UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Eva Šimečková

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň základních škol a střední školy-
Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Komparace vlivu terapie loutkou na žáky s různým mentálním postižením

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Olomouc 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 5. dubna 2012

……..

Eva Šimečková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a materiálových podkladů. Děkuji také ZŠ Slezského odboje, Opava a týmu lektorů Terapie loutkou za možnost realizovat praktickou část práce.

Eva Šimečková

Obsah

Úvod ... 6

1 Vymezení jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami ... 8

1.1 Osoby se zdravotním postižením ... 8

1.2 Osoby s mentálním postižením ... 9

1.2.1 Terminologie a definice ... 9

1.2.2 Klasifikace mentální retardace ... 11

1.2.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace ... 11

2 Terapie ve speciální pedagogice ... 15

2.1 Terminologické vymezení ... 15

2.2 Speciálně pedagogické terapie ... 15

2.2.1 Expresivní terapie ... 16

2.2.1.1 Dramaterapie ... 17

3 Terapie loutkou ... 22

3.1 Loutka ... 22

3.1.1 Terminologické vymezení ... 22

3.1.2 Klasifikace loutek ... 22

3.1.3 Využití loutek ... 23

4 Komparace vlivu terapie loutkou na žáky s různým mentálním postižením ... 28

4.1 Vymezení cílů šetření ... 28

4.2 Výzkumné otázky ... 28

4.3 Charakteristika použitých metod sběru dat ... 28

4.3.1 Pozorování ... 28

4.3.2 Rozhovor ... 29

4.3.3 Kazuistika ... 29

4.4 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku ... 30

4.4.1 Charakteristika výzkumného prostředí ... 30

4.4.2 Charakteristika výzkumného vzorku ... 31

4.4.3 Charakteristika respondentů ... 31

4.5 Analýza a interpretace šetření ... 32

4.5.1 Popis terapeutické techniky ... 32

4.5.2 Průběh terapeutické lekce 32
4.5.3 Kazuistiky zkoumaných jedinců 34
4.5.3.1 Kazuistika 1. žáka 34
4.5.3.2 Kazuistika 2. žáka 35
4.5.3.3 Kazuistika 3. žáka 36
4.5.3.4 Kazuistika 4. žáka 37
4.5.4 Výsledky šetření 39
4.5.4.1 Vyhodnocení výzkumných otázek 39
Závěr 42
Seznam literatury a zdrojů 43
Seznam příloh 47
Anotace

Úvod

„Kde je život, je naděje“

Miguel de Cervantes y Saavedra

Během praxe na základní škole Slezského odboje v Opavě jsem se seznámila s metodou terapie pomocí loutky. Dosud jsem o tomto způsobu léčby slýchala jen v souvislosti s nemocnicemi, hospitalizovanými dětmi a herními specialisty. Ve zmíněné škole byla loutka využita u mentálně a tělesně postižených dětí, které terapii vnímaly velice pozitivně. Přístup terapeutů, reakce klientů a celkové nevšední pojetí terapie mě velice zaujalo. Také fakt, že tato metoda není až tak známá, přispěl k tomu, že jsem se rozhodla tuto terapii hlouběji prozkoumat.

Zúčastnila jsem se dvaceti lekcí v průběhu dvou let, kde jsem pozorovala chování a reakce žáků během terapie. Mým záměrem bylo zjistit míru vlivu Terapie loutkou na žáky a porovnat účinek mezi jednotlivci. Objektem mého zkoumání se staly děti s různým mentálním postižením ze základní školy Slezského odboje v Opavě. Svou prací bych chtěla přispět také k objasnění procesu Terapie loutkou. V rámci svého výzkumného šetření jsem použila metody pozorování, rozhovoru a kazuistiky.

Bakalářská práce je pojata teoreticky i prakticky. Teoretická část se dělí na tři hlavní kapitoly. V první kapitole se zabýváme problematikou osob se speciálními vzdělávacími potřebami a hlouběji se zaměřujeme na jedince s mentálním postižením. Nejprve definujeme důležité pojmy a termíny, dále přistupujeme ke klasifikaci mentální retardace. Její jednotlivé stupně podrobněji charakterizujeme.

Druhá kapitola je věnována terapiím ve speciální pedagogice. V této části vymezujeme základní pojmy, klasifikujeme expresivní terapie a hlouběji se zaměřujeme na dramaterapii.

Třetí kapitola se týká terapie loukou. Nejprve vymezujeme pojem loutka, uvádíme také klasifikaci loutek a jejich možná využití. Nejdůležitější část kapitoly je věnována samotné Terapii loutkou.

V rámci teoretické části je citováno z příslušné literatury.

Praktická část je věnována vlastnímu výzkumu. Na začátku jsou stanoveny výzkumné otázky a popsány použité metody sběru dat. Dále je charakterizováno výzkumné prostředí

a výzkumný vzorek. Je zde popsán i konkrétní průběh terapeutických lekcí na ZŠ Slezského odboje, Opava a uvedeny kazuistiky vybraných žáků. Na závěr jsou vyhodnoceny a interpretovány výsledky šetření.

1 Vymezení jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), § 16 vymezuje *„osoby se speciálními vzdělávacími potřebami jako děti, žáky a studenty se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním či sociálním znevýhodněním“*.

„Za osobu se zdravotním postižením je považován jedinec s mentálním, tělesným, sluchovým či zrakovým postižením, vadou řeči, více vadami, autismem, vývojovými poruchami učení a chování.“

„Zdravotním znevýhodněním je myšleno zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, vyžadující zohlednění při vzdělávání.“

„Mezi osoby se sociálním znevýhodněním patří jedinci z rodinného prostředí s nízkým sociálně-kulturním postavením, jedinci ohrožení sociálně patologickými jevy, jedinci s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou, azylanti a účastníci řízení o udělení azylu.“

1.1 Osoby se zdravotním postižením

Definici zdravotního postižení podle školského zákona jsme si mohli přečíst výše. Existují však vymezení dle jiných souvisejících zákonů, které si definici upravují pro své účely. Ustanovení § 3 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje zdravotní postižení jako *„tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“*.

Podle § 67 zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti jsou osoby se zdravotním postižením definovány takto: *„Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními: ve třetím stupni, v prvním nebo druhém stupni. Za osoby se zdravotním postižením se považují i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení“*.

Obecnější definice zdravotního postižení vymezují různí autoři ve svých publikacích. Langer (1996, s. 44) charakterizuje jedince se zdravotním postižením jako *„osoby, které mají nedostatek v některé životně důležité funkci, příp. u nichž některá z těchto funkcí chybí“*.

Jiná definice označuje zdravotní postižení „*nejen za újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury funkce organismu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce, smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti*“. (Matějček, 2001, s. 7)

Jak uvádí Michalík (2011), nejčastější dělení zdravotního postižení je dle převládajícího postižení, a to nejčastěji na:

- tělesné,
- mentální,
- zrakové,
- sluchové,
- řečové,
- kombinované,
- nemocné civilizačními chorobami.

1.2 Osoby s mentálním postižením

Jak jsme již zjistili výše, mezi osoby se zdravotním postižením, jenž se dále řadí mezi osoby se speciálními potřebami, patří také jedinci s mentálním postižením. Následující kapitola blíže zabývá jejich terminologickým vymezením, klasifikací a charakteristikou.

1.2.1 Terminologie a definice

Mentální postižení a mentální retardace

Zastaralé a společensky neetické pojmy, jako jsou debilita, idiocie, imbecilita a další postupně mizí z psychopedických slovníků. Stejně tak označení „mentálně postižený, mentálně retardovaný, autista“ apod. jsou dnes nahrazeny společensky přijatelnějším označením „osoba s mentálním postižením, osoba s mentální retardací, osoba s autismem“. Na první místo se tedy klade osobnost jedince, na druhé místo pak jeho postižení. (Valenta, Müller, 2009)

Pojmy, jako mentální postižení a mentální retardace, jsou většinou vnímány jako synonyma a lze je označit jako *„trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy“*. (Švarcová, 2011, s. 28) Vašek (1994) však tyto pojmy odděluje a zastřešující význam přikládá termínu mentální postižení, kterým označuje všechny osoby s IQ pod 85.

Samotný pojem mentální retardace vymezuje i Valenta a Müller (2009, s. 12) jako *„vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“*. Tato definice se s předchozí nevylučuje, ale naopak ji doplňuje a rozšiřuje. V souvislosti s mentálním postižením se můžeme setkat také s pojmy oligofrenie či slabomyslnost, což jsou dřívější, dnes již téměř nepoužívané termíny pro mentální retardaci.

Demence

Označením „mentální retardace“ je myšlen stav vrozený nebo časně získaný (do 2 let života jedince). Postižení vzniklé po druhém roce života je označováno jako demence. Jedná se tedy o sekundární poruchu s tendencí postupného zhoršování stavu. Dětská demence je některými autory nazývána jako deteriorace inteligence a od stařecké demence se ve své charakteristice odlišuje. (Valenta, Müller, 2009) K dětské demenci může dojít poškozením mozku v průběhu života jedince, a to prostřednictvím různých onemocnění nebo úrazů. Dosud normální vývoj je v důsledku poškození narušen, zastaven nebo zvrácen. Demenci v dětském věku však nemůžeme označit za ireverzibilní poruchu, neboť negativní vliv mozkového poškození je (na rozdíl od dospělých) určitým způsobem kompenzován progresivní silou vývoje. (Švarcová, 2011)

Pseudooligofrenie

Zdánlivá mentální retardace neboli pseudooligofrenie je termín označující nepravou mentální retardaci. Jedná se tedy o postižení, které nevzniklo na základě poruchy CNS, ale vlivem vnějšího prostředí. (Pipeková, 2006) Jedná se například o jedince se závažnými emočními poruchami, smyslovým postižením nebo výchovně zanedbané děti, jejichž porucha nebyla časně rozpoznána a způsobila zaostání psychického vývoje. (Švarcová, 2011)

1.2.2 Klasifikace mentální retardace

Stupeň mentální retardace se určuje podle úrovně intelektu jedince. Míru inteligence vymezil německý psycholog William Stern jako tzv. inteligenční kvocient (IQ), který vyjadřuje vztah mezi věkem mentálním a fyzickým. (Müller, 2001)

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) vydána Světovou zdravotnickou organizací (SZO) rozděluje mentální retardaci takto:

F 70-79 Mentální retardace

F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50

F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35

F 72 Těžká mentální retardace IQ 34 – 20

F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a nižší

F 78 Jiná mentální retardace

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

1.2.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Neexistuje přesné vymezení specifik jednotlivých úrovní mentální retardace, neboť každý jedinec s mentálním postiženým je ve své osobnostní struktuře a charakteristice jedinečný. Přesto však se pokusíme jednotlivé kategorie mentálně postižených osob charakterizovat podle jejich zvláštností a společných znaků.

F 70 Lehká mentální retardace

Do pásma lehké mentální retardace řadíme jedince, jejichž hodnoty IQ se pohybují mezi 69-50. Mentální věk těchto osob odpovídá stáří přibližně 9-12 let. Postižení nemusí být vždy okamžitě rozpoznáno. Jedinci v pásmu lehké mentální retardace se na pohled mohou jevit zcela normálně. Většinou jsou plně samostatní, nezávislí v péči o vlastní osobu či

vykonávání téměř jakékoliv činnosti. Ve školské oblasti základní úrovně jsou za předpokladu upravených podmínek poměrně dobře vzdělavatelní. Jsou zařazováni převážně do základních škol praktických, ale s individuálním vzdělávacím plánem mohou být integrováni i v běžné základní škole. V dospělém věku zvládají vykonávat jednoduchá 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) Objevuje se zde opožděný vývoj řeči přibližně o jeden rok, jednoduchá slovní zásoba i stavba vět. Osoby s lehkou mentální retardací si dokážou osvojit používaná slova i slova takzvaně pasivní, čímž se téměř neodlišují od průměru. Výraznější odchylkou v komunikaci je narušená výslovnost nebo řečové vady, které však lze pomocí logopedických cvičení částečně nebo celkově odstranit. V oblasti myšlení jsou jedinci v tomto pásmu retardace schopni vnímat pouze konkrétně, abstraktní myšlení způsobuje problémy. Omezená je také schopnost logického myšlení, analýzy a syntézy, dedukce nebo úsudku. S myšlením úzce souvisí pozornost, která je u mentálně postižených jedinců velmi krátkodobá. U osob s mentální retardací dochází velice rychle k únavě, nesoustředění, odpoutání pozornosti a poruchám koncentrace. Vzhledem ke sníženému intelektu je postižena také jejich paměť. Každý nový poznatek či dovednost si osvojují pomaleji, než běžná populace. Obtíže způsobuje i pochopení a naučení nového učiva. (Müller, 2001)

F 71 Středně těžká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace je vymezena hodnotami IQ 49-35, což se shoduje s mentálním stářím 6-9 let. Vymezení jedinců v pásmu středně těžké mentální retardace je značně variabilní. Objevuje se zde omezení v různých složkách vývoje. Některé osoby v této kategorii jsou částečně omezeni v senzomotorickém vývoji, ale najdou se zde i poměrně zruční jedinci. Rozdílné je u těchto osob i opoždění vývoje řeči. Někteří jedinci jsou schopni jednoduché konverzace, mají ale velice chudou slovní zásobu a jejich vyjadřování dosahuje úrovně prostých vět. Jiní však nemluví vůbec nebo komunikují skrz gestikulaci či jiné formy neverbální komunikace. (Švarcová, 2011) V řeči je patrná dyslalie[1] a celková neobratnost artikulace. Chápání řeči je pouze na úrovni konkrétních pojmů. (Kozáková, 2005) Školní dovednosti těchto osob jsou omezeny na osvojení základů čtení, psaní a počítání a jejich vzdělávání je realizováno zpravidla v základních školách speciálních. V dospělém věku jsou

[1] *Dyslalie neboli patlavost je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka.* (Klenková, 2006, s. 99)

schopni vykonávat jednoduché manuální činnosti pod odborným dohledem. Uplatňují se především v chráněných dílnách. Většina z nich potřebuje dohled i v osobním životě. Jejich samostatnost bývá omezena a zvyšuje se závislost na druhých. Úplně samostatný život proto připadá v úvahu jen výjimečně. K mentálnímu postižení bývá zřídka přidružené somatické postižení, autismus nebo epilepsie. Většina osob v pásmu středně těžké mentální retardace je však zcela mobilní. (Švarcová, 2011)

F 72 Těžká mentální retardace

V kategorii těžké mentální retardace jsou zařazeni jedinci s IQ 34-20. Mentální věk odpovídá stáří 3-6 let. Úroveň schopností je v této kategorii výrazně snížená. Jedinci s těžkou mentální retardací mají značně omezený neuropsychický i motorický vývoj. Pohyby jsou neobratné a nekoordinované. Výrazné je i omezení v psychických procesech, jež se projevuje především sníženou koncentrací a pozorností, opožděním rozvoje myšlení, chápání nebo paměti. Řeč je na úrovni izolovaných slov, bez pochopení obsahu. Žáci s těžkou mentální retardací nezvládají školní trivium, lze je však naučit základním návykům sebeobsluhy, hygieny i jednoduchým činnostem. Výchovně - vzdělávací péče přispívá také k rozvoji jejich motoriky a komunikace. Jedinci s těžkou mentální retardací často trpí přidruženým tělesným postižením, deformací nebo smyslovými vadami. (srovnání: Švarcová, 2011; Kozáková, 2005; Jurkovičová, 2010; Kvapilík, Černá, 1990)

F 73 Hluboká mentální retardace

Kategorie s hodnotou IQ nižší než 20 představuje nejtěžší stupeň mentální retardace. Hodnota inteligence odpovídá věku pod 3 roky. Jedinci v pásmu hluboké mentální retardace jsou těžce opožděni v neuropsychickém vývoji i v oblasti motoriky. Omezení se týká převážně porozumění řeči a požadavkům a ve schopnosti komunikace. Řeč je na úrovni neartikulovaných zvukových projevů nebo základní neverbální komunikace. V oblasti motoriky jsou zde charakteristické stereotypní pohyby, omezený pohyb nebo imobilita. Jedinci s hlubokou mentální retardací vyžadují stálý dohled a péči v oblasti základních potřeb. Výchova a vzdělání je značně omezená, je však možný rozvoj motoriky nebo komunikačních dovedností. Častými vadami v této kategorii jsou kromě mentálního postižení i smyslové vady nebo epilepsie. (srovnání: Švarcová, 2011; Jurkovičová 2010; Kvapilík, Černá, 1990)

F 78 Jiná mentální retardace

Do kategorie jiné mentální retardace jsou zařazováni jedinci jejich přidružené somatické nebo smyslové postižení znemožňuje stanovení stupně inteligence. (Švarcová, 2011)

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

U jedinců s nespecifikovanou mentální retardací je prokázáno jejich mentální postižení, ale kvůli nedostatku informací je nelze zařadit do příslušného pásma. (Švarcová, 2011)

Hraniční pásmo mentální retardace

Někdy se můžeme setkat také s termínem „hraniční pásmo mentální retardace“, které je vymezeno hodnotami IQ 80-71. Patří zde osoby, jež nemůžeme zařadit do kategorie osob s mentální retardací, ale také nedosahují průměrné mentální úrovně. Jedná se o jedince s poruchami vědomí, dětskou mozkovou obrnou, poruchami sluchu a zraku, ADHD a podobně. (Jurkovičová, 2010)

Švarcová (2011) uvádí kategorii „mírné mentální retardace“, pro kterou je IQ vymezené hodnotami 85-69. Protože snížení rozumových schopností nevzniklo na základě organického poškození mozku, ale vlivem jiných faktorů, nejsou jedinci této kategorie považováni za mentálně postižené.

2 Terapie ve speciální pedagogice

2.1 Terminologické vymezení

Pojem terapie je latinsko-řeckého původu a znamená léčbu či proces léčby. Horňáková vymezuje terapii jako *„uplatnění terapeutických postupů, cvičení a programů na zlepšení narušených funkcí, na zprostředkování potřebných zkušeností a zážitků, na vytváření prostoru pro formování, dozrávání a pozitivní změnu“*. (in Pipeková, Vítková, 2001) Společně s poradenstvím, prevencí a intervencí v sociálním prostředí zařazuje tento termín do tzv. léčebně-pedagogické intervence.

Müllerova definice pohlíží na terapeutické přístupy jako na *„způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin k jisté prospěšné změně“*. (Müller, 2005) Müller dále uvádí základní rozdělení terapií podle jejich prostředků léčby:

- terapie chirurgická,
- farmakoterapie,
- fyzioterapie,
- psychoterapie.

Za jeden z hlavních zdrojů speciálněpedagogických terapií považujeme již zmíněnou psychoterapii, a to především proto, že využívá mnohých prostředků, které jsou speciální pedagogice blízké. (Müller, 2005) Psychoterapii můžeme vymezit jako *„odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem“*. (Müller, 2005, s. 15) Tuto definici lze s drobným pozměněním aplikovat také na terapie ve speciální pedagogice.

Kromě psychoterapie čerpají speciálněpedagogické terapie také z jiných oborů, kterými jsou například fyzioterapie, medicína, psychologie, pedagogika, sociologie, kulturní antropologie, právo, filozofie a další. (Müller, 2005)

2.2 Speciálně pedagogické terapie

Jak již bylo řečeno, každá terapie využívá různých léčebných prostředků. V terapiích aplikovaných ve speciální pedagogice to může být umění, divadlo, hra, zvíře a podobně.

Právě z hlediska použitých prostředků můžeme speciálněpedagogické terapie určitým způsobem klasifikovat:

- terapie hrou,
- pracovní a činnostní terapie,
- psychomotorické terapie,
- expresivní terapie (arteterapie),
- terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie). (Müller, 2005)

2.2.1 Expresivní terapie

Expresivní terapie, v širším slova smyslu také arteterapie, využívají kreativní způsoby vyjádření lidských pocitů, emocí a psychických stavů. Jak už bylo řečeno, lze pro definování expresivních terapií využít vymezení psychoterapie. Expresivní terapie jsou tedy *„odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikací uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem“*. (Müller, 2005, 28) Dle použitých uměleckých prostředků můžeme terapie rozdělit na:

- *Arteterapie* (v užším slova smyslu) – léčebný postup, využívající výtvarného umění za účelem zlepšení sebevědomí, změny sebehodnocení člověka a integrace jeho osobnosti. (Šicková – Fabrici, 2002)
- *Dramaterapie* – využití divadelních postupů k terapeutickým účelům. (Dočkal in Vybíral, Roubal, 2010)
- *Muzikoterapie* – využívání zvuku a hudby k psychoterapeutickým záměrům a zlepšení či udržení duševního zdraví. (Vránová in Vybíral, Roubal, 2010)
- *Taneční pohybová terapie* – terapie, která využívá pohyb a tanec jako psychoterapeutický a léčebný prostředek a jejíž základní myšlenkou je celistvost těla, duše a mysli. (Špinarová Dusbábková in Vybíral, Roubal, 2010)
- *Biblioterapie, poetoterapie* – využití mluveného a psaného slova (prvků poezie) k léčebným účelům. (Svoboda, 2007)

Mezi expresivní terapie můžeme zařadit také *Terapii loutkou*. Pokud bychom ji chtěli začlenit mezi již zmíněné terapie, nejspíše bychom na ni pohlíželi jako na specifický typ dramaterapie s využitím loutky. Terapie však ve své podstatě využívá nejrůznějších

prostředků. Setkáme se zde s divadlem, pohybem, malbou, prací s papírem, zpěvem a jinými. Autorka proto tuto terapii staví samostatně.

2.2.1.1 Dramaterapie

Jak už jsme uvedli, Terapii loutkou je možné zařadit také mezi formy dramaterapie. V této kapitole se blíže zaměříme na její vymezení. Nejdříve si však uvedeme základní využití divadla (dramatu).

Divadlo může mít kromě svých estetických a uměleckých záměrů také cíle edukační a léčebné. Pro tyto dva netradiční druhy využití dramatu se uchytil název paradivadelní systémy:

- **Paradivadelní systémy edukační povahy**

Dramatická výchova (výchovná dramatika, tvořivá dramatika, tvořivé drama, dramika)

Jedná se o formu dramatu, založenou na improvizaci a zaměřenou na vnitřní proces práce, nikoliv na výslednou podobu. (Valenta, 1999) Činnosti dramatické výchovy využívají prostředků dramatického umění, kterými jsou například improvizace, interpretace nebo vstupování do rolí a směřuje k naplnění psychologických a pedagogických cílů.

Dramatická výchova může být buď samostatným předmětem ve škole, nebo jen didaktickou a výchovnou metodou jako součást jiné disciplíny. (Valenta, 2007)

Divadlo ve výchově

Divadlo ve výchově je představení hrané profesionálními herci s cílem výchovně-vzdělávacího působení. Klienti jsou většinou jen pozorovateli děje, ale některé divadelní soubory nechávají diváky vstupovat do připravených rolí a ovlivňovat tak průběh děje. Po každém představení následuje rozbor hry a reflexe klientů s herci. Divadlo ve výchově se využívá například u ohrožených skupin mládeže. (Valenta, 2007)

- **Paradivadelní systémy terapeutické povahy**

Léčebné využití dramatu vychází z některých dějově orientovaných psychoterapeutických přístupů (Gestalt terapie, kognitivně-behaviorální terapie, analytická

terapie a další), které při práci s klienty využívají divadelních postupů a technik. (Valenta, 2007)

Psychodrama

Psychodrama je terapeutická metoda sloužící k dramatizaci vlastních zážitků, postojů a přání. Jejím zakladatelem je rakousko-americký lékař, psychiatr a sociolog Jakob Levy Moreno. (Valenta, 2007)

Psychodrama je řízená dramatická improvizace, na které se podílí klient, jako hlavní aktér hry, terapeut jako režisér, jeviště, pomocní herci a diváci. Principem psychodramatu je vytvoření modelu konkrétní životní reality, která pomáhá klientovi vyřešit vnitřní konflikty a problémy, pochopit vlastní postoje, zážitky a pocity. (Müller, 2005) Psychodramatu je možno využít k proniknutí do traumatických zážitků s jejich následným pojmenováním a pochopením. V této formě terapie se tedy vždy řeší osobní problém klienta. (Valenta, 2007)

Sociodrama

Sociodrama je v podstatě podobné psychodramatu. Odlišuje se jen tím, že se zaměřuje na hraní rolí v situacích, které obsahují odlišné socionormy a hodnoty. Jedná se například o sociální vztahy nebo sociopolitické problémy. (Valenta, 1999)

Psychogymnastika

Psychogymnastika je založená na neverbálním vyjadřování různých pocitů, vztahů a situací především prostřednictvím pantomimy. Proto některé literatury označují psychogymnastiku také za psychopantomimu. (Valenta, 2007) Klient zde pantomimicky vyjadřuje zadaná témata, která se vztahují k jeho vlastnímu problému. Po předvádění tématu následuje sdělování pocitů předvádějícím, ale i přihlížejícími. (Kratochvíl, 2006)

Teatroterapie

Teatroterapie je zvláštní formou expresivní terapie, která se od ostatních liší tím, že její hlavní podstatou není proces léčby, ale výsledný divadelní útvar. Léčba zde probíhá prostřednictvím přípravy a následné interpretace divadelního představení před publikem.

Nutno podotknout, že jde o divadlo hrané převážně herci s postižením. Ti pod vedením odborníků prochází celým procesem přípravy představení. Stávají se nejen herci, ale také scénáristy, dramaturgy, hudebníky, zvukaři, kulisáky, osvětlovači, atd. Tím se dostávají do různorodých situací, které musí řešit a zapojit tak svou fantazii a kreativitu. (Polínek in Müller, 2005)

Nejznámějším divadelním souborem mentálně postižených herců je holandský Maatwerk z Rotterdamu. Na Slovensku existuje bratislavská skupina Divadlo z pasáže, v České Republice pak například Bohnická divadelní společnost nebo brněnské Divadlo Neslyším. (Valenta, 2007)

Na hranici paradivadelních systémů stojí ještě dva terapeutické přístupy, jimiž jsou terapie hrou a herní specialista:

Terapie hrou

Müller (2005) řadí terapii hrou mezi speciálněpedagogické terapie, ne však mezi terapie expresivní. V širším pojetí chápe terapii hrou jako „*terapeutické využité hry v různých formách a oborech"*. (Müller, 2005, s. 26) V užším slova smyslu na ni pohlíží jako na součást práce herního specialisty.

Valenta však tyto dva přístupy odděluje. Terapie hrou spočívá ve využití léčebného potencionálu hry v práci s dětmi nemocnými, sexuálně zneužívanými, s poruchami učení a chování, z neúplné rodiny, s frustrujícími zážitky nebo jinými psychickými poruchami. Práce s nimi je většinou individuální, popřípadě se pracuje i s rodinou dítěte. (Valenta, 2007)

Pro děti znamená hra něco jako poradenství pro dospělé. Představuje pro ně přirozený prostředek komunikace. Hračky jsou jako slova, hra zastupuje řeč. V terapii hrou děti využívají speciálních hraček, které jim pomáhají vyjádřit to, co je pro ně obtížné vyslovit. Prostřednictvím hraček se děti uvolní, lépe vyjádří své pocity a celkově se tak zlepší jejich psychická stránka. (www.terapiahrou.sk)

Terapie hrou zvyšuje dětem sebevědomí a sebehodnocení, pomáhá jim nalézt vhodné způsoby řešení problémů, pomáhá jim pochopit a lépe vyjádřit své pocity, zlepšuje jejich komunikaci. (http://www.psychologickecentrum.sk/files/47.pdf)

S terapií hrou souvisí také filiální terapie. Jedná se o formu poradenské práce, při které se vyškolený rodič stává samotným terapeutem herní terapie pro své dítě. Hlavním průkopníkem hrové i filiální terapie je Prof. Garry L. Landreth. (www.terapiahrou.sk)

Herní specialista

Jedná se o kvalifikovaného pracovníka dětských oddělení nemocnic, jehož práce spočívá v udržování dobrého psychického stavu hospitalizovaných dětí. Hlavním úkolem herního specialisty je vytvoření důvěryhodného vztahu s dítětem, který napomáhá v lepší spolupráci se zdravotním personálem. Herní specialista pomáhá dětem pochopit novou situaci, vyrovnat se s pobytem v nemocnici a překonat období léčby. (Řezníčková in Valenta, 2008)

Jak již uvádí Müller (2005) a jak také můžeme odvodit z názvu, součástí práce herního specialisty je hra. Vytváří pro děti vhodné herní programy, které uzpůsobuje věku i zdravotnímu stavu, zajišťuje zájmy a aktivity dětí a společně s rodiči sestavuje herní plán. Prostřednictvím hry pomáhá dítěti pochopit jeho nemoc a léčbu a lépe ho adaptuje na nemocniční prostředí.

Dramaterapie

Asociace dramaterapeutů České Republiky definuje dramaterapii jako „*psychoterapeutický přístup využívající divadelních prostředků pro nalezení příznivé rovnováhy v oblasti duševní a tělesné nebo ve vztazích či se záměrem osobního rozvoje*“. (www.adcr.cz)

Dle Valenty je dramaterapie „*léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení stavu symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti*“. (Müller, 2005, s. 101)

Zjednodušeně můžeme říci, že dramaterapie je druh expresivní terapie, která pro léčebné účely využívá prostředků dramatu.

Od psychodramatu se liší především tím, že se nezaměřuje pouze na konkrétní problém klienta, neproniká do jeho traumatických zážitků ve snaze vyplynutí na povrch

a uvědomění. (Valenta, 2007) Dramaterapie pracuje s klienty spíše ve skupinové formě, klade důraz na kreativní tvorbu spojenou s prožitkem, hraní rolí, skupinové interakce a podobně. Klient zde nehraje pouze sám sebe, ale je nositelem několika různých rolí. (Dočkal in Vybíral, Roubal, 2010)

Hlavním cílem dramaterapie je nalezení alternativních způsobů k překonání klientových problémů (např. potíže v komunikaci, ve vztahu). Zaměřuje se také na lepší zvládání a vyjadřování emocí, uvolnění napětí, posílení sebedůvěry, rozvoj fantazie a koncentrace.

Ve speciální pedagogice se dramaterapie využívá u osob s různými druhy postižení. Nejčastějšími skupinami jsou mentálně postižené osoby, osoby s autismem či psychickými a neurotickými poruchami. Můžeme se zde setkat také s žáky se specifickými poruchami učení a chování, jedinci ohroženými sociální exkluzí, jedinci ve výkonu trestu nebo gerontologickými pacienty. (Valenta, 2007)

V dramaterapii se využívají nejen divadelní prostředky, ale také prvky hudebních, výtvarných, literárních, pohybových a dalších uměleckých oborů. Setkáme se zde s improvizací, hrou v roli, pantomimou, hrou s předmětem, hrou s loutkou, maskami, kostýmy a jejich tvorbou, líčením, verbálními i neverbálními složkami komunikace, hudbou, tancem, rytmem, koordinací pohybů, malbou na tělo, vyprávění či psaní příběhů. (Dočkal in Vybíral, Roubal, 2010)

3 Terapie loutkou

Pro lepší přehlednost a zdůraznění jsme zařadili Terapii loutkou do samostatné kapitoly. Nejprve se budeme věnovat vymezení a různým druhům loutek. Uvedeme také možná využití loutky a zaměříme se na terapeutické účely. Hlavní částí této kapitoly bude charakteristika samotné Terapie loutkou.

3.1 Loutka

3.1.1 Terminologické vymezení

Pojem loutka je odvozen od slova lýko, což byl v prvopočátcích loutkářství nejdostupnější materiál pro výrobu loutek. (Šechtl a kol., 1978) Jedná se o figurku v podobě člověka nebo zvířete, která je aktivně ovládána nějakou osobou. Od panenky se liší tím, že je při hře oživována – pohybuje se a mluví.

3.1.2 Klasifikace loutek

Klasifikaci loutek můžeme provést podle různých kritérií. Dle prostorové povahy se loutky dělí na plastické, reliéfní a plošné. Podle směru vedení – shora, zdola, ze strany, zezadu. Loutky můžeme vést pomocí nití, drátů, tyče, pák, táhel apod. Dělit je můžeme také podle materiálu, z něhož jsou vyrobeny (dřevo, papír, textil, sláma atd.). Loutky se mohou kombinovat také s živým lidským tělem. (Leština, 1997)

Nejčastější klasifikací je však rozdělení loutek podle způsobu vedení:

- *Loutky závěsné* – loutka je ovládána ze shora pomocí drátů nebo nití (nejznámějším typem je marioneta). (Leština, 1997)
- *Loutky spodové* – loutkovodič pohybuje loutkami zespodu (patří zde maňásek, prstové loutky nebo hůlková loutka – javajka). (Leština, 1997)
- *Loutky vedené ze zadu* – loutky jsou ovládány ze zadu tyčí, rukou nebo je loutkoherec drží před sebou – např. manekýn. (Tománek, 2006)
- *Loutky stínové* – loutky jsou promítány jako siluety na plátno. (Leština, 1997)

3.1.3 Využití loutek

Výchovné účely

Klasické využití loutek známe především z divadelního prostředí. Význam loutek a loutkového divadla je zejména výchovný, a to hlavně proto, že využívá mnoha výrazových prostředků najednou. Jedná se o melodii, mluvené slovo nebo specifický pohyb loutek, který je dětskému cítění velmi blízký. Umělecké ztvárnění loutek a jednotlivých scén, které tvoří prostředí k rozvoji dramatického děje, rozvíjí u dětí fantazii a obrazotvornost. Mimo jiné působí na cit a myšlení dětských diváků, obohacují jejich slovní zásobu, utváří vztah k okolnímu světu a rozvíjí umělecké cítění. (Leština, 1997)

Terapeutické účely

Loutka ve smyslu terapeutickém se využívá u lidí s nějakou poruchou či zdravotním postižením. Lze ji uplatnit u osob různého věku a pohlaví. Loutka zde má většinou funkci prostředníka mezi klientem a okolím. Jak už jsme si uvedli v předchozí kapitole, loutka může být součástí dramaterapie či práce herního specialisty. Následující kapitola poukazuje na využití loutky mimo divadlo.

- **Loutky v nemocnici**

V předchozí kapitole jsme si vymezili práci herního specialisty. Na podobném principu funguje i občanské sdružení Loutky v nemocnici. Jejich práce vychází z metod dramaterapie a je v podstatě její součástí.

Prostřednictvím loutkového divadla se snaží zlepšit psychický stav dětských pacientů a ulehčit jejich pobyt v nemocnicích. Hraje se přímo v pokoji nemocných dětí nebo ve společně herně nemocnice. Pohádky jsou přizpůsobeny věku pacienta, často i jeho onemocnění. K hraní se využívají loutky různého typu, velikosti nebo materiálu. Děti je berou jako hračku, se kterou si mohou povídat a svěřit se svým trápením. V přítomnosti loutky a pracovníků občanského sdružení děti zapomínají na bolest a nemoc, zahání stesk po domově a přestávají se bát.

Kromě loutek se v této práci využívá i prvků muzikoterapie. Hudba a zpěv na děti působí velice pozitivně, odbourává napětí a stres, vyvolává u nich pohybovou aktivitu. Nabudí jejich organismus k další spolupráci a podporuje jejich koncentraci.

Samotné loutkové představení probíhá většinou skupinovou formou ve společných prostorách dětských oddělení nemocnic. Pro děti s těžším onemocněním, které se skupinového představení nemohou zúčastnit, se hraje přímo v jeho pokoji nebo dokonce v postýlce.

Pohádky jsou z velké části založené na improvizaci. Děti mohou do děje jakkoliv vstupovat a měnit jej. Jsou akceptovány všechny jejich názory a pocity, které jsou zakomponovány do příběhu. Mohou také vymýšlet vlastní příběhy a sami si s loutkami zahrát. To navíc podporuje dětskou fantazii, kreativitu, komunikaci, interakci a sebedůvěru.

Loutky v nemocnici fungují už 10 let. Přestože sídlí v Praze, navštěvují i mnoho mimopražských nemocnic. V roce 2010 vznikla podobná organizace také na Slovensku, její název je Bábky v nemocnici. (www.loutkyvnemocnici.cz)

- **Terapie s loutkou**

Tento druh terapie spadá mezi expresivní terapie, konkrétně do arteterapie (v užším slova smyslu). Jedná se o skupinovou formu práce, která spočívá ve výrobě loutek. Ne však k účelům estetickým, ale s cílem terapeutickým. Léčbou je zde proces tvorby loutky.

Klienti terapie pod dohledem terapeuta sami loutku navrhnou, vyberou materiál na její výrobu a zhotoví. Každá loutka má svůj příběh, charakter, životopis, stáří a samozřejmě podobu. Jejich autoři k nim většinou přidají i něco ze sebe. Toto je však jen první fáze terapie.

Po dokončení loutek se všichni účastníci sejdou, představí si vzájemně své loutky a vybírají si k nim partnery. Z prvotního setkání postupně vznikají dialogy. Ty tvoří základ pro vznik představení. Pacienti tvoří scénáře, absolvují zkoušky, někdy i trochu improvizují. Celý proces přípravy vyvrcholí loutkovým představením pro personál a ostatní pacienty nemocničního či ústavního oddělení.

Třetí fází terapie je zhodnocení, shrnutí, sdělení dojmů a celkový rozbor. (Tomanová, 2003)

Terapie je určená především gerontologickým a psychiatrickým pacientům, osobám s kognitivními poruchami nebo poruchami myšlení. Rozvíjí u nich zručnost, tvořivost a fantazii, zlepšuje jejich sebedůvěru, komunikaci a spolupráci, pomáhá přijmout skutečnost stárnutí a začleňuje osamělého člověka do společnosti. Tato terapie probíhá v psychiatrické léčebně v Bohnicích. (www.plbohnice.cz)

- **Terapie loutkou – Edukace loutkou**

Historie vzniku

Terapie loutkou je projekt, který vznikl v roce 2002 v rámci občanského sdružení THeatr Ludem a Divadla loutek Ostrava. Za jejím vznikem stojí absolventka divadelní dramaturgie na Janáčkově akademii múzických umění v Brně, MgA. Hana Galetková a výtvarník, scénograf a režisér Tomáš Volkmer. V rámci projektu divadelní přehlídky Divadelní pouť bez bariér 2002 vytvořili společně tvořivé a vzdělávací dílny. Později začali pravidelně pořádat lekce za pomocí loutek v základní škole s rehabilitačním programem v Ostravě – Zábřehu pro žáky s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením.

Tato terapie byla zpočátku nazvána Edukace loutkou. Až když dětská ústavní psycholožka Hana Stachová vypozorovala z dílen terapeutické účinky na děti, nazvala tuto činnost Terapií loutkou. (Galetková, 2011)

Postupně se začal zvyšovat zájem o terapeutické lekce ze stran škol a pedagogů. Hana Galetková a Tomáš Volkmer se proto rozhodli v činnosti pokračovat i po skončení projektu. Postupně byly zaškoleny další dvojice lektorů, v současné době fungují 3 terapeutické týmy.

Lekce jsou pravidelně uskutečňovány v rámci Moravskoslezského kraje v několika mateřských, základních a speciálních školách, domovech a ústavech pro seniory či zdravotně postižené občany nebo centru pro mentálně a fyzicky postižené osoby. Každoročně jsou také pořádány veřejné dílny, na které se mohou přijít podívat jacíkoliv zájemci. Tento typ terapie není nikde jinde v Evropě registrován. (www.nadaceokd.cz)

Od roku 2011 je projekt Terapie loutkou pravidelně finančně podporován Nadací OKD a statutárním městem Ostrava. (www.theatrludem.cz)

Vymezení pojmu

„Edukace loutkou jsou specifické výchovně-vzdělávací lekce, v nichž lektoři/herci využívají loutek, předmětů a materiálu k fyzické i mentální aktivizaci dětských účastníků“ (Galetková, 2011, s. 2) V lekcích se využívají metody a techniky dramatické výchovy, loutkářské postupy a techniky k edukaci žáků, které se snaží o aktivní zapojení účastníků do činností uskutečňovaných v průběhu lekce. (Galetková, 2011)

Popis loutky

Loutky využívané při terapeutických lekcích jsou označovány jako „manekýni“, kteří jsou stylizací podobní člověku. Jedná se o přibližně 50 cm vysokou, látkovou figurku, kterou loutkoherec drží před sebou a hraje tak za loutku i sám za sebe. Postavičky jsou ohebné, mají snadno tvarovatelné končetiny a hlavu, což vytváří prostor pro specifický pohyb.

Loutky v Terapii loutkou se přímo podílejí na vytváření děje a jsou jeho hlavními aktéry. Nejsou jen postavami, se kterými se hraje, ale také které si hrají a pro které se hraje. Činnosti dětí nejsou ovlivněny pedagogem, ale jsou reakcí na situace fiktivních příběhů loutek, které jsou jim bližší a sympatičtější. (Galetková, 2011)

Obrázek č. 1

Terapeutická lekce

Terapeutické lekce se účastní dva terapeuti se dvěma loutkami - Panem Barvičkou a Slečnou Mašličkou. Průběh lekce spočívá ve vytváření příběhu loutek, jehož téma je předem dané, ale obsah je tvořen během terapie. Do jeho tvorby se prostřednictvím různých činností zapojují i děti. Pomáhají loutkám řešit jejich problémy, poznávají různé situace a získávají nové informace, zkušenosti a dovednosti. Pomocí různých materiálů (papír, lano, guma, igelit, atd.) vytváří prostředí pro realizaci příběhu.

Na začátku a na konci každé lekce se objevují tzv. rituály, které jsou pokaždé stejné nebo podobné. Jedná se o pozdravy, podání ruky, probouzení loutek, ukládání loutek, loučení. (Galetková, 2011)

Klientela

Terapie loutkou je určena dětem i dospělým se speciálními potřebami, osobám s mentálním nebo tělesným postižením, dětem ohroženým sociálním vyloučením, týraným dětem i všem ostatním. (www.theatrludem.cz)

Schopnosti rozvíjené v rámci terapie

- kreativita,
- fantazie,
- estetické cítění,
- výtvarné schopnosti,
- pohybové schopnosti,
- jazykové schopnosti,
- poznávání oblastí lidského života.
- poznávání lidského chování, atd. (www.theatrludem.cz)

4 Komparace vlivu terapie loutkou na žáky s různým mentálním postižením

4.1 Vymezení cílů šetření

V rámci praktické části jsme již dosáhli jednoho ze stanovených cílů, a to poukázat na existenci Terapie loutkou a přispět k objasnění jejího principu. V praktické části se zaměříme na druhý vytyčený cíl, kterým je zjistit míru vlivu Terapie loutkou na vybrané jedince a porovnat její účinek mezi jednotlivci.

4.2 Výzkumné otázky

Jaké schopnosti u zkoumaných jedinců rozvíjí terapie loutkou?

Jak vnímají terapii žáci s těžkou až hlubokou mentální retardací?

Jaký vliv má osoba terapeuta na průběh lekce?

Jak ovlivňuje složení terapeutické skupiny průběh lekce?

Jaký vliv mají vnější faktory na průběh terapie?

Koho ze zkoumaných jedinců ovlivnila terapie nejvíce?

4.3 Charakteristika použitých metod sběru dat

4.3.1 Pozorování

Hlavní metodou výzkumu bylo pozorování, při kterém jsme se snažili zjistit co největší množství informací, týkajících se dané problematiky. Bylo nám umožněno pozorování zúčastněné, které lze definovat jako *„dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces“*. (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 143) Průběh sezení nebyl pozorováním nijak narušen a nebylo jím ovlivněno ani chování žáků.

Tato metoda nám pomohla získat přehled o průběhu terapie a chování žáků během lekce. Poznali jsme také prostředí, ve kterém se terapie uskutečňovala, vztah učitelů k žákům a individuální charakter zkoumaných jedinců.

4.3.2 Rozhovor

Rozhovor je nejpoužívanější metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Jedná se o přímou komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta za účelem získání, co největšího množství informací. Významným pozitivem je zde osobní kontakt, který umožňuje celkový pohled na zkoumaného jedince. (Horák, Chráska, 1989)

Ve výzkumu bylo využito nestrukturovaného neformálního rozhovoru, který spočívá ve spontánním kladení otázek a přirozeném průběhu komunikace. (Hendl, 2008) Přestože rozhovor neměl předem připravenou strukturu, otázky byly pokládány s jasným cílem.

Rozhovor jsme absolvovali s třídní učitelkou zkoumaných dětí, která nám poskytla dostatek cenných informací i přes nutnost zajistit ochranu osobních údajů žáků. Podělila se s námi i s vlastním názorem na vliv terapie u dětí.

Druhým respondentem byla lektorka a samotná autorka terapie, která nám objasnila vznik, cíle a principy tohoto léčebného přístupu.

Oba rozhovory nám pomohly vytvořit si ucelenější obraz o zkoumaných jedincích i samotné terapeutické metodě.

4.3.3 Kazuistika

Kazuistika je jedním z typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu a spočívá v detailním studiu jednoho nebo několika případů, proto je označována také jako případová studie. (Miovský, 2006) Pro získání informací je využito všech dostupných zdrojů a metod sběru dat. (Švaříček, Šeďová, 2007)

V práci byly ke tvorbě kazuistik použity výsledky již zmiňovaných metod - pozorování a rozhovoru. Z důvodu ochrany osobních údajů žáků nám nebyly zpřístupněny žádné dokumenty. V rámci možností a poskytnutých informací jsme vypracovali co možno nejobsáhlejší studie vybraných jedinců. Hlavní část kazuistik byla věnována vypozorovanému chování žáků při průběhu terapie.

4.4 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku

4.4.1 Charakteristika výzkumného prostředí

Terapeutické lekce probíhají na Základní škole Slezského odboje v Opavě v kmenové třídě zkoumaných žáků.

Škola vznikla v roce 1990 rozdělením zvláštní školy ve Dvořákových sadech v Opavě. Je určena dětem s mentálním postižením a kombinovanými vadami. Skládá se ze základní školy praktické a základní školy speciální. Součástí je i přípravný stupeň ZŠ speciální, školní družina a jídelna. V průběhu let 1993-1994 vzniklo při škole speciálně pedagogické centrum Srdce, poskytující poradenské a terapeutické služby, formy a způsoby integrace dětí, žáků a studentů s mentálním a tělesným postižením. V současné době je ve škole šest tříd ZŠ praktické a sedm tříd ZŠ speciální, včetně dvou rehabilitačních tříd. Příprava na vzdělávání pro děti ve věku od pěti do sedmi let probíhá ve třídě přípravného stupně základní školy speciální. Školní družina nabízí žákům řadu zájmových kroužků (dramatický, turistický, sportovní, pěvecký a další). (http://zsps-opava.skolanawebu.cz)

Blízkost městského centra, nedaleká zastávka MHD a vlakové nádraží poskytuje škole snadnou dostupnost. Budova se nachází v menším parku, který odděluje školské zařízení od rušné silnice. Součástí pozemku je dvůr, ve kterém se nachází venkovní sportovní hřiště a krytá tělocvična, jenž není součástí hlavní budovy. Celý areál školy disponuje bezbariérovým přístupem. Vnitřní i vnější výmalba školy působí velice příjemným dojmem. Na chodbách se nachází nejrůznější barevné prvky, výtvory dětí a pestrá výmalba.

Terapeutické lekce se odehrávají v rohové části budovy, v menší učebně, určené pro 5-7 žáků. V současnosti tuto třídu navštěvuje 5 dětí. Místnost je žluto-bíle vymalovaná, a díky čtyřem velkým oknům i dobře prosvětlená. Je vybavena mnoha didaktickými a terapeutickými pomůckami, které žáci běžně využívají. Ke vzdělávání přispívá i stolní počítač. V přední části třídy, kde se odehrává výuka, se nachází výškově nastavitelné lavice a židle označené jmenovkami žáků. Nechybí zde ani dvě tabule na křídy a fixy nebo zrcadlo, poskytující optickou oporu pro nácvik správných pohybových dovedností. Ke společným aktivitám, relaxaci a hrám o přestávkách slouží koberec a větší stůl v zadní části místnosti. Všechny důležité předměty ve třídě jsou označeny cedulkami s jejich názvem.

Během terapie jsou lavice odklizeny na kraj učebny a židle jsou rozmístěny do půlkruhu. Mezi židlemi je prostor pro invalidní vozíky a kočárky imobilních žáků.

4.4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Terapie se účastní 10-12 dětí s různých tříd a různého druhu mentálního postižení. Většina žáků se aktivně zapojuje do průběhu terapie. Žáci s přidruženým somatickým postižením při terapii především pozorují dění a s pomocí asistentů a terapeutů se v rámci svých možností zapojují do jednodušších činností.

K výzkumu byly zvoleny dvě dívky a dva chlapci s odlišnými vadami. Všechny čtyři vybrané děti navštěvují třídu, ve které se terapie odehrává. Navzájem se dobře znají a umí spolupracovat. Věkové rozmezí žáků je 10 – 17 let. Tři z dětí jsou v pásmu středně těžké mentální retardace a samostatně se zapojují do činností během terapie. Dívka s nespecifikovanou MR samostatně nespolupracuje, k činnosti musí být pobídnuta.

Terapie loutkou probíhá u těchto dětí již pátým rokem. Pokaždé se shledává s úspěchem a pozitivními reakcemi. Během jednoho školního roku proběhne pouze 10 lekcí, a to většinou hned na podzim. I přesto se děti vždy těší na další rok a pamatují si jména loutek i činnosti, které minule vykonávaly.

4.4.3 Charakteristika respondentů

Dalšími aktéry terapie jsou lektoři. Jednou z nich je i MgA. Hana Galetková, absolventka Janáčkovy Akademie múzických umění v Brně, oboru divadelní dramaturgie. V současnosti pracuje jako lektorka umělecko-vzdělávacích programů v Divadle loutek Ostrava. Je zakladatelkou občanského sdružení Theatr Ludem, pod nějž spadá i provozování tvořivých dílen Terapie loutkou.

Druhou respondentkou je třídní učitelka zkoumaných dětí, která v zájmu ochrany osobních údajů neposkytla více informací.

4.5 Analýza a interpretace šetření

4.5.1 Popis terapeutické techniky

Terapie loutkou se v Základní škole Slezského odboje, Opava využívá u dětí s mentálním a somatickým postižením. Přispívá převážně k rozvoji psychosomatiky, jemné a hrubé motoriky, kreativity, výtvarných dovedností i řečových schopností. Tato terapeutická dílna je do jisté míry také formou vzdělání, a to skrze témata, která lze uplatnit v běžném životě.

Jednotlivé lekce trvají 45 - 60 minut a probíhají na základě příběhu dvou loutek, do kterého jsou účastníci terapie aktivně zapojováni. Pomocí různých materiálů (papíru, lana, gumy, igelitu, atd.) vytváří loutkám prostředí k příběhu nebo předměty, se kterými loutky manipulují.

Témata příběhů a materiály jsou na každou hodinu pečlivě připravovány lektory – Hanou a Tomášem, kteří také celou lekci vedou a pomáhají účastníkům aktivně se zapojit.

4.5.2 Průběh terapeutické lekce

Začátek každé lekce je vždy stejný a tvoří tak rituál, který dodává žákům pocit jistoty a známého prostředí. Terapeuti obejdou děti, každému podají ruku, pohladí je a pozdraví. Následně odhalí velkou oranžovou krabici, která je dětem z předchozích lekcí dobře známá. Oznámí, že v krabici někdo spí a je třeba jej probudit. Společně s účastníky si připraví takzvané „klepátko“ (pokrčený ukazovák, ostatní prsty v pěst), vezmou krabici a obejdou s ní děti. Ty postupně klepou na bednu, nepohyblivým dětem pomáhá asistentka. Následně se každý chytí za ucho a poslouchá, jestli se z krabice něco neozývá. Když se nic neděje, připraví si z rozevřených dlaní, přiložených k ústům, tzv. „hlásnou troubu“ a společně zvolají „Haló“. Znovu, tentokrát s nastraženým druhým uchem, poslouchají zvuky z krabice. Aby probudili spáče uvnitř, musí odfouknout víko. Všichni se společně nadechnou, našpulí rty a fouknou. Jeden z terapeutů přitom nadzvedává víko krabice. Foukání opakují asi třikrát, pokaždé s větším úsilím, dokud není víko odfouknuto. Poté terapeut vytahuje jednu nebo dvě loutky, které se rovněž zdraví s jednotlivými žáky. Tímto končí společná část terapie a začíná samotný příběh. Děti jsou uklidněné a lépe připravené na další činnost.

V příbězích loutek, tedy pana Barvičky a slečny Mašličky, se promítají radosti a starosti běžného života i nevšední dobrodružství, které spolu s loutkami prožívají i děti. Loutky se vydávají na daleké cesty, připravují si dobroty, dávají si dárky. Se vším jim pomáhají účastníci terapie. Z papíru vyrábí pokrmy, jako jsou rohlíky, koláče, jablka a další. Dlouhá guma, natažená a propletená mezi dětmi, asistenty i lektory vytváří loutkám trampolínu, roztažený a rozhoupaný igelit pak symbolizuje rozbouřené moře. Terapeuti se snaží děj přizpůsobit i ročnímu období, a proto děti na podzim vyrábí z papíru listí, v zimě zase sněhové vločky. Pastelkami, křídami či prstovými barvami kreslí obrazy a vystavují je v pomyslné galerii. Z vlastních těl tvoří sochy či stromy. Společně s loutkami protahují svá těla krátkou rozcvičkou, koulují se v papírovém sněhu, zpívají koledy nebo zdobí vánoční stromeček.

Každý příběh má svůj začátek, průběh, zápletku, rozuzlení a závěr. Žádné z témat však není striktně dané, jsou vítány především nápady dětí, které mohou do děje libovolně zasáhnout.

Po skončení každé lekce, děti ukládají loutky ke spánku zpět do krabice. Ví, že už nesmí mluvit, aby loutky nevzbudili. Potichu se rozloučí s lektory a společně uklidí celou třídu.

Terapie loutkou je jakousi hrou, která děti odpoutává od každodenností a stereotypu. Zaujati příběhem si ani neuvědomují, že mačkáním a trháním papíru procvičují jemnou motoriku, kresbou rozvíjí svou kreativitu a fantazii nebo rozcvičkou zdokonalují pohybové schopnosti. Během terapie děti projevují i své pocity a emoce. Pomocí různorodých témat si upevňují zásady hygieny, stravování a stolování, učí se, jak ošetřit zranění, zjišťují, co všechno je třeba k oslavě narozenin či Vánoc, v rámci cestování pana Barvičky a slečny Mašličky poznávají i exotické krajiny.

4.5.3 Kazuistiky zkoumaných jedinců

4.5.3.1 Kazuistika 1. žáka

Pohlaví: žena

Věk: 17 let

Diagnóza: Downův syndrom, srdeční vada, středně těžká mentální retardace.

Současný stav: Dívka navštěvuje 8. ročník základní školy speciální Slezského odboje v Opavě, kde je vzdělávána podle individuálního vzdělávacího plánu a za podpory asistentky pedagoga. Žije v ústavní péči, v dětském domově.

Vzhled: Menší, zavalitá postava, silné nohy, kolíbavá chůze, krátké, široké prsty na rukách, malá hlava, řidší, rovné vlasy, krátký, široký krk, zploštělý obličej, zešikmené oči, malý kulatý nos.

Oblast motoriky: Jemná motorika – dívka zvládá trhání, rolování, mačkání papíru, kreslení pastelkami (dlaňový úchop, kresba čáranic kulatého tvaru), kreslení prstovými barvami, počítání na prstech, vytvoření tzv. klepátka (pokrčený ukazovák, ostatní prsty v pěst), klepání na krabici, lepení lepicí páskou, s pomocí dokáže rozlepit náplast, má pevný úchop předmětů. Hrubá motorika – dívka má kolíbavou chůzi, neumí stát na jedné noze, zvládá odraz a skok snožmo i z jedné nohy. Na vyzvání dokáže třepat rukama a nohama, kroutit hlavou a boky. Při hudbě se pohybuje do rytmu. Umí házet míčkem, trefí se do cílového předmětu. Motorika mluvních orgánů – dívka neumí našpulit rty, nezvládá foukání.

Oblast komunikace: Dívka zvládá několik slov, které na vyzvání umí izolovaně použít (ahoj, ano, ne, dny v týdnu, měsíce, jména spolužáků, počítání do pěti). Neskládá slova do vět. Sama nemluví, jen vydává zvuky nebo se hlasitě směje. S pomocí dokáže zazpívat i několik naučených písniček. Mluvené řeči rozumí, ale ne vždy na pokyn adekvátně zareaguje.

Oblast myšlení a vnímání: Dívka je velice učenlivá, rozumí jednoduchým pokynům, ale při většině úkonů potřebuje názornou ukázku (např. trhání papíru, mačkání papíru, třepání rukou, lepení náplastí). Dále už ale pracuje sama. Dokáže vnímat rytmus hudby a podle něj tančit. Zvládá uvědomění si vlastního těla, na vyzvání si sáhá na části obličeje (nos, uši, oči, pusa), třepe rukama a nohama. Když nemá zadanou práci, sama si vyhledává činnosti. Umí rozeznat a pojmenovat spolužáky ve třídě a přiřadit fotografie ke jménům. Podle jmenovky a barvy si najde vlastní židli a lavici. Při terapii často odpoutává pozornost a na každou novou činnost

musí být znovu upozorněna. Přesto se velice ráda zapojuje a spolupracuje při skupinových aktivitách.

Oblast sebeobslužných činností: Dívka má naučené školní stravovací návyky - rozloží si na stůl ubrousek, na něj jídlo, sama se nají a napije, po svačině uklidí všechny drobečky do koše a umyje si ruce. Zvládá oblékání, ale potřebuje pomoc při zapínání knoflíků a zavazování bot. WC sama nepoužívá, nosí plenu.

Poznámky: Dívka má časté změny nálad, chvíli se směje a následně hlasitě naříká. Občas působí nervózně, je roztěkaná a nechce spolupracovat. Ve většině případů je však veselá, společenská a sama zapojuje do činnosti.

4.5.3.2 Kazuistika 2. žáka

Pohlaví: žena

Věk: 12 let

Diagnóza: nespecifikovaná mentální retardace způsobena organickým postižením mozku, opoždění psychomotorického vývoje.

Současný stav: Dívka navštěvuje 5. ročník základní školy speciální Slezského odboje v Opavě, kde je vzdělávána podle individuálního vzdělávacího plánu a za podpory asistentky pedagoga. Žije v úplné, pečující rodině.

Vzhled: Drobná postava, strnulé, pomalé pohyby, makrocefalie, vysoké čelo, malé zuby, často vyceněné.

Oblast motoriky: Jemná motorika – když dívka dostane do rukou papír, začne jej trhat na proužky nebo mačkat. Lehce klepe jedním prstem na krabici. Zvládá kreslit (čáranice) prstovými barvami, pokud jí někdo namočí prst do barvy. Z důvodu nepochopení úkolů, nelze zjistit další schopnosti. Hrubá motorika – dívka má pomalé, opatrné pohyby, nezvládá odraz, skok ani hod. Občas při rozcvičce třepe rukama a nohama, ale většinou nespolupracuje. Motorika mluvních orgánů – dívka neustále křiví ústa a cení zuby.

Oblast komunikace: Dívka většinou nemluví. Snaha o komunikaci se projevuje občasným nesrozumitelným šeptáním a vydáváním zvuků. Většinou jen bezhlasně otevírá pusu. Rozumí pokynům, které zná a dokáže na ně reagovat. Nové pokyny nechápe. Na vyzvání nepřítomně

podá ruku na pozdrav. Chybí oční kontakt. Pouze v jednom případě při pozdravu objala loutku.

Oblast myšlení a vnímání: Dívka rozumí jen naučeným pokynům, nové pokyny nechápe ani s názornou ukázkou. Samostatně nezvládá téměř nic. Do průběhu terapie se zapojuje pasivně a velmi sporadicky, většinou jen pozoruje. Na pokyn dokáže podat předmět, ale nedokáže s předměty manipulovat tak, jak je to požadováno. Její chování je nepředvídatelné. Někdy se sama od sebe usměje, zatleská nebo ukazuje na věci, jako by je počítala. Ve většině případů je apatická a na nic nereaguje. Podle jmenovky a barvy pozná svou židli a lavici ve třídě.

Oblast sebeobslužných činností: Dívka má navyklý stravovací proces ve škole, ale přesto potřebuje pomoc. Nachystá si sama svačinu, ale zapomíná na ubrousek či hrnek. Je velice pomalá a musí být popoháněna k rychlejšímu jedení. Po svačině si sama neuklidí, ale na pobídnutí smete drobečky ze stolu, vyhodí je do koše a opláchne hrnek a ruce. Sama zvládá obsluhu WC.

Poznámky: Dívka kvůli svému postižení užívá velké množství léků, které ovlivňují její psychický stav a činí ji apatickou.

4.5.3.3 Kazuistika 3. žáka

Pohlaví: muž

Věk: 11 let

Diagnóza: syndrom fragilního chromozomu X, středně těžká mentální retardace.

Současný stav: Chlapec navštěvuje 4. ročník základní školy speciální Slezského odboje v Opavě, kde je vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu a za podpory asistentky pedagoga. Žije v úplné rodině.

Vzhled: Středně vysoká silnější postava, kolíbavá chůze, silné ruce i nohy, kulatá hlava, husté černé vlasy, větší, lehce odstávající uši, brýle.

Oblast motoriky: Jemná motorika – chlapec má silné, neobratné prsty. Každý papír většinou ihned zmačká do kuličky. Pro trhání papíru potřebuje názornou ukázku. Má pevný úchop předmětů. Kreslí pastelkami pomocí dlaňového úchopu a prstovými barvami (kresba oválných skvrn nebo čáranic). Nakreslený výtvor dokáže pojmenovat. Umí vytvořit „klepátko“ i „hlásnou troubu“. Zvládá zaklepat na krabici, počítat na prstech, s pomocí slepí 2 předměty

lepicí páskou. Hrubá motorika – chlapec má díky své silnější postavě kolíbavou chůzi, nezvládá odraz ani skok, neumí házet míčkem z dálky, aby se trefil do cílového předmětu. Na vyzvání zvládá třepání rukama či nohama. Pohybuje se na hudbu, ale nevnímá její rytmus. Motorika mluvních orgánů – chlapec dokáže našpulit rty a foukat.

Oblast komunikace: Chlapec má poměrně širokou slovní zásobu. Mluví velice rychle, mnohdy nesrozumitelně. Často opakuje fráze několikrát po sobě, dokud jej někdo nezastaví nebo dokud neupoutá něčí pozornost. Většinou si mluví sám pro sebe, bez vyzvání. Na otázky odpovídá ještě dříve, než ji tazatel dopoví. Na začátek a konec terapie vždy podá ruku a pozdraví se s lektory. Vyhýbá se očnímu kontaktu, nemá rád ani doteky. Přehnaně gestikuluje, pohyby rukou se podobají nekontrolovatelným záškubům.

Oblast myšlení a vnímání: Chlapec rozumí běžným pokynům, pro nové složitější úkony potřebuje názornou ukázku. Zvládá uvědomění si vlastního těla, na vyzvání si sáhne na části obličeje (oči, nos, uši), zatřepe rukama či nohama. Rozpozná barvy a dokáže je pojmenovat. Vnímá hudbu, ale ne rytmus. Rozezná spolužáky ve třídě, pojmenuje je zkomoleným jménem. Podle jmenovky a barvy najde svou židli a lavici. Je velmi rychlý a hyperaktivní. Pro zabavení využívá třídní počítač, který dokáže samostatně ovládat, zapnout i vypnout. Procvičuje si na něm spojování obrázků se slovy, rozeznávání geometrických tvarů nebo sčítání a odečítání do pěti. Sám napočítá do desíti. Veškerou svou činnost si odříkává nahlas.

Oblast sebeobslužných činností: Chlapec se sám nasvačí, napije. Je naučený po sobě uklidit nepořádek. Má však špatné hygienické návyky, především v oblasti nosní hygieny a hygieny rukou. Sám se vysmrká, ale musí být upozorněn. Špinavé ruce utírá do trička nebo kalhot. Sám používá WC. S menší pomocí se dokáže obléci.

Poznámky: Chlapec je často velmi neklidný, roztržitý, trpí poruchou koncentrace.

4.5.3.4 Kazuistika 4. žáka

Pohlaví: muž

Věk: 10 let

Diagnóza: Wolf-Hirschhornův syndrom, středně těžká mentální retardace.

Současný stav: Chlapec navštěvuje 4. ročník základní školy speciální Slezského odboje v Opavě, kde je vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu a za podpory asistentky pedagoga. Žije v ústavní péči v dětském domově.

Vzhled: malý vzrůst, mikrocefalie, velké, nízko posazené uši, široký kořen nosu, povislá víčka, široce posazené oči (hypertelorismus), strabismus, krátké philtrum, pootevřená ústa, deformace nosu způsobena rozštěpem patra.

Oblast motoriky: Jemná motorika – chlapec je velmi snaživý a učenlivý. S menší pomocí zvládá trhání i mačkání papíru, sám dokáže kreslit pastelkami, křídou i prstovými barvami (čáranice). S pomocí zvládá slepovat lepicí páskou nebo rozlepit náplast. Hrubá motorika - chlapec má rychlou, drobnou, cupitavou chůzi, ruce má často zvednuté ve výši ramen. Na pokyn zatřepe rukama a nohama, pohybuje se na hudbu, dokáže se pohupovat na špičkách. Nezvládá odraz a skok. Hází s nápřahem, ale nedohodí daleko. Motorika mluvních orgánů – chlapec kvůli rozštěpu patra neumí našpulit rty, ale dokáže foukat.

Oblast komunikace: Řeč není vyvinutá, projevuje se občasným houkáním či nespecifickým zvukem. Chlapec se dorozumívá neverbální komunikací, především ukazováním na předměty. V běžném životě používá hlas velice zřídka, ale během terapie, při probouzení loutky, hlasitě křičí „ÁÓ“ (Haló). Mluvené řeči rozumí, dokáže adekvátně reagovat na pokyny. V nejistotě si vyžádá pozornost. Při pozdravu podává ruku, s loutkou se dlouze objímá.

Oblast myšlení a vnímání: Chlapec rozumí téměř všem pokynům. Je velmi vnímavý, pamatuje si dřívější činnosti a předem, pomocí gest, upozorňuje na následující aktivitu. K naučení nových činností potřebuje názornou ukázku. Vnímá vlastní tělo, na pokyn si sáhne na části obličeje, zatřepe rukama a nohama. Je velmi společenský a zvídavý. Detailně prozkoumává každou novou věc. Podle jmenovky a barvy pozná svou židli a lavici.

Oblast sebeobslužných činností: Chlapec zvládá školní stravovací návyky. Sám se nají a napije, uklidí po sobě, umyje nádobí. Dodržuje osobní hygienu, samostatně používá WC. Při oblékání a obouvání potřebuje pomoc.

Poznámky: Chlapec pozitivně reaguje na mužského terapeuta (srdečně se s ním vítá, pomáhá mu s přípravou lekce a úklidem), ženy - terapeutky si moc nevšímá.

4.5.4 Výsledky šetření

Během dvouletého pozorování vybraných žáků nebyl zaznamenán žádný výrazný posun. Terapie však u těchto žáků probíhá již pátým rokem a pokrok je značný především u dvou ze zkoumaných jedinců. Jak bylo zjištěno od třídní učitelky, nejvíce byla terapií ovlivněna žákyně č. 2 a žák č. 4.

U dívky se posun projevil zejména v lepším navazování sociálních kontaktů, odbourání strachu a častějším zapojením do činností. Chlapec se díky terapii naučil požívat svůj hlas a vyjádřit emoce, zklidnila se také jeho hyperaktivita.

U zbylých dvou žáků nebyl pokrok až tak viditelný, což je dáno především tím, že zvládali mnoho činností ještě před zahájením terapie. Nelze však říci, že by nebyli nijak ovlivněni.

4.5.4.1 Vyhodnocení výzkumných otázek

Jaké schopnosti u zkoumaných jedinců rozvíjí terapie loutkou?

Při terapii byli pozorováni čtyři jedinci různého mentálního postižení. Všichni byli mobilní a aktivně se zapojovali do všech činností. Byl u nich tedy patrný rozvoj téměř všech schopností a dovedností:

Jemná motorika – manipulace s papírem (mačkání, trhání, tvarování, skládání), kresba, malba, úchop pastelky, lana, igelitu, plachty, klepání, lepení lepicí páskou, manipulace s loutkou.

Hrubá motorika – chůze, skoky, třepání rukou a nohou, houpání s igelitem, plachtou či lanem, stoj na jedné noze, tanec, sed.

Myšlení – pochopení zadaného úkolu, výběr barvy.

Řeč – pozdrav, volání na loutku, počítání.

Estetické cítění – malba, kresba, hodnocení výtvoru.

Kreativita – malba, kresba, práce s papírem, spontánní dotváření příběhu.

Koncentrace – vnímání děje, reakce na pokyny.

Spolupráce – aktivní samostatné zapojení do činností.

Osvojení základů společenského chování a etiky – pozdravy, poděkování, popřání „Dobrou chuť“, podání ruky, vyzvání k tanci.

Jak vnímají terapii žáci s těžkou až hlubokou mentální retardací?

Přestože objektem našeho zkoumání nebyli žáci s těžkou ani hlubokou mentální retardací, v terapeutické skupině se vyskytovali. Byli zcela imobilní a lekcí se účastnili v kočárcích a vozících. Aktivně nevykonávali žádné úkony, ale pozitivně reagovali na podněty lektorů. Zájem o zapojení do terapie projevovali natočením hlavy směrem k dění. Při kontaktu s loutkou nebo terapeutem se usmáli. Terapeuti těžce postižené žáky při aktivitách nevynechávali, k provedení úkonů však bylo zapotřebí pomoci asistentů.

Jaký vliv má osoba terapeuta na průběh lekce?

Přítomnost terapeuta je předpokladem a základem pro vznik terapie. Terapeut udává jednotlivým lekcím formu a obsah, připravuje témata příběhů a materiálové podklady, je vodičem a mluvčím loutek. Je také hlavním iniciátorem k aktivitě účastníků.

Na úspěšném průběhu lekce se významně podílejí také charakterové vlastnosti a schopnosti terapeuta. Pro terapeutickou činnost je podstatná především schopnost komunikace a empatie. Při terapii loutkou, zvláště u mentálně postižených žáků je důležitá i trpělivost a respektování specifického chování klientů.

V dramatických formách terapie, tedy i v terapii loutkou je podstatná také schopnost improvizace a přizpůsobení se nové situaci.

Jak ovlivňuje složení terapeutické skupiny průběh lekce?

Terapeutická skupina je složená z žáků různého mentálního a somatického postižení. Většina z nich je mobilní, ale nacházejí se zde i zcela nepohybliví žáci.

Vliv žáků na průběh lekce je dán především jejich aktivitou a ochotou spolupracovat. Terapie je založená na činnosti a aktivním zapojení klientů. Je tedy vhodné začlenit do terapeutické skupiny alespoň několik mobilních a aktivních žáků. Pasivní nebo imobilní žáci tak mohou alespoň pozorovat, co se v lekci odehrává. Pokud je však terapie určená pouze imobilním žákům, měl by být přizpůsoben i její obsah.

Průběh terapie mohou negativně ovlivnit také agresivní žáci, kteří vyrušují nebo dokonce napadají ostatní účastníky terapie.

Na délku a dynamiku lekcí má vliv také počet žáků ve skupině. Optimálním počtem je 10 žáků.

Jaký vliv mají vnější faktory na průběh terapie?

Žáci jsou zvyklí na stálou místnost, ve které terapie probíhá. Jsou schopni vnímat změny v prostředí, ale průběh lekce tím není nijak výrazně ovlivněn. Některé lekce jsou zaznamenávány na kamery, což u žáků vyvolává různé reakce. Před začátkem lekce zkoumají nezvyklý objekt, jsou rozrušeni přítomností kameramana. Jakmile však lekce začne, žáci se soustředí pouze na ni. V průběhu některých lekcí se také fotí, což ale žáci nevnímají vůbec.

Terapie se účastní i různí pozorovatelé, kteří nijak nenarušují průběh lekce a svou přítomností nepřitahují pozornost žáků. Dá se tedy říct, že vnější faktory mají na průběh terapie minimální vliv.

Koho ze zkoumaných jedinců ovlivnila terapie nejvíce?

Dle názoru terapeutky a třídní učitelky i z výsledků pozorování byl nejpatrnější posun zaznamenán u žákyně č. 2. Před zahájením terapie dívka nereagovala na žádné podněty, byla uzavřená, plachá a bázlivá. Nebyla schopna uchopit nebo udržet ani lehké předměty.

Po pěti letech terapie je u dívky viditelný pokrok. Je schopná aktivně vykonávat některé činnosti a samostatně se do nich zapojit. Dokáže vyjádřit základní emoce například objetím loutky nebo podáním ruky terapeutům. Spontánně trhá papír a s pomocí jej dokáže zmačkat. Objevuje se u ní i snaha o komunikaci prostřednictvím nespecifikovaných zvuků nebo šepotu.

Závěr

Jedním z cílů této práce bylo poukázat na existenci dosud neznámého využití loutek k terapeutickým účelům, takzvané Terapie loutkou. Vymezení této metody najdeme v teoretické části práce. Je zde zmíněna historie terapie, od jejího vzniku až po současnost, popsán průběh lekcí a metody, v nich uplatňované.

Dalším cílem práce bylo zjistit míru vlivu terapie na vybrané jedince a porovnat účinek mezi jednotlivci. Z šetření vyplynulo, že terapie ovlivňuje celou psychosomatiku dětí, má pozitivní vliv na rozvoj jejich schopností a dovedností, ale i emoční a kognitivní stránku.

Porovnání vlivu terapie mezi účastníky bylo značně obtížné. Viditelný posun byl zaznamenán především u dvou ze čtyř zkoumaných jedinců. U dalších dvou žáků nebyl vliv až tak patrný, nelze jej však úplně vyloučit.

Pozorováním bylo prokázáno i pozitivní vnímání terapie žáky s těžkou až hlubokou mentální retardací. Byl také zjištěn vliv osoby lektora či složení terapeutické skupiny na průběh lekce. Vnější prostředí proces terapie nijak neovlivnilo.

Mohu konstatovat, že jsem splnila vymezené cíle práce. Vliv Terapie loutkou na žáky s mentálním postižením byl prokázán, i když se u některých jedinců projevoval v menší míře.

Věřím, že terapie najde uplatnění i v dalších školách a zařízeních, rozšíří se její klientela a uplatnění. Aby se jednalo o skutečnou terapii, doporučila bych především pravidelnost lekcí. Měly by se uskutečňovat minimálně jednou týdně, vždy ve stejný den a stejnou denní dobu. Terapie by měla probíhat po celý rok, nebo po dobu potřebnou pro klienta. Jednu terapeutickou skupinu by měli vést vždy stejní lektoři. S tím souvisí i rozšíření lektorských dvojic.

Jedná se o mladou techniku, která se neustále vyvíjí. Můžeme tedy očekávat určitý pokrok a větší efektivitu léčby.

Seznam literatury a zdrojů

Monografické publikace

GALETKOVÁ, H. 2011. Education through puppet – specific educational lessons in which puppets, objects and materials are used for physical and mental activation of the pupils, In *Mezinárodní konference Evropské pedagogické fórum*. 1. vyd. Hradec Králové: MAGNANIMITAS. ISBN 978-80-904877-6-5, ETTN 085-11-11011-12-4.

GALETKOVÁ, H. 2011. Loutkové divadlo jako nástroj výchovy a vzdělávání. In: *Příspěvek z mezinárodní doktorandské konference pořádané Janáčkovou akademií múzických umění v Brně*. Brno: JAMU. ISBN neuvedeno.

HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*: *základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HORÁK, F., CHRÁSKA, M. 1989. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 169 s. ISBN neuvedeno.

JURKOVIČOVÁ, P. A KOL. 2010. *Komunikace a lidé s mentálním postižením*: *Metodický materiál*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 50 s. ISBN 978-80-244-2648-8.

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická intervence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

KOZÁKOVÁ, Z. 2005. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0991-7.

KRATOCHVÍL, S. 2006. *Základy psychoterapie.* 5. vyd. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7367-122-0.

KVAPILÍK, J., ČERNÁ M. 1990. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 36 s. ISBN 80-201-0019-9.

LANGER, S. 1996. *Mentální retardace*: *etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. vyd. Hradec Králové: KOTVA. ISBN 80-900254-8-X.

LEŠTINA, V. 1997. *Vytváříme loutky pro tvořivou hru dětí.* 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-159-2.

MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených*. 3. vyd. Jinočany: H&H. ISBN 80-86022-92-7.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: *Desátá revize*. 2008. 1. vyd., 2. aktualizovaná verze. Praha: Bomton Agency. ISBN 978-80-904259-0-3.

MICHALÍK, J. A KOL. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MÜLLER, O. A KOL. 2005. *Terapie ve speciální pedagogice*: *teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

MÜLLER, O. 2001. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 87 s. ISBN 80-244-0207-6.

PIPEKOVÁ, J. A KOL. 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. 2000. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 165 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-010-7.

SVOBODA, P. 2007. *Poetoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 187 s. ISBN 978-80-244-1682-3.

ŠECHTL, J., ŠECHTLOVÁ, M., MALÍK, J., DVOŘÁK, J. V. 1978. *Svět loutek.* 1. vyd. Hradec Králové: Kruh. ISBN neuvedeno.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 167 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠVARCOVÁ, I. 2011. *Mentální retardace*: *Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. A KOL. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOMÁNEK, A. 2006. *Podoby loutky*. 5. vyd. Praha: AMU, 228 s. ISBN 80-7331-053-8.

VALENTA J. 1999. *Dramatická výchova a sociálně psychologický výcvik: srovnání systémů.* Praha: Institut sociálních vztahů, 79 s. ISBN 80-85866-40-4.

VALENTA, M. 2007. *Dramaterapie.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 252 s. ISBN 978-80-247-1819-4.

VALENTA, M. 2008. *Herní specialista v somatopedii.* 3. vyd. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci. ISNB 978-80-244-2137-7.

VALENTA, M., MÜLLER. O. A KOL. 2009. *Psychopedie*: *teoretické základy a metodika*. 4. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.

VAŠEK, Š. A KOL. 1994. *Špeciálná pedagogika*: *Terminologický a výkladový slovník*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo. ISBN 80-08-01217-X.

VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. A KOL. 2010. *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.

Legislativa

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Internetové zdroje

http://www.loutkyvnemocnici.cz

http://www.nadaceokd.cz

http://www.plbohnice.cz/

http://www.terapiahrou.sk

http://www.theatrludem.cz

http://zsps-opava.skolanawebu.cz

LENICKÁ, L. *Hrová a filiálna terapia* [online]. 2012, [cit. 31.3.2012]. Dostupné z: <http://www.psychologickecentrum.sk/files/47.pdf>

TOMANOVÁ, M. *Setkání mezi ploty. O šesti letech práce pracovního terapeuta v psychiatrické léčebně na gerontopsychiatrickém odd.* [online]. 2003, [cit. 25.3.2012]. Dostupné z: <http://www.pvsps.cz/data/document/20100505/ppf-zp-tomanova.pdf?id=270>

Seznam příloh

Příloha č. 1: **Rozhovor s třídní učitelkou**

Příloha č. 2: **Rozhovor s lektorkou, MgA. Hanou Galetkovou**

Příloha č. 3: **Činnost v rámci terapie – výroba jablečného závinu**

Příloha č. 4: **Činnost v rámci terapie – rozbouřené moře**

Příloha č. 5: **Činnost v rámci terapie – tvarování papíru**

Příloha č. 1: **Rozhovor s třídní učitelkou**

1. *Jaké postižení mají jednotlivé děti?*

   Žákyně č. 1 trpí Downovým syndromem a přidruženou srdeční vadou. Nachází se v pásmu středně těžké mentální retardace.

   Žákyně č. 2 má nespecifikovanou mentální retardaci způsobenou organickým poškozením mozku, makrocefalii, opožděný psychomotorický vývoj.

   Žák č. 3. má syndrom fragilního chromozomu X, je neklidný, trpí poruchou koncentrace. Je v pásmu středně těžké mentální retardace.

   Žák č. 4. trpí Wolf-Hirschhornovým syndromem způsobeným chromozomovou aberací. Nachází se v pásmu středně těžké mentální retardace.

2. *Jaký je věk dětí?*

   Žákyně č. 1 – 17 let.

   Žákyně č. 2 – 12 let.

   Žák č. 3 – 11 let.

   Žák č. 4 – 10 let.

3. *Jaký ročník navštěvují?*

   Žákyně č. 1 – 8. ročník.

   Žákyně č. 2 – 5. ročník.

   Žák č. 3 – 4. ročník.

   Žák č. 4 – 4. ročník.

   Všichni navštěvují základní školu speciální.

4. *Jaké je rodinné zázemí dětí?*

   Žákyně č. 1 – žije v ústavní výchově v domově dětí.
   Žákyně č. 2 – žije v pečující rodině.
   Žák č. 3 – žije v ústavní péči.
   Žák č. 4 – žije v rodině, ale má velmi špatné hygienické návyky.

5. *Myslíte si, že terapie na děti účinkuje?*

   Určitě, je velmi úspěšná.

6. *Koho nejvíce ovlivnila a jak?*

   Největší pokrok jde vidět na žákyni č. 2. Dříve byla velice uzavřená, plachá, do ničeho se nezapojovala. Velice mě překvapilo, jak reaguje na loutku. Podá ji ruku, obejme ji, vítá se a loučí s terapeuty. Trhá a mačká papír. Více se zapojuje do aktivit.

   Překvapil mě také žák č. 4. Když jsem se s ním snažila číst, nevydal ze sebe ani hlásek, ale při terapii nahlas křičí Haló. Nemohla jsem uvěřit svým uším.

7. *Jak dlouho u těchto dětí probíhá tato terapie?*

   Už pátým rokem.

Příloha č. 2: **Rozhovor s lektorkou, MgA. Hanou Galetkovou**

1. *Kdo je autorem terapie?*

   Terapie vznikla postupně v lektorském tandemu Hana Galetková a Tomáš Volkmer v roce 2002 a vyvíjela se v průběhu let a stále se utváří, hledáme nové cesty a podněty.

2. *Proč tato terapie vznikla?*

   (Odpověď byla zodpovězena prostřednictvím emailové přílohy)

3. *Kolik je v ČR týmů terapeutů?*

   Terapie je provozována pod hlavičkou Theatr ludem o.s. a Divadla loutek Ostrava a v současné době máme 3 lektorské dvojice.

4. *Existuje ve světě něco podobného?*

   Existují projekty s loutkami, ale systematická dlouhodobá činnost se strukturou dílen, které vedeme my, tak ne. V našich dílnách jsou loutky motivací k činnosti, jsou přátelé dětí, ty, pro které se tvoří. Ve světě jsme se setkala s terapií loutkou, kde klienti vyráběli loutky, nebo s nimi hráli osobní příběhy.

5. *Existuje nějaká teorie, publikace o této terapii (třeba i zahraniční)?*

   Zatím pouze to, co publikuji já a někteří členové Theatr ludem. Píši na toto téma disertační práci. Jmenuje se Edukace loutkou - loutkové divadlo jako nástroj vzdělávání.

6. *Dá se tato terapie zařadit mezi nějaké jiné terapie (př. Dramaterapie, Herní specialista, atd.) nebo stojí samostatně?*

   Stojí samostatně, ale mohla by být řazena jako specifický typ dramaterapie s využitím loutek. Já osobně bych ji řadila samostatně, jako samostatně stojící vedle dramaterapie a tudíž pouze v širším pojetí jako arteterapie.

7. *O kterém z dětí (1, 2, 3, 4) si myslíte, že ho terapie nejvíce ovlivnila a jak?*

   (Odpověď byla zodpovězena prostřednictvím emailové přílohy)

8. *Jaké je vaše vzdělání a současné zaměstnání?*

   Jsem absolventkou Janáčkovy Akademie múzických umění v Brně, obor divadelní dramaturgie. V současné době studuji doktorský studijní program v Ateliéru Divadlo a výchova, Výchovná dramatika pro Neslyšící u prof. Zoji Mikotové. Jsem zaměstnaná v Divadle loutek Ostrava jako lektorka umělecko-vzdělávacích programů.

Příloha č. 3: **Činnost v rámci terapie – výroba jablečného závinu**

Obrázek č. 2

Příloha č. 4: **Činnost v rámci terapie – rozbouřené moře**

Obrázek č. 3

Příloha č. 5: **Činnost v rámci terapie – tvarování papíru**

Obrázek č. 4

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eva Šimečková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Komparace vlivu terapie loutkou na žáky s různým mentálním postižením.
Název v angličtině:	A Comparison of Effect of the Puppet Therapy on Pupils with Various Mental Disabilities.
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá využitím Terapie loutkou a jejím vlivem na mentálně postižené žáky. Popisuje průběh a metody terapie.
Klíčová slova:	Zdravotní postižení, mentální retardace, speciální pedagogika, terapie, loutka, Terapie loutkou
Anotace v angličtině:	The Bachelor thesis deals with the use of Puppet Therapy and its influence on mentally disabled pupils. It describes the process and methods of Therapy.
Klíčová slova v angličtině:	Health Disability, Mental Retardation, Special Education, Therapy, Puppet, Puppet Therapy
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: **Rozhovor s třídní učitelkou** Příloha č. 2: **Rozhovor s lektorkou, MgA. Hanou Galetkovou** Příloha č. 3: **Činnost v rámci terapie – výroba jablečného závinu** Příloha č. 4: **Činnost v rámci terapie – rozbouřené moře** Příloha č. 5: **Činnost v rámci terapie – tvarování papíru**
Rozsah práce:	47 stran + 7 stran příloh
Jazyk práce:	Český