

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálně pedagogických studií

Bc. KRISTINA ŤOKOVÁ

II. ročník – navazující kombinované magisterské studium

Obor: Speciální pedagogika – andragogika

**AKTIVIZUJÍCÍ ČINNOSTI ESTETICKÝCH OBSAHŮ PŘI
PRÁCI S JEDINCI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr., PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

OLOMOUC 2014

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Kutné Hoře

dne 10. března 2014

OBSAH

ÚVOD 7

Teoretická část

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ 9

1.1 Mentální postižení a mentální retardace 9

1.1.1 Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace 11

1.1.2 Etiologie, symptomatologie a možnosti prevence mentální retardace 18

1.2 Specifika osobnosti jedince s mentální retardací 22

1.3 Charakteristika postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením 28

2 ESTETICKÁ VÝCHOVA A ESTETICKOVÝCHOVNÉ ČINNOSTI

PŘI PRÁCI S JEDINCI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM 31

2.1 Estetická výchova 31

2.1.1 Vymezení a pohled do historie estetiky a estetické výchovy 31

2.1.2 Cíle, prostředky a obsah estetické výchovy 35

2.2 Pojetí estetické výchovy při práci s jedinci s mentálním postižením 39

2.2.1 Klasifikace estetickovýchovné činnosti 40

2.2.2 Estetická výchova a jedinec s mentálním postižením 41

2.2.3 Procesní stránka estetické výchovy jedince s mentálním postižením 45

2.2.4 Význam estetické výchovy jedince s mentálním postižením 47

2.3 Speciálněpedagogická terapie v péči o osoby s mentálním postižením 49

2.3.1 Klasifikace a charakteristika expresivních terapií využitelných v péči o osoby s mentálním postižením 51

2.3.2 Pojetí arteterapie a inkluze jedinců s mentálním postižením do společnosti 54

Praktická část

3 ŠETŘENÍ 63

3.1 Cíl šetření 63

3.2 Charakteristika místa šetření a souboru respondentů 64

3.3 Metody šetření 77

3.4 Průběh šetření a ověření odpovědí 78

ZÁVĚR	96
SEZNAM LITERATURY	98
SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY	100
ELEKTRONICKÉ ZDROJE	101
SEZNAM TABULEK	102
ANOTACE	

Děkuji doc. PhDr., PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci a cenné připomínky k její realizaci, ale i sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách zařízení sociálních služeb, dále pedagogům a vychovatelům střední speciální školy, u nichž jsem prováděla šetření.

ÚVOD

„*O umění se dá tvrdit, že slouží cílům, jež ho přesahují.*“ (Eliot, 1972 in Šicková – Fabrici, 2008, s. 18)

Diplomová práce je zaměřena na aktivizující činnosti estetických i mimoestetických obsahů při práci s jedinci s mentálním postižením. Přesto, že je problematika mentálního postižení v posledních letech stále více diskutovaným tématem, je nezbytné a nutné stále usilovat o co nejlepší způsoby podpory a péče o jedince s mentálním postižením, hledat prostředky pro zlepšování kvality jejich života, a s tím související i jejich inkluze do majoritní společnosti.

Téma aktivizující činnosti estetických obsahů při práci s jedinci s mentálním postižením jsem si zvolila jednak proto, že studuji obor Speciální pedagogika - andragogika a pro zajímavost a aktuálnost tématu, ale také proto, že tomuto tématu nebylo v minulosti věnováno tolik pozornosti. Dalším důvodem volby této problematiky bylo to, že pracuji jako pedagogický asistent na běžné základní škole (dále jen ZŠ), kde pomáhám dětem se specifickými vzdělávacími potřebami, ale hlavně dětem s lehkým stupněm mentálního postižení zvládat nároky běžné ZŠ (i když vytváření podmínek a prostředí pro výuku dětí s mentálním postižením je stále jedna z nejkomplicovanějších a nejtěžších integrací na běžné ZŠ). Téma mě zajímá z pohledu výtvarníka, protože se zabývám arteterapeutickou výtvarnou a pracovní výchovou v rámci běžné ZŠ, a ráda bych svůj pedagogický růst opřela o integraci jedinců s mentálním postižením do běžných ZŠ a následně ovlivnit jejich snadnější inkluzi do společnosti (nejenom prostřednictvím tvořivé činnosti).

Jedním z hlavních cílů diplomové práce bylo pozorovat rozdílné znaky různých zařízení sociálních služeb a školského speciálního zařízení z hlediska aktivizujících činností s estetickými a mimoestetickými obsahy při práci s jedinci s mentálním postižením. Dílčími cíli práce bylo pozorovat, jsou-li aktivizující činnosti s estetickými a mimoestetickými obsahy při práci s jedinci s mentálním postižením určitým prostředkem k vytvoření harmonického prostředí pro lepší porozumění, komunikaci a pochopení jedinců s mentálním postižením intaktní populací, a nakonec v rámci této myšlenky zdůraznit jedinečnost umělecké exprese jedinců s mentálním postižením, která je daná jejich „jinakostí“, a které „zdraví“ jedinci nejsou schopni. V rámci šetření na střední speciální škole a různých zařízeních poskytujících sociální služby jsem chtěla potvrdit neocenitelný terapeutický a kompenzační potenciál a význam aktivizujících činností s estetickými a

mimoestetickými obsahy při práci s jedinci s mentálním postižením. Dalším záměrem práce bylo sledovat vliv těchto činností na kvalitu života jedinců s mentálním postižením, ale především jsem chtěla vyzdvihnout jejich význam a podíl v inkluzi jedinců s mentálním postižením do společnosti.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do dvou kapitol, v první kapitole se zabývám vymezením pojmu mentální postižení, a druhá kapitola rozebírá pojem estetická výchova a estetickovýchovné činnosti při práci s jedinci s mentálním postižením. Praktická část je zaměřena na cíl šetření, dále charakterizuje a popisuje pozorované subjekty, a průběh šetření má popisný charakter.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol. První kapitola vymezuje základní pojem mentální postižení. Druhá kapitola charakterizuje estetickou výchovu a význam estetickovýchovné činnosti při práci s jedinci s mentálním postižením.

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Práce je zaměřena na jedince s mentálním postižením, proto bude první kapitola věnována problematice a objasnění pojmu mentální postižení.

1.1 Mentální postižení a mentální retardace

Pojmy mentální postižení a mentální retardace se potýkají s určitými terminologickými nejasnostmi, ale i problémy etického rázu, které vyplývají ze samotného charakteru mentálního postižení. Terminologie je v delších i kratších časových úsecích revidována, protože většina bazálních pojmů se stává pro své pejorativní zabarvení společensky nevhodná, snad proto že člověk s mentálním postižením bývá společností vnímán jako komická nebo tragikomická bytost, v kontrastu např. k osobám se zrakovým postižením apod. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2013)

Skutečnost je taková, že co dříve bylo určeno jako „*terminus technicus*“, např. debil, imbecil, idiot, kretén či „*daun*“ atd., je dnešní společností pojímáno i jako nadávka. Avšak v současnosti se tato skutečnost dotýká i pojmu mentální retardace, který je vnímán jako společensky nevhodný, ale i jeho „paralelní“ pojem mentální postižení je v západních zemích vnímán jako nedostačující. Americká asociace pečující o osoby s mentálním postižením (AAIDD American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) nově nahrazuje termín „*mental retardation*“ za termín „*intellectual disability*“ = rozumově nedostačující. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2013, s. 28)

Z odborné terminologie byly v rámci humanizace oboru vypuštěny pojmy „*nevzdělavatelnost a nevychovatelnost*“ či stupně mentální retardace „*debilita, imbecilita, idiocie či idioimbecilita*.“ S důrazem na osobnost člověka je doporučováno užívat místo pojmu „mentálně retardovaný“ (mentálně postižený) pojmenování „osoba s mentálním postižením“, neboť člověk s mentálním postižením (dále jen MP) je v první řadě lidská bytost, a teprve na druhém místě je i „*defektní*.“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2013, s. 29)

Pojem **mentální postižení** užívaný ve speciálněpedagogické a poradenské praxi má jisté legislativní zakotvení v prováděcích vyhláškách školského zákona (č. 72/2005 Sb., ve znění vyhl. č. 116/2011 Sb., č. 73/2005 ve znění vyhl. č. 147/2011 Sb.). Zatímco ve zdravotnictví, a to např. v oboru psychiatrie a klinické psychologie je termín mentální postižení synonymem mentální retardace, tak ve školství je pojem mentální postižení vymezen mnohem širěji tedy jako zastřešující termín, který zahrnuje všechny jedince s IQ pod 85, tzn. osoby s mentální retardací a osoby nacházející se v tzv. hraničním pásmu mentální retardace. Širší rozsah mentálního postižení má své zastoupení v každodenní školské praxi, a to v podobě žáků, kteří pro své nižší rozumové schopnosti nezvládají nároky běžné školy a přitom nemají diagnostikovanou mentální retardaci. Bohužel ještě v době nedávné byly na tzv. zvláštní školy zařazovány děti, které schopnostmi nestačily na učivo základní školy běžné, avšak později realizované průzkumy prokázaly, že většina těchto dětí se v té době nacházela nad hranicí mentální retardace. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

„Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.“ Podpůrná opatření jsou definována ve vyhlášce MŠMT č. 73/2005 Sb., ve znění vyhl. č. 147/2011 Sb. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 30)

Pojem **mentální retardace** lze volně přeložit jako „zpoždění duševního vývoje“, avšak jedná se o termín, který je velmi nejednoznačný a vymezovaný velkým množstvím definic, které jsou však společně zaměřeny na celkové snížení rozumových schopností jedince a jeho schopnosti adaptování se na určité sociální prostředí. Termín mentální retardace se začal používat po konferenci Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO = World Health Organization) v Miláně v roce 1959 a postupně začal některé doposud používané pojmy nahrazovat. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 31)

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN) je mentální retardace definována jako (2006, s. 179) „stav zaostalého či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytovat společně s jakoukoli jinou duševní nebo tělesnou poruchou nebo bez ní. Mentálně retardovaní jedinci však mohou být postiženi celou řadou poruch, jejichž prevalence je u nich přinejmenším 3-4x častější než

v běžné populaci. Navíc jsou mentálně retardovaní jedinci vystaveni většímu riziku využívání a tělesného (sexuálního) zneužívání. Adaptační chování je narušeno vždy, avšak v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.“

1.1.1 Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Pro klasifikaci mentální retardace se užívají různé klasifikační systémy, ale nejvíce užívanými jsou kritéria:

1. **etiologická** – jedná se o klasifikaci podle příčin vzniku mentální retardace,
2. **symptomatologická** – jedná se o snahu klasifikovat mentální retardaci podle typických příznaků vážících se např. k typu osobnosti, vzhledu, somatických specifik, psychickému a motorickému vybavení člověka s mentální retardací apod. (například psychické symptomy jsou děleny do dvou kategorií chování, tzn., že může jít o osobu s mentální retardací **erectickou** = hyperaktivní či neklidná nebo **torpidní** = hypoaktivní, apatická či netečná),
3. **vývojová** – klasifikace, která vychází ze znalosti vývojových období tzv. intaktní populace, ale také ze znalosti zákonitostí, jimiž se vývojové procesy řídí,
4. podle **závažnosti** tedy stupně **postižení** – jedná se o klasifikaci mentální retardace za pomoci tzv. inteligenčního kvocientu (IQ), který vyjadřuje poměr mentálního věku k věku fyzickému, chronologickému, zde se řídíme 10. revizí MKN, kterou vydala WHO v Ženevě v roce 1992. Mentální retardace je diagnostikována, je-li rozsah inteligence nižší než IQ 70. (Müller, 2006)

Ve speciálně-pedagogické praxi psychopedie nemá vymezení IQ zas tak zásadní význam, důležité je zaměřit se na celou osobnost jedince s mentální retardací, na úroveň socializace a inkluze, tzn., jak jedinec zvládá většinu sociálních situací apod. (Krejčířová, 2007)

Diagnostická kritéria mentální retardace dle MKN – 10 :

- inteligence je vymezena za pomoci určitých specifických dovedností, které se mohou vyvíjet nesouměrně, a tím je velmi obtížné osoby s mentální retardací kategorizovat, přičemž určení intelektuální úrovně musí vycházet z klinických nálezů a psychomotorických testů, adaptačního chování, a to s ohledem na sociokulturní rámec jedince,

- musí být dokázána snížená úroveň intelektových funkcí, přičemž v důsledku je snížená schopnost přizpůsobení požadavkům běžného sociálního prostředí,
- uvedené úrovně IQ by měly být pouze vodítkem, a měly by být stanoveny standardizovanými inteligenčními testy, individuálně aplikovanými a vycházejícími z místních kulturních norem,
- stupnice sociální zralosti a adaptace by měla být doplněna rozhovorem s rodiči a vychovateli. (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2013)

Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace dle hloubky postižení dle **10. revize MKN** (zpracovaná WHO v Ženevě, která vstoupila v platnost r. 1992, u nás 1993), přičemž toto rozdělení je pouze orientační, protože nemůže pojmut většinu kvalitativních znaků rozumových schopností jedince. (Kozáková, 2005)

Tabulka č. 1: *Stupně mentální retardace podle MKN-10.* (Kozáková, 2005, s. 22)

Kódová čísla	Slovní označení	Pásmo IQ
F 70	Lehká mentální retardace	50 – 69
F 71	Středně těžká mentální retardace	35 – 49
F 72	Těžká mentální retardace	20 – 34
F 73	Hluboká mentální retardace	0 – 19
F 78	Jiná mentální retardace	
F 79	Nespecifikovaná mentální retardace	

Podle MKN-10 se k základnímu kódu přidává ještě čtvrtý znak určující rozsah **případného přidruženého postižení chování**.

Tabulka č. 2 : *Rozsah přidruženého postižení chování podle MKN-10.* (Kozáková, 2005, s. 23)

Základní kód		Rozsah přidruženého postižení chování
F 7X.	0	Žádné nebo minimální postižení chování
F 7X.	1	Výrazné postižení chování vyžadující pozornost, léčbu
F 7X.	8	Jiné postižení chování
F 7X.	9	Bez zmínky o postižení chování

Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

F 70 Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let (Krejčířová, 2007)

- výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací (dále jen MR) je 80%, v populaci 2,6%,
- příčinou tohoto stupně MR je dědičnost, sociokulturní deprivace či nedostatečně podnětné prostředí,
- u dětí s lehkým mentálním postižením do 3 let je patrné jen mírné opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, avšak jisté nápadnější potíže mohou být znatelné až mezi 3 a 6 rokem života dítěte, může jít např. o malou slovní zásobu, opožděný vývoj řeči a komunikačních schopností, obsahovou chudost či jednoduchost mluvy, mohou se vyskytovat různé druhy narušené komunikační schopnosti, nedostatečnou zvědavost a vynalézavost, stereotypní způsob hraní atd.,
- potíže jsou nejvýraznější v období školní docházky, jedná se např. o konkrétní mechanické myšlení, omezenou schopnost logického myšlení, mechanickou a slabší paměť, potíže v analýze a syntéze, opožděnou jemnou a hrubou motoriku a poruchu pohybové koordinace,
- v emocionální oblasti je patrná afektní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita,
- jedinci s lehkou MR se vzdělávají podle příslušného vzdělávacího programu na ZŠ praktické nebo formou individuální či skupinové integrace na ZŠ běžné, dále navštěvují odborná učiliště nebo praktické školy, mnoho dospělých jedinců s lehkou MR je schopna pracovat a úspěšně udržovat sociální vztahy (Pipeková, 2006),
- mluvu si osvojují opožděně, přesto většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě,
- většina je zcela samostatná v sebeobslužné péči (např. jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, přesto že je vývoj proti normě pomalejší,
- v sociokulturním kontextu, kde není kladen velký důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň MR působit vážnější potíže, avšak důsledky MR se mohou projevit, je-li člověk s lehkou MR také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje společenským tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství a rodičovství, nebo nedokáže

samostatně řešit situace plynoucí z nezávislého života, jako je např. udržení si odpovídajícího zaměstnání, bydlení, zdravotní péče apod.,

- u jedinců s lehkou MR se mohou vyskytovat další přidružené chorobné stavy, jako je např. autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost,
- lehkou mentální abnormalitu,
- lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu). (Švarcová, 2006)

F 71 Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let (Krejčířová, 2007)

- výskyt v celkovém počtu jedinců s MR je 12%, v populaci 0,4%, (Pipeková, 2006)
- opoždění vývoje bývá znatelné již v kojeneckém věku nebo nejpozději v batolecím věku (Kozáková, 2005),
- etiologie tohoto stupně MR je již organického původu,
- výrazně je opožděn vývoj myšlení a řeči, přičemž toto opoždění přetrvává až do dospělosti,
- řeč je velmi jednoduchá a obsahově chudá, s výskytem častých dysgramatismů, tvoří velmi jednoduché věty, někteří komunikují pouze nonverbálně,
- chybí schopnost abstraktního myšlení,
- zpomalený vývoj jemné a hrubé motoriky, a přetrvává celková neobratnost a nekoordinovanost pohybů a nedostatečnost jemných úkonů, také jsou výrazně omezené schopnosti sebeobsluhy,
- emocionální labilita a nepřiměřené afektní reakce, ale také nejsou schopni úspěšně a samostatně řešit některé náročnější životní situace,
- jedinci se středně těžkou MR se vzdělávají většinou na ZŠ speciální nebo formou individuální či skupinové integrace na ZŠ běžné dle odpovídajícího vzdělávacího programu, další vzdělávání je možné v praktické škole, a pracovní zařazení je často realizováno v chráněném prostředí (Pipeková, 2006),
- u jedinců této kategorie je výrazně opožděna sebeobsluha a celková zručnost, možnosti jsou limitované i ve škole, ale při kvalifikovaném pedagogickém vedení si osvojí základy čtení, psaní a počítání,

- v dospělosti jedinci se středně těžkou MR jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled – bývají většinou plně mobilní a fyzicky aktivní, navazují kontakty a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách, avšak zřídka kdy je možný úplně samostatný život,
- v této skupině jsou značné rozdíly v povaze schopností – někteří dosahují vysoké úrovně v senzomotorických dovednostech a menší úspěch mají ve schopnostech sociální interakce a komunikace, a zase naopak jiní jsou značně neobratní a jejich komunikační schopnost má dobrou úroveň, někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou rozumět mluvené řeči a naučit se různé formy neverbální komunikace,
- u některých jedinců se středně těžkou MR je možné současně diagnostikovat také např. dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, tělesná postižení, neurologická onemocnění, zejména epilepsii nebo různá psychiatrická onemocnění.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální abnormalitu,
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilita). (Švarcová, 2006)

F 72 Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let, (Krejčířová, 2007)

- výskyt v celkovém počtu jedinců s MR je 7%, v populaci 0,3%,
- etiologie tohoto stupně MR jsou negenetické příčiny (např. poškození zárodečné buňky, malformace CNS, infekce apod.) a různé formy genetických příčin,
- výrazné opoždění v psychomotorickém vývoji je již v předškolním věku – vyskytuje se celková neobratnost, a dlouhodobé osvojování koordinace pohybu,
- někteří jsou schopni osvojit si základní hygienické návyky a prvky sebeobsluhy, a přesto má většina potíže udržet osobní tělesnou čistotu v dospělém věku,
- jedinci s těžkou MR mají poruchy pozornosti, výrazné narušení afektní sféry či nestálost nálad, jsou impulzivní, (Pipeková, 2006)
- řeč jedinců s těžkou MR je výrazně omezena, buď se nevytvoří vůbec, nebo zůstává na úrovni pudových hlasových projevů, které se různě mění podle toho, jde-li o spokojenost či nespokojenost nebo přání, také jsou narušeny modulační faktory řeči (např. dynamika nebo melodie řeči), někdy se mohou vyskytnout echolálie, tzn., že jedinec opakuje slyšené zvuky bez pochopení smyslu – pro komunikaci s okolním prostředím jsou využívány systémy AAK a sociální učení, (Klenková, 2006)

- tato kategorie je podobná kategorii středně těžké MR, ale celkové snížení úrovně schopností je mnohem výraznější – většina jedinců trpí poruchou motoriky, ale i jinými přidruženými vadami,
- i když možnosti výchovy a vzdělávání těchto jedinců jsou velmi náročné, tak včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitace, výchovně vzdělávací péče může výrazně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových a komunikačních schopností a dovedností, a vůbec k celkovému zlepšení kvality jejich života.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální abnormalitu,
- těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako idioimbecilita). (Švarcová, 2006)

F 73 Hluboká mentální retardace, IQ je menší než 20, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky, (Krejčířová, 2007)

- výskyt v celkovém počtu jedinců s MR je 1%, v populaci 0,2%,
- etiologie tohoto stupně MR bývá organického původu, (Pipeková, 2006)
- jedinci s hlubokou MR jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům okolí nebo jim vyhovět,
- většina osob této kategorie je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu, mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled, bývají inkontinentní,
- chápání a používání řeči je velmi omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky – je možné dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností, a mohou se částečně podílet na praktických sebeobslužných úkonech, (Švarcová, 2006)
- komunikace je nonverbální beze smyslu – neartikulované výkřiky a grimasy, vyjadřování příjemných a nepříjemných pocitů,
- jedinci s hlubokou MR se většinou nedožívají vyššího věku, (Pipeková, 2006)
- častá jsou vážná neurologická onemocnění nebo somatická postižení postihující hybnost, dále se vyskytuje epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání, vyskytují se nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální abnormalitu,
- hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocie). (Švarcová, 2006)

F 78 Jiná mentální retardace

- tato kategorie je určena tehdy, když pro stanovení stupně intelektové retardace pomocí běžných metod je nesnadné, protože to znemožňují přidružená senzorká nebo somatická poškození, např. u jedinců nevidomých, neslyšících či nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, s autismem či s těžkými tělesnými postiženími. (Švarcová, 2006)

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

- této kategorie je použito u osob, kdy MR je prokázána, ale chybí dostatek informací, aby mohl být jedinec zařazen do jedné shora uvedených kategorií. (Švarcová, 2006)

Výše uvedená klasifikace MR již neobsahuje kategorii „**mírná mentální retardace**“, značící **IQ 85 – 69**, která byla používána ve starších klasifikačních systémech. Toto snížení úrovně rozumových schopností většinou nesouvisí s organickým poškozením mozku, ale bývá zapříčiněno jinými faktory, např. genetickými, sociálními apod. Děti s opožděným rozumovým vývojem, u kterých k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku, např. sociální zanedbanost, nepodnětné prostředí či smyslové vady apod., nejsou považovány za osoby s mentálním postižením. (Švarcová, 2006) Jedinci, kteří patří do této kategorie, mohou s poskytováním patřičné speciálněpedagogické podpory zvládnout ZŠ běžnou, a jsou nejvhodnější skupinou pro současné integrační tendence na běžných ZŠ. (Kozáková, 2005)

V souvislosti s touto problematikou je třeba zmínit termín **sociálně podmíněné mentální postižení** (dříve označované jako pseudooligofrenie) – jde o stav snížené inteligence, který je způsobený sociálními faktory, např. výchovné zanedbávání a nedostatečná stimulace, sociokulturně znevýhodněný jedinec, nepodnětné prostředí nebo psychická deprivace atd. Následkem těchto faktorů nedochází u jedince k rozvoji rozumových schopností odpovídajících jeho věku. Pro sociálně podmíněné mentální postižení je charakteristické opoždění vývoje řeči a myšlení, neschopnost sociální adaptace, můžeme také pozorovat poruchy chování např. negativismus, odmítání kontaktu s další osobou, apatie apod. Tento stav, ale není neměnný ani trvalý, lze jej výrazně ovlivnit vhodným výchovným působením. Z uvedeného vyplývá, že vymezení jednotlivých stupňů MR není jednoduché, a proto je třeba brát zřetel i na další aspekty, např. míru sociální adaptace, praktickou zručnost či úroveň socializace apod. (Kozáková, 2005)

1.1.2 Etiologie, symptomatologie a možnosti prevence mentální retardace

Etiologie mentální retardace je různorodá, příčiny MR se mohou vzájemně prolínat a spolupůsobit. Ve výzkumu příčin MR, který není zdaleka ukončen, se vyskytují dvě rozdílná hlediska:

- a) hledisko zdůrazňující **dědičnost**, která více či méně podceňuje vliv prostředí a výchovy na vývoj člověka,
- b) hledisko zdůrazňující převážný **vliv prostředí** na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, které nezohledňuje genetické vlivy. (Švarcová, 2006)

V současnosti víme, že vývoj lidského jedince je ovlivňován mnoha vnitřními i vnějšími faktory, které je těžké odlišit, protože každý znak či každá choroba vzniká spolupůsobením dědičnosti i prostředí, přičemž jednou je v převaze dědičnost jindy zase prostředí, z toho vyplývá, že jedna určitá příčina se nemusí projevit pouze jedním defektem, ale více různými projevy, a na druhé straně mohou být za různými projevy různé příčiny, tzn., že jakékoli narušení osobnosti má většinou **multikauzální etiologii** a **mutlidimenzionální fenomenologii**. (Kozáková, 2005)

Mentální retardaci mohou způsobovat:

- **endogenní příčiny**, které jsou zakódovány v systémech pohlavních buněk – příčiny genetické, jedná se o genové mutace a chromozomální aberace = změny počtu chromozómů,
- **exogenní příčiny**, které nemusí být bezprostředně příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte, jedná se o:
 - **anorganické příčiny**: fyzikální – mechanické působení, vlivy záření apod., chemické – vlivy léčiv, jedů, chemických látek apod.,
 - **biologické příčiny**: jedná se např. o působení virů, bakterií, plísní, ale také negativní symbiotické vlivy, tj. způsobené soužitím matky a plodu. (Kozáková, 2005)

Příčiny mentální retardace z **hlediska časového působení**: uvádí M. Valenta a O. Müller (2007) jako:

Prenatální příčiny (působící od početí do narození)

- **vlivy dědičné = hereditární** – jsou nejen po předcích zdědění nemoci, které mohou vést k MR, ale také dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti, tzn., že

intelektové předpoklady narozeného dítěte nejsou průměrem inteligence biologických rodičů, ale působí zde tzv. regrese ke středu (tj. k průměru populace), kdy inteligence dítěte vysoce inteligentních rodičů je statisticky nižší než u rodičů, a naopak inteligence dítěte rodičů s průměrnou inteligencí je zase vyšší,

- **vlivy genetické** – působením mutagenních faktorů (např. záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy apod.) dochází k mutaci genů, aberaci chromozómu či změnám v jejich počtu, zvláště pak tzv. trizomie (existence 3 chromozómu na místo běžného páru – dizomie, kdy jeden chromozóm získáme od otce a jeden od matky) Downův syndrom,
- **vlivy environmentální** – jedná se o onemocnění matky v době těhotenství, kdy platí, že čím dříve dojde k patologii, tím jsou fatálnější následky pro zdraví dítěte (obecně je blastopatie a embryopatie, tj. poškození zárodku plodu 15 dní od oplodnění, závažnější než fetopatie, tedy vlivy působící po 3. měsíci těhotenství), mezi onemocnění matky řadíme např. zarděnky, syfilis, toxoplasmózu, otravu olovem a přímou intoxikaci plodu, ozáření dělohy, alkoholismus nebo nedostatečná výživa matky.

Dále na vzniku MR se může také podílet také nedostatek plodové vody, vrozené vady lebky a mozku, ale také silně nechtěné dítě, tzv. prenatální deprivace, která se může výrazně projevit na zdraví nenarozeného dítěte. (Valenta, Müller, 2007)

Mezi nejčastější **perinatální příčiny** (působí těsně před porodem nebo během a těsně po porodu) patří:

- **organické poškození mozku – perinatální encefalopatie**, dříve označovaná termínem lehká mozková dysfunkce (nedošlo-li k rozsáhlejší lézi jako např. u DMO), a která mohou způsobit i MR,
- **mechanické poškození mozku** při porodu,
- **hypoxie a asfyxie**, tj. nedostatek kyslíku,
- **předčasný porod a nízká porodní váha** dítěte,
- **hyperbilirubinemie** – nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka (bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na CNS). (Valenta, Müller, 2007)

Postnatální příčiny (působící po narození) jsou charakteristické svou multifaktoriálností, patří sem např.:

- zánět mozku způsobený mikroorganismy, např. klíšťová encefalitida a jiná virová onemocnění,

- mechanické vlivy jako traumata,
- mozkové léze při nádorovém onemocnění,
- krvácení do mozku,
- v pozdějším období onemocnění vedoucí k deterioracím inteligence typu Alzheimerovy choroby a Parkinsonovy choroby, alkoholové demence, schizofrenie, epileptická demence apod.

Pokles intelektových schopností může být také způsoben senzoricou, citovou nebo sociokulturní deprivací dětí, které vyrůstají v nepřátelském nebo nepodnětném prostředí, ale také v institucionální péči. (Valenta, Müller, 2007)

Většina případů MR především v lehkém stupni postižení mají neznámý původ. Někteří rodiče dětí s MR hledají příčiny mentálního postižení, ale je to zbytečná a nikam nevedoucí cesta, východiskem z této nelehké situace je akceptace a spravedlivé rozdělení odpovědnosti ve společné péči, bez hledání příčin. (Švarcová, 2006)

Symptomatologii mentální retardace charakterizuje O. Krejčířová (2007):

- „Zvýšenou závislostí na rodičích a druhých lidech,
- *infantilitou osobnosti,*
- *zvýšenou pohotovostí k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování,*
- *konformností se skupinou,*
- *sugestibilitou a rigiditou chování,*
- *nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého “já“,*
- *v opožděném psychosexuálním vývoji,*
- *v nerovnováze aspirací a výkonů,*
- *ve zvýšené potřebě uspokojení a jistoty,*
- *poruchami v meziosobních vztazích a v komunikaci,*
- *sníženou přizpůsobivostí k sociálním a školním požadavkům,*
- *impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování,*
- *citovou vzrušivostí a labilitou nálad,*
- *poruchami poznávacích procesů, primitivností a konkrétností úsudků, ulpíváním na detailech, sníženou mechanickou a logickou paměť,*
- *poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace.“* (Krejčířová, 2007, s. 14 - 15)

Možnosti prevence mentální retardace

Prevenici lze vymezit „jako soubor aktivit zaměřených na předcházení ohrožení, narušení či postižení u člověka, nebo na snižování jejich možných důsledků, vzniku a výskytem nežádoucích jevů jako jsou nehody a úrazy, onemocnění, poruchy...“ (Vašek in Kozáková, 2005, s. 25)

M. Valenta, O. Müller (2007, s. 97) uvádějí, že „prevence je zdravotnická, speciálně pedagogická, psychologická a sociálně právní záležitost, jež se dosahuje osvětou, depistáží (tj. vyhledávání postižených narušených či ohrožených jedinců v populaci), poradenskými, diagnostickými, léčebně preventivními a dalšími opatřeními.“

Dle charakteru a zaměření člení prevenci M. Valenta a O. Müller (2007):

1. **primární** – činnost zacílená na zamezení vzniku MR v celé populaci,
2. **sekundární** – činnost, která je zaměřena na ohroženou populaci. Toto ohrožení je chápáno z hlediska zdravotního (např. genetická zátěž v rodině, náročné a rizikové zaměstnání apod.), a environmentálního (nepodnětné či patogenní rodinné i širší prostředí). Některá opatření v rámci sekundární prevence mohou být velkým etickým problémem, např. genetická prevence – eugenika, monitorování dysfunkčních rodin apod. (Valenta, Müller, 2007)

Podle I. Švarcové (2006) může primární prevence a částečně i sekundární prevence zahrnovat široké spektrum činností, jako je např. primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, výchova zaměřená na zdravou výživu a zdravý životní styl, imunizační kampaně, dodržování bezpečnostních pravidel, včetně adaptace pracovního prostředí k prevenci nemocí a úrazům z povolání apod. (Švarcová, 2006)

3. **terciální** – činnost zaměřená na snížení dopadu důsledků MR na jedince, a proto do ní spadá veškerá psychopedická péče a integrace jedinců s mentálním postižením v nejšířším slova smyslu. Cílem terciální prevence v psychopedii je socializace či akulturace osob s mentálním postižením (dále jen MP), a je **nejdůležitějším prostředkem integrace jako nejvyšší úrovně socializace**. (Valenta, Müller, 2007)

Multifaktoriálnost příčin vzniku MR je tak široká, že je těžké i určení konkrétních možností prevence MR. Mezinárodní liga společností pro mentální postižení (ILSHM) formuluje desatero zásad, kterými je možné vznik MR omezit:

1. Žena plánující těhotenství by měla 3 měsíce před početím navštívit lékaře, který na základě jejího aktuálního zdravotního stavu může doporučit různá opatření podporující narození zdravého dítěte, např. očkování, úprava životosprávy apod.
2. Strava nastávající matky by měla být zdravá a rozmanitá.

3. V době těhotenství žena nesmí pít alkoholické nápoje.
4. Včasné očkování zejména proti zarděnkám, hepatitidě typu B, popř. přeočkování proti spalničkám, pokud nebylo provedeno již v dětství.
5. Nekouřit.
6. Navštívit genetickou poradnu, hlavně v případě pokud je matce více jak 35 let, a zvláště má-li některý z partnerů v rodině genetické onemocnění, nebo matka prodělala opakovaně několik potratů či porodila mrtvé dítě apod.
7. Neužívat léky, které nepředepíše lékař.
8. Vyvarovat se RTG záření.
9. Vyhybat se infekčním onemocněním, např. choroby přenosné sexuálním stykem mohou poškodit mozek dítěte, nebo způsobí i jeho smrt (HIV infekce matky může být přenesena na dítě).
10. Pravidelné návštěvy odborného lékaře. (Švarcová, 2006)

1.2 Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením

Obecně lze konstatovat, že mentální postižení není jenom prosté **časové opožďování duševního vývoje**, ale především jde o **strukturální vývojové změny**, tzn., že nemůžeme srovnávat dítě s MP s mladším „intaktním“ dítětem, protože to není jenom otázka kvantity, ale dochází také ke změnám kvalitativním. Budeme-li nahlížet na osobnost jedince s MP z **hlediska psychických funkcí**, které jsou nezbytné pro **poznávací proces**, jehož primárním specifikem je MR, můžeme tento proces rozdělit: (Valenta, Müller, 2007)

A) **Poznání bezprostřední** tedy **smyslové** je vždy výběrové, a tvoří se na základě individuálních zkušeností. U intaktního jedince je tento proces utváření zkušeností rychlý, ale u osob s MP je pomalý a s určitými odchylkami.

Zvláštnosti smyslové percepce u osob s MP se podle S. J. Rubinštejnové projevují jako:

- **zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání** – vysvětluje se zvláštnostmi pohybu zraku, zatímco intaktní člověk vnímá globálně, člověk s MP jen postupně a tím se ztěžuje jeho orientace v novém prostředí, např. při vnímání obrazu není schopen pochopit perspektivu, částečné překrývání kontur nebo nerozlišuje polostíny apod.,
- **nediferencovanost počitků a vjemů** – nerozlišuje tvary, předměty, barvy, např. zvláště silně je porušena diskriminace figury a pozadí (běžné populaci nedělá

problém vydělit obrys geometrických tvarů z prostředí, ale jedinci s MP musíme tyto obrazce výrazně odlišit od pozadí, tzn. organizovat vnímaný materiál),

- **inaktivita vnímání** – není schopen prohlédnout si materiál podrobně a vnímat všechny detaily, např. pootočíme-li vnímaný obrázek, jedinec s MP jej opětovně nepozná – chybí mu aktivita potřebná k jeho „navrácení“ do původní polohy,
- **nedostatečné prostorové vnímání** – porucha hloubky vnímání,
- **snížená citlivost hmatových vjemů**,
- **opožděná diferenciací fonémů** a jejich zkreslení,
- **nedokonalé vnímání času a prostoru**. (Rubinšteinová in Valenta, Müller, 2007)

M. Valenta a O. Müller (2007) píše, že charakterizované nedostatky smyslového vnímání lze úspěšně ovlivnit speciálněpedagogickými metodami, např. smyslovou výchovou ve speciálních školách.

B) **Poznání zprostředkované** – myšlení a řeč.

Myšlení je poznávací funkcí, takže v souvislosti s ním hovoříme o zprostředkovaném poznání tedy přes slovo, jehož nástrojem je **řeč** a podstatou je uvádění do vztahů, tzn. relaciování.

Myšlení člověka s MR je:

- zatíženo přílišnou konkrétností, tzn., že není schopno vyšší abstrakce a generalizace,
- nepřesné, s chybami v analýze a syntéze,
- nedůsledné a vyznačuje se slabou řídicí funkcí,
- nekritické, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. (Valenta, Müller, 2007)

Uvažování je jedinců s MP závislé na hloubce postižení, a je velmi ovlivněno dlouhodobým učením, proto je třeba jejich omezenou flexibilitu zohlednit, aby příliš vysoké nároky nepůsobily jako stresový faktor. Určitá pravidla se osoby s MP učí mechanicky, a neumí je v praxi použít, protože nechápou rozdíly mezi různými situacemi, k problémům se staví pasivně nebo čekají řešení od druhé osoby. (Vágnerová, 2004)

Myšlenky jsou vyjadřovány pomocí slov, tedy prostřednictvím řeči. **Řeč** jedinců s MP bývá často deformovaná, jedná se např. o **nedostatky v rozvoji fonemického sluchu**, tzn., že nedostatečně rozlišují slyšené hlásky (hlásky slyší, ale nerozlišuje nebo rozlišuje nedostatečně), dále o **nedostatky v artikulaci**, tzn. ve výslovnosti hlásek, slabik a slov. Ze samotné podstaty MP vyplývá také **porucha obsahu sdělení**, tj. nedostatečná schopnost

rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči, ale také malá slovní zásoba. Komunikační schopnosti člověka jsou v těsném vztahu s jeho myšlením, tzn., že úroveň řečových schopností odpovídá dosažené úrovni inteligence. Řeč osob s MP nemůže zcela dosáhnout úrovně řeči intaktní populace, protože je zatížena chudou slovní zásobou, echoláliemi, dysgramatizmy, někdy nesprávnou výslovností nebo neobratností v artikulaci slov, tzv. komolení slov apod. (Valenta, Müller, 2007)

Paměť je psychickou funkcí, která má selektivní charakter, tzn., že si pamatujeme jen to důležité, takže její funkce nemá charakter technického záznamu, uchovává a zobecňuje zkušenost.

Specifika paměti jedinců s MP:

- vše nové si osvojují pomalu, až po mnohačetném opakování,
- naučené rychle zapomínají a paměťové stopy se vybavují nepřesně,
- nabyté vědomosti neumí včas uplatnit v praxi.

Uvedené nedostatky vycházejí ze zvláštností vyšší nervové činnosti osob s MP, proto je třeba věnovat velkou pozornost opakování nově naučeného. Jedinci s MP mají spíše **mechanickou paměť**, která není schopna vyšší selekce a udrží stopy bez většího výběru a bez ohledu na obsah a důležitost uchovaného. S tím souvisí i značný **eidetismus představ** = schopnost vybírat si již viděné, který má prosignální charakter a znemožňuje vyčlenit to podstatné. (Valenta, Müller, 2007)

Pozornost patří mezi kognitivní funkce a souvisí s bezprostředním vnímáním, a členíme ji na **bezděčnou** (mimovolně se zaměřuje na silné podněty, např. intenzivní zvuk apod.) a **záměrnou** (je vázána na vůli člověka, a která má charakter podmíněného reflexu a je z hlediska vyučování nejdůležitější).

Specifika záměrné pozornosti osob s MP:

- nízký rozsah sledovaného pole,
- nestálost a snadná unavitelnost,
- snížená schopnost rozdělit ji na více činností,
- s nárůstem množství výkonu narůstá i počet chyb,

doba udržení záměrné pozornosti je mnohem kratší než u intaktních jedinců (asi 15 až 20 min), pak musí následovat odpočinek. (Valenta, Müller, 2007)

Pozornost jedince s MP, je ovlivňována, hloubkou a druhem mentálního postižení, věkem, momentální náladou, úrovní aspirace, druhem činnosti, na kterou se jedinec má soustředit, ale také časovou křivkou dne. (Kozáková, 2005)

Z hlediska vyučování mají kognitivní funkce zásadní význam, ale důležitou roli hrají i další **specifika vlastností osobnosti jedince s MP**. (Valenta, Müller, 2005)

Emoční stránka jedince s MP je charakteristická menší schopností sebekontroly, což souvisí s malou řídicí schopností rozumu, kterým lze prožitky tlumit a přehodnocovat. Člověk automaticky přenáší kladné emoce na situace, které zvládá, ale protože se jedinec s MP mnoho situací nenaučil zvládat, mohou se u něj objevit některé neurotické a psychopatické potíže, ale také poruchy citového vývoje. Intenzita emočních reakcí klesá úměrně s věkem, a mentální postižení je především opoždění duševního vývoje, a proto dítě s MP bude delší dobu podléhat netlumené intenzitě emocí. (Valenta, Müller, 2007)

Zvláštnosti emocionální sféry jedinců s MP podle S. J. Rubinštejnové:

- dlouhodobá nediferencovanost citů a rozsah prožitků bývá minimální, tzn., že převládá buď jednostranné uspokojení, nebo neuspokojení, rovněž chybějí citové odstíny,
- city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům, tzn., že člověk buď události vnímá povrchně, s minimálním prožitkem nebo neúměrně silně, takže zdánlivě bezvýznamná narážka může přivodit silnou a dlouhodobou reakci, u citově labilních jedinců až negativismus,
- egocentrické emoce výrazně ovlivňují tvorbu hodnot a postojů,
- city častěji obcházejí intelekt a jedinec může snáze podléhat afektu, tzn., že se často vyskytuje dysforie (chorobné poruchy nálad) nebo euforie, apatie, která je provázena černými myšlenkami, mnohdy předchází blížící se záchvat či nemoc. (Rubinštejnová in Valenta, Müller, 2007)

Osoby s MP často trpí nevyrovnaností a emoční labilitou, ale i agresivitou. Otázkou je, zda za specifiky emoční stránky jedinců s MP stojí opravdu mentální retardace nebo jsou způsobeny např. nevhodným výchovným působením a přístupem okolí, které nezajišťuje funkční komunikaci, prostřednictvím které by mohla sdělit svá přání a potřeby. (Kozáková, 2005)

Specifika **volních projevů** jedinců s MP podle M. Valenty a O. Müllera (2007) jsou:

- zvýšená sugestibilita,
- citová a volní labilita,
- impulzivnost.
- agresivita, ale i úzkostnost a pasivita.

Mnohem výrazněji než u intaktní populace je specifickým rysem volních projevů jedince s MP **dysbulie** (porucha vůle) a **abulie** (nerozhodnost či nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, tedy ztráta či snížení volních vlastností). (Valenta, Müller, 2007) Hlavním projevem abulie je neschopnost podřídit své chování danému úkolu, které je patrné v případech kdy jedinci vědí jak, mají jednat, ale necítí potřebu tak jednat. (Kozáková, 2005)

Sebepojetí tedy aspirace jedince s MP, má také svá specifika, protože stabilita, a reálnost aspirace je projevem duševního zdraví, tak aspirační úroveň jedince s MP se projevuje příznačným výkyvem k jedné straně, tj. směrem k podhodnocování se tedy nižší aspiraci či nadhodnocování se tedy vyšší = nereálné aspirace. (Valenta, Müller, 2007) Podle M. Vágnerové (2004) je sebepojetí osob s MP je ovlivňováno jejich způsobem uvažování a schopností pochopit, jaké jsou jejich reálné možnosti, takže v důsledku bývá jejich sebehodnocení nekritické a ovládání je hlavně ovlivněno emocemi, vzhledem k jejich omezenému soudu jsou většinou odkázáni na názory jiných lidí. Pozitivní sebehodnocení osob s MP je velmi důležité, protože slouží jako základ pozitivní motivace. Avšak obtížné je toho dosáhnout nejen z důvodu horších předpokladů, ale i horších výkonů, z toho mohou plynout i určitá rizika, např. při integraci dětí s MP do běžných škol (je možné, že dítě nepochopí svoji odlišnost a stačí opakovaná zkušenost, že ostatní dokážou a dělají to, čemu on vůbec nerozumí). Spokojenost se sebou samým je pro jedince s MP důležitá, ale pokud neodpovídá skutečnosti, může docházet k projevům chování, které je společensky rušivé, tzn., že člověk s MP je ochoten dělat to, co je pro něj ohrožující, protože není schopen odhadnout své možnosti, a ani jim přizpůsobit své chování. (Vágnerová, 2004) Je prokázáno, že dispozice, schopnosti a kreativita jedinců s MP nejsou v rozporu s diagnózou „mentální retardace“, protože mezi jedinci s MP je mnoho umělců, kteří měli možnost své specifické schopnosti rozvíjet. Důkazem toho jsou např. profesionální divadelní projekty herců s MP (Divadlo v Banské Bystrici, Theater Maatwerk v Rotterdamu atd.), ale také existence mnoha výtvarných ateliérů a síní zaměřených na „art brut“, tj. produkce lidí, kteří jsou ohroženi nebo trpí nějakou formou sociálního vyloučení, např. jedinci s MP, psychopatičtí umělci, bezdomovci apod., jejich výtvarná forma je chápána a hodnocena poněkud odlišně od „běžných“ tvůrců vzdělaných ve výtvarném umění. (Michalík a kol., 2011)

Z hlediska **sexuality** disponuje člověk s MP podobnými potřebami jako intaktní jedinec, přičemž se uvádí, že jedinci s lehkým MP mají pohlavní styk stejně často jako jejich intaktní vrstevníci. Po dlouhá desetiletí byly sexuální potřeby jedinců s MP

tabuizovány, takže v důsledku toho převažují předsudky nejenom u části veřejnosti, ale i u některých pracovníků pomáhajících profesí, např.:

- osoby s MP mají zvýšení sexuální pud, nebo jsou bez sexuálních potřeb,
- sexuální potřeby jedinců s MP se mohou utlumit prací,
- sexuálním problémům lze předcházet, že obě pohlaví od sebe oddělíme,
- člověk s MP zůstává dítětem bez sexuálních potřeb po celý život,
- sexuální výchova probudí sexuální touhy člověka s MP,
- pouze pohlavním stykem dojde k uspokojení sexuálních a intimně-vztahových potřeb lidí s MP. (Kozáková in Valenta, Müller, 2007)

Z toho vyplývá oprávněnost realizace **sexuální výchovy** u osob s MP:

- stejně jako každý jiný člověk, má i člověk s MP sexuální potřeby a touhy, které potřebuje vyjádřit, ať o samotě nebo s druhým člověkem – člověk s MP potřebuje více pomoci a podpory než intaktní jedinec, ale zavírání očí před potřebou sexuální výchovy a ponechání osob s MP jen tak problémům a zklidňujícím lékům se situace nevyřeší,
- snížení pravděpodobnosti výskytu odchylek v sexuálním chování jedinců s MP, např. masturbace a obnažování se na veřejnosti apod.,
- předcházením mnoha traumatizujícím zážitkům, které vyplývají, např. z brzkého zahájení sexuálního života, předčasného otěhotnění, nakažení pohlavní chorobou apod.,
- snížení pravděpodobnosti výskytu sexuálního zneužívání prostřednictvím informovanosti a možností obrany. (Kozáková in Valenta, Müller, 2007)

Hlavně dívky s MP jsou často obětí incestu, znásilnění nebo svedení. Pachateli těchto sexuálních trestných činů bývají nejčastěji členové rodiny nebo pečovatelé o osoby s MP (na veřejnost proniknou pouhá 3% těchto případů). U jedinců s MP bývá často v rozporu tělesná zralost s mentální a sociální nezralostí, protože v mnohém zůstávají na elementární úrovni, ale fyzicky dospívají, a proto je důležité, aby dostali informace v takovém rozsahu, v jakém je potřebují. (Kozáková in Valenta, Müller, 2007)

1.3 Charakteristika postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením

„Chce-li se kdokoliv s kýmkoliv ze zúčastněných dorozumět, musí obraz druhého vzít v úvahu, musí ho pochopit zevnitř, jako součást jeho vnitřního světa.“ (Kopřiva in Šiška, 2005, s. 71)

Jen málo-kdy jsme nuceni zdokonalit svoje dovednosti v naslouchání, a to zvláště tehdy, má-li dospělý podobné zájmy, tedy mluví „naším jazykem“. Naslouchat člověku, který neměl doposud příležitost ani potřebu rozvíjet komunikační dovednosti, jasně se vyjadřovat, vyžaduje od nás značné úsilí nebo osvojení si nových dovedností, např. člověk s MP řekne něco, co nemusí zdánlivě souviset s projednávaným tématem, ale dobrý posluchač je však schopen souvislosti nalézt, byť takové naslouchání vyžaduje čas, trpělivost, ale i zkušenost. (Šiška, 2005)

O. Krejčířová (2007) uvádí čtyři okruhy, které charakterizují specifika při kontaktu s jedinci s MP:

Specifika komunikace s osobami s MP

- při rozhovoru s osobami s MP nepoužíváme abstraktní pojmy,
- uvádíme jednoduché příklady a jsme konkrétní,
- používáme krátká slova a krátké jednoduché věty se srozumitelným obsahem,
- nepoužíváme cizí slova, protože osoba s MP nám nebude rozumět,
- vyvarujeme se zkratk, žargonu a hantýrky, protože jedinec s MP jim nerozumí a neumí je rozkódovat,
- mluvíme pomalu, srozumitelně a hlavně přirozeně, neměli bychom přílišným tempem zahltit toho, s kým hovoříme,
- volné tempo doplňujeme výraznou gestikulací,
- trpělivost je základním požadavkem při komunikaci s osobami s MP, protože diagnóza mentální retardace je často doprovázena různými druhy narušené komunikační schopnosti (je důležité dopřát člověku s MP dostatek času na odpověď),
- udržujeme oční kontakt, ale také musíme umožnit kontakt přerušit (vždy budme k sobě vzájemně natočeni, protože tím dáváme najevo svůj zájem),
- vždy musíme dát znát, že partnera vnímáme, neboť ochota komunikovat člověka s MP je úměrně závislá na míře našeho vnímání,

- velmi dobrým začátkem je podání ruky, protože toto gesto upevní důvěru mezi klientem a námi,
- mimika a řeč těla jsou důležitými prvky komunikace s osobou s MP,
- při rozhovoru raději sedíme, protože osoby s MP mívají často somatické potíže,
- naše komunikace by neměla být okázalá a neměla by podceňovat člověka s MP,
- osobě s MP vždy vykáme (i když má jiné možnosti v porozumění, neznamená to, že není dospělou osobou), a nikdy nepoužíváme zdrobněliny při oslovení,
- používáme řeč příslušnou dané věkové skupině (přílišná familiárnost také není vhodná),
- nemluvíme příliš hlasitě, i když má člověk mentální postižení, neznamená to, že neslyší,
- zbytečně dlouho nevysvětlujeme problém nebo ho zbytečně neopakujeme, ale i příliš „polopatické“ vysvětlování není žádoucí. (Krejčířová, 2007)

Specifika porozumění osob s MP

- písemné vyjadřování osobám s lehkým MP nemusí dělat problém, ale musíme respektovat nejistotu a pomalé tempo, a případné gramatické nedostatky,
- osoby s MP se mohou špatně orientovat v psaném textu, a ani psaný text nejsou schopni mnohdy realizovat (každý případ je nutné posuzovat individuálně, případně s psaným textem pomůžeme)
- s člověkem s MP můžeme probírat jakýkoliv problém, který přednesou, i když jsou k právním úkonům nezpůsobilé (způsobilost k právním úkonům určuje rozhodnutí soudu), musíme však respektovat jejich možnosti při pochopení řešení jejich problémů nebo vznesených požadavků,
- při komunikaci si neustále ověřujeme, že nám člověk s MP rozumí, zda souhlasí s tím, co říkáme, či nikoliv,
- předpokládáme, že s porozuměním psaného textu mají osoby s MP potíže i tehdy, když umí číst a psát (nikdy nemůžeme předložit text se slovy: „Pročtete si to, a vyplňte.“), text pomůžeme přečíst a vysvětlit. (Krejčířová, 2007)

Specifika orientace osob s MP

- člověk s MP má problémy s orientací v novém prostředí, např. mívají obavy vstoupit do místnosti, nebo použití výtahu může být pro ně „pastí“, ze které není úniku apod.,

- doprovod asistenta může být výhodou při komunikaci a orientaci v neznámém prostředí, ale obracejme se na něj, jen když je to opravdu nutné, a člověka s MP oslovujeme vždy jako prvního. (Krejčířová, 2007)

Specifika učení osob s MP

- ve společnosti člověka s MP si uvědomujeme existenci jejich závislosti na druhých lidech, přičemž míra této závislosti je úměrná mnoha faktorům, které jsou obtížně odhalitelné, proto musíme být trpělivý a ohleduplní (musíme mít na paměti, že jejich jednání je podmíněno právě tím, že jsou mentálně postižení),
- jedinec s MP je velmi sugestibilní a často nekriticky přebírá myšlenky druhých lidí, tzn., že sugestibilními otázkami je možné velmi dobře člověka s MP manipulovat, nikdy nesmíme této skutečnosti zneužít,
- Kdo jsou to **sebeobhájci** ? Jsou to lidé s MP, kteří se snaží prosazovat své zájmy a názory. **Sebeobhajování** je proces, kdy člověk nebo skupina lidí s určitým znevýhodněním jedná svým jménem nebo ve jménu podobně znevýhodněných jedinců, a snaží se hledat řešení problémů, učí se rozhodovat, učí se nést zodpovědnost. (Krejčířová, 2007)

2 ESTETICKÁ VÝCHOVA A ESTETICKOVÝCHOVNÉ ČINNOSTI PŘI PRÁCI S JEDINCI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Druhá kapitola je věnována vymezení pojmu estetická výchova a problematice estetickovýchovné činnosti při práci s jedinci s MP.

2.1 Estetická výchova

2.1.1 Vymezení a pohled do historie estetiky a estetické výchovy

Již od starověku se člověk zamýšlel nad pojmy **krása** a **umění**. První myšlenky o umění a kráse nalezneme v knihách řeckých filozofů, neboť tyto úvahy tehdy spadaly do filozofie. Z filozofie se postupně vydělovaly vědy jako např. logika, psychologie, sociologie apod., tak se objevila také věda o umění a kráse, tzv. **estetika**. Poprvé však tento termín použil v 2. polovině 18. stol. **A. G. Baumgarten** v názvu svého spisu „*Aesthetica*“, ale obecně byl přijat až v 19. stol. A tak vznikla věda, která v sobě obsahovala oblast umělecké i mimoumělecké tvorby, psychologie, sociologie, filozofie, etnografie, ekonomiky, pedagogiky a v poslední době i oblast informatiky a kybernetiky. (Bauer, 1998)

„Estetika je nauka o povaze, příčinách, zákonitostech a významu estetických jevů jako výsledků (historicky objektivně, společenskohistoricky podmíněného) estetického a uměleckého osvojování světa tj. přírody, společnosti i člověka samotného.“ (Jůzl in Krejčířová, 1998, s. 22) Takto pojatá definice zdůrazňuje široké pole estetiky bez pouhého zaměření jenom na oblast umění, ale také oblast estetických jevů mimouměleckých, tzn., že estetiku chápeme současně jako teorii umění i jako teorii mimouměleckých estetických jevů. (Krejčířová, 1998)

Budeme-li vyměřovat estetiku jako nauku o kráse, je třeba si položit otázku: „Co to je krása?“, která je spíše otázkou filozofickou. Uvědomění si krásna, je výsledkem individuálního estetického soudu závislého na vlastnostech předmětu či jevu, ale také na činitelích psychické povahy, podmíněných např. stupněm citlivosti jedince, jeho estetickým vnímáním, vzděláním apod., přičemž se hlavně jedná o psychická specifika lidské osobnosti, o rozvítené estetické citění, o schopnosti a zájmy člověka, a o jeho osobní sklony a míře vztahu k určitým estetickým kvalitám, které jsou obsaženy, např. v dílech umění. Stejně tak, jak se lidé mezi sebou liší, tak i jejich estetické prožitky mají individuální

charakter, jejichž intenzita je podmíněna i určitým duševním rozpoložením v dané chvíli nebo situaci. (Jůzl in Krejčířová, 1998)

A. Bauer ve své knize uvádí, že „*mírou krásy je člověk sám, jeho znalosti, dovednosti a schopnosti, tzn., že kolik lidí, tolik názorů na jediné umělecké dílo. Stále platí staré řecké **anthropos metron panton** – člověk je mírou všech věcí.*“ (Bauer, 1998, s. 260)

Budeme-li procházet historií pedagogiky, zjistíme, že v každé výchovné soustavě nalezneme vedle aspektů filozofických, vědeckých, mravních, pracovních a tělovýchovných také důležité zřetel estetické. Estetická výchova rozvíjející jedince prostřednictvím umění a krásy, se objevuje už od **antiky** v rozmanitých podobách jako jedna z významných součástí harmonické výchovy osobnosti. (Jůva, 1995)

Nahlédneme-li do **historie estetické výchovy v české pedagogice**, zjistíme, že estetickovýchovné snahy mají v naší zemi dlouholetou a bohatou tradici. Již v 15. stol. a 16. stol. znamenala hudba významnou složku v bratrských školách, kde pevné základy položil **Jan Blahoslav** (1523 – 1571). (Jůva, 1995) Dílo **Jana Ámose Komenského** (1592 – 1670) charakterizuje ideu harmonického rozvoje osobnosti, a které zdůrazňuje rozvíjet „*všechny ve všem všestranně*“, tato myšlenka prochází všemi jeho pedagogickými spisy. Podle A. J. Komenského má být „*duch vzděláván věděním i uměním.*“ Pěstování umění vnímá jako samozřejmou součást všeobecné výchovy. (Jůva, 1995, s. 8)

Dalšími představiteli obrozené pedagogiky byli **Jakub Jan Ryba** (1765 – 1815) a **Jan Nepomuk Filcík** (1785 – 1837), kteří začleňovali do reformních snah i estetickovýchovné prvky. Estetické hodnoty lidového umění se postupně promítali do školní estetickovýchovné činnosti, tzn., že lidová slovesnost, lidové písně i lidové výtvarnictví výrazně přispívali ve výchově nové generace. (Jůva, 1995) **František Palacký** (1798 – 1876) je zakladatelem **české estetiky**, který vybudoval svou estetiku na emotivním základě, tzn., že tvoření krásy má svůj původ v citu, který vyvolává touhu po kráse jakožto božské formě, nejvyššího ideálu člověka. Jeho dílem je „*Přehled dějin krasovědy a její literatury*“. (Bauer, 1998)

V průběhu 19. stol. byly položeny základy novodobého českého umění významnými umělci, např. B. Němcové, J. K. Tyla, B. Smetany, A. Dvořáka, J. Máneše, M. Alše a dalších, dochází k intenzivnějšímu rozvoji českého kulturního života, a zároveň se vytváří příznivé podmínky i pro hlubší koncepci estetické výchovy. Jedním z prvních průkopníků estetickovýchovných snah v české pedagogice byl **Miroslav Tyrš** (1832 – 1884), který jako estetik a teoretik výtvarného umění, viděl v umění důležitý prostředek ideové a mravní výchovy. Estetik **Otakar Hostinský** (1847 – 1910) podává ve svém díle „*Umění a*

společnost“ systematickou analýzu společenských funkcí umění. Snahy překonat intelektualismus škol a podpořit tvořivost žáků vedou k aplikaci různých estetickovýchovných činností, např. **František Bakule** (1877 – 1957) prostřednictvím estetických podnětů umožňoval žákům poznávat přírodu a společnost nikoli z knih, ale bezprostředním kontaktem a emotivním zážitkem. Od roku 1953 pokračuje ve své estetickovýchovné činnosti v Jedličkově ústavu v Praze. O volnou a svobodnou výchovu se pokusil na české menšinové škole ve Vídni **Josef Úlehla** (1852 – 1933), který kladl důraz na pracovní a výtvarné činnosti. **Jiří Václav Klíma** (1874 – 1948) vytvořil koncepci estetické výchovy, která měla být neoddělitelnou součástí výchovného procesu, směřujícího Komenského ideálu harmonické osobnosti. Význam vychovatelovy osobnosti v estetické výchově vyzdvihl **Bohumil Markalous** (1882 – 1952), a rozhodující úlohu prostředí v estetické výchově mládeže zdůrazňoval v české pedagogice architekt **Emil Edgar** (vl. jménem Kratochvíl). **Antonín Sychra** (1918 – 1969) viděl těžiště estetické výchovy v rozvoji poznání skutečnosti prostřednictvím umění, přednost této poznávací metody vidí v tom, že umělecké dílo působí celkově na rozum, cit i mravnost, a na celkový názor na život. **Vlastimil Uher** se snaží o celkové vyjádření všech prostředků estetickovýchovného působení, tzn., že analyzuje význam prostředí pro estetickou výchovu, estetické prvky ve hře, základní metody estetickovýchovné práce ve vyučování i mimo něj. S podobnou koncepcí estetické výchovy se setkáváme u **Jaromíra Uždila**, který rozlišuje **estetickou výchovu všeobecnou**, která prostupuje veškerou výchovou a **speciální**, která se uskutečňuje v estetickovýchovných předmětech. Dále člení estetickou výchovu na **receptivní**, která ukazuje žákům krásu v umění i mimo umění a **aktivní**, která je zaměřena na vlastní tvorbu. Také kladl důraz na vzdělávací a výchovný význam estetické výchovy, ale zvláště její vztah k mravní výchově. (Jůva, 1995)

Pedagogičtí pracovníci, umělečtí teoretikové a historikové zabývající se problematikou estetické výchovy se snaží prohlubovat komplexnost, koordinaci a integraci estetické výchovy, ale také hledají efektivní formy její realizace. Tento krátký historickosrovnávací pohled na estetickou výchovu nám ukazuje, které motivy vedou k integraci estetické výchovy do základních složek výchovy, jaké funkce může plnit estetická výchova z hlediska rozvoje jedince i společnosti, jaké cíle a prostředky, principy, formy a metody estetické výchovy jsou zdrojem inspirace pro inovaci a koncepci estetickovýchovné činnosti. (Jůva, 1995)

Pohledneme-li na **vývoj estetickovýchovných snah v péči o jedince s MP**, zjistíme, že od samého počátku vzniku odborné péče o osoby s MP byl kladen důraz na reedukační a kompenzační význam estetické výchovy. První zmínky o estetickovýchovných tendencích nalézáme v tzv. fyziologických školách pro slabomyslné **E. Seguina**, který podstatnou část péče o jedince s MP věnoval poslechu hudby, ruční pracovní činnosti a kreslení. Podobný přístup k osobám s MP nalezneme také u **K. S. Amerlinga**, který v roce 1871 v Praze založil první ústav pro slabomyslné, v Ernestinu, a kladl důraz na estetizaci prostředí ústavu, ve snaze vytvořit podnětné prostředí obklopoval děti obrázky a květinami, neboť byl přesvědčen o motivační významu svých estetickovýchovných snah. Ve své výchovné práci vyzdvihl také význam hudby, která má silný terapeutický účinek. Výchovná práce E. Seguina a K. S. Amerlinga byla realizována v době, kdy v ústavní péči byli jedinci s nejméně výrazným postižením intelektu a neexistovaly dnešní praktické školy ani odborná učiliště, přesto výsledky odborné práce s osobami s MP se staly zdrojem inspirace. (Krejčířová, 1998)

Na počátku 20. stol. oblast výtvarných činností v estetické výchově také ovlivnila práce **Františka Čady**, který zdůrazňuje spontánnost výtvarného projevu dítěte, jež může být určitým druhem řeči, sdělováním niterných stavů dítěte. Estetickovýchovné působení na jedince s MP prostřednictvím výtvarných činností bylo těžištěm práce F. Čady. Na Čadovu výtvarnou linii navazuje **Otakar Chlup** (1875 – 1965), který cíl estetické výchovy vidí ve vědeckém poznání různých druhů umění, a ve vztahu k dítěti vytyčuje nutnost přípravy na estetické zážitky již od nejútlejšího věku dítěte. V souvislosti s tímto chápe pojem estetická výchova jako „*záměrné působení prostředky krásy věku přiměřenými na smysly, cit, rozum a vůli.*“ (Krejčířová, 1998, s. 25) Dále zdůrazňuje interdisciplinárnost estetické výchovy, tzn. její prolínání celým výchovným procesem, jakožto základům vytvořených ve vyučování, které jsou předpokladem pro diferencovanou zájmovou mimoškolní estetickovýchovnou práci. Též se zabýval problematikou literární výchovy a rétoriky. Práce **Otakara Kádnera** (1870 – 1936) se přímo nevěnuje problematice estetické výchovy osob s MP, ale jeho pojetí estetickovýchovné činnosti je inspirující, protože rozlišuje dva základní aspekty estetickovýchovného procesu: **receptivní** – usilující o výchovu schopností estetického prožitku a **produktivní** – usilující o to, aby dítě vlastní činnosti postihlo problematiku uměleckého díla. Od samotného počátku organizované péče o osoby s MP si uvedené osobnosti uvědomovali význam estetické výchovy, její reedukační a kompenzační potenciál ve výchovných postupech při rozvoji jedinců s MP. (Krejčířová, 1998)

2.1.2 Cíle, prostředky a obsah estetické výchovy

Přístupy k problematice cílů estetické výchovy jsou různorodé. Na základě analýzy českých i zahraničních koncepcí estetické výchovy shrnuje **hlavní cíle estetické výchovy** do čtyř následujících skupin Vladimír Jůva, takto: (Jůva, 1995, s. 40 - 41)

- „*synteticky rozvíjet estetické vnímání, chápání, citové prožívání a hodnocení*“ : tento cíl estetické výchovy je výchozí a specifický, svou povahou je cílem **formativním**,
- „*seznámit se s vykonanými uměleckými díly národní i světové kultury, s jejich tvůrci a interprety a s hlavními etapami vývoje umění (s jednotlivými slohy, uměleckými formami a vyjadřovacími prostředky)*“, tzn., že estetický rozvoj člověka probíhá za neustálého přímého kontaktu s literárními, výtvarnými, hudebními, dramatickými, filmovými i tanečními díly: tento cíl těsně souvisí s předcházejícím cílem, a má **materiální** povahu,
- „*rozvíjet tvořivost v oblasti všech druhů umění*“, tj. v oblasti umění slovesného (výrazně číst, recitovat, vyprávět apod.), výtvarného (kreslit, malovat apod.), hudebního (zpívat, hrát na hudební nástroj apod.), tanečního a dalších: rozvoj uměleckých schopností a dovedností člověka **vlastní tvořivou činností** je pokládáno za jeden z hlavních cílů estetické výchovy,
- „*estetickými podněty rozvíjet hodnotovou orientaci jedince a zušlechťovat jeho myšlení, cítění a chování*“: tento cíl je **obecný**, jehož podstatou je rozvoj mnohostranné, tvůrčí a autentické osobnosti.

Prostřednictvím kontaktu s uměním a krásou, pěstujeme v člověku estetické hodnoty, které ovlivňují jeho chování a jednání, vytváříme potřebu pečovat o osobní kulturu, a kulturu mezilidských vztahů a kulturu svého životního prostředí, tzn., že estetické vnímání je promítáno do jeho každodenního života. (Jůva, 1995)

V rámci historickosrovnávacích analýz V. Jůva (1995) formuluje několik aspektů, které ukazují na nezbytnost zastoupení estetické výchovy ve výchovném systému, tzn., že estetická výchova rozvíjí:

- činnost **smyslových orgánů**, tzn., že poznávání krásy v přírodě, vnímání uměleckých děl, a různé výtvarné činnosti poskytují našemu zraku mnoho podnětů, ale také bohatství zvuků z okolí a poslech hudby či mluveného slova bystří sluchové vnímání, tanec či dramatický projev rozvíjí pohybovou aktivitu apod.,

- **myšlení a řeč**, tzn., že při poznávání přírody, uměleckých děl, vlastní tvůrčí činnosti vystihuje člověk vztahy mezi předměty a jevy, tedy analyzuje a zobecňuje je, s tímto rozvojem myšlení se obohacují i vyjadřovací schopnosti,
- **fantazii**, tzn., že estetické zážitky z přírody a ze života poskytují spoustu podnětů pro fantazii, dále rozvíjí i jedincovu tvůrčí činnost, bez fantazie není možné sledovat divadelní představení, poslouchat hudbu či se nechat unést představami při pohledu na výtvarné dílo atd.,
- **poznání reality** tedy „výchova uměním“, tzn., že člověk prostřednictvím estetickovýchovné činnosti rozvíjí své poznání nebo pochopení skutečnosti, učí se hodnotit nové stránky života, přírody i společnosti atd., současně však estetická výchova ovlivňuje postoje člověka k realitě, protože poznávání estetiky přírody, života či uměleckých děl působí na emoce, prohlubuje a rozvíjí citění a v důsledku vlivu estetických prožitků se tvoří i světonázorové, politické či mravní postoje jedince,
- **volní stránku** člověka, tzn., že při překonávání překážek při vlastní tvorbě či při výcviku uměleckých dovedností apod., se kladně rozvíjí i volní vlastnosti jedince,
- **kulturní zájmy**, tzn., že jde o výchovu širokých uměleckých zájmů každého člověka a celkově rozvoje kulturního života společnosti.

Význam estetické výchovy v kulturním rozvoji společnosti je neopomenutelným, protože společnost stále hledá způsoby, jak uplatnit estetické zřetele v každodenním životě, a nejde jen o estetizaci životního způsobu materiálního, ale hlavně o stránku mezilidských vztahů a kultury každodenního styku lidí, tzn., že při výchově kulturního chování se stýkají prvky estetické s momenty etickými a společně jsou základnou nového životního způsobu společnosti. (Jůva, 1995)

Prostředky estetické výchovy prošly dlouhodobým vývojem, od antické kultury, kde hlavním prostředkem umění byla hudba pěstující duchovní krásu, gymnastika usilující o tělesnou krásu, přes období renesance nesoucí oprávněné požadavky i na estetiku prostředí, tak přes období 19. stol., kdy přibývá další činitel, a to pracovní estetika, jen sporadicky naznačovaná v díle J. J. Rousseaua. Rámec estetickovýchovných prostředků je dále rozšiřován o Makarenkovo poznání, že i kázeň a mezilidské vztahy mají svou estetickou hodnotu, takže dochází k prolínání estetických a mravních kritérií. V současné pedagogické praxi jsou nejvíce využívány tři základní skupiny estetickovýchovných prostředků:

- umění,
- prostředí,
- pracovní a jiné činnosti. (Jůva, 1995)

Umění je podle V. Jůvy (1995, s. 45) základní a hlavní prostředek estetické výchovy, které svým významem v životě jedince a společnosti, „*je specifickým a koncentrovaným vyjádřením estetického vztahu člověka ke skutečnosti.*“ Dále uvádí následující **funkce umění**:

- **poznávací funkce umění** je často stavěna na přední místo, znamená poznávání skutečnosti formou uměleckých artefaktů,
- **etická funkce umění** souvisí s funkcí poznávací, tzn., že umělecká díla podle svých druhů a forem odrážejí sféru mravních jevů, vztahů a postojů, mnohdy ukazují i řešení mravních konfliktů, a tím spolupůsobí na utváření mravních představ a postojů člověka,
- **estetická funkce umění** má neobyčejný význam a vliv na estetický přístup jedince ke svému životu,

„Umělecké dílo jako výsledek náročného tvůrčího procesu odhaluje jedinci vedle ideové stránky rozsáhlou paletu nejrozmanitějších vyjadřovacích prostředků a kompenzačních principů, které mají do jisté míry obecnou platnost i mimo sféru umění a činí člověka citlivějším k zákonům krásy a k tvorbě v duchu těchto zákonů.“ (Jůva, 1995, s. 47)

- **emociální funkce umění** vnáší do života jedince významný citový prvek a vede ho k hlubokým citovým prožitkům, tedy kultivuje jeho citovou oblast,
- **terapeutická funkce umění**, tzn., že arteterapie má potenciál posílit životní optimismus člověka, ať už ve formě umělecké receptivní nebo aktivní umělecké činnosti. (Jůva, 1995)

Svůj význam má v estetickovýchovném procesu také spojování různých druhů umění, např. literatura s výtvarným uměním, nebo s hudbou atd., své důležité postavení má také výchova dramatická nebo filmová. Stále se obohacující oblast umění je nevyčerpatelným zdrojem estetickovýchovných snah. (Jůva, 1995)

Podle V. Jůvy (1995) je **prostředí** aktivizujícím činitelem v estetické výchově, protože soubor estetických podnětů daného prostředí vytváří určitý tlak na představy, myšlenky, city a postoje člověka, a je třeba respektovat působení prostředí jako intenzivní interakci

mezi jeho podmínkami a jedincem. V estetické výchově V. Jůva rozlišuje tři základní oblasti:

- **prostředí přírodní** tedy příroda poskytuje všem druhům umění silný inspirační zdroj, „*Estetika přírodních tvarů, barev, zvuků i kompenzačních zážitků z pohybu v přírodě je činitelem, který by měl od nejútlejšího věku prolínat celou estetickou výchovu.*“ (Jůva, 1995, s. 49 - 50)
- **prostředí společenské**, ve kterém člověk žije, přináší obrovský komplex estetickovýchovných podnětů, i když asi nejvýraznější oblastí je estetická hodnota architektonického prostředí (budovy, parky, divadla), významným problémem společenského prostředí z hlediska estetické výchovy je i jeho „morální atmosféra“ tedy úroveň mezilidských vztahů,

„*Estetická úroveň mezilidských vztahů ve společnosti, návyky odpovědného a zdvořilého jednání jako jednání také esteticky hodnotného jsou jednáním s předpokladu integrace estetické a mravní výchovy v moderní společnosti.*“ (Jůva, 1995, s. 50)

- **prostředí pedagogické**, tj. architektonické řešení výchovných institucí, kterého je nezbytnou součástí také:
 - a) pedagogická atmosféra vyjádřená kolektivem výchovných pracovníků a pedagogů, tzn. estetická úroveň ukázněných a zdvořilých mezilidských vztahů mezi pedagogy a mezi pedagogy a žáky jsou důležitým předpokladem pro rozvoj osobnosti člověka,
 - b) estetická povaha metod výchovně-vzdělávacích činností. (Jůva, 1995)

„*Krásně učit a krásně vychovávat neznamena snad popřít systematickosti a efektivitu pedagogické práce, ale umět harmonicky sladit hlediska, formy a metody práce. Je samozřejmé, že pedagogická práce takovéto úrovně předpokládá vysoce rozvinutou pedagogickou osobnost, všestranně kultivovanou a esteticky citlivou.*“ (Jůva, 1995, s. 52)

Pracovní a jiné činnosti, jakožto prostředky estetické výchovy tvoří:

- **práce**, která vytváří materiální i duchovní hodnoty různé povahy, a výchova postojů k práci se stává neoddelitelnou součástí současné výchovy,
- **mimopracovní činnosti**, např. **hra**, která není pouze dominantou dětské aktivity, ale provází člověka po celý život a svou povahou je mnohdy protipólem namáhavé a odpovědné pracovní činnosti. Hra plní v životě člověka poznávací, etickou, kulturně a pracovní adaptivní, zábavnou a reaktivní funkci, také napomáhá rozvoji citových a volních

procesů. Dále i **tělovýchovné činnosti** se můžou stát zdrojem estetických zážitků i cílem estetickovýchovných snah. (Jůva, 1995)

O. Krejčířová píše, že estetická výchova výrazně ovlivňuje formování osobnosti člověka a utváření jeho postoje a vztahu ke společnosti, umožňuje mu proniknout do světa lidí i přírody. Zcela nesporný je význam estetické výchovy pro rozvoj mravních kvalit, kulturních zájmů a mezilidských vztahů, je základem mezilidské komunikace a má značný podíl na rozvoji života společnosti. Estetická výchova jedinců s MP je v mnohém odlišná od estetické výchovy intaktní populace, avšak vzhledem k rozvoji sociální adaptability osob s MP mají obecné úkoly estetické výchovy uplatnění i ve výchovně-vzdělávací činnosti všech kategorií mentálního postižení. Je důležité si uvědomit, že při jakémkoliv výchovně-vzdělávacím působení na člověka musíme počítat se specifickými zvláštnostmi jeho osobnosti, které přináší věk, postavení ve společnosti, mentální úroveň nebo pracovní zařazení a vzdělání apod. Metody estetickovýchovného působení kladou základ k rozvoji osobnosti, formují morální a estetické postoje k životu a významně přispívají k vytváření hodnotové orientace, což je v případě jedinců s MP velmi složité. (Krejčířová, 1998)

Z celospolečenského hlediska je podstatné, aby se estetická výchova stala přirozenou součástí společenského života každého člověka, aby respektování a naplňování zájmů a potřeb všech sociálních i věkových skupin směřovalo k rozvoji tvořivosti člověka. **Proces estetické výchovy** by neměl být jen otázkou vzdělávacích režimů, ale **měl by se prolínat celým životem člověka**, tedy od umělecko-tvůrčí a kulturně-výchovné činnosti až po kulturní práce, formování morálky a tvorbu způsobu života. (Krejčířová, 1998)

2.2 Pojetí estetické výchovy při práci s jedinci s mentálním postižením

„*Nezabít v nich Mozarta, Mozarta, který je v dětech, tvůrčího génia v lidech!*“ (Georgi Danailova in Krejčířová, 1998, s. 28) Lidi, v nichž měla jejich „*Mozarta*“ tedy jejich tvůrčí schopnosti, podle všech předpokladů „*zabít*“ už před narozením jejich diagnóza, tzn. mentální retardace, nestalo se to. Jedinci s MP bývají mnohdy daleko za tvůrčím potenciálem intaktní populace, dokážou tvořit díla, která jsou důkazem toho, že i člověk s takovým handicapem dokáže tzv. „*přeskočit přes svůj stín*“ a vytvořit krásné a umělecky hodnotné dílo. (Florian in Krejčířová, 1998, s. 29).

J. Kysučan charakterizuje pojetí estetické výchovy osob s MP jako nedílnou součást reedukačního procesu, který směřuje k všestrannému rozvoji jejich osobnosti, přičemž působením estetických prostředků jsou aktivizovány poznávací procesy, zvyšuje se aktivita vnímání a je rozšiřován okruh představ v okolním světě, je obohacován citový život, rozvíjí

se diferenciaci emočního prožívání a je rozšiřován okruh zájmů osob s MP, a vlastní účast vede k rozvoji některých estetických dovedností a návyků, které přispívají k celkovému obohacení života jedinců s MP. (Kysučan, 1990)

„*Není umění bez fascinace, není tvorby bez zážitku, neučíme vytvářet díla, zprostředkujeme zážitky.*“ (Zhoř in Krejčířová, 1998, s. 29) Současná speciální pedagogika se zabývá **terapeutickým významem estetické výchovy osob s MP**, a to z terminologického i obsahového hlediska, která svými **komenzačními a reedukačními účinky** pomáhá osobám s MP najít cestu k co **nejširšímu začlenění do společnosti**, přičemž východiskem speciálně výchovného přístupu je především osobnost jedince s MP s promítnutím cíle a významu estetické výchovy v jejich společenském zařazení. (Krejčířová, 1998)

2.2.1 Klasifikace estetickovýchovné činnosti

Pro klasifikaci jednotlivých druhů estetických činností jsou v literatuře zdůrazňována různá hlediska. V antice nalezneme jedno z prvních členění u Aristotela, který charakterizuje čtyři oblasti: „*mluvníci, tělocvik, hudbu a kreslení*“. (Read in Krejčířová, 1998, s. 32)

M. Jůzl použil hledisko typologie estetických objektů podle smyslového orgánu, jimž je přijímáme, takže rozlišuje umělecké druhy na:

- **vizuální** – výtvarné umění,
- **auditivní** – hudební umění,
- **smíšené umění**, tzv. audiovizuální, např. divadlo. (Jůzl in Krejčířová, 1998)

J. Jůva směřuje členění estetické výchovy pro potřeby pedagogiky do dvou okruhů:

- estetická výchova **uměleckými prostředky** – kam patří estetickovýchovné činnosti literární, výtvarné, hudební, divadelní, filmové a taneční,
- estetická výchova **mimouměleckými prostředky** – kam patří estetika prostředí, přírody, práce, hra a tělovýchovné činnosti. (Jůva in Krejčířová, 1998)

O. Krejčířová uvádí, že takto pojatá konkretizace jednotlivých oblastí nemusí postihnout celou šíři esteticko výchovného působení, přesto tyto dva okruhy se vyskytují v klasifikaci i jiných autorů. (Krejčířová, 1998)

Druhy umění dle prostředků uměleckého vyjadřování rozlišuje S. Kučerová (1992) :

1. **umění výtvarné** – umění vytvářející hodnoty, jejich vizuálních kvalit tvarových, objemových i plošných a barevných

- a) užité umění (ornamentální, užité grafika, fotografie)
- b) architektura
- c) sochařství
- d) malířství (grafika)

2. **umění muzická** – sukcesivní, činnostní, v čase probíhající umění tělesného pohybu, umění tónu a umění slova

- a) tanec (lidový, umělecký)
- b) hudba (vokální, instrumentální)
- c) slovesnost (lyrika, epika, drama)
- d) mimika

3. **umění sdružená** – již v tvůrčí syntéze spojují vyjadřovací prostředky různých základních umění

- a) divadlo

pantomima	opera	činohra
balet	opereta	
	muzikál	
- b) film
- c) mediální umění
- d) intermediální umění

Mimoumělecké oblasti estetická charakterizuje J. Kučerová jako:

- a) estetický vztah k přírodě,
- b) estetický vztah k uměleckému prostředí,
- c) estetický vztah k lidem,
- d) estetický vztah k práci. (Kučerová, 1992)

2.2.2 Estetická výchova a jedinec s mentálním postižením

„Umění není pouze podstatné jméno, je i slovesem, které se děje ku pomoci člověku samému.“ (Šicková – Fabrici, 2008, s. 14)

Význam estetické výchovy je v životě společnosti stále více zdůrazňován, a to především jako jedna ze složek **všestranné harmonické výchovy osobnosti**, takže faktory estetického působení jsou důležitým obohacením života člověka. (Kysučan, 1990)

Obecné cíle estetické výchovy nacházejí uplatnění i v estetickovýchovné činnosti osob s MP, s přihlédnutím k jejich rozvoji sociální adaptability a vytvoření jejich kulturních potřeb. Specifický charakter estetickovýchovné činnosti osob s MP, který je ovlivňován

především jejich opožděním rozumových schopností, specifických emocí a opožděnou motorickou koordinací, tzn. rozvíjení estetického vnímání, prožitku a formování estetických návyků a dovedností má speciálně-pedagogický ráz. Estetická výchova realizovaná u jedinců s MP:

- plní ve výchovně-vzdělávacím procesu významnou **reedukační úlohu**, a estetickovýchovný proces u jedinců s MP se podílí na rozvoji jejich psychických procesů a vlastností,
- přispívá k rozvoji činnosti **smyslových orgánů**, (např. vnímání krásy v přírodě i v životě, barev a rozmanitých tvarů, výtvarných děl, ale i vlastní výtvarná činnost poskytuje mnoho podnětů **zraku**, dále zvuky okolního světa, hudba a mluvené slovo bystří **sluch**, výtvarná činnost a tanec rozvíjí pohybovou koordinaci), ale také k rozvoji **myšlení** a **řeči** (obohacuje slovní zásobu),
- rozvíjí fantazii, pozornost, podporuje tvorbu představ a rozvoj citových prožitků,
- spočívá také v tom, že do speciálně-pedagogické sféry působení jsou zapojeny **city** člověka s MP, které jsou obohacovány a je rozvíjena i citová diferenciací,
- rozšiřuje obzor a aktivizují se **poznávací procesy**, přičemž zásoba umělecko-výchovných představ zlepšuje **paměť** a ovlivňuje tvorbu dovedností a návyků kulturního chování,
- má významný **terapeutický potenciál**. (Kysučan, 1990)

Psychologický obraz osob s MP je charakteristický nižší mentální úrovní, který sice výrazně omezuje jejich kognitivní procesy, ale nebrání jim žít **bohatým emocionálním životem**, tzn., že psychika jedinců s MP v sobě skrývá řadu neodhalených možností, zaměřených do oblasti specifických vloh a kreativity, ale hlavně jedinec s MP je „*svébytnou bytostí s vlastními problémy a s vlastními vývojovými možnostmi, které je možné a nutné rozvíjet.*“ (Krejčířová, 1998, s. 35)

Vnímání člověka s MP

Vnímání osob s MP v porovnání s intaktními jedinci je velmi pomalý proces, který se v estetickovýchovných činnostech projevuje ve **snížené schopnosti rozlišovat**, např. v hudbě tóny a ve výrazovém projevu fonémy, ve výtvarných činnostech mají potíže, např. s rozlišováním barev apod. Specifická vnímání osob s MP spočívá v jejich **inaktivitě**, tzn., že deficitnost percepce se odráží v příjmu estetických podnětů, takže spíše než aktuální význam je vnímání podnětů ovlivněno jejich nápadností, jako je např. barva, tvar, apod. Snížený rozsah vnímání a zpomalenost se projevuje u osob s MP také ve **vnímání**

prostoru, času a pohybu, tato nedostatečnost je viditelná v hudebně-pohybových činnostech, ale také v prostorových pracích výtvarných, tzn., že intaktní jedinec vnímá prostor globálně, ale jedinec s MP jej vnímá postupně, čímž se stěžuje jeho orientace, např. při vnímání obrazu není člověk s MP schopen pochopit perspektivu, částečné překrývání kontur, porušena je i diskriminace figury a pozadí apod. (Krejčířová, 1998)

Smyslová výchova je východiskem pro zkvalitnění procesu vnímání v oblasti estetickovýchovných činností, tzn., že rozvoj smyslů je základním fenoménem pro získání informací z okolního světa. Smyslová výchova je zaměřena hlavně na **rozvoj zrakového, sluchového a kinestetického analyzátoru**, přičemž má speciálně-pedagogický charakter a úzce souvisí s rozvojem estetického vnímání osob s MP. Je třeba si uvědomit, že smyslové vnímání souvisí také s city, fantazií, vůlí, ale i se zkušenostmi, potřebami a zájmy. (Krejčířová, 1998)

Schopnosti člověka s MP

Struktura schopností osob s MP je velmi různorodá, takže je nutné tuto skutečnost respektovat a brát na ni zřetel i při posuzování schopností uměleckých. Je důležité si uvědomit souvislost mezi původem estetických schopností a vloh. V Psychologickém slovníku P. Hartl charakterizuje vlohy jako „*vrozené, fyziologicko-anatomické zvláštnosti především nervové soustavy, častěji však vrozené skupiny dispozic či schopnosti umožňujících dosáhnout mimořádných a speciálních znalostí či dovedností.*“ (Hartl in Krejčířová, 1998, s. 37) V současnosti vědecká estetika respektuje tuto vrozenost, ale současně zdůrazňuje i význam estetické zkušenosti tedy dispozic získaných, takže je zdůrazňován význam estetické výchovy. (Krejčířová, 1998)

U osob s MP se zaměřujeme na intenzitu smyslové vnímavosti, citlivost a fantazii, pozornost těchto jedinců soustředíme na tvary, barvy, zvuky a pohyby. Vzhledem k tomu, že jde o produktivní estetickou činnost těchto jedinců, musí naše působení směřovat k tomu, aby zaměření a intenzita těchto estetických dispozic byla mimořádná. Schopnosti nejsou neměnné předpoklady umělecké činnosti, ale jedná se o proces, který se utváří v průběhu života a rozvíjí se do konkrétní umělecké činnosti. (Krejčířová, 1998)

Z hlediska estetiky a estetické výchovy se schopnosti rozdělují na:

a) **fyzické schopnosti** – znamenají určité somatické uzpůsobení nebo celkový zdravotní stav, umožňující činnosti spojené s určitou estetickou produkcí. U osob s MP:

- jsou časté poruchy vnitřních orgánů, např. vrozené srdeční vady, poruchy trávicí soustavy, současné poruchy pohybové koordinace, které souvisí s poruchami intelektu,

- jsou patrné specifické zvláštnosti vnímání: důležitým předpokladem pro schopnost estetických aktivit osob s MP je správná činnost smyslových orgánů,
- mohou hrát významnou roli i určité konstituční předpoklady, např. dlouhé prsty pro hru na klavír apod., když nemusí být prioritou, mohou být určitým signálem pro motivaci k určité umělecké činnosti,

b) **psychické schopnosti** – znamenají schopnosti afektivní, ale také schopnosti intelektuální. U osob s MP se soustředíme hlavně na schopnosti v oblasti emočních procesů, které budou na základě reedukačního úsilí prostředkem k intelektuálním dispozicím. (Krejčířová, 1998)

Podstatou estetických činností osob s MP je **recepce, reprodukce i produkce** v různých oblastech umění. Např. v oblasti **hudby** je nejčastěji uplatňovaná schopnost reprodukce pamatovaného tónu zpěvem, přičemž v kvalitě této reprodukce se projevují značné individuální rozdíly, které jsou běžné i u intaktní populace i u osob s MP – nejdůležitější je, aby pedagogická práce směřovala k rozvoji tonálního cítění, schopnosti sluchové představivosti a hudebně rytmického citu jako schopností důležitých pro recepci, reprodukci i produkci hudby, tzn. rozvoj hudebnosti v celé své šíři, ale v rámci možností osob s MP. Svoji specifičnost mají také **výtvarné schopnosti** osob s MP, které jsou závislé na stupni postižení. V tvořivé činnosti osob s MP není racionální schopnost na prvním místě, ale je východiskem pro tvořivou invenci, což platí i pro ostatní oblasti umění. V obecném chápání schopností ve vztahu k osobám s MP je třeba si všimnout jedné důležité skutečnosti, která má pro produkci estetických činností osob s MP motivační význam, a kde samotná tvorba uměleckého díla nevyžaduje stejné schopnosti jako jeho interpretace, např. že autor básně může mít vadu řeči, nebo omezená slovní zásoba není překážkou pro výtvarnou tvorbu. (Krejčířová, 1998)

Zájmy člověka s MP

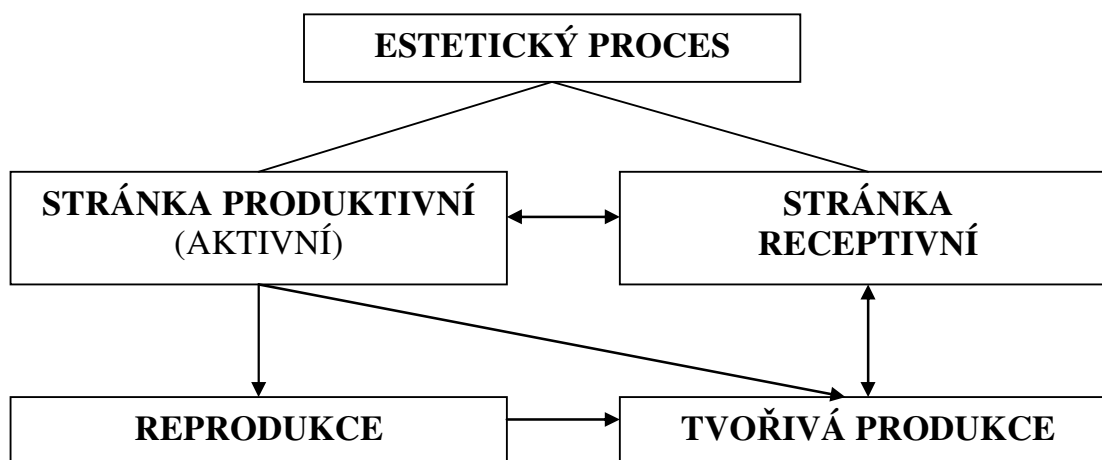
„Zájem vychází z potřeby jedince. Pokud tuto potřebu člověk uspokojuje častěji určitým, pro něho přijatelným způsobem, vzniká vazba, charakterizovaná jako zájem.“ (Krejčířová, 1998, s. 40) Zájmová činnost osob s MP je charakteristická svojí nízkou úrovní aktivit, což vyplývá i ze specifičnosti jejich osobnosti. Zájmy osob s MP jsou charakteristické nedostatečnou intenzitou a nestálostí, bývají jednostranné a méně rozvinuté, vztah k zájmové činnosti může být narušen také pasivitou a nesoustředěností člověka s MP. Při rozvoji estetických zájmů osob s MP je důležité prohlubovat soulad mezi individuálním zájmem a schopností člověka s postižením, vždy je nutné vycházet z úrovně schopností a rozvoje zájmů z hlediska **přiměřenosti a individuálních zvláštností** člověka,

tz., že respektujeme individuální přístup, a přihlížíme k věkovým a mentálním zvláštnostem i individuálním schopnostem, ale také k zájmům osob s MP. (Krejčířová, 1998)

2.2.3 Procesní stránka estetické výchovy jedince s mentálním postižením

Estetická výchova v obecném pojetí zprostředkovává chápání a prožívání „krásna“, porozumění estetické kultuře, umožňuje radost z krásy, a schopnost přiměřeně projevat uměleckou činnost. Budeme-li vycházet ze základní teze, že člověk „krásno“ nejen vnímá a raduje se z něj, ale také jej tvoří, vystupují nám z estetickovýchovného procesu dvě základní stránky, a to **stránka receptivní** a **stránka aktivní**, jež mají obě dvě svou obecnou pedagogickou platnost pro výchovné působení v intaktní populaci, tak i pro jedince s MP. Stránka receptivní i stránka aktivní jsou v souladu a vzájemně se ovlivňují, přičemž společně vyzdvihují význam **tvořivého aspektu estetického procesu**. (Krejčířová, 1998)

Grafické znázornění estetickovýchovného procesu podle O. Krejčířové (1998, s. 42):



Estetickovýchovný proces se odráží ve všech svých polohách v zájmové umělecké činnosti, přičemž základní vztah spojující aktivní a receptivní oblast, vychází z estetické reakce člověka. Sám pojem **aktivní** není přesný, jak píše O. Krejčířová (1998), raději používá pojem **produktivní**, takže aktivním vnímáním, člověk na základě složitého procesu získává estetické podněty, seznamuje se s uměleckými díly, přírodními i jinými krásami, a prožívá emocionální vztahy k nim. Estetická recepce je charakteristická svou vnitřní svobodou, protože nikoho nelze donutit k citlivému vnímání uměleckého díla, ale je

možné ho esteticky připravit nebo informovat, případně vychovávat, avšak vzhledem k jeho specifické vnímání. (Krejčířová, 1998)

Výrazný odraz estetické recepce ve vztahu k produkci spočívá v její zaměřenosti, která se vyvíjí u intaktního dítěte velmi rychle, ať vlivem vrozených dispozic nebo výchovy, avšak u jedinců s MP je nutné vycházet z vcítění, které je provázáno estetickou libostí. V grafickém znázornění se **produktivní stránka** estetickovýchovného procesu dělí na **reprodukcii a tvořivou produkci**, oba atributy jsou obsahově užší vyjádřením jedné, která je jim nadřazená. (Krejčířová, 1998)

Z hlediska estetické výchovy může být **reprodukce** chápána jako replika určitého díla. V praxi se můžeme setkat s mylnými názory v oblasti estetické produkce, že jedinci s MP jsou schopni pouze reprodukce, neboť jejich kreativitu omezuje deficit poznávacích procesů osobnosti, že tito jedinci jsou rigidní a netvůrčí, omluvou snad může být pouze nedostatek empirických poznatků z práce s jedinci s MP. Reprodukce je východiskem pro tvořivou produkci v estetickém procesu, a z tohoto dále vyplývá, že estetickovýchovná činnost osob s MP v reprodukci má své opodstatněné místo, ale nesmí být chápána v duchu repliky, ale ve smyslu vybavování, ožívování a charakteru paměťových obsahů, a potom se reprodukce stává podmínkou pro vlastní tvořivou produkci. (Krejčířová, 1998)

Produkce, jakožto výsledek práce člověka, tvořivá produkce je požadavkem i vrcholným výstupem estetického procesu, a také to je nejcennější způsob uplatnění estetické výchovy osob s MP. Tvořivost nebo kreativita jsou v estetice vnímány jako schopnost tvůrčím způsobem vytvářet. K tvořivosti v rámci estetické výchovy dochází při vzájemném působení několika faktorů. V první řadě sem patří „původnost“ díla, nikoliv imitování, dále důležitým momentem je kreativní agens, který můžeme v práci s osobami s MP ovlivnit motivačními činiteli, také sama interpretace v promítnutí osobního postoje může v sobě nést tvůrčí prvky, což je jeden ze základních úkolů v oblasti realizace zájmové umělecké činnosti jedince s MP. **Tvořivá produkce** by nebyla realizovatelná bez předchozích zkušeností a znalostí, které byly získány na základě receptivního odrazu, takže tím se graf estetického procesu uzavírá do imaginárního okruhu závislosti jednotlivých komponentů, které je nutné ve vzájemné vazbě uplatňovat. (Krejčířová, 1998)

J. Kysučan (1990) shrnuje konkrétní **cíle estetické výchovy při práci s jedinci s MP** do následujících okruhů:

- *„Vytvoření návyků životní kultury pro každodenní život a správného vztahu k ostatním lidem.*

- *Seznámení s krásou přírody, s výsledky umělecké tvorby v nejbližším okolí i v celé vlasti. Naučit se vážit si národního kulturního dědictví.*
- *Vychovat schopnost aktivního vnímání přírodních krás, výtvarného umění a prožívat z tohoto vnímání radost.*
- *Rozvíjet schopnost aktivní estetické tvorby a vytvářet tak předpoklady pro zájmovou činnost v estetické oblasti.*“ (Kysučan, 1990, s. 25)

2.2.4 Význam estetické výchovy jedince s mentálním postižením

„*O umění se dá tvrdit, že slouží cílům, jež ho přesahují.*“ (Eliot, 1972 in Šicková – Fabrici, 2008, s. 18)

Speciálněpedagogický charakter estetické výchovy se výrazně projevuje především v **reedukačním a kompenzačním dopadu** na osoby s MP. Speciálněpedagogické zásahy charakterizuje F. Kábele takto: *„Reedukace je soustavné rozvíjení všech postižených, narušených či oslabených orgánů a funkcí v procesu vzdělávání, kompenzace je rozvíjení a nácvik náhradních činností všude tam kde reedukace původní funkce do žádoucí míry není možná.*“ (Kábele in Krejčířová, 1998, s. 45) Tyto dva principy vyústí v **rehabilitaci**, která spočívá v mnohostranném působení na jedince s postižením s cílem dosáhnout plnohodnotného života. Estetická výchova osob s MP tyto zásady respektuje, a ve všech aktivitách jsou pro ni východiskem a konečným cílem, takže metodicky přiměřeně organizovaná a dobře promyšlená estetická výchova může jedincům s MP příznivě ovlivnit oblasti všech poznávacích procesů i motoriky. Tento reedukační význam byl vždy vyzdvihován odborníky v péči o osoby s MP již v počátcích organizované péče. (Krejčířová, 1998)

J. Kysučan (1990) píše, že estetická výchova je součástí všech výchovně-vzdělávacích zaměstnání v jednotlivých zařízeních pro osoby s MP. **Prostředí** je významným prostředkem estetické výchovy osob s MP, které je rozdělováno na **přírodní, společenské a pedagogické**, a které nelze od sebe oddělit, protože se vzájemně ovlivňují a podmiňují. Esteticky hodnotné přírodní, společenské a pedagogické prostředí má příznivý vliv na pracovní aktivitu, chování a mezilidské vztahy, stimuluje pozitivní emoční ladění osob s MP. Ve výchovně-vzdělávacích činnostech školských i mimoškolských zařízení pro osoby s MP je estetickovýchovné působení soustředováno do tří oblastí, a to: **výtvarné, hudební a literární**, ale také je důležité neopomíjet vliv celkového materiálního a sociálního prostředí zařízení, dále využívání všech **multimedií**, která mohou zprostředkovávat estetické prožitky, např. film, divadlo, výstavy, apod. (Kysučan, 1990)

Umělecká literatura zaujímá v procesu estetické výchovy osob s MP neocenitelnou roli, protože působí na city, pomáhá poznávat okolní život, příznivě ovlivňuje mravní cítění, a v neposlední řadě rozvíjí řeč a obohacuje slovní zásobu. Pochopení obsahu literárního díla závisí na způsobu jeho podání, např. výrazná umělecká četba aktivizuje pochopení díla, větší účinnosti lze také dosáhnout současným doplněním ilustrací a hudebním doprovodem nebo dramatizací díla (dramatizace je činnost, která je spojena s mimikou, pantomimou a výrazným řečovým projevem, která aktivizuje pozornost, paměť, myšlení, podporuje vzájemnou spolupráci, posiluje emociální působení díla a rozvíjí motoriku). (Kysučan, 1990)

Vliv **výtvarných činností** na reedukaci některých psychických procesů je nesporný, např. rozvoj vnímání a motoriky, a celkový rozvoj poznávacích procesů. Také je důležité naučit jedince s MP chápat a vnímat výtvarné umění tedy učit je systematicky pozorovat, srovnávat jednotlivé objekty a zaměřovat pozornost na jejich rozmístění, barvu apod., rozvíjet jeho emociálního vnímání. (Kysučan, 1990)

Problematikou vlivu **hudby** na osobnost jedinců s MP se zabývali už první průkopníci jejich výchovy. Např. **E. Seguin** (1846) zmiňuje reakce dětí s MP na hudební zvuky: „*Nespatřil jsem idioty, kteří by neprojevovali živější uspokojení při poslechu hudby.*“ (Seguin in Kysučan, 1990, s. 27) E. Seguin považuje hudbu za důležitý prostředek výchozího a léčebného ovlivňování osob s MP. Dále píše, že reakce na hudbu dětí s MP je různá, takže utlumené děti hudba povzbuzuje a děti „eretické“ hudba naopak uklidňuje a pozitivně ovlivňuje jejich afektní stavy. **K. S. Amerling**, který jako první založil v Praze ústav pro slabomyslné roku 1871 : „*doporučoval provádět ranní budíček hrou na housle, aby vstup do nového dne byl příjemný.*“ (Kysučan, 1990, s. 27) Pro **rozvoj motoriky** osob s MP se osvědčilo spojení hudby s rytmickými a gymnastickými cvičeními. Reedukační vliv hudby se výrazně projevuje ve zkvalitňování **funkce sluchu**, ale také v **rozvoji řeči**, přičemž velmi příznivý je vliv zejména sborového zpěvu, ale také poslech hudby. Zpěv naučených písní vytváří estetický vkus, umožňuje vnímat a prožívat krásu hudby, probouzí se city. Důležité je to, že při uplatnění hudby jako prostředku estetické výchovy, není vůbec ohraničeno stupněm rozumového vývoje, tzn., že u jedinců s MP je možné aktivně pěstovat hudbu jak formou zpěvu, tak i formou hry na různé hudební nástroje, a receptivní vliv hudby má pozitivní dopad hlavně u jedinců s těžšími formami mentálního postižení. (Kysučan, 1990)

Podle O. Krejčířové (1998, s. 45) má estetická výchova významný vliv „*na rozvoj vnímání, představivosti, paměti, fantazie, myšlení, intenzivně působí na citovou oblast*

osobnosti“. Dále uvádí, že ve výchově osob s MP má své významné místo i **estetika chování**, která spočívá v seznamování se soustavou estetických požadavků, které se týkají např. jejich způsobu oblékání, ale otázky kultury chování mají hlavně morální základ. Estetická výchova v neposlední řadě napomáhá při **rozvoji řeči**, která je důležitým fenoménem v celé šíři péče o jedince s MP (děti s MP rády reprodukují různá říkadla a texty, pohádky a jejich dramatizace napomáhá rozvoji paměti, řeči, fantazie a představivosti). O. Krejčířová vidí těžiště práce ve speciálních zařízeních pro osoby s MP v oblasti estetických aktivit v metodách tzv. **sdrúženého umění**, kam patří různé typy divadel malých forem, slovesná a hudební pásma apod. Speciálněpedagogické působení estetické výchovy osob s MP, shrnuje do následující teze: *„Estetická výchova má v péči o mentálně retardované výrazný reedukační význam, který v konečném dopadu působí kompenzačně.“* (Krejčířová, 1998, s. 46)

2.3 Speciálně pedagogické terapie v péči o osoby s mentálním postižením

„To, co je tvořivé, je často terapeutické. To, co je terapeutické často představuje tvořivý proces.“ Natálie Rogersová (Rubinová, 2008, s. 254)

Termín **„terapie“** má řecko-latinský původ a znamená léčení, ošetřování, ale také starání se, pomáhání, cvičení. (Müller, 2007) *„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin k prospěšné změně (např. v prožívání chování, fyzickém výkonu).“* (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s. 123)

Terapeutické přístupy tohoto charakteru mohou být použity jednak přímo v rámci terapií, např. psychoterapie, dramaterapie nebo arteterapie apod., nebo nepřímo, a to v rámci jejich odborných a cílených na člověka zaměřených činností, např. v institucionální výchově znevýhodněných osob apod. Ve speciální pedagogické péči osob s MP jsou uplatňovány terapeutické přístupy, vykazující určitá specifika, která vycházejí z:

- charakteru jejich postižení (daného jeho vznikem, závažností, projevy, apod.) a z něho vyplývajících potřeb,
- jejich vývojových zvláštností (daných na jedné straně primárním postižením a na straně druhé prostředím, v němž se osoba vyvíjela) a z nich vyplývajících potřeb,

- osobnosti, schopnosti a orientace terapeuta, např. záleží na tom, zda jde o osobnost dynamickou nebo odborníka orientovaného na některý psychoterapeutický směr apod.,
- zaměření a možností instituce, v níž jsou realizovány, např. jde-li o léčebnou komunitu, stacionář apod. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

„Terapie uplatňovaná ve speciálněpedagogické péči osob s MP jsou důležitou a nezaměnitelnou součástí komplexní rehabilitační péče o tyto osoby.“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 124) Speciálněpedagogické terapie mohou bezprostředně navazovat na léčbu v systému akutní medicínské péče, nebo poskytují druh pomoci při přetrvávajících stavech, např. následcích různých poruch způsobujících třeba mentální postižení, které způsobují bariéry v životě, danými uživateli mohou být osoby znevýhodněné svojí kulturní či sociálně adaptační odlišností apod. Přitom se zaměřují na takové důsledky těchto problémů, které se projevují ve snížené schopnosti či neschopnosti normální životní seberealizace, např. ve vzdělání, práci, bydlení či zájmových činnostech apod., a proto bývají realizovány v rámci pedagogické, pracovní a sociální péče. Můžeme je definovat jako *„svébytné disciplíny (či součásti rámce širších oborů), v nichž jsou odborně, záměrně a cílevědomě aplikovány specifické terapeutické prostředky, metody, techniky a formy za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky a individuálně přijatelným směrem.“* (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 124)

Terapie užívané v péči o osoby s MP mají **činnostní charakter**, tzn., že ke svým terapeutickým, formativním a preventivním cílům, primárně využívají **specifických lidských činností**, např. hry, psychomotoriky, práce, kontaktu se zvířetem apod., která jsou vodítkem pro jejich klasifikaci. Základní kategorie speciálněpedagogických terapií jsou:

- terapie hrou,
- činnostní a pracovní terapie,
- psychomotorické terapie,
- terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie),
- expresivní terapie (arteterapie v širším slova smyslu). (Valenta, Müller, 2007)

„Terapie může přinést radostné, živoucí učení na mnoha úrovních: senzorické, kinestetické, konceptuální, emoční a mytické.“ Natálie Rogersová (Rubinová, 2008, s. 256)

2.3.1 Klasifikace a charakteristika expresivních terapií využitelných v péči o osoby s mentálním postižením

„Pohyb, kreslení, malování, modelování, hudba, psaní, zvuk a improvizace jsou využívány jako podpůrné, na klienta zaměřené situace vytvářené za účelem prožívání a vyjadřování pocitů. Každé umění, které vychází z emoční hloubky, přináší proces sebeobjevování a vhledu. Vytváříme vnější formy a tím vyjadřujeme vnitřní pocity. Když dáme těmto pocitům názornou formu, používáme umění jako jazyk, kterým, sdělujeme vnitřní pravdy.“ Natálie Rogersová (Rubinová, 2008, s. 225)

Expresivní terapie jsou postavené na **umělecké expresi**, tzn. vyjádření vnitřních pocitů pomocí prostředků, které nám poskytují různé druhy umění, a proto je tento termín stejný s arteterapií v širším slova smyslu. Jedná se o terapeutické využití specifických expresivních projevů, jednak vnímáním a prožíváním jejich výsledků nebo aktivní účastí v průběhu jejich procesů, které se uskutečňují v rámci umělecké tvorby, jinak řečeno *„umění se svými prostředky, metodami, technikami, formami a obsahy je jedním z hlavních zdrojů, které tvoří podstatu většiny expresivních terapií.“* (Valenta, Müller, 2007, s. 133)

Z terminologického hlediska došlo k ustálenému odbornému pojmosloví, tzn., že termín arteterapie je chápán v užším slova smyslu a jeho původně širěji pojímaný obsah je nazýván expresivní terapií. **Klasifikace expresivních terapií** vychází z použité speciální lidské činnosti, která je odborně a cíleně realizovaná, a která je v těchto terapiích hlavním prostředkem a průvodcem prospěšných změn, tzn., že podle toho zda pracujeme s uměním hudebním, dramatickým, literárním, výtvarným či tanečním, rozlišujeme především:

- muzikoterapii,
- dramaterapii, teatroterapii, psychodrama,
- biblioterapii,
- tanečně-pohybovou terapii,
- arteterapii v užším slova smyslu. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

„Využívat umění expresivně znamená vstupovat do našich vnitřních království, objevovat pocity a vyjadřovat je prostřednictvím výtvarné tvorby, pohybu, zvuku, psaní, dramatu aniž bychom se zajímali o krásu díla, gramatiku a styl psaní či harmonický souzvuk. My používáme umění k vypouštění, vyjadřování a k uvolnění.“ Natálie Rogersová (Rubinová, 2008, s. 225)

Muzikoterapie je charakteristická použitím hudebního umění „za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.“ (Valenta, Müller, Lečbych a kol., s. 130) Využívá při aplikaci hudebního umění jeho **základní hudební složky**, např. melodii, harmonii, rytmus, zvukovou barvu apod. Hudba sama o sobě působí velmi bezprostředně a intenzivně na psychické funkce a osobnostní dynamiku člověka. Expresivní terapie a tedy i muzikoterapie má svojí formu:

A) **receptivní** – vnímání a prožívání hudby (poslech hudby může směřovat ke společnému prožitku a následně k podpoře vztahů, uvolnění emocí, rozvoji vnímavosti apod.). Receptivní forma muzikoterapie má své místo např. u jedinců s těžšími stupni mentálního postižení, kdy je ve spojení s podpůrnou metodou „Snoezelen“ apod.

B) **aktivní** – aktivní hudební činnost (je charakteristická projevem vokálním tzn. zpěv, a instrumentálním tzn. hra na tělo nebo hudební nástroj, ale také projevem řečovým, pohybovým, dramatickým nebo výtvarným). Skupinová aktivní muzikoterapie je hojně využívaná při práci s jedinci s MP, protože vytváří příznivé podmínky pro eliminaci či zmírnění „patologií“ v prožívání, komunikaci a mezilidských vztazích, dále nenásilnou formou „nastartuje“ skupinovou dynamiku, při které terapeut užívá optimálního spojení cílené terapeutické činnosti a atmosféry přirozené pospolitosti, kdy si i netalentovaní a introvertní jedinci se zbavují strachu z neúspěchu, protože tento strach je potlačen kladným prožitkem, který dodává chuť do dalších aktivit. Aktivní skupinová muzikoterapie má bohaté uplatnění hlavně u jedinců s lehkým stupněm MP či s hraničním pásmem MP, ale také u jedinců se středně těžkým MP. Úroveň hudebních schopností jedinců s lehkým MP nemusí být mentálním postižením vůbec poznamenána, a tudíž se z ní dá vycházet (avšak pomyslné „nůžky“ úrovně těchto schopností se mohou „rozevírat“ mezi sociálně podmíněným MP a MP, které vzniklo na organickém podkladu). Aktivní muzikoterapie využívá nejrůznějších běžně užívaných nebo individuálně vyrobených hudebních nástrojů a muzikoterapeut musí být umělecky angažovaným odborníkem s přesahy do jiných druhů umění, relaxačních technik, sociálněpsychologického výcviku, hry, výchovy apod. Receptivní a aktivní forma muzikoterapie mohou tvořit celek. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Dramaterapie, teatroterapie a psychodrama jsou expresivní terapie, které používají prostředky dramatického umění, např. svébytného inscenačního prostoru, improvizací hra

v roli, pohybové výrazové prostředky, symbolická gesta apod. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Psychodrama je řízená dramatická improvizace, která má za cíl vytvořit model konkrétní životní reality, který pomáhá klientovi pochopit vlastní zážitky, přání, postoje, fantazie, dále vnitřní konflikty a afekty či možnosti jejich řešení – a to vše s doprovodnými abreaktivními prvky, k tomu psychodrama používá různé techniky. Zakladatelem psychodramatu je psychiatr J. L. Moreno ve 20. letech 20. stol., a je nejvíce využíváno v psychiatrických zařízeních. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Dramaterapie není prioritně zaměřená na reálná psychická traumata jednotlivých klientů, ale pohybuje se napříč spektrem mnoha diagnóz a disponuje širším terapeutickým a metodologickým zázemím. Největší skupinu klientů tvoří právě jedinci s MP, potom to jsou jedinci s neurologickými a psychologickými poruchami, také klienti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, mládež s jinými poruchami chování a psychosociálně ohrožení lidé, ale také osoby ve výkonu trestu a gerontologičtí klienti. Dramaterapie se spíše zaměřuje na příznaky nebo zmírňování důsledků psychologických poruch a sociálních problémů, dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti, přičemž k tomu využívá mnoho technik a hlavně skupinové práce, jejímž cílem je hledání alternativních zdrojů k překonání zmíněných problémů. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Teatroterapie je paradržadelný systém, u kterého je kladen důraz na proces jako u dramaterapie, ale zároveň je kladen důraz také na „produkt“, tj. výsledný divadelní tvar inscenací a divadelního představení před publikem, což přináší další pozitiva, např. **sociální integraci a sociální rehabilitaci herců s postižením**. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Biblioterapie je expresivní terapií spíše „doplňkovou“, protože literární umění působí menší dynamikou, přesto přináší svým klientům pozitivní východiska. U jedinců s MP se mohou vyskytovat potíže s porozuměním textu či nedostatečné čtenářské schopnosti a dovednosti. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Arteterapii je možné vymezit jako „*aplikaci prostředků výtvarného umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem, při tom může být aplikována samostatně i v kombinaci s ostatními terapiemi.*“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 135)

Ve speciální pedagogice patří k nejrozšířenějším expresivním terapiím, protože maximálně a přitom bezpečně využívá umělecké exprese, na rozdíl od hudebních a dramatických aktivit, jež mohou předem vzbuzovat pocity strachu. Díky přirozené expresivní funkci výtvarných činností mohou být skryté psychické stavy, dojmy, pocity a nálady přirozeně odhaleny, sdíleny a následně formovány, a to především díky **kresbě**, která je významným **komunikačním** a **diagnostickým prostředkem**. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Klasifikace cílů arteterapie, které jsou upraveny pro potřeby osob s MP:

- „*redukce psychické tenze,*
- *uvolnění kreativity pro plnění dalších úkolů,*
- *odblokování komunikačních kanálů,*
- *relaxace, odreagování se a uvolnění,*
- *interpretace osobnostních složek,*
- *celková socializace osobnosti,*
- *úprava aspirace,*
- *nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle.*“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 135)

2.3.2 Pojetí arteterapie a inkluze jedinců s mentálním postižením do společnosti

„*Ze samotné podstaty vnitřních podmínek tvořivosti je zřejmé, že nemohou být vynuceny, ale musí jim být umožněno, aby se projevíly.*“ Carl Rogers (Rubinová, 2008, s. 254)

Pojem **arteterapie** pochází z latinského „*ars*“ = umění, a z řeckého „*terape*“ = léčení, léčba, takže arteterapii lze v obecné rovině charakterizovat jako „**léčbu uměním**“. (Zicha, 1981)

Z. Zicha rozlišuje **arteterapii v širším slova smyslu** jako léčbu uměním souhrně, tzn. využitím všech druhů umění v léčbě – výtvarného, hudebního, slovesného, divadelního apod., dále definuje „*arteterapii v širším slova smyslu, resp. speciálně estetickou výchovu, jako záměrné upravování narušené činnosti organismu takovými psychologickými a speciálně pedagogickými prvky, které jsou imanentní umělecké činnosti nebo procesu umělecké tvorby. Jde tedy o speciálně výchovné a terapeutické využití estetických činností ve výchově a léčbě narušených jedinců.*“ (Zicha, 1981, s. 14)

Klasifikace arteterapie v širším slova smyslu tzv. **speciálně estetické výchovy** Z. Zichy vychází z dělení estetických činností resp. umělecké tvorby různých prostředků uměleckého vyjadřování:

1. **Výtvarnictví** – rozpracovány metody:

- malířství (kresebné, grafické),
- sochařství (modelování),
- užitě (keramika, fotografie, ruční práce apod.), arteterapie v užším slova smyslu.

2. **Hudba** – jde o umění vyjadřovacího prostředku tónu, na úrovni terapie se užívá pojmu muzikoterapie.

3. **Mimika a tanec** – jde o sukcesivní, činnostní, v čase probíhající umění tělesného pohybu. Mezi speciální pohybové aktivity řadíme pantonimu a psychogymnastiku. Využití tance je v terapeutické rovině nazýváno choreoterapií, která slouží k dešifrování společenských a emocionálních vztahů, k rozvoji schopnosti navazovat společenské vztahy.

4. **Slovesnost** – jedná se o umělecké vyjadřování pomocí slova, na terapeutické úrovni se jedná o biblioterapii.

5. **Formy asociativní** – jde o odvozené formy ze základních estetických aktivit, nejtypičtějším představitelem této kategorie je divadlo, které je připravované a přehrané samotnými „*narušenými*“ jedinci, tzn. teatroterapie, psychodrama atd. Mezi další formy asociativního umění řadí také umění filmové, televizní a rozhlasové. (Zicha, 1981)

Arteterapii v užším slova smyslu resp. speciální výtvarnou výchovu Z. Zicha charakterizuje jako „*záměrné upravování narušené činnosti organismu takovými psychologickými a speciálně pedagogickými prvky, které jsou imanentní výtvarné činnosti.*“ (Zicha, 1981, s. 20-21) Význam speciální výtvarné výchovy v arteterapii Z. Zicha vidí především v diagnostických, speciálně výchovných a terapeutických přínosech. (Zicha, 1981)

„*Arteterapie je užitě, aplikované umění ve smyslu jeho uplatnění při interpretaci na pomoc postiženým, narušeným jedincům nebo skupině. Arteterapie je i vracení člověka do stavu harmonie se sebou samým, svým okolím pomocí umění.*“ (Šicková – Fabrici, 2008, s. 32) J. Šicková – Fabrici (2008) také popisuje **arteterapii v širším slova smyslu** jako „*léčbu uměním*“ tedy hudbou, poezií a prózou, divadlem, tancem a výtvarným uměním, a **arteterapii v užším slova smyslu** jako „*léčbu výtvarným uměním*“, a této formě arteterapie také věnuje svoji profesní dráhu. Dále klasifikuje arteterapii tedy „*léčbu výtvarným uměním*“ jako:

- **receptivní** – vnímání uměleckého díla vybraného s určitým arteterapeutickým záměrem: vnímání uměleckého díla vyžaduje jisté „vcítění“, tzn., že divák promítá své emoce do uměleckého díla, a může takto objevit životní sílu, smutek i naději apod., přičemž toto vcítěvání závisí také na vnitřním zaměření a momentální emocionální dispozici diváka,
- **produktivní** – konkrétní tvůrčí činnost.

„Arteterapie představuje soubor uměleckých aktivit a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života.“ (Šicková – Fabrici, 2008, s. 32)

J. Šicková – Fabrici (2008) charakterizuje **znaky umění**, které arteterapie cíleně využívá, a které v procesu léčby uměním zdůrazňovali již zakladatelé arteterapie:

- **„umění jako metafora“** – umění má silný potenciál člověka ovlivnit a iniciovat změny v jeho životních postojích, např. může zprostředkovávat morálku a etiku způsobem, který je účinnější než zdůvodňování v racionálních argumentacích, protože je podáváno metaforickou tzv. obraznou řečí,
- **„výtvarné umění jako neverbální komunikace“** – verbální komunikace může často selhávat, a v určitých situacích jsou přesvědčivé spíše skutky: *„výtvarné umění chápu jako konkrétní čin – vzniká tu cosi hmatatelného, co zůstává“ (Šicková – Fabrici, 2008, s. 22)*, tzn., že umění představuje to, co je slovy nevyjádřitelné (např. pomocí umělecké exprese lze komunikovat s dětmi, které nemluví),

„Výtvarné umění mi pomohlo komunikovat s lidmi, jejichž jazyk jsem neuměla.“ (Šicková – Fabrici, 2008, s. 22)

- **„umění a katarze“** – tvořivý proces může být pro člověka „ventilem“, který umožňuje očistění a naplnění, a v tom tkví podstata a fungování arteterapie, ať už jde o receptivní nebo produktivní formu,
- **„umění jako kanalizace, ventilace“** – přiblížíme krátkým příběhem: představme si město, které mělo původně důmyslnou síť kanálů, které se ale časem zanesly „špínou“, a jednoho dne přišla nečekaná bouře s velkým přívalem vody, ale nefunkční kanalizace nedokázala vodu odnést pryč, a tak vodní příval ničil vše, co mu vstoupilo do cesty, při tom stačilo včas vyčistit zanesené kanály a voda nemusela způsobit tolik škod,

„Arteterapie se zrodila i z touhy vrátit umění, tvořivost do života člověka, a tak mu pomoci překonávat mnohé nepříznivé okolnosti.“ (Šicková – Fabrici, 2008, s. 23) Počátky

arteterapie úzce souvisí s nástupem fašismu. Touha člověka po vlastní výtvarné expresi v situacích život ohrožujících, je nesporným důkazem terapeutické síly. Je zřejmé, že existuje jistá paralela ve formální i obsahové stránce mezi kresbami dětí koncentráku a dnešních dětí z onkologických oddělení, i když je mezi nimi velký časový odstup: „*I ted' – stejně jako kdysi tam – pomáhá umění prožívat, uzdravovat se, buduje sebevědomí, důstojnost.*“ (Šicková – Fabrici, 2008, s. 24)

- „**umění a integrace**“ – integrace znamená spojování více jednotek nebo funkcí do vyššího celku: máme-li na mysli integraci v souvislosti s osobností jedince, míníme tím jednotu biologických, psychických a sociálních struktur, která je základem duševního i tělesného zdraví. (Hartl, Hartlová in Šicková – Fabrici, 2008)

Podle J. Šickové – Fabrici umělecké aktivity podporují a rozvíjejí:

- **intelektuální růst člověka:** jakým způsobem jsou zobrazovány detaily v kresbě, jak si všímáme svého okolí apod.,
- **fyzický rozvoj:** je znatelný ve vizuálně motorické koordinaci, ve způsobu jak kontroluje své tělo, vede linii apod.,
- **růst percepce:** se manifestuje senzitivitou vnímání barvy, tvaru a prostoru apod.,
- **sociální dovednosti:** identifikace se sebou samým s pocity vrstevníků apod.,
- **estetický růst:** je prostřednictvím výtvarné produkce považován za základní,
- **růst kreativity:** jsou nalézány jedinečné a originální tvary. (Šicková – Fabrici, 2008)

J. Šicková – Fabrici (2008) vnímá umění jako ničím nenahraditelný fenomén, který dokáže jedinci s MP zprostředkovat mnohé věci běžného, ale i duchovního života, dále je přesvědčena, že existují vrstvy lidského vědomí, které jsou dostupnější přes umění, tedy prostřednictvím silného emocionálního zážitku než přes racionalitu, tzn., že v případě mentálního postižení je racionální cesta jen zbytečná oklika, protože umění ve své smyslově orientované podstatě dává jedinečnou možnost pro terapeutickou intervenci. Arteterapie s jedinci s MP je velmi rozsáhlá a různorodá, tak jako jsou rozličné i formy mentálního postižení, a to od lehčích forem až po ty těžké. **Hlavní cíl arteterapie jedinců s MP** spočívá v kompenzaci intelektových deficitů, poznávacích funkcí, schopností zevšeobecňování a chápání jevů v souvislostech, přičemž pro tyto jedince jsou vhodné tělesně orientované techniky, které probíhají „tělesně-hmatově“. U osob s MP znamenají silný emotivní zážitek, který je zprostředkovaný přes vybrané aktivity, způsob učení o světě a jeho souvislostech, protože racionální cesta může být často neschůdná. (Šicková – Fabrici, 2008)

Jedinci s MP jsou někdy nazýváni „věčnými dětmi“, kteří nechápu události ve svém životě a ve světě „rozumem“, ale mohou a jsou schopni vnímat a chápat svět okolo sebe „srdcem“ tedy emocemi. Umělecké aktivity rozvíjející tvořivost budují v jedincích s MP kreativitu i v jiných oblastech praktického života. Například modelování z hlíny, které probíhá prostřednictvím hmatu je vhodnou technikou, která buduje uvědomování si vlastního těla „body image“, což je významné při budování zdravého sebevědomí a sebehodnocení. Je důležité zmínit, že v arteterapii není podstatné vytvoření uměleckého artefaktu, ale rozhodující je proces tvorby, který je důležitým integrujícím činitelem v prevenci i terapii, protože arteterapie často léčí sekundární handicap, tzn., zmírňuje individuální prožitek člověka s postižením. (Šicková – Fabrici, 2008)

„Odešla jsem pracovat k mentálně postiženým dětem do ústavu sociální péče, jak se nazývala zařízení tohoto typu na začátku 80. let 20. stol., v té době mi jedna přítelkyně napsala dopis, v němž se zhržila nad mou volbou. Psala: „myslela jsem si, že budeš slavná umělkyně, a ty se zatím degraduješ s postiženými dětmi.“ Mě však pocit, že prostřednictvím umění mohu někomu pomoci, naplňoval.“ (Šicková – Fabrici, 2008, s. 16)

Základním kritériem rozvoje osobnosti každého člověka je jeho úroveň začlenění do společnosti, tzv. **socializace**, přičemž výjimkou není ani člověk s MP, takže **sociální rozměr** osobnosti člověka s MP spočívá v budování jeho osobnostních subkultur a vůbec celého jeho charakteru. Socializace je proces, při kterém nepřetržitě probíhají interakce mezi člověkem a prostředím, přičemž jehož prvopočátky sledujeme od nejranějších stádií vývoje, a v tomto procesu, každý jedinec přináší jedinečný soubor svých osobních vlastností do jednotlivých situací – a na druhé straně každá situace sebou nese jedinečný soubor sil, které jedince ovlivňují. (Müller, 2002)

M. Valenta a O. Müller, vnímají socializaci jako „proces celoživotně (institucionálně i přirozeně) probíhajícího zespolečňování člověka – proces osvojování si potřebného společenského chování či potřebných společenských znalostí a dovedností vlivem všech možností, jež poskytuje prostředí.“ (Valenta, Müller, 2007, s. 203)

V souvislosti se socializací osob s MP je důležitým institucionálně zajišťovacím prostředkem **sociální**, ale také **školská integrace** a **inkluze**. (Valenta, Müller, 2007) Socializace jedinců s MP může být opožděna již od raného věku, kdy v **sociální interakci** bývá hlavně opožděno porozumění řeči a schopnost samostatného vyjádření, v souvislosti s organickou etiologií a stupněm postižení se mohou problematickými jevit i některé projevy chování, mimo jiné sociálně podmíněné mentální postižení je právě závislé na době

vzniku deformace sociální interakce. V období školní docházky vzrůstají sociální interakce současně s rozvojem schopností jedinců s MP, přičemž v tomto období rozvoje interpersonálních vztahů hrají velkou úlohu osobnostní zvláštnosti osob s MP, a často bývají neúspěšní a traumatizovaní sociálními nároky. V porovnání s „intaktní“ populací řeší tyto náročné životní situace pomocí pseudokompenzačních technik, např. útekem, agrese, neadekvátní upoutání pozornosti apod. Způsoby reagování na jakékoliv sociální tlaky jsou osvojovány na základě **sociálního učení**, nikoliv na podkladě vrozených dispozic. Vhodně modelované sociální učení, především v průběhu školní docházky má velký formativní význam pro adekvátní rozvoj způsobů sociální interakce, motivy jednání, postoje a rysy charakteru, a zároveň na nové vědomosti a dovednosti osob s MP. Sociální učení by mělo spočívat v poznávání bližšího prostředí, pak cizích prostředí v doprovodu známých osob a nakonec samostatné jednání v těchto prostředích realizované s podporou a poté bez podpory. (Müller, 2002)

O. Müller klade důraz na **postoje** či motivy jednání osob s MP v průběhu socializace, které jsou neustále ovlivňovány a souběžně ovlivňují vztahy k ostatním, tzn., že chování a prožívání člověka ve společenských skupinách je charakteristické tím, že zaujímá určité postoje, ale také **role**. Práce s rolí má zvláštní význam pro přípravu osob s MP na samostatné fungování ve společnosti, protože modelování rolí zprostředkovaných zkušeností má význam pro nácvik samostatného jednání, především uvolňuje napětí z neznáma a utváří postoje, což má obrovský psychoterapeutický potenciál. „*Významu role mentálně retardovaného*“ je věnována teorie amerických psychologů Festingera a Dextera, v nichž soudí, že ve společnosti je vytvořena role, která může být nazývána „*rolí mentálně retardovaného*“, z toho vyplývá, že „*defektní*“ chování osoby s MP je determinováno očekáváním druhých lidí, že právě jen tak se jedinec s MP může chovat a ne jinak – na straně druhé se ostatní lidé k „*mentálně retardovanému*“ chovají už předem daným způsobem, který vychází z jejich názoru na jedince s MP a z tradovaného obrazu jejich chování. Toto jednání se udržuje v kolejiích běžných představ ve společnosti o tom, jak se má jednat s „*duševně opožděnými*“. Jedinec s MP se ocitá v začarovaném kruhu, protože mnohé z „*defektního*“ je přímo navozeno chováním druhých lidí v jeho sociálním prostředí „*to nedovoluje duševně retardovanému chovat se jinak*“, tzn., že interpersonální aktivita jedince s MP je předem usměrňována a omezována zaujatými způsoby chování často i těch nejbližších osob, tedy rodičů a sourozenců. (Dolejší in Müller, 2002, s. 35)

O. Müller (2002) dále uvádí, že speciálněpedagogické působení by se nemělo zaměřovat pouze na výkonnostní stránku jedince s MP, ale mělo by se také soustředit na

zmírnění či odstranění některých negativních sociálních vlivů, např. vlivů deformovaného veřejného mínění. (Müller, 2002)

Socializace jedince s MP se primárně odlišuje díky přítomnosti postižení od socializace jedince bez postižení. Již od narození se mohou projevovat postoje společnosti, ze kterých plyne i změněné chování, tzn., že očekávání společnosti působí od samého počátku na rodinu, a to ve smyslu regulace nároků rodičů na dítě s MP. „*Proces socializace je ovlivněn i předsudky a stereotypy, které jsou jedincům s MP připisovány na základě příslušnosti k této skupině.*“ (Kozáková, 2005, s. 33)

M. Valenta a O. Müller (2007) zdůrazňují, že „zespolečnění“ jedinců s MP probíhá pod vlivem:

a) **vnitřních faktorů**, tedy vlivem:

- **primárního deficitu**, tj. celková subnormální inteligence, která vzniká působením např. geneticky či environmentálně podmíněnými činiteli,
- **sekundárního deficitu**, např. výstupy z deprivace a z deficitního učení, zvláštností vývoje motivační struktury osobnosti (vzniklá po opakovaných zkušenostech z vlastním únikovým řešením náročných situací), typologické osobnostní zvláštnosti.

b) **vnějších faktorů**, tzn. veškeré společenské podmínky umožňující normálně žít a vykonávat nejrůznější činnosti, např. vzdělávací, pracovní, rekreační apod., a to individuálně i společensky přijatelným způsobem.

Podmínky nutné k naplnění kvalitní socializace osob s MP, uvádějí M. Valenta O. Müller (2007) jako nutnost:

- společenské podpory rodinám s členem s MP, např. raná péče,
- zajistit pokud je to třeba náhradní rodinou nebo sociální péči,
- zajistit výchovu a vzdělání, a to nediskriminující a respektující míru možností klienta,
- profesní přípravy,
- umožnit smysluplné, zájmové aktivity a pracovní uplatnění,
- umožnit pobyt v samostatné domácnosti, ale pokud je to v souladu s potřebami jedince.

Pohled na socializaci vedeného v linii působnosti kulturního rámce je také **minimalizace překážek** ve vztazích ze strany majoritní společnosti, která může mít různou podobu, někdy až podobu „stigmatizace“ čili nálepkování a připisování různých mylných

negativních vlastností, a to jen na základě vnější odlišnosti. Je důležité působit na změnu vztahů k osobám s MP celkově ve společnosti, tedy zmenšovat možné překážky ve vztazích ze strany majoritní společnosti. (Valenta, Müller, 2007)

E. Seguin (1812 – 1880) „*Mezi tím, co se čekalo na vyléčení idiotů, já zjistil, jak prospěšné je pro ně vzdělávání.*“ (Šiška, 2005, s. 31)

Znakem každé vyspělé společnosti je úroveň její péče o občany s postižením. Začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti je ovlivňováno dlouhodobostí a kontinuitou procesu jejich rozvoje a socializace, která může výrazně ovlivnit celoživotní vzdělávání osob se zdravotním postižením. **Celoživotní vzdělávání osob se zdravotním postižením** hraje významnou roli, neboť systém vzdělávání umožňuje v základní školské integraci dítěte se zdravotním postižením do ZŠ běžné nebo zvolit některou ze speciálních škol, ale už neřeší další možnosti rozvoje po ukončení povinné školní docházky nebo po ukončení profesní přípravy pokud není prostor pro umístění na trhu práce. Pro osoby se zdravotním postižením není mnohdy **práce** zdrojem obživy, ale především prostorem pro seberealizaci, tzn., zapojení do práce umožňuje člověku rozšiřovat odborné znalosti, navazovat kontakty, působí stimulačně na psychiku člověka s postižením. **Sociálně rehabilitační účinek** pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením se opírá o tezi vycházející z ergoterapeutického výcviku s novou integrační hodnotou, kdy všechny činnosti mají **kompensační charakter s reedukačním dopadem** v konečném důsledku. (Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011)

Mentální retardace není jen „*věc v jedinci*“ – hodnotou, která se mu nedostává v potřebné míře, ale handicap může být způsoben vnějšími znevýhodňujícími vlivy, postupně se vžívá pohled na postižení jako na **sociální problém**, který není daný vybavením jedince, ale vzniká až interakcí se sociálním prostředím. Cesta k chápání postižení tak nevede jen přes jeho zkoumání jako danosti, ale spíše jako subjektu sociálních konstrukcí, jež jsou odrazem přijímání člověka s MP „intaktní“ společností. Způsoby přijímání člověka s MP ve společnosti spolu utváří cíle služeb a směr, jakými těchto cílů lze dosáhnout – jestli a jakým způsobem podporují autonomii člověka s MP, jakými prostředky pomáhají utvářet a rozvíjet sociální vztahy člověka s MP s okolím velmi závisí na tom, jak majoritní společnost přijímá člověka s MP. Z toho vyplývá, že v minulosti se zaměření služeb pro jedince s MP měnilo podle převažujícího přístupu společnosti k lidem s MP představující pro společnost „problém“. (Šiška, 2005)

V současnosti mezi hlavními posuny ve vnímání problému je chápání mentálního postižení jako fenoménu jedinečného světa člověka a jeho blízkých, tzn., že dnes jsme na počátku přechodu od definování celé skupiny lidí s negativními vlastnostmi a negativním vlivem na společnost ke snahám podporovat jedince s MP a v jeho dosažení pozitivně společensky vnímaného místa v jejich komunitě. (Šiška, 2005)

Současné vnímání problematiky osob s MP podle J. Šišky (2005) – lidé s MP:

- jsou jedinci s vysoce individuálními potřebami,
- v minulosti trpěli segregací a seskupováním ve velkém,
- trpěli ve společnosti bezmocností, nedostatkem autonomie a příležitostí k rozhodování,
- mají potíže ve schopnosti udržet si silné a prospěšné sociální vztahy,
- byli společností přijímáni negativně a společnost také negativně hodnotila jejich společenský přínos.

Dnes je hlavním cílem utvářet takové formy, struktury a postupy, které jsou v souladu s uvedenými východisky. Měli bychom si být vědomi přístupů, které určovaly směr služeb pro osoby s MP v minulosti, a o kterých jsme dnes přesvědčeni, že to byly přístupy nesprávné. (Šiška, 2005)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 ŠETŘENÍ

Třetí kapitola je členěna na čtyři podkapitoly. První podkapitola je věnována cílům šetření, druhá charakteristice vzorku, třetí metodám šetření a čtvrtá průběhu šetření a ověření odpovědí.

3.1 Cíl šetření

V rámci psychologické charakteristiky jedinců s MP, je zdůrazňována jejich nižší úroveň mentálních schopností, kterou sice výrazně omezují jejich kognitivní procesy, ale nebrání žít bohatým emocionálním životem, protože psychika osob s MP, v sobě skrývá řadu skrytých a neodhalených možností, které jsou zaměřeny do oblasti specifických vloh, kreativity a fantazie. Každý člověk s MP, je svébytnou bytostí s vlastními problémy a s vlastními vývojovými možnostmi a schopnostmi, které je možné, ale hlavně nutné rozvíjet. (Krejčířová, 1998)

Hlavním cílem mé práce bylo pozorovat rozdílné znaky tří různých zařízení sociálních služeb a jednoho školského speciálního zařízení v rámci aktivizujících činností s estetickými i mimoestetickými obsahy při práci s jedinci všech stupňů MP, ve věkovém rozpětí asi od 15 do 70 let, a proto jsem zvolila následující zařízení. Dílčími cíli empirického pozorování bylo získání informací a poznatků o významu a specifičnosti činností s estetickými i mimoestetickými obsahy při práci s jedinci s MP a poukázat na uměleckou hodnotu a jedinečnost jejich tvůrčí činnosti.

Prvním cílem mého šetření bylo zjistit, do jaké míry se podílejí jedinci s MP na estetizaci prostředí, ve sledovaných zařízeních. Druhým cílem práce bylo ověřit vliv činností s estetickými i mimoestetickými obsahy na způsoby komunikace a jednání s osobami s MP. V neposlední řadě dalším cílem závěrečné práce bylo zjistit, jakou roli mají činnosti s estetickými i mimoestetickými obsahy v rámci socializace a integrace jedinců s MP do majoritní společnosti.

K naplnění cílů jsem použila formu kvalitativního šetření, prostřednictvím pozorování a rozhovoru. Respondenti šetření byli jedinci s MP, všech stupňů mentálního postižení a kombinovaným postižením, v rámci těchto typů zařízení:

- **Dívčí katolická střední škola a mateřská škola** v Kolíně, která nabízí možnost vzdělávání ve dvouletém oboru Pečovatelské služby a oboru Praktická škola dvouletá.
- **Domov Barbora** v Kutné Hoře, poskytovatel sociálních služeb:
Domov pro seniory,
Domov pro osoby se zdravotním postižením,
Chráněné bydlení.
- **Centrum u Bartoloměje** v Kutné Hoře, poskytovatel sociálních služeb:
Denní stacionář,
Týdenní stacionář,
Domov pro osoby se zdravotním postižením.
- **Diakonie** – Českobratrské církve evangelické – středisko v Čáslavi, poskytovatel sociálních služeb:
Denní stacionář,
Týdenní stacionář,
Odlehčovací služby,
Sociálně terapeutické dílny,
Sociální rehabilitace.

3.2 Charakteristika místa šetření a souboru respondentů

„*Nemůžeme konat velké věci – pouze malé věci s velkou láskou.*“ Matka Tereza z Kalkaty (citace z výroční zprávy Dívčí katolické střední školy a MŠ v Kolíně z roku 2012/2013)

DÍVČÍ KATOLICKÁ STŘEDNÍ ŠKOLA a MATEŘSKÁ ŠKOLA (dále jen DKSS a MŠ) v Kolíně, byla založena v roce 1991, budova se nachází nedaleko centra města, a přesto součástí školského zařízení je rozsáhlá a překrásná zahrada, která je místem relaxace i pracovní činnosti žáků. Vlastníkem budovy je řádová společnost Sester Těšitelek Božského srdce Ježíšova z Rajhradu. Zřizovatelem DKSS a MŠ je Arcibiskupství pražské, které má dvě další sesterské školy v Praze.

Škola sdružuje tři subjekty: **střední školu, církevní MŠ a školní jídelnu**. Dívčí katolická střední škola nabízí možnost vzdělání ve dvouletém oboru **Pečovatelské služby**,

který je zaměřen na praktické činnosti v oboru pečovatelsví a ošetrovatelství, a v oboru **Praktická škola dvouletá**, která je určena pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Koncepce školy spočívá v dvouleté přípravě, která žákům poskytne kvalifikační podmínky pro získání rekvalifikačního osvědčení, takže v závěru studia mohou absolventi získat podle svých možností a schopností až tři osvědčení:

- **Pomocný pracovník v kuchyni** (odborná praxe: školní kuchyň a MŠ),
- **Pracovník v sociálních službách** (odborná praxe: Kojenecký ústav, nemocnice Kolín, o. s. Volno),
- **Šička interiérového vybavení.**

DKSŠ je koedukované zařízení, přestože v názvu školy je slovo „dívčí“, a věkové rozpětí žáků je od 15 do 20 let, jedná se o jedince s lehkou až středně těžkou mentální retardací (dále jen MR a kombinovaným postižením), se specifickými vzdělávacími potřebami, ale také jedince ze sociálně znevýhodněných rodin, nebo rodin s rizikovým modelem životního stylu, romské etnikum apod. Ke studiu jsou přijímáni žáci ze ZŠ běžné, ZŠ praktické i Speciální školy. Školu navštěvuje asi 30 žáků, tzn., že malý kolektiv žáků a odborný přístup pedagogů, spolu vytváří školu rodinného charakteru s přátelskou atmosférou, a škola velmi často supluje neúplnou nebo nefunkční rodinu.

Praktická škola dvouletá poskytuje vzdělání žákům s lehkým a středně těžkým MP s různou mírou zdravotního postižení a sociálního znevýhodnění, tudíž je článkem systému vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (speciální školství). Výuka je organizována denní formou dvouletého studia, ale výjimečně může trvat až 4 roky, vzdělání je ukončeno závěrečnou zkouškou. Absolvent oboru **Pečovatelské služby** nalezne uplatnění jako pracovník v sociálních službách v různých ambulantních nebo pobytových zařízeních a terénních sociálních službách, zejména při poskytování přímé obslužné a asistentské péče, ale především se uplatní v pozici pečovatele, osobního asistenta a pomocníka v domácnosti. Dále najde uplatnění v úklidových službách v různých zařízeních, v kuchyních při výkonu pomocných prací a při přípravě pokrmů, při šití a opravách prádla a bytových doplňků, při praní a žehlení prádla, zároveň splňuje předpoklady pro samotné poskytování služeb soukromým osobám při zajišťování péče o domácnost a děti. **Teoretické vyučování** probíhá ve dvou kmenových učebnách a dalších odborných učebnách. **Praktické vyučování** je realizováno formou odborného výcviku ve speciálně vybavených učebnách (školní kuchyňka, učebna šití a učebna pečovatelsví, učebna pro arteterapii a muzikoterapii). V rámci estetickovýchovného zaměření mé práce mě zaujalo, že:

- Praktická škola dvouletá má ve svých učebních plánech i vzdělávací oblasti jako je **Umění a kultura** (hudební a výtvarná výchova, muzikoterapie a arteterapie), **Odborné činnosti** (rodinná výchova, příprava pokrmů a ruční práce) a **Člověk a společnost**,
- vzdělávací oblasti oboru Pečovatelské služby obsahují mimo jiné (jazykové, matematické, občanské, biologické a ekologické atd.) také **Občanský vzdělávací základ** (občanská výchova a křesťanská výchova), **Estetické vzdělávání** (výtvarná a hudební výchova) a **Pečovatelství** (zdravotní výchovu, bezpečnost a hygiena, obslužné práce, ruční práce, osobní a sociální výchova, sociální služby, praktická cvičení, příprava pokrmů).

V rámci oboru **Pečovatelské služby**, se odborná praxe uskutečňuje v Městském domově důchodců v Kolíně, Dětském centru v Kolíně, Jeslích městského úřadu v Kolíně, o. s. VOLNO v Kolíně, v sociálně terapeutické dílně Diakonie Marta v Čáslavi a v Kolíně, ve Spirále pomoci o. s., v běžné MŠ v přízemí školy. Dále v rámci **odborných exkurzí** žáci navštěvují také Městskou pečovatelskou službu Kolín, Městský penzion pro důchodce Kolín, o.p.s. Mela – chráněné bydlení. **Praktická škola dvouletá** také realizuje **praktická cvičení** v uvedených zařízeních. Do těchto zařízení dochází žáci 2. ročníku na **praktické vyučování**, společně s pedagogem odborných předmětů **Rodinná výchova** a **Zdravotní výchova**, a v 1. ročníku **Obslužná péče**. Na jednotlivých pracovištích se žáci učí a pomáhají např. při povlékání lůžek, úklidu, přímé obslužné péči (ranní hygiena, dopomoc při jídle a rehabilitaci), dále se účastní praktických cvičení a v Dětském centru a Městských jeslích (např. pomáhají při skládání plen a přípravě jídla v mléčné kuchyňce a dalších činnostech souvisejících s jejich studiem). Škola se podílí také na přednáškách a exkurzích ve spolupráci se Střediskem výchovné péče pro děti a mládež Kolín, Dětský domov se školou v Býchorech, Domov dětí a mládeže v Kolíně a dalšími organizacemi. Také spolupracuje s Městským úřadem v Kolíně a Úřadem práce, v rámci Kvalifikačních kurzů pro pracovníky v sociálních službách.

„Když práce není protkána láskou, je zbytečná.“ Matka Tereza z Kalkaty (www.dks-kolin.cz)

DOMOV BARBORA v Kutné Hoře je poskytovatel sociálních služeb:

Domov pro seniory,

Domov pro osoby se zdravotním postižením,

Chráněné bydlení.

Základy budovy Domova Barbora byly položeny již v roce 1861, budova byla vystavěna v náročném novogotickém slohu, a vždy sloužila potřebným. Původně to byla veřejná nemocnice, a od roku 1950 byla přetransformována na Domov důchodců. Od roku 1976 zařízení budovy sloužilo jako Okresní ústav sociálních služeb, kterému byly podřízeny všechny ústavy sociálních služeb okresu, v této době se v budově nacházel Domov důchodců a Ústav sociální péče (pro muže s MP). Po roce 2000 došlo k rozsáhlé rekonstrukci budovy, a od roku 2003 je zřizovatelem zařízení Středočeský kraj. V roce 2010 bylo uvedeno do chodu i chráněné bydlení. (www.domov-barbora.cz)

Domov pro seniory poskytuje služby sociální péče formou celoročního pobytu, a vytváří pro své klienty klidné prostředí, které podporuje kvalitní životní styl ve stáří, ale především zachovává lidskou důstojnost a rozvíjí sociální vztahy, které jsou velmi důležité zvláště v pokročilém věku. Kapacita Domova pro seniory je 60 klientů a poskytuje péči starým lidem, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci pro svou sníženou soběstačnost z důvodu pokročilého věku a zdravotního stavu, a v důsledku této situace je třeba pravidelná pomoc další osoby, přičemž rodina není schopna patřičnou péči a podporu zajistit (většina klientů Domova trpěla demencí a byla imobilní).

Klienti Domova pro seniory svůj čas využívají podle svých zdravotních možností a schopností, zájmů a přání. Během všedních dnů se mohou účastnit různé individuální nebo skupinové vzdělávací a relaxační aktivizace, k odpočinku slouží také zahrada, kde někteří klienti i rádi pracují. Obyvatelé Domova Barbora mohou také navštěvovat bohoslužby v domácí ekumenické kapli, která slouží věřícím různých vyznání. (www.domov-barbora.cz)

Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen Domov pro osoby se ZP) poskytuje služby sociální péče pouze mužům s MP a kombinovaným postižením ve věku asi od 30 let až do konce života, protože mnozí z nich už nikoho z rodiny nemají, nebo se ocitli v nepříznivé životní situaci pro svojí sníženou soběstačnost v důsledku svého zdravotního postižení, a tato situace vyžaduje pravidelnou pomoc a péči další osoby, a rodina nemůže nebo nechce patřičnou pomoc a podporu poskytnout. Služba je tedy poskytována formou celoročního pobytu a kapacita je asi 45 klientů, z toho malou část klientů tvoří jedinci s těžkým až hlubokým MP (asi 10 klientů). Klienti Domova mají různá přidružená postižení, např. neurologická postižení, těžké poruchy chování, deprese, somatická postižení, maniodepresivní stavy, schizofrenie, pervazivní poruchy a různá psychiatrická onemocnění.

Domov pro osoby se ZP zprostředkovává aktivizující pracovní a zájmové činnosti klientům s MP (pouze mužům), které vychází z jejich aktuální zdravotní stav, druhu a stupně MP, z jejich schopností, zájmů a potřeb (pracovní činnost klientů je v souladu s doporučením ošetřujícího lékaře, případně posudkového lékaře), tato aktivizující činnost je členěna na práci:

- v rámci sebeobsluhy a práci související se zájmovou činností – klienti za tyto práce nejsou finančně odměňováni a práce provádějí podle svého zájmu, schopností a dovedností za podpory pracovníků v sociálních službách a pedagogů volného času,
- konanou na základě pracovně právního vztahu – klient je zároveň zaměstnancem Domova a je odměňován v souladu s pracovní smlouvou (klienti vykonávají za odměnu tyto činnosti, např. mytí nádobí v centrální kuchyni, výpomoc v provozu technické údržby budovy, úklid dvora a práce na zahradě, praní a mandlování prádla a další činnosti).

V roce 2008 byla navázána spolupráce s **agenturou Rytmus**, ul. Masarykova č. 598, Kutná Hora – agenturou pro podporované zaměstnávání a s **Úřadem práce** v Kutné Hoře ohledně uplatnění se klientů na volném trhu práce. V rámci celoživotního vzdělávání, od školního roku 2008/2009 docházejí někteří klienti s MP do ZŠ praktické v Kutné Hoře do **kurzu pro získání základů vzdělání**.

Mezi aktivizující činnosti s estetickými i mimoestetickými obsahy klientů (mužů) s MP Domova Barbora patří, např.:

- práce v keramické dílně, dřevomodelářské dílně (výroba jednoduchých hraček), a výtvarném ateliéru (výrobky klientů jsou pravidelně vystavovány a s úspěchem prodávány v rámci celoročních setkání s veřejností, např. vánoční a jarní trhy, návštěvy škol, kavárna – sociální rehabilitace),
- příprava drobných pokrmů ve vybavené kuchyňce, domácí práce spojené s úklidem a sezónní práce na zahradě,
- výchovně-vzdělávací aktivity směřující k udržení nebo prohloubení širokého spektra teoretických a praktických dovedností (např. čtení, psaní, počítání, kreslení, finanční gramotnost, luštění křížovek a řešení kvízů a další výchovně-vzdělávací činnosti pro rozvoj myšlení a paměti), dle možností, schopností, zájmů a potřeb klientů,
- chov exotického ptactva, morčat a králíků, koz, slepic,
- individuální či skupinové vycházky do centra města nebo blízkého okolí, výlety do

vzdálenějších lokalit a možnosti letní i zimní rekreace v doprovodu pracovníků v sociálních službách Domova,

- společenské a kulturní aktivity, např. návštěvy divadel a koncertů, kostelů, besedy organizované ve spolupráci s Městskou knihovnou v Kutné Hoře, práce s PC a společenské stolní hry,
- další společensko-kulturní činnosti jsou taneční zábavy a grilování (při společném setkávání s klientkami s MP z Domova pro osoby se zdravotním postižením z Opočna, Červeného Hrádku nebo Brandýsa nad Labem),
- pravidelná jízda na koních (nedaleký statek ve vesnici Přítoky), relaxační plavání v bazénu (v areálu Domova nebo v místních Městských lázních), a další aktivity.

Při Domově Barbora již mnoho let rozvíjí svou činnost **sportovní klub Barbora**, jehož aktivní členové, stolní tenisté a atleti z řad klientů, dosahují výborných výsledků při přátelských utkáních, ale také v celorepublikových a mezinárodních soutěžích. Kromě výše zmíněných aktivizujících činností připravovaných pedagogy volného času, osobními asistenty, pracovníky sociální péče a sociálními pracovníci, mohou klienti využívat služeb fyzioterapie a zdravotní rehabilitace, např. masáže, vodoléčba, elektroléčba, tělocvik, jóga apod., která podporuje zlepšování kvality života klientů a pomáhá rozvíjet a udržovat jejich psychickou a fyzickou kondici. (www.domov-barbora.cz)

Další formou služeb sociální péče Domova Barbora je **Chráněné bydlení**, které využívají muži s lehčím až středně těžkým stupněm MP. Prostředí chráněného bydlení jim poskytuje podmínky pro kvalitní a aktivní život, ale především jim umožňuje v co nejvyšší míře žít ve společnosti „intaktních“ lidí a podporuje rozvoj sociálně-spoločenských vazeb v prostředí života majoritní společnosti. Muži s lehkým a středně těžkým MP žijí za podpory asistentů více méně sami v prostředí, které je svým charakterem stejné jako běžný byt. Chráněné bydlení je služba sociální péče poskytovaná formou celoročního pobytu na Pirknerově náměstí č. 229 (7 klientů) a v ulici Jiráskovy sady č. 474 (6 klientů). Cílem chráněného bydlení je pomáhat klientům prožívat plnohodnotný a pestrý život, co možná nejvíce podle svých vlastních schopností, potřeb a zájmů, ve společnosti a ne vedle společnosti, i když naplňování těchto cílů je mnohdy náročné jak pro klienty, tak i pro jejich okolí. (www.domov-barbora.cz)

CENTRUM U BARTOLOMĚJE v Kutné Hoře je poskytovatel sociálních služeb:

Denní a Týdenní stacionář,

Domov pro osoby se zdravotním postižením,

Sociální rehabilitace.

Na malém Pirknerově náměstí v Kutné Hoře se nachází Centrum U Bartoloměje, které poskytuje služby sociální péče formou Denního a Týdenního stacionáře, společně s Domovem pro osoby se zdravotním postižením. Na náměstíčku původně stál gotický kostel sv. Bartoloměje, ale ten byl ve 30. letech 19. stol. zbourán, a k torzu Bartolomějské věže byla přistavěna budova **Nadačního domu měšťanů**, která od roku 1982 sloužila jako zařízení pro osoby s MP. Centrum U Bartoloměje má odloučené pracoviště na Masarykově ul. č. 453. Vilka, kterou v současnosti Centrum užívá, byla postavena počátkem 20. stol. majitelem továrny, a v období „totality“ sloužila jako městské jesle, od roku 1992 je detašovaným pracovištěm Centra U Bartoloměje, a jsou zde poskytovány služby sociální péče formou Domova pro osoby se ZP (klienti s těžkým a hlubokým stupněm MP).

Centrum u Bartoloměje je poskytovatel služeb sociální péče, které existuje od roku 1982 (tehdy pod názvem Ústav sociální péče). Zpočátku byly služby sociální péče poskytovány osobám s MP a kombinovaným postižením formou Denního a Týdenního stacionáře v budově na Pirknerově náměstí č. 206, ale od roku 1992 se služby sociální péče rozšířili o Domov pro osoby se ZP v budově na Masarykově ul. č. 453, a tato služba je poskytována od roku 2011 i na Pirknerově náměstí. V roce 2008 byly sociální služby Centra rozšířeny o sociální rehabilitaci. V současnosti je Centrum U Bartoloměje příspěvkovou organizací Středočeského kraje a poskytuje výše uvedené čtyři druhy služeb sociální péče lidem s MP a kombinovaným postižením, a jejich rodinám především z Kutné Hory a blízkého okolí. (www.ubartolomeje.cz)

Denní a Týdenní stacionář a Domov pro osoby se ZP na Pirknerově náměstí č. 206 v Kutné Hoře je koedukované zařízení, které poskytuje služby sociální péče klientům se středně těžkým až těžkým stupněm MP ve věku asi od 25 do 65 let a více. Architektonické řešení budovy je velmi skromné, jedna společenská místnost slouží ke každodenní výchovně-vzdělávací a speciálně-pedagogické terapeutické činnosti, prostory malé tělocvičny jsou využívány pro pohybové aktivity, v patře budovy se nacházejí dvoulůžkové a třílůžkové pokoje klientů. Keramická dílna a výtvarný ateliér, se nachází v samostatném objektu uprostřed zahrady, která obklopuje zařízení, kterou klienti využívají k relaxaci a aktivnímu odpočinku. Budova je částečně bezbariérová a všechny prostory jsou společně pro služby Denního a Týdenního stacionáře i pro Domov pro osoby se ZP. Jedna z místností budovy slouží jako třída speciální školy, kam speciální pedagogové ze ZŠ praktické a Speciální školy v Kutné Hoře v rámci celoživotního vzdělávání docházejí a vzdělávají klienty s MP v rámci **kurzu pro získání základů vzdělání**.

Pracovníci v sociálních službách a výchovní pracovníci pracují s klienty individuálně, ale hlavně v malých skupinkách, dle vypracovaných **individuálních plánů** v nepřetržitém sledu aktivizujících činností, které jsou dle jejich zdravotního postižení, potřeb, možností a zájmů modifikovány. Mezi výchovně-vzdělávací a zájmové činnosti klientů Domova U Bartoloměje patří, např.:

- aktivizující výtvarné a rukodělné činnosti v arteterapeutické a keramické dílně,
- míčové hry a jiné sportovní aktivity v tělocvičně budovy, např. stolní tenis, florbal a další pohybové hry při hudbě,
- domácí práce v rámci zařízení (úklid pokojů a drobné práce v jídelně a kuchyňce), sezónní práce na zahradě a péče o dvůr, plavání v Městských lázních,
- jízda na koních (jednou týdně jezdí na statek na Přítoky u Kutné Hory),
- kulturně-společenské aktivity (např. návštěva kina, divadla, koncertů, kulturní programy ZŠ a MŠ), vycházky, výlety, pobyty na rekreační chatě v Krkonoších,
- individuální a skupinové rozhovory ve společenské místnosti se speciálním pedagogem na různá témata, která si klienti sami zvolí, a další činnosti, které byly velmi podobné jako v Domově Barbora.

Součástí aktivizujících výchovně-vzdělávací a terapeuticko-rehabilitační činností je hlavně nácvik sebeobsluhy a rozvoje samostatnosti jako nezbytné podmínky socializace osob s MP do společnosti. (www.ubartolomeje.cz)

Domov pro osoby se ZP na Masarykově ul. č. 453, které je odloučeným pracovištěm Centra U Bartoloměje na Pirknerově náměstí č. 206 je zařízením služeb sociální péče, které je pobytové a koedukované, a poskytuje sociální služby 16 klientům (z toho 5 ženám) ve věkovém rozmezí asi od 25 do 65 let. Cílovou skupinou jsou klienti převážně s těžkým až hlubokým stupněm MP a s kombinovaným postižením (těžké somatické deficity a neurologické poruchy, schizofrenie, afektní poruchy a nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, psychiatrická onemocnění). Většina klientů nemluví nebo vydává neartikulované zvuky a „skřeky“, nebo mluví velmi nesrozumitelně, jsou imobilní (na rehabilitačním vozíku, lůžku nebo v polohovacím křesle či zavěšení v relaxačních vacích).

Personální obsazení této části zařízení je 1 sociální pracovník, 4 pracovníci v sociálních službách, 2 zdravotní sestry (na jednu pracovní skupinu). **Klíčový pracovník**, který má v péči 2 až 3 klienty:

- vede přesný deník o činnosti klienta – **deník činnosti**,
- pracuje s klientem a sleduje pokroky, progrese, mapuje klientův život v zařízení,

- plánuje výchovně-vzdělávací a sociálně rehabilitační činnosti klienta.

Klíčoví pracovníci pracují v týmu a jsou vzájemně zastupitelní. Jednou za půl roku provádí klíčový pracovník se svým svěřencem hodnocení uplynulého období, tzv. **rozhovory**, o tom jak se mu daří, co by chtěl změnit nebo zlepšit, jedná se o takové shrnutí a vytvoření dalších postupů a cílů (pracovník má přesné metodiky jak vést rozhovor, a na co se ptát, většinou se jedná např. o stravování, bydlení, zaměstnání nebo náplň dne klienta, vztahy s ostatními spolubydlícími a, další dotazy spojené s pobytem v zařízení). Na základě těchto rozhovorů, ale také možnostech a potřebách, stupni postižení a zájmu klienta, je zpracováván tzv. **individuální plán**, který je a vyhodnocován 2x do roka, a který má své plnění a cíle (přesně je zaznamenána náplň dne klienta, jaké má pokroky či neúspěchy, jaké má cíle a jejich způsob plnění). Pro komunikaci s klienty a plánování denních aktivit jsou používány **komunikační tabulky**, na kterých jsou uspořádány dvojrozměrné a trojrozměrné komunikační symboly, např. obrázky nebo fotografie, předměty denní potřeby, aby to v maximální míře vyhovovalo jazykovým potřebám a možnostem klienta, tzn. komunikační systém je specifický dle závažnosti a stupně postižení klienta, např. klienti s těžším a hlubokým stupněm postižení používali pro komunikaci referenční předměty (trojrozměrné symboly). Naopak klienti, kteří mohli verbálně komunikovat, se individuální plán s denním režimem připravoval prostřednictvím piktogramů.

Jednou z nejvyužívanějších forem péče o jedince s těžkým a hlubokým stupněm MP a kombinovaným postižením, se kterou jsem se v Centru U Bartoloměje setkala, byl **Snoezelen**, který slouží jako netradiční technický prostředek, umožňující prožívat primárními smyslovými vjemy prožitky, které jsou jinak pro jedince s těžkým a hlubokým stupněm MP obtížně dosažitelné. Je to místnost, která poskytuje pozitivně naladěné prostředí, a její relaxační, poznávací a interakční funkce může působit odděleně nebo současně najednou, a to podle potřeb a zdravotního postižení, potřeb, zájmu a psychického ladění klienta. Snoezelen jsem si vybrala jako hlavní prostor pro pozorování klientů s těžkým a hlubokým stupněm MP, ve kterém jsem trávila několik dní sledováním a osobní účastí při různých terapiích.

Stručná charakteristika Snoezelenu Centra U Bartoloměje v Masarykově ul. č. 453:

- místnost je izolována od rušivých podnětů z okolí (sklepní prostor budovy bez oken) a je bezbariérová,
- bílá výmalba místnosti je doplněna několika bílými dlouhými oponami sahajícími až na zem, což působilo velmi vzdušně a tajemně, na zemi je tlustý a měkký koberec béžové barvy,

- místnost je vybavena vodními lůžky, vibračními relaxačními křesly, vyhřívanými nánožníky, polštáři a podlahovým topením,
- na stropě byla instalována nebesa také z bílého plátna, která byla nasvícena barevnými světly (každé světlo představuje určitou činnost nebo změnu činnosti),
- dále byl interiér vybaven hudební aparaturou pro reprodukci různých zvuků přírody (moře, les, louka apod.), chrámové hudby, hudby afrických domorodců a dalších hudebních nahrávek, nejenom pro rozvoj sluchového vnímání, ale především pro navození atmosféry pro uvolnění a relaxační cvičení,
- dále se v interiéru nacházely různé nádoby s vůněmi, předměty naplněné různým materiálem (moukou, pískem, šterkem, semeny, bylinkami) pro podporu smyslového vnímání,
- světelné odrazy z volně zavěšených opon a nebes na stropě, a vzdušné větráky dodávaly tajemnou atmosféru a dotvářely impozantní prostředí k různým relaxačním, poznávacím a interakčním aktivitám.

V této místnosti se provádí s klienty s těžším a hlubokým stupněm MP různé druhy **terapeuticko-rehabilitační činnosti** (v rámci fyzioterapie, muzikoterapie, biblioterapie, aromaterapie) např. míčková automasáž, brushing, prenatalní terapie, rehabilitační a dechová cvičení pro rozvoj hrubé motoriky klienta, široká škála užívaných technik vychází ze zdravotního postižení, schopností, potřeb a zájmu klientů. (www.ubartolomeje.cz)

Sociální rehabilitace je služba sociální prevence poskytovaná v České ul. č. 186 v Kutné Hoře v pracovní dny od 9h do 17h, formou tréninkového obchodu a kavárny. Prostory kavárny jsou využívány jako galerie prací a výrobků osob s MP, které byly vyrobeny v sociálně rehabilitačních dílnách, u těchto poskytovatelů sociálních služeb: Centrum U Bartoloměje, Domov Barbora a Oblastní charita, které sídlí v Kutné Hoře, Diakonie - středisko v Čáslavi. Vystavované výrobky je možné zakoupit a pěkné prostory kavárny využít k příjemnému posezení, kde se nachází i dětský koutek. Služba sociální rehabilitace je určena pro osoby s MP ve věku od 18 let a více, a využívají ji především klienti s MP z Centra U Bartoloměje, Domova Barbora a klienti s MP z domácí péče. Pracovní aktivita jedinců s MP v tréninkovém obchodě a kavárně bezprostředně souvisí s provozem kavárny, např. komunikace se zákazníky, úklidové činnosti, obsluha zákazníků, prodej zboží a další činnosti související s provozem kavárny a obchodu. Každý uživatel této sociální služby má vypracovaný individuální plán, který sleduje a hodnotí socializační a integrační pokroky klienta (při pracovní činnosti je vždy přítomen pracovník v sociálních

službách nebo osobní asistent). Jedinci s MP se na tréninkovém pracovišti střídají po dvou nebo čtyřech hodinách, kde získávají nové sociální zkušenosti a nácvik k zvládnání běžných situací majoritní společnosti.

Tato služba je v letech 2011 - 2013 financována z prostředků Individuálního projektu Středočeského kraje - z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.(www.ubartolomeje.cz)

DIAKONIE – Českobratrské církve evangelické (dále jen ČCE) – středisko v Čáslavi poskytuje následující sociální služby:

Služby sociální péče

Denní stacionář,

Týdenní stacionář,

Odlehčovací služby.

Služby sociální prevence

Sociálně terapeutické dílny,

Sociální rehabilitace.

Diakonie ČCE – středisko v Čáslavi je jedním z 33 středisek Diakonie ČCE působících v ČR, je druhým největším nestátním poskytovatelem sociálních služeb v zemi, které vzniklo na přelomu let 1991 – 1992. Tehdy na začátku vznikl Denní stacionář, postupem času přibývaly prostory a byla zřízena Speciální škola, Týdenní stacionář a Sociálně terapeutické dílny, byla zavedena doprava do střediska, a bylo vybudováno rehabilitační centrum. V současné době je Diakonie v Čáslavi komplexní zařízení, které poskytuje ucelenou nabídku sociálních služeb pomoci a péče osobám s MP a kombinovaným postižením a jejich rodinám z Čáslavi a blízkého okolí.

Diakonie ČCE je nestátní, křesťanská charitativní organizace poskytující sociální služby, která „pomáhá všem potřebným zajišťovat, organizovat a poskytovat sociální službu vycházející z křesťanských principů lidem v nouzi.“ V současnosti poskytuje středisko Diakonie v Čáslavi společně s detašovaným pracovištěm **Diakonie v Kolíně** v Kouřimské ulici sociální služby celkem 79 uživatelům. V areálu střediska se nachází také **ZŠ praktická** a **Speciální škola**, které jsou samostatným právním subjektem (navštěvuje ji asi 30 žáků s MP a kombinovaným postižením). Středisko Diakonie v Čáslavi, tak i detašované pracoviště v Kolíně je zaměřeno na služby sociální péče a služby sociální prevence pro osoby s MP a kombinovaným postižením ve věku asi od 7 do 65 let.(www.diakonie-caslav.cz)

Denní stacionář je ambulantní služba sociální péče s kapacitou 16 osob se středně těžkým až těžkým MP a kombinovaným postižením ve věku od 16 do 65 let, v pracovní době od 7h do 15h. Denní stacionář, který vznikl jako první služba sociální péče Diakonie v Čáslavi v roce 1992, sloužil tehdy na začátku pro 8 klientů. V posledních letech se organizace Denního stacionáře ustálila do rozdělení tří pracovních skupin s kapacitou 16 dospělých klientů. Hlavním cílem této služby sociální péče jsou výchovně-aktivizující a sociálně-terapeutické činnosti, které zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, pomoc a podporu při zvládnutí různých sebeobslužných a pracovních činností.

V roce 1998 byla střediskem Diakonie zaregistrována další sociální služba **Týdenní stacionář**, z důvodu rozšířit služby sociální péče pro klienty Denního stacionáře a Speciální školy. Týdenní stacionář je pobytová služba sociální péče s kapacitou 14 osob, která je poskytována osobám se středně těžkým až těžkým MP a kombinovaným postižením, ve věku od 7 do 40 let, je kombinována se službou Denního stacionáře či se ZŠ praktickou a Speciální školou, (které jsou součástí areálu budovy). Týdenní stacionář je provozován od neděle od 19h do pátku do 16h. Každý pracovní den klienti dochází v 8 hodin ráno do Speciální školy nebo mladí dospělí a starší dospělí do Týdenního stacionáře. Režim stacionáře je zaměřen na co nejpřirozenější způsob běžného života „zdravého člověka“, je zároveň optimální podporou pro zachování přirozených rodinných vazeb klientů. Víkendy a prázdniny jsou klienti se svými rodinami, což umožňuje zachování přirozených rodinných vazeb a život v přirozeném prostředí společnosti, a zároveň umožňuje rodičům klientů žít běžný profesní život.

Odlehčovací (respitní) služby s kapacitou 10 osob jsou organizovány pro stejnou cílovou skupinu, dle potřeb klientů a jejich nejbližších mají většinou podobu víkendové služby a tím umožňují rodičům odpočinout si a načerpat nové síly. Služby přímé péče zajišťuje 14 pracovníků v sociálních službách.(www.diakonie-caslav.cz)

Služby sociální prevence čáslavské Diakonie jsou zaměřeny na cílovou skupinu osob s lehkým a středně těžkým stupněm MP, zdravotním a kombinovaným postižením. Náplní služeb sociální prevence jsou sociálně-terapeutické a pracovní činnosti pro vytváření a zdokonalování pracovních návyků a dovedností, dále zachování a rozvíjením již nabytých znalostí a dovedností včetně pracovních i hygienických návyků, získání co největší samostatnosti a soběstačnosti v běžném životě.

Sociálně terapeutická dílna je sociální služba Diakonie, která vznikla v roce 2003, a má za cíl umožnit klientům s lehčím a středně těžkým stupněm MP získat základní

pracovní návyky a praktické dovednosti, které jim pomohou uplatnit se na otevřeném trhu práce, ale především umožňuje klientům společný kontakt, smysluplnou náplň dne a navázání vztahů mezi sebou a ostatními lidmi „intaktní společnosti“. Do dílny postupně přecházejí absolventi ze Speciální školy a ZŠ praktické, kteří po ukončení školy mohou plynule navázat na své další pracovní uplatnění. Dílna byla zpočátku zaměřena na výrobu keramických výrobků, ale postupně se pracovní náplň a sortiment výrobků rozšiřoval:

- náplní první dílny je výroba keramických výrobků, ale také práce s textilem (výroba bylinných polštářků a sáčků), dále navlékání korálků a výroba šperků, pěstování a zpracování bylinek, označování a balení zboží pro prodej, výroba skleněných vitráží, účast na prodejích a výstavách, základy vaření a další činnosti.
- náplní druhé dílny jsou sezónní zahradnické práce a údržba zeleně na statku v Chedrbí a v zahradách střediska Diakonie, drobné údržbářské činnosti a práce v dřevo-dílně, rozebírání počítačů a další činnosti.

Pracovní část dne dílen probíhá od 8h do 15h, a potom klienti odcházejí domů nebo zůstávají na doplňkové odpolední aktivity (např. dřevo-kroužek, plavání v městských lázních, společenské hry, filmový klub, návštěva cukráren a restaurací, kino a divadlo, oslavy narozenin, sportovní aktivity nebo program, který připraví studentky Střední pedagogické školy, často v rámci své pedagogické praxe a další odpočinkové aktivity). V roce 2011 se středisko rozšířilo o další sociálně terapeutickou dílnu v Kolíně, kterou v současné době užívá 22 klientů. Zřízením farmy v Chedrbí kde klienti pracují, došlo k propojení programu dílen v Kolíně i Čáslavi. Dílny jsou zaměřeny na vytvoření a zdokonalení základních pracovních návyků a využívají je i lidé, kteří nikdy nepracovali a chtěli by pracovat, smysluplně trávit svůj volný čas, ale také lidé, kteří v minulosti na otevřeném trhu práce pracovali, ale vzhledem k tomu, že jejich zdravotní stav se zhoršil nebo z důvodu nepříznivé životní situace, na trhu práce nemohou nyní placenou práci získat.

Sociální rehabilitace je služba sociální prevence určená pro klienty s MP ve věku asi od 20 do 65 let. Program sociální rehabilitace zahrnuje různé pracovní aktivity, např. vaření, praní, nakupování a další činnosti zaměřené na domácnost, ale také na obstarávání úředních záležitostí, a další aktivizační a vzdělávací činnosti, které směřují k dosažení co největší samostatnosti a soběstačnosti. Základem této služby jsou specifické individuální plány, vypracované podle potřeb a zájmů jedinců s MP, které podporují klienty v samostatném rozhodování a sebeurčení, v niž je hlavně zařazen kontakt se společenským

prostředím a smysluplné využívání volného času, ale hlavním cílem je připravit jedince s MP na vstup do otevřeného trhu práce nebo pomoci jim při hledání pracovního uplatnění.

Služby sociálně rehabilitačních dílen a sociální rehabilitaci zajišťuje 8 pracovníků přímé péče. Samostatnou ambulantní službou střediska Diakonie v Čáslavi je **Občanská poradna**. (www.diakonie-caslav.cz)

3.3 Metody šetření

V rámci závěrečné práce jsem se zaměřila na kvalitativní formu šetření na Praktické škole dvouleté, a tři různá zařízení sociálních služeb z okolí svého bydliště. Pro účely kvalitativního šetření jsem použila pečlivého pozorování a rozhovoru.

Kvalitativně zaměřené šetření vychází z „fenomenologie“, která zdůrazňuje subjektivní aspekty jednání lidí, připouští existenci více realit naproti klasickému kvantitativnímu šetření vycházejícího z existence jedné objektivní reality, která není závislá na našich citech, postojích a přesvědčení. (Chráska, 2007)

Speciálně pedagogické **pozorování**, jako jednu z nejstarších a také nejdůležitějších metod diagnostiky, lze charakterizovat „jako diagnostickou metodu označující specifický druh vnímání a myšlení, zaměřenou na diagnostikovanou osobu nebo jev a jehož cílem je rozpoznat nejvýraznější znaky a vlastnosti (osoby, jevu), stejně jako příčiny, které tyto znaky nebo vlastnosti vyvolaly.“ (Vašek in Valenta, Müller, 2013, s. 64)

Pozorování jednoho speciálního školského zařízení a institucí poskytující sociální služby jedincům s MP, které sloužily k realizaci závěrečné práce, je založeno na určité charakteristice nebo formě popisu těchto zařízení a ověření významu popisovaných rozdílných znaků a charakteristik estetickovýchovných činností s estetickými i mimoestetickými obsahy při práci s jedinci s MP v souvislosti s jejich kvalitou života a začleňováním do majoritní společnosti.

M. Chráska píše, že pozorování by mělo být dostatečně **validní**, tzn., že pozorujeme skutečně to, co se pozorovat má, a **reliabilní**, tzn., že není ve větší míře zatíženo chybami pozorování, jestliže spolehlivě a přesně zachycujeme pozorované jevy. Při pozorování si je třeba uvědomit působení různých subjektivních faktorů jako je např. „haló efekt“, předsudky, stereotypizace a analogie, tradice, figura a pozadí, aktuální psychosomatický stav diagnostika, regrese ke středu, lenienční chyba. (Chráska in Valenta, Müller, 2013) Má-li mít pozorování dobrou validitu, musí mít vysokou reliabilitu, avšak má-li pozorování vysokou reliabilitu, nemusí mít ještě vysokou validitu. (Chráska, 2007)

Současně s pozorováním jsem použila i **rozhovor**, který lze definovat „*jako cílenou verbální či nonverbální komunikaci, která má za cíl získání podkladů pro diagnózu.*“ (Vašek in Valenta, Müller, 2013, s. 66) Rozhovor je metodou náročnou na zkušenost, komunikační dovednosti a osobnostní vlastnosti, ale i míru empatie diagnostika. Rozhovor není vyšetřování, a proto by měl být veden s taktností a ohleduplností, kladené otázky by měly vycházet z mentálního věku (nikoliv fyzického) osoby, ale také z druhu, typu a stupně postižení. (Valenta, Müller, 2013)

V rámci šetření jsem se snažila o zachycení co nejpřirozenějšího prostředí a odstranění komunikačních bariér s cílem získat co nejkvalitnější formu pozorování i rozhovoru.

3.4 Průběh šetření a ověření odpovědí

„Sami víme, že to, co děláme, je kapkou do moře. Ale kdyby tahle kapka v moři nebyla, chyběla by tam.“ Matka Tereza z Kalkaty (www.dks-kolin.cz)

V průběhu svého kvalitativního šetření jsem se snažila popisnou formou zachytit a charakterizovat rozdílné znaky výchovně-vzdělávacího procesu žáků s MP v jednom speciálním školském zařízení, a běžný průběh života jedinců s všech stupňů s MP v různých typech institucí poskytujících sociální služby. V průběhu šetření jsem se zaměřila na vliv aktivizujících činností s estetickými i mimoestetickými obsahy při práci s jedinci s MP, v souvislosti s dopadem na kvalitu jejich života a jejich začleněním do společnosti. Zajímalo mě, do jaké míry se podílí estetika a estetická výchova při práci s jedinci s MP v různých typech zařízení sociálních služeb a speciálního školského zařízení, a jaký význam má v jejich životě.

Ve své bakalářské práci jsem poukazovala na význam a vliv výtvarných činností ve volném čase dětí s MP a dětí „intaktních“, že volnočasová činnost výtvarná činnost, může být určitým prostředkem k nalezení vzájemného porozumění, ale především zapojení dětí s (hlavně lehkým) MP mezi „intaktní“ děti ve volném čase, ale také určitým pojítkem ke školské integraci dětí s MP do běžného školství, a v neposlední řadě jejich inkluzi do majoritní společnosti.

Na závěry bakalářské práce volně navazuje téma diplomové práce, které pojednává o aktivizujících činnostech estetických obsahů při práci s jedinci s MP. V průběhu šetření jsem se soustředila na mimořádné působení různých uměleckých a mimouměleckých oblastí estetiky při práci s jedinci s MP, v souvislosti jejich podílu v kvalitě života a inkluzi jedinců s MP do společnosti. Z toho vyplývají následující problémové otázky.

Otázka č. 1

Do jaké míry se podílejí jedinci s MP na estetizaci svého prostředí, v rámci sledovaných zařízení?

DKSŠ v Kolíně, která nabízí vzdělání ve dvouletém oboru **Pečovatelské služby**, a v oboru **Praktická škola dvouletá** (pro žáky s lehkým a středně těžkým stupněm MP, ve věku asi od 15 do 20 let) vytváří svým žákům mnoho podnětů a možností podílet se na estetizaci školního i širšího společenského prostředí. Podíl žáků **DKSŠ** na estetizaci prostředí je patrný z jejich aktivní účasti při tvořivé činnosti v různých odborných učebnách školy, ale i mimo školní prostředí.

Příkladem mohou být prostory arteterapeutické místnosti, které se musely v době oběda z nedostatku prostoru přeměnit v jídelnu, přesto prostor neztratil svou tvůrčí atmosféru, ale naopak doplnil výuku estetické výchovy, prostřednictvím estetiky servírování jídla a kulturou stolování (žáci vlastní uvařené pokrmy servírovali a společně stolovali se svými vyučujícími). Kultura stolování, servírování a konzumace pokrmů, také nepochybně patří do estetické výchovy. **Příprava pokrmů**, která je realizována ve školní kuchyni, je také součástí výchovně-vzdělávacího procesu, ale i esteticko-výchovných snah školy. Žáci vaří každý den, v různých pracovních skupinách se střídají a připravují oběd ve školní kuchyni pro své spolužáky, učitele a děti z MŠ, která se nachází v přízemí budovy. Součástí přípravy pokrmů je také estetika prostírání a stolování, a s tím související i úklid kuchyně i jídelny.

Podíl na estetizaci prostředí žáků je patrný také v pracovně **šicí dílny**, kde žáci vyrábí drobné výrobky z textilu, které jsou zpracovávány ručně nebo na šicím stroji. Práce s textilem má silný esteticko-výchovný potenciál, který rozvíjí nejen fantazii a kreativitu žáků, ale také estetické cítění pro barvu a kvalitu textilních materiálů do interiéru a včetně samotného rozvoje jemné motoriky. Žáci vyrábějí funkční a praktické, ale i zábavné výrobky z různých textilních materiálů, např. kapsáře a chňapky, bylinkové sáčky a polštářky, prostírání do jídelny, drobné pomůcky a hračky pro děti MŠ atd., které slouží k práci, výzdobě, na hraní, ale také pro potěšení z dobře vykonané práce.

Další část estetickovýchovné činnosti školy probíhá také v **keramické dílně**, která se nachází v impozantních sklepních prostorách školy, která mě překvapila svým umístěním, ale fascinující byl především pracovní elán a tvořivost žáků. O esteticko-výchovném a silném arteterapeutickém potenciálu „hlíny“ nemůže být nikdy pochyb. Výrobky z keramické dílny žáků z **DKSŠ** mají neuvěřitelnou uměleckou hodnotu, i když jejich tvůrci

nemají výtvarné vzdělání. Žáci vyráběli překrásné výrobky z keramické dílny pod vedením zkušené výtvarnice, které jsou prodávány v kavárně Diakonie Kolín nebo při sezónních prodejních trzích.

Nejvýraznější podíl žáků na estetizaci prostředí byl při výuce výtvarné výchovy – **arteterapie**, při užívání různých netradičních výtvarných technik, našli místo i žáci méně talentovaní. Pod vedením výtvarnice, speciálního pedagoga a ilustrátorky dětských knih Patricie Koubské, žáci tvoří různými výtvarnými technikami formou individuální a skupinové arteterapie. Jejich díla zdobí všechny prostory školy. Pochopila jsem, že arteterapeutickou dílnu netvoří její vybavení, ale její bohatství tkví v tvořivé atmosféře, která je podmíněna odborným vedením speciálního pedagoga – arteterapeuta, který dokáže významně ovlivnit negativní postoj některých žáků k tvořivé činnosti, nepochybně dále ovlivnit postoj i k ostatním činnostem.

Podíl žáků na estetizaci prostředí, byl zcela nepřehlédnutelný i při **muzikoterapii**, jejíž silný relaxační a terapeutický účinek byl velmi silný, spontánní zpěv a hra na Orfovy nástroje vytvořila tak tvůrčí skupinovou dynamiku, kdy úplně všichni zpívali, i ti kteří původně zpívat nechtěli. Žáci se v průběhu muzikoterapie uvolní a naladí na příjemné pocity a společný skupinový zpěv je silným prožitkem pro všechny, některé hodiny muzikoterapie jsou kombinovány s tancem.

Vyrobené předměty v arteterapeutické dílně, šicí dílně a keramické dílně nejenom zdobí všechny prostory školy, ale jsou s úspěchem prodávány na sezónních trzích a v kavárně střediska Diakonie Kolín v rámci sociální rehabilitace. Žáci se tak během výuky a aktivní umělecké tvorby přímo podílejí na estetizaci prostředí školy, a prostřednictvím tohoto estetického přístupu k prostředí si prohlubují vědomosti, rozšiřují poznávání sebe i okolního prostředí, mnohdy získávají řešení některých svých osobních problémů. Žáci se podílejí na estetizaci prostředí také sezónní prací na zahradě. Součástí estetickovýchovných snah školy je nejenom naučit žáky pečovat o své okolí, svůj zevnějšek, ale také naučit žáky správným způsobům chování.

V průběhu šetření ve škole na mě intenzivně působila rodinná a přátelská atmosféra, kterou utvářelo nejen pěkné a vkusné interiérové řešení učeben a pracoven, ale především velmi profesionální a srdečný přístup pedagogů k žákům s lehkým až středně těžkým stupněm MP, a žákům pocházejícím ze slabého sociálního prostředí, pro které škola mnohdy supluje nefungující rodinu. Interiér školy byl jednoduchý a prostý, ale vkusně zařízený, všude byla vidět práce žáků a pedagogů. Celkovou pracovní a přátelskou atmosféru školy podmiňoval malý počet žáků, ale hlavně profesionální přístup celého

pedagogického sboru, který má za cíl připravit žáky na smysluplné povolání a najít uplatnění na trhu práce, připravit je na rodinný život a podpořit jejich úspěšné začlenění do běžného života společnosti.

DOMOV BARBORA v Kutné Hoře je poskytovatel sociálních služeb formou Domova pro seniory, Domova pro osoby se ZP a Chráněné bydlení. Zařízení je **nekoedukované**, a zcela odlišné od předchozího školského speciálního zařízení, a to nejenom samotným charakterem, ale také složením klientely, přesto většina aktivizujících činností estetických obsahů měla podobný nebo stejný ráz. Klienty Domova Barbora jsou muži se středně těžkým, těžkým a hlubokým stupněm MP (ve věku asi od 30 do 65 let i více), jejich podíl na estetizaci prostředí spočívá v tvůrčí činnosti arteterapeutických dílen, kde jsou hlavně realizovány:

- práce v keramické dílně (výroba nástěnných obrázků, nádob a jiných artefaktů ztvárňujících předměty kolem nás),
- textilní práce (tkaní koberců, polštářů, komponentů k nástěnným dekoracím se zvířecími motivy),
- práce se dřevem, výroba dřevěných hraček (z polotovarů = komponentů klienti lepí, šroubují, skládají, vrtají, barví, lakují a malují).

Všechny výrobky jsou úspěšně prodávány v kavárničce (v rámci sociální rehabilitace), nedaleko zařízení, kde pracují klienti s MP z Domova Barbora (vaří čaj a kávu, uklízejí, myjí nádobí, obsluhují zákazníky apod.), na základě pracovní smlouvy a za mzdu, což také souvisí s podílem klientů na estetizaci prostředí.

Dále klienti Domova Barbora přispívají k estetizaci svého prostředí pravidelnou sezónní prací na zahradě, ale také péčí o své obytné prostory, při přípravě pokrmů v malé kuchyňce, péčí o svůj zevnějšek a osobní hygienu, v neposlední řadě estetiku prostředí dotváří i vztahy mezi klienty navzájem, a klienty s pracovníky v sociálních službách. Dále se estetizací prostředí souvisí také společné soužití klientů Domova Barbora, které je skupinové a vyžaduje pravidla, na kterých se klienti a pracovníci v sociálních službách musí dohodnout, společně sepíší dohodu „rozpis prací v domácnosti“ tak, aby byl pro každého člena spravedlivý, zvládnutelný a využil všechny dovednosti, schopnosti a zájmy klientů, rozvíjel jejich samostatnost a sebeobsluhu v běžném životním rytmu. Tímto způsobem si rozdělí práce spojené s chodem domácnosti (hlavně v rámci chráněného bydlení), např. nákupy, vaření, praní a žehlení, úklid bytu a společných prostor a další činnosti spojené s běžným chodem domácnosti (vše s pomocí pracovníka v sociálních

službách). O svůj pokoj a osobní věci se klienti starají sami nebo s podporou pracovníka v sociálních službách. Každý klient má svého **klíčového pracovníka**, s kterým si dojednávají setkání, na kterých domlouvají **individuální plán** týdne. Cílem individuálního plánování je hlavně podpora sebeobsluhy a zkvalitnění samostatnosti, rozvoj sociálních vazeb v blízkém i širším okolí v životě klientů a jejich přirozené začlenění do majoritní společnosti.

CENTRUM U BARTOLOMĚJE v Kutné Hoře je poskytovatel sociálních služeb formou Denního a Týdenního stacionáře, Domova pro osoby se ZP a Sociální rehabilitace. Centrum U Bartoloměje se odlišuje od Domova Barbora nejenom poskytovanými druhy služeb sociální péče, ale především složením klientely. Podstatným rozdílem je to, že Centrum je zařízení sociálních služeb **koedukované** (věk klientů asi od 25 do 65 let) a většina klientů žije se svými rodinami. Dalším výrazným rozdílem je, že detašované pracoviště Centra poskytuje služby sociální péče jedincům s hlubokým stupněm MP formou Domova pro osoby se ZP.

V rámci problematiky podílu klientů s MP na estetizaci prostředí v Centru U Bartoloměje je velmi podobné jako v Domově Barbora, protože i zde je u klientů s MP aktivizující a rukodělná činnost v arteterapeutické a keramické dílně, domácí práce (úklid pokojů a drobné práce v jídelně a kuchyňce), péče o zahradu a dvůr, nácvik sebeobsluhy a osobní hygieny, způsoby oblékání a další činnosti, při kterých se klienti mohou podílet na estetizaci svého prostředí.

M. Valenta a O. Müller (2007) píše, že těžké postižení jde ruku v ruce s neustálým ohrožením vitality života, životně důležité funkce se neustále ocitají v krizi, jde především o onemocnění dýchacích cest, progresivní tělesné změny (svalový tonus, deformace páteře) vedou k přemísťování vnitřních orgánů a jsou omezeny ve svém rozpínání, záchvatová onemocnění při těžkém poškození mozku, srdeční vady apod. Život je v neustálém ohrožení a je spojen s nejistotou, bolestí a medicínskými intervencemi. Pro všechny jedince s těžkým postižením, bez ohledu na věk je společné to, že potřebují specifický přístup pro vlastní vývoj a interakci s ostatními lidmi. (Valenta, Müller, 2007)

Kladna jsem si otázku, do jaké míry se mohou jedinci s hlubokým stupněm MP podílet na estetizaci prostředí. Důležitým technickým prostředkem v péči o tyto jedince je **Snoezelen**, který umožní prožívat základními vjemy prožitky, které jsou jinak těžko dostupné.

Příklad terapeutického sezení: 6 klientů sedí v kruhu na zemi, a pravidelně dýchají (asi 5 min), uprostřed kruhu je zapálená svíčka. Muzikoterapeut pustí hudbu afrických bubnů (která je velmi strhující). Klienti si přinesou africké bubny a společně v kruhu bubnujeme do rytmu (asi 10 min), někdo jenom poslouchá. Atmosféra v kruhu má velmi silný náboj a strhující dynamiku doplňuje zpěv nebo spíše zvuky klientů, které terapeut sám podporuje a řídí (hu, hu, hu, ha, ha, ha, apod.). Změnou barvy reflektoru a intenzitou nasvícení místnosti se přechází do různých fází dechových cvičení a síly zpěvu, také se mění intenzita hudby, nakonec světla přechází do žluté barvy, klienti leží a odpočívají, změni se opět barva světla a vracíme se pomalu zpět do reálného světa.

Podíl klientů s těžkým a hlubokým stupněm MP na estetizaci prostředí tohoto detašovaného pracoviště Centra jsem neprokázala. Klienti s těžkým a hlubokým stupněm MP v této části zařízení sociálních služeb Domova U Bartoloměje mají výrazné omezení ve vnímání podnětů, mnohé činnosti se nemohou ani zúčastnit (ne pro svoji imobilitu), ale protože většina podnětů z prostředí je rozrušuje. V těchto případech má největší účinnost Snoezelen, aktivní i receptivní forma muzikoterapie a fyzioterapeutická péče. U těchto jedinců je důležité, aby se cítili co nejlépe, aby podněty z okolí, které vnímají, byly pro ně příjemné. Tito lidé potřebují od okolí co nejvíce empatie a pochopení, měli bychom si uvědomit, že nebudou nikdy psát, malovat, číst, chodit do divadla a na koncerty, poznávat svět tak jako „zdravý“ člověk, a proto jim musíme připravit tolik podnětů a všemi dostupnými prostředky, s mimořádným respektem k jejich individualitě, stupni postižení, schopnostem, potřebám a zájmům.

DIAKONIE ČCE - středisko v Čáslavi poskytuje sociální služby formou Denního a Týdenního stacionáře, Odlehčovacích služeb, Sociálně terapeutických dílen a Sociální rehabilitace. Klientela Diakonie v Čáslavi je **koedukovaná** (věkové rozpětí asi od 7 do 65 let), v areálu střediska se nachází ZŠ praktická a Speciální škola, které jsou samostatným právním subjektem. Středisko Diakonie v Čáslavi a jeho detašované pracoviště v Kolíně poskytuje sociální služby jedincům s lehkým, středně těžkým a těžkým stupněm MP.

Podíl na estetizaci prostředí klientů Diakonie v Čáslavi je velmi podobný jako v Domově Barbora a v Centru U Bartoloměje, především v rámci tvůrčí činnosti sociálně terapeutických dílen, umělecké produkty zdobí nejen prostory střediska, ale jsou také prodejním zbožím v **čajovně Bašta** (kde pracují také klienti střediska Diakonie v rámci sociální rehabilitace). Středisko je obklopeno krásnou zahradou, která je celoročně volně přístupná veřejnosti a slouží k odpočinku a relaxaci, ale také je místem pracovního

uplatnění klientů Diakonie, a v rámci mého šetření i místem, kde jsem mohla sledovat jedince s MP při estetizaci svého i prostředí, protože v zahradě se nachází velmi vkusně upravená čajovna ve stylu „středověké chýše“, kde klienti Diakonie prodávají své výrobky vytvořené v sociálně rehabilitačních dílnách, dále obsluhují zákazníky, vaří kávu a čaj, uklízí a provádí další činnosti, které souvisí s provozem čajovny. Čajovna společně s prodejnou jsou místem, které je denně otevřeno pro čáslavskou veřejnost, a zahrada je využívána pro mnoho kulturních programů střediska, ale také města Čáslav. Z toho vyplývá, že cílem projektu byla jednoznačně inkluze klientů s MP (v rámci nejrůznějších kulturních příležitostí jak v čajovně, tak i v zahradě areálu dochází k přirozenému setkávání jedinců s MP a ostatními obyvateli města). Zázemí zahrady i čajovny přináší klientům odpočinek a kulturní život, ale hlavně pracovní příležitosti v čajovně, při péči o pozemek a budovy zařízení.

V rámci problematiky podílu jedinců s MP na estetizaci prostředí v čáslavské Diakonii je důležité zmínit také „**Farmu v Chedrbí**“, kde se klienti Diakonie podílejí na estetizaci prostředí v rámci aktivit v oblastech zahradnických prací, péče o rostliny a domácí zvířata, zpracování dřeva apod. Pozemky farmy umožňují pěstování rostlin a především keřů, které slouží jako pracovní materiál pro sociálně terapeutické dílny.

V průběhu šetření jsem zjistila, že i interiérové a exteriérové řešení prostor (užité stavební prvky a materiály obytných, rehabilitačních a venkovních prostor působily velmi moderně a funkčně), celkově působí inspirativně a podporují aktivitu jedinců s MP na zvelebování svého okolí. Podíl na estetizaci svého i širšího prostředí jedinců s MP, je patrný nejenom v rámci tvůrčí činnosti v sociálně terapeutických dílnách, ale také péčí o své prostředí kde bydlí a pracují, zájmem o sebe a svůj zevnějšek, a v konečném důsledku i svým způsobem chování dotváří svůj podíl na estetizaci prostředí. Víme, že osobnost jedince s MP, má určitá specifika, ale ta nebrání ve schopnosti cítit a emočně prožívat, nebrání schopnosti milovat nebo potřebě být milován. Podíl jedinců s MP na estetizaci prostředí je ovlivněn stupněm mentálního postižení, aktuálním psychickým rozpoložením jedince, kvalitou speciálně pedagogického přístupu a terapie, osobností terapeuta, ale také okolním prostředím.

Otázka č. 2

Jaký vliv mají aktivizující činnosti estetických i mimoestetických obsahů při práci s jedinci s MP na způsob komunikace?

DKSŠ v Kolíně navštěvují jedinci s lehkým až středně těžkým MP (ve věku asi od 15 do 20 let), ale také žáci kteří nespádají do žádné kategorie mentálního postižení, ale pocházejí ze sociálně znevýhodněných rodin nebo rodin s rizikovým modelem životního stylu. Tvořivá a přátelská atmosféra, kterou pedagogové vytvářejí v rámci tvůrčích činností v keramické a arteterapeutické dílně, při přípravě pokrmů v kuchyni, v šicí dílně a na dalších odborných pracovištích, dávala žákům prostor pro vyjádření skrytých pocitů a emocí, zbavování se strachu, vyjádření radosti z díla nebo uvolnění agresivity, ale také prostor pro komunikaci mezi sebou a vytváření sociálních vazeb.

Část žáků školy pochází z rodin s patologickým vývojem životního stylu, a škola pro ně vytváří prostředí, ve kterém je respektována jejich osobnost, žáci jsou vedeni k vzájemné úctě k sobě a k ostatním lidem. Tito jedinci se umí verbálně vyjadřovat, ale mnohdy nevědí jak, tak raději mlčí nebo jejich komunikace je agresivní a vulgární. Různé aktivizující činnosti s estetickým i mimoestetickým obsahem DKSŠ pod odborným vedením pedagogů, žákům pomáhají a učí je komunikovat mezi sebou a se svým okolím. Nepochybně je tento postoj umocňován i křesťanským charakterem školy. Pro mnohé žáky je škola první, kdo jim dává do života řád, respekt, uznání, úspěch, důvěru a další hodnoty nezbytné pro život ve společnosti. Škola respektuje individuální odlišnost žáků, kterou vnímá jako hodnotu, ale na druhé straně jsou žáci vedeni k úctě k ostatním, a k dosažení těchto cílů je používáno, také prostředků tvůrčích činností z uměleckých i mimouměleckých oblastí, především arteterapeutické dílny a dalších odborných pracovišť školy. Uvedu příklad jedné vyučovací hodiny skupinové arteterapie, která se nazývala „**kouzla barev**“: Pedagog rozprostřel na stůl kartičky se slovy, která obsahovala různé emoce (láska, smutek, agrese, vztek, štěstí, smích apod.), a úkolem žáků bylo přiřazovat ke kartičkám příslušnou barvu, a pokusit se o vysvětlení své asociace. Následovala interpretace spojení barvy a různých emocí. V další části hodiny bylo úkolem žáků vymyslet návrh své vlastní zahrady. Žáci měli k dispozici různé výtvarné techniky a materiály, které dobře ovládali (např. práce s benzinovým papírem, textilní koláže, posypy barevnou solí, práce s temperovým rozprašovačem), včetně tradičních výtvarných pomůcek (voskovky, suchý pastel, obyčejná tužka atd.), přičemž všechny techniky byly velmi jednoduché a málo nákladné. Důležité bylo, že v této části výtvarné činnosti našli své

místo i žáci, kteří měli zpočátku negativní postoj k výtvarné tvorbě zahrady. V této situaci jsem pochopila, že arteterapeutickou dílnu nevytváří její vybavení, ale její bohatství tkví v tvořivé atmosféře, která je podmíněna odborným vedením speciálního pedagoga – arteterapeuta, který dokáže významně ovlivnit negativní postoj některých žáků k tvořivé činnosti. V závěru výuky byly všechny práce spojeny do jednoho projektu, který byl vyhodnocen, a dále zpracováván již ve tvůrčích skupinách. V procesu tvořivé činnosti bylo důležité zažehnout tvůrčího ducha u žáků (s negativním postojem k tvůrčí činnosti) a nastartovat skupinovou dynamiku, což se podařilo.

Ve sklepních prostorách školy se nachází **keramická dílna**, kde mě překvapil pracovní elán a tvořivost žáků, o arteterapeutickém potenciálu hlíny nemůže být nikdy pochyb.

J. Šicková – Fabrici píše, pokud budeme hledat v arteterapii most mezi výtvarnými projevy zdravých a postižených, nalezneme jej zcela určitě v oblasti haptické a ne vizuální. „*Optický přístup k prostoru v sobě skrývá nebezpečí, že sklouzne po proudu, naproti tomu perspektiva haptického prostoru je perspektivou hodnot.*“ (Blažek, Olmrová in Šicková – Fabrici, 2008, s. 136) Práce s hlínou dává dětem s MP prostor ke konkrétnímu tělesnému vnímání, a tím pochopení nových souvislostí, které jsou pro ně v grafické nebo verbální formě jen složitou abstrakcí. Dále práce s hlínou posiluje sebevědomí, působí relaxačně a rehabilitačně, eliminuje agresivitu chování, prolamuje bariéry strachu, rozvíjí představivost a nahrazuje verbální komunikaci, ale především vytváří prostor pro nadhled jako zázemí pro změnu postojů k sobě i k ostatním. (Šicková – Fabrici, 2008) Výrobky z keramické dílny žáků z DKSS mají neuvěřitelnou uměleckou hodnotu, i když jejich tvůrci nemají umělecké vzdělání. Podobný a přitom zcela odlišný relaxační a terapeutický účinek přináší také **hudba**, která je nedílnou součástí podpory komunikace a skupinové dynamiky.

V průběhu šetření na DKSS se mi potvrdil podíl a vliv aktivizujících činností s estetickým i mimoestetickým obsahem na způsob komunikace mezi žáky i žáků s okolím. Tvůrčí činnost je důležitým komunikačním prostředkem, především žáků s negativním a patologickým postojem ke svému okolí, kde významnou roli hraje samotná tvůrčí atmosféra a specifický přístup pedagoga.

DOMOV BARBORA je zařízením **nekoedukovaným** (muži se středně těžkým, těžkým a hlubokým stupněm MP a kombinovaným postižením, ve věku asi od 30 do 65 let i více), které poskytuje služby sociální péče celoročně, formou Domova pro osoby se ZP, Chráněného bydlení a Sociální rehabilitace.

Aktivizující pracovní a zájmové činnosti s uměleckým i mimouměleckým obsahem klientů Domova Barbora jsou prostředkem komunikace nejenom mezi klienty, ale hlavně klientům zprostředkovávají kontakt s okolním prostředím. Někteří klienti uměli dobře verbálně komunikovat, a přesto bylo jasné, že nemusí být zcela pochopeni. Klienti, kteří nemluví a jejich jediné vyjadřovací schopnosti jsou grimasy, posunky, skřeky a jiné neartikulované zvuky, se mohou často ocitnout v prostředí, které jim nebude rozumět nebo dobře nepochopí, co chtěli opravdu vyjádřit. V Domově Barbora je prostředí bezpečné pro komunikaci, ale co za dveřmi zařízení, ve společnosti intaktních lidí.

V průběhu šetření jsem si potvrdila, že aktivizující činnosti estetických i mimoestetických obsahů plní jedinečnou **kompenzační úlohu** při kontaktu s jedinci všech stupňů MP. Klienti Domova Barbora vyrábí v sociálně terapeutické dílně např. textilní tkané dekorace se zvířecími motivy, na malém stavu tkají ozdobné koberečky a praktické pomůcky do kuchyně, z keramické hlíny tvarují nástěnné plastiky a další dekorativní i funkční výrobky. Na realizaci těchto mnohdy uměleckých produktů se podílejí i jedinci s těžkými stupni MP, a přesto některé výtvořiny profesionální úroveň. Prostřednictvím tvořivé činnosti dostávají klienti prostor k vyjádření toho, co je mnohdy velmi hluboko skryto, někteří dostanou jenom příležitost smysluplně pracovat, protože jinde by tuto příležitost asi nedostali, někteří mají radost z tvořivé práce, ale většina klientů ráda pracuje ve skupině při jakékoli činnosti, kdy si vzájemně sdělují pocity a zážitky.

V rámci tvůrčí práce v Domově Barbora jsem se opět přesvědčila, že proces tvořivé činnosti je prostředkem komunikace s osobami s MP, způsob jak se přiblížit k jejich citění a prožívání. I když je Domov Barbora naprosto odlišné zařízení od DKSS v Kolíně, nejenom svým charakterem, zaměřením a klientelou, přesto vliv činností s uměleckými i mimouměleckými obsahy na komunikaci a způsoby jednání, chování a prožívání klientů byl ve výsledku stejný.

CENTRUM U BARTOLOMĚJE je zařízení **koedukované** (klientela se středně těžkým, těžkým a hlubokým stupněm MP, ve věku asi od 25 do 65 let), které poskytuje ambulantní a pobytové služby sociální péče formou Denního a Týdenního stacionáře, a Domova pro osoby se ZP.

V Centru U Bartoloměje jsem zaměřila své šetření v rámci problematiky kontaktů a komunikace s jedinci s MP na detašované pracoviště Centra, které se nachází na Masarykově ul., kde jsou služby sociální péče poskytovány klientům s těžkým a hlubokým stupněm MP, formou Domova pro osoby se ZP. Klienti převážně s těžkým až hlubokým

stupněm MP a s kombinovaným postižením (těžké somatické deficity a neurologické poruchy, schizofrenie, afektní poruchy a nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, psychiatrická onemocnění), ve většině případů nemluvili a vydávali neartikulované zvuky a „skřeky“, nebo mluvili velmi nesrozumitelně, mnozí byli imobilní.

Snoezelen je nejužívanější formou péče, ale i kontaktu a komunikace s klienty tohoto pracoviště Centra, který umožňuje jedincům s těžkým a hlubokým stupněm MP prožívat základními vjemy prožitky, kterých se jinak obtížně dosahuje. Ve Snoezelenu klienti cvičí, odpočívají a relaxují prostřednictvím různé terapeuticko-rehabilitační činnosti, ale hlavně **skupinové aktivní muzikoterapie**. Klienti bubnovali na africké tamtamy různé velikosti, rukama bouchali do bubnů za doprovodu terapeuta a silnou dynamickou atmosféru doplňovala strhující reprodukováná hudba a písně afrických domorodců. Tato forma expresivních terapeutických metod přispívá k vytvoření příjemné a přátelské atmosféry ve skupině, výsledkem je efektivnější a akceptovatelnější neverbální komunikace, která nenásilnou formou nastartuje skupinovou dynamiku. Hudba má obrovský potenciál, který klienty aktivizuje (klienti dokázali dlouhé minuty bez přestání bubnovat „až mlátit“ dlaněmi do bubnů a pořád se usmívali, někteří křičeli a vydávali hlasité zvuky, připadalo mě, že spolu mluvíme, že jim je dobře, že se jim to líbí). Někteří klienti brali moje ruce do svých a chtěli, abych bubnovala do jejich bubínku a oni bubnovali do mého nebo používali moje ruce k bubnování, „**komunikovali jsme**“. Celou dobu využívali spontánně tělesný kontakt se mnou, při tom vydávali různé zvuky (klienti, kteří nemluví), které byli jejich jediným verbálním projevem (u imobilních klientů s hlubokým MP pracuje asistent). **Aromaterapie**, která byla skvělým doplňkem při terapeutické činnosti klientů ve Snoezelenu, příjemně působila na psychické a fyzické rozpoložení klientů, ale také z logopedického pohledu měla významnou úlohu při dýchání nosem, protože většina klientů má potíže s hypersalivací a dýcháním ústy, čichání vůní přispívá k zlepšení těchto potíží (klient si vybere nejpříjemnější vůni a čichá střídavě jednou a pak druhou nosní dírkou, pak oběma. Aromaterapie měla své důležité místo i při dalších terapiích klientů s MP, např. fyzioterapii, muzikoterapii a arteterapii.

M. Valenta a O. Müller (2007) píší, že úroveň hudebních schopností nemusí být mentálním postižením poznamenána (nůžky těchto schopností se mohou více rozevírat u těžkého mentálního postižení, které vzniklo na organickém podkladu), jedinci s lehkým MP nebo mentálním postižením, které je sociálně podmíněné mají obdobné schopnosti jako intaktní populace. (Valenta, Müller, 2007)

V průběhu šetření jsem se zaměřila na toto pracoviště Centra z důvodu specifického vnímání a způsobu komunikace osob s těžkým až hlubokým stupněm MP. Zajímalo mě, podíl uměleckých i mimouměleckých činností na komunikaci a způsob kontaktu s těmito jedinci. Zjistila jsem, že prostředkem při komunikaci s jedinci s těžkým a hlubokým stupněm MP je především hudba, která má silnější potenciál např. než výtvarné umění (aktivní skupinová muzikoterapie), dále svůj význam při komunikaci má také estetika blízkého i širšího prostředí (nejenom ve Snoezelenu), a v neposlední řadě je důležitý i mimořádný přístup pracovníků v sociálních službách.

DIAKONIE – ČCE v Čáslavi je zařízení **koedukované**, při kterém je zřízena ZŠ praktická a Speciální škola jako samostatný právní subjekt. Návaznost speciálního školství se sociálními službami je zajímavé nejenom architektonickým řešením budov ze začátku 20. stol., ale hlavně organizačním propojením poskytované výchovně-vzdělávací speciálněpedagogické péče a podpory. Diakonie v Čáslavi a detašované pracoviště v Kolíně poskytuje služby sociální péče (formou Denního a Týdenního stacionáře, Odlehčovacích služeb) a služby sociální prevence (formou Sociálně terapeutických dílen, Sociální rehabilitace) osobám se středně těžkým a těžkým stupněm MP a kombinovaným postižením (ve věku asi od 7 do 65 let).

Obdobně jako v předešlých zařízeních jsou v čáslavské Diakonii, také různé tvůrčí činnosti s uměleckým i mimouměleckým obsahem v sociálně terapeutických dílnách, čajovně Bašta, na farmě v Chedrbí a další činnosti, prostředkem k rozvoji a podpoře komunikace a způsobu jednání s jedinci s MP, ale rozdíl byl patrný v tom, že čáslavská Diakonie je střediskem s bohatším a modernějším vybavením pracovních, rehabilitačních i obytných prostor a exteriérů. V průběhu šetření se potvrdilo, že různé činnosti s uměleckým i mimouměleckým obsahem mohou být prostředkem ke zlepšení komunikace a porozumění jedincům s MP, a to bez ohledu na vážnost a stupeň postižení. Pochopit citění a prožívání člověka prostřednictvím aktivizující tvůrčí činnosti, je také možné hledat lepší způsoby péče a podpory o jedince s MP, které umožní přiblížit životy lidí s postižením k životům intaktní populace, tak abychom respektovali jejich specifickou osobnost, potřeby a zájmy.

„Umělecké dílo jako výsledek náročného tvůrčího procesu odhaluje jedinci vedle ideové stránky rozsáhlou paletu nejrozmanitějších vyjadřovacích prostředků a kompenzačních principů, které mají do jisté míry obecnou platnost i mimo sféru umění a činí člověka citlivějším k zákonům krásy a k tvorbě v duchu těchto zákonů.“ (Jůva, 1995, s. 47)

Otázka č. 3

Jakou roli mají aktivizující činnosti estetických obsahů v rámci socializace a integrace jedinců s MP do společnosti?

DKSŠ vzdělává žáky s lehkým a středně těžkým stupněm MP, ale také jedince s tzv. „mírnou mentální retardací“ (IQ 85 – 69), ve většině případů se jedná o jedince s tzv. sociálně podmíněným mentálním postižením (ve věku asi od 15 do 20 let). Škola je pro mnohé žáky prvním místem, kde se dostávají poprvé do kontaktu s určitým řádem, pravidly, správnými způsoby chování a jednání, které jsou nezbytné pro existenci ve společnosti. Rodinný charakter školy vytváří pro žáky přátelskou atmosféru a velmi často supluje neúplnou nebo nefunkční rodinu.

Socializační a integrační snahy školy jsou patrné z již zmiňované tvůrčí umělecké činnosti žáků, ale také z činností s mimouměleckým obsahem, např. z přednášek a exkurzí ve spolupráci se Střediskem výchovné péče pro děti a mládež Kolín, Dětským domovem se školou v Býchorech, Domovem dětí a mládeže v Kolíně, dále škola spolupracuje s Městským úřadem v Kolíně a Úřadem práce v rámci Kvalifikačních kurzů pro pracovníky v sociálních službách. Esteticko-výchovnou činnost v rámci socializace a integrace, škola doplňuje různými jednodenními poznávacími výlety a exkurzemi, týdenními turistickými kurzy, návštěvami divadla a kina, koncertů, kulturních památek, muzeí, výstav apod. Škola spolupracuje především se svými sesterskými školami v Praze, dokladem jsou pravidelné soutěže mezi žáky, např. Holky v akci (soutěž ve vaření), dále se škola každoročně účastní karlínského plesu DKSŠ.

Prostředí školy nabízí svým žákům rodinnou atmosféru s morálními a etickými hodnotami, v duchu estetickovýchovných činností z uměleckých i mimouměleckých oblastí podporuje a rozvíjí poznání sebe sama i světa, sebereflexi, prosociální chování, ale i vnitřní spiritualitu s možností vlastní volby života. Cílem školy je připravit žáky na smysluplné povolání, rodinný život, jejich úspěšné začlenění do společnosti, najít uplatnění na volném trhu práce, tzn. připravit žáky na běžný život ve společnosti. Škola vytváří pro své žáky prostředí, ve kterém je respektována a přijímána jejich individualita, ale zároveň jsou žáci vedeni k vzájemné úctě k ostatním lidem a k sobě navzájem. Tento postoj vychází z křesťanského charakteru školy, který žákům poskytuje bezpečné prostředí a prostor pro rozvoj jejich osobnosti. Křesťanské hodnoty jsou žákům nabízeny jako podstatná součást evropské kultury, díky níž je individuální odlišnost vnímána jako hodnota, která naši společnost obohacuje a dotváří.

DOMOV BARBORA je zařízení **nekoedukované** (muži ve věku asi od 30 do 65 let i více) a poskytuje služby sociální péče a prevence klientům se středně těžkým, těžkým a hlubokým MP, formou Domova pro osoby se ZP a Chráněného bydlení.

Způsob života mužů s MP v Domově Barbora formou pobytového nekoedukovaného zařízení je velmi složitý sociální problém, někteří klienti už svoji rodinu nemají, nebo je rodina odmítá, i když je tato skutečnost částečně kompenzována plánovanými společenskými akcemi s ženami s MP z okolních zařízení sociálních služeb z Opočna, Červeného hrádka a Brandýsa nad Labem (vzájemně se nejenom navštěvují, ale také pořádají společná setkání, taneční zábavy, výlety, pobytové rekreace a další společensko-kulturní aktivity), které podporují estetiku chování a rozvíjí přirozené mezilidské vztahy, normální partnerský vztah mezi mužem a ženou. Domov Barbora je pro klienty prostředím, kde bydlí, pracují a s pomocí pracovníků v sociálních službách pečují o sebe a své okolí, vytváří přirozené sociální vazby a v rámci svých možností, schopností, potřeb a zájmů využívají společensko-kulturních aktivit, ale i pracovních příležitostí majoritní společnosti.

V rámci **socializačních a integračních snah** Domova Barbora má důležité uplatnění hlavně **Chráněné bydlení**, které využívají muži především s lehčím až středně těžkým stupněm MP, které poskytuje podmínky pro kvalitní a aktivní život ve společnosti „intaktních“ lidí a podporuje rozvoj sociálně-společenských vazeb v prostředí života majoritní společnosti. Muži s lehkým a středně těžkým MP žijí za podpory asistentů více méně sami v prostředí, které je svým charakterem stejné jako běžný byt. Cílem Chráněného bydlení je pomáhat klientům prožívat plnohodnotný a pestrý život, co možná nejvíce podle svých vlastních schopností, potřeb a zájmů, ve společnosti a ne vedle společnosti, i když naplňování těchto cílů je mnohdy náročné jak pro klienty, tak i pro jejich okolí. Většina klientů Chráněného bydlení vykonává práci na základě pracovní-právního vztahu, zaměstnanci (klienti s MP) Domova Barbora jsou odměňováni v souladu s pracovní smlouvou (za mzdu pracují např. při mytí nádobí v centrální kuchyni, celoroční práce na zahradě, praní a mandlování prádla, práce v kavárničce v rámci sociální rehabilitace).

Celoroční pobytová zařízení jsou pro určitou klientelu existenčně nezbytná, ale pokud je to jen trochu možné, měla by být zcela jistě upřednostňována zařízení koedukovaná, a snahou poskytovaných sociálních služeb by mělo být, alespoň přiblížení se životu běžné společnosti. I tak asi nikdy nebude „imitován“ běžný život intaktního člověka s vlastní rodinou, přesto jsem měla pocit, že Domov Barbora pomáhá klientům kvalitně naplnit jejich život, je to místo kde, jsou respektovány jejich specifické potřeby a zájmy, rozvíjeny schopnosti a dovednosti, které jsou podmíněny jejich specifickou osobností. Majoritní

společnost by měla jedince s MP vždy respektovat, protože respekt znamená rovnoprávnost, a tito jedinci se svoji jinakostí dokážou mnohé předat i nám, kteří pomoc nepotřebujeme.

CENTRUM U BARTOLOMĚJE je zařízení **koedukované** a poskytuje služby sociální péče klientům se středně těžkým a těžkým stupněm MP (ve věku asi od 25 do 65 let), a detašované pracoviště Centra na Masarykově ul. poskytuje služby sociální péče i klientům s hlubokým stupněm MP. Centrum poskytuje služby sociální péče formou Denního a Týdenního stacionáře a Domova pro osoby se ZP. Podstatným rozdílem Centra od Domova Barbora je to, že zařízení je koedukované, a z charakteru poskytovaných služeb vyplývá, že se jedná o celoroční pobytové zařízení, ale také s ambulantní a týdenním pobytem, tzn., že většina klientů má svoje rodiny, a Centrum využívá jako určitou formu zaměstnání.

Aktivizující činnosti estetických obsahů z uměleckých a mimouměleckých oblastí, které mají významný podíl na socializaci a integraci klientů Centra, a jsou velmi podobné nebo stejné jako v DKSS nebo v Domově Barbora, ale podrobněji jsem se zajímala o detašované pracoviště Centra, které se nachází na Masarykově ul., kde jsou služby sociální péče poskytovány formou Domova pro osoby se ZP s celoročním pobytem, pro klienty s těžkým a hlubokým stupněm MP. Kladla jsem si otázku, jakým způsobem se podílejí činnosti s uměleckým a mimouměleckým obsahem při práci s osobami s těžkým a hlubokým stupněm MP v rámci celoročního pobytu v Domově pro osoby se ZP, na socializaci a integraci těchto jedinců do společnosti.

V rámci problematiky komunikace a způsobů jednání jsem popisovala význam Snoezelenu jako důležitého technického prostředku při práci s jedinci s těžkým a hlubokým stupněm MP, a kladla jsem důraz v rámci komunikace na aktivní skupinovou muzikoterapii (mnohdy jedinou možností jak aktivizovat jedince s těžkým a hlubokým stupněm MP). V Centru U Bartoloměje jsem se setkala také s **prenatální formou terapie**, kdy klient byl zasunut do speciální vyhřívané vodní matrace (imitace nadnášení v plodové vodě), která je nasvícena červenými reflektory, součástí této terapie jsou reproduktory, jejichž zvuk se přes vodní lůžko transformuje do vibračních podnětů (používají se nahrávky obsahující srdeční ozvy a dýchání). Během terapie mě zaujala dívka, která byla slepá a hluchá, s těžkými somatickými deformacemi (nebyla schopna ani sama sedět), s postižením se již narodila (její matka byla v těhotenství závislá na drogách a alkoholu). V závěsu z vodní matrace byla schoulená do klubíčka, vždy se velmi zklidnila a tiše si broukala nebo si cucala palec,

až usnula (jakýkoli můj dotek vnímala velmi intenzivně a s pozitivní odezvou, cítila jsem její spokojenost), dívka je často neklidná, křičí nebo pláče. U dívky se mi osvědčila **terapie objímáním**, při které prakticky okamžitě došlo ke zklidnění a navození příjemných pocitů (dívka užívá předepsanou medikaci). Život člověka s těžkým stupněm MP a kombinovaným postižením je spojen s bolestí a nepřetržitou lékařskou intervencí, s čímž souvisí i náročnost poskytované terapie a mimořádný přístup. V zařízení se též provádí **terapie s účastí zvířete**, v tomto případě **canysterapie**, která napomáhá psychické a fyzické stimulaci, rozvoji komunikace, uspokojuje potřebu bezpečí a jistoty klientů, pomáhá spoluvytvářet přátelskou atmosféru (mezi ležící klienty se polohují speciálně vycvičení psi - retriever, labrador, kteří už jen svojí přítomností navodí dobrou náladu klientů – pes přiběhl, očichával a olizoval klienty na obličejí a končetinách). Mezi imobilní klienty jsou psi polohováni tak, aby mohli dostatečně a příjemně vnímat teplo těla psa, srdeční ozvy, dýchání, srst psa. Tento velmi jednoduchý postup má však v sobě silný terapeutický potenciál a dynamiku. V rámci této problematiky je důležitá také **estetická úprava prostředí** a **estetika vhodného chování**, protože práce s klienty, této části detašovaného pracoviště Centra, vyžaduje mimořádný specifický přístup. Poskytovaná péče je na úrovni bazální stimulace, kdy je u jedinců s tímto zdravotním postižením nejvíce rozvíjeno vnímání ve všech možných prožitkových oblastech, které poskytuje okolní prostředí, ale s podmínkou respektování mimořádného individuálního přístupu k osobě s těžkým a hlubokým stupněm MP. Podíl činností uměleckých i mimouměleckých obsahů při práci s jedinci s těžkými stupni MP spočívá v tom, že potřebují od okolí co nejvíce empatie a pochopení, měli bychom si uvědomit, že nebudou nikdy psát, malovat, číst, chodit do divadla a na koncerty, poznávat svět tak jako „zdravý“ člověk, a proto jim musíme připravit a dávat tolik podnětů a všemi možnými prostředky, s mimořádným respektem k jejich individualitě, stupni postižení, schopnostem, potřebám a zájmům.

Do protikladu v rámci této problematiky uvádím **Sociální rehabilitaci** jako službu sociální prevence Centra, která je poskytována formou tréninkového obchodu a kavárny (pro osoby se středně těžkým stupněm MP ve věku od 18 let a více, a využívají ji především klienti s MP z Centra U Bartoloměje, Domova Barbora a klienti s MP z domácí péče). Pracovní náplň bezprostředně souvisí s provozem kavárny a obchodu (vaření kávy, obsluha zákazníků, úklidové činnosti, prodej zboží). Estetickovýchovné snahy uplatňované v rámci integrace, Centrum realizuje tím, že klienti pomáhají s **estetickou úpravou prostředí** kavárny, komunikací a obsluhou zákazníků je ovlivněna **estetika vhodného chování**, avšak nejpodstatnější je to, že kavárna je prostředím, ve kterém přichází osoby

s MP do kontaktu s běžným společenským prostředím, získávají nové sociální zkušenosti a nácvik k zvládnání různých situací majoritní společnosti, a společnost tyto jedince bez předsudků přijímá.

„Estetická úroveň mezilidských vztahů ve společnosti, návyky odpovědného a zdvořilého jednání jako jednání také esteticky hodnotného jsou jednáním s předpokladu integrace estetické a mravní výchovy v moderní společnosti.“ (Jůva, 1995, s. 50)

DIAKONIE ČCE – středisko v Čáslavi je zařízení **koedukované**, které poskytuje osobám se středně těžkým a těžkým stupněm MP a kombinovaným postižením (ve věku asi od 16 do 65 let), služby sociální péče formou Denního a Týdenního stacionáře, Odlehčovacích služeb), a služby sociální prevence formou Sociálně terapeutické dílny, Sociální rehabilitace. V současnosti poskytuje středisko Diakonie v Čáslavi společně s detašovaným pracovištěm **Diakonie v Kolíně** v Kouřimské ulici sociální služby celkem 79 uživatelům. V areálu střediska se nachází také **ZŠ praktická a Speciální škola**, které jsou samostatným právním subjektem (navštěvuje ji asi 30 žáků s MP a kombinovaným postižením, ve věku od 7 do 16 let).

V rámci socializačním a integračních tendencí osob s MP v čáslavské Diakonii mě nejvíce zaujaly projekty „Farma“ a „Bašta“, v kterých se velmi intenzivně prolínají i estetické i mimoestetické snahy. **Farma** v Chedrbí zajišťuje pracovní aktivity lidem s MP formou provozování malého hospodářství, nabízejícího aktivity v oblastech zahradnických prací, chovem domácích zvířat, zpracování dřeva a další aktivity spojené s provozem farmy. Pozemky farmy umožňují pěstování bylin a dřevin, ale především keřů, které slouží jako pracovní materiál pro sociálně terapeutické dílny. Cílem projektu je posilovat sociální a pracovní dovednosti, které mohou dopomoci k umístění na chráněný nebo otevřený trh práce. **Projekt Bašta** je čajovna a obchůdek s výrobky ze sociálně terapeutické dílny v zahradě střediska Diakonie, která je součástí bývalého městského opevnění. Jedná se o formu chráněného a tréninkového pracoviště pro jedince s MP, ale hlavně je místem pro setkávání lidí s postižením i bez něj.

V rámci šetření v čáslavské Diakonii mě nejvíce zaujaly silné integrační tendence dané nejenom formou poskytovaných sociálních služeb (zařízení není pobytové a je koedukované), ale také moderním vybavením interiérů a umístěním exteriérů střediska. Posláním střediska je nejenom pomáhat, podporovat a provázet člověka s MP v jeho životě a rozvíjet inkluzi těchto jedinců do společnosti, která směřuje ke zlepšení kvality života, ale také rozvíjí samostatnost, jedinečnost a rodinné vztahy klientů s MP, a z toho vyplývá, aby

žili uprostřed naší společnosti, a ne na jejím okraji. Na čáslavské Diakonii bylo zajímavé propojení speciálního školství se sociálními službami, a to ve smyslu návaznosti poskytované výchovně-vzdělávací činnosti v rámci ZŠ praktické a Speciální školy a sociálních služeb (formou Denního a týdenního stacionáře, Sociálně terapeutických dílen a Sociální rehabilitace), že objekt čáslavské Diakonie se nachází blízko centra města, a je součástí historického jádra, což je z estetického hlediska velkolepé, a z pohledu integrace a socializace osob s MP důležité.

Hlavním cílem všech sledovaných zařízení je všestranný rozvoj jedinců s MP s ohledem na jejich možnosti a schopnosti, stupeň mentálního postižení, potřeby a zájmy. Je třeba si uvědomovat přítomnost jejich vlastního osobnostního deficitu a faktorů reálného sociálního prostředí, a proto je nutné, aby majoritní společnost těmto jedincům pomohla a umožnila zlepšit jejich kvalitu života nejenom vybudováním zařízených institucí sociálních služeb, ale aby tyto služby dokázaly zprostředkovat společné soužití jedinců s handicapem s intaktní společností.

V rámci šetření jsem se přesvědčila, že aktivizující činnosti uměleckých a mimouměleckých obsahů jsou určitým prostředkem k začleňování osob s MP do majoritní společnosti. Člověka s MP je třeba vnímat jako na jedinečnou bytost, která je schopna osobnostního rozvoje a růstu, i když mnohdy jejich „diagnóza“ (těžší stupně MR) neumožní výrazné pokroky, přesto jsou schopni překonávat své horizonty jako každý jiný intaktní člověk, a aktivizující tvůrčí činnosti s estetickými i mimoestetickými obsahy jim pomáhají tyto cíle dosahovat, nebo ukázat správný směr jak plnohodnotně a smysluplně pracovat, trávit svůj volný čas a žít ve společnosti, ale také obohatit život společnosti. S tím souvisí i **estetika prostředí**, která je nedílnou součástí **estetiky chování**, tzn. jakým způsobem společnost sama přistupuje k člověku s MP, např. v oblasti školské individuální integrace dítěte s MP do běžné ZŠ (především při lehkém nebo hraničním pásmu MR), kdy mu společnost může vytvořit hned v dětském věku podmínky pro začlenění se mezi „zdravé“ děti, a s tím spojená akceptace dětí „intaktních“ dítěte s MR. Víme, že dítě je jako „houba“, která je schopna nasát spoustu informací, ale i naučit se správným etickým způsobům chování, myslím si, že právě školská integrace je nejvhodnější půdou pro **začátek socializace člověka s MP do společnosti**. Tím myslím, že je nutné už od dětského věku učit a vychovávat „intaktní“ děti vnímat „jinakost“ některých lidí, kterou není třeba litovat nebo schovávat, nebo se jí dokonce bát, ale vytvořit z ní přirozenou součást našeho života.

ZÁVĚR

Diplomová práce je věnována problematice aktivizujících činností estetických obsahů při práci s jedinci s mentálním postižením. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je členěna do dvou kapitol. První kapitola vymezuje pojem mentální postižení. Druhá kapitola se zabývá estetickou výchovou a estetickovýchovnými činnostmi při práci s jedinci s mentálním postižením. Praktická část se zaměřuje na získání informací a charakteristiku aktivizujících činností estetických i mimoestetických obsahů při práci s jedinci s mentálním postižením v rámci speciálního školského zařízení a různých zařízeních sociálních služeb v okolí mého bydliště.

Aktivizující činnosti estetických i mimoestetických obsahů nabízejí pestrou paletu možností pro práci s jedinci s mentálním postižením, a které plní významnou reedukační a terapeutickou úlohu. Prostřednictvím aktivizujících činností s estetickými i mimoestetickými obsahy nachází osoby s mentálním postižením nejenom uvolnění emocí, celkovou tělesnou a duševní relaxaci, vzájemné porozumění, poznání, vnímání sebe sama a okolí, ale hlavně tvůrčí seberealizaci ve svém životě ve společnosti, která má významný dopad i na jejich chování. Mentální postižení je především charakterizováno jako snížení rozumových schopností, avšak tvořivá činnost uměleckých i mimouměleckých obsahů člověka s mentálním postižením není tímto deficitem nikterak ovlivněna, protože na tvořivost člověka s mentálním postižením působí především mimointelektové faktory. Jedinečná umělecká exprese jedinců s mentálním postižením je dána jejich „jinakostí“, jiným a specifickým způsobem vnímání sebe i okolí, a které nejsou „zdraví“ jedinci schopni. Z toho plyne reedukační a kompenzační úloha aktivizujících činností estetických i mimoestetických obsahů při práci s jedinci s mentálním postižením, a které jsou důležitým prostředkem jejich seberealizace, ale především důležitým prvkem socializace.

Aktivizující činnosti s estetickými i mimoestetickými obsahy jsou z mnoha možností lidské činnosti, ale jednou z mála možností, při které je možné přiblížit se, a najít cestu a lepší způsoby podpory a péče pro osoby s mentálním postižením, vzájemné porozumění při kterém jsou rozdíly mezi člověkem s mentálním postižením a „intaktním“ člověkem minimální, protože rozumová nedostatečnost projevující se snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností, jsou v umělecké expresi a estetickém vnímání a prožívání zcela nepodstatné.

Z praktické části vyplynulo, že by bylo vhodné více prozkoumat široké možnosti aktivizujících činností s estetickým i mimoestetickým obsahem při práci s jedinci

s mentálním postižením, které by pomohly více rozšířit, rozvíjet a zlepšit způsoby péče a podpory o jedince s mentálním postižením ve společnosti, a s tím související i jejich kvalita života, a umožnili jim co nejpřirozenější způsob inkluze do společnosti jako nejvyššího stupně socializace. S touto myšlenkou úzce souvisí i integrace žáků (především s lehkým) mentálním postižením do běžných základních škol.

Studiem literatury a uskutečněným šetřením v rámci své diplomové práce jsem si rozšířila své vědomosti a získala nové poznatky v oboru speciální pedagogiky a obohatila dovednosti v oblasti tvorby nejenom výtvarné. Načerpání informace a získané zkušenosti v rámci šetření jsou pro mě motivací v mé tvůrčí činnosti v oblasti estetickovýchovných snah s jedinci se zdravotním postižením v rámci jejich inkluze do majoritní společnosti, a o kterou chci opírat svůj pedagogický růst.

SEZNAM LITERATURY

BAUER, A. Dějiny výtvarného umění. 1. vydání Olomouc: Rubico, 1998. 287 s. ISBN 80-85839-25-3.

CHRÁSKA, M. Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. 1. vydání Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JŮVA, V. Estetická výchova: vývoj – pojetí – perspektivy. Brno: 1995. 99 s. ISBN 80-85931-12-5.

KLENKOVÁ, J. 1. vydání Praha: Grada, 2006. 244 s. ISBN 978-80-247-1110-9.

KOZÁKOVÁ, Z. Psychopedie. 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 73 s. ISBN 14-244-0991-7.

KREJČÍŘOVÁ, O. Estetická výchova mentálně retardovaných. 1. vydání Olomouc: Netopejr, 1998. 93 s. ISBN 80-86096-12-2.

KREJČÍŘOVÁ, O. Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením. 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 35 s. ISBN 978-80-244-1635-9.

KREJČÍŘOVÁ, O., VYMAZALOVÁ, E., HUBLAR, J. Teorie a praxe speciálněpedagogické andragogiky. 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 71 s. ISBN 978-80-244-2880-2.

KUČEROVÁ, S. Obecné základy estetické výchovy. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 1992. 58 s.

KYSUČAN, J. Psychopedie: Teorie výchovy mentálně retardovaných. 1. vydání Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 82 s.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. revize. 3. vydání Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

MICHALÍK, J. a kol. Zdravotní postižení a pomáhající profese. 1. vydání Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MÜLLER, O. Psychopedie – andragogika. 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 49 s. ISBN 80-244-1204-7.

MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

MÜLLER, O. Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu. 1. vydání Olomouc, Univerzita Palackého, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0207-6.

- PIPEKOVÁ J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. vydání Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- RUBINOVÁ, A., J. Přístupy v arteterapii: Teorie a technika. 1. vydání Praha: Triton, 2008. 543 s. ISBN 978-80-7387-093-5.
- ŠICKOVÁ – FABRICI, J. Základy arteterapie. 2. vydání Praha: Portál, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3.
- ŠIŠKA, J. Mimořádná dospělost: Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti. 1. vydání Karlova Univerzita Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
- ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. 1. vydání Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- VÁGNEROVÁ, M.. Psychologie pro pomáhající profese. 3. vydání Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. a kol. Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. 1. vydání Praha: Grada, 2012. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie: teoretické základy a metodika. 3. vydání Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie: teoretické základy a metodika. 5. vydání Praha: Parta, 2013. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
- ZICHA, Z. Úvod do speciální výtvarné výchovy. 1. vydání Praha: Univerzita Karlova, 1981. 145 s. ISBN 60-85-81.
- VYHLÁŠKA MŠMT ČR č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. MŠMT, 2005.
- VYHLÁŠKA MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. MŠMT, 2005.
- VÝROČNÍ ZPRÁVA DÍVČÍ KATOLICKÉ STŘEDNÍ ŠKOLY a MŠ v Kolíně, rok 2012/2013.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY

BRUCKNEROVÁ, K. Skici ze současné estetické výchovy. 1. vydání Brno: Masarykova Univerzita, 2011. 189 s. ISBN 978-80-210-5616-9.

UŽDIL, J. Mezi uměním a výchovou. 1. vydání Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 463 s. ISBN 14-692-88.

KULKA, J. Psychologie umění. 2. vydání Praha: Grada, 2008. 435 s. ISBN 978-80-247-2329-7.

SPOUSTA, V. Teoretické základy výchovy ve volném čase. 1. vydání Brno: Masarykova Univerzita, 1994. 183 s. ISBN 80-210-1007-X.

KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. Člověk - prostředí – výchova: K otázce sociální pedagogiky. Brno: PAIDO, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

Elektronické zdroje:

Dívčí katolická střední škola [online]. Publikováno 3. 11. 2013 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z <<http://www.dks-kolin.cz>>.

Domov Barbora [online]. Publikováno 5. 06. 2013 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z <<http://www.domov-barbora.cz>>.

Centrum U Bartoloměje [online]. Publikováno 10. 08. 2013 [cit. 2013-11-06]. Dostupné z <<http://www.ubartolomeje.cz>>.

Diakonie ČCE [online]. Publikováno 25. 07. 2013 [cit. 2013-11-06]. Dostupné z <<http://www.diakonie-caslav.cz>>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 *Stupně mentální retardace podle MKN – 10.*

Tabulka č. 2 *Rozsah přidruženého postižení chování podle MKN – 10.*

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Kristina Ťoková
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr., PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Aktivizující činnosti estetických obsahů při práci s jedinci s mentálním postižením
Název v angličtině:	Activating activities of aesthetic contents when working with individuals with intellectual development disability
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřená na aktivizující činnosti estetických i mimoestetických obsahů při práci s jedinci s mentálním postižením a jejich vliv na kvalitu života a současně jejich význam v inkluzi jedinců s mentálním postižením do společnosti.
Klíčová slova:	mentální postižení, estetická výchova, estetika, estetickovýchovná činnost, speciálněpedagogické terapie, arteterapie, integrace, inkluze
Anotace v angličtině:	Dissertation is aimed at activities of aesthetic contents when working with individuals with intellectual development disability and its influence on life quality of individuals with intellectual development disability and parallelly its importance for inclusion of these individuals to the society.
Klíčová slova v angličtině:	intellectual development disability, aesthetic education, aesthetics, aestheticeducational activity, specialpedagogical therapy, art therapy, integration, inclusion
Přílohy vázané v práci:	bez příloh
Rozsah práce:	102 stran
Jazyk práce:	Český

