsem, že toto cvičení je u tohoto autistického žáka moc důležité a jde velmi hluboko. Cítila jsem, že přes tuto techniku napodobování se autistickému klientovi velmi přibližují. To i ostatní asistenty překvapilo a říkali, že tuto techniku budou se žákem používat.

Poznej ruce

Poznávání rukou členů ve skupině má mnoho variant. Já si na první lekci zvolila způsob, kdy se vybere jeden žák, kterému se zaváže oči šátkem. Ostatní k němu potichu chodí a hladí se po rukou a předloktí. Žák se šátkem na očích musí poznat, čím jsou to ruce. Při dalších lekcích jsem volila obdobné způsoby, kdy všichni mají šátky na očích a až najdou ruce, musí poznat čím jsou.

Pozorování skupiny: Při této technice jsem si musela dávat pozor, aby šátek na očích nebyl žákům nepříjemný. Proto, si žáci šátek nemuseli dávat, pokud nechtěli a měli jen zavřené oči. V této skupině si však všichni žáci přáli mít zavázané oči šátkem. Nečekala jsem, že tato technika u žáků vzbudí takový zájem. Při první variantě i žáci, kteří jen sledovali dva žáky, kteří se rozpoznávali, si techniku užívali a byli zvědaví, zda žák se šátkem uhádne čím jsou ruce. Občas se pozorující žáci neubránili výkřikům („To je přece Pavlík!“) a smíchu.

Všichni se moc chtěli vystřídat a jít na pozici hádajícího. Při dalších lekcích a obměně této techniky zavládala klidná atmosféra, kdy všichni jedinci udržovali pozornost. Dokonce i oba žáci s PAS se zapojovali, šlo jim však především o dotek jejich rukou, než o to aby uhádli kdo je kdo.

Pozorování žáka DS: Tomuto žákovi je 10 let, má Downův syndrom, středně těžkou mentální retardaci a diagnózu ADHD, proto je tedy velmi hyperaktivní, nedokáže udržet pozornost a velmi ztěžka verbálně komunikuje. Při první lekci utekl ze třídy, a tak jsme s asistenty schválili, že na ní nemusí být. Byl však na třetí lekci dramaterapie. Moc se nezapojoval, ale zaujali ho pohybové techniky. Tato technika ho však také velmi zaujala. O princip hry nestál, byl mu však velmi příjemný dotyk. Žáci i asistenti se u něj střídali a každý mu své ruce poskytl. Všimla jsem si, že zde probíhala haptická komunikace. Žák nejdříve nechal jedince, ať si mne jeho ruce a poté sám mnul ruce jedince. Jelikož je žák velmi hyperaktivní tato technika ho moc zklidnila.

Reflexe dramaterapeutických lekcí

Cíl, který jsem si určila, na začátku týdne se mi splnil. Dramaterapie, díky seznamovacím technikám, byla vhodným začátkem k navázání vztahů, ať žáků navzájem, nebo mně výzkumníka v roli terapeuta s ostatními žáky. Mnoho technik, které jsem měla připravené jsem nestačila použít, avšak během lekcí jsem si uvědomila, že není cílem stihnout co nejvíce technik, lepší je si jednou technikou pořádně projít. Při dalších lekcích, jsem už minimálně uváděla nové techniky, většinou jsem použila ty z předešlé lekce, které byly osvědčené (žáci je už znali a věděli, co mají dělat) a které jsme dále mohli rozvíjet. Při druhé lekci jsem, než techniky vnímala sdělení žáků, uvědomovala jsem si, jak je důležité dát každému prostor k sebevyjádření a naslouchat jejich potřebám. Pro příště bych zvolila jen jednoduché a nenáročné techniky na vysvětlení, s kterými můžu jít do hloubky a které můžu obměňovat. Nyní s odstupem vidím, že vést dramaterapeutické techniky s takto různorodou skupinou bylo opravdu náročné. Jako výzkumník v roli terapeuta jsem musela být pohotová a kreativně s chladnou hlavou měnit techniky a nedat na sobě znát nervozitu, aby klienty měli pocit stáleho bezpečí. Také jsem si ujasnila, že není dobré mít předsudky (např. žáci s PAS nemají rádi kontaktní techniky, atd.) a s tolerancí určitého postižení a bezpečí vyzkoušet různé techniky, které uznám za vhodné, neboť každý jedinec je individuální. Techniky, které se u žáků nejvíce osvědčily, jsou: poznej ruce, zrcadla a vyplňování prostoru.

6.2 Muzikoterapeutické techniky

Po prvním týdnu dramaterapeutických technik, které dopomohli k bližšímu poznání a propojení skupiny, jsem se rozhodla, v druhém týdnu zahájit muzikoterapeutické lekce. Moje hlavní cíle především byli: vzájemné poznání žáků, snížení vnitřního napětí, motivace ke komunikaci a společné činnosti. Na začátku tohoto týdne jsem si vytvořila rozpis technik, který bych chtěla použít, ten se však po prvním dnu muzikoterapeutické lekce změnil, a přizpůsobil se více potřebám žáků. Použity byly prostředky a metody pro aktivní i receptivní muzikoterapii. Mezi prostředky aktivní muzikoterapie jsem zařadila práci s tělem, práci s hlasem a také hru na hudební nástroje (především Orffové nástroje). Pro receptivní muzikoterapii, jsem použila poslech hudby improvizovanou výzkumníkem v roli terapeuta. Nyní popíšu techniky, které se během lekcí opakovali, staly se oblíbené mezi žáky, a které mně z pozorovacího hlediska zaujaly. Dále budu rozepisovat u každé techniky *pozorování skupiny* a *pozorování určitého žáka (žáků)*, kterého jsem si při pozorování všimla a který byl i z pozorovacího archu v technice něčím zvláštní.

Seznámení s nástroji

Na začátku každé lekce, jsem přinesla nástroje a nabídla je žákům, aby si je vyzkoušeli. Po chvíli, jsem je vybídla k tomu, aby si jeden nástroj ponechali. Žákům bylo ponecháno dostatek času na seznámení s nástroji.

Pozorování skupiny: Při zkoušení nástrojů a výběru toho vhodného, bylo zajímavé žáky pozorovat. Žákyně SMR1 a SMR2 neustále střídali nástroje a chtěli zkusit ten nejlepší. Často je brali i z rukou ostatních žáků, kteří nástroj nechtěli půjčit. V tuto chvíli jsem musela zasáhnout a koordinovat výměny nástrojů. Naopak žáci PAS1 a PAS2 si první nástroj, který vzali do rukou, ponechali celou dobu. Žákům IM1 a IM2 pomáhali asistenti s výměnou a úchopem nástroje.

Pozorovaný žák DS: Žák si při seznámení s nástroji vybral vždy první, který uchopil a u něj také zůstal. Jednou to byla píšťalka a dvakrát triangl. Při prvním setkání s trianglerem do něj kovovou hůlkou rychle a silně ťukal. Když žák ustál s tímto ťukáním, asistentka za ním přišla a ukázala mu možnost jemného hraní na triangl. Zprvu se mu nelíbil zásah asistentky do jeho hry, avšak poté jemnost triangleru začal sám zkoušet. Dokázal zaměřit svou pozornost na triangl a plně se soustředit. Jelikož je tento žák velmi hyperaktivní, bylo zajímavé pozorovat, jak se mu jemná hra na triangl líbí. Na základě analýzy zápisů pozorování a rozhovorů jsme s asistenty dospěli k vysvětlení, že pro žáka byla hra na triangl zajímavá především pro svou jemnost. Žák mohl mít podvědomou potřebu se zklidnit a tím,

že se celá jeho pozornost upoutává na triangu, se mu to dařilo. Při další lekci si triangu také vybral a opět zkoušel jemnou variaci hry na něj. U tohoto žáka bylo vidět, že ho lekce muzikoterapie zaujali více než lekce dramaterapie. Dospěli jsme s asistenty k vysvětlení, že žák v muzikoterapeutických lekcích má větší možnosti individuální práce, nedirektivnosti a větší zpětné vazby, díky nástroji.

Práce s nástroji v kruhu

Když každý měl svůj vybraný nástroj, zkoušeli jsme různá cvičení na variace s nástroji. Nejdříve jsem vytvořila rytmus na svůj nástroj, tento rytmus se postupně šířil kruhem, kdy každý zvlášť zkoušel co nejvíce podobný rytmus, tomu původně vytvořenému. To se nejdříve dělo s jedním nástrojem a poté každý žák zapojil svůj nástroj. Žáci měli zde možnost se sami vyjádřit a ostatní ho poslouchali. Poté jsme pokročili dále s technikou dirigování, kdy se utvořil základní rytmus (na Orffově dřívku, nebo kytaru). Asistenti chodili kolem kruhu a impulzem (přiložení ruky na žáka) vydávali žákovi signál, aby začal hrát.

Pozorování skupiny: První varianta, kdy každý žák samostatně napodoboval základní rytmus, postupně plnila účel. U některých byla však potřeba větší míry asistence. Techniku dirigování jsme prováděli ve všech třech lekcích. Původně jsem se domnívala, že impulz pro začátek hraní bude vyhovující, avšak žáci tohle gesto nechápali a proto jsme žáky slovně vybízeli k tomu, aby začali nebo ukončili hraní. Zpočátku žáci na naše výzvy moc nereagovali a hráli na nástroje, kdy se jim chtělo. Poté však přišli na princip této techniky, dokázali se na ostatní naladit a plně vnímat tuto techniku. Tato technika mně přivedla na vyzkoušení improvizace, kdy jsem určila pouze její začátek a konec. Hudební improvizaci jsem zařadila hned do první lekce a poté i do ostatních dvou. Mohla jsem zde pozorovat jednotlivé projevy žáků, tedy těch, kteří měli chuť se zapojovat, ale i žáky, kteří se zapojovat nechtěli.

Pozorovaná žákyně SMR3: Tato žákyně velmi dobře dokázala vnímat rytmus, proto byla také nápomocná ostatním. Neměla problém s udržením rytmu a velmi dobře reagovala na výzvy při dirigování. Při improvizaci byla dynamickou hráčkou, zaměřovala se především na své taktéž aktivně hrající spolužáky (především IM1 a SMR1). Po konzultaci s asistenty se domnívám, že aktivita měla takový úspěch u žákyně především pro její dynamickou povahu, dobrém postavení ve třídě a možnosti sebevyjádření.

Pozorovaná žákyně SMR1: Pro tuto žákyni, která trpí nemluvností ve škole, byli muzikoterapeutické lekce velmi dobrým prostředkem k sebevyjádření. Z pozorovacího archu vyplývá, že pro žákyni byli nejvhodnější a nejpřínosnější techniky, u kterých jí byl nabídnut prostor k sebevyjádření. I přesto, že zpočátku měla problémy s rytmem, postupně se od toho

odpoutala a bylo vidět, jak jsou pro ni důležité chvíle, kdy se může projevit, bez toho aby musela promluvit. Z pozorovacího archu vyplívá, že se v muzikoterapeutických lekcích postupně stávala více otevřená, více spolupracovala se skupinou a ve větší míře se zapojovala do technik.

Rytmický had

Při této technice se žáci měli pohybovat za sebou podle hudby, kterou slyšeli. Techniku jsem prováděla společně s žáky, kdy jsem vedla celou řadu žáku po místnosti a vytvářela hudebním nástrojem (tamburínou nebo kytarou) určitý rytmus. Poté jsem hudební nástroj předala jinému žákovi. Zaměřovali jsme se na pomalé i rychlé rytmy.

Pozorování skupiny: Tato technika byla velmi energická a žáky moc zaujala, bohužel nás trochu omezovala velikost místnosti, přesto však technika splnila svůj účel. Žáci se především zaměřovali na mé pohyby a na mé vnímání rytmu, později však dokázali rytmus vnímat i sami. V průběhu techniky se žáci dostávali z uskupení řady (hada) a chodili po celé místnosti. Žáci si tuto změnu neuvědomili a ani technice to neuškodilo, právě spíše naopak, proto jsem do této změny nezasahovala. Od našlapování po špičkách jsme přecházeli k dupání a skákání. Byla zde potřeba žáky motivovat, proto jsem se nebála pohyby, gesta a zvuky přehánět. Žáci se přestali ostýchat a také se do techniky plně zapojili.

Pozorovaný žák IM1: Žákyně měla velký zájem se plně aktivit účastnit. Asistenti i žáci se u žákyně střídali a dopomáhali jí při aktivitách. Při této technice se žákyně cítila velmi dobře, ostatní žáci jí pomáhali při pohybu vozíčkem. Když se rytmus zrychloval, žákyně se vždy začala velmi smát. Z pozorovacího archu vyplynulo, že počáteční psychický stav žákyně byl na Likertově škále označen číslem 4, na konci lekce byl psychický stav žákyně označen číslem 2. Domnívám se, že právě tato technika žákyni pomohla ke snížení tenze a tedy k lepšímu psychickému stavu.

Pozorovaný žák PAS2: Tento žák se do muzikoterapeutických technik moc nezapojoval oproti minulému týdnu dramaterapie. Většinou odběhl, nebo pozoroval, co ostatní dělají. Při srovnávání pozorovacích archů, z prvního a druhého týdne tohoto žáka, vidíme na Likertově škále vyšší čísla, což znamená zhoršený psychický stav. Tyto čísla se týkají především psychického stavu jedince. Hodnoty se po ukončení lekce nijak výrazně nezměnili ani k lepšímu, ani k horšímu psychickému stavu. Z nepříznivého psychického stavu žáka dle poznávacího archu dále vyplívá nižší míra spolupráce se skupinou a nižší míra zapojení do technik.

Vytváření zvuků vlastním tělem

Při této technice jsem odebrala veškeré nástroje z místnosti a řekla žákům, aby si představili, že nemají k dispozici žádné nástroje a musí nějakým způsobem vytvořit zvuk. Představili jsme si různé možnosti hry na tělo a vydávání zvuků. Poté si žáci vybrali určitý zvuk, se kterým by chtěli pracovat a dirigováním jsme tvořili pomyslný orchestr.

Pozorování skupiny: Při první příležitosti vytvořit zvuk bez nástroje, žáci trochu znejistili. Pouze žák IM2 a žákyně SMR2 a SMR3 vydali ze sebe určitý zvuk. Žákům jsem ukazovala různé způsoby tvoření zvuků na svém těle a zároveň jsme si je všichni zkoušeli. Tato technika byla pro žáky zajímavá kvůli tomu, že stejně prováděný zvuk zněl jinak. Povídali jsme si zde o různorodosti těla, o tom jak je každé tělo jedinečné a originální. Žáci v této technice, mohli plně vnímat své tělo. Při výběru určitého zvuku pro dirigování si každý určil, ten který ho zaujal. Kdo nevěděl, jaký zvuk použít, tomu jsem sama zvuk přidělila. Dirigování probíhalo tak, že jsem poukázala na žáka, který má zvuk vydávat a postupně ukazovala i na ostatní, až začali vydávat zvuk všichni. Tuto techniku jsme prováděli jenom jednou. Žáci měli problém udržet pozornost, protože když začal vydávat zvuk někdo jiný, předešlý žák se mu automaticky přizpůsobil a vydával tentýž zvuk. Přesto bych techniku zavedla i v jiné skupině, především pro samotné uvědomění si možností vlastního těla a naladění se na něj.

Pozorovaný žák IM2: Muzikoterapeutické lekce žáka velmi zaujaly. Z pozorování vyplynula maximální míra zapojení do technik. I přes jeho tělesný handicap a potřebnou asistenci, si žák dokázal ze své pozice, plně muzikoterapeutické techniky prožít. Když nastala technika, které se musel kvůli handicapu přizpůsobit, plně to přijal a chtěl se techniky zúčastnit. Při vytváření hudby vlastním tělem se žák cítil velmi dobře a technika pro něj byla zajímavá. Žák se nebál projevit, vnímal své tělo a kreativně zkoušel vytvářet nejrůznější zvuky.

Pozorovaný žák SMR2: U této žákyně jsme nikdy neuměli předpovědět, jaká technika jí zaujme. Na základě analýzy zápisů pozorování a rozhovorů jsme s asistenty dospěli k tomu, že většinou záleží na počátečním psychickém stavu žákyně a také především na tom, jak je jí technika podaná. Potřebuje míru podpory a motivace od asistenta a nesmí mít pocit, že je do něčeho tlačena, také se u ní ukázala být důležitá pochvaly a ocenění. Je důležité tuto žákyni vnímat jako individuální osobnost a naučit se s ní pracovat způsobem, který je pro ni přijatelný. Při této technice se žákyně velmi dobře projevovала, dokázala vnímat ostatní žáky a obohacovat se od nich.

Produkováaná hudba výzkumníkem

Při této aktivitě jsem žákům zpívala a hrála na kytaru. Prvně si žáci lehli na koberec a poslouchali píseň, poté si sedli a já jim tuto píseň zahrála ještě jednou a žáci mně měli doprovázet hudebními nástroji a zpěvem. Probíhali také aktivity, kdy jsme všichni společně pouze zpívali, ale také aktivity, kdy si klienti lehli a pouze poslouchali mou interpretaci hudby.

Pozorování skupiny: Tuto aktivitu jsme s žáky prováděli při každém ukončení muzikoterapeutické lekce. Měla velký úspěch. Žákům se moc líbil můj hlas a hra na kytaru. Velmi se při ní zklidnili, vždy si jen lehli a poslouchali. Touto aktivitou se můj vztah k žákům velmi posunul. Pocítila jsem, že mi žáci začali více důvěřovat a naše vztahy se více propojily.

Pozorovaný žák PASI: I přesto, že jsme se snažili tohoto žáka zapojovat do muzikoterapeutických aktivit, většinou odbíhal a nechtěl prováděné techniky vykonávat. Na základě analýzy zápisů jsme vyzkoumali, že žáka zaujali spíše jednodušší a klidnější techniky. Tato aktivita žáka velmi zaujala, hned jak jsem začala hrát, přisedl si ke mně a celou dobu seděl a poslouchal. To velmi zaujalo i ostatní asistenty. Pokaždé, když jsem poté přišla na další lekci, tento žák mi hned beze slov podával kytaru a přál si, abych zahrála.

Psychický stav klienta před lekcí a po lekcí, míru spolupráce se skupinou s asistenty a výzkumníkem, míra zapojení do technik, míra přizpůsobení a zvládnutí techniky při změně či úpravě techniky

Reflexe muzikoterapeutických lekcí

Než jsem začala vést týden muzikoterapie, vytvořila jsem si rozpis technik, které bych chtěla s klientelou provádět. Avšak po prvním dni muzikoterapeutické lekce jsem, rozpis musela velmi obměnit, protože jsem vypožorovala, jiné reakce žáků na muzikoterapii, než jsem předpovídala. Muzikoterapeutické techniky poté byli méně složitější. Žákům jsem dopřála více času, jak se seznámením s nástroji, tak i se samostatnou produkcí. U muzikoterapeutických lekcí jsem techniky pro jednotlivé žáky upravovala jen minimálně. Bylo to především samotnými, méně náročnými muzikoterapeutickými technikami, a také lepším poznáním celé skupiny žáků. U žáku IM1 a IM2 asistence velmi dobře fungovala, díky předchozímu týdnu dramaterapeutických lekcí. Také se mi potvrdilo, že je velmi dobré použití produkce vlastní hudby. Bylo by výborně, kdyby se zaměstnanci ve speciálně pedagogických školách naučili hrát na jakýkoliv hudební nástroj a zpívali svým žákům. Domnívám se, že při této aktivitě dochází k velkému zklidnění a propojení žáků se zaměstnanci. Muzikoterapeutický týden byl pro mě, jako výzkumníka v roli terapeuta, méně

náročný než týden první, proto bych příště více zvažovala, zda nezačít spíše lekcemi z muzikoterapie pro první týden ve třídě nových žáků. Všechny mé cíle, které jsem si určila na začátku lekce, se naplnily. Techniky, které se u žáků osvědčily, byli především: rytmický had, vytvoření zvuků vlastním tělem a produkovaná hudba výzkumníkem.

6.3 Arteterapeutické techniky

V posledním týdnu svého výzkumu, jsem se rozhodla použít arteterapeutické techniky. Moje hlavní cíle především byli: rozvíjet kreativitu žáků, zklidnit žáky, zaměřit žáky na svou individualitu, rozvíjet fantazií žáků. V průběhu každé lekce, jsem uvedla jednu techniku, s kterou jsme pracovali v průběhu celé lekce. Techniky, byly předem připravené a v průběhu lekcí se změnila pouze jedna technika. Nyní popíšu techniky, které jsem při lekcích realizovala a které se staly oblíbené mezi žáky. Dále budu rozepisovat u každé techniky *pozorování skupiny* a *pozorování určitého žáka (žáků)*, kterého jsem si při pozorování všimla a který byl i z pozorovacího archu v technice něčím zvláštní.

Obkreslování a dokreslování stínu

Při této technice jsme potřebovali vytvořit přítmi v místnosti a mít u sebe svítilku baterku a černý fix. Jednotliví žáci si stoupali ke zdi, kde byli obkreslování druhými spolužáky. Obkreslované byli různé části těla přes celý papír A3. Po obkreslení se žáci posadili a byli vyváděni k tomu, aby obrázek jakkoliv dokreslili. Na závěr položil každý žák obrázek na zem a ostatní hádali, komu obrázek patří.

Pozorování skupiny: Žákům se moc líbila atmosféra při vzájemném obkreslování. Bylo to pro ně zcela něco nového. Mohli si zvolit, kterou část těla chtějí mít obkreslenou a vnímat soustředění druhého žáka na svůj stín, tudíž i na svou osobu. Při obkreslování si opět žáci uvědomovali své tělo. Při dokreslování obrázku, bylo zajímavé pozorovat, jestli žáci dodržují tvar linie nebo linií úplně ignorují. Většina žáků zpočátku linií dodržovala, ale poté ji zcela překreslila. Při konečném hádání obrázku, žáci většinou poznali komu, který obrázek patří. Z toho jsme vypožorovali, že se žáci dobře znají.

Pozorovaný žák DS: Než jsme začali arteterapeutickou lekci, dozvěděla jsem se od asistentů, že tento žák velmi rád maluje. Obkreslování hlavy se mu velmi líbilo, přál si proto být obkreslen ještě jednou. Jelikož je tento žák hyperaktivní, už samotné držení těla při obkreslování ho zklidnilo. Při dokreslování obrázku, nás samotné překvapilo, že jako jediný dlouho udržoval linií obrázku. Při diskusi s asistenty jsme usoudili, že se tak může dít pro jeho pečlivost a smysl pro pořádek. Maloval vodovými barvami, kde používal převážně zelenou a hnědou. Zpočátku používal štětec a poté zapojil všechny prsty. Na konci obrázek celý přemaloval černou barvou. Asistenti tvrdili, že pokaždé obrázek celý zamaluje černou. Může být zde hodně důvodů, proč takto žák činní. Tato technika žáka velmi zklidnila a na půl hodiny plně upoutala jeho pozornost.

Pozorovaný žák SMR3: Tato žákyně si při obkreslování moc přála obkreslovat ostatní žáky. Proto ji byla nabídnuta tato možnost a ona za ní byla ráda. Při dokreslování žákyně nerespektovala linii po celou dobu. S asistenty jsme při společné konzultaci dospěli k tomu, že dívka velmi ráda maluje postavičky, a proto si jí chtěla namalovat i nyní. Do všech čtyř rohů papíru namalovala sluníčko a doprostřed papíru směřující postavičku.

Pozorovaný žák SMR1: Žákyni obkreslování bylo moc příjemné, vnímala pozornost ostatních okolo sebe. Při dokreslování si přála použít prstové barvy, jako žákyně IM1. Dívka použila nejen prsty, ale sevřela celé pěsti a pohyby prováděla celými rukama. Zpočátku se držela linie, ale poté ji také překreslila. Malování ji postupně přestalo bavit a obrázek nedokončila.

Tvoření z ovoce a zeleniny

Do této lekce jsem přinesla ovoce a zeleninu. Nejprve jsme si jednotlivé druhy ovoce a zeleniny v kruhu posílali a říkali si, jak nám které voní. Poté jsem z každého ovoce a zeleniny trochu ukrájela a dávala všem na jazyk pocítit tuto chuť. Dále jsme se rozdělili na dvě skupiny. Každá skupina měla dva papíry. Na jeden papír se vyvářel obraz z odpadu ovoce a na druhý obraz ze samotného ovoce

Pozorování skupiny: Technika s ovocem a zeleninou probíhala moc dobře. Pro žáky to byla naprostá novinka a neměli tušení, co se bude dít. Touto technikou jsem se snažila aktivovat smysly žáků, aby si uvědomovali plně čich a chuť jednotlivého ovoce. Tato technika opět složila k uvědomování si těla. Žákům ovoce moc chutnalo, a bylo občas těžké udržet žáky, aby všechno nesnědli a zbylo něco na samotnou tvorbu. U každého tvoření byl jeden asistent, který dohlížel na tvoření a pomáhal žákům vytvářet nejrůznější obrazce.

Pozorovaný žák SMR2: Žákyni se nejvíce líbilo loupání a ochutnávání ovoce. Celý děj pozorovala, procházela mezi všemi skupinami a pozorovala, co se v nich děje. Do výtvoru se zapojovala pouze po vybidnutí asistenty nebo výzkumníkem. Jak jsme se s asistenty přesvědčili z předešlých technik, žákyně potřebovala podporu a vybidnutí k aktivitě. Po této technice žákyně působila spokojeně a odpočatě.

Pozorovaný žák PAS1: Při ochutnávání žák vložil ovoce nebo zeleninu do úst, poté ho vyplivnul, podíval se na něj a opět ho vložil do úst. Při tvorbě stále zůstával u jednoho obrazu, který byl tvořen ze slupek z ovoce. S těmito slupkami si hrál a různě je trhal celou dobu. Při vybidnutí k vložení do struktury obrázku protestoval a raději si slupky nechával v ruce.

Pozorovaný žák PAS2: Tento žák se naopak do aktivity s radostí zapojoval. Při vytváření koláží z ovoce se k jednomu posadil a chtěl si ho tvořit sám, bez jakéhokoliv

zásahu. Jelikož jsme měli k dispozici ještě další tři koláže nebyl v tomto žádný problém. Ovoce i zeleninu srovnal do příslušného tvaru a poté ho i sám snědl.

Volná tvorba na prožívání společných tří týdnů

Původně jsem v poslední lekci měla v plánu zrealizovat skupinovou arteterapii, kde by žáci na velký papír společně vytvářeli jeden obraz. Bohužel v tento poslední den se účastnili lekce pouze dva žáci z celé skupiny, proto jsem navrhla, aby každý sám vytvořil obrázek, který by mi mohli věnovat. Téma znělo: “Jak se Vám líbili tyto tři týdny společných aktivit?”

Pozorovaný žák IM1: Žákyně, kvůli svému tělesnému handicapu, používala při arteterapii prstové barvy. Potřebovala mít při sobě asistenta, který ji pomáhal nejrůznější barvy nanášet na prsty a speciální stůl, který se jí mohl přizpůsobit. Dívku arteterapie velmi bavila a mohla se tak u ní rozvíjet jemná motoriku. Její obraz byl krásný, plný barevných pastelových barev. Při předávání obrázku působilo dívce radost, že něco tak krásného vytvořila a někdo jiný si to může ponechat.

Pozorovaný žák IM2: I přesto, že byl tento žák na vozíku, jeho horní končetiny byli v plném pořádku. Při arteterapii používal především pastelky, pastely a voskové pastelky. Potřeboval speciální stůl, který by si mohl přizpůsobit svým potřebám. Jeho obraz byl velmi barevný, obsahoval postavičku s kytarou, okolo které byli barevné spirálky. Žák poté podotknul, že postavička jsem já. Můžeme se domnívat, že žáka nejvíce zaujali aktivity, při kterých se hrálo a zpívalo na kytaru.

Reflexe arteterapeutických lekcí

Před začátkem arteterapeutických lekcí jsem měla připravený program na každý den. Tentokrát jsem už předem věděla, co bude potřeba zařídit, aby terapie splnili svůj účel. Musela jsem zkontrolovat, zda jsou ve škole papíry, výtvarnické potřeby, nože na ovoce a především speciální stoly a pomůcky pro žáky s tělesným postižením. Škola vlastnila většinu potřebných pomůcek. Všechny lekce poté probíhali podle plánu, až na poslední lekci, kterou jsem musela změnit z důvodu nízkého počtu žáků z původní skupiny. V průběhu lekcí jsme společně s asistenty dopomáhali individuálně všem žákům. V těchto lekcích jsem si uvědomovala osobnost a vlastnosti každého žáka a jeho přístup k práci. Komunikovala jsem více s jednotlivcem, než se skupinou, a propojovala si reakce žáků z minulých lekcí. Uvědomila jsem si, jak je pro žáky důležitý osobní prostor. Žákům vyhovovala role, kdy sami mohli tvořit a poté se dívat na obrazy ostatních a inspirovat se od nich. Jako výzkumník v roli

terapeuta jsem se při práci se skupinou cítila velmi uvolněně. Skupinu jsem už dobře znala a věděla jsem jak individuálně přistupovat ke každému žákovi. Na lekcích jsem si proto více věřila a působila na žáky přirozeně. Všechny cíle, které jsem si zvolila na začátku lekce, se splnili. Žákům se velmi líbily především techniky: obkreslování a dokreslování stínu a tvoření z ovoce a zeleniny.

7 ZÁVĚREČNÁ DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKOU PRAXI

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak určité terapie působí na žáky s různým typem postižení.

Dále zjistit, které techniky jsou pro žáky méně či více vhodné. Jak určité terapie upravovat, aby vyhovovaly, jak celé skupině, tak i individuálně žákům. Zjistit, jak se postupně vyvíjel vztah žáků k terapeutickému procesu a k výzkumníkovi v roli terapeuta. Dalším cílem bylo analyzovat použité terapie a zjistit jak jsou u žáků oblíbené.

Na základě poznatků z mé výzkumné práce, jsem se přesvědčila o tom, jak je velmi přínosné znát skupinu žáku, s kterými se chystáme terapeutické techniky provádět. Je důležité poznat každého žáka individuálně, vědět co má rád a znát všechny jeho možnosti. Pokud tuto možnost nemáme, je dobré zeptat se zaměstnanců speciálně pedagogické školy nebo střediska a konzultovat s nimi možné techniky, které si přejeme ve skupině provádět.

Předtím, než se do terapeutických aktivit pustíme, doporučuji znát všechna omezení jedinců ve třídě, abychom věděli jak těmto žákům techniky přizpůsobit. Zjistit, zda speciálně pedagogická škola či centrum nabízí všechny potřebné pomůcky a potřeby pro dramaterapeutické, muzikoterapeutické a arteterapeutické lekce, a podle toho přizpůsobit vybrané techniky.

Před samotným začátkem lekce je vhodné vytvořit si přibližný rozpis technik, které chceme ve skupině použít. Při tomto rozpisu si uvědomujeme každého žáka individuálně a představujeme si také, jak bude reagovat celá skupina. Snažíme se předpovědět, jak technika bude probíhat, ale zároveň připouštíme možnost, že reakce žáků mohou být zcela odlišné. Při samotné realizaci, je velmi důležité techniku žákům s mentálním postižením zřetelně vysvětlit, a podle potřeby zopakovat. I přes zjištění, že technika nefunguje a celá skupina ji nerozumí, snažíme se být na místě kreativní a techniku přizpůsobit k potřebám žáků. Jestliže techniku nelze přizpůsobit, pozvolna přejdeme k další technice. Snažíme se vnímat individuálně každého jedince a plně ho respektovat. Pokud si žák techniku nepřeje provádět a přeje si jen pozorovat skupinu či dělat něco jiného, respektujeme to.

Důležité je si uvědomit, že čím déle pracujeme se skupinou a provádíme techniky, tím více se stáváme jistějšími a dokážeme na místě určit, co skupina potřebuje. Proto si myslím, že zkušení terapeuté nepotřebují dlouhé přípravy na své lekce.

Z pozorovacího archu vyplývá, že se žáci postupem času začali cítit bezpečněji, uvolněněji a dokázali se více otevřít. Z tohoto důvodu si myslím, že terapeutické lekce prováděny po delší dobu jsou velmi přínosné a měli by se realizovat v každém centru či škole.

Při prováděných technikách jsem si uvědomila důležitost osobnosti terapeuta (v tomto případě výzkumníka v roli terapeuta). Při vedení skupiny, působil na žáky velmi dobře, pozitivní přístup. Při dramaterapeutických lekcích jsem se snažila žáky pozitivně motivovat, především tím, že jsem se s nimi účastnila veškerých aktivit a nebála se jít do technik a naplno využít všechnu svou energii. Pokud to však byla potřeba, jako u arteterapeutických lekcí, působila jsem klidně a jemně. Snažila jsem se do skupiny přinést energii, kterou v momentální chvíli potřebovala.

Na základě analýzy zápisů pozorování a rozhovorů s asistenty, jsme si ověřili, že je dobré na začátek práce se skupinou použít nenáročné techniky a dopřát žákům čas na jejich uchopení. Také jsem si ze svého výzkumu odnesla, že technika je jenom prostředek. Cílem totiž není dobře provedená technika, ale hlavní je pocit, který si z techniky odnášíme. Uvědomila jsem si také, že důležitější než samotné techniky je osobnost terapeuta a jeho empatie a naladění se na potřeby skupiny.

ZÁVĚR

„Nemůžeme všechny děti všemu naučit, ale můžeme všechny děti udělat šťastnými“

Doc.PhDr. Z.Matějček, CSc., Praha

Terapeuticko - formativní přístupy, které se má bakalářská práce týká, je jednou z možností, jak nejenom aktivizovat osoby s mentálním postižením. Prvky terapií napomáhají osobám s mentálním postižením především ke snížení tenze, podporují sebereflexi, sebehodnocení a sebeovládání, posilování motivaci k pozitivní změně a budují komunikační dovedností. Dále přispívají k celkové socializaci osobnosti, rozvíjí motorické a řečové schopností a napomáhají k odreagování se a uvolnění.

Bakalářská práce je členěna do sedmi kapitol. První kapitola je věnována definici a klasifikaci mentální retardace. Druhá kapitola nás seznámí s osobami s jinou duševní poruchou, především s Downovým syndromem, dětským autismem a se syndromem ADHD. Osobami s poruchou mobility se věnuje třetí kapitola, která se především zajímá definicí a klasifikací dětské mozkové obrny. Čtvrtá kapitola se zabývá terapeuticko-formativními přístupy, kde se podrobně rozepisuje dramaterapie, muzikoterapie a arteterapie. Tyto čtyři kapitoly patří do teoretické části.

Pátá kapitola tvoří základ bakalářské práce a nachází se již v praktické části. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak určité terapie působí na žáky s různým typem postižení. Ve své práci především popisují, jak nejlépe a nejefektivněji organizovat výzkumnou skupinu žáků s různým typem postižení, za použití terapeutických technik. V šesté kapitole jsem rozepsala každý týden určité terapie, přidala zvolené techniky a reakce skupiny a vybraných žáků na ně. Po každém týdnu jsem rozepsala svou reflexi lekcí, kde jsem popisovala svůj postup práce a poznatky na které jsem přišla. Na závěr jsem ještě zveřejnila závěrečnou diskuzi a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi.

Díky této práci, jsem si mohla vyzkoušet vést skupinu žáků s mentálním postižením a působit na ně prvky z dramaterapeutických, muzikoterapeutických a arteterapeutických psychoterapeutických směrů. Mohla jsem si vyzkoušet být výzkumník v roli terapeuta a pozorovat jak určité techniky na žáky působí. Celý výzkum mně velmi naplňoval a motivoval mně k dalšímu zájmu o terapeuticko-formativní přístupy.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ:

- ČERNÁ, M. 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 222 s. ISBN 978-802-4615-653.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha : Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- LAKOMÁ, J. 1993. *Skupinová psychoterapie v reedukačním procesu*. Vyd. Praha: Psýché, 126 s. ISBN neuvedeno
- LIEBMANN, M. 2005. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Vyd. 1. Překlad Johana Elisová. Praha: Portál, 279 s. ISBN 80-717-8864-3.
- MÜLLER, O. 2005. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. *Základy arteterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 167 s. ISBN 80-717-8616-0.
- VALENTA, M. – MÜLLER, O. 2004. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 2. vyd. Praha: Parta, 443 s. ISBN 80-732-0063-5.
- MAJZLANOVÁ, K. 2004. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike*. vyd. 1. Bratislava: nakladateľství IRIS, 196 s. ISBN 80-89018-65-3.
- JENNINGS, S. 1995. *Dramatherapy with children and adolescents*. Vyd. 1. Londyn : Routledge, 250s. ISBN 0-415-11040-8.
- VALENTA, M. 2007. *Dramaterapie*. Vyd. 1. Praha : Grada. 252 s. ISBN 978-80-247-1819-4.
- VALENTA, M. et al. 2006. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého. 139 s. ISBN 80-244-1358-2.
- ŠIMANOVSKÝ, Z. 2001. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. 2. Vyd. Praha : Portál. s. 264. ISBN 80-7178-161-0.
- PIPEKOVÁ, J. – VÍTKOVÁ M. 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. Vyd. Brno : Paido. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.

- LINKA, A. 1997. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna : Gloria. ISBN 80-901834-4-1.
- MÁTEJOVÁ, Z. – MAŠURA, M. 1992. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 202 s. ISBN 80-080-0315-4.
- KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. - WEBER, J. 2009. *Základy muzikoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 295 s. ISBN 978-802-4728-469
- MAREK, V. 2006. *Hudba je lék budoucnosti*. Vyd. 1. Praha : Paprsek, 96 s. ISBN 80-901582-3-4.
- ŠIMANOVSKÝ, Z. 2007. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie : ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Vyd. 2. Praha : Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-339-0.
- HOLZER, L. 2001. *Muzikoterapie : popis metody* [online]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.net> [cit. 22. 5. 2011].
- VALENTA, M. – KOZÁKOVÁ, Z. 2006. *Psychopedie I pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 61 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1187-3.
- BARTOŇOVÁ, M. – BAZALOVÁ, B. – PIPEKOVÁ, J. 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 150 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 978-807-3151-614.
- VALENTA, M. – BAZALOVÁ, B. - PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 3. dopl. a upr.. vyd. Praha: Parta, 2007, 386 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 978-807-3200-992.
- KOZÁKOVÁ, Z. 2005. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 74 s. ISBN 80-244-0991-7.
- ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- DLOUHÁ, J. a kol. 2011. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. 94 s. ISBN 978-80-7435-122-8.
- KVAPILÍK, J. – ČERNÁ, M. 1990. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 36 s. ISBN 80-201-0019-9.

- VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 528 s. ISBN 80-717-8308-0.
- SELIKOWITZ, M. 2005. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha : Portál, 196 s. ISBN 80-7178-973-9
- TRAIN, A. 1997. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 168 s. ISBN 80-7178-131-2.
- PACL I. a kol. 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. Vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
- DRTÍLKOVÁ, I. – ŠERÝ, O. 2007. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 268s. ISBN 978-80-7262-419-5.
- ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 10. vyd., Praha: Portál, 264. s. ISBN 80-7178-800-7.
- HRDLIČKA, M. – KOMÁREK, V. 2004. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-813-9.
- THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Vyd. 1. Praha: Portál, ISBN 80-7367-091-7.
- KRAUS, J. 2005. *Dětská mozková obrna*. Vyd. 3. Praha: Grada, s. 28. ISBN 80-247-1018-8.
- VÍTKOVÁ, M. 1999. *Somatopedické aspekty*. Vyd. 2. Brno: Paido, s. 33. ISBN 80-85931-69-9.
- RENOTIEROVÁ, M., - LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2006. *Speciální pedagogika*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, s. 213. ISBN 80-244-1475-9
- JANKOVSKÝ, J. 1995. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, s. 39. ISBN 80-7254-730-5.
- LESNÝ, I. 1985. *Dětská mozková obrna*. 2. vyd. Praha : Avicenum, 236 s. ISBN 08-088-85
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2005, *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc : UP, 133 s. ISBN 80-244-1154-7

RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6

Základní škola speciální a Mateřská škola speciální [online]. Inform: specskolanj.cz © 2009
[cit. 10.11. 2011]. Dostupné z : www.specskolanj.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Pozorovací arch pro jednotlivce

Příloha č.2 Pozorovací arch pro skupinu

PŘÍLOHY

Příloha č.1

Pozorovací arch pro jednotlivce

Zkoumané oblasti	Škála (1 – 7)	Další poznámky
Před lekcí - Počáteční psychický stav klienta (např. SMR1)	1-2-3-4-5-6-7	
Po lekcí – Psychický stav klienta po konci lekce (např. SMR2)	1-2-3-4-5-6-7	
Míra spolupráce se skupinou s asistenty a výzkumníkem	1-2-3-4-5-6-7	
Míra zapojení do technik	1-2-3-4-5-6-7	
Míra přizpůsobení a zvládnutí techniky při změně či úpravě techniky	1-2-3-4-5-6-7	
Další poznámky:		

1 – velmi dobrý, 2 – dobrý, 3 - spíše dobrý, 4 – spíše špatný, 5 – špatný, 7 – neúčastnil se

Příloha č.2

Pozorovací arch pro skupinu

Zkoumané oblasti	Škála (1-7)	Další poznámky
Před lekci - Počáteční psychický skupiny	1-2-3-4-5-6-7	
Po lekci – Psychický stav skupiny po ukončení lekce	1-2-3-4-5-6-7	
Míra spolupráce celé skupiny	1-2-3-4-5-6-7	
Míra zapojení do technik	1-2-3-4-5-6-7	
Míra změny původně připraveného programu	1-2-3-4-5-6-7	
Další poznámky:		

1 – velmi dobrý, 2 – dobrý, 3 - spíše dobrý, 4 – spíše špatný, 5 – špatný, 7 – neúčastnil se

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Martina Belanová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Specifika použití vybraných terapeuticko – formativních přístupů u osob s mentálním postižením
Název v angličtině:	The specifics of the use of selected formative therapeutic approaches for persons with mental disabilities
Anotace práce:	Práce se zabývá tématem, jak určité terapie působí na žáky s různým typem postižení. Teoretický vhléd popisuje osoby s mentálním postižením, osoby s jinou duševní poruchou a osoby s poruchou mobility. Dále popisuje terapeuticko-formativní psychoterapeutické přístupy. V praktické části je popsán výzkum, který byl prováděn v základní speciální škole v Novém Jičíně.
Klíčová slova:	
Anotace v angličtině:	This thesis deals with how a therapy works for pupils with different disabilities. Theoretical insight describes people with mental disabilities, people with other mental disorders and people with impaired mobility. The thesis further describes the formative therapeutic psychoterapeutic approaches. The practical part describes the research that has been conducted in special elementary school in Nový Jičín.
Klíčová slova v angličtině:	
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1. Pozorovací arch pro jednotlivce Příloha č. 2. Pozorovací arch pro skupinu
Rozsah práce:	59
Jazyk práce:	Český jazyk